МІЖРЕГІОНАЛЬНА
АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ

МАУП

А. П. Чуприков, Б. М. Цуприк

НОРМАЛЬНА ТА КРИМІНАЛЬНА СЕКСОЛОГІЯ

Затверджено
Міністерством освіти і науки України
як підручник
для студентів вищих навчальних закладів

Київ
ДП «Видавничий дім «Персонал»
2011

ББК 57.0я73
Ч-92

Рецензенти: *С. Д. Максименко*, д-р психол. наук, акад.
Г. Я. Пилягіна, д-р мед. наук
О. Л. Туриніна, канд. психол. наук
Г. С. Костюк, д-р психол. наук, проф.

Схвалено Вченою радою Міжрегіональної Академії управління персоналом (протокол № 6 від 02.07.08)

Затверджено Міністерством освіти і науки України (лист № 1.4/18-Г-1900 від 17.07.08)

Чуприков, А. П.
Ч-92 Нормальна та кримінальна сексологія : підруч. для студ. вищ. навч. закл. / А. П. Чуприков, Б. М. Цуприк. — К. : ДП «Вид. дім «Персонал», 2011. — 252 с. — Бібліогр. : с. 250–251.

ISBN 978-966-608-961-1

Пропонований підручник комплексно охоплює всі питання сексології, знання яких необхідне кожній молодій людині. Розглянуто фізіологічні основи сексуальності, особливості психосексуального розвитку людини, питання норми і патології в сексології. Комплексно подано питання контрацепції і профілактики хвороб, що передаються статевим шляхом.

Особливу увагу приділено розділу кримінальної сексології, в якому цілісно висвітлено проблему аномалій статевої поведінки і сексуальних злочинів. Використовуючи клінічні приклади, автори аналізують біологічні, соціокультурні, психологічні механізми розвитку аномальної сексуальності та її роль у кримінальних діяннях, причини і мотиви, що спонукають до скоєння зґвалтувань, сексуальних вбивств, статевих злочинів проти дітей. Визначено фактори, які сприяють зниженню рівня сексуальних правопорушень, і напрями профілактики таких злочинів, розглянуто особливості сексуальних злочинів психічно хворих осіб.

Для студентів усіх спеціальностей, психологів, медичних психологів, психіатрів, сексологів, правознавців, юристів-кримінологів та працівників правоохоронних органів.

ББК 57.0я73+58я73

© А. П. Чуприков, Б. М. Чуприк, 2011
© Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП), 2011
© ДП «Видавничий дім «Персонал», 2011

ISBN 978-966-608-961-1

ЗМІСТ

Вступ 5

Розділ 1. **Психофізіологія сексуальності** 7
1.1. Сексуальність людини, моделі сексуальності 7
1.2. Анатомія статевих органів 9
1.3. Фізіологічні основи сексуальності 12
1.4. Психосексуальний розвиток людини 15
1.5. Сексуальні реакції і копулятивний цикл 18

Розділ 2. **Межі сексуальної норми і патології** 24
2.1. Аспекти сексуальної норми 24
2.2. Відносність сексуальної норми, динаміка вікових змін 28
2.3. Статева конституція 31
2.4. Сексуальні дисфункції 38

Розділ 3. **Збереження репродуктивного здоров'я** 49
3.1. Контрацепція 49
3.2. Хвороби, що передаються статевим шляхом, та їх профілактика 58

Розділ 4. **Сексуальні злочини. Передумови та патогенез** 72
4.1. Сексуальна злочинність 72
4.2. Чинники, які впливають на сексуальну злочинність 75
4.3. Природа і сутність аномалій потягу 85
4.4. Патогенетичні моделі парафілій 104

Розділ 5. **Сексуальні злочини. Окремі види** 120
5.1. Статеві злочини проти дітей 120
5.2. Зґвалтування 146
5.3. Ексгібіціонізм 162
5.4. Гомосексуалізм і злочини 170
5.5. Сексуальні вбивства 176
5.6. Сексуальні злочини психічно хворих 221

Розділ 6. **Сексуальні злочини. Профілактика та зменшення соціальної небезпеки** 231
6.1. Проституція 231
6.2. Можливості психіатрії в розслідуванні серійних злочинів 236
6.3. Судова сексологічна експертиза 238
6.4. Шляхи профілактики сексуальних злочинів 241
6.5. Рекомендації потенційним жертвам 244

Короткий словник термінів 247

Список використаної та рекомендованої літератури 250

МАУП

ВСТУП

Сучасна сексологія — це розділ клінічної медицини, що являє собою систему міждисциплінарних наукових знань і практичної діяльності, спрямовану на вивчення сексуального здоров'я, причин та умов розвитку його порушень і девіацій, проблем гігієни статевого життя та збереження репродуктивного здоров'я, на розробку методів діагностики, лікування, профілактики, сексологічної експертизи. Сексологія базується на медичних, психологічних, соціологічних знаннях і, відповідно, пов'язана як з медичними дисциплінами (психіатрія, неврологія, ендокринологія, урологія, гінекологія та ін.), так і з медичною психологією, соціальною психологією та соціологією.

Нестача науково обґрунтованої сексологічної інформації не може бути компенсована засобами масової інформації, які хоча й переповнені сексуальною тематикою, віддають перевагу шокуючим крайнощам або примітивному збуджуючому впливу. Наявна ситуація настійливо потребує сексологічної освіченості населення, і насамперед молоді. В навчальних закладах різного рівня впроваджується вивчення окремої дисципліни з аспектами сексології, збереження репродуктивного здоров'я, гармонійного психосексуального розвитку та ін. Своєчасна і правильна інформація про статеве життя, про профілактику небажаних ускладнень може не лише поліпшити загальнодержавний рівень репродуктивного здоров'я, а й врятувати чимало людських доль. На жаль, навіть випускники медичних ВНЗ не отримують належної підготовки із сексології.

З одного боку, мета цього підручника — дати універсальну базу знань, необхідну в житті кожного індивіда. Ці знання допоможуть краще пізнати не лише свій організм та організм іншої статі, а й психосексуальні особливості відмінності статей, сексуальні реакції чоловіка і жінки, що сприятиме гармонізації міжособистісних стосунків.

Розглянуті в підручнику питання норми і патології дають змогу реально оцінювати свою сексуальну спроможність, зрозуміти причину сексуальних невдач як своїх, так і партнера, а також побачити шляхи їх подолання. Запобігання небажаній вагітності, хворобам, що передаються статевим шляхом, та ВІЛ/СНІДу є завданням державної ваги, тому розділ, в якому розглядаються ці проблеми, дає вичерпні відповіді на всі можливі запитання і має цілковито прикладний характер. Знання фізіологічних основ сексуальності, особливостей психосексуального розвитку допоможе не тільки створити гармонійні статеві стосунки, а й краще пізнати себе, свої фізичні та духовні потреби. І безперечно, масивом знань з нормальної сексології має володіти кожен лікар, щоб нести його в суспільство.

Водночас не менш важливою функцією цього підручника є комплексне висвітлення кримінальної сексології з детальним описанням аномалій статевої поведінки та сексуальних злочинів. Сексуальні злочини за рівнем завданої моральної та фізичної шкоди належать до лідерів соціально небезпечних злочинів. Використовуючи клінічні приклади, автори аналізують причини і мотиви, які спонукають до скоєння зґвалтувань, сексуальних вбивств, статевих злочинів проти дітей. Значну увагу приділено біологічним, соціокультурним, психологічним механізмам розвитку аномальної сексуальності та її ролі в кримінальних діях, розглянуто особливості сексуальних злочинів психічно хворих осіб. Визначено фактори, що сприяють збільшенню частоти сексуальних правопорушень, та напрями профілактики злочинів цього типу. Інформація цього розділу корисна також для експертної оцінки підозрюваних осіб, для розробки оперативних заходів з виявлення і затримання серійних сексуальних злочинців.

Автори сподіваються, що ця книга буде корисною для студентів-медиків, лікарів усіх спеціальностей, особливо психіатрів, судових психіатрів, сексологів, психологів, соціологів, педагогів і працівників правоохоронних органів.

МАУП

Розділ 1

ПСИХОФІЗІОЛОГІЯ СЕКСУАЛЬНОСТІ

1.1. Сексуальність людини, моделі сексуальності

Сексуальність — один з основних факторів, що спонукають людей до контактів між собою. В рамках різних категорій цінності вирізняють сексуальність: вітальну (аспект здоров'я), культурну (історичні традиції), моральну (етико-правові аспекти) та особистісну (значення різних форм сексуальної активності для конкретної людини).

Сексуальність — вроджена потреба і функція людського організму. Сексуальний розлад виникає внаслідок загальмованості або деформації цієї функції чи її дисгармонії з іншими сферами особистості. Сексуальність зумовлює також форми поведінки, які не призводять до статевих контактів.

Сексуальність людини зберігає, як і у тварин, риси репродуктивної і комунікативної функцій, а також виражає захопленість, прив'язаність, довір'я, безпеку та задоволення, які є універсальними потребами людини.

Сексуальність сучасної людини здебільшого звільнилася від біологічної детермінованості і значною мірою залежить від психологічних і соціальних та соціально-психологічних чинників. Тобто спостерігається відокремлення репродуктивної функції від функцій задоволення і спілкування.

Існує кілька концепцій сексуальності:

- сексуальність — джерело напруги і чуттєвої розрядки;
- сексуальність, окрім джерела розрядки, ще й задоволеність у зв'язку із задоволенням несексуальних психічних потреб;
- все сказане плюс створення зв'язку з іншою людиною.

Системоутворюючі характеристики сексуальності можна об'єднати в декілька груп. До першої групи можна зарахувати статеву самосвідомість, статево-рольову поведінку, психосексуальну орієнтацію,

становлення яких є основними етапами психосексуального розвитку і які детально розглядатимуться у відповідному розділі.

До другої групи системоутворюючих характеристик належать статевий потяг, сексуальна збудливість і активність.

Сексуальний потяг — вибіркова готовність прийняти партнера, враховуючи його статеву належність, зумовлена психологічними, нейрогуморальними та умовно-рефлекторними особливостями.

Сексуальна потенція — спроможність до здійснення сексуальних функцій, сексуальної поведінки та до переживання сексуальних почуттів. Сексуальна потенція у чоловіків служить мірилом впевненості в собі.

Сексуальна збудливість — виникнення сексуального збудження під впливом навколишнього середовища (міжособистісна взаємодія), а також швидкість перебігу циклу сексуальних реакцій від появи сексуального збудження до оргазму.

Сексуальне збудження спричиняється як внутрішніми, так і зовнішніми факторами. Це: а) готовність до сексуальних реакцій взагалі; б) сексуальне збудження на конкретного партнера як бажану мету; в) сексуальне збудження при фантазуванні чи спогадах.

До третьої групи системоутворюючих характеристик можна зарахувати сексуальну установку, потребу, мотивацію, еротичну поведінку, психосексуальне задоволення.

Сексуальна установка — готовність і схильність до певних сексуальних дій. Вирізняють механоцентричну, оргазмоцентричну та екстазоцентричну сексуальну установку. При механоцентричній (фалоцентричній) установці ключовою є спрямованість на техніку статевого акту, при оргазмоцентричній — спрямованість на отримання оргазму, після якого настає психосексуальне задоволення, при екстазоцентричній — готовність до багаторазового переживання оргазму (екстаз).

Сексуальна потреба — це стан, зумовлений необхідністю стосунків з особою протилежної статі, правильного розвитку і функціонування. Сексуальна потреба є підґрунтям для еротичної поведінки.

Еротична поведінка — це способи прояву сексуальності залежно від діапазону прийнятності, зумовленого переважно психологічними та соціокультурними чинниками.

Сексуальна мотивація — це внутрішня психічна детермінація статевої поведінки, що спонукає до задоволення сексуальної потреби. Типи сексуальної мотивації розглядатимуться далі.

Системоутворюючими характеристиками сексуальності є також ерекція, еякуляція та оргазм, особливості яких зумовлені анатомо-фізіологічними, психологічними та соціально-психологічними чинниками.

1.2. Анатомія статевих органів

Анатомо-фізіологічне забезпечення статевої сфери здійснюють утворення центральної і периферичної нервової системи та ендокринний апарат.

Безпосередньо статеві органи поділяють на зовнішні та внутрішні, однак повнішим є поділ на статеві залози (сім'яники, яєчники), статеві шляхи (сім'япроводи, яйцепроводи), придаткові статеві залози, органи злягання.

Анатомія чоловічих статевих органів

Яєчка (сім'яники) забезпечують сперматогенез, мають зовнішньо- та внутрішньосекреторну активність, остання з яких — обов'язковий фактор гармонійного морфогенезу і важливий чинник статевої самосвідомості. Яєчко — овальне, дещо сплющене утворення розміром 4–4,5 х 2,5–3,5 см і масою 20–30 грамів. Закутане сімома зовнішніми оболонками, перша з яких — шкіра мошонки, друга — м'ясиста оболонка, яка утворює окремий мішечок для кожного яєчка і перегородку між ними.

Основна структурна одиниця яєчка — звивистий сім'яний каналець діаметром 0,2–0,3 мм завдовжки не менше 30–35 м (при довжині часточки 2–3 см). Стінка канальця збудована з власної сполучнотканинної оболонки, на внутрішній базальній мембрані якої розташовані клітини гермінативного епітелію, між якими розміщуються пірамідні клітини (виконують нутритивну та, ймовірно, ендокринну функції).

У сполучній тканині між звивистими канальцями вкраплені клітини Лейдига, які здійснюють синтез тестостерону.

Придаток яєчка (розташований на верхньозадньозовнішній поверхні яєчка) складається з головки, тіла і хвоста. Довжина придатка 5–8 см, товщина — 0,8–1 см. Хвіст фіксований до верхнього і нижнього полюсів яєчка. Гістологічно придаток складається з петель протоки придатка, розділених пухкою сполучною тканиною на 5–18

конусоподібних часточок. Протока верхньої часточки йде вниз, приймає протоки від інших часточок і утворює протоку придатка. Епітелій протоки складається з призматичних (виділяють секрет у порожнину протоки) і базальних клітин (відсутні у статево незрілих осіб). У порожнині також здійснюється сперміофагія сперміїв, які залишилися після еякуляції, а також відбувається остаточне дозрівання та накопичення зрілих сперміїв.

Сім'явивідні шляхи являють собою сім'явиносну протоку завдовжки 35–50 см з товстими стінками (до 1,5 мм при зовнішньому діаметрі до 3 мм). Виділяють чотири частини сім'явиносної протоки — яєчкову, канатикову, пахову і тазову. Канатикова в складі сім'яного канатика йде до зовнішнього кільця пахового каналу, пахова розміщується в паховому каналі. В тазовій частині протока розширюється й утворює ампулу, яка з'єднується з сім'явипорскувальною протокою сім'яного міхурця й утворює сім'явикидну протоку. Остання перфорує простату і відкривається на верхівці сім'яного горбка в просвіт уретри.

Передміхурова залоза (простата) — м'язово-залозистий орган, що охоплює початок сечовипускального каналу, прилягає до сечового міхура. Простата розділяється на дві часточки. Довжини залози 2,5–4,2 см, ширина — 2,2–5 см, товщина — 1,7–2,3 см, маса 17–28 грамів. Секрет простати білого кольору, в'язкий, дещо каламутний, домішується до сперми, надаючи їй специфічного запаху. Секрет розріджує сперму і збільшує її об'єм, що уможливлює її проходження уретрою при еякуляції.

Сім'яні міхурці — парні залози, що виділяють секрет клейкої желатиноподібної консистенції, який домішується до еякуляту, збільшуючи його об'єм.

У ***статевому члені*** вирізняють корінь, тіло і головку. Він складається з двох власних печеристих тіл і печеристого тіла сечовипускального каналу (губчастого тіла), яке утворює спереду головку, ззаду — цибулину. Біля початку головки шкіра члена утворює складку — крайню плоть. У процесі ерекції печеристі і губчасте тіла наповнюються кров'ю, що забезпечує збільшення розміру члена і набуття ним необхідної твердості.

Сечовипускальний канал (уретра) має довжину 18–22 см і складається з трьох частин: простатичної, перетинчастої і печеристої.

Анатомія жіночих статевих органів

Жіночі статеві органи прийнято ділити на внутрішні й зовнішні. До внутрішніх належать яєчники, яйцепроводи, матка, піхва; до зовнішніх — переддвер'я піхви, клітор, цибулини переддвер'я, малі статеві губи, великі статеві губи, лобок.

Яєчники — парна статева залоза жінки овоїдної форми, довжина їх становить 3–4 см, ширина — 2–2,5 см, товщина — 1–1,5 см, маса — 5–8 грамів. Поверхня яєчників у дитинстві гладка, пізніше стає горбистою, рубцюватою. У кірковому шарі розміщуються фолікули різного ступеня дозрівання. В міру дозрівання фолікули наближаються до поверхні, збільшуючись у діаметрі від кількох мікрометрів до 6–20 мм. Дозрілий фолікул тріскає, і яйцеклітина виходить в черевну порожнину (овуляція), а потім потрапляє у черевний отвір маткової труби. Порожнина тріснутого фолікула заповнюється кров'ю й перетворюється в жовте тіло. Якщо запліднення не відбулося, то за 2–3 дні до початку менструації жовте тіло припиняє гормональну функцію і перетворюється в біле тіло. При настанні вагітності жовте тіло перетворюється в жовте тіло вагітності, атрофуючись у другій половині вагітності. У всіх випадках на місці жовтого тіла в майбутньому утворюється гіаліновий рубець.

Яєчники виконують такі функції: генеративну, ендокринну (естрогени, прогестерон, андрогени), а при настанні вагітності, але ще до розвитку плаценти (2–3 місяці) — гестативну (спрямовану на розвиток вагітності).

Яйцепроводи — парні трубчасті утворення завдовжки 10–12 см. Починаються у верхніх кутах матки. Виконують функції проведення яйцеклітини в порожнину матки, місця запліднення (ампула яйцепроводу) і перших фаз розвитку запліднення яйця.

Матка — порожнинний м'язовий орган грушоподібної форми, сплющений у передньозадньому напрямку, масою 30–100 грамів. М'язовий шар потрійний, що зумовлює високу міцність стінки матки і значну скорочувальну потужність під час пологів. У матці вирізняють тіло, шийку і перешийок. Функція матки — вмістилище для плоду, що розвивається.

Піхва — сплющена м'язово-еластична трубка завдовжки 7–12 см, середня ширина 2–3 см, здатна значно розтягуватися. Виконує функції: копулятивну, родових шляхів, шляхів виділення (менструальні виділення, секрети), бар'єрну функцію (кисле pH — перешкода для мікробів).

Дівоча плівка — межа між внутрішніми і зовнішніми статевими органами — сполучнотканинна перетинка, що закриває вхід у піхву. Єдина частина тіла, яка не змінює своїх розмірів від моменту народження.

Переддвер'я піхви — утворення, обмежене з боків малими статевими губами, спереду — клітором, ззаду — задньою спайкою статевих губ. Поверхня завжди волога завдяки секрету малих і великих залоз переддвер'я (бартолінієві залози, парні). Між клітором і входом у піхву розташований зовнішній отвір уретри.

Клітор — рудиментарний аналог чоловічого статевого члена. Розмір залежить від андрогенної насиченості організму. Складається з двох печеристих тіл, які утворюють ніжки, тіло і головку. Головка зверху та з боків покрита складкою шкіри — крайньою плоттю. Клітор, як і головка статевого члена, збагачений нервовими закінченнями.

Цибулини переддвер'я — два товстих венозних сплетіння по боках входу в піхву, по суті єдине ціле (аналог губчастого тіла статевого члена).

Малі статеві губи — парні складки шкіри, спереду розділяються на дві ніжки, потім утворюють крайню плоть клітора і його вуздечку. Передня ділянка малих статевих губ виступає із статевої щілини і видніється між великими статевими губами.

Великі статеві губи — паралельні складки шкіри зовні від малих статевих губ, обмежують статеву щілину.

Лобок — утворення, покрите волоссям і багате на жир. Волосяний покрив у жінок має форму трикутника вершиною вниз.

1.3. Фізіологічні основи сексуальності

Сексуальність зумовлюється біологічними факторами, а також зв'язком між анатомією і фізіологією, між нервовою і гуморальною системами та сексуальними реакціями і переживаннями.

Сексуальність людини в процесі філогенезу та онтогенезу звільнюється від біологічної детермінованості і залежить більше від психологічних і соціокультурних факторів. Оргазм характерний тільки для людини і не зустрічається у тварин. У процесі онтогенезу досить часто відзначається перенесення сексуальної збудливості з клітора на піхву, що, на думку психоаналітиків, свідчить про вищий рівень розвитку жінки. Хоча сучасні дослідження виявляють однакову біо-

логічну цінність як кліторального, так і вагінального оргазму. Типово людським є також еротичний компонент любові.

Нервова система нерозривно пов'язана з ендокринною (нейросекреція — виділення нейромедіаторів, передача нервових подразників, які стимулюють залозисті клітини ендокринної системи).

Кора головного мозку чинить основний вплив на сексуальну реактивність. Біоелектрична активність кори при оргазмі схожа з активністю при епілептичному нападі. Пошкодження кори головного мозку може призвести до послаблення чи зникнення сексуальної активності, гіперсексуальності, девіантної поведінки, а також до порушень статевого дозрівання.

Кора головного мозку являє собою перший рівень регуляції сексуальних функцій, пов'язаний з умовними рефлексами (сигналом є зміна зовнішнього середовища у зв'язку з виникненням чи зникненням сексуальної напруги), сферою уяви, елементарними асоціаціями. Сексуальний партнер як сексуальний подразник впливає на людину через кору за допомогою органів чуттів, під впливом чого виникає збудження і прагнення до сексуального контакту з партнером. Таким чином, вибір партнера є результатом попередніх контактів людини з іншими людьми.

При негативному сексуальному вихованні емоційна напруга у відповідь на подразник може сприйматися негативно і пізніше перетворюватися в "антисексуальну" напругу з необхідністю розрядки несексуальним способом. Як надлишок, так і нестача подразників порушує функціонування кори головного мозку.

Гіпоталамус — підкіркове утворення мозку, яке є центром потягів, відповідає за емоції, керує інстинктами самозбереження та збереження виду. В передній частці гіпоталамусу розташований центр, що вивільняє сексуальну активність, а в середній та задній частках — центр, що зумовлює сексуальний потяг опосередковано через секрецію гонадоліберину (гормональний сексуальний центр), яка активується норадреналіном і гальмується серотоніном.

Гонадоліберин стимулює продукцію гіпофізом гонадотропних гормонів (лютеїнізуючого гормону (ЛГ), фолікулостимулюючого гормону (ФСГ)), які регулюють ендокринну функцію статевих залоз. У чоловіків гіпоталамус стимулює рівномірне виділення ЛГ і ФСГ, а у жінок — циклічне (спочатку переважає ФСГ, потім ЛГ).

Сексуальні центри гіпоталамусу, які регулююче впливають на сексуальні центри спинного мозку, самі зазнають регулюючого впливу лімбічної системи (гальмівний вплив) і кори головного мозку.

Спинномозкові центри відповідають за реакції в статевих органах (за ерекцію — крижовий відділ, еякуляцію — поперековий відділ, секрецію статевих залоз). Там же відбувається переключання як простих рефлексів, так і рефлексів з участю вищих відділів нервової системи. Враження центрів або провідних шляхів від них до статевих органів призводить до випадіння відповідної сексуальної реакції. Порушення проведення імпульсів від кори головного мозку, до спинномозкових центрів дає схожий, але менш виражений ефект. Враження шляхів, які передають імпульси від статевих органів до мозку, викликає зниження відчуття сексуальної насолоди часом аж до відсутності оргазму (при невисокій збудливості).

Гормональна система

Гормони — біологічно активні речовини, які діють в дуже малих дозах і являють собою матеріальний субстрат інформації, що передається в організмі.

Гормональна регуляція здійснюється на центральному рівні (гіпоталамо-гіпофізарна система), на рівні статевих залоз і на тканинному рівні.

На рівні залоз ЛГ і ФСГ стимулюють у жіночих і чоловічих гонадах продукцію стероїдних статевих гормонів: тестостерону, естрадіолу і прогестерону. Їх біосинтез здійснюється як в яєчниках, так і в яєчках, але відрізняється кількісними співвідношеннями. В яєчках (клітини Лейдига) за добу синтезується приблизно 3–10 мг тестостерону (його рівень у плазмі здорового чоловіка коливається від 3 до 10 нг/мл) і незначна кількість естрогенів (опорні клітини Сертолі). В яєчниках синтезується значна кількість андрогенів, які відразу ж трансформуються в естрогени.

Статеві гормони на тканинному рівні впливають на певні клітини, які мають відповідні рецептори. Речовини, які діють антагоністично стосовно гормонів, називаються антигормонами.

Гормони значною мірою регулюють статеву поведінку людини, хоча в процесі еволюції, особливо у людини, сексуальна поведінка стає дедалі незалежнішою від статевих гормонів.

Андрогени зумовлюють сексуальний потяг в обох статей, а їх вищий рівень у чоловіків, поряд з механізмом навчання, визначає більшу сексуальну активність. Андрогени прискорюють обмін речовин, підвищують чутливість ерогенних зон та агресивність. Однак зв'язок між рівнем тестостерону і сексуальним потягом не прямо пропорцій-

ний. В нормі він необхідний в організмі чоловіка на певному рівні. Перевищення цього рівня (в межах фізіологічної норми) не є причиною підвищеної сексуальної активності.

Кастрація дорослого чоловіка призводить до психічних змін — зниження психомоторного тонусу, відчуття власної неповноцінності, неспроможності, схильності до іпохондрії, емоційної неврівноваженості, підвищеної збудливості, вразливості і втомлюваності, депресивного настрою. Зниження рівня сексуального потягу тим більше, чим нижчий інтелектуальний рівень кастрованого чоловіка. Вважають, що більше значення має не просто зниження рівня андрогенів у крові, а зміна співвідношення андрогенів та естрогенів.

У жінок вплив гормонів на сексуальну поведінку значно складніший і не такий помітний. Андрогени також посилюють статевий потяг, естрогени в сексуальному плані активізують, а прогестерон знижує цю активність.

Вплив гормональних змін у різні фази менструального циклу різні автори оцінюють по-різному. Одні вважають, що максимум статевого потягу спостерігається у фазі овуляції, інші — в перед- і постменструальний періоди, треті — в період менструації. В гормональному аспекті перша версія більш обґрунтована, але психічне побоювання вагітності може пригнічувати потяг у цей період (овуляція найсприятливіша для зачаття) і, навпаки, при знижених гормональних передумовах психічно безпечні періоди можуть проявлятися посиленням статевого потягу.

Стерилізація практично не впливає на жіночу сексуальність і не позначається на сексуальній активності, бо основний орган, що продукує андрогени (підвищують сексуальну активність) у жінок, — надниркові залози, а не яєчники. Після резекції надниркових залоз у більшості жінок різко знижується або й повністю зникає статевий потяг.

1.4. Психосексуальний розвиток людини

Психосексуальний розвиток є одним з аспектів індивідуального психічного розвитку, з його закінченням починається зріла сексуальність.

Виокремлюють три етапи психосексуального розвитку. Для всіх етапів і для кожної стадії третього етапу існують загальні закономірності у вигляді фазності розвитку і зміни співвідношення біологічного і соціального компонентів у становленні сексуальності.

У фазі вироблення установки діти усвідомлюють свою статеву належність, а у фазі навчання і закріплення установки спрямовують свою пізнавальну діяльність на вивчення статевих ознак, розглядають і показують одне одному свої геніталії і, в нормі, наприкінці етапу чітко усвідомлюють свою статеву належність.

Під час *першого етапу* (1–7 років) відбувається формування статевої самосвідомості (ідентичності). Вона визначається внутрішньоутробною диференціацією мозку і здійснюється під впливом мікросоціального середовища.

Різні патогенні механізми можуть призвести до порушення статевої ідентичності. В першій фазі причиною розладу може стати виховання в неправильній статі. Процес інтерналізації необхідної статевої ролі завершується до 5–6 років і в разі виховання в протилежній статі стає важкозворотним або незворотним взагалі. Усвідомлення себе носієм певної статі ускладнюється при порушеннях понятійного апарату, що зустрічається при психічних захворюваннях. Відсутність ігор, які б задовольняли пізнавальний інтерес до побудови статевих органів (порушення другої фази), призводить надалі до формування педофільної спрямованості потягу.

На *другому етапі* (7–13 років) формується стереотип статеворольової поведінки. І якщо статева ідентичність — це суб'єктивне переживання статевої ролі, то статева роль — публічний прояв статевої ідентичності. Вибір статевої ролі і статеворольових установок (перша фаза) відбувається залежно від особливостей дитини з орієнтацією на еталон цієї статі в мікросоціальному середовищі. При цьому батько асоціюється з мужністю, мати — з жіночністю, а їх взаємостосунки — зразок стосунків між статями. Через те правильна статеворольова поведінка батьків значною мірою визначає адекватне формування статеворольової поведінки дитини. Після вступу до школи підвищується роль спілкування з однолітками, відбувається групування і протиставлення за статевою ознакою, що потребує чіткої визначеності у виборі статевої ролі. Таким чином, у поведінці й іграх відбувається навчання і закріплення статеворольових установок.

На *третьому етапі* (12–26 років) відбувається становлення психосексуальних орієнтацій, яке неможливе без нейрогуморального забезпечення. Етап проходить стадії платонічного, еротичного та сексуального лібідо, кожна з яких складається з двох фаз — фази вироблення установки і фази навчання й закріплення установки. Жодну

стадію не можна вважати закінченою, доки виниклі установки не реалізуються з партнером.

Для платонічної стадії характерний виражений емоційний компонент з підвищеним романтичним забарвленням без специфічного інтересу до генітальної області. Фаза вироблення установки проявляється дитячою закоханістю, обожненням, платонічними мріями, бажанням духовного спілкування, а фаза навчання і закріплення проявляється у спільній діяльності, іграх, залицянні. Для неї достатньо навіть уваги об'єкта закоханості, спільного приготування уроків або навчання за однією партою.

Перша фаза формування еротичного лібідо характеризується прагненням дотиків і пестощів, еротичними фантазіями, читанням відповідної літератури з особливою увагою до сцен побачень, любовних признань тощо. Реалізація ж відбувається у вигляді пестощів та ігор, частіше без оргазму, на рівні фрустрацій. Наявність фрустрацій є рушійною силою, яка сприяє переходу до сексуальної стадії. Гірше, якщо еротична реалізація здійснюється у вигляді петингу або мастурбацій з девіантним фантазуванням і супроводжується оргазмом. При тривалій затримці в цій фазі можлива фіксація на такій формі активності з блокуванням переходу до наступної стадії.

Перехід на наступну стадію неможливий без завершення попередньої. Доки немає реалізації і підтвердження фантазій з партнером, підліток ніби застряє між стадіями.

Стадія формування сексуального лібідо в першій фазі проявляється сексуальними фантазіями, а в другій — початком статевого життя, поєднанням сексуальних ексцесів з абстиненціями і мастурбацією. Доки сексуальне лібідо не реалізується в статевому акті, існує можливість відхилення від нормального психосексуального розвитку. Чим менший часовий розрив між фантазуванням і реалізацією, тим гармонійніший процес розвитку цього компонента потягу. Саме на цьому етапі формується вибір об'єкта сексуального потягу і способу його реалізації.

Згідно з дизонтогенетичною концепцією, порушення психосексуальних орієнтацій, парафілії — результат порушення онтогенезу з фіксацією сексуальних форм, властивих для більш ранніх етапів. Конкретний вид сексуальної поведінки залежить від періоду, в якому сталося порушення.

1.5. Сексуальні реакції і копулятивний цикл

Сексуальні реакції є відповіддю організму на зовнішні і внутрішні сексуальні подразники як на фізіологічному, так і на психологічному рівні.

Ерекція — це збільшення обсягу і напруженості статевого члена. Ерекція як рефлекс на рівні спинного мозку виникає при подразненні нервових закінчень головки статевого члена. Проте частіше ерекція виникає під впливом подразників на органи чуттів (зір, нюх, слух, тактильна чутливість), звідки інформація надходить у кору головного мозку, проміжний мозок і в спинний мозок (центр ерекції). Однак психічна ерекція може виникати і без впливу на центр ерекції, що показують досліди з перерізанням спинного мозку у тварин.

Несексуальні подразники можуть викликати ослаблення або цілковите зникнення ерекції незважаючи на сексуальну стимуляцію.

Вирізняють кілька фаз копулятивного циклу: фазу збудження, фазу плато, оргазм, фазу релаксації.

У фазі плато дещо збільшується діаметр статевого члена, особливо головки, у фазі оргазму відбуваються судорожні скорочення члена з інтервалами 0,8 с, які забезпечують виверження сімені, у фазі релаксації напруженість і обсяг статевого члена швидко зменшуються.

Нічні ерекції найбільше виражені в чоловіків у віці 21 рік, зумовлені біоритмами сну і психічним компонентом, який може як посилювати, так і послаблювати ерекції вві сні. Ерекції посилюються в період сексуально забарвлених сновидінь.

Сновидіння незалежно від їх змісту супроводжуються ерекціями статевого члена (чи клітора) і становлять близько 20 % всього сну, виникаючи 3–6 разів за ніч. При цьому людина здебільшого не може згадати, що їй снилося і чи снилося взагалі. У здорових чоловіків чим кращий сон і яскравіше сновидіння, тим вираженіша ерекція і навпаки.

Еякуляція у здорових чоловіків — фізіологічний прояв оргазму. Може відбуватися як рефлекс або з участю кори головного мозку. Її можна розділити на дві фази: 1) викидання сімені із статевих придатків у простатичну частину уретри; 2) викидання сімені від простатичної частини уретри назовні.

У жінок основною фізіологічною реакцією є реакція піхви. У фазі збудження (через 10–30 с активної стимуляції) стінки піхви рефлекторно зволожуються. З наростанням збудження на стінках піхви на-

копичуються слизові виділення, які полегшують здійснення статевого акту, оскільки піхва без попереднього зволоження не пристосована до статевого акту. Симулювати зволоження неможливо. Водночас відбувається розтягування стінок піхви (внутрішніх двох третин), піхва видовжується, її забарвлення змінюється від пурпурово-червоного до темно-пурпурового, шийка матки збільшується в діаметрі.

Фаза плато характеризується формуванням оргастичної платформи — локальне кровонаповнення зовнішньої третини піхви і малих статевих губ з розширенням піхви і потовщенням її стінок, що зумовлює тісніше охоплення статевого члена. Посилюється також зволоження стінок піхви.

У фазі оргазму відзначено ритмічні скорочення оргастичної платформи (5–12 разів) з інтервалом 0,8 с і більше. Підвищене виділення слизової рідини — свого роду еякуляція у жінок.

У фазі релаксації оргастична платформа щезає, розмір піхви зменшується, зникає темно-пурпурове забарвлення. У жінок, в яких продовжується зволоження стінок піхви, при додатковій стимуляції можливе настання повторного оргазму.

Піхва при збудженні здатна акомодувати (пристосовуватися до розмірів члена), значно видовжуючись і розширюючись, і здатна пристосуватися до статевого члена практично будь-якого розміру. Тому думка про невідповідність статевих органів виникла через недостатнє збудження жінки, що ускладнює введення члена у піхву.

Певні фізіологічні реакції на сексуальну стимуляцію спостерігаються і поза статевими органами. Відзначається гіперемія шкіри, набухання в ділянці носа, губ, вух, промежини і заднього проходу, підвищується тонус м'язів, судомні посмикування, скорочення м'язів зап'ястків і стоп, сфінктера заднього проходу (фаза плато й оргазму). У фазі оргазму частота серцевих скорочень у чоловіків і жінок досягає 110–180 ударів на хвилину. Артеріальний тиск збільшується у чоловіків: верхній на 40–100 мм рт. ст., нижній — на 20–50; у жінок відповідно на 30–80 і 20–40 мм рт. ст. Кількість дихань може досягати 40–60 на хвилину. У третини людей після оргазму відзначається потовиділення, вираженість якого залежить не від затрачених зусиль, а від інтенсивності сексуального збудження.

Копулятивний цикл поняття ширше, ніж статевий акт, і має, як сказано вище, чотири стадії: наростаюче збудження, плато, оргастичну стадію і стадію завершення. Однак нижче наведено поділ на стадії з точнішими критеріями розмежування.

Для здорового чоловіка властивий певний вихідний рівень сексуальної напруги, який існує від періоду статевого дозрівання до згасання статевої функції. Цей рівень називається *попередньою нейрогуморальною готовністю*.

Усвідомлення статевого бажання (виникнення статевої домінанти) свідчить про початок *психічної стадії*, в якій статева поведінка спрямована на залучення сексуального об'єкта до інтимної близькості.

Якщо ситуація розгортається без перешкод, то нервова напруга збільшується і виникає ерекція (початок *ерекційної стадії*). Якщо ерекція використовується для введення статевого члена (імісії), то починається фрикційна стадія, під час якої напруга стрімко підвищується, а потім зупиняється на певному рівні (*плато*). Після ряду фрикцій сумація подразнення призводить до різкого зростання сексуального збудження, яке супроводжується еякуляцією (*стадія еякуляції*).

Далі починається спад статевого збудження (нижче нормального початкового рівня), який називають рефрактерною стадією. Рефрактерна стадія ділиться на дві підстадії: абсолютної та відносної незбудливості. У період абсолютної статевої незбудливості жодні зусилля не можуть спричинити ерекцію, а дотик до оголеної головки члена супроводжується неприємними, часто болісними відчуттями. Якщо чоловіка не чіпати, він, як правило, засинає. Однак незабаром настає період, коли незвичайними, інтенсивними сексуальними збудниками можна досягнути виникнення ерекції і повторення статевого акту. Це період відносної статевої незбудливості, коли нормальні сексуальні стимули не здатні викликати ерекцію. З часом сексуальна напруга досягає рівня попередньої нейрогуморальної готовності.

Окрім стадій виділяють також складові копулятивного циклу: нейрогуморальну, психічну, ерекційну, еякуляторну. Кожна наступна складова приєднується до попередньої, при цьому попередні не тільки зберігають досягнутий рівень активності, а й посилюють його аж до досягнення еякуляції та оргазму.

Нейрогуморальна складова забезпечується роботою глибоких структур мозку та ендокринної системи, які формують вираженість статевого потягу і достатню збудливість всіх відділів нервової системи, які регулюють статеву діяльність.

Психічна складова пов'язана з корою головного мозку і визначає напрямок потягу, забезпечує відповідність поведінки конкретній ситуації, полегшує виникнення ерекції.

Ерекційна складова забезпечується центром ерекції у спинному мозку і безпосередньо статевим членом, який забезпечує механічний аспект статевого акту.

Еякуляторна складова забезпечує виділення сперми, інтегруючи всі задіяні структурні елементи — від парацентральних часточок кори головного мозку до периферійних відділів статевої системи.

Випадіння будь-якої складової призведе до порушення копулятивного циклу.

Якщо оргазм у чоловіка з якоїсь причини зникає, то з часом втрачається і лібідо, і ерекції через відсутність умовно-рефлекторного підкріплення. Це пов'язано з тим, що у чоловіків задоволення тісно пов'язане з оргазмом, а в разі відсутності задоволення зникає сенс усієї сексуальної діяльності (статевого акту).

А ось у жінок задоволення без оргазму може тривати роками, не спричиняючи дискомфорту. Начитавшись літератури з описанням бурхливих оргазмів, така жінка може почати вимагати від партнера такого ж. Хоча насправді вона переживає слабкий оргазм, який повноцінно позбавляє її сексуальної напруги. З іншого боку, жінка, яка здатна переживати декілька оргазмів поспіль, може залишатися після них незадоволеною і накопичувати сексуальну напругу.

Жіночий оргазм можна класифікувати за кількома критеріями (А. М. Свядощ):

1. *За джерелом виникнення*:

а) коїтальний;

б) екстракоїтальний:

- *полюційний* (під час нічного сну);
- *мастурбаційний,* у тому числі міокомпресійний, що виникає від сильного стискання жінкою ніг, часто закинувши одне стегно на інше в позі сидячи;
- *петинговий*;
- *випадковий* —виникає випадково і недоречно в ситуаціях, не пов'язаних із сексуальним збудженням, наприклад, при обстеженні у лікаря, в громадських місцях, при сильному хвилюванні, стресах. Нерідко він відбувається при локалізації епілептоїдного вогнища в ерогенній зоні.

2. *За локалізацією*:

а) кліторальний;

б) вагінальний;

в) невизначеної локалізації.

При цьому мають на увазі не зону впливу подразника, а місце локалізації оргастичних відчуттів на початку оргазму. Наприклад, можна стимулювати соски і отримати кліторальний оргазм.

3. *За перебігом* оргазм класифікується за якісними та кількісними ознаками:

1а) короткочасний (пікоподібний);
1б) затяжний (хвилеподібний);
2а) одноразовий;
2б) багаторазовий.

Пікоподібні оргазми частіше багаторазові.

4. *За інтенсивністю:*

а) сильний;
б) помірний;
в) слабкий.

Певний інтерес становить також класифікація Здравомислова:

- Фізіологічні форми оргазму:
  1. Кліторальна.
  2. Вагінальна.
  3. Цервікальна (маткова).
- Патологічні форми оргазму:

1. Оральна.
2. Соскова (мамілярна).
3. Анальна (ректальна).
4. Психічна (психічний онанізм).

При цьому мають на увазі те, на яку ерогенну зону треба впливати, щоб досягти розрядки. Виходячи з форми оргазму за цією класифікацією слід використовувати ті чи інші форми сексуальних контактів і відповідні пози. Наприклад, при кліторальній формі поза має забезпечувати стимуляцію клітора, тобто небажана поза ззаду і поза лицем до лиця з притиснутими зігнутими ногами жінки до її живота. Можна рекомендувати пальцеву стимуляцію в попередній період та під час акту; при зляганні жінка має тиснути лобком вниз для притискання клітора до статевого члена і може також сама впливати на клітор. Інакше кажучи, визначення форми оргазму за Здравомисловим має безпосереднє клінічне значення.

Контрольні питання

1. Що таке сучасна сексологія, на чому вона базується?
2. Основні моделі сексуальності, їх сутність.
3. Системоутворюючі характеристики сексуальності.
4. Анатомічні особливості та функція статевих органів у чоловіків.
5. Анатомія та функціональне призначення статевих органів у жінок.
6. Суть нервової регуляції статевої функції.
7. Гормональна регуляція статевої функції.
8. Етапи психосексуального розвитку, суть та особливості.
9. Сексуальні реакції, їх особливості у чоловіків і жінок.
10. Стадії і складові копулятивного циклу, їх сутність.
11. Чоловічий і жіночий оргазм, його особливості. Основні критерії класифікації жіночого оргазму.

МАУП

Розділ 2

МЕЖІ СЕКСУАЛЬНОЇ НОРМИ І ПАТОЛОГІЇ

2.1. Аспекти сексуальної норми

Поняття норми в сексології слід розглядати в кількох аспектах.

В соціально-етичному аспекті норма постійно змінюється залежно від комплексу моральних, культурних, релігійних традицій суспільства. Наприклад, у XIX ст. православна церква визнавала нормальним виключно статеві зносини в позі лицем до лиця, жінка знизу, чоловік зверху. Тобто традиція не є достатньою підставою визнавати щось нормальним чи ненормальним.

В іншому аспекті норма — це величина, яка статистично найчастіше зустрічається (середня величина). При цьому чим ближче до середньої величини розташовані досліджувані показники, тим вищий ступінь нормальності. Таке поняття норми абсолютно суперечить сексологічній концепції індивідуальних відмінностей.

У медико-психологічному аспекті норма — це стан, необхідний для гарного фізичного і психічного самопочуття або соціального комфорту незалежно від поширеності в популяції і близькості до суспільних ідеалів у цій сфері. А форми поведінки, які впливають дисгармонійно на людину, погіршують здоров'я і самопочуття її чи її партнера, порушують соціальне функціонування, є ненормальними.

Сексуальну норму в клінічному розумінні можна розділити за діями і формами поведінки на оптимальну, прийнятну, терпиму. Оптимальними називаються дії, найбажаніші з індивідуальної і суспільної точки зору, які можуть бути моделлю для виховання. До прийнятної норми належать форми поведінки не оптимальні, але такі, що не обмежують індивідуального розвитку і налагодження міжособистісних контактів. Терпима норма неоднозначна і визначається як норма чи патологія залежно від особистісного, партнерського або ситуаційного контексту. При цій формі поведінки відповідний (не зовсім вдалий) вибір все ж може забезпечити гармонійне статеве життя партнерської пари.

Розглянуті форми є клінічною нормою і відповідно не потребують терапевтичного втручання.

Оскільки сексуальна функція — це парна функція, то велике значення має саме поняття партнерської норми, тобто слід визначити критерії, які відрізняють норму від патології в кожній конкретній партнерській парі. Модифіковані критерії Сексологічного інституту в Гамбурзі запропонував К. Імелінський (1986): 1) відмінність статі; 2) зрілість; 3) взаємна згода; 4) прагнення досягнути взаємної насолоди; 5) відсутність шкоди для здоров'я; 6) відсутність шкоди для оточення. Характер сексуальних дій і форм поведінки не має значення для визначення партнерської норми чи патології.

Наведені критерії цілком виправдані й аргументи на їх користь очевидні, однак вони досить розмиті і не завжди однозначні. Наприклад, критерію відмінності статі не дотримуються у випадках гомосексуальних пар, які останнім часом визнаються варіантом ізольованої партнерської норми при дотриманні інших критеріїв. Критерій зрілості не визначає, яку саме — біологічну, психічну чи соціальну зрілість мають на увазі, він не спрацьовує при кваліфікації сексуальних контактів між підлітками, які далеко не завжди є патологією.

Критерій взаємної згоди не вказує, чи є безумовною нормою сексуальні дії між партнерами, один з яких має сексуальні мотивації, а інший — несексуальні (страх втратити партнера). Крім того, спротив, що провокує насильство, характерний для мазохістів з метою посилити насолоду.

Прагнення до взаємної насолоди також критерій неоднозначний. Наприклад, один із партнерів може не отримувати насолоди, проте прагне дати насолоду іншому партнеру. Часто під час зносин один із партнерів отримує насолоду, лише уявляючи себе з іншим сексуальним партнером. У цьому випадку реальний партнер виконує суто механічну функцію. Чи відповідає це наведеному критерію? І чи дотримується цей критерій, якщо після сексуальної насолоди один із партнерів відчуває провину і віддаляється від партнера або проявляє агресію?

Критерій незавдання шкоди здоров'ю важко трактувати при можливій шкідливості впливу статевих дій, наприклад, на серцево-судинну систему, особливо у літньому віці. Та й порушення суспільних норм не завжди свідчить про патологію, за винятком випадків, які у багато разів і надзвичайно перевищують суспільну терпимість. Але навіть соціальна патологія в цьому випадку не означає клінічної патології, бо

соціальна непристосованість сама по собі не є медичною проблемою. Вона стає такою, коли індивід страждає і не приймає цю непристосованість, що призводить до внутрішньої і партнерської дисгармонії.

Поряд з партнерською нормою існує індивідуальна норма, яка розглядає питання норми в біологічному аспекті і має свої критерії: 1) форми сексуальної поведінки дорослої людини з ненавмисних причин не виключають і сильно не обмежують можливість здійснення статевого акту, який може спричинити запліднення; 2) відсутність стійкої тенденції уникати статевих зносин. Інші чотири критерії збігаються з 3–6 критеріями партнерської норми.

Наприклад, вагінізм, відсутність ерекції чи передчасна еякуляція порушують критерій індивідуальної норми (оскільки ускладнюють можливість запліднення), але не порушують критеріїв партнерської норми, якщо партнери приймають ці "особливості". Водночас індивідуально нормальні індивіди в партнерській парі між собою можуть не дотримуватися критеріїв партнерської норми і функціонувати неправильно.

Партнерська та індивідуальна норми належать до сексуальних форм поведінки, а не до морфологічних особливостей організму, тому безпліддя, спричинене органічними причинами, не порушує критеріїв норми. Використання контрацептивів, негенітальні сексуальні контакти можуть бути довільно припинені, тому також не порушують критеріїв сексуальних норм.

Як правило, людська уява про сексуальну норму ґрунтується на особистому досвіді, на спілкуванні з друзями, на літературних джерелах. Однак не завжди отримана інформація відповідає дійсності і науково обґрунтованим критеріям.

З огляду на сказане варто навести не лише критерії клінічної норми, а й соціальної, психологічної і фізіологічної сексуальної норми.

Критерії оцінки соціальної норми:

1. Наявність сексуальної поведінки, контакту між зрілими особистостями, що сприяє правильному прояву особистості й індивідуальності.
2. Відповідність індивідуальної сексуальної поведінки визнаним суспільним нормам і формам сексуальної поведінки.
3. Відповідність сексуальної поведінки особистій і суспільній моралі.
4. Правильна обізнаність з питаннями психогігієни статевого життя.

5. Відсутність ознак соціальної дезадаптації і соціальної дезінтеграції сім'ї як своєї, так і батьківської.

Критерії оцінки оптимальної психологічної норми:

1. Наявність взаємного бажання сексуального контакту і відповідність сексуальної установки, мотивації і поведінки.

У межах цього критерію викликає інтерес тип сексуальної мотивації. Основні типи визначені Г. С. Васильченком і на сьогодні доповнені кількома додатковими варіантами:

- гомеостабілізуючий — мотивом є прагнення до створення спокою і комфорту так, щоб сексуальна напруга не відвертала уваги від виконання інших, важливіших завдань. Тобто людина вступає в статеві зносини з метою отримати сексуальну розрядку, позбутися сексуальної напруги, яка заважає зосередитись на якійсь іншій діяльності;
- шаблонно-регламентований — тип, при якому мотивацією є сформований стандартний стиль поведінки. Людина встановлює для себе певну регулярність і стандарт сексуальних відносин і шаблонно виконує свій "подружній обов'язок";
- генітальний тип, при якому достатнім мотивом для статевих зносин є наявність ерекції. Поняття потягу, збудження і ерекції зливаються в єдине. Цей тип мотивації характерний для інтелектуально знижених осіб;
- ігровий тип — найгармонійніший, поєднує романтичні та сексуальні елементи. В сексуальні контакти вносяться елементи гри, видумки, фантазії.

Останнім часом додано ще кілька типів сексуальної мотивації, які стосуються переважно девіантних форм поведінки:

- агресивно-егоїстичний;
- пасивно-слухняний;
- агресивно-садистичний;
- альтруїстичний (гармонійний).

В нормі допускається наявність садистичних і мазохістських тенденцій, але саме тенденцій — і не більше.

2. Високий рівень психологічної адаптації подружжя. Важливість цього критерію зумовлена тим, що часто причиною дисгармоній є наявність рис характеру, які не мають нічого спільного із сексуальною функцією, але викликають в іншого партнера негативне ставлення.

Для збереження гармонійності в сім'ї важлива наявність контрастних (взаємодоповнюючих) спадкових рис подружжя. Величезне значення мають також адаптивно-комунікативні властивості особи.

Критерії оцінки фізіологічної (біологічної) норми сексуальності:

1. Завершеність психосексуального розвитку і відсутність ознак, які б свідчили про його порушення.
2. Завершеність соматостатевого розвитку і відсутність ознак, які свідчать про його порушення.
3. Відсутність захворювань, які можуть ослабити сексуальну функцію. Ослаблення сексуальної функції може бути вторинним, коли воно спричинене наявністю соматичного захворювання і первинним, коли сама сексуальна патологія є нозологічною формою.
4. Наявність при генітальному контакті обопільного оргазму.
5. Правильні сексуальні дії і поведінка, які не призводять до порушення сексуального здоров'я.

2.2. Відносність сексуальної норми, динаміка вікових змін

Поняття сексуальної норми взагалі дуже умовне і постійно змінюється залежно від рівня сексологічних знань і зміни меж соціальної терпимості. Ряд вчених взагалі заперечують можливість встановлення межі норми сексуальної поведінки, бо в цій сфері немає поняття нормальної людини, а є проблема свободи і ступеня її обмеження, терпимості і нетерпимості. Основними факторами, які все-таки варто враховувати, є: особистісні (ступінь прийнятності сексуальних нахилів для людини і ступінь пов'язаних з цим страждань); ситуаційний фактор; партнерські фактори.

Сексуальне здоров'я — це не тільки відсутність якихось хворобливих змін в організмі людини, які можуть призвести до ослаблення сексуальної функції, а також можливість оптимальної адаптації до протилежної статі, розвитку гармонійних стосунків відповідно до норм соціальної та особистої моралі.

Сексуальне здоров'я — це інтегральний комплекс взаємодоповнюючих компонентів сексуальності. Нині використовують системний підхід з виділенням різних компонентів, поєднаних жорсткими взаємозв'язками. Ця взаємодія окремих компонентів породжує нові інтегративні якості, не властиві для жодного окремого компонента.

Основні системоутворюючі якості:

1. Статева самосвідомість і статеве усвідомлення оточення. Статева самосвідомість визначається статевим диференціюванням мозкових структур і впливом мікросоціального середовища.
2. Статеворольова поведінка — це формування стереотипу поведінки, вибір адекватної статевої ролі. Поведінка має відповідати морфологічним, фізіологічним і психічним ознакам. Визначається переважно мікросоціальним середовищем.
3. Психосексуальна орієнтація — спрямованість статевого потягу за об'єктом.

Ці три ознаки й зумовлюють психосексуальний розвиток, але, окрім них, виділяють ще такі ознаки:

4. Статевий потяг, головним компонентом якого є корковий умовно-рефлекторний, а також нейрогуморальний і психологічний компоненти.
5. Сексуальна збудливість — швидкість перебігу сексуальних реакцій, яка залежить від:

- типу нервової системи;
- типу статевої конституції;
- темпераменту;
- ерогенності зовнішніх подразників;
- регулярності статевого життя.

6. Сексуальна активність, яка визначається частотою статевих контактів і сексуальних реакцій за певний час.

Важливими системоутворюючими ознаками є також:

7. Сексуальна установка — готовність, схильність до сексуальних дій. Вирізняють три типи сексуальної установки:

- фалоцентричну (механоцентричну) — установка на техніку статевого акту;
- оргазмоцентричну — установка на оргазм, після якого настає повне психосексуальне задоволення;
- екстазоцентричну установку — готовність до екстазу, до багаторазового переживання оргазму.

8. Сексуальна потреба — це стан індивіда, спричинений потребою співіснування з об'єктом протилежної статі і правильним функціонуванням статевої системи.
9. Мотивація.
10. Еротика і психосексуальна вдоволеність.

Для кожного вікового періоду характерна певна інтенсивність сексуальних проявів. Це особливо властиве для чоловічого організму. Через те кожний окремий прояв сексуальності треба співвідносити з віком і лише потім робити висновок про наявність чи відсутність патологічних ознак.

Статеві властивості чоловіків за віковими діапазонами поділяють на властивості пубертатного періоду, перехідного, зрілої сексуальності та інволюційного.

У періоді статевого дозрівання (пубертатному) відбувається збільшення яєчок, загальне прискорення росту, формування вторинних статевих ознак: зміна мошонки, мутація голосу, оволосіння лобка, збільшення щитовидного хряща гортані, оволосіння пахвових впадин, оволосіння обличчя. Важливою ознакою пубертату є встановлення активності статевих залоз, яке проявляється пробудженням статевого потягу, появою перших еякуляцій, частіше у вигляді нічних полюцій. В цьому ж періоді вельми поширена практика мастурбації як засіб зняття статевої напруги. Здійснюється перехід від романтичної стадії до хтивого засліплення з фіксацією психіки на генітальній сфері. Мастурбаторна практика в цей період є проявом здорових сексуальних реакцій в осіб чоловічої статі. Згідно з результатами досліджень (A. C. Kinsey, 1948), серед чоловіків, які мають статеві розлади, найвищий відсоток таких, що ніколи не мастурбували, і навпаки, серед сексуально здорових майже всі коли-небудь мастурбували. Та все ж не можна робити однозначних висновків про сексуальне здоров'я чоловіка за наявністю чи відсутністю мастурбаторної практики в минулому. Проте зрозуміло, що в цьому аспекті не мастурбація позитивно впливає на сексуальне здоров'я в майбутньому (хоча замісна мастурбація таки впливає позитивно), а навпаки, правильне статеве дозрівання і генетично сильна сексуальна здатність у підлітковому віці забезпечує таку високу сексуальну потребу, потяг, бажання, що підліток змушений самозадовольнятися. Крім того, мастурбація пов'язана з неможливістю задовольнити статеву пристрасть іншими соціально прийнятними формами сексуальної активності через вікові обмеження. Тобто суттєву роль відіграє розходження між більш раннім статевим дозріванням і соціальним дозріванням. Період, під час якого підлітки і юнаки мають виражену сексуальну потребу, але не можуть вступити в шлюб через юридичні обмеження, стає все більшим внаслідок акселерації.

Далі починається перехідний період, який характеризується невпорядкованими статевими зв'язками. При цьому сексуальні ексцеси (багаторазові статеві акти протягом доби) змінюються сексуальною абстиненцією, під час якої сексуальної розрядки досягають шляхом мастурбації або нічними полюціями.

Пік сексуальної здатності припадає (найчастіше за даними досліджень) на вік 21–22 роки, коли юнак здатен на максимальну кількість ексцесів — повторних статевих актів, що закінчились еякуляцією, протягом доби.

Перехідний період у більшості чоловіків закінчується шлюбом, у перші місяці подружнього життя ще зберігаючи свої риси у вигляді сексуальних ексцесів.

Із встановленням певного прийнятного для чоловіка рівня регулярної сексуальної активності починається період зрілої сексуальності. Статева активність у цей період визначається статевою конституцією чоловіка і можливістю мати статеві зносини з жінкою коли забажаєш. Саме ця доступність і насиченість статевим життям веде до зникнення практики ексцесів. Як вимучена голодом людина накидається на їжу і їсть надмірно, так і чоловік після статевого утримання прагне "наїстись досхочу", що й лежить в основі практики ексцесів підліткового і юнацького віку.

Період зрілої сексуальності триває роками і десятиліттями, доки не наступає інволюційний період, для якого властиве поступове зниження статевої активності та зменшення інтересу до сексуальної сфери.

2.3. Статева конституція

Інтенсивність сексуальних проявів оцінюється не тільки з урахуванням віку, їх інтенсивність значною мірою залежить від індивідуальних рис сексуальності людини, названих статевою конституцією. Сексуальні прояви здорових чоловіків, навіть одного віку, настільки різняться, що часом важко сказати, здорова чи хвора якась конкретна людина. Аби відповісти на це запитання, необхідно встановити чіткі критерії, які дали б змогу оцінити статеву конституцію і визначити, зумовлені наявні сексуальні прояви конституцією чи тут спостерігається патологія.

Загальне визначення поняття конституції дали П. Д. Горизонтов і М. Я. Майзеліс (1966), за якими конституція є "сукупністю функціо-

нальних і морфологічних особливостей організму, що склалися на основі спадкових і набутих властивостей організму, яка визначає його реактивність".

Критерії визначення конституції можуть бути як морфологічні, так і психологічні, нейрофізіологічні. Якщо ж говорити про статеву конституцію, то її слід розуміти як тип функціонально-енергетичного реагування.

Статева конституція обмежує діапазон індивідуальних потреб у сексуальній сфері, а також визначає ступінь резистентності до захворювань статевої системи і патогенних факторів.

Втім, розробка системи критеріїв оцінки статевої конституції виявилася справою нелегкою. Багато дослідників пропонували підходи, які переважно ґрунтувалися на морфологічному підході. Очевидно, що першим критичним періодом формування статевої конституції є період внутрішньоутробного розвитку. Проте клінічні прояви закладених конституційних особливостей можна визначити не раніше, ніж настає період статевого дозрівання (пубертатний період).

Спочатку орієнтувалися на ознаки пубертатного періоду, але надалі важливішим стало визначення статевої конституції в різних вікових періодах, оскільки частіше до лікаря зверталися люди далеко не підліткового віку. В основному методики ґрунтувались на побудові морфограм за різними показниками і для чоловіка мала значення наявність типово чоловічої морфограми, характер оволосіння тощо.

Основним недоліком всіх систем критеріїв було повне ігнорування функціональних проявів сексуальності. Уникнути цих недоліків зміг Г. С. Васильченко (1977), який запропонував шкалу векторного визначення статевої конституції чоловіка.

Шкала векторного визначення статевої конституції чоловіка (табл. 1) враховує сім показників (векторів) з незалежними один від одного параметрами і ґрунтується на принципі статистичних вирішальних функцій.

Найпростіше використання шкали для оцінки статевої конституції передбачає отримання середнього арифметичного всіх індексів. Величина кожного індексу (від 1 до 9) визначається для кожного вектора. Індекси для VI і VII векторів пропускаються в неодружених, а також в одружених представників "мандрівних" професій, тобто тих, хто через обставини не веде багаторічного регулярного статевого життя. Значення індексів підсумовуються і сума ділиться на кількість використаних векторів.

Таблиця 1

Шкала векторного визначення статевої конституції чоловіка

Вектори	Конституція								
	слабка			середня			сильна		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0–1,5	1,6–2,5	2,6–3,5	3,6–4,5	4,6–5,5	5,6–6,5	6,6–7,5	7,6–8,5	8,6–9,0
I. Вік пробудження лібідо	17 років і пізніше	16	15	14	13	12	11	10	9 років і раніше
II. Вік першої еякуляції	19 років і пізніше	17–18	16	15	14	13	12	11	10 років і раніше
III. Трохантерний індекс (відношення зросту до висоти 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 оволосіння лобка	рідке пушкове волосся	горизонталь за жіночим типом	тенденція до горизонталі	за чоловічим типом	за чоловічим типом	за чоловічим типом	чоловічий тип з гіпертрихозом	чоловічий тип з гіпертрихозом	чоловічий тип з гіпертрихозом
V. Максимальний ексцес	0	2	3	4	5	6	7	8	9 років і більше
VI. Вік входження в умовно-фізіологічний ритм (УФР)	–	медовий місяць	1 рік	2–3 роки	4–5 років	6 –10 років	11–19 років	20–29 років	30 років і більше
VII. Те саме, але абсолютний вік	–	до 22 років	23–26 років	27–31 рік	32–36 років	37–40 років	41–45 років	46–50 років	51 рік і більше

Таблиця 2

Шкала векторного визначення статевої конституції у жінок

Вектори		Конституція								
		слабка			середня			сильна		Патологія і рідкісні конституційні форми
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
		0–1,5	1,6–2,5	2,6–3,5	3,6–4,5	4,6–5,5	5,6–6,5	6,6–7,5	7,6–8,5	8,6–9,0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
I. Менструальна функція	Перша менструація у віці	17 років і пізніше	16 років	15 років	14 років	13 років	12 років	11 років	10 років	9 років і раніше
	Регулярність менструацій	Аменорея або поодинокі рідкісні менструації	Тривалі порушення циклу без видимих зовнішніх впливів	Порушення тільки при несприятливих впливах	Епізодичні короткочасні порушення при виражених несприятливих впливах	Регулярна, без патології				Порушення менструальної функції

Продовження табл. 2

II. Дітородна функція	Строки настання вагітності	–	10 років і довше	3–9 років	1–2 роки	3–6 місяців	1–3 місяці	Навіть при контрацепції		–
	Характер перебігу вагітності	–	Невиношування, тяжка патологія вагітності, мертвонародження	Загроза переривання, патологічний перебіг, токсикози	Легкий перебіг, токсикози вагітності	Нормальний перебіг				–
III. Трохантерний індекс		1,88	1,89–1,93	1,94–1,96	1,97–1,98	1,99	2,0	2,01–2,02	2,03–2,04	≥2,05
IV. Характер оволосіння		A0P0	A1P1	A2P2	Жіночий тип A3P3			Тенденція до чоловічого	Чоловіче	Чоловіче, гіпертрихоз (гірсутизм)
V. Вік пробудження еротичного лібідо		≥17 років	15–16 років	14 років	13 років	12 років	11 років	10 років	9 років	8 років і раніше

Закінчення табл. 2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
VI. Оргазм	Перший оргазм	Вік, роки	–	≥35	31–34	26–30	21–25	18–20	15–17	12–14	11 років і раніше
		час після початку регулярного статевого життя	–	10 років	3–9 років	1–2 роки	6–11 місяців	2–5 місяців	1 місяць	До початку регулярного статевого життя або перший коїтус	До контакту з партнерами
	Досягнення 50–100 % оргастичності	Вік, роки	–	40 років	35 років	30 років	25 років	20 років	19 років	18–16 років	15 років і раніше
		час після початку регулярного статевого життя	–	10–15 років	5–9 років	3–4 роки	1–2 роки	6–11 місяців	2–5 місяців	1 місяць	Одразу з початком статевого життя

Виходячи з отриманого середнього арифметичного значення статева конституція оцінюється так:

1–1,5 — надзвичайно слабка;

1,6–2,5 — дуже слабка;

2,6–3,5 — слабка;

3,6–4,5 — ослаблений варіант середньої;

4,6–5,5 — середня;

5,6–6,5 — сильний варіант середньої;

6,6–7,5 — сильна;

7,6–8,5 — дуже сильна;

8,6 — 9 — надзвичайно сильна.

Звичайно, правомірність використання того чи іншого критерію може бути піддана певному сумніву, оскільки на багато з них (вік пробудження лібідо, вік першої еякуляції, особливо якщо вона відбулася при мастурбації) впливає мікросоціальне середовище, а деякі критерії хоч і свідчать про сильну статеву здатність (статеві ексцеси), не дуже корисні для організму.

Зовнішні фактори відіграють сприяючу, а не визначальну роль, яка належить внутрішній перебудові нервово-психічних особливостей особистості і соматичному вигляду. Водночас сексуальних ексцесів (V критерій) може не бути не через слабкість статевої конституції, а тому, що чоловік не вважає за потрібне здійснювати кілька статевих актів поспіль або вважає це шкідливим для здоров'я (що певною мірою так і є). Тобто цей критерій у напрямку зменшення показників багато в чому визначається довільною установкою. Такою ж установкою або сексуальними запитами жінки може визначатися вік входження в смугу УФР (VI і VII показники).

Перші чотири критерії, на відміну від трьох останніх, здебільшого визначаються внутрішніми факторами і не дуже залежать або зовсім не залежать від довільних бажань. Крім того, перші чотири критерії виявляються у період статевого дозрівання і зберігаються незмінними протягом усього життя. Через те можна стверджувати про сильний зв'язок цих критеріїв з генотипом чоловіка; вони й використовуються для обчислення генотипного індексу статевої конституції (середнє арифметичне I–IV векторів).

V–VII вектори відображають прояви статевої активності у процесі статевого життя, які можуть як посилювати, так і послаблювати фенотипні прояви статевої конституції. Середнє арифметичне індексів цих векторів являє собою індекс статевої активності. А середнє ариф-

метичне індексів усіх векторів, про яке йшлося вище, являє собою фенотипний індекс статевої конституції.

Числові значення названих коефіцієнтів оцінюються за описаним вище принципом. Відношення коефіцієнта статевої активності до коефіцієнта генотипу визначає те, як реалізується генотип. Числове значення цього співвідношення повинно наближатися до одиниці.

Деякі критерії, взяті ізольовано, можуть абсолютно спотворити істинний стан справ. Тому орієнтуватися потрібно тільки на комплекс критеріїв. За аналогічним принципом визначається статева конституція у жінок (табл. 2).

2.4. Сексуальні дисфункції

Сексуальні дисфункції — збірне поняття, що включає всі порушення потенції, сексуальної збудливості, сексуального збудження, сексуальної мотивації та оргастичної здатності. Сексуальні дисфункції можуть виникати в будь-якій фазі сексуального контакту — лібідо, статевого акту, оргазму. Однак у чоловіків частіше порушується здатність здійснювати статевий акт, що пов'язано з порушенням ерекції, а в жінок частіше порушується статевий потяг і здатність переживати оргазм. Інакше кажучи, чоловік і жінка певною мірою взаємно доповнюють функціональний комплекс сексуальних контактів один одного, забезпечуючи стабільність у кожній фазі хоча б в одного з партнерів, зменшуючи ймовірність статевого розладу. Вплив стабільного лібідо чоловіка активує статеве збудження жінки, її мотивацію до злягання і сприяє посиленій секреції в піхві, розвільненню м'язів навколо неї, полегшуючи подальше введення статевого члена (імісію). Таким чином, позитивні реакції жінки та її готовність до статевого акту полегшують виникнення ерекції та імісію, зменшуючи ймовірність розладу цієї фази статевих зносин. Успішний перебіг статевого акту, кульмінацією якого є еякуляція і оргазм у чоловіка (із зовнішніми проявами насолоди), посилює збудження жінки, сприяючи досягненню нею оргазму.

Досить часто причиною сексуальних дисфункцій є неврози і невротичні реакції. Більше за те, сексуальні дисфункції бувають не лише наслідком, а й причиною невротичних реакцій і неврозів.

Сексуальні порушення, що виникають у рамках неврозів, проявляються порушенням сексуальних переживань, функцій або сексуальної поведінки і погіршують перебіг неврозів, стаючи осьовим,

провідним симптомом незалежно від вираженості самих сексуальних порушень. У стані неврозу людина особливо гостро реагує на наявні порушення. Швидке усунення сексологічного симптому дає значний поштовх до загального одужання.

Неврози можуть призвести до партнерських і сімейних конфліктів з неможливістю встановлення глибоких міжлюдських зв'язків. При цьому наявні сексуальні порушення не відіграють основної ролі.

В інших випадках причиною дисгармонії спільного життя і відсутності міжлюдських зв'язків може бути сексуальний розлад, що виник внаслідок неврозу. При цьому інші явища неврозу відходять на задній план і залишаються практично непоміченими.

Статевими неврозами є порушення, які (К. Імелінський, 1986): а) виникають внаслідок викривленого розвитку особистості в дитинстві; б) є наслідком тривалого впливу травмуючих факторів; в) протікають, як правило, без виявлення травмуючого фактора або його усвідомлення хворим; г) проявляються з перших спроб спільного статевого життя; д) протікають хронічно.

На відміну від сексуальних неврозів, для сексуальних невротичних реакцій властиве: а) починаються частіше не в дитячому віці; б) нерідко виникають після одноразового впливу подразника; в) травмуючий фактор відомий і усвідомлюється хворим; г) проявляються одразу після впливу травмуючого фактора; д) частіше протікають гостро.

На виникнення сексуальних невротичних реакцій впливають не тільки травмуючі фактори, а й властивості особистості.

Травмуючі фактори можуть бути досить різноманітними. У жінок це частіше відсутність сексуальної культури у партнера, зґвалтування, зрада чоловіка, штучний аборт, страх вагітності чи зараження венеричною хворобою. У чоловіків особливе значення має неправильна поведінка жінки, наприклад, насмішка над його сексуальними якостями, особливо якщо він невпевнений у собі або в нього іпохондричний настрій.

Особливу роль тут відіграє брак знань у сфері психофізіології сексуальності. Тому що знання в певній галузі дають людині впевненість у цій сфері і жодні насмішки, грубі висловлювання, образи не можуть призвести до негативних наслідків. Також поодинокі сексуальні невдачі не можуть викликати побоювань, якщо їх можна пояснити із сексологічної точки зору, тобто вони спричинені ситуаційними факторами або тимчасовими розладами (наприклад, втомою, отруєнням, грипом тощо).

Сексуальні розлади у чоловіків об'єднують поняттям "імпотенція" (в сучасній науковій літературі практично не використовується). За визначенням Шнабля (Schnabl, 1974) чоловік є імпотентом, якщо він нездатний:

- відчувати сексуальний потяг до жінки;
- досягти достатньої ерекції як наслідку сексуального бажання;
- ввести статевий член у піхву після появи ерекції;
- здійснювати фрикції протягом необхідного часу;
- досягти виверження сім'я в результаті фрикційних рухів;
- пережити стан оргазму в такій ситуації і з такою жінкою, з якою більшість чоловіків спроможні здійснити статевий акт.

Сексуальне порушення може спостерігатися на будь-якій стадії, але чим на ранішій стадії відбувається порушення, тим гіршими є наслідки, оскільки порушуються також всі подальші стадії.

Критерії імпотенції у чоловіків не включають порушення ерекції у результаті сексуальних девіацій, а також неспроможності вдовольнити партнерку, оскільки сексуальне задоволення жінки залежить насамперед від її оргастичної здатності і не може бути критерієм імпотенції (навіть високопотентний чоловік ніколи не вдовольнить жінку з аноргазмією).

Розлад лібідо може проявлятися у вигляді зниження, відсутності статевого потягу або його підвищення (посилення). У чоловіків відсутності статевого потягу практично не буває.

Зниження лібідо може відбуватися як внаслідок патологічних процесів в організмі, так і без них. Причинами можуть бути: простатит, патологія гіпоталамуса, ендокринна патологія (гіпогонадизм та ін.), неврози, астенічна слабкість і будь-яка тривала патологія, яка призводить до дезактуалізації сексуальної потреби, астенії, порушення гормонального балансу. Також потяг знижується при перевтомі внаслідок постійного фізичного навантаження, при порушенні міжособистісних стосунків з партнером. В останньому випадку зниження лібідо, як правило, поширюється тільки на цього партнера, хоча може і генералізуватися.

Посилення лібідо можливе при вживанні невеликих доз алкоголю, на початковому етапі впливу іонізуючого опромінення (радіація), при деяких гіпоталамічних розладах, у маніакальній фазі маніакально-депресивного психозу, після прийому афродизіаків, шпанської мушки тощо. Підвищення сексуального потягу зустрічається рідко і за допомогою до лікаря з цього приводу звертаються мало.

Порушення ерекції може бути викликане кількома причинами:

1. Синдромом тривожного очікування невдачі.
2. Патологією судин статевого члена.
3. Простатитом (хоча для простатиту більш типова прискорена еякуляція).
4. Враженням спинного мозку.
5. До зниження ерекції ведуть також всі причини, що ведуть до зниження лібідо у чоловіків, тому що лібідо — це сексуальний енергетичний потенціал, без якого порушуються і подальші фази сексуального контакту.
6. Поганими міжособистісними стосунками з партнершею (порушується ерекція при спробі статевого акту тільки з цією жінкою).
7. Ситуаційними факторами: несприятливими умовами статевого акту (інші люди в кімнаті та ін.), небезпечними умовами.

Ерекція може порушуватись різною мірою і практично завжди в бік зниження, що проявляється її ослабленням або відсутністю.

Психогенний розлад ерекції характеризується збереженістю спонтанних ерекцій (ерекції вві сні тощо, поза ситуацією статевого акту) за відсутності адекватних ерекцій (достатніх для введення статевого члена в піхву) в ситуації інтимної близькості. А при вираженій затяжній психогенній патології можуть зникати і спонтанні ерекції.

У деяких випадках чоловіки неправильно розуміють термінологію, тому скаржаться на слабкість ерекції тоді, коли насправді вона цілком нормальна. В нормі ерекція (твердість) тіла статевого члена вища, ніж головки, і це не повинно викликати побоювань.

Скарги на посилення ерекції трапляються дуже рідко, однак це явище може спостерігатися при гіпоманіакальних станах, пріапізмі, гострому пріапізмі, який потребує негайного оперативного втручання, переміжному нічному псевдопріапізмі.

Важливим симптомом сексуальних порушень у чоловіків є порушення еякуляції. *Порушення еякуляції* може спостерігатися у вигляді прискореного виверження сім'я, тривалого статевого акту, названого в США загальмованим оргазмом, відсутності еякуляції, сперматореї.

Найчастішою скаргою є прискорена еякуляція:

1. До введення члена в піхву (ejaculatio ante portas).
2. Еякуляція в момент введення.

3. Абсолютно передчасна еякуляція — виверження сім'я настає при статевому акті до однієї хвилини або при кількості фрикцій менше 25, при цьому жінка не досягла оргазму.
4. Відносно передчасна еякуляція — виверження сім'я настає до появи оргазму у жінки, але з моменту імісії до еякуляції минає більш як одна хвилина і здійснюється понад 25 фрикцій.

Поняття норми стосовно тривалості статевого акту в літературі трактується досить широко — в діапазоні від семи секунд до 20 хвилин. Остаточним показником, за яким виверження сім'я визначають як нормальне чи передчасне, є наявність оргазму у жінки і абсолютна тривалість статевого акту становить близько двох хвилин.

Застосовуються такі *критерії оцінки тривалості статевого акту*:

1. Тривалість статевого акту визначається стосовно першого статевого акту, а не повторного, оскільки повторний акт завжди довший за попередній.

2. Тривалість статевого акту повинна визначатися в режимі регулярного статевого життя, оскільки після періоду статевого утримання тривалість статевого акту зменшується.

3. Статевий акт необхідно визначати без пролонгації.

Пролонгація може бути:

- токсико-хімічна (медикаментозна, алкогольна тощо);
- психофізіологічна (самонавіювання, переключання уваги, еротична сенситизація або навпаки);
- механічна (зупинка і сповільнення фрикцій).

Пролонгацію також поділяють на банальну та істинну. Банальною називається така пролонгація, коли чоловік сповільнює фрикції, подовжуючи статевий акт, однак це ефективно тільки до періоду еякуляторної неминучості. Істинною називається така пролонгація, коли еякуляція неминуча, але деякі чоловіки концентрацією вольових зусиль затримують виверження сім'я і відчувають оргазм без еякуляції (розрядка на субкортикальному рівні без участі центрів еякуляції спинного мозку).

4. Потрібно враховувати парний фактор, оскільки з різними жінками у того самого чоловіка можлива різна тривалість статевого акту і різний ступінь ерекції.

5. Врахування пози при зляганні. Вважається, що в позі "чоловік знизу" статевий акт довший.

Прискорена еякуляція є проявом не слабкості потенції, а швидше навпаки — підвищеної збудливості. Не знаючи цього, а також меха-

нізмів подовження статевого акту, чоловіки часто починають відчувати страх і невпевненість у своїй сексуальній повноцінності, намагаються надмірно перевірити себе або уникають жінок, що в цілому лише погіршує їхній психоемоційний стан.

Пізня еякуляція (тривалий статевий акт) не обмежена чіткими часовими критеріями. Суб'єктивний критерій — втома у процесі фрикцій через тривалість статевого акту. При пізній еякуляції або відсутності еякуляції слід звернути увагу на те, чи завжди відсутня еякуляція; можливо, при мастурбації, під час нічного сну тощо вона відбувається.

Сперматорея проявляється у витіканні сімені із сечовипускального каналу. Сім'я витікає повільно без сексуального збудження, ерекції чи оргазму, посилюється витікання при дефекації. Часом за сперматорею помилково приймають виділення слизу з уретри внаслідок сексуального збудження.

У жінок до порушень, що ускладнюють проведення статевого акту, можна зарахувати розлад комплексу сексуальної готовності і вагінізм. Про комплекс сексуальної готовності вже говорилося, він полягає в слизових виділеннях піхви і переддвер'я та розвільненні м'язів довкола піхви, що полегшує введення статевого члена. Відсутність цих явищ найчастіше спостерігається при несприйнятті партнера і відсутності сексуального збудження через недостатню сексуальну стимуляцію, розлад лібідо чи ситуаційні фактори.

Сухість у статевих органах жінки до імісії сильно ускладнює її, а сухість, що виникає під час фрикцій посилює тертя і робить болісним статевий акт як для чоловіка, так і для жінки. Вихід із цієї ситуації полягає або в повноцінній сексуальній стимуляції жінки, або у використанні змазок при статевому акті.

Надлишкове виділення слизу з піхви не є патологією, але дає ефект чавкання, який викликає у жінок побоювання, що це неприємно для партнера.

Вагінізм — це функціональний розлад, який виникає внаслідок багатьох психофізичних причин і робить неможливим вагінальний статевий акт. Проявляється у вигляді спазму м'язів навколо входу у піхву, що створює механічну перепону на шляху статевого члена. Таке скорочення м'язів рефлекторне і не залежить від волі жінки, виникає при спробі введення члена у піхву, а часом навіть, якщо жінка лише уявляє це. Зустрічаються випадки, коли вагінізм проявляється при спробі введення гінекологічного інструментарію лікарем тощо.

Часто причинами вагінізму є страх перед проникненням стороннього тіла, неправильне виховання, психічні травми, суворе релігійне виховання, страх перед болем при дефлорації, невпевненість у чоловікові, його невпевненість і нерішучість, несприйняття чоловіка, його уникнення, захисний механізм при неусвідомлених девіантних схильностях.

Досить поширені сексуальні дисфункції у вигляді порушення оргазму. У чоловіків це не має такого значення, бо виражене менш яскраво внаслідок того, що еякуляція завжди супроводжується відчуттям полегшення і релаксації, а сама відсутність оргазму не впливає на перебіг статевого акту.

При деяких розладах порушується зв'язок між виверженням сім'я і оргазмом, який у нормі починається на кілька секунд раніше за еякуляцію. В цьому випадку можливе переживання оргазму без виверження сім'я і виверження сім'я без оргазму або з дуже неяскравим оргазмом. Встановлено, що чим енергійніше виверження сім'я, тим яскравіші оргастичні відчуття, і навпаки, якщо еякуляція в'яла і сім'я швидше виливається, аніж вивергається, то еротична насолода значно знижується.

Водночас суттєве значення має почуття еротичного кохання до партнерки, наявність якого значно підсилює яскравість насолоди під час статевого акту й оргазму. Якщо ж жінка внаслідок своєї еротичної непривабливості для певного чоловіка не викликає в нього потягу і збудження або ж викликає огиду, то проведений статевий акт та еякуляція дають лише відчуття фізичної релаксації, пов'язане із задоволенням фізіологічної потреби. Про жодні інтенсивні еротичні емоції у чоловіка в цьому випадку не може бути й мови.

Зниження гостроти насолоди аж до відсутності оргазму можливе, якщо злягання супроводжується страхом, відверненням уваги, фізичним болем (за винятком осіб з мазохістськими нахилами). Гнітюче впливає також сором, відчуття сексуальної неповноцінності, страх виявитись неспроможним, особливо в осіб, які хворіють на розлади ерекції і передчасне виверження сім'я.

При надто частих статевих зносинах, викликаних не еротичною потребою, а спортивним інтересом, вимогами партнерки тощо, може підвищуватись поріг еротичної збудливості і статеві акти мають суто механічний характер, не даючи чоловікові насолоди.

Впливають на переживання оргазму і соціокультурні фактори. Якщо, вступаючи у зв'язок із жінкою, чоловік психічно долає куль-

турні бар'єри, які обмежують його сексуальні потреби, це викликає відчуття провини і зменшує отримуване задоволення. Також варто відзначити загальний вплив сучасного світу, підвищення темпу життя, що сприяє встановленню поверхових короткочасних міжособистісних і сексуальних зв'язків. Відсутність у цих зв'язках глибинних чуттєвих стосунків, оцінка не емоцій, а споживацьких властивостей партнерки знижує ступінь сексуального задоволення.

У жінок порушення оргазму, як правило, у вигляді аноргазмії є найчастішим сексуальним порушенням. *Аноргазмія* — це нездатність жінки досягати оргазму протягом статевого акту за наявності сексуального збудження й особистої прихильності до партнера.

Спроможність переживати оргазм у жінки не постійна, вона змінюється залежно від часу і ситуації. І порушується вона різною мірою, тому, крім жінок, які переживають оргазм при кожному зляганні і не переживають його ніколи, існує багато жінок, які переживають оргазм рідко, спорадично, часто, дуже часто. Відсутність оргазму не завжди супроводжується відсутністю сексуального задоволення від статевого життя. В цьому випадку при відсутності гострої насолоди вони отримують сексуальну розрядку і також задовольняють свої виражені несексуальні потреби в ласці, емоційному та особистісному взаєморозумінні. З іншого боку, існують жінки, які переживають оргазм, але не відчувають психічного задоволення внаслідок того, що відсутні емоційні зв'язки з партнером і вони вважають своє спільне життя з цим чоловіком невдалим.

Залежно від вираженості порушення здатності переживати оргазм виділяють кілька ступенів:

- дуже часто оргазм відсутній;
- оргазм відсутній, але є приємне відчуття;
- оргазм відсутній, повна сексуальна байдужість під час зляганння (суто механічний процес без еротичних переживань);
- оргазм відсутній і нема бажання здійснити статевий акт.

Небажання мати статеві зносини може бути:

- відносним у разі переконаності, що чергові статеві зносини викличуть розчарування і роздратування;
- абсолютним стосовно певного партнера, якщо партнер викликає огиду або еротично непривабливий;
- абсолютне стосовно всіх чоловіків як наслідок генералізації небажання мати зносини з певним партнером.

У нормальної, здорової жінки, яка в певних ситуаціях переживала оргазм, часом може розвинутись оманлива статева холодність, спричинена усвідомленими психогенними факторами (Matussek, 1959):

- неможливістю забутися через побоювання небажаної вагітності, страхом, що її застануть під час зносин небажані свідки тощо;
- слабкістю сексуального бажання через відсутність відповідного настрою, неприємні повідомлення, перевтому;
- коли еротичне кохання спрямоване не на статевого партнера, а на іншого чоловіка, то оргазм можливий, якщо при зляганні жінка уявляє себе з коханим;
- негативними чи неправильними установками (при вихованні), спрямованими на негативне ставлення до сексуального життя з чоловіками;
- факторами, що залежать від партнера (він має сексуальні розлади і нездатний довести жінку до оргазму, в нього нема сексуального досвіду чи сексуальної культури, він не може створити сприятливих умов для переживання оргазму або жінка вибрала партнера з нееротичних мотивів).

Варто розглянути синдром закодованих сексуальних реакцій. Справа в тому, що у міру сексуального розвитку людини дедалі більшу роль у сексуальній сфері починають відігравати умовні рефлекси. Найкраще комплекс умовно-рефлекторних зв'язків формується в період статевого дозрівання і в юності, коли відбувається становлення статевої функції. Формується певний стереотип сексуальних реакцій, який стає своєрідним кодом, конче необхідним для нормального перебігу сексуальних стосунків. Стереотип формується на основі подразників, які часто повторюються, наприклад, певних фантазій при мастурбації, певних методів мастурбації, певного сценарію сексуальних стосунків на початку статевого життя та ін. Отримання задоволення в результаті впливу цих подразників фіксується і надалі задоволення нерозривно пов'язане саме з цими впливами, продуктами уяви, фантазіями тощо. Будь-яке відхилення від закодованого стереотипу гальмує сексуальні реакції і робить неможливим досягнення оргазму. Тому жінка, яка отримувала в юності оргазм при мастурбації, може не отримувати оргазму при зляганні з повноцінним, еротично привабливим чоловіком незважаючи на свою високу статеву збудливість.

Розглядаючи питання статевої холодності (фригідності) як зниження статевого потягу за відсутності відхилень у психічній та со-

матичній сферах людини, потрібно зупинитися на питанні підвищеного статевого потягу, який називається гіперсексуальністю (еротоманією). У чоловіків еротоманія називається сатиріазом, а в жінок — німфоманією.

Окрім істинно підвищеного потягу можливе також підвищення сексуальної активності з несексуальних мотивів. Особливо це характерно для чоловіків, які через невпевненість у собі постійно прагнуть підтверджувати свою сексуальну спроможність. Вважається, що саме таким був і славнозвісний літературний герой Дон-Жуан, який був не так "сексуальним гігантом", як закомплексованим, сексуально невпевненим чоловіком.

Посилення сексуального потягу можливе також у результаті статевого утримання, через психічні розлади чи органічну патологію, гормональні порушення, наркотичну інтоксикацію.

Німфоманія у жінок проявляється постійним прагненням до сексуальних контактів. Виділяють кілька різновидів німфоманії:

- зумовлену нав'язливими (причіпними) ідеями на фоні органічного враження головного мозку, гормональних і соматичних порушень;
- німфоманію в гіпоманіакальному стані;
- німфоманію на фоні вродженого надто сильного статевого потягу;
- надуману німфоманію — сексуальні контакти з багатьма чоловіками з психологічних мотивів, а не через сексуальне бажання.

Досить часто сексуальні дисфункції характерні для певної партнерської пари при нормальному сексуальному здоров'ї кожного партнера окремо. Частково такі дисфункції вже розглядалися. Вони можуть бути викликані, зокрема, відсутністю досвіду і сексуальної культури одного з партнерів, еротичною непривабливістю одного чи обох партнерів. Сексуальна дисфункція може мати різний ступінь вираженості аж до сексуальної аверсії, але проявляється лише в певній партнерській парі. Вступивши у статевий зв'язок з іншими особами, обидва невдалих партнери можуть цілком успішно здійснювати статеві контакти з усім комплексом сексуальних реакцій.

Контрольні питання

1. Поняття сексуальної норми, медико-психологічний та клінічний аспекти.
2. Партнерська та індивідуальна сексуальні норми, критерії оцінки.
3. Типи сексуальної мотивації, їх характеристики.
4. Поняття сексуального здоров'я, основні системоутворюючі якості.
5. Вікові особливості статевої функції.
6. Шкала векторної оцінки статевої конституції у чоловіків.
7. Шкала векторної оцінки статевої конституції у жінок.
8. Сексуальні дисфункції у чоловіків, їх види, причини виникнення.
9. Сексуальні дисфункції у жінок, їх види, причини виникнення.

МАУП

Розділ 3

ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

3.1. Контрацепція

Контрацепція, або запобігання вагітності, — це використання різних засобів і методів, спрямованих на запобігання запліднення яйцеклітини сперматозоїдом. На користь запобігання чи регулювання вагітності можна навести значну кількість аргументів. Небагато сімей згодні, та й можуть собі дозволити народити і виховувати десяток-другий дітей. Отже, слід планувати сім'ю, чого можна досягти попередженням вагітності або її перериванням (аборт). Небажана вагітність призводить, як правило, до аборту, що веде до збільшення кількості гінекологічних захворювань, акушерської патології, нерідко до безпліддя. Загалом у світі здійснюється близько 35 мільйонів абортів на рік. Загальна кількість ускладнень після аборту досягає 30 %. Особливо несприятливо на здоров'я жінки впливає переривання першої вагітності, тим більше у підлітковому віці. Загальна кількість ускладнень після аборту у вперше вагітних досягає 45–50 %. З цього випливає, що аборт далеко не найкращий метод планування сім'ї, віддавати перевагу треба використанню контрацепції.

Методи контрацепції можна згрупувати за такими видами:

- механічні;
- хімічні;
- гормональні;
- внутрішньоматкові;
- фізіологічні;
- перерваний статевий акт;
- хірургічні.

До механічних засобів, що діють за бар'єрним принципом, належать чоловічі та жіночі презервативи, жіночі діафрагми, шийкові

ковпачки. В усіх випадках контрацептивний засіб є перешкодою на шляху сперми. Найпоширенішим представником цієї групи є чоловічі презервативи, виготовлені з латексу. Раніше матеріалом була гума, проте латекс порівняно з гумою міцніший і має менші пори, що підвищує бар'єрну функцію з точки зору профілактики хвороб, які передаються статевим шляхом (ХПСШ), та ВІЛ/СНІДу. Більшість презервативів мають змазку, яка часом містить сперміцидні або бактерицидні речовини, іноді ароматизовану. Надягаються на статевий член у стані ерекції, хоча їх можна використовувати і при оральній стимуляції члена для досягнення ерекції.

Наводимо рекомендації з правильного використання презерватива.

1. Презервативи слід купувати лише відомих фірм і бажано в аптеці, звертаючи увагу на термін придатності, зазначений на упаковці.
2. Не користуватися презервативом, термін придатності якого минув, а також за наявності ознак непридатності у вигляді склеювання, ламкості тощо.
   При кожному статевому акті слід користуватися новим презервативом.
3. Зберігати презерватив у прохолодному сухому місці. Уникати впливу прямого сонячного проміння.
4. Уважно виймати презерватив з упаковки, уникаючи його пошкодження нігтями чи зубами (не рекомендується розривати пакет зубами).
5. Надягати презерватив на ерегований член до початку статевого акту.
6. Перед надяганням кінець презерватива затиснути для видалення повітря і залишити вільне місце для сперми.
7. Для додаткової змазки використовувати мазі тільки на водній основі. Змазки на жировій основі (вазелін, олія та ін.) пошкоджують презерватив і він легко рветься.
8. Виймаючи член з піхви після статевого акту, треба притримувати кільце презерватива, щоб сперма не вилилась.
9. Після використання презерватив викинути у сміття.
10. Ніколи не користуватися двома презервативами, одягнутими один на одного, бо в цьому випадку вони швидше рвуться.

11. Презерватив використовується тільки один раз. При повторному використанні захисний ефект не досягається. Кожний статевий акт потребує нового презерватива.

Ефективність використання презерватива як протизаплідного засобу за різними даними коливається від 87 до 97 %.

До переваг презерватива як контрацептивного засобу належать:

- абсолютна зворотність — у будь-який момент можна відмовитися від його використання і повернути початкову здатність до запліднення;
- безпека — відсутність ризику для здоров'я як чоловіка, так і жінки;
- одночасно з контрацепцією досягається ефект профілактики хвороб, що передаються статевим шляхом (ХПСШ), ВІЛ/СНІДу та раку шийки матки;
- доступність як у плані вартості, так і в плані легкості придбання в аптеці чи вуличному кіоску без рецепта лікаря;
- факт використання контрацептиву контролюється обома партнерами, будь-хто з них може придбати презерватив.

До недоліків презерватива можна зарахувати такі:

- презерватив зменшує чутливість головки статевого члена під час статевого акту аж до зникнення ерекції через недостатнє сприйняття стимуляції, та це може мати позитивний бік при передчасній еякуляції, подовжуючи статевий акт;
- надягання презерватива може психологічно впливати на чоловіка і призводити до зникнення ерекції (особливо, якщо він сам одягає презерватив);
- можливе виникнення алергії на латекс;
- потрібно контролювати, чи не сповзає презерватив під час зносин, чи не порвався і уникати контакту геніталій без презерватива і попадання сперми в статеві органи жінки.

Діафрагми та *шийкові ковпачки* призначені для жінок і використовуються досить рідко. І перші і другі підбираються лікарем і вставляються жінкою в піхву перед зляганням. Їх виготовляють з гуми або латексу. Діафрагми — куполоподібні напівсфери з обідком, який допомагає втримати діафрагму на місці після її введення. Шийкові ковпачки мають форму наперстка і призначені для закриття шийки матки на строк до 48 годин.

Названі засоби контрацепції рекомендовано поєднувати із сперміцидними засобами, що підвищує їх ефективність, рівень якої зале-

жить від точності підібраного розміру, правильності введення і відсутності зміщення під час статевого акту.

Серед переваг цих засобів можна відзначити:

- абсолютну зворотність;
- відсутність ризику для здоров'я;
- правильно підібраною діафрагмою можна користуватися майже два роки;
- у поєднанні із сперміцидами частково захищають від ХПСШ і раку шийки матки;
- при правильному використанні ефективність вища, ніж у внутріматкової спіралі чи оральної контрацепції.

Недоліками діафрагм і шийкових ковпачків є необхідність попередньої примірки, можливість алергічної реакції на матеріал, необхідність залишати їх у піхві не менше восьми годин після статевого акту (час, за який гинуть сперматозоїди). Деяким жінкам неприємно торкатись до власних статевих органів, що передбачає процедура введення цих засобів.

До *хімічних протизаплідних засобів* належать вагінальні пасти, таблетки, свічки, які мають сперміцидні властивості. Їх треба вводити за 20 і більше хвилин до статевих зносин перед кожним зляганням, що передбачає досить точне знання, коли саме відбудеться статевий акт. До таких препаратів належить граміцидинова паста, галаскорбін, люгенурин, вагінальні свічки "Патентекс Овал Н" (активна речовина ноноксинол 9) та ін. Препарат "Патентекс Овал Н" має подвійну дію — хімічну і механічну. Хімічна дія полягає у стовідсотковій сперміцидній дії активного типу, сперма знищується і перестає діяти. Після введення через 10 хвилин препарат розтоплюється від температури тіла, утворюючи ніжну приємну піну. Речовина поширюється по піхві, створюючи стабільний бар'єр, який перешкоджає проникненню сперматозоїдів у матку.

Можлива алергія на вживані хімічні контрацептиви, деякі засоби можуть розтопитись і витікати з піхви, можуть послаблювати силу тертя під час фрикцій, знижуючи чутливість когось із партнерів.

Останнім часом надзвичайного поширення в світі дістало використання *гормональних протизаплідних засобів*. Перша хвиля популярності цієї групи контрацептивів припала на 60-ті роки XX ст., коли почалось промислове виробництво аналогів яєчникових гормонів. Однак через їхню недосконалість і досить високе дозування виникало безліч ускладнень і побічних ефектів, найвідоміші з яких — швидкий

приріст надлишкової маси тіла, підвищене тромбоутворення, нудота, головний біль, біль і важкість у грудях, набряки, ризик гіпертонії, кровотечі між менструаціями, загострення діабету, зменшення кількості молока при грудному вигодовуванні.

Нині використовуються більш досконалі гормональні протизаплідні препарати, в основному комбіновані естроген-гестагенні, протизаплідний ефект яких ґрунтується на симуляції вагітності. Це найефективніші контрацептиви; до них належать нон-овлон, тризистон та ін. Їх ефект наближається до стовідсоткового, однак може знижуватися при одночасному вживанні деяких лікарських препаратів, наприклад антибіотиків, нестероїдних протизапальних, знеболювальних засобів.

Використовуються також гестагенні препарати, які знижують активність жовтого тіла і порушують транспортування яйцеклітини. Вони менше ефективні, ніж комбіновані, проте в них використовуються мікродози гормону, що зменшує ризик побічних ефектів.

Крім оральних препаратів використовуються також ін'єкційні пролонгованої дії. Залежно від препарату однієї ін'єкції вистачає на 8–12 тижнів. Ще тривалішу контрацепцію дає норплант, шість капсул якого, введені під шкіру, забезпечують протизаплідний ефект протягом п'яти років. Діючою речовиною норпланту є прогестин левоноргестрел, який поступово виділяється і пригнічує овуляцію, змінює характер шийкового слизу.

Про недоліки гормональних контрацептивів вже було сказано. Звичайно, вираженість побічних ефектів сучасних препаратів менша, та вони можуть проявлятися тією чи іншою мірою. Особливо небезпечне підвищене тромбоутворення, яке може призвести до тромбоемболії і смерті. Ризик підвищеного тромбоутворення збільшується у жінок, які курять і вживають гормональні контрацептиви.

Не менш вагомі і їхні переваги. Насамперед — легкість застосування, висока ефективність (майже 99 %), послаблення менструальних кровотеч і передменструального синдрому, профілактика запальних захворювань жіночих статевих органів, кист яєчника, раку яєчників та ендометрію, доброякісних пухлин молочних залоз.

Внутрішньоматкові засоби (ВМЗ) — один з найпоширеніших способів контрацепції. Сучасні ВМЗ являють собою маленькі вироби з біологічно інертних синтетичних матеріалів. Вони вводяться в порожнину матки, тому їхня форма дає змогу зафіксуватись їм у матці і не випадати самовільно.

Механізм дії внутрішньоматкового засобу полягає в тому, щоб перешкодити імплантації запліднeної яйцеклітини в стінку матки. Чим більша спіраль, тим надійніший захист від вагітності. Для підвищення ефективності використовуються також прогестинвмісні (міняти один раз на рік) та мідьвмісні спіралі (міняти раз на 3–4 роки).

Перевагою внутрішньоматкової спіралі є висока ефективність, яка досягає 97 %, тривалість впливу без особливих зусиль і уваги, зворотність ефекту після видалення спіралі, що можна зробити в будь-який момент, відсутність впливу на гормональне дзеркало жінки.

Проте існують певні недоліки:

- збільшення менструальної крововтрати;
- часто кровоточивість і болі після встановлення;
- ризик прориву стінки матки або вростання в неї;
- ризик запальних захворювань жіночих статевих органів з можливим подальшим безпліддям;
- ризик позаматкової вагітності після видалення ВМЗ;
- можливість випадіння ВМЗ і настання вагітності, якщо це відбулося непомітно.

Фізіологічний метод контрацепції, названий ще природним методом, ґрунтується на щомісячному визначенні овуляції у жінки й утриманні від статевих зносин у дні, які прилягають до дня овуляції. Це викликано тим, що циклічні зміни в жіночому організмі полягають у постійній підготовці організму до запліднення і вагітності, а період, який прилягає до овуляції, є єдино можливим для запліднення. Овуляція, як правило, відбувається за 14 днів (плюс мінус два дні) до настання менструації; сперма, що попала в піхву, зберігає життєздатність протягом 2–3 діб; незапліднена яйцеклітина гине протягом доби після овуляції. Ці положення і лежать в основі природного методу контрацепції.

Існує декілька методів визначення дня овуляції: календарний, за зміною базальної температури, за вивченням шийкового слизу.

Календарний метод ґрунтується на реєстрації тривалості менструальних циклів, кількість яких має бути достатньою для достовірного визначення найкоротшого і найдовшого циклу. Оптимальна кількість — 6–12 циклів підряд. Якщо всі цикли однакові і становлять 28 днів (найпоширеніша тривалість менструального циклу), то період утримання від статевих зносин триватиме з 10 по 17 день менструального циклу. Розрахунки виконують так: 28 – 18 = 10 (нижня межа), 28 – 11 = 17 (верхня межа). 18 днів віднімаються для гарантії від по-

милки з урахуванням можливого відхилення моменту овуляції на два дні раніше від 14 днів плюс два дні життєздатності сперматозоїдів; 11 днів віднімаються з урахуванням можливого відхилення овуляції на два дні пізніше плюс доба життєздатності незаплідненої яйцеклітини.

Якщо цикли різної довжини, то від тривалості мінімального віднімається 18 днів для нижньої межі "небезпечного" періоду, а від тривалості максимального віднімається 11 днів для визначення верхньої межі. У разі коливань тривалості циклу період статевого утримання довший, ніж при стабільному менструальному циклі.

Температурний метод ґрунтується на щоденному вимірюванні базальної температури протягом трьох менструальних циклів. Вимірювання здійснюють зранку після пробудження, не встаючи з ліжка і не змінюючи положення тіла, в прямій кишці одним і тим самим термометром. За отриманими даними будується графік ректальної температури, за яким визначається час овуляції.

Поки яйцеклітина дозріває, температура не змінюється і не перевищує 37°С. В момент виходу яйцеклітини з фолікула температура може впасти на 0,2–0,4 градуси, після чого піднімається вище 37 градусів. До початку наступної менструації температура повертається нижче 37 градусів.

Для визначення меж періоду утримання від дня овуляції, визначеного за температурною кривою, слід відняти шість днів (нижня межа) і додати чотири дні (верхня межа).

Вивчення шийкового слизу досить інформативний і точний метод навіть при дуже неритмічному менструальному циклі, однак він передбачає високу спостережливість жінки, як тонко вона відчуває сухість або вогкість піхви.

Після закінчення менструації настає сухий період, потім з'являється слиз, який поступово змінюється. Це початок періоду потенційної плодовитості. Спочатку слиз липкий, дуже густий і тягучий з білувато-жовтуватим забарвленням. Відчуття сухості змінюється, ще не вогко, бо слизу ще недостатньо, щоб його помітити, але вже не сухо. В подальші дні слиз стає рідшим, прозорим, чистим і дуже тягучим, а ще пізніше — прозоро-чистим, дуже рідким і дуже слизьким. При цьому у жінки складається враження, що переддвер'я піхви змазане, проте насправді кількість слизу може бути меншою. Далі характер слизу продовжує змінюватися — він стає матовим, густим або зникає зовсім, щезає відчуття змазаності. Це означає, що попередній день і

був *днем піку* виділення слизу. В цей день здатність жінки до запліднення найвища, та визначити цей день, як вже було сказано, вона може лише наступного дня. Після дня піку близько трьох днів може бути густий липкий слиз або зразу сухість у піхві, але ймовірність запліднення зберігається. На четвертий день після піку настає період безпліддя, який триває до кінця циклу.

Період від піку до початку наступної менструації відносно постійний для кожного циклу, а загальна тривалість циклу змінюється, як правило, тільки за рахунок зміни тривалості періоду дозрівання фолікула, простіше кажучи — періоду від першого дня менструації до піку. Наприклад, сухого періоду між менструацією і появою вологи може не бути, а може тривати дні, навіть тижні. Однак жінка має бути просто уважною і незалежно від регулярності циклу відзначати сухість чи вогкість у піхві. Наявність та зміна якості слизу інформує про період потенційної плодовитості, який закінчується через три дні після дня піку.

Для визначення дня овуляції жінка може використати відразу кілька методів, а саме: вимірювання базальної температури і спостереження за шийковим слизом. Тоді метод називатиметься симптотермічним.

Переваги фізіологічного методу незаперечні — повна безпека, жодного ризику для здоров'я, повна зворотність, прийнятність для віруючих, які не використовують інших контрацептивів з релігійних мотивів.

Водночас метод потребує ретельності і спостережливості з боку жінки та статевого утримання в "небезпечний" період. Щоправда, проблему утримання можна вирішити іншими контрацептивами (презерватив, діафрагма) або використанням інших форм сексуального задоволення.

Перервані статеві зносини. Сутність перерваних статевих зносин у тому, що статевий акт закінчується еякуляцією поза статевими шляхами жінки. Використання цього методу цілковито контролюється чоловіком, оскільки він повинен під час статевого акту відчути наближення виверження сім'я і вийняти член з піхви. Таке переривання статевого акту суперечить сексуальним інстинктам партнерів і знижує вираженість статевого задоволення у чоловіка.

Метод відомий з біблійних часів, коли Онан практикував перерваний статевий акт (загальновідоме помилкове твердження, що він практикував мастурбацію).

За своєю ефективністю цей метод дуже ненадійний з погляду контрацепції і шкідливий для організму чоловіка. Він не запобігає попаданню сперматозоїдів у піхву з виділеннями із статевого члена, які з'являються на самому початку ерекції; чоловік не завжди здатен вчасно вгадати момент еякуляції та встигнути вийняти член; виділення сімені можливе до оргазму без певних відчуттів; на піку сексуального збудження чоловік не завжди може контролювати себе і ситуацію. Часте використання перерваних статевих актів може призвести до порушення статевої функції чоловіка.

До переваг методу належать його дешевизна (не потребує підготовки, грошових витрат, спеціальних пристосувань), відсутність хімічних та гормональних впливів.

Хірургічні методи можна застосувати як до жінки, так і до чоловіка.

Жіноча стерилізація полягає в хірургічному порушенні прохідності маткових труб. Це здійснюють або перев'язуванням труб з подальшим перетинанням, накладанням затискачів чи кілець, або введенням у труби спеціальних корків чи хімічних речовин, які спричинюють утворення стриктур. Перев'язування труб здійснюється за допомогою лапароскопа через невеликий надріз у черевній стінці. Після операції зберігаються менструації, овуляція, тому в разі крайньої необхідності можлива реконструктивна операція або штучне запліднення власною яйцеклітиною.

Перевагами цих методів є виняткова ефективність, негайний і стабільний, тривалий ефект, безпека порівняно з іншими контрацептивами для жінок старших 35 років, які не бажають вагітніти, цілковита відсутність страху завагітніти.

Недоліком є ризик післяопераційних ускладнень, практично незворотність безпліддя, оскільки реконструктивні операції дуже дорогі і малоефективні. У психологічному плані жінці буває тяжко усвідомлювати, що вона більше ніколи не зможе мати дітей.

Чоловіча стерилізація здійснюється методом вазектомії — перерізанням сім'явивідних протоків, якими сперма надходить від яєчок. Після операції сперма залишається у протоках і придатках яєчок, де руйнується, а продукти розпаду всмоктуються в кров. При дослідженні еякуляту два послідовних підрахунки не повинні виявити жодного сперматозоїда. Тоді операція вважається успішною.

Перевагою методу є ідеальна ефективність, невелика ймовірність ускладнень через технічну простоту операції. Недоліком є відсут-

ність негайного ефекту (через 6–8 тижнів після операції), виникнення психічних проблем через втрату здатності до запліднення, неможливість за необхідності мати дитину, практично повна незворотність через вкрай низьку ефективність реконструктивних операцій.

3.2. Хвороби, що передаються статевим шляхом, та їх профілактика

Хвороби, що передаються статевим шляхом (ХПСШ), — це група захворювань, інфікування якими відбувається при статевих контактах. Статевий шлях передачі не є єдино можливим, але відіграє основну або одну з основних ролей у поширенні будь-якого з цих захворювань. Налічується близько 50 відомих ХПСШ. Більшість з них рідко зустрічаються в Україні або спричинюють за собою незначні наслідки для організму. Тому варто зупинитися на найпоширеніших і найнебезпечніших з них.

До хвороб, що передаються статевим шляхом, належать класичні венеричні хвороби, інфекційні, паразитичні, грибкові захворювання сечостатевих органів та ВІЛ/СНІД. Хоча останній, як правило, виділяють окремо, враховуючи його небезпечність, невиліковність, а також високу питому вагу інших шляхів передачі вірусу.

Сама назва “венеричні хвороби” пішла від імені богині кохання Венери, тобто наголошується на статевому шляху інфікування. Деякі венеричні хвороби були відомі ще в сиву давнину, про що свідчать літературні дані Давнього Китаю, Індії, Греції, Риму. Клінічні прояви типу болів при сечовипусканні, гнійно-кров’янисті виділення із статевих органів описано в Гіппократа, Галена, Цельса, Авіценни. Ними ж описано виразки на статевих органах (м’який шанкр) та бубони в паху.

Хвороби, що передаються статевим шляхом, вражають найрізноманітніші соціальні верстви суспільства, однак є контингенти осіб, названі групами ризику, яким належить провідна роль у поширенні цих захворювань.

До таких груп належать люди, які ведуть невпорядковане статеве життя, що може зумовлюватися “мандрівною” професією (моряки, військові, транспортні та сезонні працівники), міграцією населення (туризм, еміграція), проституцією. Останнім часом до групи ризику стрімко ввірвалися ін’єкційні наркомани, які інфікують один одного через кров при повторному використанні голки. Крім того, після цьо-

го вони вступають у сексуальні контакти зі своїми партнерами, інфікуючи їх вже статевим шляхом.

Виокремлюють такі фактори, що сприяють збільшенню захворюваності на ХПСШ:

- сексуально-культурні зміни — перегляд сексуальних норм суспільства в бік їх розширення;
- поведінкові фактори — стосуються насамперед жінок, емансипація та рівноправ'я яких зробили їх вільнішими й активнішими в сексуальній сфері, зменшився контроль з боку батьків, чоловіка;
- алкоголізм як розгальмовуючий фактор — сприяє більшій сексуальній активності;
- медичні фактори — безсимптомний перебіг деяких захворювань, самолікування, хронізація перебігу, розвиток стійкості деяких збудників до лікарських засобів, неповне виявлення контактів і джерел зараження;
- соціально-демографічні фактори — більш ранній початок статевого життя, урбанізація зі збільшенням густоти населення, підвищена мобільність населення;
- наркоманія;
- проституція;
- низький рівень санітарної освіти населення.

Наведемо деякі рекомендації щодо зниження ризику заразитися ХПСШ та ВІЛ/СНІДом статевим шляхом.

1. Статеве утримання — абсолютно безпечне в плані інфікування.

2. Наявність одного постійного статевого партнера за умови, що він не інфікований і ви для нього також єдиний статевий партнер. Якщо так не виходить, то чим з меншою кількістю партнерів ви вступите в статеві стосунки, тим менше шансів заразитися.

3. Слід дізнатись якнайбільше про партнера до вступу в статевий зв'язок, щоб визначити, чи не належить він до групи ризику. Щоправда, це не завжди ефективно внаслідок того, що індивіди часто приховують це, а також тому, що інфікованим може бути і зразковий громадянин.

4. Не вступайте у статевий зв'язок, доки точно не переконаєтесь у відсутності в партнера ХПСШ та ВІЛ/СНІДу. В крайньому разі обов'язково користуйтесь презервативом, краще із сперміцидами.

5. За американською статистикою найнебезпечнішими з точки зору зараження ВІЛ/СНІДом є анальні статеві зносини, при яких

утворюються мікротріщинки, що полегшують інфікування. Також відзначено роль макрофагів слизової оболонки прямої кишки в передачі вірусу. Тому категорично уникайте анального сексу без презерватива — ризик зараження ВІЛ найвищий порівняно з іншими формами сексуальних контактів.

Ризик зараження при одноразовому вагінальному статевому акті з ВІЛ-інфікованим нижчий і становить 0,1–1 % (за деякими даними до 10 %). За наявності мікропошкоджень, кров'янистих виділень, запальних явищ у статевих органах ризик зараження різко підвищується.

Оральний секс у плані ВІЛ-інфікування найбезпечніший порівняно з описаними вище, хоча обов'язковою вимогою залишається відсутність мікротравм, пошкоджень, пародонтозу та ін.

Що ж до сифілісу, то він передається при оральному сексі.

6. Навіть якщо користуватися презервативом, нема гарантії безпеки за умови, що інфіковані ділянки не закриті (наприклад, герпес на мошонці тощо). Тому уникайте будь-яких контактів з незахищеними статевими органами партнера незалежно від форми сексуального контакту (анальний, вагінальний чи оральний статевий акт).

7. Обійми та дотики є абсолютно безпечними, якщо, звичайно, при цьому з ран на тілі партнера не ллється кров. Головне — уникати контактів з біологічними виділеннями партнера (кров, сперма, вагінальні виділення).

8. І вже цілком безпечними є розмови на еротичні теми, якщо від них вас не охопить надмірне збудження і ви не забудете про обережність.

Окрім класичних венеричних хвороб, на яких ми зупинимось окремо, небезпечними є також деякі ХПСШ, що вивчені порівняно недавно, не несуть загрози життю людини, часто протікають малосимптомно, але можуть призводити до безпліддя та проблем у репродуктивній функції організму.

Хламідії, мікоплазми, уреаплазми — це мікроорганізми, що викликають запалення в уретрі і простаті у чоловіків, у піхві та маточних трубах у жінок. Абсолютно патогенними для організму є лише хламідії, мікоплазми та уреаплазми можуть існувати в організмі, не викликаючи запального процесу. Для діагностики мікроорганізмів необхідне складне ДНК-дослідження, точність якого становить 97 %. Прояви цих інфекцій неяскраві, найчастіше обстеження призначають при простатоуретритах, аднекситах, циститах,

які не піддаються звичайному лікуванню, а також для з'ясування причин безпліддя чи ускладненнях вагітності. Інфікуватись можна навіть від дуже порядного партнера, оскільки він може вважати себе здоровим, причому зараження можливе не тільки статевим шляхом, а й при недотриманні правил особистої гігієни, користуванні спільними предметами гігієни (рушники, халати тощо). Особливо небезпечно те, що хвороба може протікати безсимптомно чи малосимптомно але при цьому руйнуватиме репродуктивну функцію організму, призводячи до безпліддя.

Трихомоніаз — це захворювання, спричинене трихомонадою — рухомим мікроорганізмом з класу найпростіших. Передається статевим шляхом. Прихований період захворювання триває від 2–3 днів до одного місяця з моменту зараження, найчастіше — близько 10 днів. Маніфестація хвороби проявляється значними гноєподібними виділеннями і супроводжується сильним свербінням і печінням. У чоловіків прояви практично завжди гострі, у жінок часом можуть бути спочатку неяскраві прояви або малосимптомний перебіг, при тривалому періоді захворювання супроводжується виділеннями та свербінням лише до та після менструації. При малосимптомному перебігу жінка, вважаючи себе здоровою, може заразити багатьох чоловіків. При цьому можливі суттєві ускладнення з боку дітородних органів як чоловіків, так і жінок.

Сифіліс — це хронічне інфекційне захворювання, викликане блідою трепонемою (спірохетою), яке вражає всі органи і тканини організму. У нелікованої людини може тривати багато років і передаватися потомству у вигляді вродженого сифілісу. За даними ВООЗ у світі щорічно реєструється до 60 мільйонів захворювань на сифіліс.

Зараження сифілісом відбувається контактним шляхом і через кров.

Контактний шлях може бути прямим або непрямим. Прямий шлях спостерігається при безпосередньому контакті здорової людини з хворою, що частіше відбувається при статевому контакті (вагінальний, анальний, оральний секс), рідше при поцілунках чи укусах, часом при професійному контакті медичного персоналу з хворим у процесі огляду або під час лікувальних процедур.

Непрямий контактний шлях наявний при інфікуванні через різні предмети, забруднені заразним матеріалом (виділеннями сифілітичних елементів на шкірі та слизових), який містить бліді спірохети.

Можливість непрямого зараження зумовлена тим, що за певних умов (у вологому середовищі) бліді трепонеми можуть тривалий час зберігати життєздатність поза організмом людини. При цьому посередником передачі сифілісу може стати будь-який предмет домашнього вжитку, але частіше це здійснюється через предмети, які торкаються слизової оболонки ротової порожнини (наприклад, ложки, вилки, склянки, люлька, цигарки, наконечники духових інструментів тощо), через незнезаражений медичний інструментарій (вагінальні дзеркала, клізмові наконечники, стоматологічне обладнання), при голінні в перукарні та ін.

Вважається, що заразними є слина хворого, особливо при враженні слизових оболонок рота, сперма, молоко матері. Незаразними вважаються піт та сеча хворого на сифіліс.

Найнебезпечнішими в плані заразності є хворі з активними проявами захворювання з мокненням, ерозіями шкіри і слизових, які виділяють ексудат, багатий на бліді трепонеми. Це спостерігається на первинній і вторинній стадіях сифілісу.

Через кров заразитися можна при переливанні крові і внутрішньоутробно. Кров хворого на сифіліс містить збудник хвороби в усіх періодах захворювання, хоча і в різній кількості. Чим активніша інфекція, тим більша кількість трепонем у крові, однак навіть у прихованому періоді хвороби їх цілком достатньо, щоб гемотрансфузія призвела до інфікування. Внутрішньоутробна передача збудника від хворої матері до дитини через плаценту можлива в строк вагітності близько п'яти місяців навіть за відсутності у матері якихось ознак наявності сифілісу. Тому дуже важливо виявити хворобу вагітної жінки якнайшвидше і провести лікування на ранніх строках, що підвищує ймовірність народження здорової дитини.

Сифілітична інфекція вирізняється вельми своєрідним перебігом, для якого характерні дві особливості: а) хвилеподібна зміна активних проявів і періодів прихованого перебігу; б) поступова і послідовна зміна характеру уражень органів і тканин у клінічному і патологоанатомічному аспектах у бік більшої вираженості і тяжкості.

Виділені на основі другої особливості перебігу періоди (інкубаційний, первинний, вторинний і третинний) лягли в основу поділу сифілісу на первинний, вторинний і третинний. Крім того, виділяють також прихований (асимптомний) сифіліс, злоякісний, вроджений, вісцеральний, сифіліс нервової системи, спинну сухотку і прогресивний параліч.

Первинний сифіліс

Першим симптомом сифілісу є твердий шанкр (первинна сифілома), який утворюється на місці проникнення блідих трепонем у шкіру або слизову оболонку. Шанкр являє собою ерозію або поверхневу блюдцеподібну виразку, часто з сірувато-жовтим нальотом, овальної або круглої форми з рівними краями, різко відмежованими від прилеглих тканин. У разі зараження через перелиту кров чи при глибоких порізах, уколах, тобто коли трепонема проникла в кров, оминувши шкірний і слизовий покрив, твердого шанкру не буде. При трансфузійному зараженні сифіліс проявляється відразу у формі генералізованих висипань на шкірі і слизових оболонках, властивих для вторинного сифілісу.

Розмір шанкру може бути від кількох міліметрів до двох сантиметрів, та найчастіше як десятикопійкова монета. При пальпації шанкр безболісний, в його основі намацується ущільнення у вигляді пластинки або масивного хрящоподібного інфільтрату. Часом шанкрів може бути декілька, що викликано одночасним зараженням у кількох ділянках або повторними зараженнями в інкубаційний період.

Оскільки проникнення інфекції відбувається в місці контакту, то очевидно, що твердий шанкр найчастіше виникає на статевих органах. У чоловіків — на головці члена, у вінцевій борозні, на крайній плоті, рідше на шкірі мошонки і лобка, слизовій оболонці уретри. У жінок — на зовнішніх статевих органах, шийці матки, рідше на стінці піхви. Шанкр може бути на слизовій оболонці прямої кишки і в анальних складках, де набуває виду тріщини зі специфічними особливостями, на червоній каймі губ, на гландах (шанкр-амигдаліт), на пальцях рук (шанкр-панариції), дуже рідко на кон'юнктиві повік та очного яблука, на кінчику носа, вушних раковинах, на шкірі потилиці, спини, на волосистій частині голови та ін. Поверхня шанкру містить безліч спірохет і при будь-якому контакті з шанкром відбувається передача інфекції.

Другим клінічним проявом первинного сифілісу є враження найближчих до шанкру регіонарних лімфатичних вузлів, що виникає через 5–7 днів після появи шанкру. Лімфовузли збільшуються, набувають щільно-еластичної консистенції, не спаюються між собою і з прилеглими тканинами, безболісні при пальпації, шкіра над ними не змінена. Клінічне виявлення регіонарного аденіту неможливе при локалізації шанкру в прямій кишці чи на шийці матки, оскільки тоді збільшуються лімфовузли малого тазу. Наприкінці періоду первин-

ного сифілісу приєднуються віддалені лімфовузли і розвивається поліаденіт.

Навіть у разі відсутності лікування шанкр через 3–6 тижнів зникає, що хворий помилково може сприйняти за успішне одужання. Однак якщо лікування немає, то первинний сифіліс переходить у вторинний.

Вторинний сифіліс

Ознаки вторинного сифілісу стають помітними через 1–6 місяців після появи твердого шанкру (за відсутності лікування). Для вторинного сифілісу характерні ураження шкіри і видимих слизових оболонок, меншою мірою — зміни внутрішніх органів, нервової системи та рухового апарату.

Шкірні ураження вторинного періоду називаються вторинними сифілідами і являють собою досить різноманітні морфологічні прояви:

- плямисті висипання (розеольозний сифілід);
- папульозні висипання (папульозні сифіліди);
- пустульозні висипання (пустульозні сифіліди) — рідше.

Перші висипання вторинного періоду, як правило, симетричні, виникають внаслідок гематогенної дисимінації блідих спірохет. Рецидивні висипання розташовуються на обмежених ділянках шкіри (долоні, стопи) у формі кілець, дуг, гірлянд.

Загальною відмітною ознакою всіх вторинних сифілідів є:

- своєрідний колір — на самому початку яскраво-рожевого забарвлення, а через кілька днів набувають застійного чи бурого, бляклого відтінку;
- фокусність — відмежованість елементів висипки один від одного, відсутність периферійного росту, відсутність злиття і суцільних уражень;
- відсутність суб'єктивних відчуттів у вигляді свербіння, яке часто супроводжує різноманітні ураження шкіри;
- істинний та оманливий поліморфізм висипки — у хворого одночасно є висипання різних морфологічних елементів (плями і папули, папули і пустули) або одночасно присутні різні стадії одного елементу висипки (наприклад, папули на різних стадіях свого розвитку), зумовлені поступовою появою сифілідів.

У ротовій порожнині і на статевих органах можуть з'являтися маленькі виразки з намокаючою поверхнею, яка містить бліді трепонеми, що полегшує поширення інфекції як статевим шляхом, так і при

поцілунках, через ложку, виделку тощо (див. вище шляхи передачі інфекції).

Також можуть з'являтись інші симптоми у вигляді болів у горлі, головного болю, лихоманки, випадіння волосся, болів у суглобах та ін.

Детальний опис ураження шкіри, слизових оболонок і внутрішніх органів при вторинному сифілісі міститься в спеціальній літературі зі шкірних і венеричних хвороб.

Через 2–3 місяці прояви хвороби зникають, а через невизначений час з'являються знову, що свідчить про вторинний рецидивуючий сифіліс.

Хворих, які почали лікуватись у вторинному свіжому чи рецидивному періоді сифілісу і не мають у поточний час клінічних проявів, зараховують до вторинного прихованого сифілісу.

Третинний сифіліс

Третинний період не є обов'язковим у перебігу сифілісу навіть за відсутності лікування. Він виникає при тривалому виснаженні, хронічній інтоксикації організму внаслідок хронічних інфекцій (туберкульоз) чи алкоголізмі, при тяжких травмах.

Клінічні прояви характеризуються тяжкими порушеннями органів і систем, зумовленими утворенням вузлів (гранульом) у внутрішніх органах, шкірі, слизових оболонках, кістках, очах, мозку. Ураження життєво важливих органів може призвести до інвалідизації та смерті хворого.

Детально клінічну картину уражень при третинному сифілісі описано в літературі зі шкірних і венеричних хвороб.

Хворих, які не мають у поточний час клінічних проявів, але в минулому перенесли третинний сифіліс, зараховують до групи третинного прихованого сифілісу.

Прихований сифіліс

До групи прихованого сифілісу зараховують хворих при невстановленому раніше періоді хвороби. Як правило, такі хворі виявляються випадково тільки за результатами лабораторних досліджень, після чого їм негайно призначають протисифілітичне лікування.

Вважається, що ця форма сифілісу безпечна з точки зору зараження статевим шляхом, однак трансплацентарне чи гемотрансфузійне інфікування цілком можливе.

Вроджений сифіліс

Вроджений сифіліс є результатом внутрішньоутробного інфікування, яке відбувається приблизно на п'ятому місяці вагітності. Ва-

гітність у хворої на сифіліс жінки може закінчитись пізнім викиднем, передчасними пологами, мертвонародженням, народженням хворих дітей з ранніми чи пізніми проявами хвороби, а також народженням здорової дитини.

Вроджений сифіліс підрозділяють на ранній та пізній. До раннього вродженого сифілісу належить сифіліс плоду, сифіліс дітей грудного віку, сифіліс раннього дитячого віку.

Сифіліс дітей грудного віку може мати клінічні прояви одразу після народження або протягом першого року життя. Якщо діти народжуються з вираженими клінічними проявами сифілісу, то вони, як правило, нежиттєздатні і гинуть у перші години після народження. Рідше діти, які народилися з проявами сифілісу, життєздатні і в разі своєчасного лікування поправляються і розвиваються нормально.

Перебіг вродженого сифілісу у віці 1–4 роки, навіть у тих, що перенесли у грудному віці прояви хвороби, вирізняється слабкими клінічними проявами, часто інфекція протікає латентно. За наявності клінічних проявів картина ідентична з проявами вторинного рецидивного набутого сифілісу.

Пізній вроджений сифіліс проявляється, як правило, у дітей віком 4–16 років. До цього прояви сифілісу можуть бути відсутніми взагалі. Активні прояви ідентичні з проявами третинного сифілісу.

У всіх випадках прояву захворювання на сифіліс лікуватись обов'язково потрібно у лікаря дерматовенеролога.

Гонорея (трипер) — найпоширеніше венеричне захворювання. За даними ВООЗ, у світі щорічно реєструється до 220 мільйонів захворювань на гонорею. Збудником гонореї є гонокок, відкритий у 1879 р. Нейссером.

Основний шлях передачі — контактний, найчастіше статевий. Вродженого чи набутого імунітету до гонокока не існує, тому на гонорею можна хворіти багато разів і в будь-якому віці. Інфікована людина може інфікуватися повторно (суперінфекція), але тільки іншим штамом гонокока. Тому взаємне інфікування один одного вже хворими статевими партнерами не призводить кожного разу до спалаху гострого захворювання, хоча вони легко заразять інших осіб чи суперінфікуються від хворих з іншим штамом гонокока.

Можливі випадки побутового інфікування при користуванні загальним туалетом, чужими предметами гігієни. Описано випадки масового зараження хворою дитиною цілої групи в дитячому садочку при користуванні одним горщиком.

Ймовірність зараження чоловіка від хворої жінки при одному статевому акті становить 20 %. Ризик зараження жінки від хворих чоловіків значно вищий.

Вирізняють такі форми гонореї:

1. Свіжу: а) гостру; б) підгостру; в) торпідну (в'ялу). До неї належать випадки, коли з моменту захворювання минуло не більше двох місяців.
2. Хронічну.
3. Латентну.

Інкубаційний період становить 2–8 днів, після чого починаються клінічні прояви, особливо виражені у чоловіків у вигляді гонорейного уретриту (простатоуретриту), який супроводжується болями при сечовипусканні та виділенням гною із сечовипускального каналу. У 10 % чоловіків симптоми не розвиваються (латентна форма) і вони залишаються просто носіями інфекції.

У жінок ранні прояви гонореї можуть пройти непомітно і частіше першим сигналом тривоги є прояви гонореї в їхнього статевого партнера. Тому через безсимптомність або малу симптомність перебігу саме жінки в основному розповсюджують гонорею.

За відсутності своєчасного й адекватного лікування інфекція поширюється на інші органи сечостатевої системи. В результаті хронічна гонорея може призвести до непроходження сечі та безпліддя у чоловіків, до сальпінгіту, пельвіоперитоніту та подальшого безпліддя у жінок.

Тому при першій підозрі чи клінічних проявах, характерних для гонореї, слід негайно звернутись до фахівця — лікаря-дерматовенеролога, лікаря-уролога, лікаря-гінеколога.

Синдром набутого імунодефіциту (СНІД) — тяжке інфекційне захворювання з летальним закінченням. Набутий імунодефіцит може бути спричинений багатьма факторами, та епідемічне значення має саме СНІД, викликаний вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ). Тому останніми роками усталилось позначення ВІЛ/СНІД, що вказує, про яке походження імунодефіциту йдеться. Сьогодні ця хвороба стала найбільшою соціально-медичною проблемою в багатьох країнах світу.

ВІЛ — внутрішній паразит, окрема вірусна частинка не здатна розмножуватись, доки не потрапить всередину клітини; має схильність саме до клітин імунної системи людини.

Вперше ВІЛ ідентифіковано 1983 року групою французьких вчених на чолі з Люком Монтаньє в Пастерівському інституті в Парижі.

У 1986 р. у хворих — вихідців із Західної Африки було виділено вірус, схожий на ВІЛ, але з деякими відмінностями. Йому було присвоєно назву ВІЛ-2, а виділеному раніше, відповідно, ВІЛ-1. Пізніше ВІЛ-2 було виявлено і в інших країнах (США, Німеччина, Франція) у хворих, чиї сексуальні партнери чи вони самі були з Африки. В Україні переважна більшість інфікованих — носії ВІЛ-1, ВІЛ-2 поширений значно менше.

У 1988 р. з'явилися повідомлення про ВІЛ-3, виділений від хворих у Південній Америці, однак цей вірус вивчено поки що недостатньо (І. І. Кобець, Ю. В. Кобища, Т. В. Папушина, 1994).

Перші випадки захворювання на загадкову хворобу діагностували в 1981 р. у молодих гомосексуалістів США. Вважається, що в країну його заніс стюард авіакомпанії "Ейр-Канада" Гаетан Дюга, який здійснював рейси до Нью-Йорка та Сан-Франциско, де колонії гомосексуалістів найбільші, та в інші американські міста. Будучи активним гомосексуалістом, він зустрічався з багатьма партнерами в барах, клубах і саунах, заразивши 40 з перших 250 жертв СНІДу в США. Він вмер у 1984 р. у віці 32 роки від саркоми Капоші. А в Нью-Йорку і Сан-Франциско, де рівень хворих на СНІД у 5–6 разів вищий, ніж у середньому по країні, в 90-х роках СНІД був головною причиною смерті чоловіків у віці 20–40 років.

У крові хворих відзначався надто низький рівень Т4-лімфоцитів, що робило імунну систему нездатною боротися з патогенними впливами, з якими легко справляється здорова імунна система. Тому вмирали і вмирають вони, як правило, від так званих опортуністичних інфекцій або саркоми Капоші, не властивих для людей з нормальним імунітетом.

Спочатку вважалося, що це хвороба гомосексуалістів, та незабаром з'ясувалося, що інфікування можливе і при гетеросексуальному статевому акті.

На сьогодні відомі такі шляхи передачі ВІЛ:

- статевий контакт з інфікованою людиною незалежно від форми (анальний, вагінальний, оральний);
- переливання крові ВІЛ-інфікованого донора, пересадка його органів і тканин;
- застосування голок та шприців, використаних ВІЛ-інфікованою людиною, що дуже поширено в середовищі ін'єкційних наркоманів, проколювання вух, нанесення татуювань;

- пошкодження шкіри і слизових оболонок медичним інструментарієм, забрудненим ВІЛ внаслідок попереднього контакту з ВІЛ-інфікованими органами і тканинами;
- від інфікованої матері до плода під час вагітності, пологів або при годуванні дитини грудним молоком.

Всі ці шляхи зумовлені тим, що вірус міститься в біологічних рідинах інфікованого організму: крові, спермі, секреті шийки матки, піхви, материнському молоці, а також у слині, сечі, сльозах, спинномозковій рідині, гної, поті. Щоправда, не в усіх цих рідинах концентрація вірусу однаково небезпечна для здорової людини. Однозначно небезпечними визнані кров, сперма та вагінальний секрет.

Нема достовірних даних про поширення вірусу через слину, що дуже важливо з позиції можливого зараження при поцілунках. Ймовірність такого зараження існує при глибокому поцілунку за наявності тріщин, маленьких виразок у роті здорової людини, однак особливо небезпечна слина з домішками крові з пошкоджених ясен. В останньому випадку небезпеку становить все ж не сама слина, а кров.

ВІЛ не передається побутовим шляхом: при рукостисканні та обіймах, через посуд, їжу і туалетні речі, постільну і натільну білизну, монети і банкноти, воду, повітря, іграшки, дверні ручки, поручні та ін. Також нема підтвердження можливості зараження при укусах комарів, кліщів, вошей тощо, що зумовлено неспроможністю вірусу розмножуватися в організмі комах і його швидкою інактивацією.

Ризик заразитись ВІЛ при переливанні крові становить 90 % (в 1 мл крові міститься від 1 до 10 інфекційних доз вірусу). Ризик передачі вірусу від інфікованої жінки плоду чи новонародженому коливається від 11 до 70 % за результатами різних досліджень (у середньому 30–50 %).

Ступінь ризику зараження статевим шляхом збільшується за наявності додаткових факторів, насамперед наявності в одного з партнерів ХПСШ, особливо з порушенням цілісності шкіри і слизових оболонок (сифіліс, герпес, грибкові ураження). Ризик зараження при одноразовому вагінальному акті з ВІЛ-інфікованим партнером коливається від 0,1 до 1 %. Однак внаслідок більшої кількості статевих актів між здоровим і ВІЛ-інфікованим партнером цей шлях зараження у світі домінує і лише останніми роками його потіснили наркомани, які інфікують один одного забрудненими голками. Вважається, що кожний третій ін'єкційний наркоман інфікований ВІЛ, хоча точ-

на кількість ВІЛ-інфікованих наркоманів невідома (*Ю. В. Кобыща, Е. П. Пурик-Бондаренко*. Молодежи о СПИДе. — К.: Здоровье, 1994).

Використання нестерильного медичного інструментарію для ін'єкцій серед шляхів інфікування в середньому становить 1 % і залежить від об'єму крові, що передається таким чином. Випадковий укол інфікованою голкою в медичних умовах призводить до зараження ВІЛ у 0,3 % випадків.

Інфікована ВІЛ людина може тривалий час (місяці, роки, рідше десятиліття) залишатися інфікованою без якихось ознак власне імунодефіциту. Весь цей час вона епідемічно небезпечна і є джерелом інфекції. За безсимптомним періодом рано чи пізно розвивається СНІД, після чого фатальний кінець невідворотний. Тривалість безсимптомного періоду залежить від кількох факторів: способу зараження, віку, типу вірусу, наявності супутніх вірусних інфекцій (герпес, вірусний гепатит), сифілісу, туберкульозу. Безсимптомний період коротший в інфікованих при переливанні крові чи внутрішньоутробно, у заражених ВІЛ-1 (більш агресивний).

Після зараження починається *інкубаційний період* (як і в інших інфекційних захворювань), який триває 3–6 тижнів, а потім настає *гостра фаза* ВІЛ-інфекції. Симптоми, що виникають у цей момент, пов'язані виключно із самою ВІЛ-інфекцією, а не з імунодефіцитом і вторинними захворюваннями. Гострі прояви відзначаються в 30–70 % інфікованих і найчастіше полягають у підвищенні температури тіла, збільшенні лімфовузлів, ангіні, висипаннях на обличчі, тулубі у вигляді рожевих або червоних плям. Спостерігаються також розлади травлення, головний біль, блювота, світлобоязнь. Через 2–4 тижні ця симптоматика зникає сама собою, без лікування.

Зрозуміло, такі прояви не є специфічними саме для ВІЛ-інфекції і таким хворим лікарі зазвичай ставлять діагноз ГРЗ, грипу, кору тощо. Хвороба на цій стадії не розпізнається навіть лабораторно, оскільки антитіла до ВІЛ (їх виявляють з метою діагностики ВІЛ-інфекції) з'являються лише через 1,5–3 місяці після закінчення гострої фази, а методика виявлення власне вірусу дорожча і її складніше використати в масовому порядку.

Після гострої фази настає фаза безсимптомної інфекції (*латентний період*). Єдиний симптом, який може бути ознакою прогресування хвороби — це збільшення периферійних лімфатичних вузлів (безболісні, еластичні, рухомі, не спаяні зі шкірою) з настанням *періоду*

персистуючої генералізованої лімфаденопатії, який може тривати кілька років.

Наступна стадія — *стадія вторинних захворювань* (СНІД-асоційований комплекс), під час якої без видимої причини додаються розлади випорожнення, тривале (понад один місяць) підвищення температури тіла, схуднення більш як на 10 % від початкової маси тіла, швидка стомлюваність, нічна пітливість. І найголовніше — приєднуються різноманітні вторинні інфекції, спричинені вірусами, бактеріями, найпростішими, розвиток пухлин. Ураження нервової системи і психічні порушення свідчать про настання СНІДу — фінальної стадії хвороби. В цій стадії зусилля лікарів спрямовані тільки на полегшення страждань хворого.

Після встановлення діагнозу СНІДу кожний другий хворий вмирає протягом року, а через 3 роки вмирає 70–80 % хворих.

Контрольні питання

1. Методи контрацепції, їхні переваги та недоліки.
2. Способи визначення дати овуляції при природному методі контрацепції.
3. Групи високого ризику зараження ХПСШ та ВІЛ/СНІДом.
4. Основні симптоми та особливості перебігу сифілісу.
5. Симптоми гонореї та їх відмінності у чоловіків і жінок.
6. Основні шляхи передачі та особливості ВІЛ/СНІДу.
7. Профілактика ХПСШ та ВІЛ/СНІДу.

МАУП

Розділ 4

СЕКСУАЛЬНІ ЗЛОЧИНИ. ПЕРЕДУМОВИ ТА ПАТОГЕНЕЗ

4.1. Сексуальна злочинність

У сучасної цивілізованої людини за відсутності психічної патології існують міцні внутрішні бар'єри, які надійно стримують агресію, що потенційно існує в кожному з нас. Ці бар'єри зумовлені етичними, моральними і навіть емоційними нормами, виробленими людством протягом тисячоліть. І лише особливі властивості, характерні для певних груп людей, визначають можливість здійснення злочину проти особи, включно з найстрашнішим — вбивством.

Злочином, згідно з Кримінальним кодексом (КК) України, є передбачене цим Кодексом суспільно небезпечне винне діяння (дія або бездіяльність), вчинене суб'єктом злочину (ст. 11 КК). Закінченим злочином визнається діяння, яке містить усі ознаки складу злочину, передбаченого відповідною статтею Особливої частини цього Кодексу. Незакінченим злочином є готування до злочину та замах на злочин. Зокрема, зґвалтування вважається завершеним злочином з моменту введення статевого члена проти волі жертви, а не з моменту завершення статевого акту. Замахом на зґвалтування можна кваліфікувати злочин лише тоді, коли ґвалтівник не зміг ввести член через незалежні від нього причини. Незнання цих особливостей часто призводить до скарг на неправильну кваліфікацію складу злочину.

Кожна людина має певні потреби і з метою їх задоволення здійснює певні дії. В оцінці будь-яких дій людини особливу роль відіграє мотив, який формується на основі потреб. Залежно від моральних якостей індивіда ці дії можуть бути різного характеру. Наприклад, як залицяння, так і зґвалтування може ґрунтуватися на одній і тій самій потребі в сексуальному задоволенні, але дії з реалізації цієї потреби принципово відмінні. Злочинна статева поведінка характеризується

усвідомленістю і волимістю, тобто усвідомленням власної діяльності і активною спрямованістю на досягнення певної мети. Сексуальний потяг, будучи інстинктивним, може гальмуватися вольовими зусиллями людини за наявності високого рівня моральних та ціннісно-орієнтаційних властивостей (І. А. Бабюк, С. І. Табачников, В. В. Седнєв та ін., 2003).

Важливим регулятором людської поведінки є також інтерес, який може принципово відрізнятись від суті потреби в сексуальному задоволенні. Інтерес до зґвалтування може бути сформований комплексом неповноцінності та необхідністю самоствердитись, азартом подолання спротиву жертви. Приводом для зґвалтування може бути також заздрість до більш везучого суперника, якому належить ця жінка, почуття помсти тощо. Класова і національна ненависть спонукає до зґвалтування жінок під час революційних переворотів або військової окупації чужої країни, що яскраво проявилось у зґвалтуванні дворянських дружин при пограбуванні садиб у часи Французької та Жовтневої революцій, у зґвалтуванні жінок на окупованих територіях Боснії і Герцеговини, Чечні та ін. Однак потреба тільки тоді породжує інтерес, коли на шляху її задоволення є перешкоди об'єктивного чи суб'єктивного плану. Безперешкодне задоволення потреби не породжує інтересу.

Все перелічене вище з таким самим успіхом може бути приводом для сексуального вбивства. Зокрема, за однією з версій, відомий Джек Потрошитель, який у 1888 р. вчинив серію нерозкритих сексуальних вбивств повій, мстив їм за те, що заразився венеричною хворобою. Безліч вбивств коханок (коханців) зумовлені прагненням уникнути розголосу перед укладанням шлюбу, для збереження сім'ї чи кар'єри. Сексуальне вбивство дружини (чоловіка) частіше зумовлене ревнощами і нерідко має на меті перешкодити щасливому сімейному життю дружини (чоловіка) з іншим чоловіком (жінкою) після розірвання шлюбу. Нині цей мотив переважно поєднується з корисливими мотивами.

В. Гітін у книзі "Анатомія криміналу" пригадує випадки вбивства через помсту за відмову вступити в збочені статеві стосунки або за змушування до них. Наводить випадок початку XX ст. з 21-річною Е., яка отруїла чоловіка миш'яком. Вона походила із забезпеченої сім'ї, батько не пив, любив працювати, часто лікувався від різних нервових хвороб, мати — істеричка, хворіла на припадки. В ранньому дитинстві в Е. відбувалися запаморочення і нічне

нетримання сечі, та росла вона енергійною і фізично витривалою. Вчилася погано, до 18 років гралася з ляльками, з дорослими була сором'язливою, трималася скромно.

У 19 років поїхала до Москви вчитися кравецької справи і через місяць вийшла заміж за робітника, який раніше тричі невдало одружувався. Все в сімейному житті було добре, окрім того, що статеве життя не давало їй ані найменшого задоволення, а чоловік був гіперсексуальним і постійно вимагав статевої близькості.

У травні 1927 р. чоловік захворів на грип і його сексуальні претензії посилилися, він став пропонувати злягання в незвичній формі, що викликало в неї таку сильну огиду, що вона не могла навіть доглядати за ним під час хвороби. У зв'язку з приставаннями вона згадала слова чоловіка про те, що варто було б купити миш'яку та потруїти щурів (до цього вона не підозрювала про існування отрути). Е. швидко купила миш'яку, змішала з мікстурою і дала випити хворому. Наступного дня чоловіка привезли в лікарню, де він помер, а розтин встановив причину смерті.

Е. довго не зізнавалась у скоєному, а потім детально про все розповіла. Про свій вчинок не шкодувала, згадувала завдані чоловіком образи, звинувачувала його в тому, що "він посадив у в'язницю їхнього сина" (Е. народила у в'язничній лікарні). З дитиною грається як з лялькою, турботлива.

Цікаві статистичні дані наведено московськими дослідниками на основі вивчення сексуальних злочинів, скоєних за три роки. Максимальна кількість протиправних дій припадала на п'ятницю і суботу, мінімальна — на четвер. Що ж стосується частоти злочинів за місяцями, то у січні кількість злочинів вдвічі перевищувала грудневий показник, а в наступні місяці спостерігалося чітке чергування спаду (у парних) і збільшення (у непарних місяцях) кількості правопорушень із стабілізацією на відносно низькому рівні в листопаді та грудні. Відзначено також сезонні коливання кількості сексуальних правопорушень: максимум припадає на весняний час, мінімум — на осінь, а взимку і влітку ці цифри займають середнє положення. Ці коливання ймовірно відображають зв'язок сексуальних злочинів з біоритмами сексуальної активності, що свідчить про соціально-біологічний аспект цього виду злочинної діяльності.

Підтверджено також незаперечний вплив алкоголю на рівень злочинності — понад 85 % підекспертних перебували у стані простого алкогольного сп'яніння (Красильникова М. М., 1986).

Сексуальні злочини становлять незначний відсоток від усіх кримінальних злочинів, однак моральна і фізична шкода, якої вони завдають, виводить їх у лідери соціально небезпечних злочинів.

Вік, з якого настає кримінальна відповідальність, визначений у ст. 22 КК України. Кримінальній відповідальності підлягають особи, яким до вчинення злочину виповнилося шістнадцять років. Особи, що вчинили злочини у віці від чотирнадцяти до шістнадцяти років, підлягають кримінальній відповідальності за умисне вбивство (ст. 115–117), зґвалтування (ст. 152), насильницьке задоволення статевої пристрасті неприродним способом (ст. 153) та ряд інших злочинів несексуального характеру.

4.2. Чинники, які впливають на сексуальну злочинність

Стать

Розглядаючи відмінність чоловічої і жіночої злочинності, треба враховувати цілий комплекс психічних, гормональних та соціальних факторів. Традиційно вважається, що загалом злочини частіше скоюють чоловіки. Вже з підліткового віку хлопчики більше підпадають під негативний вплив сім'ї, що призводить до асоціальної поведінки, у них відзначено більшу частоту психопатології, при цьому частіші сексуальні порушення, а у дівчат — особистісні. У дорослих чоловіків переважає не лише злочинність і психопатологія, а й особистісні порушення.

Прояви психопатології у жінок значною мірою пов'язані з фізіологічними циклічними змінами їхньої гормональної системи. Такий самий зв'язок відзначається і між гормональними циклами та сексуальними злочинами, скоєними під час передменструального періоду злочинниці. Передменструальний синдром — найпоширеніше і, ймовірно, найдавніше захворювання в світі. Існує думка, що він проявляється від 40 до 90 відсотків жінок. З передменструальним синдромом пов'язані понад 150 симптомів: збільшення маси тіла, втома, біль у суглобах, спазми в ділянці черевної порожнини, мігрені, дратівливість, болючість молочних залоз, плаксивість, відчуття голоду, нестійкий настрій, неуважність, нервозність.

Cooke ще в 1945 р. повідомляв, що 84 % насильницьких злочинів, здійснених парижанками, були скоєні в менструальні та передменструальні дні. Про вплив цього синдрому на поведінку жінок стало широко відомо в 1980 р., коли двом англійкам, обвинуваченим у вбивстві, поставили діагноз "передменструальний синдром" і змен-

шили строк покарання. В іншому випадку обвинуваченій у ненавмисному вбивстві присудили менше покарання на підставі її "обмеженої відповідальності". Однак, схоже, що згадані випадки агресивної поведінки жінок, пов'язані з передменструальним синдромом, зустрічаються дуже рідко. Відмінності в агресивності статей значною мірою зумовлені також культурно-соціальними стереотипами статевої поведінки. Так, жінкам приписуються переважно словесні, а чоловікам — фізичні форми агресії. Однак в умовах зміни стереотипів, нівелювання відмінностей у соціалізації статей відбувається вторгнення жінок у раніше типово чоловічі види злочинності. Останніми роками в багатьох країнах світу відзначається швидке кількісне і якісне збільшення злочинності жінок із застосуванням насильства. Тим часом у сексуальній злочинності продовжують домінувати чоловіки.

Алкоголь

Питання про вплив алкоголю на злочинність загалом і сексуальну злочинність зокрема широко обговорюється в літературі. Такий ефект алкоголю зумовлений насамперед гальмівним впливом на кору головного мозку і вивільненням сексуальної агресії, злочинної і девіантної поведінки. Вважається, що особливо посилюється сексуальна агресія у чоловіків, причому це однаково характерно як для осіб залежних, так і тих, хто не має залежності від алкоголю. За деякими даними в осіб, не залежних від алкоголю, ефект вивільнення сексуальної агресії навіть більше виражений. Алкоголь також вносить зміни в систему нейромедіаторів у бік розвитку агресивної поведінки.

Необхідно наголосити на подвійній ролі алкоголю — він полегшує виникнення афекту і посилює його, а також викривляє особистісно значущі комунікативні зв'язки. Сексуальні агресивні реакції при алкогольному сп'янінні можна розділити на два види — неадекватні дії у відповідь на ситуацію і ті самі дії, продиктовані особистісними девіаціями. При цьому не останню роль відіграють емоційні стани страху, гніву, люті, афекту ревнощів.

Розглядаючи цей аспект, особливу увагу слід приділити хронічному алкоголізму, який призводить до дисфункції кори головного мозку і деградації особистості. Особливо варто наголосити на зв'язку між алкоголізмом та інцестом. За даними різних авторів, серед осіб, які вчинили кровозмішання, частка алкоголіків змінюється від 20 до 75 відсотків.

Численні дослідження свідчать, що алкоголь є основним фактором, що провокує скоєння зґвалтування, при цьому майже 10 % постраждалих самі перебували в стані алкогольного сп'яніння.

Збільшує ймовірність сексуального злочину також вживання підвищено токсичних спиртних напоїв, що з'явилися останнім часом у вільному продажу. Таке сп'яніння, з одного боку, відрізняється від простого алкогольного сп'яніння, а з іншого — не вкладається в рамки цілісних психопатологічних синдромів алкогольного генезу.

Насильники та інцестофіли значно частіше зустрічаються серед наркоманів, аніж у популяції незалежних від наркотиків людей. Водночас частка наркоманів серед сексуальних злочинців незначна у зв'язку з їхньою малою питомою вагою в суспільстві. Багато авторів зазначають значне поширення серед наркоманів гомосексуалізму, причому переважно не серед чоловіків як в основній популяції, а серед жінок. З одного боку, алкоголь і наркотики провокують злочинну поведінку, а з іншого — злочинна поведінка поглиблює або провокує залежність від них.

Агресія

Агресивні прояви в світі тварин не рідкісні, тому особливу увагу можуть привертати тільки випадки дітовбивства. В деяких тварин винищування новонароджених майже правило, зокрема у свиней, рідше у котів; самки кроликів нерідко пожирають своїх дитинчат. Часто ці винищувальні схильності пов'язані у тварин із сильним статевим збудженням і проявляються під час тічки. Голубка в стані ревнощів здатна заклювати своїх пташенят.

Відомо багато теорій, які пояснюють явища агресії. За Фрейдом агресія є наслідком сексуальної фрустрації.

Musaph і Mettrop виділяють сім фаз у розвитку агресії: 1 — агресія середовища; 2 — агресія, перенесена на інших осіб (наприклад, на членів сім'ї); 3 — агресія, що вивільняє негативні емоції в примітивній і деструктивній поведінці; 4 — опосередкована агресія, що проявляється у формі протесту; 5 — опосередкована агресія, що проявляється в садомазохістській поведінці; 6 — агресія, що реалізується у виробничій діяльності; 7 — агресія, що реалізується у творчій діяльності, в сублімації.

Ряд теорій біологічної зумовленості агресії доповнюються впливом, який чинять соціальні фактори, — соціальна фрустрація, провокація з боку інших осіб, негативний вплив засобів масової інфор-

мації, а також ситуаційні фактори — алкоголізація, наркотизація. Значну роль відіграє провокуючий вплив засобів масової інформації і масової культури. Перегляд фільмів, що демонструють насильство, стимулює агресію у схильних до неї осіб. А різною мірою виражена схильність до насильства є практично у кожного. Це підтверджується оригінальним експериментом, проведеним у групі нормальних чоловіків (цит. за З. Старовичем), у процесі якого їм демонстрували слайди із зображенням сцен зґвалтування в супроводі магнітофонного запису реального злочину. Багато піддослідних відреагували розвитком сексуального збудження як на процес зґвалтування, так і на проявлену жертвою реакцію опору і страху. Тим часом раніше ніхто з них не тільки ніколи не брав участі у зґвалтуванні, а й не думав про це, а у статевому житті не проявляв сексуальної агресивності.

Більшу агресивність чоловіків пояснюють особливістю їхньої гормональної системи, при цьому андрогенізація жінок збільшує і їхню агресивність. Відзначено, що агресивність передається у спадок від батька до сина як у тварин, так і в людей. На підтвердження ролі чоловічих статевих гормонів Hawke (1951) повідомляє про результати кастрації чоловіків, що скоїли сексуальні злочини; більшість з них були гомосексуалістами з агресивними педофільними діями. Після кастрації поведінка злочинців стабілізувалась і чимало з них стали корисними громадянами. З експериментальною метою кастрованим чоловікам призначили чоловічий статевий гормон тестостерон, що призвело до відновлення девіантної поведінки. Через кілька днів після відміни препарату стан піддослідних знову стабілізувався. Низький рівень рецидивів сексуальних злочинів після кастрації відзначав також LeMaire (1956), описуючи данський досвід дослідження цього явища. Втім, зниження рецидивів сексуальних злочинів може бути зумовлене не тільки зміною гормонального фону, а більшою мірою ефектом кастрації як символічного залякування, мовляв, ще раз піймають — ще більше відріжуть (Allan Mazur, 1983). У повідомленнях Bremer (1959) заперечується вплив кастрації на зменшення агресії як такої і підтверджується зниження лібідо й відповідна зміна мотивації повторних сексуальних злочинів. Kreuz і Rose (1972) досліджували рівень тестостерону і спостерігали за поведінкою молодих ув'язнених чоловіків, що скоїли насильницькі злочини, і дійшли висновку, що рівень чоловічого статевого гормону в плазмі ніяк не корелює з частотою тюремних бійок, з частотою вербальної агресії чи з високою оцінкою за шкалою тесту на ворожість. Водночас визначено підви-

щений рівень тестостерону в плазмі ув'язнених, які в підлітковому віці вирізнялися агресивністю і насильством. Однак, враховуючи індивідуальні коливання рівня статевих гормонів з плином часу, не можна однозначно стверджувати, що рівень тестостерону в підлітковому періоді цих ув'язнених також був підвищений. Тюремні дослідження Ehrenkranz та ін. (1974) виявили однаково підвищений рівень статевого гормону у групі "соціально домінуючих" не агресивних і в групі постійно агресивних, тобто якщо рівень тестостерону і впливає на агресію, то не завжди і, можливо, за наявності третього, поки що невідомого фактора. Цілком ймовірно також, що у багатьох безапеляційних повідомленнях про прямий зв'язок тестостерону з агресією підміняють словом "агресія" поняття "домінування". Причинно-наслідковий зв'язок може бути й оберненим — домінуюча поведінка може підвищувати рівень тестостерону, що доведено дослідженнями як мавп, так і людей. Успішні спроби досягти чи зберегти високий статус призводять до підвищення рівня тестостерону, безуспішні спроби або втрата статусу призводять до пониження рівня. При дослідженні тенісистів у парних матчах з'ясувалося, що через годину після гри у переможених рівень тестостерону знизився, а у переможців — підвищився. Однак у переможця може і не бути підвищення рівня гормону, якщо він не відчуває справжнього тріумфу, пов'язаного з перемогою (непереконлива або випадкова перемога) (Mazur and Lamb, 1980). Підвищення тестостерону у чоловіків спостерігається також наступного дня після отримання вченого ступеня (Mazur and Lamb, 1980). Зниження тестостерону відзначалося у молодих солдатів і курсантів офіцерських шкіл, пов'язане з їхнім підлеглим становищем, в той час як у їхніх начальників, ймовірно (дослідження не проводилося), рівень гормону був підвищеним (Kreuz, Rose and Jennings, 1972).

Соціально-культурне середовище

У системі набування молоддю життєвого досвіду і формування особистості фактор уподібнення відіграє провідну, якщо не вирішальну роль. Тому суб'єкти культурного та соціального середовища мають величезні можливості соціально-психологічного впливу як у позитивному, так і в негативному напрямку. Передусім суб'єкт сприймає морально-етичні і культурні цінності мікросередовища — певної соціальної групи, в якій він перебуває тимчасово чи постійно.

Так, відомий англійський філософ Едмунд Бьорк у XVIII ст. писав, що саме "наслідування (уподібнення) — незрівнянно більше, ніж

настанови — дає нам можливість все пізнати, а те, що ми пізнаємо таким чином, засвоюється не тільки з більшим успіхом, а й з більшою приємністю. Воно визначає наші звички, наші думки, наш спосіб життя. Воно є одним з найсильніших зв'язків усередині суспільства".

Особливим прикладом для наслідування є взаємодії в сім'ї, де виховується дитина, підліток, який, ототожнюючи себе з одним із батьків, вбирає в себе відповідні особливості міжособистісного спілкування, атмосферу, яка панує в сім'ї, реакції дорослих членів сім'ї на різні життєві обставини. Саме в сім'ї людина формує шкалу моральних цінностей і необхідні стереотипи поведінки.

Водночас взаємостосунки в сім'ї багато в чому відображають всі негативні процеси, що відбуваються в суспільстві. Значний вплив чинить також школа, неформальні молодіжні групи, стан суспільства в цілому, усталеність загальновизнаних етичних норм.

Відчуття своєї соціальної нерівності, неповноцінності, другосортності в економічній, політичній, сексуальній чи інших сферах у деяких осіб спричинює протестну, самостверджувальну поведінку, що часто набуває агресивно-насильницького характеру. Зґвалтування волоцюгою жінки з вищих верств суспільства має на меті зрівнятися з імпозантними і благополучними чоловіками, які володіють нею чи добиваються її прихильності. В іншому випадку він прагне принизити її до свого рівня, помстившись за її недосяжність і свою другосортність. Фактично секс у цій ситуації зовсім не мета, а засіб самоствердитися, ліквідувати існуючу соціальну нерівність та врятувати залишки свого "Я" від повного краху.

Не останню роль у цьому відіграють засоби масової інформації, які як фактор формування суспільної культури (чи безкультур'я) займають щораз більшу питому вагу і, на жаль, несуть у собі безпосередній чи опосередкований кримінальний заряд у вигляді пропаганди різних форм насильства, оспівування кримінальної романтики. Сцени сексуального насильства навіть у більшості нормальних чоловіків викликають статеве збудження, а від надмірної кількості такої інформації можлива фіксація на цьому виді сексуальної активності, особливо у підлітків з несформованими статевими уподобаннями. Потік насильства, сцен вбивств і крові на екрані може викликати в особи, особливо незрілої, гаму гострих відчуттів, негативні емоційні переживання, які з часом набувають позитивного забарвлення. Це зумовлено так званим феноменом протилежного процесу, який проявляється у відповідь на ситуацію, що поєднується зі страхом і

огидою (Solomon R. L., 1989). В результаті протилежного процесу відбувається потужне вивільнення ендогенного опіатного пептиду ендорфіну, що супроводжується ейфоричним екстазом з подальшим виникненням залежності. Для отримання емоційного задоволення індивід потребує щораз більшої кількості насильства і крові, спочатку на екрані, а потім, можливо, і в реальному житті.

Характерну трансформацію особистості під впливом сімейного виховання описав Ч. Ломброзо. Сім'я К. складалася із злодіїв та розбійників завдяки батькам, які привчили своїх дітей до цього ремесла з раннього віку. Проте наймолодша з п'яти братів і сестер відчувала непереборну огиду до злочинів і батьки з метою виховати "гідного" члена сім'ї змусили її кілька годин носити у фартусі відрізану голову їхньої жертви. Дуже швидко дівчинка відчула смак, та такий, що стала найжорстокішим членом банди і придумувала для жертв найтяжчі тортури.

Внутрішня готовність піти на злочин виникає в смутні часи загального хаосу та розгулу злочинності, розмитості соціальних норм, криміналізації всіх сфер суспільної діяльності.

Окремо слід зупинитися на ставленні суспільства й офіційних органів влади до проституції. Нетерпиме ставлення до цього явища і заборони не тільки безсилі в боротьбі з найдавнішою професією, а й шкідливі. Бо за всієї своєї непривабливості проституція сприяє зниженню рівня деяких сексуальних злочинів. Зокрема, в Данії після легалізації проституції кількість зареєстрованих зґвалтувань знизилася на 70 %, а в Австралії після законодавчої заборони проституції кількість зґвалтувань підвищилася на 149 % (Ворник Б. М., 1995). Крім того, нелегальне становище проституції призводить до її криміналізації та зрощення з організованою злочинністю.

Звернення до повій дає змогу подолати скутість і сором'язливість молодим людям, які ще не жили статевим життям, психогенним імпотентам — отримати впевненість у своїй сексуальній повноцінності, літнім — відновити сексуальні рефлекси і підтримати потенцію при вимушеному статевому утриманні, зберегти сім'ю при фригідності дружини, перебороти комплекс сексуальної неповноцінності і самоствердитись при холодності чи безтактній поведінці дружини. З повією можуть задовольнити свої потреби чоловіки, яким через свою фізичну, моральну чи інтелектуальну непривабливість важко знайти сексуального партнера в житті. Маючи вибір — зґвалтувати жінку чи піти до повії — вони, ймовірніше, виберуть другий варіант. А якщо другого варіанта нема?..

Психосексуальний розвиток

Розглядаючи фактори, що впливають на сексуальну злочинність, не можна оминути проблему не тільки умов виховання і навколишнього мікросередовища, а й загального, психічного і статевого розвитку.

Клінічні дослідження підлітків (Зайцев О. О., 1992), які скоїли сексуальні злочини, підтверджують їх відмінність від загальної підліткової популяції. У більшості виявлено ранній соматостатевий і прискорений психосексуальний розвиток, а також складні і поєднані асинхронії статевого розвитку. Становлення їхньої сексуальності характеризувалося відсутністю або редукцією фаз платонічного і здебільшого еротичного лібідо, появою безпосередньо сексуального лібідо і раннього початку статевого життя.

У переважної більшості відзначалися яскраво виражені епілептоїдні, істероїдні та нестійкі акцентуації і психопатії в стадії декомпенсації і субкомпенсації. Поширеною є також олігофренія в стадії легкої дебільності. Поведінка підлітків у процесі злочину і їх ставлення до скоєного визначається головним чином особливостями психічного статусу — сексуальні злочини підлітків з гіпертимною психопатією мають переважно ситуативний характер, епілептоїдні психопати характеризуються особливою жорстокістю тощо.

Спадковість

За радянських часів роль спадковості у злочинній поведінці відкидалась як буржуазна видумка, насаджувалось твердження про всемогутність виховання і впливу соціального середовища. Анітрохи не применшуючи ролі небіологічних факторів, доцільно навести свідчення впливу спадковості на злочинність, який серйозно вивчався ще у минулому столітті. Втім, далеко не завжди йтиметься саме про сексуальну злочинність, спадкові прояви можуть бути найрізноманітнішими.

Виразним проявом спадковості злочину і його зв'язку з душевними хворобами є американська сім'я, родоначальниками якої була якась Ада, злодійка і п'яничка, 1740 року народження, і розпусник Макс, мисливець і рибалка, 1720 року народження. Він залишив після себе велике потомство у вигляді 540 законних і 169 незаконних дітей. Дослідниками було відстежено декілька поколінь його нащадків. Троє з його дочок до заміжжя були повіями, мізерна кількість злочинців у другому поколінні досягає 24 у четвертому і 60 — у п'ятому поколінні. Кількість повій збільшується з 14 до 90, волоцюг — з 11 до

74. У третьому поколінні сифілітики і повії становили 69 % загальної кількості членів родини. Зниження кількості злочинців у шостому і сьомому поколіннях дає підстави висувати гіпотезу про можливість природного виродження аномальної гілки шляхом безпліддя і передчасного вмирання дітей. У цьому сімействі безпліддя з дев'яти випадків у третьому поколінні піднялось до 22 — у п'ятому, а смертність дітей в останні роки дослідження досягла трьох сотень. Члени цієї сім'ї провели у в'язниці загалом майже 120 років, а в п'ятому поколінні всі жінки були повіями, а чоловіки — злочинцями. Довговічність, життєздатність і плодовитість у позашлюбних стосунках значно перевищувала законні шлюби.

Іншим прикладом може бути лондонська родина з 834 чоловік (на момент дослідження), з яких 106 — незаконнонароджені діти, 164 повії, 17 звідників, 142 жебраки, 63 мешканці жебрацьких притулків. Сімейний тюремний стаж — 116 років (на 76 злочинців).

Звісно, слід дуже виважено підходити до проблеми впливу спадковості на потенційну злочинність, однаково небезпечно як недооцінювати цей фактор, так і навішувати ярлики на людей, які волею долі є нащадками злочинців. Адже схильність до негативних проявів може ніколи не реалізуватися без певного комплексу зовнішніх факторів.

Вік

Криміногенна сексуальна активність має свої вікові особливості. Переважна кількість зґвалтувань, сексуальних вбивств припадає на вікову категорію від 14 до 30 років, для якої властивий також відносно високий рівень групових злочинів. В основному цю особливість можна пояснити високою сексуальною активністю вказаної категорії, поєднаною з недостатньою інтеріоризацією морально-етичних установок, віковою імпульсивністю і недостатністю самоконтролю. В підлітковому віці, для якого властива реакція групування з однолітками, нерідко вирішального значення набуває делінквентний вплив групи. Це також пояснює високий рівень групових злочинів серед підлітків.

Ще однією віковою особливістю сексуальної злочинності є значне поширення злочинів проти моральності, педофільних і розпусних дій у віці 50–65 років. Такий сплеск зумовлений посиленням еротичних потреб перед повним їх зникненням поряд із зниженням статевих можливостей і, відповідно, ускладненням традиційних статевих контактів. Паралельно це поєднується з інволюційними змінами в центральній нервовій системі і зниженням морально-етичних установок.

Клімат

Ще з XIX ст. дослідники відзначали відмінність між народами, що проживають у різних кліматичних умовах і мають певні особливості. Особливо яскраво ці особливості виражені не тільки у представників гарячого клімату — аборигенів, а й у приїжджих уродженців інших широт, які тривалий час живуть у теплому кліматі. Жителі гарячого клімату зазнають постійного нервового збудження, спалахів нестриманості та агресії, для них характерне також надто раннє сексуальне дозрівання підлітків поряд з ще низьким інтелектуальним, освітнім і культурним рівнем. Комплекс цих факторів містить підвищену схильність до сексуальних насильницьких злочинів.

Сприятливі умови боротьби за існування, які знімають проблему тепла, одягу і частково їжі, на відміну від північних країн, демобілізують людей, вони легше піддаються колективному емоційному реагуванню, поширене прагнення або бездумно підкорятися праву сильного, або безроздільно користуватися цим правом. Все це ніби створює передумови до масових актів насильства, розгулу кримінальної злочинності, включно із сексуально забарвленою.

Мешканці холодного клімату значну частину життєвих сил спрямовують на добування того, що південцям дає сама природа. Використання фізичної і психічної енергії на пристосування до суворих умов життя поряд із зниженою кількістю сонячного світла, ймовірно, чинить певний релаксуючий вплив. Через це жителі півночі (йдеться про північну півкулю) порівняно з південцями більш спокійні, врівноважені і миролюбні, що підтверджується нижчим рівнем злочинності, в тому числі і сексуальної. Холодний клімат також зумовлює неможливість зґвалтування на вулиці (на природі, в лісі тощо) внаслідок температурного дискомфорту для ґвалтівника.

У Європі, в міру просування з півночі на південь, кількість насильницьких злочинів різко збільшується. Ще у минулому столітті дослідники відзначали, що в південних штатах США кількість вбивств у 15 разів більша, ніж у північних. На основі Французької кримінальної статистики Е. Феррі зазначив, що з 1830 по 1832 р. середньорічна температура піднялася на 4 градуси, а кількість вбивств збільшилася з 470 до 520; з 1848 по 1852 р. середньорічна температура піднялася на 2 градуси, а кількість вбивств збільшилася з 435 до 640; з 1848 по 1874 р. середньорічна температура піднялась на 7 градусів, а кількість зґвалтувань збільшилася з 380 до 850 (Гітін В., Хігір Б., 1996).

Приблизно така ж температурна залежність відзначається не тільки в різних кліматичних широтах, а й у різні пори року і пов'язані з ними температурні коливання. Найбільша кількість зґвалтувань і вбивств припадає, як правило, на теплу пору року. Сексуальна агресія в гарячі місяці зумовлена як підвищеною збудливістю нервової системи, так і легшим одягом жертв, що спрощує здійснення злочинного задуму. Однак, за даними деяких дослідників, найбільша кількість сексуальних злочинів відбувається не влітку (найтепліша пора року), а весною, що зумовлено річним коливанням рівня статевих гормонів в організмі людини, його весняним підйомом і підвищенням статевого потягу.

Звичайно, не можна стверджувати, що кліматичний фактор є вирішальним, та він суттєвий і його не можна ігнорувати при проведенні досліджень злочинності, і сексуальної в тому числі.

4.3. Природа і сутність аномалій потягу

Проблема аномалій статевого потягу (парафілій) тривалий час залишається в центрі уваги психіатричної науки. Втім, не можна стверджувати, що нарешті створено цілісну теорію, яка пояснює причини виникнення і клінічні особливості парафілій. Аномалії статевого потягу розглядалися не як основне захворювання, а в межах конкретних психічних захворювань. Однак є всі підстави вважати такий нозологічний підхід недостатньо обґрунтованим з клінічної та патогенетичної точок зору, оскільки парафілії не завжди безпосередньо пов'язані з якимсь психічним захворюванням. Сучасні дослідження показали, що хоча психічне захворювання, в рамках якого сформувалася сексуальна перверзія, і суттєво впливає на її розвиток і психопатологічне забарвлення, але не дає змоги виділити в цьому синдромі клінічних закономірностей формування і розвитку, які властиві саме для цієї нозологічної форми. Тому цілком закономірно парафілія зайняла окреме місце поряд з іншими захворюваннями в Міжнародній класифікації хвороб та американській Класифікації психічних розладів. Термін "парафілія" (від грецьк. *para* — біля та *philia* — любов) останнім часом витісняє поняття "перверзії" (збочення).

Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), систематика парафілій має такий вигляд:

F65 ***Розлади сексуального уподобання (парафілії)***

Загальними діагностичними критеріями парафілій є такі:

G1. Для індивіда властиві інтенсивні сексуальні потяги і фантазії, що періодично виникають і включають у себе незвичайні предмети або вчинки.

G2. Індивід або діє згідно з цими потягами, або відчуває значний дистрес через них.

G3. Це уподобання спостерігається як мінімум шість місяців.

F65.0 ***Фетишизм***

Використання неживого предмета як стимулу для сексуального збудження і сексуального задоволення. Багато з фетишів є додатками до людського тіла, наприклад, предмети одягу і взуття. Інші фетиші можуть характеризуватися особливим матеріалом — гума, пластик, шкіра. Значущість фетишів для індивіда може варіювати — в деяких випадках вони служать просто для підвищення сексуального збудження, яке досягається нормативним чином. У цих випадках, наприклад, на партнера одягається особливий одяг.

Згідно з діагностичними вказівками, діагностика фетишизму здійснюється тільки в тому разі, коли фетиш є найзначущішим джерелом сексуальної стимуляції або обов'язковим для задовільної сексуальної відповіді. Фетишистські фантазії зустрічаються часто, однак вони не можуть вважатися розладом доти, поки не призводять до ритуальних дій, які є такими непереборними і неприйнятними, що заважають здійсненню статевого акту і викликають страждання в самого індивідуума. Фетишизм зустрічається майже винятково у чоловіків.

F65.1 ***Фетишистський трансвестизм (трансвестистський фетишизм)***

Одягання одягу протилежної статі головним чином з метою досягти сексуального збудження і викликати образ індивіда протилежної статі.

Втім, цей розлад слід диференціювати від простого фетишизму. Підставою для розмежування є те, що при фетишистському трансвестизмі переодягання чи використання предметів спрямоване на перевтілення власної зовнішності з наданням їй рис, властивих для протилежної статі. Зазвичай надягається більше одного предмета, часто повний комплект одягу з перукою і косметикою; при цьому досягається відчуття належності до протилежної статі.

Також необхідно диференціювати цей розлад від транссексуального трансвестизму. Так, фетишистський трансвестизм має чіткий зв'язок із сексуальним збудженням, а після досягнення оргазму і подальшого сексуального розвільнення зазвичай виникає сильне бажання зняти одяг. Вказується також на повідомлення про фетишистсь-

кий трансвестизм як про ранню фазу транссексуалізму і висувається припущення, що в цих випадках він являє собою стадію в розвитку транссексуалізму.

F65.2 ***Ексгібіціонізм***

Періодична або постійна схильність до раптової демонстрації власних статевих органів незнайомим людям (зазвичай особам протилежної статі) в громадських місцях без пропозиції чи намірів ближчого контакту. Зазвичай, хоча і не завжди, під час демонстрації виникає статеве збудження, яке часто супроводжується мастурбацією. Ця схильність може проявлятися тільки в періоди емоційного стресу чи кризи, змінюючись тривалими періодами без зазначеної поведінки.

Варіант МКБ-10, адаптований для використання в Російській Федерації (АМКХ-10), запроваджує нові таксони:

F65.21 ***Ексгібіціонізм, садистичний тип***

Хворий максимальне задоволення отримує, коли бачить страх (переляк) жертви.

F65.22 ***Ексгібіціонізм, мазохістичний тип***

Хворий максимальне задоволення отримує при агресивній реакції жертви.

F65.29 ***Ексгібіціонізм неуточнений***

F65.3 ***Вуаєризм***

Періодична чи постійна схильність підглядати за людьми в момент здійснення ними сексуальних або інших інтимних дій, наприклад, роздягання. Відзначається, що це зазвичай призводить до статевого збудження та мастурбації і здійснюється таємно від об'єкта спостереження, без бажання виявити власну присутність і вступити у зв'язок з особою, за якою ведеться спостереження.

F65.4 ***Педофілія***

Постійне або преважне віддавання сексуальної переваги дітям, як правило, препубертатного або раннього пубертатного віку. Може існувати уподобання певної статі (дівчатка чи хлопчики), а можуть бути одночасно привабливі діти обох статей.

Відзначається, що педофілія рідко виявляється у жінок. Соціально засуджені контакти між дорослими і статевозрілими особами юнацького віку, особливо одностатевими, не обов'язково є проявами педофілії. Так само одноразова дія, особливо, якщо її суб'єкт сам юнацького віку, не свідчить про постійну і домінуючу схильність, необхідну для постановки діагнозу. Обов'язковим для встановлення діагнозу вважається досягнення суб'єктом як мінімум 16-річного віку і наявність 5-річної різниці з використаним об'єктом. Поряд з цим обумовлюється, що ця діагностична категорія включає тих чоловіків, які, віддаючи перевагу дорослим сексуальним партнерам, через постійні фрустрації при вста-

новленні відповідних контактів, зазвичай звертаються як до заміни до педофільного об'єкта. Так само діагноз педофілії може бути встановлений стосовно чоловіків, які сексуально посягають на власних дітей препубертатного віку, в тих випадках, коли вони проявляють домагання й до інших дітей.

F65.5 ***Садомазохізм***

Віддавання переваги сексуальній активності, яка включає завдання болю, приниження чи встановлення залежності. Якщо індивідуум хоче зазнати такого роду стимуляції (є реципієнтом) — це мазохізм; якщо ж він бажає бути її джерелом — садизм. Відзначається часте отримання людиною сексуального задоволення як від садистської, так і від мазохістської активності.

Слабкі прояви садомазохістської стимуляції зазвичай застосовуються для посилення зрештою нормальної сексуальної активності. У зв'язку з цим дається вказівка використовувати цю категорію лише тоді, коли садомазохістська активність є основним джерелом сексуальної стимуляції чи необхідна для сексуального задоволення. З іншого боку, вказується на труднощі розмежування сексуального садизму від проявів у сексуальних ситуаціях жорстокості чи гніву, не пов'язаних із статевим почуттям. Тому діагноз може встановлюватись там, де насильство необхідне для еротичного збудження.

F65.6 ***Множинні розлади сексуального уподобання***

Ця категорія призначена для діагностики тих випадків, коли у людини спостерігається більше одного порушення сексуального уподобання без чіткого переважання якогось з них. Пропонується перераховувати різні типи уподобань і їх відносне значення. Серед найчастіших вказано на поєднання фетишизму, трансвестизму і садомазохізму.

F65.8 ***Інші розлади сексуального уподобання***

Зазначена категорія призначена для діагностики безлічі інших видів порушення сексуального уподобання і сексуальної активності, які зустрічаються відносно рідко. Як приклади беруть непристойні телефонні дзвінки (телефонна скатофілія), дотик до людей і тертя до них у багатолюдних громадських місцях для сексуальної стимуляції (фротеризм), сексуальні дії з тваринами (зоофілія), здавлення кровоносних судин або придушення (аноксія) для посилення статевого збудження (аутоасфіксієфілія), уподобання партнерів з якимись особливими анатомічними дефектами, наприклад, з ампутованою кінцівкою (апотемнофілія), некрофілія.

Включення цієї категорії виправдане тим, що еротична практика є надто різноманітною, а багато з її видів зустрічаються дуже рідко, щоб використовувати спеціальний термін для кожного з них. Ковтан-

ня сечі (уролагнія), вимазування калом або уколи шкіри чи сосків, наприклад, можуть бути частиною поведінкового репертуару при садомазохізмі. Різноманітні мастурбаторні ритуали, причому крайній ступінь такої практики — вставлення предметів у пряму кишку чи сечовипускальний канал, неповне самозадушення, що відбувається в тому числі при звичайних сексуальних контактах, також належать до патології.

F65.9 ***Розлад сексуального уподобання неуточнений***

Сексуальні перверзії можна умовно розділити за об'єктом і за способом реалізації сексуального потягу.

За об'єктом сексуального потягу вирізняють такі основні форми порушення статевого потягу:

- фетишизм — коли об'єктом статевого потягу є частина тіла, одяг чи інший предмет, який символізує сексуального партнера;
- пігмаліонізм — поєднання фетишизму і вуаєризму, роль фетиша виконують картини, фотографії, скульптури, що зображують людське тіло;
- нарцисизм — різновид фетишизму, при якому фетишем і об'єктом статевого потягу є власне тіло;
- аутомоносексуалізм — різновид фетишизму, при якому об'єктом потягу є власне тіло, котре набуває, завдяки одягу і манерам, рис протилежної статі;
- апотемнофілія — різновид фетишизму, який поєднується із садомазохізмом, прагнення до ампутації частини власного тіла або до статевого життя з партнером, який має ампутовану кінцівку; фетишем є культя;
- гетерохромофілія — різновид фетишизму, при якому об'єктом статевого потягу є тільки партнер з іншим кольором шкіри;
- ретифізм — різновид фетишизму, поєднаного з мазохізмом, роль фетиша відіграє взуття;
- екскрементофілія — поєднання мазохізму з фетишизмом, де в ролі фетиша виступають людські виділення; їх обнюхують, обмацують, проковтують, ними себе обмазують;
- некрофілія — статевий потяг до трупів і здійснення з ними сексуальних дій; крайньою формою некрофілії є некросадизм — прагнення до осквернення і знущання над трупом, вирізання статевих органів, відрізання молочних залоз і некрофагія — поїдання частин трупа;

- трансвестизм — отримання статевого задоволення від переодягання в одяг протилежної статі;
- цисвестизм — прагнення надягати одяг своєї статі, але типовий для іншої соціальної чи вікової групи;
- гомесвестизм — сексуальне задоволення від надягання чужого одягу своєї ж статі;
- педофілія — статевий потяг до дітей;
- геронтофілія — статевий потяг до старих;
- зоофілія — статевий потяг до тварин.

За способом реалізації сексуальних потреб перверзії підрозділяються на такі види:

- садизм — статеве задоволення при завданні принижень і страждань сексуальному партнеру;
- вампіризм — відчуття сексуального задоволення від смаку крові партнера, кров отримують переважно шляхом укусу під час статевого акту чи попередніх пестощів;
- флагеляція — різновид садизму, коли задоволення отримують шляхом шмагання партнера;
- саліроманія — сексуальне задоволення отримується шляхом вимазування інших людей брудом, кров'ю, сечею, калом;
- мазохізм — отримання сексуального задоволення від завданих сексуальним партнером принижень і фізичних страждань;
- танатофілія — сексуальне задоволення при фантазуванні на тему власної смерті;
- ексгібіціонізм — отримання сексуального задоволення шляхом демонстрації своїх статевих органів незнайомим людям;
- кандаулезизм — поєднання ексгібіціонізму з мазохізмом, сексуальне збудження при демонстрації статевих органів партнерки іншим чоловікам;
- фротаж — отримання сексуального задоволення шляхом тертя статевими органами до тіла вибраного об'єкта в натовпі, в переповненому транспорті та ін.;
- вуаєризм — потяг до підглядання за статевим актом чи оголеним вподобаним об'єктом і отримання від цього сексуального задоволення;
- клізмофілія — отримання сексуального задоволення шляхом введення в пряму кишку рідини, медичних свічок тощо.

Здебільшого сексуальні перверзії зустрічаються не ізольовано, а в поєднанні кількох форм, створюючи складні перверзні розлади.

Вибір сексуального об'єкта, як правило, здійснюється за певними ознаками. Насамперед враховується статеве уподобання — гетеро- чи гомосексуальне. Статеві ознаки часто перестають відігравати свою роль, якщо перевага віддається дитячому віку об'єкта. Стосовно вибору за віком, то він залишається фіксованим або динамічно змінюється в міру того, як людина дорослішає або розвивається захворювання. Крім того, існує безліч інших принципів та критеріїв уподобання.

Широко відома роль аналізаторів сприйняття у виборі сексуального об'єкта. Причому в кожної людини переважає один з каналів комунікації. У переважної більшості основним каналом є візуальне (зорове) сприйняття — фіксуються не тільки статеві ознаки, а й зріст, будова тіла, колір волосся, очей, особливості одягу. В ряді праць відзначається достовірна залежність сексуальної привабливості жінки і вираженості в неї дитячих рис обличчя: маленьке підборіддя і ніс, великі очі. Ймовірно, це зумовило покровительську поведінку, що може відіграти роль і в патогенезі педофілії. У візуалів з парафіліями пусковим фактором сексуального збудження, як правило, є особливості макіяжу, одягу, наявність крові. Часто вкорочена спідничка, обтягуючі брюки, глибоке декольте тощо оцінюються як доступність або й розпусність жінки, що служить виправданням (самовиправданням) для сексуальної агресії. Частими парафільними стимулами є чорні колготки, чорний шкіряний одяг, що, ймовірно, підтверджує роль колірної гами як сексуального стимулу. При фетишизмі сексуальне збудження відчувається при візуальному сприйнятті частин білизни, тіла, взуття, що символізують партнера. Стимулюючим впливом може бути поза об'єкта чи ракурс споглядання, страждальний вираз обличчя та ін. Візуальні стимули фіксуються в тому вигляді, в якому людина отримує перші еротичні відчуття. Таким чином, сексуально стимулюючі риси залежать від зовнішніх даних перших сексуальних партнерів. Часом фіксуються свої віково-статеві характеристики — діти, які пережили гомосексуальні посягання, подорослішавши, нерідко віддають перевагу гомосексуальним об'єктам дитячого віку. Закарбовуються також як парафільний стимул різні ситуації, деструктивна, садистська поведінка. Особливо поширеною є схильність мучити тварин — задушення, повішення, розчленування — в підлітковому віці у садистів. Споглядання агонії і мертвого тіла дає їм задоволення, яке в подальшому асоціюється саме з таким зоровим подразником.

Важливим для візуального сприйняття при парафілії є феномен деперсоніфікації, зумовлений, найімовірніше, фрагментарністю сприй-

няття та порушенням зорової пам'яті. При педофілії це проявляється нечітким сприйняттям вікових статевих особливостей сексуального об'єкта, деперсоніфікації суб'єкта властива часткова дезідентифікація. Треба також розрізняти деперсоніфікацію при візуальному сприйнятті та деперсоніфікацію як психологічний механізм, коли відбувається спрощення образу і його узагальнене сприйняття як представника певної категорії осіб.

Аудіальні (слухові) парафільні сексуальні стимули трапляються рідко і переважно у хворих на шизофренію. У садистів це можуть бути стогін і передсмертні хрипи жертви, агресивні сексуальні бажання може викликати цокіт жіночих підборів при ходьбі тощо.

Для більшості людей вирішальне значення у сфері сексуального задоволення має тілесний контакт. У нормі дотик несе значне еротичне навантаження, тоді як для більшості форм перверзної поведінки цей вид стимулів не відіграє значної ролі. Тільки при фетишизмі істотну роль відіграють тактильні стимули — відчуття при погладжуванні колготок, шкіри взуття мають важливе значення для сексуального задоволення.

Про вплив запахів на еротичні відчуття відомо здавна. Одні запахи посилюють бажання і потяг, інші можуть відштовхнути і викликати стійку відразу до партнера. Роль нюхального аналізатора незаперечна і в аномальній сексуальності. О. О. Ткаченко і Г. Є. Введенський (1997) описують серійного вбивцю, чия злочинна поведінка "запускалася" запахом парфумів та алкоголю, який йшов від жертв. При деяких видах фетишизму має важливе значення запах взуття, ніг, ношеної білизни.

У ряді ситуацій можна зробити припущення про функціональну блокаду нюхального аналізатора. Це стосується випадків, коли чоловіки п'ють сечу (уролагнія), їдять кал (копролагнія) жінок, які їм сподобались, обмазують їх фекаліями тощо.

Стимулюючий вплив може мати соціальний статус об'єкта, популярність, слава, матеріальне благополуччя. У деяких випадках має значення професія, форма одягу: військові, міліція, моряки та ін.

Одні стимули можуть бути пусковими для здійснення парафільних дій (наприклад, вид жертви, близька відстань), а інші підтримувати або порушувати патологічний сексуальний стереотип. Наприклад, при здійсненні актів ексгібіціонізму різна реакція жінки може як посилювати збудження (наприклад, переляк), так і переривати аномальну поведінку (насмішка, демонстративна неувага).

Практично будь-який вид парафілії створює принципову можливість правопорушень, та найчастіше до порушення закону призводять три групи парафілій — педофілія, ексгібіціонізм та садизм. Це цілком зрозуміло, адже поведінка, спрямована на реалізацію цих потягів, найочевидніше порушує загальноприйняті, в тому числі законодавчі норми. Крім того, ексгібіціонізм, садомазохізм, педофілія і фетишизм є найхарактернішими ознаками девіацій. Зв'язок між патологічним потягом і кримінальною поведінкою може мати різний характер, бути прямим, опосередкованим або відсутнім взагалі.

Для парафілій властиве позбавлення об'єкта суб'єктивності і зведення його ролі до стимулу для відтворення особливого афективного стану та реалізації внутрішніх спонукань. Характерна автохтонність девіантних переживань та спонукань, які не залежать від вольових зусиль і є чужими для особистості, одноманітність сценарію поведінки із стереотипним способом досягнення передбаченої емоції, фіксація на процесі, а не на результаті активності (Ткаченко О. О., 1995). Різні психопатологічні варіанти характеризуються різною здатністю усвідомлювати свої дії і керувати ними. Одним з критеріїв розладу свідомої регуляції є наростаючий ступінь автоматизованості поведінки з порушенням вольових здатностей стосовно сфери сексуальної поведінки аж до виключення самоаналізу, планування, корекції своїх дій.

Першочергове значення для виникнення парафілії мають біологічні причини, серед яких важлива роль хромосомних та генетичних порушень, негативних факторів внутрішньоутробного розвитку, стилю життя (наприклад, зловживання алкоголем), перенесених захворювань, травм, які в остаточному підсумку призводять до ураження центральної нервової системи. Патологія мозку, у свою чергу, призводить до викривлення біологічного, психічного та психосексуального розвитку особистості. Поєднання цих викривлень із сімейними і соціокультурно зумовленими факторами, із загальною атмосферою, в якій відбувається становлення стереотипів поведінки, й визначає можливість розвитку парафілії.

Психосексуальний розвиток є одним з аспектів індивідуального психічного розвитку, з його закінченням починається зріла сексуальність.

Вирізняють три етапи психосексуального розвитку (див. розд. "Психосексуальний розвиток"). Для всіх етапів і для кожної стадії третього етапу існують загальні закономірності у вигляді фазності

розвитку (фаза вироблення установки і фаза навчання та закріплення) та зміни співвідношення біологічного і соціального компонентів у становленні сексуальності.

Під час першого етапу (1–7 років) відбувається формування статевої самосвідомості (ідентичності). Вона визначена внутрішньоутробним статевим диференціюванням мозку і здійснюється під впливом мікросоціального середовища. Перша фаза — визначення своєї статевої належності. Фаза навчання і закріплення в процесі розглядання статевих органів своїх однолітків обох статей з усвідомленням наявних відмінностей.

В. Є. Каган (1991) виділив такі види статевої ідентичності:

1. Базова ідентичність — детермінована психофізіологічно, проявляється зіставленням особистості з традиційними статевим відмінностями у філогенетичному аспекті.
2. Рольова ідентичність — детермінована впливом середовища; зіставлення поведінки і переживання особистості з властивими для цієї культури і цього часу статеворольовими стереотипами.
3. Персональна ідентичність інтегрує обидві попередні і характеризує зіставлення особистості з мужністю чи жіночністю в контексті індивідуального досвіду міжособистісного спілкування.

На другому етапі (7–13 років) формується стереотип статеворольової поведінки. Фаза вибору статевої ролі і статеворольових установок проходить відповідно до особливостей дитини з орієнтацією на еталон певної статі в мікросоціальному середовищі. Фаза навчання і закріплення статевої ролі протікає в поведінці та іграх дитини.

Розлади першої фази проявляються збереженням рівнозначності ознак статі і зовнішні ознаки статі надалі стають основою для рольової самоідентифікації або зумовлюють поверхове засвоєння статевої ролі. До недостатнього засвоєння і розуміння статевих стереотипів призводять порушення фази реалізації у вигляді відсутності рольових ігор. При цьому порушується як поведінка взагалі, так і сексуальна зокрема — з'являється асоціальна поведінка, відсутній фіксований сексуальний сценарій, а широких проявів набуває сексуальне експериментування у вигляді девіацій. Як варіанти компенсації недостатньої мужності чи жіночності формується гіперрольова поведінка і трансформація статевої ролі.

На третьому етапі (12–26 років) відбувається становлення психосексуальних орієнтацій, яке неможливе без нейрогуморального

забезпечення. Етап проходить стадії платонічного, еротичного і сексуального лібідо, кожна з яких складається з двох фаз — фази вироблення установки і фази навчання та закріплення установки. Жодну стадію не можна вважати завершеною, доки виниклі установки не реалізуються з партнером.

Для платонічної стадії характерний виражений емоційний компонент з високим романтичним забарвленням без специфічного інтересу до генітальної ділянки. Фаза вироблення установки проявляється дитячою закоханістю, обожнюванням, платонічними мріями, прагненням духовного спілкування, а фаза навчання і закріплення проявляється в спільній діяльності, іграх, залицянні. Для неї достатньо навіть уваги об'єкта закоханості, спільного приготування уроків або навчання за однією партою.

Перша фаза формування еротичного лібідо характеризується прагненням дотиків і пестощів, еротичними фантазіями, читанням відповідної літератури з особливою увагою до сцен побачень, любовних признань та ін. Реалізація ж відбувається у вигляді пестощів та ігор, частіше без оргазму, на рівні фрустрацій. Якщо еротична реалізація здійснюється у вигляді петингу або мастурбацій з девіантним фантазуванням і супроводжується оргазмом, то в разі тривалої затримки в цій фазі можлива фіксація на такій формі активності з блокуванням переходу до наступної стадії.

Перехід на наступну стадію неможливий без завершення попередньої. Доки немає реалізації та підтвердження фантазій з партнером, підліток ніби застряє між стадіями.

Стадія формування сексуального лібідо в першій фазі проявляється сексуальними фантазіями, а в другій — початком статевого життя, поєднанням сексуальних ексцесів з абстиненціями і мастурбацією. Доти, поки немає реалізації сексуального лібідо в статевому акті, існує можливість відхилення від нормального психосексуального розвитку. Чим менший часовий проміжок між фантазуванням і реалізацією, тим гармонійніше відбувається розвиток цього компонента потягу.

Саме на цьому етапі формується вибір об'єкта сексуального потягу та способу його реалізації.

Згідно з дизонтогенетичною концепцією, порушення психосексуальних орієнтацій, парафілії — результат порушення онтогенезу з фіксацією сексуальних форм, властивих для більш ранніх етапів. Конкретний вид сексуальної поведінки залежить від періоду, в якому відбулося порушення.

Розлади психосексуальної орієнтації зумовлені не тільки відставанням у часі якоїсь стадії, а й зміною порядку розвитку. Розглянемо стадію формування платонічного лібідо. Порушення першої фази (обожнювання, прагнення духовного спілкування) зумовлює редукцію цього компонента потягу. Відсутнє сприйняття сексуальних партнерок як особистостей, нема розуміння відмінності жіночої і чоловічої психології. Чоловіки ототожнюють ерекцію зі статевим потягом, а всіх жінок розглядають як шлюх.

У разі затримки фази реалізації вона переноситься на пізніше і перекриває собою стадії еротичного і сексуального лібідо. При цьому виникає комплекс "мадонни", який полягає в обожнюванні жінки при психологічній незадоволеності сексуальними контактами. Надалі можливе "перевертання" стереотипу з розвитком садистичних дій стосовно жінок. У жінок за відсутності цієї фази може з'явитися тяга до чоловічого товариства або ненависть, змішана із заздрістю. По суті як у чоловіків, так і в жінок це не прояв потягу, а вибір, в межах аутоідентифікації, джерела моделей поведінки (референтної групи), яке визначає смаки, уподобання, способи індивідуальних і статевих взаємодій. Збіг референтного об'єкта з об'єктом сексуального потягу призводить до подвійного емоційного ставлення за типом кохання і ненависті (окрім випадків нарцисизму).

Порушення формування еротичного лібідо можуть трапитись в будь-якій фазі. Патологія першої фази проявляється відсутністю еротичних фантазій, нерозумінням важливості поцілунків, пестощів чи огида до них, виключення прелюдії із статевого контакту. Фаза реалізації може страждати у випадках оргастичного підкріплення за відсутності партнерських стосунків з особою протилежної статі, що призводить до аутоеротичної спрямованості потягу. Фантазії стають стимулом потужнішим, ніж реальний об'єкт, наповнюються девіантними плодами уяви з можливістю набуття в майбутньому патологічної форми. Переважають явища психічного онанізму. Оргастична розрядка при пестощах з партнером і мастурбації з фантазуванням партнера гальмують розвиток сексуального потягу, що надалі проявляється знецінюванням ролі самого статевого акту.

Порушення в першій фазі формування сексуального лібідо характеризуються відсутністю психологічного задоволення незважаючи на оргазм при вагінальному гетеросексуальному контакті. Чоловіки віддають перевагу оральному, анальному статевому акту, отримуючи при цьому психологічне задоволення. Часто відсутня відмінність у відчут-

тях між мастурбацією, гомо- чи гетеросексуальними контактами, мастурбація поєднується з гетеросексуальними зв'язками. При першому статевому акті може бути відсутньою еякуляція або ерекція.

Для патології фази реалізації характерні особливості у виборі сексуального об'єкта. Нерідко свідомо віддають перевагу гомосексуальним об'єктам, а при неусвідомленій гомосексуальній орієнтації трапляються імпульсивні акти гомосексуального насильства в стані сп'яніння, поєднані з декларованою гомофобією в звичайному стані. Об'єкт може залишатися і гетеросексуальним, проте з'являються відхилення у вікових уподобаннях — у чоловіків проявляється геронтофільна спрямованість. При бісексуальному виборі часто проявляється синдром нерозрізнення сексуального об'єкта. Збереження деяких рівнозначних ознак статі може перетворювати їх в об'єкти фетиша, фіксуючи на них сексуальне лібідо.

Зв'язки між психопатологією та сексуальними порушеннями можуть бути троякими: сексуальні порушення як наслідок, як причина чи як один із симптомів психічного захворювання.

Більшість дослідників підрозділяють сексуальні перверзії на здоланні та нездоланні, істинні та псевдоперверзії. При цьому нездоланні перверзії майже завжди розвиваються із здоланних, які набувають патологічного характеру. З питання істинності чи псевдоперверзій різні автори не дійшли спільної думки.

К. Імелінський (1986) істинними перверзіями називає ті випадки, коли статеве задоволення можливе тільки збоченим способом, але межа між істинними і псевдоперверзіями лабільна і складна для визначення і вони легко можуть переходити одна в одну.

В. В. Мохов (1971) зазначав, що для істинних перверзій властиве виникнення в ранньому дитинстві, відсутність інших можливостей сексуального задоволення, незворотність, грубі порушення гетеросексуальної адаптації в поєднанні з вираженими біологічними та ендокринними порушеннями. Псевдоперверзії розглядались ним як схильність до реалізації девіантних актів за механізмом зміцнілого умовно-рефлекторного зв'язку. При цьому також не виключалась можливість переходу одних форм в інші.

За Г. С. Васильченком (1983) істинними парафілії вважаються тоді, коли збочений статевий потяг реалізується і частково або повністю заміщує нормальне статеве життя.

Виходячи із просторового співвідношення між суб'єктом і об'єктом виокремлюють дистантні і контактні парафілії. До дистантних

можна зарахувати аномальні потяги, що не передбачають безпосереднього доторкання до об'єкта. При цьому використовуються переважно зоровий, слуховий і нюховий аналізатори сприйняття. До цієї групи входить ексгібіціонізм, вуаєризм, психічний садизм і мазохізм та ін.

До контактної групи парафілій належать всі види активності, пов'язані з безпосереднім контактом з об'єктом і використанням тактильного каналу комунікації. Проявами цієї групи можна вважати педофільні обмацування, зґвалтування, мордування жертви при сексуальному садизмі, маніпуляції з предметами при фетишизмі та ін.

За спрямованістю патологічної сексуальної активності потяг може спрямовуватися на себе, на інших людей і на предмети. Особливо слід виділити потяг до тварин, до людських трупів, некросадизм і канібалізм.

Потяг до себе проявляється тактильними маніпуляціями з власним тілом, мастурбаціями перед дзеркалом, нарцисизмом, аутомоносексуалізмом, танатофілією тощо. Елементи аутоеротизму властиві й для інших перверзій, проте часто схожість об'єкта і суб'єкта патологічного потягу залишається поза увагою. До парафілій, спрямованих на інших людей, належать: педофілія, ексгібіціонізм, вуаєризм, сексуальний садизм та ін.

Сексуальна активність стосовно предметів властива для фетишизму та фетишистського трансвестизму, а також екскрементофілії. Фетиш часто викликає амбівалентне ставлення, зумовлене, з одного боку, виникненням сексуального збудження, а з іншого — неможливістю раціонального пояснення цього феномену (Ткаченко О. О., Введенський Г. Є., 1997). Цим нерідко й мотивується прагнення знищити такий потужний сексуальний стимул. Явища фетишизації об'єкта проявляються практично при всіх парафіліях, тобто об'єктом служить не конкретна людина (тварина, труп, власне тіло тощо), а сукупність ознак-стимулів, з яких складається фетиш.

Особливо цікавим є амбівалентний стан, для якого характерне усвідомлення відчуження свого сексуального потягу від особистості. Наявність внутріпсихічного конфлікту і критики до свого стану називається его-дистонією і клінічно проявляється боротьбою мотивів. Для его-синтонічного ставлення до своєї патології властива відсутність критики і повне злиття особистості з аномальним потягом. При цьому відсутній внутріпсихічний конфлікт і боротьба мотивів.

Его-синтонічному формуванню сприяє прийняття девіантної схильності в пубертатному віці до усвідомлення їх суперечності соціальним нормам внаслідок незрілості психіки, а також невключення соціальних стандартів у комплекс власних моральних принципів. Має значення і сексуальна аддиктивність з відходом від реальності та ілюзорним контролем над реалізацією перверзних дій, спрямованих на стереотипну ліквідацію внутрішнього дискомфорту.

При вивченні психопатологічних особливостей розладів потягу було виділено три основних психопатологічних варіанти — нав'язливий (причіпливий), обсесивно-компульсивний та імпульсивний. Перверзні акти включають три основні стадії — продромальну, стадію безпосередньої реалізації перверзних дій і заключну. Окресленість і клінічні особливості кожної з них і визначають психопатологічний варіант.

Патологічні нав'язливості С. С. Корсаков (1901) характеризував як хворобливі потяги, які тривалий час переслідують хворого і з якими він, усвідомлюючи наслідки скоєння ним цих дій, не завжди спроможний боротись. Відмінними особливостями обсесій є: самовільне виникнення, нездоланність, відчуженість від особистості, стійкий афективний компонент, наявність персевераційного примушування та обов'язкова ознака — сексуально забарвлені фантазії. Для хворих з цим варіантом характерне усвідомлення відчуженості та неадекватності свого потягу, який виникає всупереч волі. Вони прагнуть приглушити його і приховати від оточення, що їм вдається протягом певного часу. Сила перверзного потягу непостійна і коливається, посилюючись під впливом різноманітних, частіше психогенних, чинників. Постійний негативний афективний заряд посилюється постійним страхом перед можливою реалізацією перверзних потягів, що призводить до ще більшого внутрішнього напруження. При стабільному психічному стані хворі здатні розряджати цю напругу шляхом сексуальних сновидінь чи фантазій відповідного змісту і мастурбації. Однак порушення гетеросексуальної адаптації, зловживання алкоголем та інші провокуючі впливи дестабілізують психічний стан, внутрішня напруга стрімко збільшується, патологічні потяги різко посилюються, посилюються спроби їх приглушення шляхом напруженої роботи чи фізичних вправ, розвиваються афективні порушення. Все це характеризує продромальну стадію перверзного акту. Реалізація потягу часто свідчить про декомпенсацію порушень психіки. Водночас і на висоті потягу, і в процесі реалізації хворі зберігають критичну

оцінку своєї поведінки та вживають заходів безпеки, щоб уникнути покарання за злочин. Для заключної стадії характерна спочатку короткочасна, але потужна психічна розрядка, яка потім змінюється посиленням внутрішньої напруги і незадоволеності.

Обсесивно-компульсивні розлади характеризуються специфічним продромом з наростанням афективних порушень аж до депресивно-дисфорійних розладів, боротьбою мотивів, психогенно звуженою свідомістю під час реалізації патологічного потягу і характерною заключною стадією з вираженим відчуттям полегшення і психічної розрядки. Хворі з обсесивно-компульсивним варіантом схильні до дисфорії, тривожності, відчуття дискомфорту і внутрішньої напруги. Цей варіант частіше зустрічається в осіб з епілепсією, церебрально-органічним ураженням з незначними порушеннями психіки, при легкій дебільності.

У продромальній стадії посилюються еротичні фантазії, сон поверхневий, не приносить відчуття відпочинку, із сновидіннями відповідного сексуального змісту. Порушується розумова і фізична діяльність, хворі цілковито поглинуті своїми переживаннями. Боротьба мотивів надзвичайно напружена, полягає в нездоланному прагненні до певних дій незважаючи на свідомий намір до протилежного. Вона супроводжується наростанням афективних розладів, появою тужливо-злісного афекту, тривоги, страху, суїцидальних думок. На висоті потягу в деяких хворих з'являються уривчасті маячні ідеї ставлення, вони переконані, що оточення знає про їхні наміри і засуджує їх. Боротьба мотивів слабо виражена у хворих з недостатньо сформованими морально-етичними принципами (особи з олігофренією).

Стадія реалізації перверзного акту характеризується послабленням боротьби мотивів, а сам злочин скоюється на тлі афективно звуженої свідомості з подальшою частковою амнезією. В момент реалізації критична оцінка свого стану здебільшого порушена або відсутня зовсім.

В заключній стадії переживається відчуття полегшення, психічної і сексуальної розрядки, що супроводжується вираженими соматовегетативними порушеннями у вигляді серцебиття, остуди, пітливості, частішого сечовипускання. Інколи вираженість вегетативних проявів досягає глибини діенцефальних кризів. Хворі в багатьох випадках каються, їм шкода жертву і, в разі необхідності, дехто навіть намагається надати допомогу постраждалим (наприклад, у випадках незавершеного сексуального вбивства).

Імпульсивні дії скоюються одночасно з тим, як цей потяг досягне свідомості, вони виникають у вигляді гострого прагнення, яке оволодіває розумом хворого і підпорядковує собі його поведінку, не піддається вольовому контролю (Крепелін Е., 1910; Корсаков С. С., 1954; Ясперс К., 1965). Імпульсивний варіант найчастіше зустрічається при епілепсії, особливо при скроневій локалізації вогнища, при шизофренії та в осіб з олігофренією ступеня помірної і вираженої дебільності. Виділяють епізодичні та стійкі імпульсивні потяги. Для перших характерні гостре виникнення, чітка окресленість, різко виражена афективна напруженість і поєднання з резидуально-органічною симптоматикою. Стійкі імпульсивні потяги характеризуються поступовим початком, більшою тривалістю, меншою напруженістю афекту і частіше зустрічаються при шизофренії.

Продромальна стадія дуже коротка з явищами дереалізації, деперсоналізації, з немотивованою тривогою, страхом, внутрішньою напругою, депресивно-дисфорійним афектом. Потяг надзвичайно інтенсивний, виникає раптово, гостро, без боротьби мотивів і вимагає негайної реалізації. Критична оцінка свого стану відсутня.

Реалізація перверзних дій здійснюється часто на тлі різною мірою порушеної свідомості, без будь-яких заходів безпеки і супроводжується вираженими агресивно-садистськими проявами.

Заключна стадія характеризується вираженою астенією, в'ялістю, сонливістю, за своєю структурою нагадує постпароксизмальні стани.

Сексуальні перверзії рідко проявляються ізольовано. Коло супутніх девіантних потягів включає в себе порушення як сексуального, так і несексуального плану — бродяжництво, алкоголізм та ін. Найбільше супутніх аномалій потягу при обсесивно-компульсивному варіанті, найменше — при імпульсивному.

Залежно від динаміки клінічної картини можна виокремити три типи перебігу парафілій: стаціонарний, прогресивний і регресивний.

При стаціонарному типі аномальна поведінка стереотипно і багаторазово повторюється з постійним комплексом емоційних переживань.

Прогресивний тип характеризується виникненням у клінічній картині переживань, які властиві для певних періодів нормального онтогенезу і які випали з психосексуального розвитку цього індивіда. В динаміці можлива зміна дистантних варіантів парафілій на контактні, а також зміна сексуального об'єкта з наближенням до норми.

Для регресивного типу властива динаміка проявів у бік появи архаїчних синдромів, патернів поведінки, характерних для більш ранніх етапів онтогенезу. Проявом регресивності є педофільні дії з розгляданням і обмацуванням статевих органів, що в нормі властиве для п'ятирічного віку. Крайній ступінь регресії характеризується виникненням сексуального садизму, некросадизму або канібалізму. Канібалізм розглядається як повернення до оральної стадії розвитку, а розчленування трупів можна порівняти із прагненням дітей розбирати іграшки для задоволення своєї цікавості. Проявом регресії служить також заміна сексуального об'єкта з віддаленням від норми і розпад комунікативної сфери. Комунікація або наявність зворотного зв'язку з об'єктом відсутня, якщо потяг спрямований на неживий предмет, але у випадках, наприклад, ексгібіціонізму реакція жертви спочатку має вирішальне значення для задоволення. Надалі, при регресивному перебігу, реакція об'єкта злочинця не цікавить і на суб'єктивні відчуття не впливає.

Важливою властивістю аномального сексуального потягу є фіксація на процесі, а не на результаті патологічної поведінки. При цьому сексуальні злочинні дії не мають логічного закінчення саме в сексуальному смислі, тобто еякуляцією і оргазмом. Значущим є сам процес еротичного впливу на об'єкт. В частині випадків за суб'єктивною значущістю самодостатнім буває сам процес пошуку необхідного сексуального об'єкта, що найчастіше зустрічається при садизмі. З метою нескінченного розтягування насолоди застосовується пролонгація парафільного акту, часто за допомогою ускладнень, пристосувань, різноманітних ритуалів.

Існує ряд станів і факторів, які сприяють формуванню аномальної сексуальної поведінки.

Насамперед сприятливим фактором є труднощі міжособистісного і, відповідно, міжстатевого спілкування. Вони можуть виникати в результаті психічних і фізичних особливостей індивіда. Проблемний характер спілкування визначається соматичними захворюваннями, аномаліями та дефектами фізичного розвитку. Усвідомлення своєї неповноцінності, непривабливості призводить до ціннісної переорієнтації, замкнутості, інколи до озлоблення і боязливої настороженості до соціуму. Таким чином формується псевдоаутистична особистість, у якої нема навичок, проте збережені передумови до спілкування.

Однак найчастіше труднощі комунікації зумовлені істинними аутистичними формуваннями, властивими для шизоїдних особис-

тостей і особливо характерними для раннього дитячого аутизму. Для таких дітей властива нездатність встановлювати людські стосунки, переважний інтерес до неживих предметів, відсутність різниці між живою і неживою матерією. Вони відгороджені від цілого світу, ігнорують зовнішні подразники, монотонно граються неігровими предметами, бояться різких звуків, рухомих об'єктів і зміни обстановки. З віком стає помітнішою затримка мови (через відсутність спілкування), недостатня емоційність, схильність до ритуальної поведінки. Стереотипи поведінки сприймаються суто механічно, запам'ятовуються (добра механічна пам'ять), але не інтеріоризуються (не включаються у свою систему моральних принципів).

Особистісні властивості характеризуються обережністю, повільністю, консервативністю, стереотипізацією поведінки, невпевненістю, нерішучістю, тривожністю. Легко виникає переляк і сильний ригідний страх у поєднанні з відчайдушною хоробрістю і нехтуванням небезпеки в деяких ситуаціях. В дитинстві часті невротичні розлади у вигляді енурезу, заїкання, сноговоріння і сноходіння. Пізніше — істероформні та пароксизмальні прояви із специфічним дисфорійним афектом, явищами дереалізації та деперсоналізації.

Значну роль у розвитку і становленні парафілій відіграє схильність до патологічного фантазування. Спочатку це виглядає як дещо посилена дитяча мрійливість, що поступово переходить у компенсаторне і гіперкомпенсаторне фантазування. При найменших труднощах психосоціальної адаптації дитина ховається від реальності в світі уяви, ще більше поглиблюючи комунікативні труднощі з мікросередовищем. Використання цього сховища від життєвих труднощів з часом автоматизується і з довільного стає мимовільним, у підлітковому віці набуваючи патологічного характеру. Фантазії виникають самовільно і стають значнішими, аніж реальні події. Зміст фантазій вже на самому початку може свідчити про формування аномальних, найчастіше агресивно-садистських потягів. Під впливом психотравм, образ, побоїв, дисморфофобічних переживань виникає бажання помститися винуватцям — у фантазіях з'являються агресивно-садистські елементи, які дають внутрішнє заспокоєння. Зміна в процесі фантазування настрою від дисфорично-дистимічного до спокійного свідчить про емоційно-регулюючу роль. У період статевого дозрівання у вже сформоване садистське фантазування вплітаються елементи платонічного та еротичного лібідо. Формується візуальний образ жертви згідно з тенденцією розвитку сексуальної орієнтації і власний образ в

ролі ката з уявленням витончених сексуально забарвлених тортур та насильства. З цього моменту парафілія сформована, а фантазування втрачає захисну функцію і перешкоджає гармонійному психосексуальному розвитку, а саме переходу у фазу реалізації статевого потягу. Афективні розлади досягають вітального рівня і проявляються болями або радісним щемом за грудиною, контрастними емоційними переживаннями.

Фантазії займають більшу частину життя індивіда і з виникненням надцінного компонента мають стереотипний характер. Відзначається відірваність від зовнішнього світу, повна самовіддача процесу фантазування, який є самоцінністю і дає основне задоволення. З часом зміст уявних подій набуває щораз більшої агресивності без зв'язку із психотравмуючою ситуацією. Виникає прагнення до їх втілення, яке спочатку реалізується частково або в соціально прийнятних формах. Гострота фантазування після завершення статевого дозрівання може зменшуватись, оскільки зникають властиві для пубертату дисморфофобії та ідеї ставлення. Така дезактуалізація хворобливих переживань може тривати як завгодно довго, але будь-які психогенії можуть посилювати патологічне фантазування з подальшою реалізацією і закріпленням аномального поведінкового стереотипу. Стереотип поведінки виникає у фантазіях мимовільно і постійно доробляється і вдосконалюється. При цьому самих фантазій недостатньо, повне задоволення досягається тільки в процесі реалізації задуманого. Стан спокою після реалізації стає щоразу коротшим, образні спогади про перверзний акт лише ненадовго знімають сексуальну напругу. У свідомості з'являється відчуття, що минулого разу щось зробив не так, постійно формуються нові, все досконаліші сцени катувань та ін.

Вище вже відзначалася роль у розвитку парафілії схильності до надцінних утворень, що відображає ригідність психофізіологічних процесів.

4.4. Патогенетичні моделі парафілій

Вирізняють чотири основні патогенетичні моделі або типи формування парафілій:

- з провідною роллю дизонтогенетичних передумов;
- з утворенням синдромів парафілій;
- з участю механізмів психічного регресу;
- структурно-динамічний регрес поведінки.

Роль органічної патології у формуванні парафілій нині доведена і є безсумнівною. Чим на більш ранньому етапі онтогенезу (особливо пренатальному) відбувається пошкодження головного мозку, тим частіше задіяні механізми, пов'язані із статевим диференціюванням мозку з подальшими порушеннями ідентифікації та статеворольової поведінки. Порушення насамперед базової ідентичності призводить до ретардації психосексуального розвитку і фемінізації у хлопчиків.

В осіб з парафіліями статева ідентичність зрушена переважно у фемінінний бік з наростанням розриву між ідеальним "Я" та основними чоловічими нормативними ознаками. Такий брак мужності компенсується гіперрольовою поведінкою, явищами проміскуїтету і колекціонуванням статевих партнерів.

Проявами дизонтогенезу є також аутистичні та парааутистичні стани з характерними явищами асинхронії і нерівномірності розвитку психіки як загалом, так і окремих сторін та функцій особистості. У сексуальній сфері це може проявлятися дисгармоніями сексуального розвитку. Стирання межі між грою та захопленням дітей з аутизмом ймовірно зумовлене зміною свідомості, емоційним охопленням і знаходить свій еквівалент у поведінці парафілів.

В аутичних дітей відсутній інтерес до статевих відмінностей та ідентифікаційні ігри через відсутність міжособистісного спілкування. Деякі прояви сексуальної цікавості до людей мають суто механістичний інтерес, мастурбація маніпуляторна, в підлітковому віці із сексуально забарвленими переважно вербальними фантазіями (Каган В. Є., 1981). Фантазування на перших етапах має захисний характер, заміщуючи агресивну поведінку, яка формується. Оскільки реальне задоволення відсутнє, людина отримує задоволення, відтворюючи реальні відчуття у своїй уяві. Тому, що фантазії набувають патологічних властивостей, сприяють певні особливості структури особистості у вигляді незрілості психіки, емоційної рухомості, слабкості вольових компонентів.

На відміну від аутизму, де підліткові сексуальні фантазії мають переважно вербальний характер, при парафіліях переважає візуальний характер фантазування, що, на думку нейрофізіологів, зумовлено надмірною активацією правої півкулі у парафіліків при гіпоактивації — в аутистів. Під час становлення аномальної сексуальної орієнтації у фантазіях відзначається дезактуалізація гетеросексуальних образів, індивід у сексуальних сценах бачить себе відсторонено, ніби

збоку. Водночас у сексуальних сценах, яким віддається перевага (наприклад, гомосексуальних), він бачить себе безпосереднім учасником подій.

Патологічне фантазування з аутохтонністю, насильницьким напливом зорових образів може супроводжуватися відчуженістю від оточення і, по суті, є самоіндукованим трансовим станом.

Гіперактивація правої півкулі головного мозку в осіб з парафілією поєднується з дефіцитарністю його функцій, що дає підстави стверджувати, що активується вже дефектна півкуля (Ткаченко О. О., Введенський Г. Є., 1997). Відомим є факт значної кількості ліворуких серед осіб з аномальною сексуальною поведінкою, що ще раз підтверджує значення порушень балансу між півкулями головного мозку як дизонтогенетичної умови, яка є передумовою психічного дизонтогенезу. Існує версія, що права півкуля — джерело образів інфантильної і трансформованої сексуальності (Іванов В. В., 1988).

Безперечним є значення медіаторних систем у життєдіяльності організму, їх адаптаційна роль у стресових ситуаціях. Порушення нейромедіаторних систем є одним з ключових факторів етіопатогенезу психічних розладів. Особливе значення у психопатології мають порушення обміну катехоламінів і серотоніну. Серотонін — основний медіатор, що контролює агресивну поведінку і вираженість тривоги (Каган Б. М. та ін., 1997). Водночас незаперечною є роль катехоламінів в афективних розладах, зниження функції норадреналінової системи головного мозку призводить до ризикованої та асоціальної поведінки, знімає тривогу і послаблює відчуття небезпеки. Посилення активності цього медіатора супроводжується депресіями, тривогою, боязливістю. За результатами проведених рядом авторів досліджень висуваються припущення про можливість за рівнем серотоніну в плазмі крові і тромбоцитах судити про рівень цього медіатора в синаптичній щілині та пресинаптичному закінченні відповідно. Для аналізу парафілій варто розглянути роль серотонінової системи при обсесивно-компульсивних розладах. На основі багатьох повідомлень можна припустити, що поява імпульсивної та обсесивно-компульсивної поведінки зумовлена зниженням активності серотонінових механізмів головного мозку і їх недостатнім гальмівним впливом. Це послаблення функції серотонінової системи може поєднуватися з підвищеною концентрацією медіатора в пресинаптичному закінченні внаслідок генетично зумовленого прискореного захвату медіатора із синаптичної щілини чи недостатнього його вивільнення. Тому в бо-

ротьбі з нав'язливостями і обсесивно-компульсивними розладами дуже ефективні інгібітори зворотного захвату серотоніну. Як і серотонін, катехоламіни також беруть активну участь в обсесивно-компульсивних розладах і порушенні контролю імпульсу. Компульсивні явища супроводжуються посиленням інактивації моноамінів у поєднанні з прискоренням синтетичних процесів, які компенсують транзиторну недостатність катехоламінів в пресинаптичному нервовому закінченні. При вичерпанні компенсаторного синтезу розвиваються депресивні явища. Все сказане дає підстави зробити висновок, що виникнення компульсивних розладів у парафілів зумовлене функціональною недостатністю серотонінової та норадреналінової гальмівних систем головного мозку порівняно з особами, девіантна сексуальна поведінка яких відбувається без порушення контролю імпульсу.

Однак найважливіший вплив порушень нейромедіаторного обміну на виникнення аномальної сексуальної поведінки зумовлений їх роллю у статевому диференціюванні мозку. Функції серотоніну у статевому диференціюванні вивчалися на тваринах за допомогою препаратів, які пригнічують і підвищують його концентрацію в нервовій тканині. При цьому зниження рівня серотоніну призводило до виникнення жіночого типу реагування у чоловічих осіб, а підвищення рівня — до маскулінізації поведінки у самок.

Моноамінові системи здійснюють контроль гіпоталамічних і гіпофізарних механізмів, регулюють синтез статевих гормонів, статеве диференціювання та розвиток статевих ознак. Тому будь-які порушення метаболізму катехоламінів, особливо через генетичне порушення ферментативної діяльності, можуть спричинити порушення статевого диференціювання з виникненням аномальних сексуальних реакцій. Статеве диференціювання мозку охоплює період від раннього ембріонального до повного статевого дозрівання. В певні періоди найважливішу роль у цьому процесі виконують статеві гормони, але й їхній вплив залежить від медіаторів, зокрема норадреналін виконує функцію основного посередника під час впливу андрогенів на головний мозок. Розлади в медіаторному обміні викликають порушення статевого диференціювання мозку і відповідно порушення статевої ідентичності з викривленням психосексуального розвитку, що є передумовою до формування парафілій.

Б. М. Коган та ін. (1997) досліджували медіаторні системи у груп підекспертних правопорушників з парафіліями, розділених за індексом Таннера на андроморфний, мезоморфний і гінекоморфний

типи. Добова екскреція катехоламінів та їх метаболітів практично не відрізнялась у різних груп. Не було відмінностей також у групах, сформованих за трохантерним індексом (слабка, середня та сильна статева конституція) і за типом конституції (астенічна, нормостенічна та гіперстенічна). Однак у гінекоморфній групі відзначалося зниження рівня кон'югованого дофаміну в плазмі крові порівняно з мезоморфною та контрольною групами. Враховуючи, що швидкість метаболічного руйнування моноамінів у жінок вища, а швидкість кон'югаційного шляху інактивації нижча порівняно з чоловіками, то з посиленням гінекоморфних конституційних особливостей послаблюється інтенсивність кон'югаційних процесів і відповідно знижується рівень зв'язаного дофаміну плазми крові.

Також дослідженнями виявлено різке збільшення тромбоцитарного серотоніну в групі з астенічною конституцією порівняно з нормостеніками, гіперстеніками та контрольною групою, що характерно для хворих з тривожно-депресивними і панічними розладами (Дроздов А. З., 1997). Ці дані генетично зумовлені і свідчать про схильність астенічних осіб до тривожних і депресивних станів. В осіб з парафіліями вираженість порушення статевої ідентичності корелює з підвищенням вмісту внутріклітинного серотоніну, що пов'язано з підвищеним поглинанням нейромедіатора з плазми. Враховуючи те, що тромбоцитарно-плазматичне співвідношення серотоніну розглядається як модель транспорту серотоніну між пресинаптичною мембраною та синаптичною щілиною, можна дійти висновку, що модифікація статевої ідентичності людини зумовлена зміною концентрації серотоніну в синаптичній щілині за рахунок поглинання медіатора із зони взаємодії з рецепторами.

Особливий інтерес викликають результати дослідження взаємозв'язку клініки та біохімічних особливостей в осіб з парафіліями, а саме визначення генетично зумовленого й однакового протягом життя рівня дофамін-b-гідроксилази. Цей фермент є каталізатором синтезу норадреналіну та лімітує утворення його активної форми. В середньому у групах андроморфів, мезоморфів і гінекоморфів відзначається підвищення рівня ферменту в напрямку до гінекоморфної конституції, проте в окремих мезоморфних і гінекоморфних осіб буває рівень дофамін-b-гідроксилази навіть нижчий, ніж в андроморфів. Отже, морфофункціональні ознаки не залежать тільки від рівня окремо взятого ферменту, який обмежує рівень біосинтезу адреналіну. Серед парафілів з гінекоморфною конституцією і високим рів-

нем досліджуваного ферменту за даними авторів переважали гомопедофільні дії і малодиференційований вибір сексуального об'єкта. Водночас у групі гінекоморфів з низьким, як і в андроморфів, рівнем дофамін-b-гідроксилази переважало гетеросексуальне насильство. Психологічне дослідження в осіб з низьким рівнем цього ферменту (і відповідним станом норадреналінергічних систем мозку) виявляє характерологічну нестійкість, схильність до іпохондрії, депресії, істерії, психопатії, психастенії, соціальної інтраверсії. В клініці психічних порушень переважають дефіцитарні розлади психіки в результаті психоорганічних порушень або процесуально наростаючих негативних змін особистості, часто агресивно-садистська реалізація аномального сексуального потягу.

Дослідження стану катехоламінової системи при різному ступені порушення статевої ідентичності показали, що збільшення кількості катехоламінів прямо пропорційне вираженості порушень статевої ідентичності та поєднується із зниженням рівня продуктів окислювального дезамінування дофаміну. Переважним шляхом інактивації катехоламінів стає не руйнування, а сульфокон'югація. Тобто при порушенні статевої ідентичності спостерігається високий рівень як біологічно активного медіатора, так і кон'югованої його форми. А якщо враховувати думку деяких вчених, що кон'юговані форми є не чим іншим як депо нейромедіаторів, то за певних умов можливий ще більший сплеск активності норадреналінергічних і дофамінергічних систем в осіб з порушенням статевої ідентичності.

Що ж стосується впливу медіаторів на сексуальну поведінку, то серотонінергічні механізми пригнічують статевий потяг аж до його зникнення, і навпаки — зниження рівня серотоніну спричиняє підвищену сексуальну активність.

Порушення обміну моноамінів, будучи однією з причин психічних порушень, безперечно впливають на зміну сексуального потягу та формування парафілій. Цікавим є вплив стану нейромедіаторних систем на агресивність аномальної сексуальної поведінки. Безліч досліджень на тваринах, проведених різними авторами, припускають кардинальну роль дисбалансу між катехоламіновою та індоламіновою медіаторними системами мозку. Гальмування синтезу катехоламінів призводить до зниження вираженості агресивних реакцій. Так само знижує агресію і підвищення вмісту серотоніну в мозкових структурах. Блокада синтезу серотоніну викликає підвищення внутрішньовидової, в тому числі сексуальної агресії.

Важливою складовою формування парафілій є стереотипізація сексуальної поведінки, в основі якої лежить умовно-рефлекторна діяльність. В утворенні умовних рефлексів беруть участь всі нейромедіаторні системи, однак здатністю до виділення нових значущих ознак володіє тільки дофамінергічна система, яка в нормі перешкоджає стереотипній поведінці. У випадках порушення цієї системи збільшується можливість утворення стереотипій. При цьому несприятливе значення для перебігу психічних процесів має як надлишок, так і нестача медіатора дофаміну в центральній нервовій системі.

За результатами досліджень (Коган Б. М. та ін., 1997) можна досить переконливо стверджувати про підвищення синтезу катехоламінів при ексгібіціонізмі, педофілії, садизмі порівняно із здоровими людьми.

Описана коротка характеристика особливостей нейромедіаторного обміну при парафіліях і психопатологічних станах дає змогу виділити подвійну роль медіаторів у формуванні аномальної сексуальної поведінки. З одного боку, можна виділити специфічні для парафілій етіопатогенетичні ланки без психічних розладів, а з іншого — неспецифічні психопатологічні фактори.

Важливою дизонтогенетичною передумовою формування аномальної сексуальної поведінки є порушення самосвідомості, у структурі якого можна виділити три аспекти: пізнавальну складову у вигляді образу фізичного “Я”, афективну складову у вигляді емоційно-ціннісного ставлення до себе та поведінкову складову, зумовлену фізичним образом і самооцінкою. Формування образу тіла є найважливішим компонентом і умовою психічної самоідентифікації та її змістом, структурні характеристики та якості визначають ставлення до себе у вигляді прийняття чи самозаперечення. Якщо людина не приймає своїх фізичних властивостей, то підключається захисний механізм, який знижує суб’єктивну цінність дефектного компонента і компенсаторно підвищується самооцінка своїх психічних властивостей.

Особливо значущим образ тілесного “Я” є для формування статевої ідентифікації. Зміна образу фізичного “Я” і самооцінки може проявлятись у вигляді дисморфоманічних розладів, синдрому відкидання статі, при якому головну роль відіграє порушення саме психофізіологічного базису статевої самосвідомості. З порушенням фізичного образу пов’язаний також “симптом дзеркала” у пасивних гомосексуалістів, нарцисизм, мізофобія тощо.

До сексуальних проблем може призвести також розлад статевої ідентичності, пов'язаний з невідповідністю між думкою і афектом, невербальною і вербальною поведінкою, коли зовнішня поведінка і внутрішні почуття не збігаються. Така неконгруентність виникає також тоді, коли не збігаються канали комунікації, через які людина отримує інформацію і з допомогою яких її усвідомлює, що також призводить до внутрішньопсихічного конфлікту.

Порушення формування емоціогенних функцій мозку частіше зумовлене соціальною ізоляцією. Комунікація сприяє виникненню досвіду спілкування і тренуванню центральної нервової системи, полегшує переключання психічних процесів, поліпшує виникнення нових асоціативних зв'язків і швидше гальмує попередні реакції. При недостатності зовнішніх стимулів зберігається незрілість нервової системи, на основі якої і розвивається аномальна поведінка. Мало того, при депривації нервова система переживає певну дегенерацію і раптова сенсорна стимуляція (яка в нормі сприймається адекватно) може спричинити аномальну реакцію. Стресорний вплив у ранньому віці на описаному вище фоні стимулює аномальні тенденції в напрямку реалізації.

Досить поширеною серед осіб з аномальною сексуальною поведінкою є порушення невербальних каналів комунікації. Нерідко як гомо-, так і гетеросексуальні чоловіки плутають мову міміки, жестів і поведінки взагалі, неточно оцінюють емоційні враження, помилково припускаючи згоду на статеву близькість. У дітей з аутизмом, поряд з порушеною комунікацією, відзначають високу прив'язаність до матері, що ймовірно зумовлює включення механізму імітаційної поведінки, яка фіксується через властиву для них ригідність психічних процесів.

У виникненні парафілій значна роль відводиться зафіксованим умовно-рефлекторним зв'язкам, однак ряд дослідників висловлюють думку про участь в цьому механізму імпринтингу, зумовленого наявною схильністю до певного навчання і наявністю успадкованої реакції на завчену стимуляцію. Зовнішній фактор, випадково поєднаний з першим проявом якоїсь фізіологічної функції, завдяки механізму імпринтингу набуває пускового значення.

Виокремлюють два види імпринтингу — батьківський і статевий. Здатність до статевого імпринтингу проявляється при досягненні статевої зрілості й обмежується певними уподобаннями, що виникають у ранньому онтогенезі. У випадках асинхронного розвитку

чутливість до обох форм імпринтингу може зрушуватись у часі і накладатися, спричиняючи фіксацію сексуального потягу на членах сім'ї — на батьках або на дітях, викликаючи інцестні тенденції.

Важливою складовою фіксації та стереотипізації поведінки є ригідність психічної діяльності, яка в нормі закріплює засвоєні реакції та минулий досвід, забезпечує стабільність існування індивіда і людства в цілому. Ригідності також відводять роль економії життєвих сил шляхом вироблення автоматизованих дій, опору змінам, повернення на попередні форми поведінки у разі неможливості адаптації до змін зовнішнього середовища. Однак посилення психічної ригідності зумовлює застрявання на одних і тих самих станах свідомості незалежно від динаміки умов та зовнішніх стимулів. На думку H. Werner (1991), явища психічної ригідності зменшуються при підніманні еволюційною драбиною та в міру того, як людський індивід стає дорослішим. Мало того, психіка чоловіків гнучкіша за жіночу, що дає можливість стверджувати, що ригідність має статеві відмінності. Отже, посилення психічної ригідності у чоловіків, яке виникає в результаті різних психічних порушень, слід розглядати як фемінізацію особливостей вищої нервової діяльності з регресивними явищами і появою менш зрілих форм реагування. Зниження ролі самооцінки як регулятора поведінки сприяє стереотипізації цих способів реагування внаслідок їх виходу з-під контролю свідомості і волі. Таким чином, формуються специфічні парафільні феномени у вигляді компульсивної сексуальної поведінки.

Девіантні переживання та спонукання виникають незалежно від вольових зусиль і набувають нездоланного, насильницького характеру. Їх органічна природа проявляється посиленою активацією лобної частки, пониженим гальмівним впливом і високою ригідністю з утворенням комплексів, афективним реагуванням зі схильністю до хвилювання і тривоги, постійного очікування неприємностей. Субкортикальні нервові структури (стріатум) включають філогенетично давні видоспецифічні автоматизовані навички, які проявляються недоречними повторними ритуалами, принципово аналогічними компульсивним ритуалам.

Обсесивно-компульсивна установка проявляється спрямуванням вольових зусиль на потяги і почуття, які не піддаються вольовому контролю. Всіма своїми гіперсоціальними та моральними устремліннями така особистість компенсує підсвідоме переконання у скоєнні поганих вчинків і необхідність контролю за своєю поведінкою. Ос-

новними особистісними рисами є відокремлення думок і почуттів, відсторонення від істинних думок і почуттів, невпевненість у собі та в правильності своєї соціальної ролі, підвищена відповідальність і свідомість. Така дисоціація і амбівалентність до себе та своїх вчинків, схильність до ритуальної поведінки за типом кліше зумовлює виникнення обсесивно-компульсивних розладів.

Найважливішою патогенетичною складовою парафільної поведінки є афективні розлади, з яких особливо значущими є негативні емоційні переживання, які сприяють закріпленню аддиктивної активності. Це зумовлено так званим феноменом протилежного процесу, який проявляється у відповідь на реалізацію поведінки, що поєднується зі страхом та огидою (Solomon R. L., 1989). В результаті протилежного процесу відбувається потужне вивільнення ендогенного опіатного пептиду ендорфіну, що супроводжується ейфорійним екстазом з подальшим виникненням залежності. Закріплення першого девіантного досвіду, незважаючи на відчуття страху, сорому тощо, зумовлено роллю негативного емоційного стану, оскільки для посилення сприйняття необхідний хоча б якийсь емоційний стан, незалежно від того, позитивний він чи негативний.

Негативні емоції, які супроводжують аномальну сексуальну активність, посилюють подальше задоволення. З часом у такій поведінці зникає первинна сексуальна спрямованість і залишається лише засіб емоційної розрядки, будь-які стани дискомфорту та напруги вимагають первинних стереотипних способів розрядки і змушують до повторних девіантних дій.

Емоційна амбівалентність образу жінки, що супроводжує парафільну поведінку, властива для істеричних неврозів, змішаність емоцій — для ураження мигдалини, а неузгодженість суб'єктивних переживань і вегетативних емоційних проявів зумовлена зміною корково-підкоркових взаємозв'язків (Ткаченко О. О., Введенський Г. Є., 1997).

В описаних психопатологічних варіантах розладів потягу вже згадувалося про наявність у момент здійснення перверзного акту розладів свідомості різного ступеня вираженості. Такі стани дуже поліморфні, характеризуються порушенням сприйняття, орієнтування в місці, часі та власній особистості, розладами мислення і пам'яті. Порушення сприйняття проявляються у вигляді дереалізації вже баченого і пережитого, порушення впізнавання, кількісного порушення сприйняття каналами комунікації. При дереалізації з'являється відчуття

чужої і неприродної навколишньої обстановки. Водночас ці зміни зовнішнього світу невловимі і невизначені, з чим і пов'язані труднощі словесного описання цього стану. Незважаючи на суб'єктивне порушення відчуття реальності, зберігається усвідомлення, що насправді нічого не змінилося. В міру наростання тяжкості стану критика знижується і з'являється відчуття істинно зміненої дійсності.

У стані вже баченого і пережитого сприйняття саме по собі не порушується, а порушується співвідношення реального оточення та переживання з поточним часом. Розлад впізнавання проявляється викривленням впізнавання, коли реальні об'єкти частково наділяються властивостями та ознаками об'єктів фантазування і сприймаються як такі об'єкти. Отже, парафільні дії з точки зору індивіда здійснюються з уже "знайомими" жінками чи дітьми, з якими не раз робив те саме у фантазіях і снах.

Порушення кількісного сприйняття різних стимулів проявляється у вигляді послаблення, посилення чи зникнення зору, слуху, тактильної чутливості, нюху, смаку. В міру наростання порушень можуть виникати парестезії різних модальностей — звуження полів зору з фотопсіями, порушення диференціації звуків з акоазмами, викривлене переживання запаху та смакових відчуттів, порушення больової чутливості. Залежно від посиленої модальності сприйняття відзначається концентрація уваги на хрипах, стогоні жертви (слухова модальність), на вигляді конвульсій та агонії (зорова), на судомах жертви у своїх руках (тактильна) тощо. При цьому доступ через інші канали комунікації ускладнений або відсутній.

Ступінь порушення орієнтації в просторі залежить від глибини розладу свідомості, яка часом коливається у процесі скоєння парафільного акту. Часто спостерігається звуження суб'єктивного простору в межах жертви, дороги. Інколи орієнтація цілком порушується і затриманий злочинець розгублений, не може відповісти, де він, як сюди потрапив і що тут робить.

Розлад орієнтації в часі може проявлятись порушенням швидкості плину часу та дисоціацією переживань з часовими періодами, під час яких вони відбувалися. Плин часу буває пришвидшеним, сповільненим або цілковито зупиняється. При цьому підекспертним важко точно визначити часовий проміжок, їх показання часто кардинально не збігаються зі свідченнями жертви або свідків. Раптовість подій, відчуття виключення характерне для більш вираженого затьмарення свідомості.

При порушенні співвідношення переживань і часу порушується безперервність психічного потоку та єдність переживань. З'являються феномени перцепторного передбачення і спогадів, які мають вимушений стереотипний характер. Перцепторне передбачення проявляється в переконаності підекспертних, що все було визначено наперед, вони передбачали події, які відбулися, в деталях, в повній колірній гамі, поведінці, діях тощо. При перцепторному спогаді підекспертні впевнені, що події відбуваються зараз, хоча насправді злочин було скоєно раніше. Часом виникнення спогадів пов'язане з місцем злочину, яке є ніби пусковим фактором. Через свою абсолютну реальність вони можуть приносити навіть більше задоволення, ніж самі агресивні дії.

Розлад орієнтації у власній особистості проявляється відчуженням аж до повної деперсоналізації. Клінічно це може проявлятись у вигляді відчуття скутості чи легкості тіла, вторгнення сторонньої керівної сили, роздвоєння власного "Я". З наростанням глибини розладів злочинець починає бачити себе і жертву збоку, ніби на екрані й описує те, що відбувається, від третьої особи як фільм жахів.

У сфері мислення відзначаються асоціативні розлади. Мислення може бути як загальмованим, так і незв'язним. Часто зустрічаються вербальні та моторні автоматизовані дії. Мова збіднюється, словесне спілкування відсутнє або зводиться до коротких наказів і бездумних стереотипних висловлювань. Моторні автоматизми полягають у клішованих деструктивних діях і фрагментованій поведінці — хаотичне психомоторне збудження чергується із зовнішньо впорядкованою поведінкою. Злочинці виглядають розгубленими, незв'язно відповідають на запитання жертви. Останні навіть не завжди можуть зрозуміти, чого ж від них хочуть — зґвалтувати, пограбувати чи вбити.

Вирізняють такі розлади пам'яті: гіпермнезія — чіткий спогад аж до найдрібніших емоційно значущих деталей; власне амнезія, яка може бути тотальною чи парціальною у вигляді провалів у пам'яті, неточностей; дисоціативна амнезія — періодична втрата пам'яті на недавні емоційно значущі події, неможливість згадати в стані, коли не спиш.

В цілому регрес окремих компонентів свідомості і дезінтеграція, що випливає з нього, є основним механізмом порушення свідомості в осіб з парафіліями. Поліморфізм порушень свідомості при парафіліях визначається атиповою функціональною асиметрією мозку, яка виконує предиспозиційну роль, глибиною горизонтальної

регресії та вираженістю вертикальної регресії свідомості (Ткаченко О. О., Введенський Г. Є., 1997). Остання може бути зумовлена пошкодженнями філогенетично різновікових структур мозку і типом асинхронії розвитку, яка визначає функціональну дефіцитарність окремих компонентів свідомості внаслідок парціальної затримки розвитку. Вертикальна регресія свідомості проявляється просуванням по осі неврози — сни — психози, дезінтеграцією фізичних відчуттів, мислення й образів, емоцій і почуттів і зумовлює психопатологічний синдром порушеної свідомості. Горизонтальний тип характеризується регресією за стадіями онто- і філогенезу, зміною поведінки аж до множинних особистостей. При цьому для кожного стану свідомості властиві свої показники фізіологічних і психічних процесів: відзначається повернення до репресованих метаболічних механізмів, відновлення рудиментарних рефлексів і примітивізація поведінки в напрямку раннього онтогенезу.

За твердженням A. Storch (1956), вся психопатологія є не чим іншим як фіксованою архаїчною поведінкою. Виходячи з цього, будь-який зміст парафільної поведінки лише відображає онто- і філогенетичний регрес психосексуальності. Онтогенетичний регрес проявляється символізацією, стереотипізацією, ігровою поведінкою, властивою для аномальної сексуальної поведінки.

Символізм бере свій початок у деперсоніфікації, коли на фоні знеособленого партнера виділяється його певна властивість чи комплекс властивостей (або він наділяється ними), яким надається значення самостійних еротичних стимулів. Цей процес має певну етапність. Спочатку нівелюються особистісні властивості, що проявляється випадковим вибором жертви аномальної поведінки, на другому етапі дезактуалізуються біологічні характеристики з нехтуванням статевих і вікових особливостей. Потім відбувається опредметнення об'єкта та позбавлення його ознак життя, а на четвертому етапі — фетишизація об'єкта, коли сприймаються лише окремі зовнішні ознаки, пізніше заміщені якимсь знаком, символом. Символом у багатьох випадках виступає не просто певна ознака, а ціла схема парафільної активності, свого роду комбінація специфічних актів насолоди пристрастю. Тоді предметом дії є сама дія без особливого значення її результату.

Існування одноманітного клішованого сценарію поведінки є непорушним правилом парафільних актів. Явище стереотипізації передбачає незмінність здійснюваних дій та їх передбачуваність. Прив'язаність до певного оточення найяскравіше проявляється в те-

риторіальній постійності аномальної статевої активності і найменша зміна в клішованому порядку може обірвати вже почату перверзну дію. Клішовані форми аномальної сексуальної поведінки очевидно зумовлені механізмом, аналогічним комплексу фіксованих рухів, характер яких не залежить від зовнішніх подразників, не розчленовується на окремі послідовні реакції. Вони вирізняються ступенем закінченості, абсолютно передбачувані і генеруються без зворотного зв'язку. Механізм комплексу фіксованих рухів універсальний, забезпечує функцію емоційної саморегуляції, захищає від надлишкової стимуляції і служить джерелом стимулів при сенсорній депривації, послаблює напругу і хвилювання.

В міру реалізації аномальної сексуальної поведінки непускові подразники, пов'язані з поведінковою реакцією, можуть викликати реакцію самостійно при відсутності початкових пускових факторів. З часом кожний такий подразник стає ефективним і все більше втрачається психологічно зрозумілий зв'язок з первинною ситуацією, а кожне повторення поведінкової реакції є підкріпленням аномального сексуального стереотипу.

Феномени символізму і стереотипізації властиві й для ігрової поведінки. Всі ігри, як і девіантні дії, розігруються в певних межах простору і часу, керуються чітко розписаним сценарієм і повторюються в цілому і в певних елементах. Аномальна сексуальна поведінка є не що інше, як розігрування театру для себе, вільна і замкнута в собі діяльність, цілком пов'язана з індивідуальною уявою. Онтогенетичний регрес актуалізує інфантильні форми активності зі спонтанною емоційно насиченою поведінкою і втратою почуття власної індивідуальності, стиранням межі уявного і реального світу. Ці особливості характерні і для аутистичної гри, що дає змогу провести паралель між парафільною і патологічною ігровою поведінкою.

Проаналізувати філогенетичний регрес свідомості можна, розглянувши зблизька закономірності статевої поведінки тварин, де також існують приклади прямого сексуального насильства. Описані випадки примушування самок до статевого акту самцем скорпіонової мухи і людиноподібними мавпами. Деякі тварини завдають болю самкам піж час статевих зносин, раки при цьому відкушують один одному частини тіла, самки деяких павуків відкушують голову самцям. На основі цього сексуальний садизм, канібалізм є явищами атавізму. До проявів архаїчних механізмів можна зарахувати й ієрархічне домінування самця серед тварин і в давніх культурах, де вираженість ерекції

і довжина члена вважались показником соціального статусу. Перемога над суперниками посилює статеву активність самця, що ймовірно і є основою формування гіперрольової поведінки, сексуальної агресії, зґвалтування і садизму. Така поведінка розглядається як компенсаційна за наявності внутрішньопсихічного конфлікту, зумовленого розладом статевої ідентичності.

Під час вивчення поведінки домашніх мишей Davis D. E. (1958) виявив, що при низькій їх густоті переважає територіальна поведінка, а при високій — ієрархічна. Це дає можливість припускати поширення в міській людській популяції насильницької і садистської поведінки, а в сільській місцевості — більш невинної сексуальної поведінки у вигляді фетишизму, ексгібіціонізму тощо.

Розгляд розвитку в онто- і філогенезі статевих ознак показує, що при формуванні чоловічої особи ознака видозмінюється з жіночої форми в чоловічу, тобто маскулінність диференціюється з фемінінних утворень (Кочарян О. С., 1996.). Саме тому онто- і філогенетичний регрес супроводжується фемінізацією поведінки, що пояснює незаперечне переважання парафілій у чоловічої частини людства. Крім того, у чоловіків і жінок різні спадкові реакції на зміну навколишнього середовища. У чоловіків виражений вплив спадковості, реакції біологічно детерміновані і старші у філогенетичному аспекті, у жінок переважають соціально детерміновані реакції, які зумовлюють більший вплив соціального життєвого середовища.

Поява фемінінної поведінки може бути зумовлена початковою бісексуальністю всього живого, доказом чого служить саме така поведінка жуків деяких порід, психосексуальний гермафродитизм в овець і кіз, а також описаний Кушневим Ю. О. (1991) випадок виникнення гомосексуальної поведінки у чоловіка-гетеросексуала після травми черепа. Останнє спостереження підтверджує теорію одночасного існування чоловічої і жіночої нейрофізіологічних систем, одна з яких перебуває в загальмованому стані. Підтвердження цього можна знайти і на нижчих рівнях еволюційної драбини — після загибелі самця риб-губанів в однієї з його самок відбувається інверсія статі з рекомбінацією генотипу і вона функціонує як самець, у морського окуня кожна особа може бути як самцем, так і самкою, міняючись ролями по черзі.

Контрольні питання

1. Сексуальні злочини та їх місце в системі кримінального судочинства.
2. Основні чинники, що впливають на рівень сексуальної злочинності.
3. Аномалії статевого потягу, їх класифікація.
4. Особливості формування парафілій, роль аналізаторів сприйняття.
5. Психопатологічні варіанти і типи перебігу клінічної картини парафілії.
6. Патогенетичні типи формування парафілій.

МАУП

Розділ 5

СЕКСУАЛЬНІ ЗЛОЧИНИ. ОКРЕМІ ВИДИ

5.1. Статеві злочини проти дітей

Статеві злочини проти дітей привертають суспільну увагу переважно випадками особливо жорстоких, часто серійних вбивств, про які повідомляють засоби масової інформації. Викликаний резонанс можна ілюструвати випадком, що сколихнув всю Бельгію. Група педофілів протягом 1994–1996 рр. викрадала малолітніх дівчаток, сексуально їх експлуатувала, а потім вбивала. Інформація про страшну жорстокість спричинила по всій країні масові демонстрації з вимогами скасувати заборону смертної кари.

Однак сексуальні вбивства — це тільки незначна частина статевих злочинів проти дітей, і ми розглянемо їх у розділі про сексуальні вбивства. Переважна частина злочинів цієї спрямованості прихована від стороннього ока. До них належать розпусні дії і зґвалтування, в тому числі у збоченій формі. В українському кримінальному законодавстві педофільні дії, що не мають властивостей коїтусу, іменуються "розпусними діями" незалежно від гетеро- чи гомосексуальної спрямованості (ст. 156 КК України. Розбещення неповнолітніх). Відповідальність за коїтальні дії з дітьми та підлітками настає як у випадках зґвалтування (ст. 152 КК України. Зґвалтування), так і при добровільному здійсненні статевого акту, причому в останньому випадку незалежно від їх статевої належності (ст. 155 КК України. Статеві зносини з особою, яка не досягла статевої зрілості). Крім того, існує окрема стаття за задоволення статевої пристрасті у збочених формах, в тому числі і з дітьми та підлітками (ст. 153 КК України. Насильницьке задоволення статевої пристрасті неприродним способом). Верхній віковий ценз для об'єкта педофільних дій встановлений у 16 років, визначення малоліття включає вік до 12 років, а неповноліття — з 12 до 16 років. За ст. 155 встановлюється не вікова, а біологічна межа у вигляді досягнення об'єктом статевої зрілості.

Злочинці, що замахнулися на статеву недоторканність дітей, можуть бути як розумово відсталими, так і високоосвіченими, інтелігентними громадянами. Кілька років тому в Черкаській області відкрито низку кримінальних справ проти викладачів шкіл, які вступали в статевий зв'язок зі своїми неповнолітніми учнями. Серед них як чоловіки, що мали зв'язок з дівчатами, так і жінка, яка жила статевим життям з хлопцями. При цьому представники прокуратури, коментуючи ці події, не сумнівались, що подібні факти є і в інших регіонах, та вони, якщо це можливо, не розголошуються для збереження іміджу навчальних закладів.

Педофілією вирізнялися Оскар Вайлд і Герберт Велс, деякі педагоги і керівники дитячих колективів. Багато років очолював дитячо-юнацький туристичний клуб "Чергид" відомий серійний вбивця хлопчиків Сливко, якого десятки разів розхвалювали в газетах і на всесоюзному радіо, наводили як приклад колегам на туристських зібраннях. Щоправда, після затримання він не став менш відомим, хоча це вже стосувалося іншого боку його діяльності. Про це йтиметься в розділі, присвяченому сексуальним вбивствам.

Загальноприйнятим є твердження, що лише десята частина сексуальних злочинів офіційно фіксується. Тому особливий інтерес викликають не офіційні дані, а результати досліджень, що дають можливість максимально відвертих відповідей. Як правило, потерпілі бояться розголошення, тому, щоб здолати побоювання респондентів, має бути створена обстановка повної анонімності. Саме таким є дослідження, проведене в багатьох регіонах України й описане Б. М. Ворником (1998).

Опитано було 1489 осіб у віці від 14 до 19 років, учнів і студентів закладів різних типів (середня школа, ПТУ, СПТУ, колонії, школа-інтернат, ВНЗ). Досить репрезентативними були групи і за соціальною належністю сім'ї.

Опитування проводилося за закритою анкетою, де треба було лише підкреслити потрібний варіант відповіді (не розсекречувався почерк опитуваного). Всім респондентам були видані однакові ручки (неможливо визначити авторство за відтінком чорнила), однакові конверти для запечатування анкет, які потім опускалися в однакові запечатані поштові скриньки. Під час відповіді всі діти сиділи за окремими столами, що виключало можливість підглядати в анкети один одного. Перед проведенням дослідження була проведена психотерапевтична бесіда з роз'ясненням важливості цього дослідження

для профілактики сексуальних злочинів стосовно інших дітей та підлітків.

На запитання “Чи скоював хто-небудь з вами статевий акт насильно, без вашої згоди?” ствердно відповіли 10,18 % опитаних. З них 82,14 % жертв становили дівчата і 17,86 % — юнаки.

Залежність частоти сексуального насильства від виду навчального закладу наведено в табл. 3.

Таблиця 3

Розподіл видів сексуального насильства залежно від навчального закладу, %

№ пор.	Види сексульного насильства	Типи навчальних закладів				
		СШ	ВНЗ	Школи-інтернати	ПТУ	Заклади МВС
1	Небажаний сексуальний дотик	11,7	11,0	21,4	21,1	49,8
2	Сексуальні домагання	17,8	25,8	16,5	26,5	37,0
3	Сексуальне зґвалтування	4,3	5,3	8,2	9,0	30,3

Безперечно, не можна стверджувати, що той чи інший заклад зумовлює певний рівень поширення. Адже цілком ймовірно, що більша частина студентів стала жертвами насильства ще до вступу у ВНЗ, а багато вихованців СПТУ і колоній могли зазнати насильства ще до перебування в цих закладах. Можливо, в мікросоціальних групах, які привели їх у заклади МВС, вони й зазнали насильства. Водночас не можна заперечувати, що і мікроклімат, і контингент різних видів навчальних закладів зумовлюють різні ступені ризику бути підданим насильству.

В описаному вище дослідженні стояло також опосередковане запитання про сексуальне насильство “Чи знаєте ви, щоб таке було з ким-небудь ще?”. Хоч би як боявся підліток порушення анонімності при опитуванні, на це запитання він може відповісти сміливо, маючи на увазі і себе самого. Ствердно на нього відповіли 60,05 %. Найчастіше це траплялося з подружкою (другом) — 76,67 %, рідше з кимсь із знайомих дорослих — 18,67 % чи кимсь із родичів — 9,5 %.

На запитання “Чи знаєте ви, щоб когось з ваших друзів чи знайомих змушували займатися проституцією? Вступати в статевий акт за гроші?” ствердні відповіді становили 27,1 %.

У суспільній свідомості не завжди і не всі види педофільних дій мали злочинний характер. У різний час у різних народів вони допускались і навіть були бажаними в певних ситуаціях або для певних категорій людей. Це в основному стосується гомосексуальних педофільних дій. Найпоширенішою мотивацією була віра в магічні властивості сімені, вважалось, що разом із сім'ям дорослий передає хлопчикові фізичні та психічні властивості дорослого чоловіка — силу, сміливість, мужність, розум та інші позитивні якості. Орально-генітальні чи анально-генітальні контакти можуть при цьому бути одноразовими або практикуватися протягом певного часу. Одноразовий контакт практикувався при ініціації — ритуальному дійстві, що символізує настання статевої та соціальної зрілості підлітка. В Давній Греції, Спарті, на Криті гомосексуальні контакти схвалювалися у процесі військового навчання між наставником і хлопчиком-учнем. Існували звичаї викрадання хлопчиків дорослими чоловіками з подальшою сексуальною ініціацією та навчанням військового мистецтва. Такий зв'язок вважався почесним і на хлопчиків поширювалася військова слава їх покровителів. Гомосексуальні зв'язки допускалися тільки між вільними людьми, що було своєрідним привілеєм.

У класичну епоху в Афінах одностатева любов нерозривно пов'язувалася з ідеєю виховання, основний акцент робився на емоційну близькість, не виключаючи і сексуального контакту. Гомосексуальні зв'язки вважалися ознакою мужності, інтелігентності та високого естетичного смаку. Така любов оспівувалася філософами та підносилася вище за гетеросексуальну любов. Видатний філософ давнини Платон вважав, що фізична, сексуальна любов є необхідною умовою для досягнення духовної любові та духовного єднання; при цьому статева належність принципового значення не має. Виходячи з цього, сучасне трактування "платонічної любові" як вільної від елементів сексуальності докорінно суперечить її початковому значенню.

Цікаві факти виховання хлопчиків папуаського племені самбія в Новій Гвінеї описав Herdt (1981) у своїй праці "Guardians of the flutes. Idioms of masculinity. A study of ritualized homosexual behavior". Ця традиція зберігається донині і ґрунтується на переконаності, що регулярне пиття сімені є необхідною умовою росту і розвитку хлопчика. Тому після досягнення 7–8 років хлопчиків самбія забирають у матерів у закритий чоловічий колектив, де вони здійснюють феляцію зі старшими підлітками і юнаками. Спочатку партнер призначається старшими без права вибору, пізніше враховуються індивідуальні

уподобання. Після досягнення періоду статевого дозрівання їх самих починають обслуговувати новачки. При цьому дотримується сувора ієрархія — старший не може здійснювати феляцію з молодшим. Молоді чоловіки 16–25 років ведуть бісексуальне статеве життя і лише ставши батьком, повністю переключаються на жінок.

Такі обряди мають міфічне підґрунтя, зберігаються в суворій таємниці від жінок племені і, таким чином, цементують чоловічу солідарність.

Сучасних злочинців, які скоюють педофільні дії, можна розділити на декілька груп.

1. Молоді злочинці, що скоїли педофільні дії під впливом алкоголю за відсутності сексуальних відхилень.
2. Особи, які вступили у зв'язок з 13–16-річними на основі почуттів за добровільною згодою.
3. Злочинці, що скоїли педофільні дії стосовно близьких родичів.
4. Літні особи з психоорганічним синдромом.
5. Злочинці, у яких спостерігаються сексуальні перверзії у формі педофілії.

Сексуальні стосунки між близькими родичами називаються інцестом (кровозмішанням).

Правові норми, які регламентують ступінь спорідненості, можуть відрізнятися не тільки в різних країнах, а й в одній країні в різні періоди. В багатьох країнах кровозмішання переслідується законом як варіант розбещення і розтління малолітніх. Кримінальний кодекс України не виділяє інцест у самостійний вид злочинів. Правова оцінка цих дій здійснюється так само, як і правова оцінка кримінальної педофілії.

Явище кровозмішання досить поширене, але діти явно не хочуть про це розповідати, тому такі випадки рідко призводять до кримінального переслідування. За даними різних авторів, найчастіше в інцестні взаємини вступають пари брат — сестра, батько — дочка, рідше — дядько — племінниця, дідусь — внучка, мати — син, батько — син. Однак у кримінальній практиці зустрічаються переважно випадки батько — дочка та батько — син. За одними даними найпоширенішою є інцестна поведінка батьків стосовно рідних, а не прийомних дочок, за іншими — найбільша небезпека для малолітніх дівчаток йде з боку вітчима. По суті це не кровозмішання, та безперечно — кримінальний злочин.

Найчастіше інцестні стосунки виникають у багатодітних сім'ях, які належать до нижчих верств суспільства. Алкоголізм та алкогольна деградація особистості практично є постійними супутниками кровозмішання. Батько переважно страждає алкоголізмом, психопатією чи психосексуальним інфантилізмом. Зв'язки тривають більш-менш довго і тримаються в таємниці від решти членів сім'ї. Матері здебільшого розуміють суть того, що відбувається, однак з різних причин підтримують видимість нормальних сімейних стосунків, вдаючи, що нічого не помічають. Такі сім'ї переважно замкнуті самі на себе, зовнішні контакти мінімізовані, особи ззовні сприймаються як чужинці. Характерний пріоритет сім'ї над індивідуальними прагненнями та інтересами. Матері, можна сказати, "делегують" функцію сексуального партнера батька — дочці, а самі концентруються на організації сімейного побуту. При обстеженні в них часто діагностуються психічні порушення. За наявності кількох дочок вибір батька зазвичай падає на найпасивнішу, неспроможну протистояти його домаганням, інколи мають стосунки з кількома. Жертви інцесту часто самі провокують своїх батьків, намагаючись таким чином посилити свій вплив у сім'ї і почуватися вільнішою в подальшому виборі сексуального партнера. У багатьох дочок виявляються розлади особистості, схильність до численних статевих зв'язків, деякі займаються проституцією, перебувають під наглядом психіатра.

Специфічним для інцесту є псевдораціоналістичний варіант педофілії, який зустрічається у хворих з малопрогредієнтними формами шизофренії. Вони тривалий час здійснюють розпусні дії та статеві акти з доньками з метою "статевого виховання". У більшості таких хворих на тлі непоганої соціально-трудової адаптації відзначається гетеросексуальна дезадаптація. Для псевдораціоналістичного варіанта характерна відсутність стадійності і таких кардинальних ознак порушення потягу, як боротьба мотивів, афективний негативний заряд, відчуженість особистості. Навпаки, хворі намагаються раціоналізувати свою поведінку і наводять безліч безглуздих доводів на її користь. Часто педофілія в них поєднується з витонченим моральним садомазохізмом і гомосексуалізмом.

У багатьох випадках спостерігається випадкова форма інцесту. При цьому насильство частіше здійснюється п'яним батьком або вітчимом.

Обстежуваний Л., 34 роки. Обвинувачується в замаху на зґвалтування своєї неповнолітньої дочки В. 15 років.

Спадковість психопатологією не обтяжена, мати під час вагітності перенесла менінгоенцефаліт, молодша дочка хворіє на шизофренію. Обстежуваний з дитинства був запальний, спостерігалися напади люті. Під час служби в армії побив двох солдатів, за що був розжалуваний із сержанта в рядові. У 1982 р. звертався до психіатра через напади люті, що виникали при надмірному вживанні алкоголю. У 1988 р. переніс травму голови з втратою свідомості після удару пляшкою. Після травми стало важко ходити на роботу, снилися жахи, з'явилося відчуття стеження. Розповідав психіатру про спілкування з інопланетянами і подорожі з ними на літаючій тарілці. У стані алкогольного сп'яніння схильний до вибухів гніву й агресії, іноді бив дружину, котра зловживає алкоголем, переходив жити до матері. 5 червня 1994 р. надійшов на обстеження і лікування в психіатричну лікарню зі скаргами на переслідування, слабкість, погану пам'ять, сон, а також на стан злості, дратівливості, агресії, що з'являється з незначних причин.

Зі слів обстежуваного, 27 травня приблизно о 17.00 він посварився з молодшою дочкою, після чого в останньої з'явилися страхи і суїцидальні спроби, і мати відвезла її до родичів у село. Розповідає, що 28 травня зранку у нього з дочкою відбулася сварка, після якої вона втекла до своєї подружки і кілька днів додому не поверталася. Спробу зґвалтування старшої дочки категорично заперечує.

У своєму поясненні потерпіла В. повідомила, що зранку 28 травня вона помилася у ванні і лягла в ліжко ще поспати. У цей час прийшов батько, запитував про маму. Потім зайшов у кімнату, на запитання, що йому потрібно, нічого не відповів, підійшов, сів на ліжко, став стягати з неї ковдру. На прохання дочки не робити цього, Л. не реагував і продовжував стягувати ковдру. Потерпіла хотіла підхопитися, але Л. навалився на неї, В. стала кричати, але він закрив їй рота рукою. В. вкусила батька за руку кілька разів. Під час боротьби ковдра спала з потерпілої, правою рукою Л. закривав їй рота, а іншою рукою став торкатися тіла дочки. Під час боротьби, відчуваючи, що втрачає сили, В. схопила з тумбочки, що стояла поряд, лампу, стала бити нею батька по голові. Завдала більше двох ударів, розбила йому голову. Л. схопився за голову, залишив потерпілу і побіг у ванну промити й обробити рану. За цей час дівчинка вибігла з квартири, але в коридорі батько наздогнав її і спробував затягти назад. На лемент В. вибігла сусідка і впустила її у свою квартиру.

При клінічному обстеженні встановлено: нормостенічної статури, без особливостей. Неврологічно виявляється розсіяна мікросимптоматика, наслідки закритої черепно-мозкової травми.

Психічний стан. Орієнтований у місці, часі, власній особистості, контакт продуктивний. Емоційно синтонний, тип афекту лабільний,

у бесіді легко дратується. Мислення послідовне, логічне, на запитання відповідає по суті. Щодо інкримінованого діяння повідомляє: "Це все обмови. В мене й у думках ніколи не було такого, щоб зґвалтувати дочку. Я посварився з дочкою, а потім шукав її по всьому району". Залежності від алкоголю не відчуває, продуктивна психотична симптоматика не виявляється. Пам'ять не порушена, інтелект відповідає отриманій освіті і життєвому досвіду.

При патопсихологічному дослідженні з перших слів заявляє, що його "почала косити шизуха". Докладно описує спілкування з інопланетянами, політ з ними на літаючій тарілці, на підтвердження свого діагнозу проявляє інші симптоми, наполягає, що в нього шизофренія. При запереченні експерта дратується і відмовляється виконувати експериментальні завдання. Після роз'яснень і домовленостей включився в роботу. Темп сенсомоторних реакцій трохи уповільнений, довільна увага в межах норми. Порушення розумової працездатності не відзначається. Пам'ять не порушена, активність, обсяг запам'ятовування й утримання матеріалу в межах норми. Рівень розумових операцій, аналізу, синтезу, узагальнення, опосередкування, логічного переносу — у межах норми. Порушень мислення, типових для процесуального захворювання, не виявлено. До індивідуально-особистісних характеристик належать стенічність, психічна ригідність (негнучкість, упертість, наполегливість), егоїзм, застрявання на суб'єктивно значимій інформації, дратівливість, запальність у конфліктних ситуаціях.

Таким чином, в обстежуваного Л. виявлено наслідки черепно-мозкової травми у формі помірно вираженого психоорганічного синдрому і психотичного розладу тієї ж природи в минулому. Захворювання виникло на тлі вроджених психопатичних властивостей особистості. Інцестний злочин скоєно у стані сп'яніння, що безперечно сприяло зняттю морально-етичних перешкод. Судово-психіатричною комісією рекомендовано суду визнати обстеженого осудним.

Обстежуваний Ш., 31 рік, звинувачується у скоєнні розпусних дій стосовно своєї п'ятилітньої дочки Е.

Спадковість психічними захворюваннями не обтяжена. Розвивався звичайно, у школу пішов вчасно, закінчив 8 класів, музучилище, консерваторію. Служив в армії, комісований через травму ноги.

З 1978 р. був одружений з Л., з якою має спільну дитину 1980 р. н. У жовтні 1983 р. шлюб було розірвано з ініціативи дружини. Через конфлікти з колишньою дружиною і тещею пішов з квартири, але дочку відвідував, гуляв з нею. 8 червня 1985 р. забрав дочку і самовільно залишив її ночувати за місцем свого проживання. Наступного дня, зі слів матері, Е. була збуджена, відмовлялася від їжі, а потім почала валити її на ліжко і просила погратись в ігри, в які з нею грався тато. При

цьому дівчинка розповіла зміст цих “ігор”. Запідозривши Ш. у розпусних діях стосовно їхньої спільної дочки, Л. звернулася із заявою у прокуратуру.

Розпитавши Е., виявили, що під час ігор вони з батьком були голими, разом купалися у ванній. Зміст деяких “ігор” зводився до того, що вона сідала, а тато стояв над нею і періодично притискав її до підлоги. Грали також у гру в “животики”, під час якої треба було “битися животиками”, і ряд інших ігор такого роду.

Неприязні відносини, що склалися в колишнього подружжя, відобразилися в показаннях у процесі слідства. Обстежуваний категорично заперечував будь-які протиправні дії стосовно дочки.

З місця роботи характеризується позитивно, з обов’язками справляється, ініціативний, має авторитет.

Правильної статури, нехудої комплекції, нервова система без патології.

Психічний статус. Всебічно орієнтований, трохи хвилюється, багатослівний. Мислення у звичайному темпі, без маячних і галюцинаторних розладів. Рішуче прагне довести, що він психічно здоровий, підкреслює своє добре ставлення до дочки. Категорично заперечує в себе будь-які перверзії. Пам’ять не порушена, інтелект відповідає віку і рівню культури. Психопатологічної симптоматики не виявлено.

Таким чином, судячи з показань дочки, в обстежуваного Ш. спостерігається схильність до розпусних дій з малолітньою дочкою. Саме її він вибрав як об’єкт реалізації сексуальних фантазій. На жаль, як у ході цієї судової експертизи, так і інших, не проводилася діагностика схильності до педофілії.

Випадок інцестної сексуальної оргії описує З. Старович (1991). Батько родини С. був звинувачений у скоєнні хтивих дій зі своєю 13-річною дочкою, а також у систематичних знущаннях над дружиною і дітьми.

С. народився поза шлюбом, до восьми років виховувався матір’ю, а після її заміжжя і вітчимом. Вітчим багато пив, часто приходив п’яний додому, усіх бив, дуже ревнував матір, підозрював її у зраді. Оженився у 18 років з жінкою з великим сексуальним темпераментом, який вимагав щоденних статевих зносин. Під час першої вагітності у дружини діагностували шизофренію. Протягом життя будь-які сексуальні відхилення заперечує.

Останні чотири роки був під спостереженням з діагнозом “хронічний алкоголізм”. Незважаючи на кількаразове лікування, продовжує вживати алкоголь, у стані сп’яніння агресивний, некритичний до свого стану, постійно б’є дружину і дітей.

За словами дружини, сексуальні відхилення вона помітила в нього вісім років тому, коли він почав засовувати їй у піхву недопалки, припікав тіло і статеві органи сигаретою, здійснював анальні статеві акти. Потім С. почав примушувати тринадцятирічну дочку бути присутньою при його статевих актах з дружиною, під час яких засовував дочці пальці в піхву. Змушував брати його статевий член у рот, а також збуджувати його руками. Не залишив С. без уваги і 15-річного сина, він також примушував його бути присутнім при своїй близькості з дружиною, після чого змушував роздягатися і лягати на неї, брав член сина і вкладав у піхву дружини. Якщо член сина не збуджувався, С. сам здійснював із дружиною статеві акти, змушуючи сина дивитися на це і рукою збуджуючи його член. Коли член збуджувався, то знову велів вступати з матір'ю у статевий акт.

С. завжди робив це у стані алкогольного сп'яніння, постійно залякував інших членів родини, в результаті чого дочка намагалася покінчити із собою.

Під час проведення експертизи сидить у зручній позі, доступний для контакту, всебічно орієнтований, урівноважений. На запитання відповідає вичерпно і, власне кажучи, не зізнається в здійсненні інкримінованих діянь. Відомості, які надаються у процесі обстеження, мають захисний характер і непридатні для експертної інтерпретації. Звинувачення дружини пояснює її психічним захворюванням, а дітей — впливом матері. Заперечує зловживання алкоголем.

При аналізі описаного випадку звертає на себе увагу велика схожість поведінки С. з поведінкою його вітчима в сім'ї. Схильність С. до оргій є проявом синдрому нерозрізнення сексуального об'єкта, а також реалізацією потреби в сексуальному допінгу для розвитку достатнього рівня сексуальних реакцій. Все це характерно для алкогольної деградації особистості і поєднується з інцестними і садистськими тенденціями.

При сексологічній оцінці інцесту необхідно враховувати ступінь споріднення партнерів, форму інцестних контактів (статевий акт, некоїтальні форми), гетеро- чи гомосексуальний характер, добровільність чи насильництво, вікову комбінацію партнерів, зміст сексуальних фантазій і сновидінь у партнерів, наявність девіантних тенденцій, психопатологічний профіль партнерів.

Автори ряду досліджень припускають, що інцест сам по собі не завжди призводить до психопатологічних наслідків, однак віддалені

наслідки інцесту в дорослих жінок виявляються у вигляді страхів, депресії, сексуальних проблем, схильності до мазохізму, частій зміні статевих партнерів.

Педофільні дії, скоєні особою без сексуальної патології під впливом алкоголю, є одноразовими і за своєю суттю випадковими. Вони здійснюються без особливих психологічних переживань просто тому, що дитина виявилася поруч у відповідній обстановці. Протверезівши, злочинець відчуває здебільшого сором і кається у скоєному, як, наприклад, вісімнадцятирічний К., звинувачений у розпусних діях стосовно чотирирічної В.

Зі свідчень матері потерпілої з'ясовано, що 26 листопада вона зайшла до сусідки подзвонити, а потім залишила дівчинку там погратися. Через півтори години після повернення додому дівчинка розповіла, що до неї "приставав молодий дядько".

У процесі слідства К. пояснив, що 26 листопада випив приблизно півпляшки горілки і почував себе сп'янілим. Горілку пив зі своєю знайомою А. у її квартирі. У цей час до А. зайшла сусідка з дівчинкою В. Потім сусідка вийшла подзвонити і К. з В. залишилися в кімнаті одні. К. засунув свої руки В. під трусики і почав торкатись пальцями її статевих органів. Свої дії пояснює тим, що був п'яний, глибоко кається у скоєному. Повідомив, що наступного дня після вчиненого він намагався покінчити життя самогубством через повішання, але обірвалася мотузка.

При обстеженні патології з боку центральної нервової системи і внутрішніх органів не виявлено.

Психічний стан. У ясній свідомості, орієнтований всебічно, доступний для продуктивного контакту. Спочатку відповідає на запитання неохоче, насторожено, у процесі бесіди стає м'якшим, спокійнішим, довірливим. Запевняє, що нібито не пам'ятає своїх дій, однак при детальному розпитуванні не виявляє якихось розладів пам'яті щодо періоду злочину. Емоційно лабільний, легко дратується, іноді запальний і напружений. Прагне повідомити про себе лише гарну інформацію. Ситуацію, що склалася, оцінює правильно, душевнохворим себе не вважає. Шкодує про свій вчинок.

Виходячи з викладеного ознак психічного захворювання не виявляє. Визнаний осудним.

У злочинах подібного роду крім сп'яніння, що заглушає морально-етичні цінності особистості, велике значення має ситуація, що надає легкодоступну жертву. У цьому контексті постає запитання — як матір потерпілої уявляла собі гру чотирирічної дівчинки з молодими людьми, що розпивають горілку в значній кількості?

А от звинувачений І., 24 років, не мучиться докорами сумління після розпусних дій стосовно малолітньої Ш. Хоча і тут не обійшлося без алкогольного сп'яніння.

Спадковість психопатологією не обтяжена. Розвивався звичайно, закінчив дев'ять класів і торговельне училище. Служив в армії, одружений, має одну дитину. Алкоголь вживає час від часу, у психіатрів ніколи не лікувався.

З матеріалів кримінальної справи відомо, що 26 липня І., будучи у нетверезому стані, у дворі будинку зупинив Ш., зняв з неї трусики, показав їй статевий член, торкався її статевих органів, змусив взяти в руки статевий член і тримати його до появи сперми. Після цього пішов, але був затриманий. Вранці наступного дня при медичному огляді відзначено легкий ступінь алкогольного сп'яніння. У своїх письмових поясненнях І. дає суперечливі відомості про кількість випитого спиртного, що коливається від пляшки вина і двох літрів пива до трьох пляшок вина, та про свою поведінку. За першим поясненням він повертався додому без плавок з розстебнутими штанами і не пам'ятає, як потрапив на місце події і чи притискав до себе дівчинку. За другим — він у кущах справляв природні потреби і його могли бачити маленькі дівчатка, але ніяких дітей не розбещував, статевий член дітям не показував. За третім — він хотів, щоб його бачили з оголеним статевим членом, але сам не знає, як це все трапилось, просив пробачення за те, що відбулося.

Потерпіла розповіла, що коли І. підійшов до неї, він запитав, як її звати, а після цього зняв трусики і почав оглядати її статеві органи, торкався їх пальцями, потім пригорнув її до себе, а вона почала кричати, кликати дівчат. Він просив її не робити цього, потім дав їй у руки свій статевий член, а коли сперма потрапила йому на штани, почав витирати їх рукою, ніби струшуючи пил. Потім пішов.

На очній ставці І. заявив, що він нічого не пам'ятає, але такого, як розповідає дівчинка, бути не могло.

Психічний стан. У ясній свідомості, всебічно орієнтований, тримається природно. У процесі бесіди хвилюється, бентежиться. Мова не порушена, словниковий запас достатній. Душевнохворим себе не вважає, скарг на стан здоров'я не пред'являє. Спочатку намагався посилатися на погану пам'ять, потім розповів, що його дружина недавно народила і, хоча він жив з нею статевим життям, це супроводжувалося невдоволенням з боку дружини. Мовчазно погодився з лікарем, що в нетверезому стані міг задовольнити в такий спосіб статеву пристрасть. Однак продовжує заявляти, що нічого не пам'ятає, але оскільки дитина так говорить, то так могло і бути. Мислення у звичайному темпі, маячних ідей, обманів сприйняття немає. Емоційні реакції адекватні ситуації. Розуміє своє становище, природно, розстроєний, ледве стри-

мує сльози. Пам'ять без грубої патології, інтелект відповідає віку, рівню культури й освіті. Психопатичної симптоматики не виявлено.

Можливо, І. не пам'ятає окремих деталей скоєного, але, оскільки його поведінка визначалася станом сп'яніння, а не хворобливими психотичними переживаннями, він визнаний осудним.

Наведений приклад звертає увагу на ще один фактор, що сприяє скоєнню злочинів такого типу. Це відсутність можливостей повноцінного задоволення статевих потреб з дорослим гетеросексуальним партнером. Незадоволеність статевим життям із дружиною в стані алкогольного сп'яніння проявилася замісною девіантною поведінкою щодо дитини.

Формування педофільних схильностей у старечому віці пов'язане з віковою інволюцією статевої сфери і розвитком клімактеричного синдрому, який характеризується недостатністю ерекції, розладами еякуляції та оргазму. Це відбувається на тлі атеросклерозу й енцефалопатії з особистісними змінами та інтелектуально-мнестичним зниженням, розпадом системи морально-етичних цінностей. Спілкування з дівчатками, недосвідченими в сексуальному плані, безпечне з погляду можливого виявлення статевої неспроможності старих і використовується ними для стимуляції своєї гаснучої сексуальності.

Обстежуваний М., 74 роки. Звинувачується у скоєнні розпусних дій стосовно малолітньої З. п'яти років.

У родині на психічні захворювання ніхто не хворів. До війни закінчив школу, воював, переніс контузію і поранення, довго лікувався в госпіталі. Після війни закінчив будівельний інститут, тривалий час займав керівні посади в будівництві: був начальником управління, директором. Потім пішов на пенсію і вже давно не працює. Одружився в 49 років. Взаємини з дружиною гарні, дітей від шлюбу не було. Є інвалідом III групи Великої Вітчизняної війни, переніс інсульт.

З матеріалів справи відомо, що 19 серпня, приблизно о 15 годині 30 хвилин, М. у нетверезому стані, обманним шляхом завів у свою квартиру малолітню З., роздягнув її і вчинив стосовно неї розпусні дії.

У показаннях дружини зазначено, що коли чоловік працював, він не пив, завжди був дуже акуратний. Після виходу на пенсію сидів вдома, ні з ким не спілкувався. Характер замкнутий і запальний. П'ять років тому після перенесеного грипу переніс інсульт, в результаті чого почав заговорюватися і мова стала трохи незв'язною, став більш нервовим, грубим і дратівливим. До того ж у нього бувають випадання

пам'яті. Далі дружина вказує, що коли вона повернулася додому о 20 годині, М. був вдома і ходив в одних трусах. По очах помітила, що він трохи випив.

На допиті винним себе не визнавав і стверджував, що 19 серпня він був тверезим.

У відділенні на всі запитання відповідає: "Не пам'ятаю, не знаю". Демонструє свою неспроможність, не знає, що це за лікарня і на що він хворів протягом життя. Визнає, що пам'ять у нього погана. Говорить, що в лікарню надійшов "від слідчого", "дівчинку якусь примазують мені, я її не знаю". Періодично повідомляв про себе уривчасті відомості. Настрій ситуаційно знижений, часом плаче, важко зітхає, трохи розгублений.

Соматично — вікові зміни, ознак органічного ураження ЦНС не виявлено.

Психічний стан. Для продуктивного контакту недоступний, рухи загальмовані. Вираз обличчя сумний, важко зітхає. Періодично повторює: "Боже мій, у такому віці — це дурниці". На запитання з життя відповідає: "Не пам'ятаю, не знаю", не може вказати приблизний термін перебування в лікарні. У відділенні ні з ким не спілкується, час проводить у ліжку, їсть самостійно.

При патопсихологічному дослідженні відзначено виражену негативну реакцію на процедуру дослідження (відвертається, закриває очі). Відповіді, як правило, "не знаю, не пам'ятаю". Це може бути ознакою або реактивного стану, або установочною поведінкою при інтелектуально-мнестичній недостатності, ступінь якої, у зв'язку з особливостями поведінки, визначити не вдається.

М. виявляє ознаки атеросклерозу судин головного мозку з помірним інтелектуально-мнестичним зниженням. Ступінь виразності патологічних змін не позбавляє обстежуваного здатності усвідомлювати свої дії. Стосовно скоєного його варто вважати осудним.

Особливу небезпеку становлять сексуальні злочини проти дітей, зумовлені аномалією статевого потягу у вигляді педофілії. До діагностичних критеріїв педофілії належить потяг до дітей допубертатного і раннього пубертатного віку з повторними інтенсивними сексуально забарвленими фантазіями, еротичними сновидіннями чи актами і маніпуляціями з дітьми при відсутності адекватної гетеросексуальної адаптації. Обов'язковим для встановлення діагнозу є досягнення суб'єктом шістнадцятирічного віку і наявність п'ятирічної різниці з об'єктом потягу.

Статева орієнтація при педофілії не завжди чітко окреслена. На думку ряду дослідників, стать дитини не має великого значення, ос-

кільки істинним сексуальним стимулом є риси незрілого дитячого тіла, яке виступає в ролі фетишу. Однак здебільшого спостерігається стабільна орієнтація на дітей певної статі, частіше — гетеросексуальна, рідше — гомосексуальна.

Обстежуваний Н., 29 років. Звинувачується в розбещуванні неповнолітніх.

Старший з двох дітей у сім'ї, ранній розвиток без особливостей. З матір'ю був у поганих відносинах, тому в 15 років пішов з дому і проживав у рідної тітки. Закінчив 11 класів вечірньої школи, працював муляром, бетонником на різних заводах і в будівельних організаціях. Не одружений. Раніше був засуджений у Росії за ст. 120 і 121. Примусово лікувався в лікарні загального типу, звідки втік і в 1992 р. приїхав до Києва. Перебуваючи в Києві без певного місця проживання, певного роду занять, знайомився з неповнолітніми хлопчиками, входив до них у довіру і за їхньою згодою, за певну суму грошей або за надання нічлігу іногороднім неповнолітнім, які займалися в Києві бродяжництвом, скоював щодо них розпусні дії. Такі дії Н. здійснював регулярно в різних районах міста протягом двох років. Насильства до неповнолітнього не застосовував. Займався цим у квартирах, які знімав, у під'їздах будинків, на сходових клітках, у підсобних приміщеннях і в купе поїздів далекого слідування. Також, за згодою неповнолітніх, Н. задовольняв статеву пристрасть у збоченій формі.

Соматоневрологічний статус без видимої патології.

Психічний статус. У ясній свідомості, всебічно орієнтований, скарг не пред'являє. Мислення послідовне, логічне, на запитання відповідає правильно. Рівень знань відповідає отриманій освіті і життєвому досвіду. Пам'ять і увага не порушені, правильно і послідовно згадує події, які відбулись з ним у період часу, до якого належать інкриміновані діяння. Зазначає, що з раннього дитинства, скільки себе пам'ятає, відчував "тягу до хлопчиків", з якими вступав у статевий зв'язок неодноразово. "Пробував вступати у статевий зв'язок з жінками, але нічого не виходило. У мене з дитинства така пристрасть, скільки себе пам'ятаю. Нічого не можу з собою поробити". Розповідає про інкриміновані діяння. Маячних ідей, обманів сприйняття не виявляє, у бесіді спокійний, витриманий, дотримується дистанції. Себе вважає психічно здоровою людиною.

При патопсихологічному дослідженні тримається природно, охоче вступає в контакт, активно його підтримує, квапиться "виговоритися". Докладно розповідає про себе, про судово-слідчу ситуацію. Ремствує на труднощі існування, зумовлені його сексуальними особливостями. Розуміє протиправність своєї поведінки, але не бачить виходу із ситуації, що склалася.

Темп сенсорно-моторних реакцій рівномірний, достатній. Довільна увага не порушена, швидкого виснаження, стомлюваності до кінця роботи не відзначається. Пам'ять збережена, мислення у звичайному темпі.

Визнаний психічно здоровим, виявлено сексуальні перверзії у формі педофілії, стосовно інкримінованих дій — осудний.

Цікавий для дослідження також Ф., який звинувачується в розбещенні малолітніх дівчаток і спробі зґвалтування. Цей "герой" діяв спільно з педофілом-вбивцею Соломенком, про якого буде розказано в розділі про вбивства.

Спадковість психопатологією не обтяжена. Вчився посередньо, освіта сім класів і геологорозвідувальний технікум, політехнічний інститут. Не одружений, в армії не служив, алкоголем не зловживає. У минулому переніс перелом нижньої щелепи, правої щиколотки, струс мозку. Скаржиться на швидку стомлюваність, головні болі, дратівливість, болі в ділянці серця.

Повідомляє, що завжди в інтимному житті з жінками мав труднощі. Зазвичай жінки були незадоволені ним через статеву слабкість і він сам був собою незадоволений. З дитинства призвичаївся до мастурбації, при статевій близькості полюбляв збочення. Років десять назад, побачивши сплячу оголену дівчинку, відчув до неї великий потяг. Відтоді постійно шукав можливості доторкнутися статевим органом чи рукою до статевих органів дівчаток. Як правило, збудження наставало швидко і настільки ж швидко відбувався вилив сперми. Певний час ні з ким не ділився своїми відчуттями, потім розговорився про це із Соломенком. З ним же неодноразово виходив у місто в пошуках дівчинки, котру можна було заманити в під'їзд будинку і зробити з нею "імітацію статевого акту". Саме так обстежений визначив свої розпусні дії стосовно дівчаток.

Ф. і Соломенко заводили дівчат у під'їзди під сприятливим приводом, оголювали їхні і свої статеві органи, тулилися до них, відтворюючи рухи статевого акту. Стверджує, що ініціатива й активність у заманюванні дівчат належала Соломенку. Спроби зґвалтування заперечує.

З матеріалів справи відомо, що Ф. намагався зґвалтувати семирічну К., заподіявши їй легкі тілесні ушкодження в ділянці статевих органів. Закінчити злочинний задум не зміг внаслідок швидкого настання задоволення.

Ф. також самостійно займався розбещенням дівчаток — своїх знайомих, сусідів, дітей своїх співмешканок.

На роботі характеризується позитивно, з обов'язками справлявся, наявне службове зростання, поведінка дивною не виглядала.

Середнього зросту, правильної статури, обличчя трохи асиметричне через травму. Без знаків грубого органічного ураження ЦНС.

Психічний стан. Тримається схвильовано, тремтить, плаче, схлипує, справляє враження боягузливої, розгубленої людини. Говорить поквапливо, намагається бути переконливим і від цього ще більше хвилюється. Під час бесіди раз у раз вибухає риданнями, потім заспокоюється і просить пробачити йому. Хапається за голову, за серце, робить безліч квапливих, зайвих і непотрібних рухів. Скаржиться на явища статевої слабкості, на потяг до маленьких дівчаток.

Розладів сприйняття не виявляє і на наявність таких розладів не скаржиться. Мислення в достатньому темпі, послідовне, маячні ідеї відсутні. Асоціативні процеси не порушені. Інтелект і його передумови без формальних відхилень від норми. Емоційно лабільний, але емоційні прояви адекватні.

Висновок. Психічно здоровий, виявляє розлад статевого потягу у вигляді педофілії. Стосовно інкримінованих діянь визнаний осудним.

Обстежений С., 32 років. Звинувачується у скоєнні розпусних дій та зґвалтуванні в збоченій формі.

Народився в родині службовців, сестра хворіє на епілепсію. Ранній розвиток без особливостей. До школи пішов вчасно, вчився добре, без особливої схильності до якогось предмета, прагнення до спілкування з товаришами не виявляв, порушень дисципліни не мав. Зі слів звинуваченого, він завжди вирізнявся невпевненістю у собі, був боязким, уразливим. Після дев'яти класів вступив до медучилища на зубо-протезне відділення. Такий вибір обґрунтувати не може і вважає його результатом впливу випадкових обставин. За фахом працювати не став у зв'язку з тим, що під час практики не міг бачити крові, відчував при цьому дискомфорт, слабість, не переносив крику людей.

Вступив на юридичний факультет Барнаульського державного університету. Настільки різку зміну професії також пояснює випадковими обставинами: "Багато читав книжок, дивився фільми про роботу юридичних органів". Вчився добре, навчання давалося легко, у вільний час читав багато літератури. Компаній не відвідував, з дівчатами ніколи не зустрічався, віддавав перевагу самотності. На четвертому курсі перевівся в Київський державний університет, а після його закінчення залишився працювати на кафедрі як інженер.

Крім основної роботи, проводив практичні заняття з криміналістики на четвертому курсі юридичного факультету, керував виробничою практикою студентів третього курсу в органах прокуратури, рецензував контрольні роботи з криміналістики студентів-заочників. За час роботи на кафедрі вивчав нову навчальну юридичну літературу,

брав активну участь у громадському житті колективу факультету, був обраний заступником голови ДТСААФ. Був куратором академічної групи, користувався авторитетом і повагою серед викладачів і студентів. Був призваний на дійсну військову службу, під час проходження якої показав себе дисциплінованим, умілим командиром, неодноразово заохочувався командуванням частини. Після повернення на роботу обраний асистентом кафедри криміналістики КДУ.

Співробітники характеризують С. як дисциплінованого, старанного, ввічливого і люб'язного. Він соромився розмов на інтимні теми і завжди ухилявся від них.

Проживав з матір'ю, не одружений і за його словами не відчуває необхідності у створенні сім'ї. Повідомляє також, що ще будучи студентом медучилища в Барнаулі "випадково з цікавості вирішив вивчити статеві органи в дівчаток, це було приємно і цікаво". Один раз його затримала міліція, але до відповідальності притягнутий не був — "відпустили додому". Зізнається, що відчував статевий потяг до дітей і за останні п'ять років скоїв близько 60–70 епізодів розпусних дій стосовно 7–12-річних дівчаток і хлопчиків. У зручній ситуації підходив до дитини, починав з нею розмову про те, як пройти на ту чи іншу вулицю, будинок і т. ін. Заводив дитину в під'їзд чи інше ізольоване місце під виглядом того, що оглядає м'язи, повертав дитину до себе спиною, торкався статевих органів, доторкався своїм статевим членом до сідниць. При цьому переживав статеве задоволення, швидко наставало виверження сім'я. Востаннє під виглядом "огляду м'язів дитини" завів хлопчика в під'їзд і скоїв з ним акт мужолозтва. Відзначає, що останнім часом були ще подібні випадки, але заперечує, що здійснював статеві акти з малолітніми дівчатками — це на себе наговорив.

У ході слідства давав послідовні, логічні показання, докладно відтворював події періоду, до якого належать інкриміновані діяння, не посилався на які-небудь хворобливі переживання. Вважає себе психічно здоровим.

Соматично і неврологічно — без патології.

Психічний стан. В ясній свідомості, орієнтований всебічно. Охоче вступає в бесіду, тримається спокійно, стримано, коректно. Повідомляє про себе докладні відомості, говорить, що ніколи не відчував потреби одружитись, хоча "логічно розумів, що це треба". Про потяг до дітей говорить неохоче, скаржиться, що його "кривдять" у палаті. Під час бесіди починає плакати, при цьому вибачається. Себе характеризує як соромливого і боязкого, навіть вчиняючи розпусні дії, "не хотів травмувати дітей і тому повертав їх до себе спиною". Погоджується, що його заява абсурдна, але все-таки стверджує, що певною мірою шляхетні помисли йому не чужі. Розумів, що рано чи пізно буде викритий, але не міг справитися з бажанням. Настрій трохи знижений. Розладів

сприйняття не виявляє, маячних ідей не висловлює. Повідомляє, що у зв'язку зі скоєним і "такою ганьбою" у ході слідства хотів покінчити із собою, але "не вдалося". Суїцидальні наміри сподівається виконати будучи засудженим. Мислення послідовне, у звичайному темпі, інтелект, пам'ять — не порушені, критична здатність збережена.

Висновок. С. психічними захворюванням не страждає, виявляє сексуальні перверзії у формі педофілії. Стосовно скоєного варто вважати осудним.

Як ілюстрацію до нашого твердження про те, що особи, які страждають педофілією, часто вибирають собі професію, пов'язану з дітьми, наведемо приклад розпусних дій тренера дитячої футбольної команди.

Р. народився 5 червня 1953 р. другою дитиною в сім'ї. Відомостей про батька не має, тому що відразу після народження обстежуваного батько залишив родину.

Обстежуваний виріс у неповній сім'ї, вони з братом виховувалися матір'ю, що працювала на заводі контролером ВТК.

У ранньому дитинстві у фізичному розвитку не відставав від однолітків, але, з його слів, занадто пізно почав розмовляти і до 12 років страждав нічним енурезом. За характером формувався спокійним, любив самотність.

До школи пішов у семирічному віці, вчився посередньо і після восьмого класу пішов працювати на радіозавод ім. Корольова. Паралельно навчався у вечірній школі, вчився добре.

Після закінчення 11 класів з 1972 по 1974 р. служив в армії, у ВПС техніком з обслуговування електронних систем.

Після звільнення з армії вступив на підготовче відділення при університеті, а потім — до університету на фізичний факультет. З першого курсу був відрахований через неуспішність з англійської мови. Протягом року працював лаборантом у вечірній школі, потім знову вступив на той же факультет. З третього курсу був відрахований, тому що не здав частину іспитів. Паралельно з навчанням працював лаборантом в університеті.

Після відрахування з університету пішов працювати на стадіон "Динамо" як інженер з обслуговування електронного устаткування. Одночасно з 1981 по 1986 р. допомагав тренерам дитячих футбольних команд, що тренувалися на стадіоні. Потім паралельно з основною роботою вів заняття в абонементній групі з фізичної підготовки, пізніше — тренував дитячу футбольну команду.

У 1991 р. був притягнутий до кримінальної відповідальності за ст. 121. В ході слідства проводилася стаціонарна судово-психіатрич-

на експертиза. Згідно з актом судово-психіатричної експертизи Р. обвинувачувався в тому, що, працюючи тренером дитячої футбольної команди, протягом трьох років вчиняв щодо неповнолітніх членів команди розпусні дії. У літніх таборах і на змаганнях в інших містах він заходив до членів команди у номери готелів, роздягав їх догола, цілував у губи, соски, брав у рот статевий член, змушував брати в рот його статевий член, змушував підлітків брати в рот статеві члени один одного.

Аналогічні дії він робив із хлопчиками у своїй квартирі, фотографуючи їх при здійсненні розпусних дій. Змушував роздягатися догола членів команди і фотографував їх. Роблячи розпусні дії, Р. доводив до відома інших членів команди, що такі відносини — це нормальне явище "від природи", що підліткам не потрібні батьки, що він виховує з них особистостей.

Експертна комісія в 1991 р. дійшла висновку, що Р. психічними захворюваннями не страждає і визнала його осудним.

Будучи умовно засудженим за ст. 121, восени 1992 р. обстежуваний відновив тренерську діяльність і набрав команду з хлопців 1983 року народження.

З цією командою він працював до 1995 р., коли в конфліктній ситуації зопалу вдарив одного з хлопчиків. Незважаючи на його вибачення, матір хлопчика розповіла іншим батькам про його колишню судимість, а також подала на нього в суд із звинуваченням у побитті і розпусних діях. У 1996 р. він був засуджений за ст. 107 до двох років позбавлення волі.

Після звільнення із забороною займатися педагогічною діяльністю з місць позбавлення волі в 1997 р. продовжив працювати під чужим прізвищем як тренер дитячої футбольної команди.

Обстежуваний не одружений, дітей не має.

Як випливає з матеріалів кримінальної справи, в листопаді 1997 р. Р. провів набір дітей (1988 року народження) з метою організації футбольної команди. Було відібрано 22 дітей, з якими Р. проводив тренування на стадіонах житлових масивів. 22 червня 1998 р. команда виїхала в літній спортивно-оздоровчий табір у Крим.

Вже в поїзді тренер почав зловживати спиртним і виявляти агресивність стосовно дітей і дорослих, які їх супроводжували.

Під час перебування в таборі зловживав спиртними напоями, а також скоїв ряд розпусних дій щодо членів команди.

Як відомо з матеріалів кримінальної справи, під час перегляду чемпіонату світу з футболу він закривав двері в кімнаті на замок, виключав світло, підсідав до дітей, садив їх на коліна, цілував у губи, крутив соски на грудях, засунувши руку в труси, обмацував їхні статеві органи, одночасно засовував руку дитини собі в труси і змушував пестити свій член, просив знімати труси, ссав їхні статеві члени.

З деякими дітьми він лягав спати, залазив руками в труси, мацав статеві органи, просив гладити і цілувати свій пеніс. Хлопці переживали в зв'язку з тим, що відбувалось, пошепки обговорювали події, але боялися зруйнувати команду.

Здійснюючи розпусні дії, Р. вимагав не розповідати нічого батькам, погрожуючи виключити з команди. Діти дуже хотіли грати у футбол, тому боялися відкрито протидіяти тренеру і повідомити про все батькам. Крім того, Р. максимально обмежив доступ батьків до дітей, забороняючи їм зустрічатися з приїжджаючими батьками поза його контролем, а також був присутнім при телефонних розмовах хлопців з родичами.

При спробі батьків прояснити ситуацію у тренера Р. сховався з документами і грошима, призначеними для оплати проїзду команди.

Обстежуваний ніколи не був одружений, мало того, з його слів він ніколи не мав сексуальних відносин з жінками. До жінок відчував лише інтелектуальний інтерес, йому "була огидна сама думка про статевий акт". Відзначає, що дуже хотів мати дітей, був не проти оженитись, але усвідомлення необхідності сексуальних стосунків з дружиною викликало таку відразу, що навіть у бесіді з експертами він не міг її приховати.

Заперечує також сексуальні відносини з чоловіками і з дітьми. Водночас говорить, що все його життя в дітях, у команді, гравці якої йому періодично сняться.

Р. ніколи не звертався до психіатрів, наркологів чи сексопатологів. Під час обстеження він погодився, що йому вже давно необхідна допомога сексопатолога, але, на жаль, він розуміє це тільки зараз.

До алкоголю ставлення нібито різко негативне, завжди намагався уникати вживання спиртних напоїв. Вживав тільки вимушено, коли домовлявся зі спонсорами. У таких випадках міг випити 200–250 мілілітрів горілки.

Кількісний, якісний і ситуаційний контроль при вживанні алкоголю збережений, похмільний синдром не сформований, амнестичні форми сп'яніння заперечує. При вживанні спиртного завжди орієнтувався, що відбувається, і наступного дня пам'ятав усі події.

З неврологічного обстеження: обстежуваний ліворукий.

При обстеженні свідомість ясна. Правильно орієнтований у місці, часі і власній особистості. Поведінка впорядкована, доступний для контакту. На запитання відповідає по суті. Психічно хворим себе не вважає. Розуміє мету направлення на експертизу. Проти проведення експертизи не заперечує. Мислення послідовне, логічне. Відомості про себе дає докладні, багатослівний, відповідаючи на запитання, намагається почати здалеку. Під час бесіди спокійний, настрій ситуаційно знижений. Вираз обличчя страждальницький, прагне викликати

співчуття в оточення. Тонко емоційно реагує на інтонації співрозмовника, уникає говорити на неприємні для нього теми. У бесіді виявляє досить високий інтелектуальний рівень, великий запас загальноосвітніх знань, широке коло інтересів. Категорично заперечує свою провину щодо інкримінованих йому правопорушень. Заявляє, що його обмовили під впливом іншого тренера, що бажає відібрати в нього команду. Водночас абсолютно переконаний, що його визнають винним і засудять, як і попередні рази, коли він також, нібито, був невинний. Дуже переживає про свою подальшу долю, у зв'язку з чим переживає постійне відчуття страху. Повідомляє, що спить погано, довго не може заснути і від найменшого шуму прокидається.

На основі викладеного комісія дійшла висновку, що Р. якимись хронічними психічними захворюваннями не страждав і не страждає. В період часу, до якого належать інкриміновані йому діяння, він не виявляв також ознак якогось тимчасового хворобливого розладу психічної діяльності, фізіологічного афекту і патологічного сп'яніння. Про це свідчать дані анамнезу і теперішнього клініко-психіатричного обстеження, відсутність у його поведінці і висловлюваннях в той час ознак хворобливих порушень психіки.

В період часу, до якого належать інкриміновані злочини, він міг усвідомлювати свої дії і керувати ними. Під час скоєння правопорушень Р. правильно орієнтувався в навколишній обстановці і ситуаціях, що складаються, його дії мали цілеспрямований, послідовний характер. У подальшому в нього не відзначалося виснаження психіки чи порушень пам'яті. Щодо скоєного його варто вважати осудним.

За своїм психічним станом у поточний час Р. також може усвідомлювати свої дії і керувати ними.

Р. не страждає хронічним алкоголізмом і не потребує застосування примусових заходів медичного характеру.

Зважаючи на те, що він відзначає значну сексуальну напругу, виникнення спонтанних ерекцій і періодичну мастурбацію, статевий потяг як такий у нього збережений. Ґрунтуючись на матеріалах справи і попередніх судимостях, можна стверджувати наявність у Р. педофілії з гомосексуальною спрямованістю.

У рамках педофілії виділяють ефебофілію — статевий потяг до осіб підліткового і юнацького віку. Ця аномалія потягу найближча до нормальної вікової орієнтації. В літньому віці ефебофілія пов'язана із згасаючою сексуальністю і підлітки служать ніби стимулятором. У підлітковому віці ефебофілія може стійко зафіксуватися на тлі затримки психосексуального розвитку і при контактах з підлітками, які залишили яскравий слід. Іноді до сексуальних контактів з підлітками

спонукає їхня недосвідченість і менша імовірність осуду сексуальних дій в осіб із статевою слабкістю, деяких приваблює їх "навчання". При цьому найбільшу насолоду ефебофіл одержує від недосвідченості підлітка, тому після декількох зустрічей часто змінює партнера. З особливою вдячністю сприймають ефебофілію в жінок юнаки-підлітки.

Кримінальне переслідування осіб, що скоїли сексуальні дії з 13–16-річними партнерами на чуттєвій основі і за добровільною згодою, далеко не завжди є однозначно виправданим. З одного боку, раннє статеве життя в дівчат часто закінчується небажаною вагітністю й абортом чи пологами, що негативно позначається на організмі, який розвивається. З іншого боку, варто розглянути цю проблему з погляду її впливу на психосексуальний розвиток підлітка.

Відомо, що на прояв сексуальних реакцій і нормальне виконання сексуальних функцій вирішально впливає утворення сексуальних умовних рефлексів. Цей процес ґрунтується на принципі позитивного підкріплення, тобто сексуальна поведінка, що приводить до задоволення, має тенденцію до повторення. Найміцніші і найчастіше сексуальні умовно-рефлекторні зв'язки формуються в підлітковому віці, коли сексуальні потреби дуже виражені. Їхній характер залежить від першого ототожнення сексуального збудження з цим подразником. За наявності сексуальних заборон сексуальне збудження може асоціюватися зі страхом, почуттям провини, що надалі негативно впливає на подружні стосунки, коли заборон уже не існує. Саме на період статевого дозрівання найчастіше припадають перші спроби статевого акту у хлопчиків. Його результат має воістину доленосне значення для відчуття своєї статевої повноцінності. Тому дуже важливо, щоб ініціація пройшла успішно. Однак внаслідок недостатнього сексуального досвіду в одного з партнерів або нашарування відносних проблем в обох настають абсолютні проблеми під час здійснення статевого акту. Наприклад, у юнака, який не впевнений у своїх сексуальних можливостях і побоюється глузування, ерекція може не досягти достатнього рівня, але дасть змогу ввести член у піхву і здійснити статевий акт. Якщо ж його партнерка також має деякі відносні проблеми при статевих зносинах (збережена незаймана пліва, схильність до судом м'язів піхви), то поєднання обопільних проблем призведе до неможливості статевих зносин. Невдача ще більше посилює існуючі проблеми, з'являється напруженість і страх перед новими невдачами. Повторні невдачі призводять до розвитку невротичних розладів

і абсолютної неможливості статевих зносин у кожного з партнерів. Водночас з досвідченою жінкою той самий юнак зміг би здійснити статевий акт, що зміцнило б впевненість у собі й усунуло страх перед невдачею. Також і дівчині нормальні сексуальні можливості партнера дали б змогу подолати її труднощі.

Серйозні невротичні порушення можуть розвинутися також тоді, коли в одного партнера є певні сексуальні труднощі, а в іншого їх немає, але він недостатньо досвідчений, щоб правильно реагувати в такій ситуації. Реакція у вигляді глузування чи відмова, зменшення частоти статевих зносин може бути причиною психічної травми в сексуального партнера і збільшення наявного відхилення. А, як відомо, порушення гетеросексуальної адаптації є невід'ємною складовою формування сексуальних перверзій.

Виходячи із зазначеного, непогано, щоб перший статевий партнер був досвідченим і обізнаним у сексуальному плані, тобто здебільшого був старший за віком. Власне кажучи, це є профілактикою статевих дисфункцій, запорукою доброї гетеросексуальної адаптації і, отже, профілактикою парафілій.

Як стверджують соціологічні дослідження, останнім часом дедалі більше молодих людей починають жити статевим життям до настання повноліття. Багато в чому це пояснюється віковою і статевою акселерацією. У багатьох випадках підлітки (в основному жіночої статі), на вигляд цілком повнолітні, свідомо обманюють партнера, набавляючи собі роки. В деяких випадках підлітки (в основному чоловічої статі) використовують наполегливі домагання і погрози. При цьому до відповідальності притягуються дорослі партнери.

Обстежена Я., 23 роки. Звинувачується у скоєнні розпусних дій з неповнолітніми. Батько і мати зловживали спиртними напоями, батько з сім'єю не живе. Народилася третьою з п'яти дітей у сім'ї, з трирічного віку виховувалася в дитячому будинку. З раннього дитинства відставала в розумовому і фізичному розвитку, пізно почала ходити і говорити. Вчитися почала з восьми років, зі шкільною програмою справлялася погано, тому що не вміла читати і писати, на уроках була розсіяною, легко відволікалась, з труднощами засвоювала шкільний матеріал. У другому класі була обстежена медико-педагогічною комісією і направлена в допоміжну школу з діагнозом "олігофренія". Закінчила 8 класів, захоплювалася спортом, читала книги (про війну, про любов), подобались індійські фільми, що справляли на неї сильне враження. З 17 років встановлено II групу інвалідності.

Статеве життя — з шістнадцяти з половиною років, мала випадкові статеві зв'язки, зустрічалася з чоловіками, поза шлюбом народила сина. Чотири роки тому познайомилася з І., з яким почала жити разом. За її словами, заміж виходити не збиралася, тому що був на чотири роки молодший, крім того, він був раніше засуджений, зловживав спиртними напоями.

З матеріалів справи відомо, що протягом останнього півріччя І. неодноразово приводив до Я. підлітків у віці 13–15 років і в їхній присутності здійснював (за згодою) з Я. статеві акти, після чого Я. добровільно вступала в статеві акти з підлітками.

У показаннях Я. вказала, що спочатку просто жила разом з І., а потім він почав приводити із собою друзів і вчив їх "як треба вступати з жінкою у статеві стосунки". Приходив І. завжди п'яний і примушував її вступати в статевий зв'язок з підлітками. При цьому він лаявся, погрожував ножем. Погрожували їй також друзі І., домагаючись, щоб Я. вступала з ними у статевий зв'язок. Категорично стверджує, що вступала у статевий зв'язок з підлітками не зі своєї волі, а за вимогою І. та його друзів, сприймаючи їх погрози як реальні.

Соматичний стан без особливостей, знаків вогнищевого органічного ураження ЦНС не виявлено.

Психічний стан. В ясній свідомості, всебічно орієнтована, правильно розуміє мету направлення на експертизу. Настрій знижений, охоче відповідає на поставлені запитання, розповідає про своє життя. Мова з бідним словниковим запасом. Говорить, що пише вірші, але відмовилася прочитати які-небудь. Дуже переживає ситуацію, що склалася, не розуміє, чому вона виявилася обвинувачуваною, хоча повинна бути потерпілою. Хвилюється за свою дитину, скучає за нею. Наполягає, що І. та його друзі здійснювали з нею статеві акти проти її волі, вона боялася І., тому що він погрожував "порізати", іноді бив. На запитання, які не стосуються слідчої ситуації, відповідає більш охоче. Протягом усієї бесіди ввічлива, коректна, адекватно реагує на зміну теми розмови, бентежиться при згадуванні слідчої ситуації. Стежить за своєю зовнішністю, акуратна. Говорить, що її "дратують" інші дівиці, що перебувають в палаті, їй не подобається їхня розв'язність, нецензурна лайка. Коло інтересів обстежуваної обмежується побутовими питаннями, в яких орієнтується досить добре. Мислення з тенденцією до конкретного, буквально трактує прислів'я, метафоричні вислови, непогано відділяє головне від другорядного, поєднує ряд однорідних предметів. Емоційно адекватна, пам'ять не порушена. Маячня, галюцинації не виявляються. Досить критично ставиться до судово-слідчої ситуації, що склалася, правильно оцінює її. Сподівається на сприятливий для себе результат: "Суд повинен розібратися, хто правий, хто винуватий — я ж боялася їх".

Висновок. Я. виявляє ознаки олігофренії ступеня помірної дебільності. Стосовно інкримінованих діянь варто вважати осудною. Однак внаслідок інтелектуального недорозвинення поряд з підвищеною сугестивністю погрози І. та його друзів сприймала як реальні, що обмежувало її здатність до опору при здійсненні з нею статевих актів, хоча характер і значення чинених з нею дій вона розуміла.

Корисно коротенько зупинитися на реакції жертв педофільних дій, що залежить від віку, психічної зрілості і ситуації криміналу. Ситуації криміналу можна розділити на два типи: коли обвинувачуваними є знайомі і близькі люди і коли обвинувачувані — незнайомці. У першому випадку діти часто пасивно підкоряються злочинним задумам, не чинячи при цьому ніякого опору, сам факт протиправних дій не має достатньої психогенної сили. Водночас при раптовому нападі незнайомої людини з агресивною поведінкою, зґвалтуванням, завдаванням тілесних ушкоджень діти, незалежно від розуміння сутності дій, чинять посильний опір, сприймаючи ситуацію як загрозливу. При цьому виникає відчуття сильного страху з розвитком психогенних станів різного ступеня глибини. Найбільшим стресом для них є процедура слідства і судового розгляду. Маленькі діти найчастіше не розуміють сексуальної сутності чинених з ними дій і не фіксують на цьому своєї уваги. Однак під впливом бурхливої реакції батьків, кількаразового і ретельного обговорення подій в ході слідства відбувається акцентування дитини на тому, що відбулося, з можливим розвитком вторинного психоемоційного шоку, що вкрай несприятливо позначиться на подальшому психічному і психосексуальному розвиткові.

Діти старшого віку і підлітки усвідомлюють сексуальний зміст зроблених маніпуляцій і в ряді випадків навіть отримують статеве задоволення. Водночас вони вкрай болісно сприймають розголошення факту злочину і широкий розголос у ході слідства може завдати глибоких психічних травм. У разі розвитку психогенних розладів важливе значення мають не тільки основні характеристики психотравми, а й її суб'єктивна значимість для особистості потерпілого. Зґвалтування супроводжується виникненням почуття страху за своє життя, відчуття безвиході, афективно-звуженою свідомістю, часто зовнішньою загальмованістю. Надалі розвивається астенія з емоційною лабільністю, порушення сну, зниження настрою, почуття тривоги, ідеї відношення, самознищення. В цілому діапазон клінічних проявів

психогенних станів досить широкий — від гострих шокових реакцій до відсутності будь-яких проявів.

Особливості психіки малолітніх потерпілих у вигляді незрілості, сугестивності, схильності до фантазування, довірливості, пасивної слухняності позначаються на їхньому розумінні й оцінці ситуації правопорушення. Тому судово-психіатрична експертиза цієї категорії жертв має свої особливості.

5.2. Зґвалтування

Зґвалтування — найпоширеніший сексуальний злочин. Воно становить близько 90 % усіх сексуальних злочинів. І це при тому, що кількість зареєстрованих зґвалтувань є лише верхівкою айсберга з усіх скоєних. Основними причинами незаявлення в правоохоронні органи є недооцінка значимості події, страх помсти злочинця і небажання розголосу.

Зґвалтування підрозділяється на гетеросексуальне і гомосексуальне, статевий акт може бути вагінальним, анальним, оральним або в поєднанні. Вирізняють також індивідуальне, групове, інцестне та садистське зґвалтування. Майже в половині випадків цей злочин відбувається повторно.

Згідно з Кримінальним кодексом України (прийнятий 2001 року), зґвалтуванням визнаються статеві зносини з використанням фізичного насильства, погрози його застосування або з використанням безпорадного стану потерпілої особи (ст. 152 КК України) — карається позбавленням волі на строк від трьох до п'яти років.

Зґвалтування, вчинене повторно або особою, яка раніше вчинила будь-який із злочинів, передбачених ст. 153–155 цього Кодексу, карається позбавленням волі на строк від п'яти до десяти років.

Зґвалтування, вчинене групою осіб, або зґвалтування неповнолітньої чи неповнолітнього карається позбавленням волі на строк від семи до дванадцяти років.

Зґвалтування, що спричинило особливо тяжкі наслідки, а також зґвалтування малолітньої чи малолітнього карається позбавленням волі на строк від восьми до п'ятнадцяти років.

За попереднім КК України зґвалтування кваліфікувалося за ст. 117 і було чисто чоловічим злочином, оскільки його виконавцями, згідно з кримінальним законодавством, могли бути тільки чоловіки. Жінки за цими статтями могли притягатися лише як співучасниці чи організа-

тори-підбурювачі. Ймовірно, розробники такого положення не могли уявити собі сексуального насильства жінок над чоловіками, залишивши останніх беззахисними в таких ситуаціях. Звичайно, такі випадки казуїстичні, але все-таки зустрічаються, викликаючи в оточення частіше не обурення, а жартівливі зауваження. Ось, наприклад, що з гумором писала газета "Киевские ведомости" за 23 листопада 1996 р.: "Холостяк запросив до себе в будинок трьох знайомих жінок. Як водиться, разом випили, закусили, потеревенили, після чого хазяїн став випроводжати панянок. Однак подруги закомизилися. Мовляв, не за тим ми до тебе, дорогенький, прийшли, щоб лише горілки посмакувати, хочемо випити з чаші насолод". Після цього три заміжні жінки, роздягнувши холостяка, котрий опирався і волав про допомогу, влаштували йому "сеанс сексу"... Прокурор, вислухавши скаргу потерпілого відповів, що в подібних випадках наше законодавство безсиле. От якби він, чоловік, поглумився над подругами, тоді сидіти б йому у в'язниці.

Нині Кримінальний кодекс, прийнятий Верховною Радою України 5 квітня 2001 р., поширює кримінальну відповідальність за зґвалтування і на жіночу половину суспільства, а також передбачає поняття обмеженої осудності (Стаття 20. Обмежена осудність), яке відіграватиме важливу роль у справах, де правопорушник страждає на парафілію.

Практично в усьому світі зґвалтування розцінюється як один з найтяжчих злочинів проти особистості. Така позиція зумовлена важливою роллю статевих стосунків у житті людей не тільки як джерела життя, а й як основи людського співіснування. Проте в окремих куточках світу дотепер зберігаються традиції насильницьких статевих зносин навіть між чоловіками (Le Vine R. A.,1959). В основі такої поведінки кенійського племені gusii лежить виховання хлопчиків і дівчат. Будь-які сексуальні прояви в хлопчиків то заохочуються, то караються, а в дівчаток — тільки караються. Жінок gusii з самого дитинства заохочують сексуально дражнити чоловіків. Зокрема, після обрізання до підлітків-хлопчиків приводять підлітків-дівчаток, що оголеними танцюють еротичні танці. У хлопчиків настає ерекція і сильний біль у травмованих статевих членах, що викликає глузування з боку дівчат. Внаслідок таких виховних заходів формується садистський тип чоловіків. Навіть у шлюбі жінки несамовито опираються сексуальним домаганням чоловіка, а чоловіки ґвалтують їх, заподіюючи біль, приниження й одержуючи від цього найбільшу насолоду.

Варто приділити увагу еволюційно-біологічному підходу до пояснення феномену зґвалтування. Це зумовлено хоча б тим, що він майже не висвітлений у вітчизняній медичній та соціальній літературі. Еволюційно-біологічний підхід базується на теорії еволюції Ч. Дарвіна, зокрема на його теорії статевого відбору. Згідно з теорією, еволюція здійснюється не лише за рахунок виживання найпристосованішого, а й завдяки репродуктивному успіху. Перший напрямок статевого відбору — внутрішньостатева конкуренція за доступ до особи протилежної статі. Ознаки, що збільшують шанс доступу, а відповідно шанс на передачу свого генетичного матеріалу наступним поколінням, будуть щораз частіше зустрічатися в наступних поколіннях. Другий напрямок статевого відбору — це конкуренція міжстатева, а саме вибір в особи протилежної статі ознак, найсприятливіших для репродуктивного успіху. Відповідно особи, які програють внутрішньостатеву конкуренцію, не мають доступу до протилежної статі і не можуть передати своїх ознак, генетичного матеріалу, продовжити свій рід. Особи, "забраковані" при міжстатевій конкуренції, не викликають зацікавленості в осіб протилежної статі і теж не можуть передати свого генетичного матеріалу наступним поколінням.

Теорію статевого відбору розвинув R. Trivers (1972), сформулювавши теорію батьківського вкладу. Під батьківським вкладом розуміють всі фізичні та психічні витрати для створення потомства. Звісно, у людини внесок жінки для народження дитини незрівнянно більший, ніж у чоловіка: у неї дозріває близько 400 яйцеклітин за все життя на відміну від мільйонів сперматозоїдів лише при одній еякуляції у чоловіків, жінка дев'ять місяців виношує дитину і виходжує після пологів на відміну від кількахвилинного внеску чоловіка під час статевого акту. Резюме теорії батьківського вкладу: "Стать, що робить більший вклад у потомство, буде перебірливішою у виборі партнера для розмноження, оскільки помилка для неї матиме тяжчі наслідки". Через те головними критеріями вибору для жінок є добрі гени та/або здатність потурбуватися та належно забезпечити потомство. Опитуванням представників різних культур D. Buss (1994) виявив критерії доброго шлюбного партнера для жінок: багатство, амбіційність, працелюбність, старший щодо респондента вік, емоційна зрілість. Для чоловіків критеріями були: молодість, гарне здоров'я та фізична привабливість, що по суті теж є свідченням гарного здоров'я. Інакше кажучи, важливими є ті риси, які забезпечать вагітність, виношування, народження та якісний генетичний матеріал з боку жінки.

Представники статі, які менше вкладають у потомство (у людей це чоловіки), мають дві стратегії: добре турбуватися про партнера та потомство або прагнути запліднити якнайбільшу кількість осіб протилежної статі. Ці стратегії можуть здійснюватись й одночасно і досягати такого самого результату — забезпечити виживання потомства в першому варіанті за рахунок турботи, а в другому — за рахунок кількості. Зрозуміло, що другий варіант викликає опір у статі, що робить більший внесок у потомство (у жінок), оскільки для них існує обмеження в кількості, а нечисленне потомство може не вижити в разі відсутності турботи з боку партнера.

Це підтверджується переважно моногамною спрямованістю жінок і очевидною полігамією у чоловіків.

За гіпотезою D. Smuts і R. Smuts (1993), сексуальний примус є типом статевого відбору. Сексуальним примусом можна вважати будь-які форми психічного чи фізичного тиску, залякування з метою отримання сексуального доступу. Внаслідок цього самці, які програли внутрішньостатеву конкуренцію та забраковані самками, мають змогу передавати свої гени наступним поколінням. Зрозуміло, самки (жінки) через описані вище причини не були зацікавлені в таких обставинах вагітності і шукали шляхів захисту від примусу, що історично спричинилося до формування стійких партнерських зв'язків у вигляді шлюбу тощо.

Еволюційна теорія має дві гіпотези сексуального насильства.

1. Адаптаційна роль зґвалтування як шляху до збільшення репродуктивного успіху шляхом збільшення кількості статевих партнерів, що підкріпилося психологічним механізмом сексуального бажання, пов'язаного з насильством. Інакше як пояснити постійність явища зґвалтування в історичному аспекті за відсутності заохочення з боку суспільства? Чим, окрім еволюційного відбору, можна пояснити саму здатність чоловіка підтримувати сексуальне збудження та здійснювати статевий акт з жінкою, яка його не хоче?

2. Сексуальне насильство — це побічний продукт чоловічої сексуальної психологічної адаптації (Symons D., 1979). Головним є бажання займатися сексом з багатьма партнерами без встановлення психологічних взаємин. Зґвалтування — крайня форма такого бажання.

Та в будь-якому разі еволюційна теорія передбачає вигоду чоловіка від насильницької поведінки — він має змогу передавати генетичний матеріал більшій кількості партнерів, обходячи внутрішньостатеву та міжстатеву конкуренцію. Водночас у зґвалтуванні для

чоловіків існують мінуси ("витрати"): можливі травми при спротиві жінки, помста з боку родичів зґвалтованої, кримінальна відповідальність. У зв'язку з цим еволюційні психологи приділяють окрему увагу проблемі "вигод-витрат", висуваючи гіпотезу, що чим менше можливих "витрат" порівняно з потенційною вигодою, тим більша ймовірність зґвалтування (W. Shields і L. Shields, 1983). Зокрема, це ілюструють масові зґвалтування під час війни, особливо з боку переможців, оскільки жертва практично безпомічна, а механізми покарання практично відсутні. Тобто залежно від обставин той самий чоловік може бути ґвалтівником або не бути ним.

Іншим чинником, що сприяє зґвалтуванням, є відсутність доступу до жінки (Thornhill R. 1980), прямо пов'язана з відсутністю відповідного соціального статусу, багатства, влади. M. Eisenhower (1969), вивчаючи поширеність зґвалтування серед різних соціальних прошарків США, підрахував, що ймовірність зґвалтування жінок у найбідніших районах міст становить 1/77, в районах середнього достатку — 1/2000, а в багатих районах — 1/10000. Еволюційний підхід стверджує, що чоловіки при неможливості добровільно вступати в статеві стосунки з жінками будуть схильні до зґвалтування. Майже кожен чоловік є потенційним ґвалтівником (Thornhill R., Palmer C., 2000). Ці ж автори дослідили, що жертва зґвалтування, яка отримала при цьому фізичні травми, має менше психологічних проблем, аніж жертва без фізичних травм. Еволюційно-біологічна теорія пояснює це наявністю доказів самого зґвалтування, а не добровільних стосунків з іншим чоловіком. В разі відсутності пошкоджень доказами зґвалтування виступають психологічні страждання і психічні розлади жінки. Еволюційна теорія передбачає, що найтравматичнішим є зґвалтування саме для жінок репродуктивного віку (можливість вагітності з випадковим генетичним матеріалом), а також те, що жертвами зґвалтувань мали б бути саме жінки фертильного віку. Також еволюційно поведінка ґвалтівника не повинна призводити до завдання шкоди здоров'ю жертви (еволюційно — матері його потомства), а обмежуватися погрозами та залякуванням. Ці гіпотези статистично підтверджуються.

Звичайно, еволюційно-біологічна теорія може обґрунтовувати глибинні філогенетичні причини феномену зґвалтування, та генетичні фактори реалізуються тільки при взаємодії з навколишнім середовищем (Wright R., 1994). Через те твердження, що кожен чоловік є потенційним ґвалтівником, далеко не означає обов'язковості високого рівня зґвалтувань. Вирішальним є вплив соціальних чинників на

поведінку чоловіків в напрямку зниження їхньої потенційної сексуальної агресії.

За найхарактернішими ситуаціями та особливостями злочинців можна виділити кілька типів зґвалтувань:

- зґвалтування з метою самоствердження в чоловічій ролі;
- зґвалтування в середовищі молодіжних груп;
- зґвалтування знайомих жінок;
- зґвалтування на ґрунті парафілії у вигляді садизму;
- зґвалтування, зумовлене наявністю психотичної симптоматики.

Злочинці першого типу чекають самотніх жінок у безлюдних місцях і нападають раптово, не вступаючи в контакт із жертвою. Агресія супроводжується побиттям з метою перебороти опір жінки. Для розуміння причин злочинної поведінки необхідно проаналізувати психоемоційні особливості ґвалтівників цього типу. На перший погляд може здатися, що ставлення злочинців до жінок цинічне як до нижчих істот, але це не так. Вони відчувають страх перед жінками й у їхній присутності почувають постійну невпевненість у собі, своїх силах і спроможності. Величезну роль у формуванні таких установок відіграє неусвідомлене зберігання емоційної залежності від матері. Здебільшого такі особистості шукають жінку, що володіє психологічними рисами їхньої матері і встановлюють стосунки такі самі, які склалися в них з матір'ю в дитинстві. В іншому варіанті основне значення мають відносини батьків, що стають зразком рольових функцій. І якщо в родині, де виховувався злочинець, мати займала чільну роль стосовно батька, то він вибирає в дружини владну жінку, а себе ставить у підлегле становище. В такий спосіб створюється емоційна залежність не тільки від матері, а й від дружини, а надалі і від жінок взагалі. Водночас постійне невдоволення становищем, що склалося, призводить до наростання психічної напруги, яка вимагає розрядки. Злочинець прагне перебороти домінування не конкретної жінки, а жінок узагалі. Тому акт насильства покликаний виконати два основні завдання: знищення психічної залежності та ідентифікація з чоловічою статевою роллю шляхом насильства над жінкою і психофізіологічною розрядкою напруженої стримуваної потреби. Саме виконання другого завдання зумовлює раптовість нападу і побиття, іноді жорстоке. У момент нападу вся увага концентрується на об'єкті, порушується здатність реально оцінювати те, що відбувається навколо, іноді нехтується небезпека бути затриманим.

Особливий інтерес викликає характерна риса таких злочинів — відсутність хоча б короткочасного контакту між ґвалтівником і жертвою. Справа в тому, що при найменшому контакті виявляється стійка емоційна залежність від жінок і він переходить у підлегле становище. Відповідно про насильство не може бути й мови. Саме виходячи з цього більшість засобів масової інформації, торкаючись теми зґвалтувань, часто радять жертвам спробувати вступити в контакт зі злочинцем. Для цього типу зґвалтувань це найефективніший прийом, хоча здійснити його складно через раптовість нападу.

У ряді випадків основне завдання зґвалтування полягає не так в утвердженні своєї чоловічої ролі, як у приниженні жінок з метою зруйнувати такий значимий для себе образ жінки і знайти емоційну свободу. Адже відомо, що глибинною психологічною причиною будь-якого злочину є несвобода. І чим вищий ступінь несвободи, тим вища ймовірність скоєння злочину.

Проілюструвати цей вид зґвалтувань може випадок обстежуваного Ш., 28 років, який звинувачується у зґвалтуванні і задоволенні статевої пристрасті неприродним способом.

4 серпня вночі у своїй квартирі Ш. зґвалтував Р. і задовольнив пристрасть, змусивши її взяти статевий член у рот, потім примусив її торкатися губами і язиком до свого анального отвору. Після цього змусив Р. пити його сечу, а коли її вирвало, задовольнив свої природні потреби на голову і тіло потерпілої.

Спадковість психопатологією не обтяжена. В дитинстві ріс і розвивався без особливостей. За хуліганство перебував на обліку в інспекції у справах неповнолітніх. Тричі судимий за крадіжки. Одружений, дітей не має.

Правильно і послідовно згадує про події в період інкримінованого діяння. В той день випив трохи пива. Заявляє, що все відбувалося “за згодою”, ні до чого не примушував. Категорично заперечує насильство зі свого боку. Заявляє, що потерпіла заявила на нього тому, що він відмовився сплатити їй необхідну суму грошей. Спокійний, стриманий, дотримується дистанції, вважає себе психічно здоровою людиною. Про скоєне розповідає коротко, неохоче, ухильно. Пам’ять, інтелект не порушені, емоційно-вольові функції збережені.

Групові зґвалтування відбуваються переважно в середовищі молодіжних груп і можуть бути згруповані в кілька типів. До першого можна зарахувати зґвалтування так званих спільних дівчат, які внаслідок різних обставин добровільно чи насильно були втягнуті в

діяльність злочинного угруповання. Для таких жертв властива безвільність, слабохарактерність, фізичне і моральне пригнічення іншими учасниками групи. Багато хто з них неодноразово зазнає сексуального насильства як від окремих осіб, так і від групи осіб. Зґвалтування здебільшого зумовлене не так патологічною потребою в насильстві чи гіпертрофованою сексуальністю, як прагненням дотримуватися традицій мікросоціального середовища, самостверджуватися і самореалізовуватися в різних асоціальних формах.

Велика роль у залученні і приниженні жертв належить іншим дівчатам, які беруть участь у житті групи. З них можна виділити дівчат, які мають інтимні стосунки з лідерами угруповання, їхній мікросоціальний статус залежить від авторитетності партнера. Прагнення підвищити свою роль у групі змушує їх, часто у віці 13–15 років, спокушати лідера. Ці провокуючі дії необхідно враховувати при визначенні провини за вступ у статевий зв'язок з неповнолітніми у разі притягнення до кримінальної відповідальності.

Ще один тип дівчат у молодіжних угрупованнях — це дівчата зі схильністю до делінквентної поведінки, з твердим характером, від яких нічого не домогтися без їхнього бажання. Ці вступають у статевий зв'язок тільки з ким хочуть і тоді, коли хочуть, але активно схиляють, а часом і примушують до цього інших учасниць групи або дівчат з боку. Вони мають авторитет у групі, не "коляться" у міліції, а часто навіть лжесвідчать у справах про зґвалтування чи про інші злочини.

Інший вид групових зґвалтувань — це зґвалтування раніше незнайомих дівчат, вчинені під час спільного дозвілля. Важливим моментом у скоєнні зґвалтування такими групами є позиція їхнього лідера. Часто це психопатизована особистість з вираженою агресивністю, що має явні або приховані патологічні насильницькі чи сексуально-насильницькі девіації.

Основна маса членів групи — конформні особистості, що легко підкоряються, слабовільні та безініціативні. Самі вони ніколи не зважилися б на зґвалтування, але беруть участь у ньому, прагнучи зберегти свою належність до групи. Чим нижчий рівень розвитку особистості, тим більше виражене прагнення до об'єднання в групу, де можна відчути себе комфортніше, впевненіше, використовуючи групову солідарність, утвердити своє "Я". Характерною рисою групи є знижена критичність і підвищена агресивність, яка ґрунтується на соціальному зараженні.

Групи, що чинять зґвалтування, вкрай рідко створюються спеціально для сексуальної злочинної діяльності. Найчастіше заздалегідь злочин не планується, а ідея скоїти зґвалтування виникає раптово за сприятливого збігу обставин. Сприятливі умови виникають тоді, коли жертва опиняється наодинці зі злочинцями за малої імовірності допомоги збоку. Такій оцінці ситуації в багатьох випадках сприяє легковажна і сексуально провокуюча поведінка потерпілих.

31 липня 1994 р. близько 19 години М. (20 років), П. (18 років), В. (15 років) і К. на території Центрального ботанічного саду АН України зустріли раніше незнайомих чотирьох підлітків: двох юнаків і двох дівчат. Після короткого спілкування двоє з них пішли. З чотирма обвинувачуваними залишилися чотирнадцятилітня Світлана і її друг А. Обставини видалися сприятливими і було вирішено здійснити з дівчиною насильницький статевий акт. Діяли злочинці узгоджено і з розподілом ролей. М. був поруч з А., щоб останній не міг перешкодити протиправним діям. У цей час К., перебуваючи удвох зі Світланою серед дерев і чагарників поза зоною видимості А. і М., застосовуючи фізичне насильство і висловлюючи погрози, штовхнув потерпілу в спину. Коли вона упала на землю, К., утримуючи рукою її за голову, розтиснув щелепи, здавлюючи їх з обох боків пальцями рук, і, переборюючи опір потерпілої, увів статевий член їй у рот та проти її волі скоїв насильницький статевий акт у збоченій формі. У відповідь на прохання потерпілої відпустити її, К. наполягав, щоб вона вступила в статевий зв'язок з іншими членами злочинної групи. У разі відмови пригрозив для розмов з нею покликати ще шістьох своїх знайомих, які перебувають поблизу в ботанічному саду. Реально сприймаючи погрози К. і побоюючись застосування фізичного насильства, потерпіла не могла чинити йому активного опору і він проти її волі вдруге ввів статевий член їй у рот і зробив ще один насильницький статевий акт у збоченій формі.

Після цього до потерпілої підійшов В. і відразу зажадав, щоб вона вступила з ним у статевий зв'язок і лягла на землю. Одержавши відмову, В., застосовуючи фізичне насильство, долаючи опір потерпілої, ривком поклав її на землю і, щоб вона не кричала, однією рукою надавив їй на горло, а другою зняв з потерпілої шорти і плавки. Потім, переборюючи опір потерпілої, В. розсунув їй ноги, після чого здійснив насильницький статевий акт у природній формі.

Наступним до С. підійшли М. і П., але, на прохання останнього, М. дав можливість йому першому зробити насильницький статевий акт, а сам відійшов вбік очікувати своєї черги і вести спостереження за ситуацією навколо. В цей період він і був затриманий працівниками міліції.

У таких групових зґвалтуваннях особлива роль належить лідеру групи, яким у цьому випадку виступає двадцятилітній М., що володіє психопатичними рисами характеру. Відомо, що в 1991 р. він переніс ЧМТ, після чого з'явилася нервозність, дратівливість, перепади настрою, порушення сну. За характером вразливий, часом зривається, намагався різати вени після сварки з дівчиною. У 1993 р. спостерігався психіатрами, лікувався в психіатричній лікарні, скаржився на поганий настрій, не міг спокійно розв'язати свої конфлікти з близькими. Щоб вивести себе з цього стану приймав багато ліків, алкоголь. На початку 1994 р. знову проходив лікування в психіатричній лікарні. У процесі слідства свою участь у зґвалтуванні заперечував (він справді сам не ґвалтував).

При психологічному обстеженні тримається вільно, довірливий тон відкидає. Для особистісної сфери властива стенічність, активність життєвих проявів, товариськість, швидка адаптація до мінливих умов, егоїзм, вразливість, що зовні проявляється звинувачувальним типом реагування, запальність у конфліктних ситуаціях.

Інші члени групи категорично заперечували факт насильства і стверджували, що потерпіла сама погодилася вступити з ними в статевий зв'язок. У них, а особливо у 15-річного В., яскраво виражені природні вікові реакції групування з однолітками, емансипації, самоствердження.

Останніми роками відзначається різке збільшення участі жінок у різних злочинах, у тому числі в зґвалтуваннях. До окремого типу групових зґвалтувань можна зарахувати випадки з провідною роллю дівчат у злочинних діях. Такі злочинниці відчувають зниження свого соціально-психологічного статусу і моральну перевагу сусідок, однокласниць, колишніх подруг. Саме останніх злочинниці і вибирають на роль жертви, щоб, принизивши їх, підняти себе у власних очах. Вони запрошують дівчат, які нічого не підозрюють, у компанію, попередньо представивши їх як осіб легкої поведінки, нерозбірливих у статевих зв'язках. Нерідко самі підказують учасникам групи, як жорстокіше принижувати і знущатися над потерпілими, самі беруть участь у насильстві, примушуючи потерпілих до перверзних статевих дій. Під час слідства вони розповідають, що хотіли помститися потерпілим за нібито завдану образу, їх дратувало, що потерпілі "корчили із себе незайманих" та ін. Жодного співчуття, жалю злочинниці до жертв не відчувають, навпаки, відчувають своєрідне задоволення.

Для таких особистостей властивий високий рівень агресії, чоловічі риси характеру, схильність до лідерства, жорстокість, емоційна холодність, коливання самооцінки з тенденцією до підвищення.

Ф., 14 років, Н., 14 років, Р., 14 років. Обвинувачуються в побитті і зґвалтуванні неповнолітньої Іри.

У вересні, в денний час Ф., Р. і Н. після повторного побиття зґвалтували неповнолітню Іру. Р. і Н. утримували потерпілу, допомагаючи Ф. (єдиній серед обвинувачуваних особі чоловічої статі) ґвалтувати.

Ф. є єдиною дитиною в сім'ї, має психопатичні риси характеру, вирізняється запальністю, конфліктністю, забіяка. Вчиться погано, перебуває на обліку в інспекції у справах неповнолітніх (ІСН). Схильний до бродяжництва, неодноразово затримувався, робив самопорізи рук. Розповідає про те, що трапилося, вкрай неохоче, уривчасто. При цьому замкнутий, вразливий, відвертається, замикається в собі. При наполегливому розпитуванні дратується, запальний. Настрій мінливий, егоцентричний. Зовні спокійний, контакт активно не підтримує, на довірливий тон бесіди не налаштований. Пізнавальні інтереси не розвинені, загальна поінформованість невисока, словниковий запас бідний.

Індивідуально-особистісні особливості: конформність, товариськість, стенічність, активність, запальність у конфліктних ситуаціях, низька емотивність, нерозвинена здатність до співчуття, співпереживання. Характерні природні для його віку реакції групування з однолітками, емансипації, прагнення до самореалізації, визнання оточенням.

Звертає на себе увагу значна схожість психічних особливостей Р. з Ф. Вона теж має психопатичні риси характеру, старша з двох дітей, вчилася погано, намагалася вистрибнути з вікна, при затриманні зробила самопорізи в ділянці передпліччя. Через бродяжництво стоїть на обліку в ІСН. Заперечує свою допомогу в зґвалтуванні. Контакт підтримує, на довірливий тон не налаштована, на суб'єктивно неприємні питання легко дратується, підвищує голос, легко грубить, активно захищається. Заявляє, що потерпіла сама винна, тому що "занадто багато ляпає язиком", жалю до неї не відчуває, тому що вона їй "не родичка і не подруга".

Напередодні зґвалтування відкрито викрала сережки в Н. (ще однієї співучасниці злочину). Індивідуально-особистісні характеристики: активність, товариськість, лідерські тенденції, егоїзм, наполегливість, впертість. В емоційній сфері — низька емотивність, вразливість, застрягання на негативно забарвлених переживаннях, дратівливість, запальність, схильність до демонстративних форм реагування в конфліктних ситуаціях.

Н. навчалася в школі-інтернаті для малозабезпечених. Вчиться нормально, на обліку в ІСН не перебуває. Себе характеризує боязкою, вразливою, доброю. Розповідає про те, що трапилося, коротко і неохоче, свою поведінку в момент злочину пояснює впливом співучасників.

Стенічна, товариська, вразлива, емоційно неврівноважена, збудлива, запальна, схильна до зовнішньозвинувачувальних форм реагування в конфліктних ситуаціях.

Велика кількість зґвалтувань, що скоюються за сприятливого збігу обставин, не мають групового характеру. Такі злочинці не шукають жертву, не чекають її, намір у них може виникнути раптово. Як правило, витоки таких імпульсивних дій варто шукати в дитячому періоді життя. Вони виховувалися в неблагополучних сім'ях чи інтернатах в умовах жорстокості і насильства, регулярно зазнавали побоїв і глузувань. Такі умови створювали постійну емоційну напругу, що вимагало періодичної розрядки у вигляді різних імпульсивних реакцій. Вони часто і раптово йшли з дому, виявляли невмотивовану агресію, прогулювали уроки, брали участь у крадіжках, вживали спиртні напої.

Жертвами таких злочинів стають жінки різного віку, що потрапляють чи створюють сприятливі для злочину умови. Для них властива надмірна довірливість, необачність, нездатність об'єктивно оцінювати обстановку.

До таких імпульсивних дій належать також зґвалтування представниць іншої соціокультурної спільноти. З одного боку, рушійним мотивом цих злочинів є презирливе і навіть вороже сприйняття чужої національної групи, що робить її представниць прийнятними об'єктами насильства. З другого боку, таку поведінку можна розцінити як спробу самоствердження і утвердження своєї національної переваги шляхом приниження представниць чужого народу й у такий спосіб — всього народу.

Особливо яскраво такі злочини реалізуються у воєнний час окупантами на захопленій території, причому часто зґвалтування закінчуються убивствами. Такими повідомленнями з колишньої Югославії і з Чечні рясніли свого часу засоби масової інформації.

У складі цієї категорії злочинців можна виділити ґвалтівників, які внаслідок фізичних або психічних дефектів не можуть розраховувати на встановлення контактів з жінками (відкинуті особи). Основну масу таких злочинців становлять олігофрени ступеня легкої дебільності, тому що нормальна жінка навряд чи добровільно погодиться вступити у статевий зв'язок з особою з низьким інтелектом і неохайним зовнішнім виглядом. Вони вчиняють злочини раптово у зв'язку з обставинами, суб'єктивно розцінюваними як сприятливі. Однак внаслідок інтелектуальної недостатності злочини відбуваються в

ситуаціях, наперед приречених на виявлення і затримання ґвалтівника. Віковий спектр потерпілих дуже широкий — від малолітніх до старих. Сліди злочину найчастіше не ховаються, але в ряді випадків зґвалтування супроводжується вбивством, особливо якщо жертва була неповнолітньою.

Будучи затриманими, олігофрени категорично заперечують зґвалтування, мотивуючи статевий акт добровільною згодою потерпілої, або не можуть дати жодних пояснень того, що відбулося.

Саме до цієї групи належить олігофрен ступеня легкої дебільності, вісімнадцятирічний Р., який звинувачується у зґвалтуванні неповнолітньої Ю., з якою також задовольнив статеву пристрасть неприродним способом.

Спадковість Р. психопатологією не обтяжена, до школи пішов у сім років. Закінчив дев'ять класів загальноосвітньої школи, однак, як повідомляє сам підекспертний, у школі не вчився. Переводили з класу в клас, хоча не навчився ні читати, ні писати. В шкільні роки був на обліку в ІСН, притягувався до кримінальної відповідальності за ст. 206.

Зі слів брата, Р. ріс і розвивався нормально, раніше у психіатрів не лікувався. Соматоневрологічний стан без особливостей.

Психічний стан. В ясній свідомості, орієнтований всебічно. Настрій ситуаційно знижений, стурбований своїм нинішнім становищем. На запитання відповідає по суті, наполягає, що у статевий зв'язок вступав "за згодою". Емоційно лабільний, афектується при неприємних для нього запитаннях. Невміння читати і писати пояснює труднощами шкільного матеріалу і тим, що "не було бажання". Мислення конкретизоване, тугорухоме, переносного значення, підтексту не вловлює, судження поверхові. Продуктивної психотичної симптоматики не виявляє.

Схильний до реакцій образи, виявляються негативістичні тенденції. Запас знань вкрай мізерний, уявлення про світ примітивне, словниковий запас дуже бідний, труднощі в словесному оформленні відповідей. Пізнавальна активність низька, процеси узагальнення і відволікання знижені.

В особистісній сфері відзначаються риси незрілості, низька самооцінка, підвищена вразливість, ранимість, схильність переживати образи у внутрішньому плані, труднощі у встановленні міжособистісних контактів, невпевненість у собі.

До відкинутих осіб можуть належати також повноцінні чоловіки з непривабливою зовнішністю, які не користуються популярністю в жінок. Сексуальна фрустрація створює постійну психічну напругу,

сприяє психопатизації і патологічному розвитку особистості. Через те в разі виникнення сприятливої ситуації буває важко відмовитися від можливості нею скористатися, що часто завершується зґвалтуванням. У таких злочинців часто виробляється зухвало-наполегливий стиль поведінки з жінками, які дають мінімальні підстави сподіватися на статеву близькість.

Для прикладу, 26 січня, о 21.00 при зупинці електропоїзда на платформі "Лісництво", перебуваючи в стані алкогольного сп'яніння, П. (34 роки), застосовуючи фізичне насильство з метою зґвалтування (здавлення шиї руками), змусив К. вийти з вагона електропоїзда на платформу. Перебуваючи на платформі, звинувачений зажадав від потерпілої, висловлюючи на її адресу погрози фізичної розправи, щоб вона вступила з ним у статевий зв'язок у природний і неприродний спосіб. Після цього, продовжуючи застосовувати до потерпілої фізичне насильство, що виразилося в завдаванні їй ударів руками по обличчю і тулубі, висловлюючи на її адресу погрози вбивством, завів К. у лісопосадку, де здійснив з нею статеві акти в природний і неприродний способи. Після скоєння цих злочинів П., з метою заволодіння особистим майном К., відкрито викрав речі, забрав їх і пішов, залишивши К. у лісопосадці.

Спадковість психічними захворюваннями не обтяжена. В дитинстві відзначалися явища нічного енурезу, був на обліку в інспекції у справах неповнолітніх. Освіта вісім класів, ПТУ за фахом слюсар-тракторист. Працював вантажником, тому що "більше платили", закінчив курси водіїв. В армії не служив через енурез. В 1980 р. притягався до кримінальної відповідальності за ст. 141 ч. 2, 206 ч. 2 КК, звинувачувався в тому, що, перебуваючи у нетверезому стані, в нічний час у безлюдних місцях підстерігав жінок, бив їх, вимагав вступити з ним у статевий зв'язок. У ході слідства було проведено судово-психіатричну експертизу. Під час обстеження на запитання відповідав з роздратуванням, озлоблений, у поведінці відзначалася демонстративність, емоційна нестриманість, дратівливість, запальність, виявляв ознаки психопатії, обмежений запас знань при добрій орієнтації в практичних, життєвих питаннях. Був визнаний осудним і засуджений до шести років позбавлення волі у виправно-трудовій колонії (ВТК) посиленого режиму. Звільнився в 1986 р. Одруженим не був, проживав з кількома жінками. Зазнав адміністративного покарання на 15 діб. У листопаді 1987 р. був засуджений за ст. 100 КК, звільнився в листопаді 1993 р.

У ході слідства пояснив, що познайомився з дівчиною в електричці, розмовляли про дрібниці, пригощав її сигаретою. На станції витягнув її за руку з вагона, нібито вона почала його цілувати, а потім дряпатися.

Він схопив її за горло, побив, погрожував задушити, здійснив статевий акт. Вона почала цілувати його живіт, взяла його член і вкусила, за що П. її вдарив. Дівчина гола втекла, а звинувачуваний з речами потерпілої сів в електричку і був затриманий працівниками міліції.

Послідовно повідомив про себе відомості, не виявляючи грубих розладів пам'яті. Алкоголіком, психічно хворим себе не вважає. Пояснює, що з його боку було трохи нахабства, тому що самостійно ніхто під нього не ляже, а поведінка потерпілої свідчила про те, що вона згодна була з ним йти і здійснити статевий акт. Відзначає в себе тягу до зґвалтування жінок, не може тривалий час жити з однією жінкою.

Емоційно лабільний, критична здатність збережена. Виявляє ознаки психопатії, визнаний осудним.

Останніми роками значно збільшилася кількість зґвалтувань, в яких злочинець і жертва були знайомі по роботі чи спільному дозвіллю, на вулиці, у ресторані та ін. У здійсненні такого зґвалтування велику роль відіграє поведінка жінки, що має виражений віктимний характер. З аналізу таких випадків може скластися враження, що потерпіла сама всіляко сприяла здійсненню злочину. Вона може сама добровільно прийти додому до малознайомого чоловіка, фліртувати, залишатися на ніч, не відкидати чи навіть заохочувати пестощі і поцілунки. У деяких випадках злочинець і жертва раніше вступали в статевий зв'язок.

Потерпілих можна розділити на дві групи: до першої можна зарахувати жінок, які не усвідомлювали своєї поведінки чи неадекватно оцінювали ситуацію, до другої — жінок, поведінка яких є свідомою чи несвідомою сексуальною грою, в яку втягується чоловік. До другої групи належить переважна більшість потерпілих. Приклади такої гри можуть зустрічатися на дискотеці, коли жінка усім своїм виглядом і поведінкою спонукає конкретну особу запросити її на танець, але, одержавши запрошення, відмовляється від нього. В ряді випадків гра заходить значно далі — жінка своєю поведінкою переконує у своїй готовності до інтимної близькості, але в останній момент своєю відмовою завдає чоловікові емоційного удару. Свідомою чи підсвідомою метою жінки є психологічне задоволення, отримане від емоційних страждань чоловіка і переживання ним почуття сексуальної неповноцінності. З боку жінки спостерігаються свого роду явища психічного садизму. Якщо ситуація цим вичерпується, то не настає жодних юридичних наслідків. Однак у ряді випадків чоловік сприймає відмову

від близькості як кокетство або не бажає залишатися в психологічному програші і примушує жінку до здійснення статевого акта, позбавляючи її запрограмованої "винагороди". Після цього з'являється звинувачення в зґвалтуванні і жінка все-таки одержує психологічне задоволення від чоловічої поразки. Іноді, щоб отримати моральне право на помсту, жінка провокує чоловіка на образи й агресію.

Притягнуті до відповідальності ґвалтівники вважають себе потерпілою стороною, і небезпідставно. В ряді випадків постає запитання, а чи було зґвалтування взагалі.

У частини потерпілих можна припустити наявність мазохістських тенденцій і приховане бажання бути об'єктом насильства, брутальності, приниження й жорстокості. А оскільки для таких дій чоловіку необхідний опір, жінка часто несвідомо намагається потрапити в такі ситуації або створювати їх. Однак після зґвалтування й одержання задоволення включаються соціальні механізми реагування, починаються переживання і вона вимагає покарання ґвалтівника. В таких ситуаціях потрібно вкрай виважено вирішувати питання про притягнення чоловіка до кримінальної відповідальності, тому що жінка насправді прагне до статевих зносин, а її опір спрямований на надання цим зносинам необхідної їй специфіки. Чоловік здебільшого не підозрює про внутрішні спонуки жінки. Однак у цієї проблеми є й інший бік. Серед чоловіків існує поширена думка, що кожна жінка мріє бути зґвалтованою і саме цією позицією намагаються виправдати свої насильницькі дії.

Окремо слід зупинитися на питанні неправдивих звинувачень, коли подається заява про зґвалтування, якого насправді не було. Ю. Антонян і О. Ткаченко (1996) наводять ряд причин, що спонукають до безпідставного обвинувачення. Іноді жінка звинувачує свого колишнього чоловіка з метою позбавити останнього прописки й уникнути розподілу житлової площі і майна. Дехто подає заяву про зґвалтування з метою примусити обвинувачуваного вступити в шлюб, одержати матеріальні блага шляхом шантажу або з помсти на ґрунті ревнощів. Шляхом заяви жінки намагаються пояснити нареченому чи батькам втрату невинності, виправдати в очах родичів і знайомих наявність вагітності чи здійснення аборту. Іноді подати заяву примушує чоловік, який довідався про статеві зносини дружини з іншим чоловіком.

Позначається на подачі неправдивих заяв також правова непоінформованість. Намагаючись примусити партнера вступити в шлюб, жінки повинні знати, що справи про зґвалтування не можуть при-

пинятися за заявою потерпілих. Дехто припускає, що зґвалтування надає право на одержання матеріальних благ від держави — пенсії з інвалідності, квартири тощо.

Популярними об'єктами таких безпідставних обвинувачень у зґвалтуванні нині в Україні є багаті люди — процвітаючі підприємці і бізнесмени. З одного боку, метою може бути шантаж "ґвалтівника" і одержання "жертвою" грошей, з другого — метою може бути дискредитація і тюремне ув'язнення підприємця в інтересах його конкурентів. В цьому випадку організаторами підставної "постраждалої" і подальших обвинувачень є конкуренти, від яких вона й отримує матеріальну винагороду.

Часом зацікавлені сторони звертаються за консультативно-медичним висновком до психіатрів чи сексологів. Важливо зазначити, що консультативно-медичний висновок містить відповіді на питання захисту чи звинувачення залежно від того, хто звернувся за консультацією. Тому вдало поставленими запитаннями можна акцентувати увагу фахівця на вигідних для однієї із сторін аспектах кримінальної справи. Висновок відповідно може звучати не цілком об'єктивно, особливо якщо для вивчення подано не всі матеріали, а лише вигідні для однієї із сторін.

Зґвалтування, зумовлені психотичною симптоматикою ґвалтівника, не пов'язані із сексуальними девіаціями чи перверзіями. Це переважно хворі на шизофренію, які часто не розуміють, що діють, підкоряючись галюцинаторним вказівкам або внаслідок маячних розладів. Цих злочинців частіше за інших затримують і притягають до кримінальної відповідальності через нехтування небезпеки, безліч слідів на місці злочину, невміння швидко і надійно сховатися внаслідок своєї психічної неповноцінності.

В інших випадках на маячному ґрунті формується паралогічна система, що виправдовує і навіть вимагає здійснення актів насильства. В таких випадках злочини ретельно плануються і серійно здійснюються. Основною метою є не одержання статевого задоволення, а реалізація певного символічного змісту.

5.3. Ексгібіціонізм

Ексгібіціонізмом (самооголенням) називається сексуальне відхилення, яке ґрунтується на демонструванні своїх статевих органів особам протилежної статі з метою одержання сексуального задоволення і поза контекстом підготовки до статевого акту.

У кримінальному законодавстві України ексгібіціонізм не виділяється в самостійний злочин і підлягає покаранню у разі розцінювання цих дій як розпусних (ст. 156) чи хуліганських (ст. 296). Після зґвалтування він є другим за частотою сексуальним злочином.

Найчастіше ексгібіціонізм зустрічається в істероїдних і шизоїдних психопатів або акцентуйованих особистостей, а також в інволюційному періоді. Залежно від порушень певних компонентів сексуальної поведінки можна виділити кілька його варіантів (Б. Л. Гульман, 1994): ексгібіціонізм, зумовлений психічним захворюванням, ексгібіціонізм внаслідок порушення психосексуального розвитку при нормальному загальному психічному розвитку, нав'язливий варіант ексгібіціонізму, компенсаторний (інволюційний), зумовлений зниженням сексуальної функції. За перебігом ексгібіціонізм може бути прогредієнтним, стабільним, ремітуючим і регредієнтним.

Більшість авторів розглядають ексгібіціонізм як винятково чоловічу девіацію. З такими твердженнями не можна цілковито погодитися. Ексгібіціонізм спостерігається й у жінок, але набуває інших форм. Справа в тому, що статеве збочення виявляється тоді, коли є невідповідність з нормою, спрямованість проти системи норм. А оскільки прояви жіночого ексгібіціонізму здебільшого соціально прийнятні і як порушення норми не розглядаються, то й було зроблено помилковий висновок про його відсутність. Мало того, жіночий ексгібіціонізм навіть заохочується, зокрема у формі стриптизу, під час якого деякі виконавиці нерідко досягають сексуальної розрядки аж до переживання оргазму. До інших проявів жіночого ексгібіціонізму можна зарахувати оголення не статевих органів, а інших частин тіла, наприклад, грудей, за допомогою певних особливостей одягу. Донедавна, поки індустрія розваг ще не досягла сильного розвитку в нашій країні, категорія жінок для дослідження характерологічних особливостей обмежувалася фотомоделями еротичної фотографії. Серед 30 фотомоделей віком від 18 до 30 років було виявлено такі спільні риси: легковажність, безвідповідальність, несумлінність, низький моральний контроль поведінки, владність, самовпевненість, схильність до лідерства, сенситивність, нетерплячість, вимогливість, підозрілість, дратівливість, недовірливість, радикалізм, гнучкість, авантюризм, високий ступінь незалежності поведінки. 68 % виховувалися в неповних, конфліктних сім'ях, 72 % переживали сексуальні дисгармонії, зумовлені порушенням психічної складової копулятивного циклу (І. Є. Бабушкін, Ю. Ю. Дьомін, М. С. Лук'янова, 1992).

Прояв ексгібіціонізму в чоловіків намагаються пояснити з різних наукових позицій. З погляду психоаналізу — це магічна дія проти кастрації і проти усвідомлення того, що є люди без статевого члена, тобто жінки.

Через фізичні чи особистісні дефекти, психічну інертність сексуальна розрядка неможлива в рамках звичайних міжлюдських контактів. Тому, згідно з Schnabl (1974), ізольована демонстрація чоловічої сили, символом якої є статевий член, служить виходом для сексуальної напруги.

Musch (1976) висунув гіпотезу, що в основі ексгібіціонізму лежить атавістична схильність до певних форм поведінки. У зв'язку з цим він проводив паралель між культом фалоса, оголеністю геніталій вождя й ексгібіціонізмом. Чоловічі геніталії, а особливо ерегований статевий член (фалос), завжди символізували владу, силу, могутність. Ерекція у вищих тварин неконтрольована і є знаком агресії, відповідно до багатьох вірувань фалос повинен вселяти оточенню страх і повагу. І чим більший статевий член, тим могутніший його власник. На наскельних зображеннях кам'яного віку чоловіки, вищі за рангом, мають довший статевий член.

Майже у всіх народів культ фалоса був досить поширеним. У Давній Греції предметами поклоніння були квадратні колони з чоловічою головою та ерегованим статевим членом, у Давньому Римі маленькі діти як засіб захисту від зла носили на шиї фалічні амулети.

В усіх описаних прикладах спостерігається виставляння напоказ чоловічих статевих органів поза сексуальним контекстом. Особливо характерним є посилення сигналів, що виходять від статевих органів: при фалічному культі і генітальній оголеності посилення здійснюється через яскраве розмальовування чи надзвичайні розміри, а при ексгібіціонізмі — словесним акцентуванням уваги чи незвичайністю ситуації.

Метою ексгібіціоніста є змішана реакція страху, цікавості і сексуального збудження на його дії. І чим вираженіший прояв жіночого переляку і зацікавленості, тим більшу насолоду отримує ексгібіціоніст. Лише 25 % ексгібіціоністів прагнули викликати позитивну реакцію в жінок, що свідчить про наявність садистичного компонента. Якщо жінка не звертає уваги, реагує співчутливо чи байдуже, не виявляє соромливості, то ексгібіціоніст почувається розчарованим і пригніченим. Переляк виникає в жінок далеко не від вигляду статевих органів, а через страх агресії чи зґвалтування. Проте вкрай рідко зустрічають-

ся ексгібіціоністи, для яких сам акт ексгібіціонізму випереджає акт насильства. Більшість ексгібіціоністів — люди боязкі, з пригніченою агресивністю, почуттям власної неповноцінності, мають труднощі при встановленні контактів з іншими людьми. Для них зовсім не властива безсоромність у встановленні контакту з жінкою, як може здатися на перший погляд. Навпаки, вони надмірно ідеалізують образ жінки, що гальмує можливість контакту. В деяких випадках пропозиції жінок вступити з ними у статевий зв'язок викликали в ексгібіціоністів страх або втечу.

Ексгібіціонізм як сексуальна перверзія характеризується всіма ознаками аномалій потягу. Продромальні явища характеризуються сексуальною напругою, підвищеною руховою активністю, дратівливістю, занепокоєнням, різними страхами. Виникає почуття внутрішнього примусу, неможливості йому протистояти, усвідомлення неминучості здійснення акту ексгібіціонізму. Небезпека і страх реалізації цього потягу, ймовірно, відіграють роль додаткових стимулів. Період реалізації акту характеризується психогенним звуженням поля свідомості, порушенням здатності керувати своїми діями і реально сприймати навколишню дійсність навіть у загрозливій ситуації. Для завершальної стадії властива редукція сексуальної напруги, відновлення ясної свідомості, поява почуття сорому, страху перед покаранням, рішення припинити практику ексгібіціонізму. Однак через якийсь час знову наростає сексуальна напруга, починається продромальний період і все повторюється знову.

Загалом більшість жінок спокійно реагують на акти ексгібіціонізму, тому багато хто з ексгібіціоністів прагне звернути на себе увагу дівчат чи дітей, що кваліфікується як розпусні дії і кримінально переслідується.

Обстежений Б., 26 років. Звинувачується у скоєнні розпусних дій.

Спадковість психопатологією не обтяжена. Народився недоношеним, ріс слабким, хворобливим. У 4,5 роки впав з платформи, одержавши при цьому черепно-мозкову травму. До школи пішов у 7 років, вчився посередньо, дублював другий клас. За характером був тихим, спокійним, боязким, нерішучим, однак любив перебувати в центрі уваги, часто потрапляючи під вплив оточення. Після восьмого класу вступив до суднобудівного училища, де вільний час проводив у компанії однолітків з асоціальною поведінкою. Перебував на обліку в дитячій кімнаті міліції, його поведінку розбирали в комісії зі справ неповнолітніх, притягався до кримінальної відповідальності за ст. 81

КК України. У віці 19 років притягався за ст. 121 КК України (розпусні дії), проходив СПЕ і був визнаний осудним, який виявляє ознаки ексгібіціонізму. Був засуджений, відбував покарання у ВТК. Через якийсь час після звільнення знову був притягнутий за ст. 121 і проходив СПЕ, де був визнаний осудним, що виявляє ознаки органічного ураження ЦНС травматичного генезу з психопатизацією особистості й ексгібіціонізмом. Був засуджений на два роки, відбував покарання у ВТК. Звільнившись, повернувся додому, влаштувався працювати в будівельну організацію. Того ж року затяг у під'їзд будинку малолітню Х., де в її присутності оголювався і вчинив розпусні дії.

Соматично без патології. Очна щілина праворуч більша, ніж ліворуч, реакція зіниць на світло млява, конвергенція очних яблук недостатня, деяка асиметрія носо-губних складок. Сухожильні рефлекси жваві, викликаються з розширених зон. Патологічних рефлексів немає.

Психічний стан. Свідомість ясна, орієнтований всебічно. У бесіді тримається вільно, природно, відповідає правильно, по суті. Заявляє, що з дитинства чує "голоси", які змушують його робити розпусні дії. Говорить при цьому стереотипно завченими фразами, плутається, суперечить собі. Намагається переконати лікаря в тому, що це хвороба, від якої він сам позбутися не може. Просить направити його на лікування, при цьому вираз обличчя стає страждальницьким, плаксивим. Пам'ять, інтелект без грубих порушень. Мислення логічне, послідовне, ближче до конкретного типу. Судження поверхові, примітивні, коло інтересів звужене. Емоційні реакції жваві, адекватні. Маячні, галюцинацій не виявляє, критично ставиться до свого стану в ситуації, що склалася.

Досить часто ексгібіціонізм поєднується з вуаєризмом (скоптофілією), що є його протилежністю. При вуаєризмі сексуальне збудження і насолода досягаються шляхом споглядання чужих геніталій шляхом підглядання за людьми, які здійснюють сексуальні дії. Елементи вуаєризму соціально прийнятні в рамках європейської культури (стриптиз, вар'єте та ін.). Тому про сексуальне відхилення можна говорити, якщо приховане підглядання стає основним або єдиним способом досягнення сексуального задоволення. Прихованість підглядання викликає відчуття влади над об'єктом, за яким споглядають, та емоційну напругу, зумовлену небезпекою виявлення того, хто підглядає.

Обстежений С., 33 років. Звинувачується у скоєнні розпусних дій щодо малолітніх.

Спадковість психопатологією не обтяжена. Ранній розвиток без особливостей, вчасно пішов до школи, вчився добре, закінчив 10 класів. Після школи зразу вступив до інституту харчової промисло-

вості. Відслужив два роки в армії. Одружений, відносини в сім'ї гарні, спиртними напоями не зловживає, тяги до них не має.

З матеріалів справи відомо, що С. систематично з'являвся в дворі одного багатоповерхового будинку і заглядав у вікна жіночої консультації, а також оголювався перед дівчатками, що проживають у цьому будинку, пропонував їм торкатись його статевого члена.

С. повідомив, що в нього приблизно із семи років з'явився потяг до підглядання за жінками і зберігався до вступу в інститут і знайомства з майбутньою дружиною. Потім цей потяг періодично відновлювався у зв'язку з нервовими потрясіннями. В ході розслідування давав детальні показання, події викладав досить докладно і логічно.

Дружина нічого незвичайного в поведінці С. чи ознак перверзій не відзначала, характеризує його тільки з позитивного боку.

Соматично і неврологічно без патології.

Психічний стан. В ясній свідомості, всебічно орієнтований, відповіді логічні, послідовні. Маячних, галюцинаторних переживань не виявлено. Тримається природно, бентежиться від питань по суті справи, однак заперечує скоєне. Зізнається, що в нього є якісь сексуальні перверзії і згоден лікуватися в сексопатолога. Емоційні прояви адекватні, пам'ять і увага без істотних змін. Критичний.

Визнаний осудним. Психічно здоровий, виявляє ознаки сексуальних перверзій.

До різновидів ексгібіціонізму також зараховують кандаулезизм, фротаж і тріолізм.

Кандаулезизм — це поєднання ексгібіціонізму з мазохізмом, при якому сексуальне задоволення досягається шляхом демонстрації оголеної дружини чи сексуальної партнерки іншим чоловікам. Це може здійснюватися таємно або з добровільної чи вимушеної згоди жінки, яка являє величезну цінність, що досягає рівня фетишизації. Тут невіддільну роль відіграє мазохістський компонент самокатування. Можуть демонструватися також фотографії та інші види зображень оголеної дружини чи партнерки.

Фротаж — досягнення сексуального задоволення шляхом непомітного тертя чи дотику статевим членом до різних частин тіла жінки в умовах великого скупчення людей (транспорт, ліфти, зібрання та ін.). У деяких випадках при цьому можливе виверження сім'я з попаданням сперми на одяг жінки.

Тріолізм — поєднання ексгібіціонізму з вуаєризмом, при якому сексуальне задоволення досягається участю в груповому сексі, для чого потрібні як мінімум троє (звідси й назва — тріолізм).

Судово-психіатрична експертиза ексгібіціонізму будується відповідно до комплексного принципу оцінки нозологічних форм психічної патології і характеру порушень синдрому змінених потягів. На першому етапі проводиться судово-психіатрична оцінка наявної психічної аномалії (або визначається її відсутність) з позиції медичних і психологічних критеріїв неосудності. Якщо відсутні підстави для неосудності, аналізуються динамічні і структурні характеристики безпосередньо ексгібіціонізму.

Практично виключає ймовірність осудності наявність шизофренічного дефекту з переважанням негативних розладів, різким порушенням адекватної оцінки власних дій, вираженими емоційно-вольовими порушеннями. В клініці епілепсії ексгібіціонізм зустрічається при скроневій формі з пароксизмальністю психічних розладів і збільшенням психопатологічного стану. Порівняно з іншими формами епілепсії зміни особистості найбільш виражені, мають прогресуючий характер, характерні автохтонні фазні стани, різні розлади сприйняття тощо. Гіпоталамічний синдром оцінюється за принципом експертизи органічного враження головного мозку; поліморфізм психопатологічної симптоматики з розладами мотивації і грубих порушень емоційно-вольової сфери знижують можливість усвідомлювати свої дії і керувати ними. В осіб з гіпоталамічним синдромом слід враховувати зв'язок інкримінованих діянь з можливими гіпоталамічними пароксизмами, що відповідає медичному критерію тимчасового хворобливого розладу психічної діяльності. Важлива також легкість виникнення різної глибини розладів свідомості, властивих для цієї патології. Повинен враховуватися ступінь участі біологічних, соціальних й особистісних факторів у виникненні ексгібіціоністських проявів — значна роль біологічних факторів знижує можливість протидії з боку індивіда.

При судово-психіатричній експертизі власне розладу сфери потягів необхідно визначити глибину і тяжкість порушення. Наявність власних закономірностей формування і динаміки сексуальних девіацій дає змогу підходити до них як до тяжких порушень психосоціального розвитку особистості і прирівняти до психічного захворювання.

В динаміці ексгібіціонізму можна виділити три типи перебігу: прогресуючий, стаціонарний і регресуючий. Для найпоширенішого прогресуючого типу характерне поступове і постійне наростання й ускладнення структури парафілії. Спочатку відзначається видозміна девіантного акту, коли до простого оголення приєднується ерекція,

а потім і мастурбація, відбувається почастішання перверзних дій до кількох разів на день. Поступово включаються нові компоненти, підсилюється потяг, виявляються афективні порушення, боротьба мотивів, емоційна лабільність, дратівливість, тривога. Здатність індивіда до опору залежить від ступеня зрілості особистості, збереженості регуляторних механізмів психічної діяльності, що сильно страждають при органічних ураженнях ЦНС. На певному етапі з'являються порушення свідомості і виконання акту ексгібіціонізму сприймається як непереборна фатальна необхідність, яка супроводжується відчуттям полегшення і зняттям сексуальної напруги. Наростання і поглиблення парафілії, навіть за відсутності психопатологічних варіантів ексгібіціонізму на цьому етапі, є додатковим аргументом на користь неосудності.

Для стаціонарного типу перебігу властива стабільність синдромальної структури і тісний зв'язок аномального потягу з особистістю. Зміна перверзних проявів можлива тільки одночасно зі зміною в цілісному стані особистості. У разі нав'язливої природи потягу клінічна картина ускладнюється внутрішньоособистісним конфліктом, зумовленим сторонністю потягу морально-етичним установкам. Нерідко боротьба з наявними устремліннями набуває надцінного характеру, супроводжується посиленим заняттям спортом чи іншими видами діяльності. Стаціонарно протікають і періодичні пароксизмальні акти ексгібіціонізму, переважно в осіб зі скроневим синдромом, що супроводжуються клінічними феноменами, властивими для основного захворювання.

Регресивний тип характеризується поступовим спрощенням структури перверзного синдрому. Первісний потяг має непереборний характер, виявляється імпульсивно, супроводжується розгортанням психопатологічних утворень, афективними порушеннями ініціального періоду психічного захворювання, у рамках якого розвивається ексгібіціонізм. Подальша динаміка зумовлена розвитком клінічної картини основного захворювання. Поступово потяг втрачає характерні складові девіантного акту, зрощується з особистістю, зникає внутрішній конфлікт, можлива раціоналізація поведінки. У реалізації актів ексгібіціонізму дедалі більшого значення набуває ситуаційний фактор — повторення обстановки, звичної для девіантної активності. Це найсприятливіший перебіг ексгібіціонізму, який дає все більше можливостей для успішного подолання потягу.

5.4. Гомосексуалізм і злочини

Гомосексуалізм — статевий потяг до осіб своєї статі нині не є злочином в Україні й у більшості країн світу. Мало того, у багатьох країнах гомосексуалізм вважається не захворюванням, а одним із проявів людської сексуальності. У вітчизняній літературі гомосексуалізм належить до порушень психосексуальних орієнтацій за статтю об'єкта. Це порушення властиве як для чоловіків, так і для жінок і наділене безліччю синонімів: у чоловіків — уранізм, у жінок — лесбійська любов, лесбіянство, сапфізм, трибадія, для обох статей — інверсія.

У дитячому віці гомосексуальні ігри зустрічаються досить часто, досягаючи максимуму в 15 років (Васильченко Г. С., 1983). Найбільша гомосексуальна активність властива для етапу формування психосексуальних орієнтацій, коли ще зберігається поділ колективів за статевою ознакою. Надалі у більшості встановлюється і фіксується гетеросексуальна орієнтація, виняток становлять за даними різних авторів 1–4 % чоловіків і жінок, які не мають принципових індивідуально-психічних відмінностей від більшості, крім самої орієнтації.

Явище гомосексуалізму якісно неоднорідне і підрозділяється на кілька форм.

Гомосексуалізм, сформований на фоні трансформації статевої ролі і передчасного психосексуального розвитку, є найядернішою формою, яка не піддається терапевтичній корекції. Такі гомосексуали відіграють для свого партнера роль протилежної статі. Чоловіки виконують пасивну жіночу роль при статевому акті, охоче беруть на себе турботу про дім та інші функції, які вважаються жіночими. Часто вони переодягаються в жіночий одяг, поводяться підкреслено гіперфемінно. Їхні партнери переважно особи з вираженою чи навіть з гіпермаскулінністю. Жінки при цій формі гомосексуалізму поводяться виражено маскулінно і у відносинах з партнеркою відіграють чоловічу роль.

У випадках формування гомосексуалізму без трансформації статевої ролі на фоні передчасного психосексуального розвитку зустрічається гіперрольова поведінка. Сексуальний потяг виникає у 8–9 років і в осіб чоловічої статі спрямований на хлопчиків, а в дівчаток — на жінок. Як правило, вони ретельно приховують свої потяги.

Варіанти гомосексуалізму на фоні затримки психосексуального розвитку виявляються м'якше і менш виражено. Ця форма не порушує ядра особистості і піддається терапевтичній корекції. Потяг після

своєї появи тривалий час може компенсуватися заняттями спортом, захопленнями, роботою. При трансформації статеворольової поведінки характерним є ситуаційний фактор — потрапляння інфантильного підлітка в несприятливе соціальне мікросередовище, виховання дитини у неправильній статі. Частими є випадки гомосексуальних контактів одночасно з гетеросексуальним статевим життям, однак згодом один з потягів починає переважати, а інший редукується.

Гомосексуалізм на фоні затримки психосексуального розвитку без трансформації статевої ролі формується в тісному зв'язку з впливом мікросоціального середовища, психопатологічною обтяженістю, порушенням спілкування з протилежною статтю. У багатьох випадках це вимушений гомосексуалізм при відсутності об'єктів протилежної статі (пенітенціарні установи тощо).

Поряд з несприятливим оточенням формуванню гомосексуального потягу сприяє вселяння батьками чи іншими вихователями неприязного ставлення до протилежної статі. Особливо це позначається на дівчатах, яких матері, з метою попередження раннього спокушання, переконують, що "всі чоловіки негідники і мерзотники". Таке негативне ставлення до чоловіків заважає спілкуванню з однолітками чоловічої статі і становленню гетеросексуального потягу.

Наявність гомосексуальної поведінки не завжди свідчить про гомосексуальну орієнтацію, вона може бути зумовлена статевою сегрегацією у в'язниці чи армії або мати несексуальні мотиви — демонстрування переваги, проституція та ін.

Гомосексуальні контакти, здійснювані з повнолітніми і дієздатними особами такої ж психосексуальної орієнтації за умови взаємної згоди й емоційної прихильності, не можуть розглядатися як злочин.

Кримінально переслідується гомосексуальна діяльність у випадках мужолозтва, тобто статевих зносин чоловіка з чоловіком, вчинених із застосуванням фізичного насильства, погрози або використанням безпорадного стану потерпілого, відповідальність за які у старому Кримінальному кодексі передбачала ст. 122 ("Мужолозтво"). У новому КК України відповідальність за такі діяння передбачено ст. 152 ("Зґвалтування"). Також гомосексуальна діяльність переслідується у випадках розбещення неповнолітніх (ст. 156) і статевих зносин з особою, яка не досягла статевої зрілості (ст. 155). Останні два випадки докладніше висвітлено в розділі "Статеві злочини проти дітей". Питання гомосексуально спрямованих сексуальних вбивств докладніше розглянуті в розділі "Сексуальні вбивства".

Всупереч поширеній думці, гомосексуалісти схильні до насильства загалом і до сексуального зокрема значно менше, ніж гетеросексуали. За даними досліджень близько 90 % гомосексуалістів з дитинства уникали бійок і для половини з них властива м'якість і жіночність. Гомосексуальне зґвалтування зустрічається переважно в місцях позбавлення волі і здійснюється бісексуалами та психопатизованими гетеросексуальними особами, для яких насильство виконує замісну функцію і має переважно ієрархічний характер. А гомосексуалісти частіше стають якраз жертвами насильства.

Не можна також зводити гомосексуальні контакти винятково до актів мужолозтва. За даними американських дослідників (Bell A., Weinberg M., 1978), тільки чверть білих гомосексуалістів і половина чорних віддають перевагу анальним статевим актам, решті до вподоби інші форми контактів (орально-генітальні, взаємна мастурбація та ін.). Якщо ж врахувати, що половина любителів анального сексу воліють грати пасивну роль, то стане очевидною низька загроза зґвалтування гомосексуалістами. Стан сексуальної абстиненції при набутті гомосексуальною поведінкою ознак аддиктивності фактично подібний до алкогольної — гомосексуал прагне вже не до одержання задоволення, а до полегшення стану фізичної залежності.

Характерною для гомосексуалістів є часта зміна партнерів (проміскуїтет), надзвичайно поширені одноразові випадкові сексуальні зв'язки. І лише незначна кількість гомосексуалістів створює стійкі "сімейні" пари. Проміскуїтету сприяє неможливість органічно інтегрувати сексуальність у загальне суспільне життя, а також неадекватні очікування від партнерства та ідеалістичні уявлення, які не можуть здійснитися. Часто при випадкових повторних зустрічах з колишніми партнерами з'являється почуття ворожості і роздратування, особливо коли під час статевого контакту під натиском партнера доводиться відступати від програми звичних дій (Введенський Г. Є., 1994).

Пошук і реалізація високонапруженого потягу нерідко відбувається з випадковим партнером у трансовому стані з порушенням вибірковості сприйняття і подальшою неможливістю згадати зовнішній вигляд партнера і свою власну поведінку. Ця проблема особливо актуальна з урахуванням сплеску епідемії ВІЛ/СНІДу і хвороб, що передаються статевим шляхом.

Для більшості гомосексуалістів властиве усвідомлене чи підсвідоме неприйняття своєї статевої орієнтації і, як наслідок, розвивається особистісна дезінтеграція. У зв'язку з цим у їхньому

середовищі спостерігається висока частота граничних психічних розладів у вигляді неврозів, суїцидальних тенденцій, алкоголізації. Нетерпиме ставлення до них на офіційному і побутовому рівні збільшує кількість міжособистісних та інтрапсихічних порушень, а фрустрація потреби в любові і сексі провокує гомосексуалістів до сурогатних форм задоволення і скоєння сексуальних правопорушень.

Типовий випадок чоловічого гомосексуалізму описаний М. І. Олейниковим (1991).

Студент Г., 18 років, зростав працьовитою і слухняною дитиною, вчився на відмінно, був ввічливим і дисциплінованим улюбленцем педагогів, підказував на уроках однокласникам, за що мав у них авторитет. Йому подобалося бути на виду, але хлопчачі ігри його дратували й у шкільному гуртку він грав жіночі ролі. В тринадцятирічному віці під приводом гурткової роботи зібрав однолітків і молодших хлопців, читав їм книгу про секс, а також схилив до колективного роздягання і взаємного онанізму. Через це був переведений в іншу школу, але сексуальні домагання старших хлопців і розголошення того, що відбулося, змусили батьків переїхати в Україну. Після періоду соціальної адаптації, під час якого швидко втомлювався, демонстративно відмовлявся від їжі, але їв крадькома, знову почав вчитися, став зразковим учнем. Дівчатами не цікавився, а з 15 років подружився з найкрасивішим і наймужнішим хлопчиком класу, допомагав йому в навчанні, підкреслював високодуховний характер їхньої дружби. Особливо подобалося розгарячіле тіло поруч, тому разом із другом почав займатися немилою фізкультурою. Здав за друга більшість іспитів в інститут фізкультури, сам вступив до університету в іншому місті. Писав листи, повні докорів у зраді, особливо коли дізнався про дівчину друга та їхні інтимні стосунки. Під час зустрічей жагуче цілував, запевняв, що їхня дружба не має меж, намагався лягти з ним в одне ліжко. Друг припустив, що Г. голубий і повинен лікуватися, про що й написав йому в листі. Г. добу плакав, потім порізав собі вени і написав лист кров'ю, у зв'язку з чим був госпіталізований у психіатричну лікарню.

Статура з жіночими рисами, мастурбує з гомоеротичним фантазуванням. У ході психотерапевтичних сеансів визнав гомосексуальний любовний характер переживань і неможливість їх здійснення з другом. Діагностовано гомосексуалізм та істеричну психопатію. Незабаром після виписки знову поїхав до друга, вистежив його на побаченні з дівчиною, влаштував у гуртожитку скандал зі сльозами й звинуваченнями. Тільки після втручання матері повернувся до навчання.

У ряді випадків статевий потяг до осіб своєї статі може бути проявом розладу статевої аутоідентифікації (транссексуалізму). При цьому гомосексуальним потяг виглядає тільки для оточення, а не для самого транссексуала, тому що його статева самосвідомість не збігається з генетичною статтю і, власне кажучи, потяг є гетеросексуальним.

Розлад статевої ідентифікації особистості є однією з важливих проблем не тільки психіатрії, а й сексології, психології, юриспруденції, являючи тим самим міждисциплінарну проблему, для вирішення якої потрібна участь багатьох суміжних фахівців. Ставлення психіатрів і сексологів до цих розладів було різним на різних етапах розвитку науки і суспільства: від твердого переконання в їх патологічності до повного виключення з класифікації хвороб.

Правильне визначення своєї статевої ідентифікації не викликає сумнівів у випадках, коли біологічні, соціальні і психологічні компоненти статі збігаються. Якщо ж вони розходяться, то виникає розлад статевої ідентифікації особистості.

Розлади статевої ідентифікації в основному виявляються у невдоволенні своєю статтю, прагненні змінити свою стать на протилежну, носінні одягу протилежної статі і статевому потязі до осіб своєї біологічної статі. При цьому такі люди не вважають себе гомосексуалістами і прагнуть утвердитися в суспільстві як особи протилежної статі.

Для позначення таких розладів застосовувалися різні терміни: “сексуальна параноя”, “параноя статевої трансформації”, “маячня статевого метаморфозу”. Класичним прикладом таких розладів є транссексуалізм. Термін цей вперше запровадив у практику H. Benjamin у 1953 р. Незважаючи на досить значне поширення цього терміна, він, проте, не є універсальним. Оскільки виявлення осіб з порушенням статевої ідентифікації відбувається, як правило, при звертанні до лікаря з метою зміни статі, то з огляду на відсутність чітких об’єктивних критеріїв діагностики і диференціальної діагностики транссексуалізму, гомосексуалізму і трансвестизму всіх осіб, що прагнуть хірургічно змінити стать, виділяють в окрему групу, позначаючи цей стан як синдром відкидання статі.

Інформація про поширеність розладів статевої ідентифікації серед дітей, підлітків і дорослих майже відсутня. Більшість оцінок, наведених різними авторами, ґрунтуються на обліку осіб, що звернулися до хірургів або сексологів з приводу зміни статі. Природно, це далеко не

повна статистика, тому що залишаються невиявленими ті, хто адаптувався в житті без зміни статі, а таких набагато більше.

Необхідно враховувати і той факт, що більшість авторів, наводячи статистику випадків зміни статі, не диференціюють транссексуалізм, трансвестизм та інші стани, внаслідок чого всі вони потрапляють у єдину групу — транссексуалізм. Відповідно до американської психіатричної класифікації DSM-III-R, встановлена поширеність транссексуалізму становить 1:30000 для чоловіків і 1:100000 для жінок.

Частота поширення розладів ідентифікації статі в Україні практично не вивчена, тому що кількість пацієнтів, які звертаються за допомогою в лікувальні установи, далеко не повністю відображує їх справжню кількість. Перешкоджає звертанню за допомогою брак інформації, негативна громадська думка, матеріальні та інші проблеми.

Точка зору на розлади статевої ідентифікації постійно змінюється, що нині знайшло відображення в Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду. Так, транссексуалізм взагалі вилучений з розділу психічних хвороб (статеві збочення і порушення) і тепер є розладом зрілої особистості і поведінки у дорослих.

Для ілюстрації порушення статевої самосвідомості наведемо випадок розпусних дій, описаний М. Бруханським (1927). У ті часи вивчення проблеми транссексуалізму перебувало в зародковому стані й описане нижче порушення кваліфікувалось як гомосексуалізм.

Мама 15-річної Н. звернулася із заявою, що її дочка була зґвалтована Сергієм В., який переховується під виглядом жінки, за документами Теодозії П. Як доказ були надані листи до Н., до якої П. звертається як до дружини, називаючи себе її чоловіком, вказує на статеві зносини, що відбувалися, і підписується ім'ям Сергій.

Н. була знайома з П. як з подругою-дівчиною, але П. завжди поводилася з нею як закоханий чоловік, називала себе Сергієм Семеновичем, постійно підкреслювала свої чоловічі якості. Одного разу П. залишилася в неї ночувати, вони спали на одному ліжку і вві сні Н. відчула важкість і біль у статевих органах, але вирішила, що це сон (подальше медобстеження підтвердило, що невинність не постраждала). Стосунки між Н. і П. стали ще ближчими, П. наполягала, що вона чоловік і вимагала вийти за неї заміж і виїхати. Під впливом умовлянь Н. погодилася на статеві зносини, думаючи, що від дівчини нічого не буде. Під час контакту Н. відчула біль і почувала щось типу чоловічого члена, але так і не зрозуміла, як П. змогла діяти як чоловік. Але факти свідчать — Н. позбулася невинності і за висновком медексперта

таке ушкодження незайманої пліви могло відбутися при однократному статевому акті або при дії якимсь твердим предметом.

З показань П. видно, що вона закохана в Н. як тільки чоловік може бути закоханий у жінку. Чоловічі нахили відзначає із самого дитинства, носила чоловічі костюми і коротко стрижене волосся, виконувала чоловічу роботу, схильна любити тільки жінок. Зовнішній вигляд нагадує безвусого юнака євнухоїдного типу, голос низький, солідний, чоловіків називає колегами. Н. повірила, що в П. немає статевого члена, тільки побачивши це своїми очима при гінекологічному огляді, але при цьому дивувалася.

Встановлено обтяжену спадковість П. за психопатологією — батько і тітка з батькового боку душевно хворі, дядько і брат — хронічні алкоголіки. За характером замкнута, потайна, рішуча, наполеглива, дратівлива, запальна. Розумові здібності обмежені, кругозір невеликий.

Все описане типове за своїм змістом для психіки осіб з порушенням статевої аутоідентифікації.

5.5. Сексуальні вбивства

Протягом століть ставлення до вбивства було неоднозначним. Заохочувалося вбивство ворогів на полі бою, як необхідність сприймалися людські жертвоприношення. З глибокої давнини до наших часів зберігся звичай ритуальних вбивств і людського жертвоприношення. Жертвоприношення за своєю первісною природою те саме, що молитва і ґрунтується на сприйнятті божества як людини. Молитвою люди просили божество про милість, а приношення дарунків (жертви) мало на меті задобрити його. З часом мотиви жертвоприношення і їхня обрядова форма змінювалися.

Давні народи часто приносили в жертву дітей, використовуючи, ймовірно, їх безпорадність. Коли в інків занедужував чоловік, він приносив у жертву свого сина, благаючи бога прийняти його замість себе. Фінікійці, щоб умилостивити богів, приносили в жертву своїх найулюбленіших дітей, а також дітей із шляхетних сімей, вважаючи, що приємність жертви визначається вагою втрати. У давніх греків підхід був трохи інший, вони приносили в жертву бранців або злочинців.

Ритуальні вбивства, пов'язані з війною, становлять окрему сторінку історії людського жертвоприношення. Майя, на догоду богам, що дарували їм перемогу, піддавали полонених ворогів ритуальним ка-

туванням, які закінчувалися смертю. Ацтеки своїх бранців спочатку відгодовували в дерев'яних клітках, а потім приносили в жертву. Іспанці під час завоювання Мексики знайшли храм бога війни ацтеків, де жертву вбивали ножами з вулканічного скла. Все приміщення було залите кров'ю, на вівтарі ще димілися людські серця, у сусідньому будинку знайшли понад сто тисяч людських черепів.

Оскільки богів було безліч, то й культових свят з різними жертвоприношеннями було чимало. На святі в честь богині землі, родючості, сексуальних гріхів і покаяння в жертву приносили дівчину, зі шкіри якої виготовляли куртку для жреця, який втілював собою богиню. З цією ж метою вбиває дівчат і серійний сексуальний вбивця у відомому психологічному детективі Т. Гарріса "Мовчання ягнят".

У жертву великому богу сонця за рік до свята вибирали найкрасивішого полоненого, оточували розкішшю і почестями, виконували всі примхи (але при цьому пильно охороняли). За 20 днів до свята йому вибирали чотирьох дружин-служниць, яких теж шанували як богинь. Коли ж наставав день весняного жертвоприношення, бранця клали на кам'яний жертовник і верховний жрець розрубував йому груди, виймаючи ще тріпотливе серце, щоб піднести його богу сонця (*О. П. Лаврин.* 1001 смерть. — М., 1991. — С. 416).

Жертвоприношення в давніх народів було пов'язане із звичайними мирними справами, одержанням гарного врожаю, будівництвом будинку або фортеці, під час посухи тощо. Існували звичаї окроплення фундаменту будинку кров'ю людської жертви, закладання в підмурок фортеці живої людини, щоб зробити укріплення неприступним.

Дуже поширеними були вбивство і поховання разом з померлим вождем дружини, слуг чи рабів покійного. Особливо численними були людські жертви при похованнях китайських правителів і серед африканських народів.

У галлів був звичай спалювати разом з померлим і всіх його дружин за найменшої підозри неприродності його смерті. Ця процедура своєю появою завдячує частим отруєнням чоловіків і в такий спосіб мала профілактичний характер. До слова, варто відзначити, що в Давньому Римі, Єгипті, Китаї масштаби отруєнь дружинами своїх чоловіків досягали розмірів епідемій. Поряд з цим дружини енергійно порушували подружню вірність і віддавалися розпусті.

Традиції, пов'язані з ритуальними вбивствами, дотепер зберігаються в деяких країнах Африки. У 1979 р. в Гані для ритуального жертвоприношення з нагоди похорону вождя одного з племен було

викрадено чотирирічного хлопчика. Втручання поліції запобігло злочину. У Ліберії в 1989 р. в ритуальному жертвопринесенні брав участь сам міністр внутрішніх справ, за що пізніше був засуджений. Того ж таки 1989 року в Зімбабве було вбито двоє дівчат, з тіл яких, для продажу як амулетів, що приносять щастя, вийняли язики, статеві органи і частини нутрощів.

Всіх серійних вбивць можна розділити на три групи:

1. *Особи, що страждають психічними й іншими недугами, поведінка і вчинки яких зумовлені характером і перебігом захворювання.* Це в основному неосудні або особи, які страждають різними психічними захворюваннями, що не виключають осудності (шизофренія, дебільність, психопатія). Для цієї групи характерна удавана безглуздість дій. Прагнучи одержати статеве задоволення протиприродним способом, такі злочинці завдають жертві грубих анатомічних ушкоджень, наприклад, прижиттєве чи посмертне відтинання голови, кінцівок, перегризання горла та ін. Їхні дії на місці події позбавлені всякої логіки: тривале перебування на місці вбивства, не викликане необхідністю, надягання на труп одягу, безцільне його переміщення та ін. Як правило, вони не вживають заходів для приховування слідів і трупа.

Близько до них примикають особи з патологічними відхиленнями на сексуальному ґрунті, так звані статеві психопати. Вирізняє їх те, що вчинені ними вбивства пов'язані із сексопатологією (садизм, гомосексуалізм, некрофілія, педофілія, фетишизм). Вони вбивають з особливою жорстокістю. Про це свідчать нераціональність завданих жертвам ушкоджень (особливо ерогенних ділянок і статевих органів), надмірних як для цілей убивства, так і для здійснення статевої агресії (Бухановський О. О., 1992). Злочинці нерідко вирізають статеві органи, відрізають соски, виявляють підвищену цікавість до вигляду, смаку і запаху крові (Allen C., 1962, Бухановський О. О., 1992). Статеві психопати мають схильність до повторення тих самих дій. Способи скоєння злочинів стереотипні, під час чергового убивства повторюється більшість елементів попередніх злочинів, що дає змогу простежити патосексуальний кримінальний "почерк".

2. *Особи, які не мають статевих аномалій і відхилень у психіці, в основі злочинної поведінки яких вирішальну роль відіграли соціальні фактори.*

Для цих злочинців характерні рішучість, зухвалість і спритність. У ситуаціях, пов'язаних з великим ризиком, їм вдається вчинити зло-

чин і зникнути непоміченими з місця події. Нападають вони раптово і стрімко, блискавично, позбавляючи своїх жертв свідомості і діючи напевно.

Фізичне насильство здійснюється досить просто, без застосування якихось незвичайних знарядь. Найпоширенішим є вбивство шляхом удушення руками чи предметами одягу жертви, а також завданням ударів ножем. Такі злочинці найчастіше нападають на жертву у вечірньо-нічний час в тихому місці, із засідки. Здебільшого з потерпілими здійснюються статеві акти. Зґвалтування супроводжуються пограбуванням (гроші, годинник, предмети одягу, прикраси).

3. *Атипові злочинці* з формально благополучними характеристиками. Для них вбивство є способом приховати зґвалтування і заздалегідь готується. Всі дії мають продуманий характер, простежується підготовленість щодо вибору місця і часу здійснення злочину, зводиться до мінімуму можливість викриття. Як правило, такі суб'єкти в безпечній для себе обстановці встановлюють тривалий контакт із жертвою, а потім зненацька нападають на неї, використовуючи "сприятливий" збіг обставин. Щоб заманити жертву в безлюдне місце, використовуються переконливі приводи. При цьому обман вирізняється тонкістю і винахідливістю. Для приведення потерпілих у безпомічний стан такі злочинці зв'язують їм руки і ноги, навіть коли наявна очевидна фізична перевага над жертвами.

Злочинець, що скоїв вбивство на сексуальному ґрунті, несе відповідальність за ст. 115 КК України ("Умисне вбивство"). Як правило, це пункти 2.4 (вчинене з особливою жорстокістю), 2.9 (з метою приховати інший злочин або полегшити його вчинення) та 2.10 (поєднане із зґвалтуванням або насильницьким задоволенням статевої пристрасті неприродним способом) — карається позбавленням волі на строк від десяти до п'ятнадцяти років або довічним позбавленням волі.

Нерідко злочини посилюються в міру повторення — від розпусних дій до зґвалтування, від простого зґвалтування — до вбивства зі зґвалтуванням.

Для всього пострадянського простору синонімом "сексуального маніяка" стало ім'я Андрія Чикатила. Кримінальна справа "Лісосмуга" увійшла трагічним рекордом в історію патосексуальної кримінології. Внаслідок того, що про злочинця і його злочини свого часу було написано і розказано дуже багато, за матеріалами слідства в США знято художній фільм, ми не будемо докладно описувати цю серію, а зупинимося на ролі психіатрії в розкритті такого злочину. Ця справа

вперше продемонструвала потенційні можливості криміналістичної психіатрії в розшуку патосексуальних злочинців.

Будучи сексуально неспроможним, злочинець отримував сексуальне задоволення від убивств хлопчиків і жінок із завдаванням множинних ножових поранень, ампутацією статевих органів, молочних залоз. Мастурбуючи над трупом, він заштовхував сім'я в піхву або задній прохід жертви, в ряді випадків поїдав ампутовані частини тіла. За 12 років злочинної діяльності кількість його жертв сягнула 53 чоловік.

Відсутність досвіду розслідування серійних злочинів і належного науково-технічного забезпечення, нерозробленість тактики оперативної роботи утрудняли пошуки і заводили слідчих у безвихідь.

У цій ситуації неоціненну допомогу розслідуванню надав психіатр О. О. Бухановський, до якого, серед інших фахівців, звернулися за допомогою працівники слідчих органів. Було сформульовано ряд завдань, вирішення яких могло дати напрямок для пошуків, розроблено й апробовано метод створення проспективного портрета патосексуального злочинця. Обґрунтування гіпотези, що кожен епізод вбивства за своїми мотивами, динамікою і змістом є спотвореним аналогом статевого акту, здійсненого чоловіком, допомогло відкинути помилкові версії (використання жертв як донорів для трансплантації, сектантська діяльність з жертвоприношенням та ін.).

Було зроблено висновок, що знайомство могло відбуватися найімовірніше в місцях, пов'язаних з перевезенням пасажирів, що істинно жаданою групою для вбивці є дівчата-підлітки середнього зросту з короткою зачіскою натурального русявого волосся, що мало важливе значення для слідства, зокрема для підготовки "підсадок", визначення місця і часу їх використання. Орієнтація на зовнішні ознаки відповідно припускає здійснення злочину у світлий час доби. Було висунуто припущення, що розмова з майбутньою жертвою мала переважно побутовий характер на нейтральну тему без встановлення емоційних зв'язків і зі збереженням анонімності.

Поява серед жертв дітей незалежно від статі розглядалася з позиції вікарної педофілії, коли стать дитини не має значення, тому що властивості сексуального стимулу набуває саме дитяче тіло з рисами незрілості, що не є ознакою гомосексуалізму. З упевненістю було припущено, що вбивця страждає некросадизмом і що ймовірність самостійного припинення реалізації патосексуальної поведінки невелика.

Манера завдавання ушкоджень — спочатку поверхневі, множинні в ділянці ерогенних зон (свого роду садистичні "пестощі"), а потім

множинні глибокі практично з єдиного вхідного отвору (аналог прискореного ритму статевого акту), а також тяжкі ушкодження очей були віднесені до істинних ознак патосексуального почерку вбивці.

Після затримання Чикатила ці припущення підтвердилися, а його ретельне обстеження дало можливість О. О. Бухановському запровадити поняття феномену Чикатила — варіанта кримінальної особистості, етапний патологічний розвиток якої призведе до появи і закріплення потреби у скоєнні повторних (багатоепізодних) садистських злочинів проти особистості і статевої недоторканності громадян. Аналіз цього феномену дає змогу виділити в ньому три взаємозалежних блоки: біологічний, психологічний і клінічний.

Біологічний має двояке значення: створює неспецифічну біологічну предиспозицію для виникнення аналізованого розладу і формує патологічну систему — патогенетичний механізм розвитку обсесивно-компульсивної сексуальної агресії. Психологічний блок також неоднозначний. На доклінічному етапі він включає патологічну предиспозицію до "феномену Чикатила", психогенез його виникнення і феноменологію становлення кримінальної багатоепізодної сексуальної агресії.

Психогенез сексуальної садистської поведінки пов'язаний як з механізмами фрустрації і зниженою самооцінкою, так і з тим, що сексуальна поведінка здатна змінювати самооцінку, виступати формою самоствердження і компенсації. Йому ж на доклінічному і на клінічному етапах особистість "завдячує" створенням системи психологічного захисту. Основною ознакою клінічного етапу "феномену Чикатила" є обсесивно-компульсивний сексуальний садизм, що проявляється синдромами психічної і фізичної залежності від патосексуальної поведінки, синдромом зміненої реактивності, психопатизацією і зниженням особистості.

Синдром психічної залежності включає обсесивний потяг до сексуального садизму, стан психічного комфорту в патосексуальній ситуації, стан психічного дискомфорту поза патосексуальною ситуацією. До синдрому фізичної залежності належать компульсивний потяг до сексуального садизму, стан психофізичного комфорту в патосексуальній ситуації, стан психофізичного дискомфорту поза патосексуальною ситуацією, патосексуальна абстиненція.

До синдрому зміненої реактивності входять: збільшення патосексуальної толерантності, зміна форми виконання сексуального садизму. Збільшення толерантності диктує посилення брутальності

й нібито безглуздої жорстокості. Зниження особистості виявляється збіднінням особистості і збіднінням сексуальності, що призводить до зниження соціального статусу, мікросоціальних конфліктів і дезадаптації.

Сексуальний садизм має стадійний розвиток. У продромі з'являється важкостримуваний і нестримний потяг до внутрішніх форм сексуального садизму (уява, фантазії), що має психотропний, в тому числі еротизуючий ефект. Перша стадія дебютує падінням первинного психотропного ефекту внутрішніх форм сексуального садизму і підвищенням патосексуальної толерантності, що починає виявлятися в поведінці. Спочатку це може проявлятись у вигляді соціально допустимих вчинків чи дій. На першій стадії переважають ознаки психічної залежності. Можливі спонтанні ремісії і сублімаційні форми компенсації. Під кінець першої стадії наростає гомеостабілізуючий ефект сексуального садизму, загострюються преморбідні особливості особистості.

Друга стадія починається з виходу на плато толерантності. Наростають ознаки фізичної залежності, супроводжувані зниженням чи втратою кількісного і ситуаційного контролю. Ремісії тимчасові, ситуаційно зумовлені. З'являються ознаки збідніння особистості і сексуальності. Остання дедалі більше набуває аутоеротичного характеру, партнер стає анонімним.

Психологічні особливості розглядаються в трьох аспектах: предиспозиційному, психодинамічному і кримінально-поведінковому. Предиспозиція характеризується дисгармонійним складом особистості, що включає риси шизоїдності, сенситивності і загальну психічну ригідність у різному співвідношенні. Загальний стиль поведінки характеризується зовнішньою гіпо- чи асексуальністю, що поєднується з напруженістю і високою значимістю внутрішніх сексуальних переживань. Виховання в сім'ї суперечливе і включає емоційне відкидання, нерідко жорстоке ставлення, шаблонно-стереотипні гіперсоціальні установки.

Дисгармонія веде до виникнення інтра- та інтерперсональних конфліктів, сутність і психодинаміка яких пов'язані з фрустрацією рівня прагнень і зниженою самооцінкою насамперед щодо власної маскулінності. Вихід із ситуації фрустрації відбувається або шляхом сублімації, або ілюзорно-компенсаторним, включаючи сексуальне насильство. Виникнувши один раз, ця агресія швидко набуває характеру стереотипного способу вирішення ситуації фрустрації.

Дослідження 28 серій дали змогу виділити такі криміналістичні риси серійних вбивств (Гайков В. Т., Бухановский О. О., Бабаков Ю. Г., 1998):

1. Багатоепізодність злочинів, тому що серійні злочини багатоепізодні за визначенням, тобто кількаразові, тотожні й однорідні кримінальні діяння.
2. Множинність злочинів — окремі епізоди серій включають відразу кілька видів злочинів. З одного боку — злочинні діяння проти статевої недоторканності, а з другого — навмисне вбивство, тілесні ушкодження чи погроза їх заподіяти, нерідко в поєднанні із злочинами проти власності (грабежі, розбої, крадіжки).
3. Високий рівень рецидивності. Дві третини серійних вбивць раніше засуджені, багато хто — неодноразово. Найчастіше попередні судимості були за зґвалтування, злочини проти власності, навмисні вбивства і заподіяння тяжких тілесних ушкоджень.
4. Фактична безремісійність серійного кримінального насильства. В середньому, після звільнення з місць позбавлення волі, черговий злочин, що належить до попереднього серії, відбувався через 7,4 місяця.
5. Крайня небезпека і тяжкість рецидиву серійних злочинів. Рецидиви, як правило, характеризуються щораз більшою тяжкістю і жорстокістю злочинів.
6. Ранній вік початку серії (в середньому 23,8 року). Як правило, кримінальна біографія починається відразу із серії, рідше — з іншого складу злочину в більш ранньому віці.
7. Збільшення тяжкості насильства від судимості до судимості. Дослідники відзначають таку динаміку судимостей: майнові злочини — сексуально мотивовані злочини — навмисні убивства з катуванням жертв.

З психосоціальних особливостей особистості серійних убивць можна виділити переважно низький рівень освіти, вільний спосіб життя (не працювали, не навчались), сімейну дезадаптацію (переважно холостяки і розведені).

Спосіб позбавлення життя у всіх серіях стереотипний, вирізняється шаблонністю. В більшості серій кримінальним епізодам передує стан алкогольного сп'яніння, приблизно третина вбивць чинять злочин у тверезому стані. Кримінальні епізоди характеризуються не-

виправданою жорстокістю, болісними і множинними ушкодженнями, знущанням, у тому числі над трупом. Практично в кожній серії вбивств відзначаються специфічні індивідуальні риси, що дають змогу виділити патосексуальний садистський почерк.

Поширеним є віднесення до сексуальних убивств таких, що поєднані зі зґвалтуванням, за наявності розладів статевого потягу і пов'язані із сексуальними переживаннями і мотивами. Ми вважаємо, що правильніше зараховувати до сексуальних усі вбивства, пов'язані з відносинами між статями або всередині статі за наявності гомосексуальної орієнтації. При цьому маємо на увазі інтимні, а не виробничі (чи інші) стосунки. Таке розширене трактування дає підстави віднести до цієї групи вбивство дружини (чоловіка), коханки (коханця), поширеність і суспільна небезпека яких не підлягає сумніву.

Темі сексуальних злочинів присвячено безліч романів і повістей, драм і комедій, детективів і мелодрам.

Вбивство дружини здійснюється в разі байдужості останньої до чоловіка і певних характерологічних особливостей, від відчуття чоловіком своєї непотрібності в сім'ї, у нападі ревнощів, при спробі розірвання шлюбу з боку дружини в умовах її великої значущості для біологічної, соціальної і сексуальної адаптації чоловіка. Образа і роздратування, що виникають у більшості вказаних ситуацій, особливо підсилюються в стані алкогольного сп'яніння, коли й відбувається більшість таких убивств. У ряді випадків після вбивства дружини чоловік закінчує життя самогубством.

Широкої популярності набули випадки вбивства дружини з метою одержання страховки, що іноді мають навіть серійний характер. Прикладом може послужити історія Джорджа Сміта, за мотивами якої Агата Крісті написала оповідання "Котедж Філомени".

Джордж Джозеф Сміт народився 1872 року і з раннього дитинства був не в ладах із законом, промишляв злодійством, шахрайством, шлюбними аферами. Вінцем його злочинної кар'єри стала серія вбивств. Суть справи полягала в тому, що Сміт одружувався, страхував життя своєї дружини, а потім топив її у ванні, імітуючи нещасний випадок.

Першою жертвою стала 32-річна Бессі, на якій Сміт оженився під чужим ім'ям і застрахував на 2700 фунтів. Потім зняв для сім'ї невеликий будиночок і незабаром придбав ванну. Наступного дня Сміт поскаржився місцевому лікарю, що його дружина хворіє на епілептичні напади, хоча вона сама скаржилася лише на головний біль. Тому, коли в

липні 1912 р. Сміт викликав лікаря і повідомив, що Бессі потонула, купаючись у ванні, той повірив йому. Зі слів лікаря у свідоцтві про смерть була констатована смерть через епінапад при зануренні у воду.

Другою дружиною була 25-літня Еліс, чиє життя було застраховане на 500 фунтів стерлінгів. Тут все було розіграно за попереднім сценарієм — нездужання і візит до лікаря, а наступного дня — 12 грудня 1913 р., дружина потонула, приймаючи ванну. Лікар дійшов висновку, що гаряча вода викликала серцевий напад, втрату свідомості, в результаті чого місіс Сміт потонула. Чоловік під час трагедії нібито виходив за покупками.

Зі своєю третьою дружиною Сміт одружився під ім'ям Джорджа Ллойда. Напередодні смерті в 38-річної Маргарет теж боліла голова і вона з чоловіком відвідала лікаря. В день смерті чоловік нібито пішов на прогулянку і повернувшись, разом з хазяйкою квартири знайшов свою дружину втопленою у ванні. Це було у грудні 1914 р. Лікар вирішив, що грип і гаряча вода призвели до непритомності, через яку вона захлинулася. Сміту дісталися 700 фунтів страховки і гроші, зняті дружиною з рахунка незадовго до смерті.

Основною особливістю всіх цих випадків була відсутність слідів насильства на тілі загиблих. Інспектор Ніл, що запідозрив недобре, зіставив газетні повідомлення і затримав Сміта за дачу хибних свідчень про свою особу (останній заперечував свою причетність до попередніх двох жінок). Однак проведені експерименти з досвідченими плавчихами показали неможливість втопити у ванні, не залишивши слідів насильства на тілі. Розгадка прийшла майже випадково — під час одного експерименту інспектор різко смикнув плавчиху за ноги і вона пішла під воду, знепритомніла і захлинулася. Інспектор з помічниками ледве змогли її відкачати.

Інформація про ці дивовижні злочини на якийсь час навіть затьмарила повідомлення з фронтів Першої світової війни. 30 червня 1915 р. при великому напливі публіки, що складалася переважно із самотніх жінок, Джордж Сміт був засуджений до страти через повішення.

Однак оскільки такі вбивства відбуваються з мотивів розподілу й одержання матеріальних благ, то їх навряд чи можна віднести до розряду сексуальних, швидше аналогію можна провести із знищенням малоцінного, але добре застрахованого майна.

Варто розглянути деякі типові внутрішньосімейні ситуації, що таять у собі загрозу подальшого насильства. Дуже поширеним є домінування дружини і підпорядкованість, пригнобленість чоловіка. Таке становище обтяжливо сприймається чоловіком, він відчуває неможливість реалізувати своє чоловіче начало не так у сексуальному,

як у загальнопсихологічному аспекті, що призводить до формування стійкої негативної емоційної напруженості. З другого боку, внаслідок своєї замкнутості, невпевненості, тривожності він не здатний до самостійного контакту із зовнішнім світом (у його сприйнятті — далеким і ворожим). Через це розрив сімейних стосунків є неприйнятним, але при цьому підпорядкованість компенсується пияцтвом і жорстокістю у спробі відновити свій чоловічий статус.

До речі, більшість випадків чоловічого пияцтва пов'язані саме з психологічною незадоволеністю сімейними стосунками. Постійна алкоголізація ще сильніше звужує можливості соціальної адаптації і психологічно прив'язує до дружини. Зазначена ситуація жінкою сприймається подвійно: з одного боку, постійні образи, побиття, знущання п'яного чоловіка роблять життя нестерпним, з другого — вона отримує підсвідоме задоволення від почуття власної переваги, на тлі "нікчемного" чоловіка-п'яниці вона може підкреслити перед співробітниками, подругами, знайомими свою виняткову позитивність, створити собі ореол мучениці. Тобто спостерігається обопільна соціально-психологічна залежність. Залежно від умов виховання, глибинних особливостей особистості можливий варіант виходу із ситуації, що склалася, шляхом вбивства одного з членів подружжя іншим.

У ряді випадків у чоловіка немає можливості компенсувати свою пригніченість (наприклад, негативне ставлення до алкоголю і т. ін.) і зняти постійно зростаючу негативну емоційну напругу. Тоді тихий, непоказний, нерішучий чоловік зненацька для всіх "розряджається" шляхом убивства. Це один з варіантів підтвердження відомої приказки "в тихому болоті чорти водяться". Не менш точний і крилатий вислів про останню краплю, що переповнила чашу терпіння, тому що безпосереднім поштовхом до вбивства виступає чергове, цілком звичайне для цієї родини приниження чоловічої і людської гідності. В цьому аспекті згадалася маленька, на перший погляд малоправдоподібна, замітка в одній з українських газет кілька років тому (відтворюємо по пам'яті). У ній повідомлялося, що в Києві створено клуб чоловіків, котрі вбили своїх дружин і чесно відсиділи свій строк. Голова, що відсидів 13 років, поділився своєю історією. Зі своєю дружиною, жінкою не тільки владною, а й сильнішою за нього фізично, він прожив 8 років, зазнаючи постійних образ, принижень і побиттів, які мовчазно і терпляче зносив. І от одного разу, коли через якусь незграбну дію вона почала бити його головою до батареї, він викинув її з вікна висотного будинку (справа була влітку і вікно було відчинене).

Особливого значення в побутовому насильстві надають почуттям, відомим як "ревнощі". Вихідним пунктом для виникнення ревнощів є властиве для людей порушення подружньої вірності. Хоча, чому тільки для людей? Подружня невірність часте явище серед тих же птахів, причому з боку самки частіше. Приміром, голубки нерідко залишають своїх самців, якщо ті поранені чи хворі.

От випадок, описаний у XIX ст. Vogt (цит. за Ч. Ломброзо). Парочка лелек гніздилася в одному місці кілька років підряд. Одного разу помітили, що поки самець був на полюванні, до самки прилітав молодший лелека і намагався до неї залицятися. Спочатку самка прогнала його, але потім поставилася до нього прихильніше і, нарешті, дозволила йому нею оволодіти. Після цього коханці полетіли на місце, де самець полював на жаб, і заклювали його своїми дзьобами.

Інший випадок — самка африканського дикобраза, дуже прив'язана до нього, вбила його, вкусивши в голову, коли він відмовився від її любовних пестощів. Як видно, подружні зради, ревнощі і сексуальні вбивства не є винятково людською прерогативою.

До категорії вбивств на ґрунті ревнощів не цілком обґрунтовано зараховують вбивства, дуже далекі від ревнощів. Любовні ревнощі — це сумнів у вірності чи страх втратити кохану людину. При цьому варто зазначити, що страх втрати як ревнощі варто розцінювати тільки в разі остраху ревнивця (ревнивиці), що хтось інший (інша) займе його (її) місце в інтимній сфері партнера. Зрозуміло, що страх втрати через нещасний випадок, хворобу чи інші об'єктивні обставини нічого спільного з ревнощами не має. Любовні ревнощі можуть бути як нормальні, так і патологічні, з маячнею і без неї. Ревнощі виникають як у зв'язку з істинною зрадою, так і за відсутності останньої, в цьому випадку вони породжуються уявою ревнивця. Більшість з них починають стежити за партнером, ховатися, підслуховувати.

Часом ревнощі набувають дивної для стороннього погляду форми — ревнощі до померлого, до літературного або кіногероя, до політичних діячів, до когось можливого в майбутньому (так би мовити — ревнощі про всяк випадок). При уявних ревнощах до невизначеної особи спостерігається створення свого роду проспективного портрета ймовірного суперника, що являє загрозу для ревнивця (ревнивиці). У випадках тривалого переживання почуття ревнощів згодом можливі характерологічні зміни.

Нормальні ревнощі обов'язково передбачають наявність любові й зумовлені винятковою суб'єктивною емоційною значущістю ре-

альної чи можливої зради чоловіка (дружини). Переживання на висоті ревнощів відзначаються яскравою емоційною насиченістю і неймовірно складним сплетінням болю, люті, розпачу, гніву, прагнення помсти, сорому, ненависті, заздрості, тривоги. Відзначається посилення почуття любові, різке підвищення значущості партнера, поєднане із звинуваченнями в безсоромності, аморальності і розбещеності. Тривале переживання ревнощів психічно здоровою людиною називається керівною або домінуючою ідеєю (нормальна надцінна ідея). Для всіх варіантів ревнощів властиві характерні прояви — стеження за дружиною (чоловіком), провокаційні перевірки, огляд тіла і білизни, окремі помилки судження тощо, які, проте, не мають великого діагностичного значення.

Патологічні ревнощі передбачають наявність у ревнивця психопатологічних утворень з темою ревнощів у вигляді надцінних або нав'язливих ідей, параноїдальної маячні і параноїдного синдрому, що, як правило, не вичерпується патологічними ревнощами (Котов В. П., 1977). Патологічні ідеї ревнощів нозологічно неспецифічні і можуть зустрічатися при різних психічних захворюваннях: шизофренії, алкоголізмі та алкогольних психозах, судинних і травматичних ураженнях ЦНС, психопатіях, інволюційних психозах та ін.

Наявність психічного захворювання не заперечує можливості ідей ревнощів нехворобливого характеру. Не мають істотної ролі у виникненні патологічних ревнощів спадковість, сексуальна імпотенція, ендокринні порушення. Мають значення вихідні емоційно-вольові порушення, що часто досягають рівня психопатії, особливості характеру переважно стенічного кола і підвищена ревнивість.

У преморбіді характерне також поєднання сексуальної активності з невпевненістю у власній сексуальній повноцінності, невдалий досвід сімейного життя. Патологічні ревнощі, за твердженням багатьох дослідників, рідше зустрічаються в осіб із преморбідними тривожно-недовірливими і шизоїдними рисами особистості. Можна припустити, що насправді останні просто не виявляють високої кримінальної активності і, відповідно, не так часто потрапляють у поле зору судових психіатрів.

Надцінні ідеї ревнощів при різних захворюваннях можуть виявлятися у двох варіантах — статичному і динамічному. У першому випадку підвищена ревнивість є постійною особливістю хворого і проходить через усе сімейне життя. Будь-які дії дружини аналізуються з погляду можливої зради, регламентується її поведінка, забороняєть-

ся доглядати за своєю зовнішністю та ін. Ключовою суттю надцінного утворення є те, що дружина здатна на зраду, а цього не можна допустити. Динамічний варіант розвивається переважно на базі статичного у відповідь на певний психогенний вплив. Схематичний зміст надцінних переживань можна подати такою формулою: дружина ймовірно мене зраджує — це треба перевірити і припинити. Незважаючи на всю переконаність у невірності дружини, хворі усвідомлюють недостатність "доказів" і всю енергію кидають на підтвердження чи спростування своїх підозр. При цьому вони нерідко виявляють агресію стосовно дружини.

Нав'язливі ідеї ревнощів переважно зустрічаються у хворих із преморбідними тривожно-недовірливими рисами. Вони усвідомлюють хворобливість свого стану і, потрапляючи до лікаря, скаржаться на свій стан, а не на дружину. Проте на висоті нападу обсесивних ревнощів з'являються фантазії, які заволодівають хворим, ажитація, рухове занепокоєння, хворі втрачають критичність до свого стану, що досягає рівня гострої маячні. Внаслідок минущого характеру і короткочасності настільки виражених розладів нав'язливі ідеї ревнощів рідко призводять до злочинних дій.

Найбільш небезпечними є хворі з паранояльними ідеями ревнощів, для яких характерні основні ознаки маячні — невідповідність дійсності, неприступність для корекції, виникнення на хворобливій основі. Сутність патологічного судження полягає в тому, що дружина безсумнівно йому (хворому) не вірна. Хворий створює маячну систему, яка обґрунтовує і виправдовує вже готові твердження (про невірність дружини). За допомогою елементів маячні уяви й інтерпретації він підводить "базу" у вигляді конкретних "фактів" перелюбства з наявністю свідків, доказів, конкретних прізвищ і дат. В разі відсутності явних ознак психозу ці "факти" навіть фахівцем можуть бути прийняті за істину. Спочатку маячня має монотематичний характер, а згодом фабула збагачується, маячні ідеї виходять за межі власне ревнощів. В міру генералізації маячні ревнощів приєднуються тематично зв'язані з ревнощами ідеї переслідування — дружина і її коханці намагаються його вбити. У мотивації небезпечних дій починають переважати не помста чи відплата, не захист подружньої честі, а захист власного життя.

При поєднанні паранояльних ідей ревнощів з інтелектуальним зниженням чи шизофренічним дефектом стеження і перевірки дружини мають особливо грубий і цинічний характер з елементами гі-

персексуальності і садизму, вчинені злочини вирізняються особливою жорстокістю. Маячна система в таких хворих характеризується непослідовністю, суперечливістю, а з наростанням слабоумства маячня редукується.

У випадках здійснення суспільно небезпечних дій хворими з патологічними ідеями ревнощів агресія буває спрямована майже винятково на об'єкт ревнощів і вкрай рідко — на надуманих коханців дружини. Основними мотивами злочинних деліктів є відплата — афективна і навмисна, а також реакції оборони.

Суспільно небезпечна поведінка в жінок з маячнею ревнощів відрізняється від такої в чоловіків пізнім віком скоєння злочинів, більшою тривалістю ревнощів, більшою частотою параноїдного етапу захворювання з включенням у зміст маячні ідей отруєння дітей, що збільшує соціальну небезпеку хворих (Козлова А. М., 1984). У преморбідному періоді в жінок рідше зустрічаються стенічні риси, а частіше — шизоїдність, тривожність чи гармонійна особистість, водночас серед тих, хто скоїв суспільно небезпечні дії, стенічні риси переважають.

Варто відзначити також декомпенсуючу роль клімактеричного періоду в розвитку маячних ідей ревнощів, меншу конкретність і систематизацію маячних побудов, їхнє депресивне забарвлення, велику тривалість монотематичної парано́яльної маячні. Жінки рідко застосовують витончені методи стеження, їхні маячні переживання більш відкриті, вони часто апелюють до родичів, громадськості тощо. Їхні ревнощі не супроводжуються грубим порушенням сексуальної поведінки, а більше проявляються в зміні побутових стосунків.

Втім, необхідно відмежувати від ревнощів схожі випадки, де провідну роль відіграє не любов, а почуття власної еротичної, соціальної, особистісної нікчемності. В цих випадках відкидання жінкою завдає глибокої психотравми партнеру, знижуючи його самооцінку до рівня нікчеми, знищуючи його не тільки як чоловіка, а й як особистість взагалі. Вбивство при цьому — крайній захисний захід для порятунку від повного краху.

У вбивстві коханки частіше переважають такі причини: небажана вагітність (Драйзер Т. Американська трагедія), погроза розголошення зв'язку, що часто поєднується із шантажем з боку коханки, неможливість легалізації зв'язку, економічна залежність від коханки чи неможливість її утримувати, зараження хворобою, що передається статевим шляхом, характерологічні особливості партнерів.

Вбивство коханки найчастіше приносить почуття полегшення, яке змінюється страхом перед можливим покаранням. Наведемо приклад.

31 травня 1994 р. приблизно о 6 годині ранку в Голосіївському парку м. Києва на майданчику тенісних кортів було виявлено труп Ю. з ознаками насильницької смерті. В ході слідства було встановлено, що вбивство Ю. скоєне 16-річним П., можливо, з метою приховати інший злочин — зґвалтування.

З матеріалів справи відомо, що брат звинуваченого страждає хронічним алкоголізмом. Ранній розвиток самого П. проходив без особливостей, до школи пішов у 8 років, встигав посередньо. Вирізнявся неврівноваженою поведінкою, часто бився, йшов з дому, перебував на обліку в ІСН. По закінченні п'яти класів навчання залишив, час проводив бездіяльно, рано почав вживати спиртні напої, нібито пробував наркотики. За характером був запальним, дратівливим, схильним до агресивних вчинків, у конфліктних ситуаціях завдавав собі самопошкодження. В 1994 р. переніс травму голови, наслідків якої для психіки не описує.

Розповідає, що в день скоєння правопорушення випив 250 мл горілки, 200 — шампанського і банку пива. Раніше він близько трьох місяців зустрічався з потерпілою, жив з нею статевим життям і вона заразила його гонореєю. Був засмучений, схвильований, погано засинав уночі, постійно думав про те, що Ю. жила статевим життям з іншими чоловіками. У той день П. вирішив з нею поговорити, зустрівся і здійснив з нею статевий акт, після чого попросив грошей на лікування гонореї. Однак потерпіла почала лаятись, у відповідь звинувачений став її бити, душив. Через якийсь час П. сходив за ножем, щоб злякати потерпілу, знову просив у неї грошей, але Ю. продовжувала його ображати нецензурною лайкою. В той момент у нього "в очах все посвітліло як вдень, я не знав, що роблю і наніс удари ножем у живіт і ліву частину грудної клітки". Після цього відчув полегшення і "звільнення". Потім пішов до друга й у нього переночував, а через якийсь час був затриманий працівниками міліції.

В бесіді демонстративний, дратівливий, імпульсивний, однак правильно розуміє мету експертизи, караність інкримінованих йому діянь. Інтелект збережений, мислення послідовне, логічне, у звичайному темпі. Гострої психопатологічної симптоматики не виявляє.

Психологічне дослідження. Відзначається мізерний запас загальноосвітніх знань і відомостей, вузький кругозір, бідний словниковий запас, відсутність пізнавальних інтересів. Темп психічної діяльності достатній, рівномірний. Порушення розумової працездатності не спостерігалося. Довільна увага достатня за обсягом і концентрацією,

стійка. Судження логічні, цілеспрямовані, з орієнтацією на істотні ознаки предметів і явищ. В особистісній сфері — стенічність, підвищена збудливість, запальність, схильність до зовнішньозвинувачуючих форм реагування.

Все вказане вище свідчить про те, що П. виявляє ознаки патохарактерологічного розвитку особистості і його поведінка в ситуації правопорушення відповідала звичному стилю особистісного й емоційного реагування в конфліктних ситуаціях, що посилилось станом простого алкогольного сп'яніння. Визнаний осудним.

Ю. М. Антонян і О. О. Ткаченко (1996) цілком обґрунтовано стверджують, що вбивства загалом і сексуальні зокрема беруть свій початок у страху смерті. Певний рівень цього страху відзначається практично у всіх людей за винятком тих, хто вірить у загробне життя. Однак внаслідок певних обставин, психічної конституції, особливостей виховання у вигляді емоційного відкидання дитини, жорстокого мікросоціального середовища страх смерті виходить за рамки норми, відчуття загибелі охоплює всю істоту і спонукає до завдання випереджаючого удару. Значна роль належить особливостям особистості злочинця, для якого характерні підвищена чутливість у міжособистісних стосунках, застрягання на негативних емоційних переживаннях, злопам'ятність, тривожність, невпевненість у собі. Через такі риси вони підозріло й відчужено ставляться до навколишнього соціуму, постійно очікуючи неприємностей і ударів долі. У такій ситуації будь-яке реальне надумане зазіхання на їхню самооцінку сприймається різко болісно і викликає захисну реакцію.

Людина, не адаптована у своїй статевій якості, почувається ущербною і далекою від світу. Постійна загроза з ворожого навколишнього середовища змушує захищатися, завдаючи превентивних ударів по джерелу основної небезпеки. Найчастіше головна небезпека виходить від жінок — адже саме вони можуть вказати на сексуальну і навіть еротичну неспроможність чоловіка.

Hirschfeld вирізняє шість типів сексуальних вбивств.

1. Вбивство, вчинене з метою досягнення оргазму (вбивство з хтивих спонукань).
2. Вбивство, вчинене в процесі переживання оргазму.
3. Вбивство, вчинене з метою (чи в процесі) придушення опору обраної для задоволення сексуальних потреб жертви.
4. Вбивство, вчинене з метою приховання сексуального злочину (наприклад, зґвалтування).

5. Вбивство, вчинене з метою (чи в процесі) позбавлення жертви можливості кликати на допомогу чи припинення цих закликів.
6. Вбивство, схоже на вбивство, скоєне з метою досягнення оргазму.

Особливу увагу привертають саме вбивства з метою досягнення оргазму і скоєні в процесі переживання оргазму. Саме ці сексуальні вбивства мають переважно серійний характер.

Стан, що передує реалізації злочинних дій, можна визначити як стан статевого збудження, але характер подальших дій показує різні його ефекти:

1. Збудження, що спонукає особу його посилити аж до досягнення стану, у якому воно знімається.
2. Збудження, що спричиняє стан суб'єктивного дискомфорту (іноді навіть усвідомлюється його хворобливість), який спонукає до якнайшвидшого його зняття.

У першому випадку злочинець вступає в контакт із жінкою, використовуючи якийсь час для посилення свого стану. В другому випадку злочинець нападає раптово, завдає удару або душить і, привівши її таким чином у несвідомий стан, чинить сексуальні дії. Сам характер дій і їх тривалість залежать від моменту настання задоволення: чим довше воно не настає, тим триваліші маніпуляції з тілом, тим різноманітніші і множинніші заподіювані йому ушкодження.

"Легенда" при вступі в контакт багато в чому залежить від особистості жертви. Дехто з потерпілих від рук злочинців-садистів залишається живим, отже, злочинець не завжди має прямий намір заподіяти смерть. Можна прийняти думку про те, що стан, до якого прагнув злочинець, наставав раніше загибелі потерпілої, так що після цього маніпуляції з тілом втрачають для нього всякий сенс. Відомі навіть випадки, коли злочинець, який займався повішенням хлопчиків, якщо досягав задоволення швидко, сам виймав жертву з петлі і намагався реанімувати. Деякі злочинці відзначали одержання від жертви в момент умирання "енергії, необхідної їм, яка має особливе значення". Причому ця енергія не може бути отримана з інших джерел (Самовичев Є. Г., 1992).

Варто навести реальні приклади, що ілюструють той чи інший тип сексуального вбивства. Вбивство, скоєне з метою (чи в процесі) придушення опору обраної для задоволення сексуальних потреб жертви, можна проілюструвати таким випадком.

30 грудня 1993 р., близько 22.45 двадцатичотирирічний М. прийшов у стані алкогольного сп'яніння до родичів його дружини для вирішення господарських питань щодо перевезення речей. Після спільного розпивання спиртних напоїв чоловік майбутньої постраждалої і його батько пішли спати в спальню, а М. у кімнаті, де вони розпивали спиртні напої, намагався здійснити насильницький статевий акт із дружиною хазяїна Іриною, котра чинила опір і кричала. Застосовуючи фізичне насильство, для придушення опору жертви, М. прикрив її рот рукою, щоб не було чутно лементу, зняв з неї одяг, бюстгальтер, порвав на ній труси і закрив їй рот подушкою, внаслідок чого наступила смерть потерпілої від удушення.

З метою приховати цей злочин — замах на зґвалтування і вбивство, М. випив ще спиртного, взяв зі столу кухонний ніж, зайшов у спальню, де навмисно наніс безліч ножових поранень шиї, грудей, живота, різних частин тіла, а тупим предметом заподіяв ушкодження голови спочатку одному, а потім й іншому чоловіку. Від отриманих ушкоджень обоє померли.

Будучи допитаним у ході попереднього слідства, обстежуваний заперечував інкриміноване йому діяння, однак згодом написав явку з повинною, де давав докладні показання.

При обстеженні з боку внутрішніх органів і ЦНС без видимої патології.

Психічний стан. Скарг не пред'являє, всебічно орієнтований. Мислення послідовне, логічне, на запитання відповідає правильно, по суті. Рівень знань відповідає отриманій освіті і життєвому досвіду, пам'ять і увага не порушені. Категорично заперечує пред'явлене йому звинувачення. Настрій рівний, реальних планів на майбутнє не будує, у бесіді спокійний, витриманий, дотримується дистанції.

При патопсихологічному дослідженні тримається впевнено, надмірно жваво, багато посміхається, жартує. Скарг на стан пам'яті, уваги, розумової працездатності не пред'являє. Категорично заперечує свою причетність до правопорушення. Написання явки з повинною пояснює розпливчасто, просторікувато, запевняє, що зробив це за "порадою" слідчого. Темп психічних процесів рівномірний, достатній. Довільна увага достатня за обсягом, стійкістю, концентрацією. Виснаження психічних процесів, стомлюваності до кінця роботи не спостерігається, пам'ять збережена. Рівень розумових операцій, аналізу, синтезу, узагальнення, опосередкування, логічного переносу відповідає віковому, освітньому досвіду. Судження послідовні, цілеспрямовані. До індивідуально-особистісних особливостей випробовуваного належать стенічність, активність життєвих проявів, легкість встановлення міжособистісних стосунків, емоційна врівноваженість, гарний контроль над зовнішнім проявом емоцій у конфліктних ситуаціях. Щодо інкримінованих діянь визнаний осудним.

Дуже часто зустрічаються вбивства з метою приховати зґвалтування, особливо якщо ймовірність викриття близька до 100 %. Зокрема, це актуально при зґвалтуванні неповнолітньої знайомої чи родички. В цих випадках після зґвалтування з'являється не тільки страх кримінальної відповідальності, а й страх осуду і відторгнення ґвалтівника мікросоціальним середовищем, спільним для злочинця і потерпілої. Виникає сором за вчинене, бажання, щоб ніхто і ніколи про це не дізнався. Досягти цього можна тільки ще страшнішим злочином.

15 червня 1994 р. М., перебуваючи на дачі, що належить його батькові, будучи у стані алкогольного сп'яніння близько 21.00 з метою скоїти зґвалтування своєї малолітньої племінниці Т. (7 років), що була під його наглядом, запропонував їй пройти на дитячий майданчик погойдатися на гойдалці. Після цього, шляхом обману, повів Т. в урочище "Горбачихи", розташоване неподалік від зазначеної дачі. Пройшовши приблизно 300–400 метрів углиб лісу, М. із застосуванням фізичного насильства і погроз вступив з малолітньою Т. у статевий зв'язок, після чого з метою приховати скоєний злочин став душити Т. Переконавшись, що Т. померла, він, інсценуючи її самогубство, повісив її на дереві. Труп Т. був виявлений 16 вересня 1994 р. У своїй явці з повинною, на допиті 16 вересня 1994 р. і в ході подальшого розслідування давав такі показання. Повідомив, що під час обіду випив 100–150 мл горілки. 26 вересня 1994 р. категорично заперечував свою причетність до інкримінованого йому діяння. При допиті як підозрюваний і при відтворенні обстановки й обставин подій перебував у пригніченому стані і фактично повторив показання явки з повинною.

Брат обстежуваного характеризує М. як людину добру, стриману, що іноді любить випити, але коли вип'є спиртного, агресивності не виявляє, намагається лягти спати.

Зі слів М., з матеріалів кримінальної справи, а також архівного акта стаціонарної СПЕ встановлено таке. Спадковість психічними захворюваннями не обтяжена. Ріс і розвивався в багатодітній сім'ї, не відстаючи від однолітків. За характером спокійний, замкнутий, добрий. У 5, 11 і 12 років переніс травми голови з втратою свідомості. Освіта середня спеціальна, в армії відслужив повний строк. Одружився в 1970 р., але через чотири роки розлучився, бо дружина не хотіла мати дітей. У 1977 р. оженився вдруге на жінці з дочкою двох років. Дружина зловживала спиртним, залишила роботу, тривалий час йшла з дому, відкрито зраджувала обвинувачуваного. У цей час знизився настрій, погіршився сон, турбували неприємні думки, "щоб забутися", почав щодня вживати спиртні напої. У вересні 1983 р. був засуджений за ст. 94, ст. 121 КК України до одинадцяти років позбавлення волі у

ВТК посиленого режиму. Також проходив за ст. 118 ч. 2, але був виправданий за відсутністю доказів. Звільнився в 1990 р. і відбув у Київ, де оселився з батьком на дачі, мав тимчасові підробітки. Категорично заперечує залежність від алкоголю.

Психічний стан. Орієнтований у місці, часі і власній особистості, контакт продуктивний. Настрій рівний, мислення послідовне, логічне, на запитання відповідає по суті. Щодо інкримінованого діяння себе винним не визнає, стверджує, що він не ґвалтував, не вбивав свою племінницю. Продуктивна психотична симптоматика не виявляється, залежності від алкоголю не відчуває, скарг не пред'являє. Інтелект відповідає отриманій освіті і життєвому досвіду, пам'ять не порушена.

Патопсихологічне дослідження. Тримається зовні спокійно, настрій ситуаційно знижений, однак у бесіді досить активний, охоче відповідає на запитання. Темп сенсомоторних реакцій рівномірний, достатній, активність, стійкість довільної уваги в межах норми. Виснаження психічних процесів, стомлюваності до кінця роботи не простежується, пам'ять збережена. Рівень розумових операцій аналізу, синтезу, узагальнення, опосередкування, логічного переносу відповідає віковому, освітньому досвіду. Судження послідовні, цілеспрямовані. До індивідуально-особистісних особливостей обстежуваного належать замкнутість, відгородженість, інтравертність, емоційна врівноваженість, відсутність життєрадісності, песимізм, схильність до фіксації тіньових сторін життя. Щодо скоєного визнаний осудним. Однак слід зазначити, що сексологічна експертиза і виявлення можливої педофілії не проводилися.

А от ще один типовий випадок вбивства з метою приховання зґвалтування.

5 червня 1994 р. у селі Малі Сочики Сквирського району у своєму будинку було знайдено труп громадянки Ж. зі слідами зґвалтування і насильницької смерті. В цьому злочині звинувачено З., 19 років. У своїй явці з повинною обвинувачуваний писав, що справді ходив до Ж. і між ними відбулася сварка, він розлютився і, схопивши на столі ніж, вдарив її кілька разів. З метою якось заплутати розслідування роздягнув потерпілу, імітуючи її зґвалтування. Пізніше, на допиті, визнав зґвалтування й убивство, підтвердив, що злочин вчинив у нетверезому стані і кається у скоєному.

Батько обстежуваного зловживає спиртними напоями. З. старший із двох дітей, про ранній розвиток відомостей немає, вчився погано, переніс декілька ЧМТ. У шостому класі діагностована олігофренія в ступені легкої дебільності з емоційно-вольовою нестійкістю, неврозоподібний енурез. Закінчив 8 класів, курси трактористів. На роботі характеризується як замкнутий, схильний до обману, притягався до

відповідальності за крадіжку деталей, авторитетом в оточення не користується. В неробочий час любить вживати спиртне.

Психічний стан. У ясній свідомості, орієнтований у місці, часі і власній особистості. Дуже хвилюється, червоніє, на запитання відповідає тихо, односкладово. Грубих розладів пам'яті не виявляє. По суті звинувачення говорить вкрай скупо, на очах сльози, заявляє, що сам не знає, як все відбулося. Вважає, що обвинувачення не цілком правильне, оскільки "акт у мене не вийшов...". Розуміє свою інтелектуальну неспроможність, говорить про погане навчання в школі, розуміє своє становище, перспективи. З. виявляє ознаки недорозвинення інтелекту в ступені помірно вираженої дебільності. Визнаний осудним.

Близько до вбивства, вчиненого з метою подолання опору жертви, обраної для задоволення статевої пристрасті, перебуває вбивство з метою позбавлення жертви можливості кликати на допомогу.

У стані сильного алкогольного сп'яніння двадцятидворічний Г. зґвалтував громадянку С. У процесі здійснення насильства він здавлював руками горло С., що спричинило смерть останньої від механічної асфіксії.

Спадковість злочинця психопатологією не обтяжена. Ріс і розвивався правильно, у дитинстві переніс ряд інфекційних захворювань. В школі вчився задовільно, після 10 класів закінчив ПТУ за фахом електрозварювача. Після служби в армії повернувся додому і працював за спеціальністю.

Правильно орієнтований у місці, часі, власній особистості. Під час бесіди тримається вільно, природно, на запитання відповідає правильно, по суті. Про правопорушення говорить неохоче, з деяким роздратуванням: "Був напідпитку, захотілося зґвалтувати. Тому схопив руками за горло, трошки придушив, щоб не кричала, а потім відніс її на будову". При цьому докладно розповідає про послідовність своїх дій.

Судження поверхові, примітивні, коло інтересів звужене, фіксований на побутових потребах. Емоційні реакції трохи тьмяні, одноманітні, продуктивної психосимптоматики не виявляє. Визнаний осудним.

Ще один випадок з цієї ж групи. Двадцятиоднорічний М. у нетверезому стані під час прогулянки із сестрою своєї дружини неповнолітньою Ш. (15 років) з метою паралізувати опір останньої мотузкою, спеціально знайденою для цієї мети, задушив потерпілу, потім її зґвалтував.

Спадковість М. психічними захворюваннями не обтяжена. Виховувався в бабусі, вчився посередньо, після 8 класу закінчив СПТУ газоелектрозварювальником і одночасно 11 класів вечірньої школи.

Після служби в армії працював у м. Каневі, а потім на шахті в Донецькій області. У наданих характеристиках з місця проживання відзначається схильність М. до вживання спиртних напоїв. З дитинства ріс нетовариським, замкнутим, трохи скованим. Працівник несерйозний, безвідповідальний, халатний.

У психіатричних лікарнях не лікувався, травм голови не було.

Психічний стан. У ясній свідомості, всебічно правильно орієнтований. Досить докладно розповідає про те, що трапилося, не посилається на погану пам'ять. Говорить про вбивство і зґвалтування неохоче, односкладово. Продуктивної психотичної симптоматики не виявлено. Визнаний осудним.

Внаслідок специфіки радянського часу інформація про серійні вбивства не підлягала розголошенню, тому з появою гласності і широкого висвітлення таких фактів у засобах масової інформації в населення створилося враження новизни цього явища в нашій країні.

Однак судово-психіатричні архіви зберігають акти судово-психіатричних експертиз сексуальних вбивць, у тому числі серійних.

З них варто розглянути випадок Соломенка, 39 років, що скоїв понад 60 розпутних дій і зґвалтувань дівчаток 6–10 років у різних районах Києва, що в ряді випадків супроводжувалося вбивством жертви або завдаванням тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості.

В усіх випадках для знайомства Соломенко, з огляду на вік дівчинки, підбирав варіант обману, за допомогою якого захоплював свою жертву, переконливо зображав, що шукає в будинку когось, просив допомогти йому в цьому. Так, він піднімався з дівчинкою на дедалі вищі поверхи, а потім затягував її на горище.

Приміром, із найстаршою з них, 10-річною Тамарою, він вів розмову про те, що він нібито ленінградець, приїхав до Києва вчитися і йому потрібно купити зошити для сестри — учениці другого класу, запитував Т., з ким вона дружить, де вчиться та ін.

З Ніною, котра йшла з портфелем зі школи, Соломенко почав розмову з того, чи не знає вона, де знаходиться школа № 130, просив провести його до школи, де він нібито повинен відшукати якусь дівчинку і вручити їй листа.

Катю, дев'яти років, він зупинив запитанням: "Який це будинок?" і попросив відшукати йому 15-ту квартиру, тому що він нібито забув вдома окуляри.

Шестирічних Олю й Олену він зацікавив тим, що пообіцяв на горищі показати "маленьких голубів".

Крім того, в усіх випадках він пригощав дівчат цукерками. Завжди застосовував запобіжні заходи, щоб не бути затриманим, ніколи не

заводив дівчаток у парадні, де вони живуть, і не з'являвся часто в тих самих районах. Після скоєння злочину вмовляв або залякував жертву, залишав її на горищі і виходив з будинку один. При цьому пропонував дівчаткам рахувати до ста або переконував, що виходити удвох з горища не можна, тому що їх хтось поб'є. Він роз'яснював, що мамі, подругам і вчительці вони не повинні розповідати, що з ними трапилося на горищі, тому що будуть покарані.

Свій одяг Соломенко на горищі знімав для того, щоб не забруднитися, а одяг дівчат чистив для того, щоб, як він пояснив, батьки не помітили, що дитина забруднена і не почали розпитувати.

Вже будучи засудженим за розбещення малолітніх Соломенко зізнався у скоєнні ще ряду злочинів крім тих, що фігурували раніше, а саме вчинив ще шість зґвалтувань малолітніх дівчат, п'ять з яких закінчилися смертю, а одне тяжкими, небезпечними для життя тілесними ушкодженнями.

Першою жертвою вбивства стала десятирічна З., яка йшла з дому в універмаг за канцелярськими товарами. По дорозі її зустрів Соломенко, зайнятий саме пошуками дівчинки для задоволення своєї статевої пристрасті. Назвавши їй вигадане прізвище знайомих, які нібито проживають в одному з ближніх будинків, Соломенко попросив З. допомогти знайти їх і пішов з нею до зазначених будинків. Під час "пошуків" він сказав З., що йому очевидно дали неправильну адресу, а з вдячності за допомогу в пошуках він хоче купити їй цукерок, для чого запропонував з'їздити з ним у магазин. Там він почастував її цукерками і, переконавшись, що ввійшов у довіру, запропонував поїхати трохи погуляти в Голосіївський парк, після чого обіцяв відвести її додому. Таким облудним шляхом Соломенко затягнув З. у ліс, де біля траншеї вирішив зґвалтувати дівчинку і спробував зняти з неї штани, але вона зняла галас. Переборюючи її опір, він здавив шию З. руками і тасьмами її шапочки-капора, вклав їй у рот свій носовичок, після чого зняв з неї штани, трико і зґвалтував її.

В результаті зазначених дій З. померла. Переконавшись, що дівчинка задушена, він привів її одяг у порядок, вийняв у неї з рота свій носовичок, переніс труп у траншею поблизу, засипав його листям, землею і зник з місця злочину.

7 червня 1963 р. в денний час Соломенко в пошуках дівчинки поїхав до житлових будинків у районі заводу "Більшовик". Там, біля будинку № 106 він підійшов до дев'ятирічної Тані і, з метою встановлення контакту з нею, попросив допомогти йому знайти знайомих, що проживають в одному з під'їздів будинку № 106, назвавши при цьому вигадане прізвище. Під час "пошуків" Соломенко припустив, що його знайомі ймовірно живуть в іншому під'їзді і зайшов у гастроном, щоб почастувати дівчинку цукерками. Побачивши, що Таня ставиться до

нього з довірою, він запропонував їй покататися з ним на трамваї та автобусі, пообіцявши по дорозі показати їй красиві місця. Після цього обіцяв відвести її додому. Вмовивши дівчинку, він відвіз її на 36–37 км траси Київ — Обухів. Відтіля завів її у 5-й квартал Плютівського лісництва, де вирішив зґвалтувати. З цією метою, на галявині, переборюючи опір, здавив її шию руками і вклав їй у рот свій носовичок, після чого зірвав з неї купальник і зґвалтував її. Переконавшись після статевого акту, що дівчинка задушена, Соломенко вийняв у неї з рота носовичок, сховав труп у балку поблизу і прикрив його листям і гілками. Сам втік з місця злочину.

14 жовтня 1964 р. у другій половині дня Соломенко поїхав у Святошин, прагнучи знайти дівчинку для задоволення своєї статевої пристрасті. Добравшись до селища, він підійшов до О., яка гралася біля дому і попросив допомогти знайти вигаданого знайомого, що нібито живе в одному з будинків поблизу. Не знайшовши "знайомого", він засумнівався в правильності адреси і почастував дівчинку цукерками, заздалегідь купленими для цієї мети. Познайомившись ближче, запропонував О. трохи з ним погуляти, на що вона погодилася. Соломенко вивів дівчинку в поле, підвів її по рову до одного з кущів, здавив їй шию руками і хусткою, що була в неї на голові, заткнув їй рот своїм носовичком. Після цього зняв з неї штани, трико і зґвалтував. Закінчивши статевий акт, і переконавшись, що дівчинка задушена, він там же, у рові, прикрив труп травою, бур'янами, листям, землею і втік.

Вдень 25 жовтня 1964 р. Соломенко поїхав на ВДНГ УРСР у пошуках підходящої дівчинки. Близько 14 години він підійшов до дочки працівниці виставки десятирічної Л., сказав, що вперше на ВДНГ і попросив пройтися з ним по території і показати наявні там павільйони. Під час прогулянки він пригощав Л. цукерками і, ввійшовши в довірчі стосунки, облудним шляхом вивів її з виставки і повів у 19-й квартал Голосіївського лісу. Л. здійняла крик і вчинила опір, переборюючи який, Соломенко завдав їй ударів по обличчю, здавив шию руками і її шарфом, вклав у рот носовичок, стягнув з неї штани, трико і зґвалтував її. Переконавшись після статевого акту, що Л. задушена, він упорядкував її одяг, вийняв з рота хусточку, переніс труп у балку під деревом і закидав хмизом. Після чого покинув місце злочину.

23 травня 1965 р., приблизно о 13 годині, Соломенко приїхав у Київський зоопарк, де побачив шестирічну Г., яка стояла збоку. Довідавшись, що вона загубила старших, з якими прийшла в зоопарк, пообіцяв їх знайти. Під цим приводом водив її по зоопарку, пригощаючи цукерками. Ввійшовши в довіру, запропонував їй покататися тролейбусом і автобусом, показати красиві місця. У такий спосіб відвіз її на 27-й км траси Київ — Обухів, а потім повів у ліс. Там, на одній з га-

лявин, за вже відпрацьованим сценарієм, задушив і зґвалтував. Труп присипав гілками і листям і полишив місце злочину.

У другій половині дня 4 червня 1964 р. Соломенко поїхав на житловий масив хутора "Відрадний". Там біля дитячого майданчика підійшов до восьмирічних дівчаток У. і М., сказав, що працює в зоопарку, куди і запропонував з ним поїхати. Незабаром М. пішла додому, а У. після вмовлянь погодилася піти з ним. Соломенко потягнув її в посадку, повалив на землю, здавив їй шию руками і, коли вона знепритомніла, стягнув з неї труси і зґвалтував. Після зґвалтування він упорядкував її одяг і залишивши в непритомному стані, втік.

Через якийсь час У. опритомніла і повернулася додому. Судмедекспертиза встановила, що завдані У. пошкодження належать до тяжких тілесних, які небезпечні для життя.

Як видно з описаного, всі зґвалтування й убивства дівчаток 8–10 років Соломенко вчинив за такою самою схемою, використовуючи як місце злочину територію парків, лісництва, лісопосадок, іноді вивозячи обмануту жертву на десятки кілометрів за межі міста. Завжди забирав речові докази, трупи впорядковував, ховав у рові чи балці, засипав дерном, листям і гілками.

Соломенко народився в сім'ї військовослужбовця і серед родичів психічно хворих не знає. В дитинстві переніс дифтерію і малярію, а під час гри з однолітками — травму голови. З останньою обставиною пов'язує своє погане навчання в школі і дублювання класів. Вчився в технікумі, але з першого курсу пішов працювати робітником в аеропорт — стало важко вчитися через повторну травму голови (побитий хуліганами). З того ж часу (з 17 років) став звертатися до лікарів з приводу головних болів, запаморочень, неуважності і порушень пам'яті.

Надалі змінив багато місць роботи, але не здобув професії, конкретно нічого не навчився. Працював у столярному цеху, кочегаром, вчився на шліфувальника, працював електромонтером. На роботі часто сварився з товаришами по службі і начальством, тому що дратівливий, не любить несправедливості і всюди вперто висловлював свою думку. У зв'язку з тим, що завжди важко справлявся з роботою, дуже втомлювався, звертався до лікарів. Лікувався амбулаторно і стаціонарно у невропатолога, у водолікарні, психоневродиспансері (амбулаторно). Від рекомендованого лікування в психіатричній лікарні відмовився.

Люди, які знали Соломенка ще в дитинстві, відзначали в нього ранній сексуальний інтерес. З тринадцятирічного віку почав займатися онанізмом і періодично практикував його протягом подальшого життя. У 19 років розпочав статеве життя, зустрічався з жінками, жив з ними, мав безладні нетривалі зв'язки. Статеві акти мали природний характер, приносили задоволення йому і його партнерці. Однак надалі

його статеві прагнення поступово стали змінюватися. В основі цього, зокрема, лежало погіршення його фізичного стану після перенесеної травми голови. Це позначалося і на його статевих можливостях. Зустрічаючись з жінками, відзначав у себе зниження потенції, відчував, що не задовольняє своїх партнерок, які прямо заявляли йому про це. Зв'язки з дорослими партнерками стали його розчаровувати, залишали після себе невдоволення. До цього періоду належить зближення обстежуваного з одним його колишнім знайомим, який був значно старшим, більш освіченим і був для Соломенка великим авторитетом. Цей знайомий практикував розпутні дії з малолітніми дівчатками і своїми розповідями пробудив в обвинувачуваного цікавість та інтерес до малолітніх дівчат як до можливих об'єктів статевого задоволення. Наслідуючи свого знайомого, за його оповідками, обстежуваний також став шукати можливості доторкатися рукою до статевих органів дівчаток. Робив це на пляжі, нібито допомагаючи дівчатам навчитися плавати, і також відчував при цьому сексуальне задоволення. Відтоді став частим відвідувачем пляжу і наполегливо домагався можливості пережити сексуальне задоволення подібним способом.

Спочатку ці потяги не витісняли природних, він продовжував шукати зустрічі з дорослими жінками, заводив з ними знайомство, жив з ними, але з кожним разом все більше розчаровувався і все більше думав про малолітніх. Поступово Соломенко зблизився з іншим приятелем — Філоновим, який відчував такі самі потяги, багато говорив йому про їх своєрідність і приємність і з новою силою розбудив і зміцнив у ньому сексуальний інтерес до дівчаток.

У трамваї, в магазині, в юрбі на вулиці Соломенко намагався притулитись до маленької дівчинки і при цьому відчував сексуальне збудження і задоволення. Цей потяг почав набувати дедалі більшої сили і нерідко, помітивши дівчинку, міг кинути усі свої справи і довго її переслідувати. Вибравши зручний момент, він притискався до неї й одержував статеве задоволення, наставало виверження сім'я. Статеве збудження виникало щоразу, коли завважував де-небудь кіски, дитячий бант чи бачив оголені дитячі ніжки, що визирають з-під короткого платтячка.

Короткочасність одержуваного статевого задоволення суперечила силі статевого збудження і він почав шукати нові способи статевого задоволення. Ідею підказав Філонов, разом з яким, а потім переважно самостійно Соломенко протягом чотирьох років під якимось приводом заманював дівчинку в під'їзд або на горище і, оголюючи дитину, чинив розпусні дії, водячи своїм членом між стегнами дівчинки. За його власним висловом — "імітував" статевий акт, що закінчувався оргазмом. При цьому отримував більш тривале статеве задоволення. Однак робити все доводилося швидко, наспіх, постійно побоюючись

викриття, що викликало незадоволення. В цей період часу вважав, що статевий акт із малолітньою дівчинкою здійснити неможливо у зв'язку з фізіологічною невідповідністю, тому й не намагався скоїти зґвалтування. Одного разу, розмовляючи з одним приятелем, студентом медичного інституту, довідався нібито від нього, що статевий акт із деякими малолітніми дівчатками можливий і, крім того, має ряд своїх "переваг". Це, як стверджує обстежуваний, і спонукало його цілком здійснити статевий акт у статевих шляхах малолітніх дівчат. Надалі протягом чотирьох років здійснив у цілому тринадцять зґвалтувань, частина з яких (п'ять) закінчилася смертю потерпілих.

Розповідає, що коли він відчував потребу задовольнити свій статевий потяг, то шукав дівчинку, прагнучи тільки вчинити з нею розпусні дії, імітацію статевого акту і не більше. Часто цим обмежувався, але на якомусь етапі виникала думка здійснити з нею статевий акт. Прагнення виникало нібито настільки сильне, що він не міг його перебороти і наполегливо прагнув до здійснення. Часто воно виникало, коли він вже бачив оголене тіло дівчинки. У цей момент, згідно з його заявами, він був цілковито підвладний цьому потягу і чинив зґвалтування, не усвідомлюючи своїх дій, приходячи до тями лише після скоєння статевого акту.

Завжди боявся "попастися", тому, щоб дівчата не кричали при зґвалтуванні, вкладав їм у рот носовичок, іноді зв'язував або прив'язував їх до чого-небудь на горищі. Стверджує, що потяг був дуже сильний, протистояти йому не міг, розповісти кому-небудь чи звернутися за порадою боявся, бо знав, що за це насамперед заарештують. Ніколи не мав наміру вбивати дівчат, як для того, щоб здійснити статевий акт із мертвими, так і з метою обережності. Випадки удушення пояснює випадковістю, що відбувалася під час подолання ним їхнього опору, пригадує, що в цей же період в нього були випадки зґвалтування дівчаток і без смертельного результату.

Свідки характеризують його замкнутим, невживчивим, егоїстичним. Сам Соломенко, як і його сім'я, не користувався любов'ю оточення, тримався осібно, виявляв дріб'язковість, скупість, злопам'ятність. Із сусідами конфліктував, підозрював деяких з них, що вони підсипають йому щось у їжу, вони, у свою чергу, в цьому ж підозрювали його.

Своєї сім'ї не створював, виправдуючи себе всілякими причинами побутового характеру.

З матеріалів справи відомо, що він велику увагу приділяв своєму здоров'ю, зовнішньому вигляду, одягу, дуже стежив за собою, за своїм обличчям і тілом. Читав медичну літературу, лікувався сам, маючи медикаменти і шприц. Був бридливий, ретельно, часто і по багато разів мив руки. При обшуку в квартирі Соломенка вилучено велику кількість медичної літератури і зокрема: "Вибір знеболювання", "Нер-

вові і психічні хвороби”, “Розповіді про людське тіло”, “Юнак перетворюється в чоловіка”, “Дівчина перетворюється в жінку”, “Гінекологія дитячого віку”, “Статеві розлади в чоловіків”, “Вікова біологія”. Соломенко пояснив, що його цікавили і питання статевих аномалій та розладів у чоловіків, а також все, що стосувалося розвитку і будови статевих органів у дівчат: “Я хотів про дівчаток знати все”.

Психічний стан. В ясній свідомості, орієнтований всебічно. Цілковито усвідомлює ситуацію, що склалася. В контакт вступає вільно, охоче повідомляє про себе відомості, по суті відповідає на запитання. Рухи скупі, скуті, пересувається дрібними кроками, згорбившись, але в звичайному темпі. Розмовляє з опущеною головою, не дивиться на співрозмовника. Створює враження людини, що прагне займати якнайменше місця і звертати на себе якнайменше уваги. Настрій ситуаційно трохи знижений, проглядається внутрішнє напруження, тривожність, добре приховане роздратування. В бесіді зібраний, відповідає багатослівно, надмірно докладно, мова перевантажена другорядними деталями, незадоволений, коли його перебивають. Виявляє обмежене коло інтересів, запитів, деяку примітивність суджень. Мова у швидкому темпі, кваплива, неголосна, проковтує окремі склади закінчення, стежить за висловами, уникає натуралістичних описів, посилається на почуття незручності говорити на інтимні теми при жінці.

На запитання по суті справи дає докладні послідовні пояснення, заявляє про своє каяття, висловлює жаль, що його не затримали раніше, коли він “ще нічого страшного не наробив”. Не заперечує своєї провини, не намагається знайти собі виправдання, вигородити себе. Наполегливо підкреслює, що всі свої злочини скоїв під впливом “вчителів”, які мали більше досвіду й освіти, тому він не міг протистояти їх розбещуючому впливу. Стверджує, що важко переживав після кожного злочину, особливо коли той закінчувався смертю дівчинки, давав собі найстрашніші клятви не повторювати злочинів. Протягом кількох днів потягу не було, але потім він знову з’являвся і Соломенко “не в змозі опанувати своїх бажань кидав усе і прямував на пошуки дівчаток”. Вважає це “хворобливими проявами”. Від явки з повинною утримував страх можливого покарання. Фіксований на ситуації, що склалася, своїх переживаннях, емоційно адекватний.

З особистісних особливостей можна відзначити тривожно-недовірливий характер з рядом невротичних проявів, егоїстичність, конфліктність, сварливість, дратівливість, схильність до статевих збочень, примітивність особистості.

Щодо скоєного визнаний осудним.

Аналізуючи цей випадок, що відбувався ще в шістдесяті роки в м. Києві, звертає на себе увагу чіткий етапний розвиток обсесивно-

компульсивного варіанта педофілії. Резидуально-органічна патологія як наслідок повторних черепно-мозкових травм відіграла подвійну роль у формуванні кримінальної особистості. По-перше, вона погіршила його фізичний стан і статеві можливості, а по-друге, сприяла дисгармонії особистості на фоні церебрастенічних і неврозоподібних розладів.

Відсутність повноцінної гетеросексуальної адаптації як обов'язкової умови парафільної активності в поєднанні з індукованим інтересом до малолітніх дівчат призвела до перших "безневинних" (практично соціально прийнятних) форм перверзної діяльності. Спочатку він лише наслідував авторитетного знайомого, продовжуючи природну статеву активність, а потім, на фоні наростаючого фіаско з дорослими жінками, цілком підкорився педофільному потягу. Посилювалася психічна і фізична залежність, які й зумовлюють серійний характер деліктів, посилювалася патосексуальна толерантність зі зміною форм сексуального задоволення в бік усе більшої брутальності.

На відміну від сексуальних злочинів, у яких особистість злочинця і його психічний стан легко визначаються судовими психіатрами, зустрічаються випадки наполегливої симуляції психічного захворювання, що потребує часом кількаразового проведення судово-психіатричної експертизи.

Одним з рядових випадків такого роду є справа 21-річного Л., що зґвалтував і вбив у селі Корнин свою сусідку 62-річну Л. П.

У ході слідства була проведена судово-психіатрична експертиза в Житомирській психіатричній лікарні, під час якої обстежуваний заявив, що "вона зачарувала його матір, внаслідок чого та зловживає спиртними напоями". Розповідав, що сусідка — чаклунка і може перетворюватися на тварин.

Про скоєний злочин повідомив таке. Ввечері 11 березня разом із братом був у клубі на дискотеці. Повернувся близько 24 години і дівчина брата сказала, що бачила на вулиці чорну кішку. Коли всі заснули, він взяв металевий прут, вийшов на вулицю і пішов у двір до сусідки. Кинув камінь у вікно і почув оклик на веранді. Він відгукнувся, а коли бабка відкрила двері, вдарив її, "якась сила тягла вдарити". Вона встигла закрити двері і впала в будинку. Л. заліз у будинок через вікно, зайшов на веранду. Бабка стояла, він почав бити її металевим прутом, вдарив 4–5 разів, вона відкрила двері і побігла на город. Побіг за нею, на городі вона впала, його "потягнуло до неї". Узяв її за руку і шию і став тягти у двір. Коли потягнув за шию, щось хруснуло. У дворі зґвалтував, навіщо це зробив — пояснити не може. Після цього

прикрив її дровами, а сам ще довго ходив по вулиці, по городах. Потім повернувся додому і ліг спати, але заснути до ранку не зміг.

Батько в молоді роки лікувався у психіатричній лікарні, мати останні два роки зловживає спиртними напоями. Звинувачуваний є старшим із трьох дітей в сім'ї. Ранній розвиток без особливостей, був спокійним, слухняним. Закінчив 8 класів, СПТУ, одержав спеціальність тракториста. Під час служби в армії переніс ЧМТ із короткочасною втратою свідомості, дружніх відносин з товаришами по службі не підтримував. З місця служби характеризується знаючим фахівцем, мав авторитет, у побуті скромний, у громадському житті участі не брав.

На обліку у психіатра, невропатолога не перебував, зловживання спиртними напоями заперечує.

Соматоневрологічний стан без особливостей.

Здивовані наполегливим розвитком теми чаклунства, житомирські психіатри практично схилилися до неосудності обстежуваного. Щоб розвіяти сумніви, Л. було направлено у судово-психіатричне відділення психлікарні м. Києва.

При повторному огляді — в ясній свідомості, всебічно орієнтований. Стурбований ситуацією, що склалася, схвильований, виражені вегетативні реакції — серцебиття прискорене, густо червоніє. Настрій ситуаційно знижений. При бесіді спочатку насторожений, недовірливий, доступний для продуктивного контакту. Послідовно подає відомості, уважно вислуховує запитання. Бентежачись, неохоче повідомляє, що раніше давав неправдиві свідчення про чаклунство, бо намагався симулювати психічне захворювання. Запевняє, що взяв на себе провину "під тиском працівників міліції". Однак у процесі цього психіатричного обстеження вирішив змінити форму поведінки і намагатиметься довести свою невинність у цьому злочині, бо вважає, що слідство не має достатніх доказів його вини. Під час бесіди шукає співчуття у співрозмовника, розуміння його позиції, підтримки.

Мислення логічне, послідовне, у звичайному темпі. Інтелект відповідає віку, освіті, життєвому досвіду. Судження трохи незрілі, поверхові, морально-етичні установки не сформовані. Правильно розуміє своє становище, має установку в майбутньому активно захищатися. Зніяковіло говорить про симуляцію в минулому.

Виходячи з викладеного Л. психічними захворюваннями не страждає і може бути визнаний осудним.

Звинувачуваний не зміг пояснити причини своєї поведінки. Хоча спеціальна сексологічна експертиза проведена не була, але все свідчить про наявність прихованих аномалій статевого потягу в комплексі геронтофілії і сексуального садизму. Саме цей неусвідомлений садистський потяг, що прокинувся при алкогольному сп'янінні, спонукав Л.

до побиття, а геронтофілія — до побиття саме бабусі, під час якого він зненацька для себе відчув сильне статеве збудження, яке реалізувалося у вигляді зґвалтування вже мертвого тіла.

Наведемо характеристику злочинця, описаного Ткаченком О. О., Шемякіною Т. К., Введенським Г. Є. і Симоненковою М. Б. у збірнику "Серійні вбивці: вибрані експертизи".

Головкін народився в замкнутій, обмеженій у спілкуванні сім'ї із спадковою психічною обтяженістю — його двоюрідна сестра по лінії батька хворіє на шизофренію. Дитина від першої вагітності, народився з вродженим дефектом грудної клітки у вигляді "лійкоподібних" грудей у стані асфіксії. Дитячі колективи відвідував неохоче, важко переживав розлуку з матір'ю, давав істероформні реакції з плачем, мимовільною блювотою і сечовипусканням. За характером був спокійним, тихим, волів грати наодинці, на вулицю до дітей йшов неохоче і додому нікого не запрошував. Щиросердної теплоти, лагідного ставлення до дітей у сім'ї не спостерігалося, виховання проводилося методично, фізичними доводами, часто прямолінійно і грубо.

З п'яти років з'явилася звичка мастурбувати, однак закінчених актів з ерекцією і виверженням сім'я мати не відзначала.

На фоні певної емоційної депривації, поєднаної з церебральною дисфункцією, почалося формування патохарактерологічних особливостей особистості у вигляді аутичності, замкнутості, емоційної бідності з підвищеною чутливістю.

З восьми років Головкін пішов у школу, вчився добре, але без ентузіазму, залишався замкнутим, соромливим, підвищено вразливим. Дружити намагався з такими ж затюканими дівчатами, незграбними хлопцями, двієчниками. Стосунки з батьком у шкільні роки зовсім зіпсувалися через грубе і жорстоке ставлення до сина. Важко переживав своє заняття онанізмом, вважав це гріхом, бо батьки лаяли, зашивали кишені. З 12 років з'явилися перші еякуляції, що супроводжувалися оргазмом. У хлопчачих розмовах на сексуальні теми участі не брав. У школі завжди був на других ролях, хоча у мріях постійно уявляв себе лідером. З'явилося мимовільне конкретне й образне фантазування, що мало компенсаторний характер.

У підлітковому віці виріс і почав сутулитися, з'явилися рясні вугрі, що зробило його ще вразливішим, здавалося, навколо всі цураються його, відчуваючи запах сперми. Тоді ж посилилося фантазування, яке швидко набуло садистського характеру. Фантазії виникали мимовільно перед актом мастурбації, уявляв хлопчиків-однокласників, з якими здійснює статевий акт, мучить їх, а також, як вони голими смажаться

на сковороді, звиваються, згоряють на багаттях. Мріяв про ексгумацію і власноручне розчленування трупа, фантазував на цю тему.

Одного разу впіймав кішку, повісив її й відрізав голову. При цьому наступила розрядка, щезла напруга, виникло істинне полегшення. Найприємніший момент відчув у процесі катування кішки.

У цей період у нього з'явилося сильне захоплення конями, відвідував кінноспортивну секцію, читав літературу, вивчав анатомію і біологію. Спілкування з конями давало йому задоволення, здавалося, вони розуміють його і добре до нього ставляться. В міру заняття кінним спортом тяга до мастурбації, фантазування притупилася.

Після школи Головкін вступив до академії на відділення конярства, вчився охоче, мав авторитет. Проте залишався спокійним, соромливим, відчуженим, навіть жартома не приставав до дівчат. Змінювався тільки при спілкуванні з тваринами, ставав ласкавим, уважним.

На останніх курсах академії його побили підлітки, йому вибили зуби, пошкодили ніс і, найголовніше, змінили його емоційний стан. Його постійно мучило почуття образи, хотілося помститися, знайти кривдників, але безуспішно. На цьому фоні з новою силою спалахнули садистські фантазії, що завжди супроводжувалися актами мастурбації і внутрішньою психологічною розрядкою. Уявляв, як ґвалтує і вбиває своїх кривдників.

Незабаром одного фантазування стало не досить і ясно сформувалося бажання знайти і вбити хлопчика. На початку бажання придушував волею, бо не було чіткого плану і боявся покарання. Після закінчення академії бажання ставало дедалі нав'язливішим, хотілося фізично відчути стан агонії, бачити страждання об'єктів. Спочатку пошуки були тривалими, виснажливими і безуспішними, але саме гостре почуття очікування успіху вже давало заспокоєння. Сформував для себе ідеальний образ жертви — хлопчик-підліток, худенький, середнього зросту, темноволосий, риси характеру протилежні його власним, прагнення до пригод, цікавість, відсутність страху, обережності, належного нагляду з боку дорослих, схильність до делінквентних форм поведінки. Головкін впровадив своєрідний тест відбору, пропонуючи хлопцям вчинити крадіжку, хто погоджувався — відразу ставав потенційною жертвою.

Інвентар, з яким Головкін йшов на "справу", складався з бінокля, ножів, мотузки для удушення, кепки і хустки для обмеження поля зору жертв, ременів для зв'язування. У вільний час і по вихідних він виїжджав на електричці за місто, ходив пішки по безлюдній лісистій місцевості в пошуках об'єкта.

Працюючи після академії на кінному заводі, він, за словами співробітників, з великою любов'ю ставився до тварин і дітей. Особливий інтерес виявляв до процесу запліднення, ректального обстеження ко-

ней, а також до обмацування статевих органів кобили при перевірці на жеребність. При цьому вигляд у нього був вдоволений, очі блищали або ставали каламутними, він начебто перебував під дією наркотиків. Жінки-співробітниці його поважали і цілком спокійно залишали з ним своїх дітей, будучи впевненими, що діти в надійних руках. Коли почалися розмови про знайдений розчленований труп хлопчика зі знятою шкірою, Головкін жахався й обурювався разом з усіма.

Перші спроби вбивства завершилися невдало через погану підготовку, а також через неправильний вибір жертви — хлопчик виявився міцним і злочинець з ним не справився. Ще один підліток "ожив" після повішення і Головкін, що вже одержав задоволення, вирішив його не вбивати — було страшно робити це вперше.

Спочатку при вбивствах практикував удушення, в момент якого переживав задоволення, відчуваючи при цьому ерекцію, досягаючи виверження сім'я шляхом мастурбації і спогадів через пару годин після злочину. Однак цих відчуттів ставало замало і він почав розрізати тіла, виймати органокомплекс, вирізати статеві органи. Особливе задоволення відчував при агонії жертви, тих, хто здавався йому симпатичнішим, мучив значно довше. Із задоволенням спостерігав поведінку жертви, якій сповістив про її долю, і поведінку жертви-глядача, що чекає своєї черги.

Перше вбивство він скоїв навесні 1986 р., тоді ж уперше вчинив розпусні дії. Підійшовши до підлітка, що палив, нібито попросити сірника, Головкін схопив його за груди і наказав йти в глибину лісу, де зажадав взяти його статевий член в рот і посмоктати. Після цього з оголеним членом ліг на підлітка, накинув на шию мотузку і затягнув. Потім перерізав хлопчику горло, зробив надрізи на мошонці, стегні, у паховій області.

Після першого вбивства його незабаром (через 3 місяці) потягнуло здійснити нове. З цією метою виїхав за місто і бродив поруч із піонерським табором. Коли підліток вибіг з території в ліс покурити, злочинець схопив його ззаду за одяг і повів усередину лісу, де зв'язав йому руки, роздягнув і вчинив оральний статевий акт, після чого повісив і зафіксував труп на дереві. Спочатку він вирізав у жертви статевий член, потім завдав множинних ударів у спину, груди, промежину, розрізав груди до лобка. Ці дії викликали емоційний підйом, хотілося різати ще і ще, особливе задоволення переживав від вирізання статевих органів. Вийнявши труп з петлі, відрізав голову, яку викинув по дорозі додому, а статеві органи вдома пересипав у банці сіллю і зберігав кілька днів. Споглядаючи органи, отримував внутрішнє задоволення, подумки уявляв статевий акт із підлітком, згадував сцену вбивства.

У 1987–88 роках нападів і вбивств не робив, бо боявся бути затриманим, знав, що шукають людину, яка вбиває хлопчиків. Понов-

лення злочинної діяльності відбулося восени 1989 р. після купівлі автомобіля, коли потреба в скоєнні вбивств спалахнула з новою силою. Наявність машини розкрила нові можливості, він під'їжджав до платформи і вишукував придатну жертву, що намагається зупинити попутну машину.

Головкін під'їхав до хлопчика років десяти і запропонував підвезти, пояснивши, що для прокачування гальм необхідно буде заїхати в гараж. По дорозі він запропонував хлопчику здійснити крадіжку в одній із дач і залізти в багажник, щоб його не побачив дачний сторож. Той погодився і забрався в багажник.

Головкін загнав машину в гараж, зачинив ворота і зажадав, щоб хлопчик роздягнувся догола і взяв його статевий член у рот. Після завершення статевого акту і виверження сім'я він накинув жертві петлю на шию і повісив на скобі, вбитій в стіну гаража. Ноги хлопчика досягали землі і вбивці довелося смикнути його за ноги для повного удушення. Засунувши тіло в мішок, він відвіз його в лісництво, де в лісовій глухомані викопав яму для поховання. Тут же, витягши труп з мішка, він відчув сильне статеве збудження і з метою його задоволення розчленував тіло. Спочатку відрізав голову, руки в плечових суглобах, ноги в тазостегнових, розкрив черевну і грудну порожнини, вийняв внутрішні органи. Під час цих маніпуляцій, особливо при виїмці внутрішніх органів, настало задоволення.

До наступного вбивства Головкін підготувався ще ґрунтовніше — він вирив у гаражі льох, забетонував підлогу, обклав стіни бетонними плитами, в які вбив кільця і скоби, зробив сходи і провів світло. Після цього влітку 1990 р. поїхав на пошуки чергової жертви, якою став 15-річний підліток, якого Головкін також підібрав "голосуючим" біля залізничної станції. Запропонував підвезти в обмін на допомогу в ремонті машини в гаражі. Там, погрожуючи ножем він змусив хлопчика спуститися в підвал, роздягнутися і вступити в орально-генітальний статевий акт, потім здійснив акт мужолозтва. Після цього зв'язав дитині руки і повісив її — накинув петлю на шию, а інший кінець перекинув через сходи і потягнув вниз.

Після вбивства злочинець підвісив труп за ноги і, з метою задоволення своєї "пристрасті", відрізав голову, випустивши кров у ванну, розчленував тіло, відрізав статеві органи, розкрив грудну і черевну порожнини, вийняв органокомплекс. Обсмажив і з'їв частину стегна жертви, але смак людського м'яса йому не сподобався і більше канібалізмом не займався.

Восени 1990 р. знову поїхав на станцію в пошуках жертв і по дорозі помітив двох хлопців, що зупиняли машину. Головкін погодився їх підвезти і запропонував здійснити крадіжку, пообіцявши за це винагороду. Підлітки погодилися і перебралися в багажник, щоб залишитися

непоміченими. З гаража він завів їх у підвал, де змусив роздягнутися і по черзі на очах в один одного вчинив з кожним орально-генітальний акт і акт мужолозтва. Потім зв'язав їм руки і повісив молодшого, зі старшим зробив ще один орально-генітальний акт і теж повісив. Наступного дня відвіз трупи в лісництво, розчленував, обробив їх за колишньою схемою і закопав.

Наступне вбивство влітку 1991 р. здійснювалося за традиційним планом — підібрав підлітка на дорозі, запропонував крадіжку, а після згоди сховав у багажнику. Зробивши оральний акт і акт мужолозтва, повісив дитину, а потім ще живу підвісив за ноги, перерізав горло і випустив кров у дитячу ванну. Бажаючи поекспериментувати і подивитися, що з цього вийде, зняв шкіру єдиним шматком і пересипав спеціально принесеною для цього сіллю. Оскільки хлопчик викликав у нього велику "симпатію", то Головкін відчував величезну насолоду, розчленовуючи труп, знімаючи скальп і роблячи безліч інших маніпуляцій.

Чергова жертва в основному сама визначила свою долю. Навесні 1992 р., займаючись безуспішними пошуками придатного хлопчика, Головкін підвозив підлітка П. без наміру його вбивати. По дорозі підліток зненацька витяг ніж і напав на нього з метою заволодіти автомобілем, але цього йому не вдалося. Тоді Головкін вирішив заманити його в гараж і вбити, для чого запропонував йому здійснити крадіжку. У підвалі він змусив П. роздягнутися, зв'язав руки дротом за спиною, змусив посмоктати член і вчинив акт мужолозтва. Далі Головкін вирішив застосувати нові способи катування й убивства, втіливши свої фантазії в реальність. Уявлюване завжди підхльостувало його шукати нові методи. З цією метою він підвісив підлітка за руки як на дибу, а іншою мотузкою обв'язав його статеві органи і тягнув на себе, розгойдуючи тіло. Йому подобалося споглядати цей процес. Потім для посилення гостроти відчуттів обпалював хлопчику паяльною лампою обличчя і волосся на лобку. Як засіб удушення вбивця вирішив використовувати поліетиленову рукавичку для запліднення коней, він надяг її П. на голову, стиснув краї і насолоджувався видовищем. Катування припинив, не чекаючи загибелі дитини, зняв рукавичку з голови і, бажаючи побачити реакцію, повідомив їй про майбутню загибель. Незважаючи на прохання і благання, Головкін повісив хлопчика, потім підвісив за ноги, відрізав голову, розчленував і обробив, зняв скальп, виколов очі, відрізав вуха, ніс — все це дуже збуджувало.

Восени 1992 р. він за одну ніч, буквально "на одному подиху" скоїв вбивство Є., С. і Ш. Напередодні він підвозив їх і свого знайомого по роботі, тому, коли наступного дня він приїхав на привокзальну площу в пошуках жертви, вони без побоювань сіли до нього в машину як до старого знайомого. По дорозі Головкін запропонував їм вчинити

крадіжку сигарет і всі троє погодилися — двоє сховалися в багажнику, один ліг на підлогу в салоні. У підвалі він змусив усіх роздягнутися, зв'язав їх і з кожним здійснив акт мужолозтва, змушував брати в рот свій статевий член, а також статеві органи один одного. Емоційний підйом у Головкіна наставав від їхнього приниження і підпорядкування своїй волі, у такий спосіб він самостверджувався. Бажаючи насолодитися реакцією, повідомив хлопцям, що він зараз їх вб'є і з ними в нього буде вже 11 трупів. Визначив черговість вбивства й оголосив про це дітям. У процесі вбивства користувався вдосконаленою системою катувань із застосуванням диби і додаткових кілець. Першим він повісив С., другим Ш., якого підвісив за ноги і почав розчленовувати, одержуючи задоволення від наявності приреченого глядача, якому показував і розповідав про органи, які діставав із Ш. Є. він залишив наостанок, щоб довше бачити його муки, тому що той йому сподобався. Закінчивши розчленування Ш., Головкін повісив Є. за руки на гак і випалив у нього на грудях нецензурне слово з трьох букв, що означає чоловічий статевий член. Коли хлопчик кричав, він закривав йому рукою рот. Знявши Є. з гака, він здійснив з ним оральний статевий акт, після чого повісив.

Наступного дня вбивця вивіз трупи в ліс, де розчленував С. і Є., у якого також зняв скальп і виколов очі.

Соматичний стан. Астенічної, євнухоїдної статури з відкладенням жиру на животі і стегнах, високого зросту. На шкірі плечей, спини, грудей множинні вугри, дихання везикулярне, тони серця приглушені, шумів немає, живіт м'який, безболісний, печінка, селезінка не збільшені. Дефекація, сечовипускання в нормі. Клінічні аналізи сечі і крові в межах норми. Дифузне збільшення щитовидної залози, еутиреоз. Відзначені явища вегетосудинної дистонії. При хромосомному аналізі виявлено нормальний чоловічий каріотип. Оволосіння і зовнішні статеві органи сформовані за чоловічим типом, довжина статевого члена 10,5 см.

Неврологічний стан. При неврологічному дослідженні визначається розсіяна мікросимптоматика, спостерігаються помірно виражені органічні зміни головного мозку поєднаного генезу (наслідок родової і закритої черепно-мозкової травми).

При експериментально-психологічному дослідженні адаптується без виражених труднощів, діяльність має цілеспрямований характер, інтелектуальних проблем не відзначається. Підкреслює свою виражену вразливість, фіксацію на негативних елементах з бажанням помститися кривднику. З підліткового віку мав почуття підвищеної бридливості до сексуальних стосунків і до гомосексуальних відносин зокрема. Обсяг безпосереднього запам'ятовування трохи знижений, асоціативні образи формальні, емоційно не забарвлені, з відсутністю

людей. Особистість характеризується егоцентризмом, вразливістю, ригідністю, сенситивністю, відчуженістю, порушенням міжособистісних стосунків. Схильність до створення надцінних, важкокоригованих концепцій, поєднаних з низьким контролем над емоціями, імпульсивністю потягу. Основним захисним механізмом від занепокоєння, тривожності, настороженості, заклопотаності виступає інверсія мети сексуального потягу, придушене "Я", тенденція до знеособлення власної особистості. Прагнення до оволодіння, до підпорядкування собі оточення виступає як захисно-компенсаторний стиль особистісної вразливості, егоцентричності. В поведінці відображається суперечлива самооцінка, невпевненість у собі, конфліктність, зниження почуття співпереживання, розуміння іншого. При аналізі мотивації отримано два формулювання, які свідчать про відчуження особистості від власних дій і також про отримання полегшення, тобто про гомеостатичний компонент мотивації.

Психічний стан. Для контакту доступний, міміка одноманітна, невідповідність між тонкою вибірковою чутливістю та афективною тупістю і холодністю. Рухи незграбні, з труднощами підбирає зручну позу, часто змінює положення ніг і рук. Уникає погляду співрозмовника, неадекватно посміхається. На запитання відповідає по суті, але формально, мова конкретна, беземоційна. У спілкуванні з людьми відзначає почуття взаємного нерозуміння, почував себе дискомфортно, тому створив власний світ, куди нікого не пускав. Про своє захоплення тваринами розповідає сухими, стандартними фразами, говорить, що коні завжди його розуміли.

При розмові на сексуальні теми підбадьорюється, стає жвавішим, висловлює своєрідні судження, але не розуміє сутності статевого потягу, значення слів "еротика" і "гомосексуалізм". Неприємно здивований, що його дії розцінені як гомосексуальні, наполягає, що анальний статевий акт був тільки проявом влади над жертвами. Підкреслює, що його приваблювала тільки сцена агонії.

Вже саме відпрацьовування деталей злочину супроводжувалося відчуттям збудження і піднесення, відсутністю жалості до жертв. Завжди з метою самовиправдання вибирав підлітків, схильних до злочинів. Коли об'єкт був у його владі, легше дихалось, смакував радість. Особливо цікавою була агонія при удушенні, передсмертні конвульсії, хрипи, очі, що зупинялися, язик, що вивалювався, мимовільне сечовипускання і дефекація. Розчленовування тіл давало інші, але теж радісні переживання, особливо коли бачив нутрощі. Після кожного вбивства стан психологічного спокою тривав все менше і менше, після перших вбивств — близько тижня, а після останніх — один день, посилювалася тяга до експериментування і нових відчуттів. Відповідно проміжок між вбивствами постійно скорочувався, пошуки жертви

стали постійними. Після цього постійно наростало почуття незадоволеності, здавалося, що не все зробив так, як хотів, чогось не доробив. Ідеальний акт насильства був тільки в уяві. Після перших вбивств Головкін заперечує переживання, сумнів, боротьбу мотивів — все було ніби само собою зрозуміле.

Мислення формальне, конкретне, послідовне, судження раціональні і схематичні. Емоційні прояви незрілі, парадоксальні і малодиференційовані, вольові прояви відображають його егоцентричну спрямованість з концентрацією на внутрішніх переживаннях з малою значимістю зовнішніх стимулів. Маячних розладів, обманів сприйняття, іншої психотичної симптоматики не виявляє.

На підставі матеріалів справи і результатів дослідження комісія дійшла висновку, що Головкін на хронічні психічні захворювання не хворіє, виявляє ознаки шизоїдної психопатії на органічно неповноцінному ґрунті з проявом прогресуючого гомосексуально орієнтованого сексуального садизму (некросадизму).

Щодо інкримінованих діянь рекомендується вважати осудним.

Практично в той самий час, у тій же Московській області діяв ще один серійний вбивця — Сергій Ряховський. Вбитого ним підлітка навіть намагалися "навішати" Головкіну, заарештованому на рік раніше (у 1992 р.). Однак в останнього виявилося алібі на день вбивства. Припустити, що в одній місцевості, одночасно можуть діяти два серійних вбивці слідчі органи не могли.

Згаданий шістнадцятирічний хлопчик був убитий у січні 1989 р. під час лижної прогулянки в лісовому масиві "Лосиний острів". Ряховський задушив його, потім завдав йому удару ножем у горло. Після смерті вбивця здійснив з жертвою акт мужолозтва, а потім проткнув його лижною палицею через задній прохід.

Ряховський вбивав і жінок, і чоловіків від підліткового до сімдесятирічного віку, при цьому здійснюючи статеві акти з вже мертвими жертвами. Загалом ним було вбито 19 чоловік, а ще ряд жертв зазнали нападу, але волею обставин залишилися живими.

Основними методами вбивства були завдавання множинних колотих ран заточеною для цих цілей викруткою, складним ножем і удушення руками (вбивця був високого зросту, міцної статури і мав чималу фізичну силу).

Вбиті чоловіки були переважно гомосексуалістами або злочинець вважав їх такими. "Полював" Ряховський на них в Ізмайловському парку — улюбленому місці знайомств московських гомосексуалістів. Він знав, що з його зовнішністю і статурою "голубі" самі злетяться до нього, як мухи на мед. Приміром, в одну з таких прогулянок він познайомився з деяким Б., 60 років, якому під приводом здійснення ста-

тевого акту запропонував усамітниться в лісовому масиві. Останній погодився і незабаром його голий труп зі слідами удушення і розривами слизової оболонки прямої кишки було виявлено неподалік. Незабаром, майже на тому самому місці, був вбитий інший чоловік, якого, можливо, вбивця запідозрив у гомосексуалізмі. Спочатку він довго бив його, перекривав дихання, здавлюючи шию руками, потім ножем ампутував ще живій жертві статеві органи. Смерть настала від удушення кляпом з носової хусточки.

Не обділив своєю увагою вбивця і жінок. У лютому 1992 р. його жертвою стала 48-річна Т., яка каталася на лижах поблизу своєї дачі. Зустріч із двометровим здорованем стала для неї фатальною. Зажадавши зняти лижі, він схопив її за горло і потяг у ліс, де вчинив удушення і зґвалтування.

Не завжди Ряховський обмежувався вбивством і статевим актом з мертвою жінкою. У березні 1993 р. він задушив і зґвалтував 55-річну Ш., але внутрішні органи трупа були буквально розкидані. Виявилося, злочинець приніс із собою вибуховий пакет, застромив його в тіло жертви і підпалив, також він спалив їй волосся на голові. А, приміром, 70-річній К. він завдав заточеною викруткою 14 колотих ран, три з яких виявилися смертельними.

За висновком комісії судово-психіатричних експертів Ряховський не страждає хронічними психічними захворюваннями, виявляє ознаки органічного ураження центральної нервової системи з проявами некрофільного сексуального потягу.

Останніми роками серійні сексуальні злочини починають нагадувати епідемію. Можливо, правоохоронні органи успішніше ловлять злочинців, а можливо, їх стає дедалі більше під стимулююче-збуджуючим впливом засобів масової інформації. Наведемо перелік наймасштабніших сексуальних маніяків українського та російського сьогодення.

Андрій Юркін — мордовський маніяк, вбивця і ґвалтівник. Загальна кількість жертв невідома. Припускають, що їх близько 15. 22 липня 1996 р. Верховний суд Мордовії засудив його до страти, але Верховний суд РФ, визнавши провину душогуба доведеною, замінив страту на 15 років в'язниці. Найнезрозуміліший і дикий приклад "добросердя" суддів.

Олександр Пічушкін ("Бітцевський маніяк"). Засуджений в 2007 р. за 49 вбивств і три замахи на вбивство.

Руслан Хамаров. З травня 2002 по вересень 2003 р. колишній офіцер міліції здійснив 18 умисних убивств, зокрема вбив 11 жінок.

Прозваний “бердянським маніяком”. Засуджений до довічного ув’язнення.

Сергій Довженко. Колишній міліціонер з Маріуполя. Теж засуджений у 2005 р. до довічного ув’язнення за 19 вбивств.

Та найкривавішим сексуальним маніяком сучасності можна сміливо вважати Сергія Ткача. На його рахунку, за його словами, більш як 100 жертв. Він із запасом перевершив Андрія Чикатила, засудженого до смерті за 52 навмисних вбивства. Не рівня йому й Анатолій Онопрієнко, який за роки поневірянь по Україні убив більш як 50 чоловік. Холоднокровно, безжально і найчастіше абсолютно безглуздо знищував цілі сім’ї. Щоправда, останній не вчиняв з жертвами сексуальних дій і в його злочинах сексуальної мотивації не виявлено. У зв’язку з введеним в Україні мораторієм на смертну кару відбуває довічне ув’язнення у Житомирській в’язниці.

Сергій Ткач — так званий “павлоградський маніяк”. Здійснював вбивства з 1981 р. Заарештований у 2005 р. На його рахунку налічувалося більш як 70 трупів. Примітно, що всі 25 років міліція не підозрювала про серію чи про масштаби серії і в кожному окремому випадку (групі епізодів) шукала різних злочинців. Часто помилково заарештовуючи “не тих” підозрюваних. Засуджений до довічного ув’язнення.

У серпні 2005 р. в селищі Пологи Запорізької області був заарештований дідок. Непримітну літню людину на ім’я Сергій Ткач запідозрили у вбивстві і зґвалтуванні дев’ятирічної дівчинки К. Впізнав його за фотороботом робітник заводу “Мінерал” через два роки після трагедії з дівчинкою. Цей арешт дав змогу зв’язати воєдино численні злочини, здійснені з 1981 р. в Криму, Дніпропетровській, Харківській і Запорізькій областях. Оперативники називали затриманого “павлоградським маніяком” та “пологівським маніяком”, оскільки в Павлограді на його рахунку було понад 50 убитих і зґвалтованих дівчаток, а завершив він свою “кар’єру” серією злочинів у Пологах, де й проживав до затримання. Але загальна кількість жертв набагато більша — тільки офіційно понад 70, а неофіційно — більше сотні. Серійний вбивця всіх жертв не пригадав.

Сергій Ткач народився в 1953 р. в місті Кисельовськ Кемеровської області Росії. Служив у радянській армії, військово-облікова спеціальність — технік-геодезист. Після служби в армії його направили на роботу в міліцію, рекомендували для вступу до Новосибірської школи МВС. По її закінченню з 1973 р. працював експертом-криміналістом в управлінні міліції міста Кисельовська. У 1979 р. за підробку результатів експертизи був звільнений з органів внутрішніх справ.

Після звільнення з МВС захоплювався важкою атлетикою, став чемпіоном області. Тоді ж його перша сім’я розпалася, і рік потому він переїхав в Україну. Пожив у Криму, вважається, що перше вбивство

він здійснив у 1981 р. в Сімферополі. Задушивши абсолютно незнайому дівчину і поглумившись над її тілом, маніяк подзвонив у міліцію. Як він говорить зараз, хотів "допомогти колегам по службі виявити труп". Розмова з черговим по РВВС не вийшла — той відмовився представитись. Тоді ж, за словами маніяка, у нього виник ще один стимул для звірячих вбивств: довести вищому керівництву міліції повну профнепридатність її оперскладу. Треба сказати, що це йому вдалося: Сергія Ткача ловили упродовж цілих 25 років на території Запорізької, Дніпропетровської, Харківської областей і АР Крим. До того як розвівся з другою дружиною і переїхав до Павлограда, його жертвами стали четверо дівчаток та жінок. Потім упродовж 25 років він регулярно вбивав, душив, різав і топив свої жертви, серед яких були діти і дорослі.

Невдовзі після переїзду до Павлограда Дніпропетровської області квартиру в місті здав, жив у нової дружини в приміському селищі Вербки. Вбивав регулярно, практично щомісяця, професійно приховуючи сліди. Будучи знайомим з оперативною практикою міліції, Сергій Ткач не залишав слідів на тілах своїх жертв: знімав з них всі предмети одягу і взуття, на яких могли б залишитися відбитки його пальців, ретельно знищував докази, не залишаючи на місці злочину недопалків і недоїдків, затоптував сліди, витирав сліди сперми, навіть прагнув видалити сперму з тіла, щоб не можна було провести експертизу.

Вважав за краще знаходити як жертву дівчат 9–17 років біля залізничних станцій, в лісопосадках поблизу залізничного полотна та автострад, вважаючи, що підозра ляже на якогось дальнобійника або приїжджого. Вбиваючи, Сергій Ткач жертву душив ззаду, обхвативши горло руками (маленьких жертв їх же поясочками, бантиками і стрічками), після цього ґвалтував і брав щось на пам'ять: золоті прикраси, помаду, люстерко, сумочку і нижню білизну жертви. З місця злочину йшов по шпалах, оскільки в цьому випадку службові собаки не в змозі взяти слід.

"Чистоту" замітання слідів злочину, якою маніяк здивував працівників міліції, пояснює його професія: до 1979 р. він працював експертом-криміналістом і знав, за якими прикметами ловлять злочинців.

Як згадує у своїй статті Сергій Приходько, колишній співробітник міліції, про появу небезпечного маніяка в 1984 р. було дуже багато чуток. Мабуть, не було в країні міліційного підрозділу, який би не зобов'язали відзвітувати про роботу щодо пошуку невловимого злочинця. Причиною такої нечуваної раніше активності було те, що злочинами павлоградського маніяка зацікавилися в ЦК КПРС і особисто Михайло Горбачов доручив міліційному керівництву розібратися в цій кривавій історії. Новоспеченому генсекові попався на очі лист-звернення жителів далекого Павлограда, які скаржилися на бездіяль-

ність міліціонерів, не здатних зловити злочинця, що вбиває і ґвалтує їх дітей. Михайлу Сергійовичу, що вже задумався про оновлення країни, захотілося тут же продемонструвати потужність і рішучість нової влади. І пішли по всій країні циркулювати депеші — одна жорсткіша за іншу. Після чого колесо оперативно-розшукових заходів закрутилося з несамовитою силою.

Першою жертвою маніяка, як вважалося в ті дні, стала 12-річна О., яка зникла в жовтні 1984 р. в Павлограді Дніпропетровської області. Через декілька днів дівчинку знайшли в котельній покинутого маслозаводу. О. була зґвалтована і задушена, тіло жертви злочинець присипав лушпинням. У дівчинки пропав нотний зошит і дешевий наручний годинник, який О. носила на зап'ясті. Місцева міліція разом з операми обласного УВС виконала велику роботу, але на злочинця вийти так і не змогли. Свідків не знайшли, та й слідів, придатних до ідентифікації, виявилося зовсім мало.

Через три місяці маніяк знову нагадав про себе. Цього разу жертвою насильника стала другокласниця Г. Дівчинка йшла додому із школи, мати з вікна квартири бачила, що дитина попрямувала до під'їзду свого будинку. Проте через півгодини Г. так і не з'явилася, мама побігла її шукати. І знайшла — розтерзану, зґвалтовану в підвалі власного будинку.

Цього разу пошуки були організовані масштабно: чергування переодягнутих міліціонерів, опитування школярів, вчителів, патрулі прочісували лісопосадки, балки, будівельні майданчики, жителів перевіряли не по одному разу. Вдалося з'ясувати, що випадки нападу на дівчаток-школярок бували і раніше. Щоправда, з різних причин маніякові не вдалося довести почате до кінця. Так, в однієї дівчинки були критичні дні, побачивши це, маніяк не став її чіпати і така педантичність врятувала дівчинці життя. Вдалося скласти словесний портрет маніяка: чоловік 30–40 років, одягнений в кожушок з штучного хутра, іноді злочинець на справу виїжджав на велосипеді.

Міліціонери робили все, щоб знайти маніяка. Але результату не було. А незабаром трапився новий напад: у передмісті Павлограда злочинець спробував затягнути під шляхопровід дівчинку, що йшла зі школи. На щастя, мати, що вийшла зустрічати дитину, вчасно помітила це, почала кричати, і маніяк, кинувши жертву, втік. Все це так налякало жителів Павлограда, що міський комітет жінок написав лист-звернення і відправив його до ЦК. Вище керівництво прийняло рішення допомогти місцевій міліції. У місто почали активно звозити оперативників з усієї країни. Це були кращі сищики СРСР в кількості не менш як 700 чоловік, у павлоградських готелях не було вільних місць. Тоді на вокзал пригнали три додаткові вагони, підключили їх до системи каналізації і решту сищиків заселили туди.

Здавалося б, маніякові від покарання не втекти, адже ціла армія досвідчених у розшуку міліціонерів вдень і вночі нишпорила по місту. Намагалися зловити ґвалтівника і на "живця" — переодягали худеньких співробітниць у шкільну форму і відправляли в глухі місця. Незважаючи на виконану роботу і наявність цілої армії міліціонерів на чолі з міністрами і їхніми замами, влітку маніяк знов дав про себе знати: убив дівчинку в селі Варварівка Павлоградського району. А ще за три роки маніяк зґвалтував і убив дев'ятеро дівчаток у Павлограді, Синельниковому, Вербках і в селищі Лозове, яке розташоване в сусідній Харківській області.

Наприкінці перебудови, коли пошуки маніяка стали поступово слабшати, трапилася подія, що відіграла в цій справі фатальну роль. Після чергового вбивства дев'ятирічної Олі сищикам здалася підозрілою поведінка її батька. Підозрюваного заарештували, посадили в СІЗО і стали "приміряти" до всіх інших злочинів. Не витримавши тиску слідчих, підозрюваний, за офіційною версією, повісився на дверній ручці камери СІЗО. Це й стало основною причиною, що дала міліції привід заявити: повішений підозрюваний і павлоградський маніяк — одна й та сама особа.

Справу плавно спустили "на гальмах". Судячи з усього, на той час генсек теж втратив інтерес до справи "павлоградського маніяка", а слідчі буквально замучилися шукати того, в чиєму існуванні не сумнівався тільки ледачий. Справа про "павлоградського маніяка" була згорнута, та й сам маніяк весь цей час не давав про себе знати. Щоправда, через рік у Павлограді вбили п'ятнадцятирічну дівчинку, а через якийсь час хтось спробував задушити ще одну дівчинку. Злочинця злякали, він скочив на велосипед і поїхав. Але цього разу міліція вважала це не більше ніж простим збігом.

Нікому не хотілося починати пошуки з початку. Втім, це було й неможливо, оскільки, як вже відомо сьогодні, з деяких пір "павлоградський маніяк" змінив місцепроживання. Щоправда, і на новому місці він вбивав з колишнім розмахом, але до певного часу ці злочини між собою пов'язані не були. Хоча почерк всіх подальших вбивств був вельми схожий з почерком вбивці з Павлограда.

Відомо не менше десяти чоловік, які були засуджені за злочини, здійснені Сергієм Ткачем. Засуджений у 1997 р. Ігор Рижков відсидів десятирічний термін. Наймолодшим із засуджених був восьмикласник Я. з міста Пологи Запорізької області, якого в 2002 р. забрали прямо з уроків за звинуваченням у вбивстві двоюрідної сестри; він був засуджений на 15 років. В. із Запорізької області був засуджений також на 15 років позбавлення волі. В. С., батько убитої дев'ятирічної О., повісився (за офіційною версією) в камері Дніпропетровського СІЗО.

Останньою жертвою 52-річного Ткача стала дев'ятирічна К. Коли третьокласниця пропала, міліція вперше за чверть століття зуміла знайти свідків: подружки-ровесниці пригадали дідуся, який начебто знайомився з К. на пляжі, і змогли впізнати його за фотороботом (портрет був складений міліцією на основі свідчень єдиної жертви Ткача, що вижила). Як з'ясувало слідство, "дідусь" відвів дівчинку в очерети, убив, зґвалтував, кинув тіло в воду і повернувся на свій килимок на пляжі поряд з друзями К. У відповідь на розпитування сказав, що нібито дівчинка в воду пішла і він її більше не бачив.

Сергій Ткач був затриманий у своєму будинку на околиці селища Пологи в серпні 2005 р. В цей час він працював робітником насосної станції на каоліновому комбінаті. Він був тричі одружений, батько чотирьох дітей. Увесь цей час його сусіди не могли погано подумати про людину, що жила поруч, а один з них був навіть постійним товаришем по чарці.

"Я чекаю вас вже двадцять п'ять років!" — цією фразою зустрів він міліціонерів, що прийшли до нього в будинок на околиці селища Пологи Запорізької області в серпні 2005-го. Сюди він (вже з третьою дружиною) переїхав з Павлограда. Коли міліціонери йшли до нього додому, думали, що йдуть заарештовувати досвідченого рецидивіста. Але Ткач зустрів слідчих не з кулаками, а з радістю. Поводився він спокійно, про свої пригоди розповідав з насолодою. На допиті зауважив, що даремно не вбив Катіних подружок, не варто було лишати свідків.

З його будинку винесли величезну кількість речей. Було багато біжутерії, колготок, косметики, сумочок. Ці "сувеніри на пам'ять" від кожної дівчинки Ткач зберігав довгі роки немов на доказ своїх діянь.

Сидячи в Дніпропетровську СІЗО, щодня шукав у пресі згадки про себе. Дивився телевізор у камері, всі програми новин і нарікав, що Чикатило убив людей менше, ніж він, а знають про нього більше, ще й прізвище увійшло в історію як синонім сексуального вбивці-маніяка. Він теж хоче в історію і повторює журналістам, що теж міг би багато що розповісти, охоче пояснює, що "непереборне" сексуальне бажання виникає у нього після великої кількості горілки.

В рамках кримінальної справи Сергія Ткача була проведена судово-психіатрична експертиза, в результаті якої його визнали осудним. "Застосування примусових заходів медичного характеру Сергій Ткач не потребує. Для нього властиві такі індивідуально-психічні особливості, як сильно виражений егоцентризм, емоційна холодність, образливість, уразливість, мстивість і нездатність до встановлення тривалих теплих відносин. А також підвищена злісність, дратівливість і агресивність".

5.6. Сексуальні злочини психічно хворих

Порушення сексуальної поведінки, які завершуються вбивством, мають свої особливості при різних психічних захворюваннях. При шизофренії з маячними розладами порушення сексуальної поведінки переважно залежать від структури і фабули маячні. Найчастіше сексуальна поведінка порушується при любовній маячні, маячні ревнощів, маячні морального псування, при іпохондричних маячних розладах. Поряд з цим до вбивства при шизофренії можуть призвести і немаячні розлади, що можна ілюструвати прикладом, описаним О. Нохуровим (1988).

Двадцятирічна Б., хвора на шизофренію з 12 років, закохалася у створений її уявою збірний образ хлопчика, долю якого вона не відрізняла від своєї. Зі своїми ровесницями не дружила, про свого героя через ревнощі нікому не розповідала. Паралельно із статевим розвитком її фантазії динамічно змінювалися, переходячи від платонічних до еротичних і потім до сексуальних. Б. все більше відривалася від реальності і вирішила стати дружиною свого героя, довго готувалася й урочисто обставила свою "першу шлюбну ніч". Мастурбуючи, уявляла, що виконує свою роль дружини й одержувала велике моральне задоволення. Помітивши кров на білизні, батько звинуватив її в розпусті і прогнав з дому. Протягом кількох років жила в родичів, у гуртожитках, працювала прибиральницею, підсобною робітницею, часто змінювала місце роботи, оскільки погано справлялася. Всіма своїми труднощами і переживаннями ділилася тільки з плодом своєї фантазії, часто уявляла зустріч з ним, при цьому мастурбувала, отримуючи сексуальну насолоду. Вона вірила, що зустрінеться з ним і стане щасливою принцесою.

Одного разу вона зустріла на лісовій галявині підлітка й, ототожнивши його зі своїм героєм, намагалася його приголубити. Хлопчик злякався, а Б. почала просити його здійснити статевий акт, пропонувала гроші і зрештою вмовила, поклала його на себе, говорила, що робити. Проте в того нічого не вийшло, та й улюблений образ не приходив. Зненацька Б. охопила лють до хлопчика, який все зіпсував, зруйнував її мрії і, більше ні про що не думаючи, вона почала його душити.

Під час обстеження Б. ні з ким не спілкувалася, відмовлялася від бесід з лікарями, іноді мастурбувала. У своїх діях не кається, про вбивство говорить холодно, формально шкодує, стверджує, що не пам'ятає скоєного. До своєї долі байдужа, вважає себе здоровою. Щасливою почувала себе тільки в спілкуванні з уявним героєм, знає, що у справжньому житті його нема, але він завжди присутній і дає їй поради.

Встановлено ідеаторні розлади, порушення асоціативних процесів, емоційна мінливість, обмани сприйняття, відсутність критики до способу життя, ситуації, що склалася, і свого стану, безглузде аутистичне фантазування не залишають сумніву в діагнозі. Визнана неосудною.

Досить рідко при шизофренії зустрічається сексуальна маячня морального псування. Водночас вона має виражений криміногенний характер. Хворі, що страждають від сексуальних розладів чи перверзій, посилено приховують їх від оточення, оберігаючи морально-етичні цінності найпотаємніших сторін життя. У спробі вирішити ці проблеми вони, як правило, звертаються за допомогою до лікарів-сексопатологів, але часто надають їхнім словам особливого, неадекватного значення. Це часто стає пусковим фактором розвитку парано́яльної ідеї морального псування і може призвести до трагедії. Механізм розвитку гомоцидної установки наочно представлений випадком 26-річного Ш., описаним О. Нохуровим (1988).

Ш. ріс слабким, хворобливим, нерішучим, вразливим, схильним до мрійливості, формувався як дисгармонійна особистість із психастенічними рисами. Батько-алкоголік жорстоко бив його за найменші провини, а мати — істероїдна особистість після цього завжди намагалася приголубити сина. Часто він був об'єктом глузувань, тому цурався однолітків, дівчаток соромився. У статевому розвитку був відсутній етап платонічної любові й еротичний потяг до жінок. Від служби в армії звільнений з діагнозом: психопатія. Під час військової експертизи, спілкуючись з однолітками, зрозумів, що вкрай неосвічений у статевих справах, також поскаржився лікарям на нездоланний потяг до мастурбації з 14 років. Йому порадили звернутися до сексопатолога.

Через важкі конфлікти вдома мати вирішила його оженити і він підтримав цю ідею заради зміни місця проживання. Побоюючись, що майбутня дружина може дізнатись про його онанізм, вирішив полікуватися в сексопатолога.

На думку хворого, сексопатолог-жінка несерйозно поставилася до його скарг, запевняючи, що все минеться з початком статевого життя. Довідавшись про частоту його мастурбацій, назвала його "статевим атлетом, що пропадає для молодих жінок" і додала: "Ваші б турботи іншим чоловікам". Ш. пішов із прийому дивуючись, який стосунок має його онанізм до турбот інших чоловіків і чому він — атлет. Він відмовився від одруження, бо зрозумів, що якось "зав'язаний" з іншими чоловіками і жінками. Постійно обмірковував слова лікаря, нав'язливо намагаючись усвідомити їх зміст, дізнався зі словника,

що “атлет” означає “борець” і не розумів, проти кого він повинен боротися.

Обмірковування тривало близько року. Він припинив мастурбувати, тому що при кожній спробі виникало внутрішнє напруження з думкою, що він повинен організувати боротьбу. З’явилося відчуття, що всі, хто його оточує й особливо молоді жінки, дивляться на нього якось гидливо. Зненацька йому сяйнув здогад про істинний зміст слів сексопатолога — жінка-лікар вирішила висміяти його перед усіма людьми і попередила, щоб він був борцем. Почав завважувати, що зустрічні люди дивляться йому на руки, знайомі ухиляються від рукостискання, ніхто не хоче сидіти з ним за одним столом, і тільки через те, що знають про його онанізм.

Після того як зрозумів, що всі глузування організовані лікарем, заспокоївся, відчув полегшення, зробив муляж жіночих статевих органів і мастурбував, підкладаючи його під себе. Оскільки руки в мастурбації участі не брали, перестав завважувати глузування оточення. Незабаром мастурбації перестали приносити задоволення, оргазм був невираженим і наставав тільки через 10–15 хвилин. Тому, щоб “не втратити статевої сили”, Ш. вирішив одружитися. Це рішення було викликане не еротичними переживаннями, а формально-раціоналістичними мотивами.

Мати підшукала йому наречену, старшу за нього на чотири роки, і в день весілля сказала їй, що тепер її син “у надійних руках” і що він “недаремно їй запропонував руку”. Ця розмова про руки дуже не сподобалася Ш., він зрозумів, що сексопатолог розповіла про його інтимну ваду матері і дружині. Настрій відразу впав через побоювання, що дружина буде над ним насміхатися, і виникла злість до лікарки, яка зіпсувала його як чоловіка і дискредитує перед усіма. Він відмовився спати з дружиною, пішов додому і довго мастурбував у туалеті, так і не досягши оргазму. Після цього моменту всі думки були сконцентровані на тому, щоб вбити лікарку, помстившись за всі свої муки. З цією метою купив дрібнокаліберну гвинтівку, зробив з неї обріз і тренувався в стрільбі. На щастя жінки-сексопатолога його було затримано до приведення свого наміру у виконання, але цей випадок яскраво ілюструє крайню соціальну небезпеку хворих з маячнею морального псування.

При обстеженні Ш. неохоче вступав у контакт, не заперечував своїх намірів, стверджував, що лікар не тільки поширювала про нього порочні чутки, а й викликала в нього статеву слабкість. Абсолютно переконаний, що про його мастурбацію знали всі молоді чоловіки і жінки, а також мати і дружина. Емоційно слабко диференційований, мислення ригідне, некориговані патологічні побудови, порушене смислоутворення. Визнаний неосудним.

Нерідко шизофренічний процес може супроводжуватися сексуальними перверзіями. Поліморфність і виразність збоченого потягу залежить від типу перебігу основного захворювання. Найлегші прояви синдрому сексуальних перверзій у вигляді вуаєризму, ексгібіціонізму, фетишизму, гомосексуалізму, педофілії та інших зустрічаються при в'ялоперебігаючій, психопатоподібній шизофренії або шизотипічних розладах. Збочення мають ізольований, мономорфний характер, тобто не поєднуються одночасно в одного хворого. При цьому хворі зберігають критичність до своїх аномальних потягів, обережно реалізують сексуальну активність. Найчастіші сексуальні злочини в цього контингенту хворих — розпусні дії в громадських місцях, а також зґвалтування і спроби зґвалтування переважно малолітніх дітей і підлітків. Зміни особистості слабко виражені, негативна симптоматика характеризується зниженням емоційної адекватності, зниженням психічної продуктивності.

При прогредієнтних формах шизофренії сексуальні збочення поліморфні і більш грубі за своєю сутністю: крім перерахованих вище зустрічається також садомазохізм, скотолозтво та ін. Мало того, що у хворих поєднуються різні форми перверзій, у динаміці синдрому з'являються нові поєднання з тенденцією до потяжчання аномалії. Все це поєднується з типовими шизофренічними змінами особистості у вигляді емоційної холодності, в тому числі й до близьких родичів. Явища аутизму зумовлюють появу нарцисизму, патологічної мастурбації. Відзначається зниження критики до своїх патологічних проявів, грубо порушується соціальна адаптація. Крім розпусних дій і зґвалтувань часто зустрічаються випадки інцесту.

Всі згадані форми парафілій зустрічаються і при злоякісно-прогредієнтній шизофренії, яка починається переважно в дитячому віці і швидко призводить до формування дефекту психіки. Поліморфна структура синдрому сексуальних збочень збіднюється, але значно наростає тяжкість перверзій. Вони набувають стереотипного, імпульсивного характеру, для хворих властива груба агресивність, садизм і наруга над об'єктами сексуальних домагань аж до вбивства. Нерідкі явища некрофілії. Критика до сексуальних збочень у цих хворих відсутня цілковито.

Безпосередньою ендогенною причиною виникнення сексуальних перверзій може виступати властива для шизофренії неадекватність афектів, а також амбівалентність і амбітендентність. Приміром, трагічні події можуть викликати у хворих сміх, а смішні — смуток, най-

сильніший статевий потяг може поєднуватися з відразою до жінки (у чоловіків), онанізм може поєднуватись з відразою до статевих органів, до статевого акту і потім до жінки в цілому. При цьому випадкова збочена сексуальна розрядка фіксується за механізмом умовного рефлексу і формується стійка парафілія. Збочений статевий потяг може бути зумовлений також кататонічною розгальмованою гіперсексуальністю, галюцинаторними вказівками чи маячними установками, особливо в період загострення шизофренічного процесу.

Поряд з цим шизофренічний процес може мати лише непрямий стосунок до виникнення сексуальних парафілій або не мати зовсім.

Значною мірою кримінальні наслідки також мають іпохондричні маячні розлади сексуального плану у хворих на шизофренію. В дебюті розлади часто виявляються нав'язливими уявленнями про захворювання чи розлади статевої сфери, про згубні наслідки онанізму, про свою сексуальну неповноцінність. З розвитком захворювання або у важкому дебюті з'являються некоригована переконаність у тяжкому захворюванні, скарги на неприємні відчуття у статевих органах і нездужання. Настрій погіршується й іпохондричний синдром трансформується в депресивно-іпохондричний. Можуть приєднуватися виражені сенестопатії, явища сенестопатичного автоматизму з маячнею впливу, псування тощо. Іпохондричні ідеї можуть переходити в параноя́льні. До злочину може призвести також дисморфоманійний розлад, при якому у хворого відзначається стійке, некориговане переконання в потворності свого тіла чи його частин, що позбавляє його прихильного ставлення представників протилежної статі. Хворі скаржаться на потворну будову і/або смердючий запах із статевих органів, їхні маленькі розміри, на неправильні сексуальні відправлення, зовнішню непривабливість і т. ін. І начебто внаслідок цього їх всі стороняться та ігнорують у сексуальному плані.

Жертвами хворих з іпохондричною маячнею стають переважно лікарі, які, на думку хворих, не хочуть надати їм медичну допомогу у зв'язку із захворюваннями статевих органів. Частіше такі хворі звертаються до сексопатолога і вимагають лікування, яке їм "вкрай необхідне". Переконання, що їхні статеві органи без патології і зовнішність цілком приваблива розцінюються як злісне небажання допомогти і породжують агресивні тенденції. Особливо небезпечні хворі, переконані в тому, що лікарі спеціально заподіяли їм шкоду у вигляді пошкодження статевих органів, порушення сексуальних функцій чи позбавлення їх сексуальної привабливості у представників

протилежної статі. І якщо вчасно не провести лікування психічного захворювання, наслідки можуть бути трагічними. Іноді винуватцем псування хворі визначають когось з родичів, близьких чи знайомих.

Подібні прояви спостерігаються й у деяких випадках інволюційних психозів.

Наприклад, у хворої Г. (Нохуров О., 1988) все почалося з маячні переслідування з мотивами збитку — у 53 роки стала зауважувати, що з її квартири пропадають речі, у чому звинуватила чоловіка. Через рік здалося, що з піхви постійно підтікає смердюча рідина. З цією скаргою неодноразово зверталася до гінеколога й інших лікарів, дивувалася, що ніхто не відчуває запахів, що її мучать. Лікарі запевняли її у відсутності патології, але не здогадалися порекомендувати звернутися до психіатра. Самостійно вона стала застосовувати дезодоранти, промивання і "провітрювання" піхви, соромилася смороду, що йде від неї, і відмовилася від зустрічей з коханцем. Статеві зносини з чоловіком не припиняла на його настійливу вимогу і їй почало здаватися, що він відчуває сморід, але не подає виду. Мучачись думкою, чому чоловік робить вигляд, що вона здорова, Г. запідозрила, що він під час статевого акту заражає її хворобою та звинуватила його в цьому. Чоловік був змушений принести довідку зі шкірно-венерологічного диспансеру про своє здоров'я.

А в цей час хворій почало здаватися, що й сусіди вже стороняться її через жахливі запахи. Тому перед виходом на вулицю закладала в піхву тампон з одеколоном, зшила собі з прогумованої тканини труси, які не пропускають запахів, але нічого не допомагало. Після статевих актів обнюхувала член чоловіка й остаточно дійшла висновку, що чоловік заражає її гниючою хворобою, жадає її смерті з корисливою метою, а продовжує статеве життя, щоб наближати її кінець новими порціями зарази. У міліції її заяву не прийняли через відсутність доказів. Відчуваючи безвихідність свого становища, коли чоловік заснув після чергового статевого акту вона намагалася відрізати його статевий член, щоб віднести в поліцію.

Психіатричне обстеження виявило систематизовану маячню, діагностовано інволюційний психоз з параноїдним синдромом. Визнана неосудною.

При інволюційному психозі часто також розвивається детально розроблена, систематизована маячня ревнощів, зумовлена зав'яданням організму і згасанням статевої активності, особливо якщо чоловік (дружина) значно молодший.

При маніакально-депресивному психозі злочинна поведінка найчастіше спостерігається в маніакальному чи гіпоманіакальному стані.

Поряд з активністю, життєрадісністю, чудовим настроєм з'являється гіперсексуальність і сексуальна ненаситність навіть при багаторазових статевих актах. Поєднання перерахованого вище з грубим порушенням критики до ситуації і свого стану спричиняє кримінально карні дії. Чоловіки в такому стані найчастіше вчиняють зґвалтування або дії, розцінювані як розпусні чи хуліганські, маніакальна гіперсексуальність жінок виявляється множинними безладними статевими зв'язками і нерідко закінчується звинуваченнями в зараженні венеричними хворобами. Описано випадок жінки, що заразила за два тижні 19 чоловіків гонореєю. При цьому жодні наслідки чи звинувачення не сприймаються серйозно і не викликають ані найменшої стурбованості.

Дещо інші прояви гіперсексуальності зустрічаються внаслідок передчасного статевого розвитку при ранній органічній церебральній патології. Гіперсексуальність у цьому випадку поєднується з іншою органічною симптоматикою у вигляді ригідності психічних процесів, а також із психопатоподібними розладами у вигляді злостивості, жорстокості, вибуховості. Інтенсивний і недиференційований статевий потяг пробуджується без еротично-романтичного забарвлення і супроводжується раннім початком статевого життя і чисто споживацьким підходом до статевого партнера. Висока ймовірність формування сексуальних перверзій за типом фіксації неадекватних умов перших оргастичних відчуттів. При цьому утворюється стереотип сексуальної поведінки аж до ритуальності. Допомагає фіксації набутих патологічних навичок психічна ригідність, яка ускладнює засвоєння нових, адекватних способів статевого життя. На практиці все описане виявляється збоченою статевою активністю, часто вибуховою реакцією на відмову від статевої близькості, жорстокими зґвалтуваннями, проявами сексуального садизму аж до вбивства. Особливе значення у формуванні садистських потягів має зґвалтування як першого статевого акту, а скоєнню сексуального вбивства сприяє стан алкогольного сп'яніння.

Трохи інший відтінок має порушення статевої поведінки при ендокринних розладах. У судовому аспекті основний інтерес представляє передчасне статеве дозрівання і гіперсексуальність. У таких дітей відзначається характерна зміна пропорцій тіла, тембру голосу, оволосіння лобка. У хлопчиків помітно збільшується статевий член, у дівчат прискорено розвиваються молочні залози і з'являються маткові кровотечі.

Хлоп'яча гіперсексуальність часто виявляється зґвалтуваннями. Кримінальна відповідальність за зґвалтування виникає після 14 років, до цього віку за сексуальні злочини діти не притягаються до відповідальності. Водночас гіперсексуальність може бути причиною протиправних дій несексуального змісту.

Передчасне статеве дозрівання в дівчаток зумовлює їх підвищену статеву активність, вони часто брешуть про свій вік і стають ініціаторами статевих зв'язків з дорослими чоловіками. При цьому останні й не підозрюють про справжній вік спокусниці, тому що зовні — це цілком повнолітня жінка. В юридичному ж плані чоловік стає злочинцем. Досить поширеною є також практика обмов, коли гіперсексуальні дівчата неправдиво звинувачують знайомих, родичів, друзів у зґвалтуванні чи розпусних діях. Незаймана пліва при огляді може бути ушкодженою (результат мастурбації чи добровільних статевих зносин), що додає правдивості словам "постраждалої". Майстерність вимислу в результаті сексуальної поінформованості і безпосередня поведінка в суді через істеричні риси часто призводить до трагічних наслідків для обвинувачуваних.

Гіпоталамічна гіперсексуальність у жінок часто не розпізнається і розцінюється як розбещеність. У юному віці, коли моральні і соціальні норми ще не сформувалися, ізоляція з метою виховання в одностатевому колективі призводить до гомосексуальної переорієнтації. При розвитку синдрому в більш зрілому віці він має пароксизмальний перебіг і сприймається більшістю пацієнток як психотравма. В момент кризу їхні статеві органи переповняються кров'ю, розміри збільшуються. Чутливість підвищена, жінки здатні пережити багато яскравих оргазмів при будь-якій формі стимуляції і навіть без неї. Сексуальна розрядка триває недовго або не настає зовсім і збудження з кожним оргазмом наростає. Особливо психотравмуюче приступи гіперсексуальності впливають на психастеніків і тривожно-невпевнених жінок. Їх мучать нав'язливі муки совісті, вони переконані у своєму моральному падінні і розпусності, відчувають провину перед партнером. З'являється тривога, страх, знижується настрій, порушуються міжособистісні взаємини в сім'ї, що нерідко призводить до розпадання шлюбу.

Цікавий випадок вбивства на ґрунті гомосексуальних ревнощів у жінки, хворої на епілепсію, описав ще у 20-ті роки М. П. Бруханський (1927). Ввечері, недалеко від залізничної колії було знайдено труп

31-річної Ольги з численними ранами на шиї, обличчі, руках, грудях і в ділянці живота, загалом 41 рана. За підозрою в скоєнні цього злочину була затримана 21-річна Валентина.

Валентина з сім'ї батька шевця — наполовину паралізованого алкоголіка, збудливого, злісного й агресивного і матері — дратівливої запальної жінки. Двоє дядьків по матері і брат — алкоголіки з важким характером. Росла в похмурій сімейній атмосфері, із семирічного віку страждала епілептичними припадками, частими розладами настрою дратівливо-злісно-тужливого характеру. З дитинства захоплювалася дівчатами, завжди ходила в чоловічому костюмі і шапці, не знає жодного жіночого рукоділля і віддає перевагу чоловічій роботі.

Починаючи з 14-річного віку підтримувала інтимні стосунки з Ольгою, часто переїжджаючи за нею з міста в місто. Ольга хотіла ставитись до Валентини як до друга, але, будучи спокійною і лагідною дівчиною, поступалася її енергійним і грубим домаганням. Однак згодом, переситившись егоїстичною і злісною любов'ю Валентини, постійними приступами ревнощів, Ольга вирішила позбутися її під приводом заміжжя. Вона повідомила Валентині, що А. запропонував їй руку і серце і вона погодилася. У відповідь Валентина почала плакати і в неї стався припадок, потім сказала, що "все одно я тобі з ним жити не дам".

Потім Ольга ще більше зацікавилася чоловіками і у Валентини виникла підозра, що вона над нею знущається. Тому прихопила із собою ніж і вирішила, що коли Ольга остаточно її не заспокоїть, а справді збирається заміж, то вона її вб'є.

На допиті Валентина зізналася у скоєному, повідомивши також, що Ольга була її єдиним статевим партнером і вона не хотіла її вбивати, а тільки помучити, помстившись за знущання із заміжжям. Про сам злочин розповідає незворушно спокійно, часто з посмішкою і смішком. Манери чудернацькі, в поведінці і жестах багато юнацького. Розумовий кругозір звужений, інтелект ослаблений. Мислення в'язке, тугорухоме, відповіді дуже детальні.

Судово-психіатричною експертизою була констатована епілепсія з типовими судомними припадками, психічними еквівалентами, занепадом розумової діяльності і збоченням статевих почуттів (гомосексуалізм).

При розумовій відсталості сексуальний розвиток може відбуватися в нормальному ритмі, із затримкою або з раннім розвитком сексуальності. Раннє пробудження статевого інтересу в поєднанні із загальним інтелектуальним недорозвиненням призводить до посилення цікавості до статевих подразників. У цей період багато чого залежить від адекватного коригування статевих інтересів і схильнос-

тей. Бо інакше через недиференційованість статевого потягу статеві нахили встановлюються на такий еротичний подразник і в тій формі, в якій вперше було досягнуто сексуального задоволення. Дебіли із самого початку перверзних дій не відчувають пригніченості, навіть якщо самі стали жертвами дорослих збоченців. Отримане задоволення фіксується і неодноразово відтворюється в еротичних фантазіях. В такий спосіб у дебільних особистостей часто формуються статеві перверзії.

Значного поширення набули насильницькі дії виражених дебілів у сексуальній сфері. З одного боку, зґвалтування можуть бути зумовлені вираженим статевим потягом на тлі несформованих соціальних і морально-етичних якостей особистості. З іншого боку, зґвалтування є одним з можливих способів партнерської статевої активності, оскільки добровільно далеко не кожна жінка (за винятком повії) погодиться вступити у статевий зв'язок з особою з вираженою розумовою недостатністю.

Контрольні питання

1. Особливості статевих злочинів проти дітей, кримінальна відповідальність.
2. Інцест, особливості, поширеність, криміналістичне трактування.
3. Педофілія.
4. Зґвалтування, теорії походження феномену, кримінальна відповідальність.
5. Типи зґвалтувань, їх особливості.
6. Ексгібіціонізм, його види та криміналістична оцінка.
7. Особливості сексуальних злочинів у гомосексуальному середовищі.
8. Вбивства на сексуальному ґрунті, класифікація сексуальних вбивць.
9. Типи сексуальних вбивств, їх особливості.
10. Криміналістичні риси серійних убивств, "феномен Чикатила".
11. Особливості сексуальних злочинів психічно хворих осіб.

Розділ 6

СЕКСУАЛЬНІ ЗЛОЧИНИ. ПРОФІЛАКТИКА ТА ЗМЕНШЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ НЕБЕЗПЕКИ

6.1. Проституція

Проституцію часто називають найдавнішою професією, але це не зовсім правильно щодо слова “професія”. На світанку розвитку цивілізованих народів і донедавна в менш розвинених племен проституція була нормальним явищем, свого роду традицією чи звичаєм. У далеку давнину, коли шлюбу не існувало, всі дружини були спільними і діти належали всьому племені, ревнощі в ряді випадків виявлялися, тільки якщо жінка віддавалася чоловікові іншого племені. Деякі народності суворо дотримувалися спільності дружин, щоб серед них не було невдоволення чи взаємної заздрості. В деяких племен Центральної Америки вважалося тяжким злочином, якщо жінка відмовлялася віддатися кому-небудь з чоловіків. У багатьох народів, коли дівчина досягала повноліття, це привселюдно святкувалося і кожен бажаючий відтепер міг нею володіти, у ряді випадків дівчині виділяли хатину і кожен міг зайти і провести там ніч. Причому вік початку статевого життя в дівчат деяких племен досягав 10 років.

Виникнення шлюбу здебільшого не тільки не перешкоджало проституції, а й сприяло їй. Чоловіки деяких племен під час оргій часто обмінювалися своїми дружинами, в Австралії місце відсутнього чоловіка на подружньому ложі за звичаєм займав інший чоловік з того ж племені, в ескімосів під час відсутності свого чоловіка дружина вільно могла віддатися іншому чоловіку. В Тибеті чим більше коханців було в дівчини, тим урочистіше святкувалося її весілля, а в північноамериканських індіанців дівчина як до, так і після заміжжя могла віддаватися кому хотіла. Навіть найзнатніші жінки племен Панамського перешийка вважали недостойним відмовити у своїх любовних ласках комусь, хто попросив їх про це.

Поширеним явищем донедавна була гостинна проституція — звичай пропонувати гостю свою дружину чи дочку (у тому числі заміжню). Зокрема на Цейлоні, Канарських островах, Таїті відмовитися від пропонованої жінки було великою образою для господаря. Звичайною справою вважалося продати свою дочку гостеві чи іноземцеві для любовних утіх.

Навіть після зміцнення шлюбу в деяких народів змішане статеве співжиття спостерігалося в шлюбних обрядах — або шлюбу жінки передувало безладне володіння нею ким завгодно протягом певного часу, або в першу шлюбну ніч наречена віддавалася всім підряд чи феодалу, пану тощо. У Південно-Східній Азії дівчата позбавлялися невинності жерцями, що одержували за це плату.

У деяких народів повії користувалися величезною повагою, займали визначне становище при дворі, ставали правительками міст і цілих провінцій.

Перехідним етапом до нормального шлюбу можна вважати звичаї, коли до шлюбу дівчата займаються найжахливішою розпустою, але, вийшовши заміж, починають вести зразковий спосіб життя.

В історичному аспекті можна виділити кілька періодів існування проституції. На зорі розвитку існувала повна статева свобода, а там, де був шлюб, він не тільки не перешкоджав, а й стимулював проституцію — чоловік торгував дружиною, давав у борг, пригощав гостя і т. ін. Далі проституція змінюється з розвитком її релігійної форми — релігійне розтлівання дівчат, проституція у храмі, постійна чи в період свят. Відзначається періодичне ослаблення проституції у вигляді цнотливості заміжніх жінок при повній розпусті дівчат. Надалі проституція зникає як народна традиція і є заняттям осіб певного класу. В цей період з'являється естетична проституція, яка стала хранителем мистецтва співу і танців у Японії та Індії, могутнім рушієм духовного і політичного розвитку в Греції та Італії.

У Японії інститут гейш існував із середніх віків і в спрощеному вигляді зберігається дотепер, поступово відмираючи. Сама назва "гейша" походить від ієрогліфів "гей" — мистецтво і "ся" — людина і буквально перекладається як людина мистецтва. Гейш спеціально готували в особливих школах і, крім красивої зовнішності, вони володіли рядом властивостей і навичок — красиво вдягатися, підтримувати розумну бесіду, грати на національних інструментах, пекти, танцювати, бути душею товариства. Поважний японець зазвичай мав дружину і гейшу: дружину — для ведення домашнього господарства,

народження і виховання дітей, гейшу — для фізичного й інтелектуального відпочинку. У будинку гейші відбувалися ділові зустрічі, розваги, наукові та філософські бесіди.

Виникнення класу професійних повій пов'язане із зникненням повної статевої свободи, внаслідок чого чоловік вже не міг безперешкодно задовольняти свої статеві потреби з першою ліпшою жінкою. Виникнення попиту на сексуальні послуги спричинило пропозицію і ця ситуація зберігається дотепер. Багатьох дослідників цікавило питання, чому одна жінка обирає професію повії, а інша — ні. Відомий італійський вчений і криміналіст минулого століття Ч. Ломброзо ретельно вивчав проституцію і дійшов висновку про наявність вроджених і випадкових повій. Основною властивістю вроджених повій він вважав моральне божевілля і повну відсутність сорому, що пояснює ту легкість, з якою жінки погоджуються взятися за професію, яка приносить їм загальне презирство. Сильна чуттєвість не робить ще жінку повією, вона може завести собі коханця, віддатися в хвилини надмірного збудження першому зустрічному, але не стане повією. В переважній більшості випадків зносини повії з чоловіком — зовсім байдужний у психічному і фізичному аспекті акт і вона торгує собою тільки тому, що ця професія добре оплачується. Статева нечутливість є при цьому перевагою, пристосуванням, яке допомагає зберегти чисто професійне ставлення до справи.

Погані нахили, що з'являються у повій вже в дитячому віці, реалізуються чи не єдино можливим способом. Адже, щоб скоїти вбивство чи крадіжку, ще недостатньо моральної збоченості, потрібна психічна і фізична сила, в той час як злягатися здатна і малолітня дівчинка. Отже, вроджена схильність до проституції — патологічне явище не статевого, а морального характеру. На думку Ч. Ломброзо, дівчата можуть бути проституйованими в моральному плані, зберігши при цьому абсолютну невинність. Як приклад він наводить коханок французьких королів, що вже в дитинстві мріяли стати його коханками і завдяки цьому досягти впливу і високого становища при дворі.

Не всі вроджені повії займаються проституцією професійно, що зумовлено їхнім матеріальним добробутом. Це дає змогу виділити еквіваленти проституції у вищих прошарків населення. Дружина багатої і високопоставленої особи може мати зв'язок із друзями чоловіка і навіть з незнайомими чоловіками, спеціально наймаючи для цього квартиру. Внаслідок матеріальної забезпеченості вона не вимагає подарунків і сама може виявляти щедрість. А хіба не заслуго-

вують назви повій жінки, які заводять коханців, щоб ті оплачували всі їхні примхи і капризи чи віддаються начальнику свого чоловіка, щоб забезпечити останньому кар'єру? Деяких жінок ймовірно збуджує наявність декількох коханців одночасно, ставлення до себе як до шльондри, про що вони зізнаються самим коханцям, багато з них готові віддатися найгрубшій розпусті за першої зручної нагоди.

Всі ці жінки при менш щасливих обставинах цілком могли б стати звичайними повіями.

Якщо розглядати винятково професійну проституцію, то це явище характерне переважно для міст, особливо великих, і якісно неоднорідне. В усіх країнах серед повій можна виділити вищий шар, що обслуговує елітарних багатих клієнтів, більш низький рівень — для випадкових клієнтів, яких знімають у пабах, на вулиці, в маленьких готелях, і соціальне дно проституції — вокзальні і дорожні повії, які обслуговують за дуже доступними цінами найнижчі прошарки суспільства.

Нині світова спільнота активно бореться з проституцією серед неповнолітніх і з примусом до проституції. Однак у багатьох країнах світу проституція є цілком легальним бізнесом і розглядається як корисна для суспільства. Вона служить ніби запобіжним клапаном для скидання сексуальної напруги чоловіків, а отже, попереджує ряд сексуальних злочинів. Наприклад, чоловікові з психічним чи фізичним дефектом, просто зовні непривабливому важко розраховувати на прихильність жінки в одержанні статевого задоволення. Залишається тільки ґвалтувати або користуватися послугами повії. Думаємо, що як для окремих осіб, так і для суспільства в цілому другий варіант більш привабливий.

Не варто забувати також про те, що в дебюті статевого життя невпевнені в собі юнаки з тривожно-невпевненими рисами особистості мають значні труднощі в сексуальній адаптації. Тривала сексуальна неадаптованість є кардинальним чинником виникнення девіантної і злочинної сексуальної поведінки. При цьому своєчасна участь досвідченої професіоналки перервала б цей патологічний ланцюг на самому початку.

Проституція спрощує процес зближення, рятує від необхідності тривалих залицянь з непередбаченим результатом. Тому для людини, яка не бажає чи не вміє вести любовну гру для скорення жіночого серця, повія, що не може відповісти "ні", — ідеальний вихід із становища. Такий зв'язок рятує чоловіка від соціальної й емоційної

відповідальності, звільняє від зобов'язань, прихильності, страху небажаної вагітності жінки. З повією також легше здійснити свої потаємні сексуальні фантазії чи навіть збочення, запропонувати дивні і незвичайні форми статевого задоволення, про які соромно поговорити з дружиною чи коханою дівчиною. Більше того, навіть дізнавшись про ваші уподобання і бажання, дружина може відмовитись їх реалізувати, тоді як повія зробить те, що просить клієнт. Професіоналка, з її іноді непередбачуваною розмаїтістю, буває привабливішою за "порядну" жінку, яка може "приїстися" через асексуальне виховання і святенницьке ставлення до сексу.

В Україні за систематичне заняття проституцією, тобто надання сексуальних послуг з метою отримання доходу, передбачено кримінальну відповідальність у вигляді штрафу або громадських робіт (ст. 303 п. 1. Проституція або примушування чи втягнення до заняття проституцією). Примушування чи втягнення у заняття проституцією шляхом застосування насильства чи погрози його застосування, знищення чи пошкодження майна, шантажу або обману карається штрафом, арештом чи позбавленням волі (ст. 303 п. 2). Ці ж дії (описані в ст. 303 п. 1, 2), вчинені щодо неповнолітнього або організованою групою, караються позбавленням волі на строк від трьох до п'яти років (ст. 303 п. 3). Переслідується також створення та утримання місць розпусти і звідництво (ст. 302).

Політика заборони проституції, що практикується (принаймні законодавчо) і в Україні, неспроможна і неефективна, що підтверджується самим життям. Тим більше, що звертання до повії допомагає набути впевненості у своїх можливостях психогенним імпотентам, підтримати потенцію літніх чоловіків при вимушеному статевому утриманні, перебороти соромливість і невпевненість при сексуальній ініціації (перших статевих зносинах), зберегти сім'ю при фригідності дружини і т. ін. До того ж легалізація проституції сприяє зниженню кількості сексуальних злочинів, особливо — зґвалтувань. Зокрема в Данії, після легалізації проституції, кількість зареєстрованих зґвалтувань знизилася на 70 %. І навпаки, після законодавчої заборони проституції в Австралії кількість зґвалтувань збільшилася на 149 % (Ворник Б., 1995).

Необхідно враховувати, що статеві потреби стоять в одному ряду з потребами в їжі і питві. Бо ж навряд чи комусь спаде на думку забороняти харчову промисловість чи продовольчі магазини. Як приклад продуманого і гуманного ставлення до проблеми задоволення

статевих потреб згадалася газетна замітка, що в одному датському містечку мерія прийняла рішення щомісяця виплачувати цільову грошову допомогу інвалідам із проблемами пересування для виклику повії додому. Дивно, що в Україні проституція чи, скажемо так, сфера сексуальних послуг, все ще не легалізована. Збереження проституції в тіньовому секторі суспільного життя сприяє її зрощуванню із злочинним світом, ускладнює контроль і проведення профілактичних заходів щодо профілактики ВІЛ/СНІДу і хвороб, що передаються статевим шляхом.

Які ж шляхи реального і природного скорочення заняття проституцією? Це насамперед лібералізація сексуальних відносин, що спрощує задоволення статевих потреб у повсякденному житті (що знизить попит), а також підвищення морального й економічного стану суспільства з витісненням споживацьких мотивів більш високими ціннісними орієнтаціями і зниженням поширеності заняття проституцією як засобу виживання.

6.2. Можливості психіатрії в розслідуванні серійних злочинів

Розділ психіатрії, що використовує методи психіатрії і психології з метою сприяти правоохоронним органам у розшуку злочинців, проведенні слідчих і антивіктимних заходів, називають кримінальною психіатрією (КП). Психолого-психіатрична робота в таких випадках завжди заочна, психіатр не має відомостей про психічне і соматичне здоров'я злочинця, не може використовувати традиційні діагностичні техніки. Роль психіатра як фахівця-консультанта полягає в аналізі фактів з матеріалів кримінальної і пошукової справи.

При розслідуванні серійних злочинів використання методів психіатрії і психології дає змогу провести віктимологічний аналіз серії, віктимологічну оцінку зниклих безвісти на предмет ймовірності їх віднесення до досліджуваної серії злочинів, розробити індивідуальні антивіктимні заходи. Одним з найвідповідальніших і найважливіших завдань є створення психологічного (проспективного) портрета злочинця. Точність проспективного портрета залежить від якості, об'єктивності й обсягу інформації, зібраної в кримінальній справі. При створенні проспективного портрета здійснюється заочна реконструкція психологічних, психіатричних і сексологічних особливостей злочинця, що сприяє створенню базової версії для проведення слід-

чих заходів. Використання методів психіатрії і психології дає змогу вирішити такі важливі в оперативно-розшуковій роботі завдання, як визначення (Бураков В. В., 1994):

- мотиву злочинної поведінки в цілому і окремих вчинків;
- патосексуального почерку скоєних злочинів і його розвитку;
- ймовірності вчинення повторних аналогічних злочинів (серійний розвиток подій);
- особливості поведінки злочинця до, під час та після скоєння злочину;
- терміну перебування злочинця на місці події і його психічного стану;
- здатності оцінювати скоєне, вживати заходів для приховання слідів і навмисно змінювати кримінальний почерк;
- психологічного профілю, що включає психологічні, сексологічні і зовнішньоконституційні ознаки;
- психолого-психіатричних і сексологічних ознак, опорних для розробки тактики оперативно-розшукових заходів;
- особливостей біографії, що може сприяти оперативно-розшуковій діяльності;
- стилю життя, професійної спрямованості, хобі та ін.

У міру нагромадження нового матеріалу проспективний портрет уточнюється і вдосконалюється.

Робилися і продовжують робитися спроби створити систему типових версій про особу, яка скоює вбивства без очевидців, однак всі вони хибують на недостатню розробку психологічних моментів.

Величезний матеріал про особистість, схильну до серійних вбивств на сексуальному ґрунті, накопичений у кримінальній психології, сексології і психіатрії. З метою актуалізації цього матеріалу доцільно залучати до складу слідчої бригади фахівців з цих галузей з повноправною участю в обговоренні ходу слідства. Безсумнівно, для цього потрібно вдосконалювати законодавчу регламентацію діяльності фахівця.

На стадії пред'явлення звинувачення допомога і консультація фахівця в галузі психіатрії стосовно тактики допиту, лінії поведінки слідчого, використання слідчих прийомів, грамотного вибору оперативним співробітником методів розробки з використанням психологічних особливостей підозрюваного — запорука об'єктивності і повноти доказів. Такий підхід різко зменшує ймовірність слідчої помилки (Бураков В. В., Васильєв В. Л., 1994). Орієнтуючись на психологічні

особливості, психіатр може активізувати процес співробітництва обвинувачуваного і свідків з органами дізнання.

У Ростові-на-Дону активну участь у розслідуванні і профілактиці сексуальних злочинів бере медичний центр під керівництвом О. О. Бухановського. Крім переліченого вище вони активно використовують телезвернення до осіб, які мають аномалії статевого потягу, із пропозиціями надати їм сексологічну допомогу і запобігти майбутній злочинній діяльності. З використанням створених оглядових психологічних портретів починалися спроби викликати на контакт конкретних сексуальних злочинців або схилити їх до явки з повинною. Центр працює в тісному зв'язку з правоохоронними органами і досяг значних практичних успіхів.

6.3. Судова сексологічна експертиза

Сексологія як наука порівняно молода, її приблизний вік визначається межами одного століття. Судова сексологія і пов'язана з нею судово-сексологічна експертиза почали бурхливо розвиватися в останні кілька десятиліть.

Нині сексологічну експертизу можна розділити на сексологічну експертизу обвинувачуваних в несексуальних злочинах, сексологічну експертизу обвинувачуваних у сексуальних злочинах, сексологічну експертизу потерпілих, сексологічну експертизу при самогубствах і сексологічну експертизу в цивільному процесі.

На жаль, в Україні судова сексологія і сексологічна експертиза не знайшли належного застосування. З проаналізованих нами кількох сотень судово-психіатричних експертиз осіб, обвинувачуваних у сексуальних злочинах, жодна не включала сексологічного дослідження. У рідкісних випадках при однозначно вираженій клінічній картині сухо відзначено наявність тієї чи іншої аномалії статевого потягу. Тобто існуюча психолого-психіатрична експертиза цікавиться тільки психічними захворюваннями й осудністю підекспертного. Поза увагою залишаються мотиви злочину, пов'язані, як правило, із сексологічною неадаптованістю, аномалією статевого потягу, трансформацією статеворольової поведінки. Дедалі частіше в сексуальних злочинах слідчі органи правомірно вбачають результат хворобливої сексуальності і задають, відповідно, суто специфічні запитання, не пов'язані з осудністю. Водночас зберігається потреба вирішення проблеми осудності, що потребує судово-психіатричної експертизи.

В таких випадках найбільш адекватно вирішити поставлені завдання можна шляхом спільного вивчення об'єкта в рамках комплексної сексолого-психіатричної експертизи.

Розроблений нині на рівні проекту новий Кримінально-процесуальний кодекс України передбачає запровадження поняття часткової неосудності. Внаслідок цього ряд осіб, які вчинили злочин на ґрунті парафілії, можуть бути визнані обмежено осудними. Отже, експертна сексологічна оцінка може мати юридичне значення і спричинити певні правові наслідки.

Роль експертної оцінки як доказуючого засобу прямо пов'язана із впевненістю того, хто призначив експертизу, в компетентності експерта.

На підставі наказу МОЗ СРСР № 110 від 15.03.1990 р. одержати спеціальність сексопатолога, крім психіатрів, можуть і урологи, акушери-гінекологи, ендокринологи, невропатологи, дерматовенерологи, хірурги. Однак набуття ними спеціальності сексопатолога ще недостатньо для залучення їх як експертів, адже тут вимагаються специфічні знання і навички, що насамперед базуються на психіатричній науці. Це пов'язано з тим, що в більшості юридично значимих ситуацій оцінці підлягають насамперед стани, які входять до класифікації психічних розладів (Ткаченко О. О., Введенський Г.Є, Дворянчиков М. В., 1998).

Участь сексопатолога необхідна й у встановленні істинної статі або у встановленні здатності чоловіка до статевого життя. Дотепер визначенням істинності статі в Україні займається судова медицина, спираючись винятково на біологічні ознаки, цілком ігноруючи багаторівневу структуру статі і статеву самосвідомість, що є основним критерієм статевої належності особистості. Що ж стосується здатності чоловіка до статевого життя, то аномалії статевої сфери, які перешкоджають цій здатності, повністю виявляються тільки при сексологічному обстеженні.

Методи дослідження, які використовуються при судовій сексологічній експертизі, можуть бути розділені на кілька груп: сексологічні, психофізіологічні, психологічні і нейропсихологічні.

Широко використовується в інших країнах довідково-консультаційна діяльність сексопатолога, що полягає в інформуванні судових і слідчих органів про можливість тих чи інших явищ виходячи із сучасного розвитку сексологічної науки. Ця діяльність є непроцесуальною, не регламентується Кримінально-процесуальним кодексом, довідка

надається в письмовій формі і долучається до справи. Сексопатолог може надавати слідству і консультаційну допомогу, також не регламентовану законодавством, яка не передбачає письмового надання висновків. Консультація сприяє правильній підготовці майбутньої експертизи, вона визначає коло питань, які потребують спеціальних знань, і дає змогу правильно їх сформулювати, надає інформацію про фахівців, які володіють необхідними знаннями. Також консультант визначає обсяг матеріалів, необхідний для вирішення поставлених питань.

Близько до цієї діяльності лежить формування "проспективного портрета" серійного сексуального злочинця, про що коротко згадується в розділі "Сексуальні вбивства". Метою такого дослідження є заочне визначення психологічних, сексологічних і психічних характеристик правопорушника і виокремлення опорних ознак для проведення оперативно-розшукових робіт.

Дослідники проблеми судово-сексологічної експертизи О. О. Ткаченко, Г. Є. Введенський, М. В. Дворянчиков (1998) дійшли висновку, що проведення комплексного експертного дослідження за участю сексопатолога доцільне в деяких юридичних ситуаціях за наявності:

- сексуального характеру правопорушень;
- стереотипності і повторності правопорушень навіть без явного сексуального підґрунтя;
- діянь, що дають підстави запідозрити розлад потягу іншого виду (кількаразові крадіжки, підпали і т. ін.);
- припущення зв'язку злочинної поведінки із сексуальними порушеннями і сексуальні розлади в анамнезі.

Перед комплексною судовою сексолого-психіатричною експертизою можна поставити такі завдання:

1. Встановити індивідуальні особливості спрямованості статевого потягу, способи його реалізації та інші специфічні риси сексуальності, з'ясувати їх вплив на поведінку особистості при скоєнні злочину, визначити ступінь небезпеки правопорушника і необхідних заходів медичного характеру в разі визнання його обмежено осудним.
2. Виявити в неповнолітніх обвинувачуваних порушення психосексуального і статевого розвитку та його вплив на поведінку при скоєнні правопорушення, а також здатність усвідомлювати характер і суспільну небезпеку чинених дій і керувати ними.

3. Встановити ступінь здатності до повноцінної сексуальної активності обвинувачуваних та інших учасників юридичного процесу.
4. Встановити в учасників судового процесу ознаки інверсії сексуальності і, за їх наявності, визначити ступінь їх впливу в розглянутих обставинах.
5. При підозрі на самогубство з необережності встановити, чи відповідають обставини, що призвели до смерті особи, клінічній картині поведінки, пов'язаної з девіантним способом реалізації статевого потягу.
6. При експертній оцінці потерпілих від сексуальних злочинів варто встановити наявність чи відсутність безпомічного стану потерпілої, її здатність давати показання і визначити ступінь тяжкості ушкоджень, які є особливим складом злочину.
7. Встановити взаємозв'язок між роллю жертви в минулому і подальшою аномальною поведінкою.

6.4. Шляхи профілактики сексуальних злочинів

Профілактика соціально небезпечної сексуальної поведінки повинна починатися з усунення її причин. Попередження алкоголізму в батьків ще до зачаття дитини, охорона здоров'я вагітних, профілактика органічного ураження головного мозку у процесі пологів і з перших днів життя створює передумови для правильного формування статевої сфери. Особливо велике значення в профілактиці аномальної сексуальної поведінки варто приділяти попередженню порушень психосексуального розвитку. В цьому аспекті важливі рання діагностика і своєчасне лікування психічних розладів, виявлення і медико-педагогічна корекція збочення психосексуального розвитку на ранніх етапах. Статеве виховання не має бути спрямоване на асексуальність, не можна придушувати фемінінну поведінку дівчат і маскулінну хлопчиків, щоб не викликати компенсаторної гіпермаскулінної. Колективні ігри і виховання повинні врахувати стать дитини. Необхідно навчити дітей спілкування з однолітками, в тому числі міжстатевого, формувати високі моральні якості, попереджати спокушання дітей і підлітків.

Важко переоцінити роль сім'ї у профілактиці сексуальної злочинності: в батьківській сім'ї формуються моральні властивості і відбувається становлення особистості. Несприятливий мікросоціум

формує потенційно неправильну соціальну поведінку при сексуальній патології, при психопатичному складі особистості, при розвитку психічного захворювання із статевою дезадаптацією. Власна сім'я хворого може як підтримати його при статевих розладах, так і стати психотравмуючим фактором, порушити його соціальну адаптацію і спричинити суспільно небезпечні дії.

Окремим профілактичним завданням є виявлення і залучення до лікування осіб потенційно небезпечних, з високим ризиком щодо скоєння сексуальних злочинів. До таких насамперед варто зараховувати тих, хто має розлади статевого потягу у вигляді садизму, педофілії, некрофілії, некросадизму, ексгібіціонізму і т. ін. Ці патосексуальні особливості можуть бути виявлені як на доклінічному, так і на клінічному рівні. Причому клінічний рівень може бути як на стадії докримінальній, так і на кримінальній, коли людина вже реалізувала свій аномальний сексуальний потяг злочинним шляхом.

Оскільки парафілії, як правило, сприяють серійному характеру злочинної діяльності, то профілактика в цьому випадку є по суті профілактикою серійних злочинів. Профілактичні заходи можна підрозділити на первинну і вторинну профілактику. Деякі дослідники (Бухановська О. О., 1998) цілком обґрунтовано виокремлюють також третинну профілактику.

Первинна профілактика спрямована на осіб, котрі страждають парафілією на доклінічному етапі або на докримінальній стадії клінічного етапу. Її метою є попередження кримінальної поведінки.

Метою вторинної профілактики є попередження повторних злочинних діянь особами, які вже скоїли сексуальні правопорушення, і, таким чином, попередження виникнення серії. Особливо важливо не залишити поза увагою осіб, що звільнилися з місць позбавлення волі, де відбували покарання за сексуальні злочини. Ризик рецидиву підвищується, якщо злочин був спрямований проти дітей або літніх людей, якщо злочинець у в'язниці зазнавав статевого насильства і приниження людської гідності. Як правило, сексуальні рецидиви при серійному розвитку відбуваються через 2–10 місяців з дня виходу на волю (Бухановська О. О., 1998).

Первинна і вторинна профілактики передбачають психокорекцію і психотерапію, правову, трудову і сімейну реабілітацію.

Основним завданням третинної профілактики є попередження збільшення тяжкості злочинів при вже наявній серії, а також обрив останньої. Ця профілактична програма розрахована на тяжкі випадки

і спрямована на осіб, які були засуджені за багатоепізодні злочини проти статевої недоторканності, осіб з ознаками “феномену Чикатила”, а також на несуджених осіб, які скоюють латентні серійні злочини і звернулися за допомогою.

Тут, ймовірно, найкращою формою профілактики є серйозне медикаментозне лікування, доповнене реабілітаційними заходами первинної і вторинної профілактики.

Звичайно, функціонування системи профілактики можливе тільки за умови, що така система створена, але в Україні її поки що не існує. А ефективне функціонування системи можливе тільки за активної участі засобів масової інформації, що інформують потенційних пацієнтів, співробітників пенітенціарної системи, що готують ув’язнених до звільнення, правоохоронних органів за місцем проживання.

Все вказане стосується насамперед профілактики виникнення аномалій потягу, серійного розвитку сексуальних злочинів тощо. Проте відкритим залишається питання профілактики зґвалтувань, які не ґрунтуються на аномаліях потягу, психічних відхиленнях, а є тими окремими практично випадковими, разовими для ґвалтівника епізодами, які своєю поширеністю забезпечують зґвалтуванню лідерство серед сексуальних злочинів.

Профілактику зґвалтувань цікаво розглянути з точки зору еволюційних психологів (еволюційну теорію зґвалтувань розглянуто в розд. “Зґвалтування”). Виходячи з того, що генетично кожен чоловік — потенційний ґвалтівник, головним є такий соціальний вплив, щоб ця схильність не проявилась, зокрема ефективне навчання проти сексуального насильства та ефективне покарання ґвалтівників для зменшення рівня сексуального насильства (Ю. І. Піголкин, О. А. Дмитрієва, Н. Г. Щитов та ін., 2008).

R. Thornhill і C. Palmer (2000) запропонували розгорнутий план сексуального навчання чоловіків і жінок з метою знизити рівень сексуального насильства в суспільстві. Навчання має розпочинатися ще в школі, де учні мають отримати детальні відомості про еволюційні основи сексуального потягу у чоловіків і жінок. Хлопчикам варто знати про еволюційні причини виникнення у чоловіків сексуального збудження в ситуаціях, коли жінка не хоче статевої близькості і навіть опирається спробам вступити з нею в сексуальний контакт. Це дасть змогу хлопцям краще контролювати свою сексуальну поведінку. Також вони мають навчитись адекватно сприймати жіночу добро-

зичливість й увагу і не сприймати її за прояв сексуального інтересу. Важливо пояснити також можливість контролювати інтенсивність своїх сексуальних бажань шляхом мастурбації — єдиним не шкідливим для здоров'я шляхом зменшення статевого потягу.

З іншого боку, треба наочно роз'ясняти кримінальну відповідальність за зґвалтування, тяжкі умови перебування у в'язниці, агресивне та презирливе ставлення до ґвалтівників з боку інших в'язнів тощо.

Навчання повинно стосуватися і дівчат для розуміння чоловічої сексуальності і мінімізації можливих ризиків. Має бути розуміння, що сексуально одягнуті, привабливі жінки мають більше шансів бути зґвалтованими, ніж одягнуті несексуально. Треба навчити дівчат розпізнавати небезпеку міських вулиць, нічних клубів та інших місць розваг, де вони можуть опинитися. Важливо усвідомити ризик, бо ніхто не може їм заборонити одягатися як завгодно чи проводити час у певних місцях. Таку поведінку навіть не можна назвати провокаційною — це просто збільшення ризику.

6.5. Рекомендації потенційним жертвам

Корисно визначити деякі рекомендації для жінок та інших потенційних жертв сексуальних злочинів.

Перше і найголовніше — уникайте безлюдних місць у темний час доби, пам'ятайте, що в жінки може бути тільки дві причини опинитись в такій ситуації: її змусили екстремальні обставини (повертається з роботи, йде за допомогою, якщо трапилось нещастя і т. ін.); вона шукає проблем на свою голову (і не тільки на голову).

Йдучи вулицею, тримайтеся подалі від стін будинків (у підворітті чи за рогом вас може підстерігати небезпека), тримайтеся ближче до краю тротуару.

Бажано рухатись по вулиці назустріч руху, що допоможе уникнути раптового нападу з автомобіля. Якщо в пізній час назустріч вам йде група підлітків або компанія напідпитку, не посоромтесь перейти на інший бік вулиці, насторожено ставтеся до випадкових попутників, малознайомих чи нетверезих чоловіків після настання темряви.

Уникайте приватних машин (особливо ввечері і вночі). Якщо ви все-таки вирішили скористатися приватним автомобілем, перевірте, чи немає когось на задньому сидінні, якщо ж ви самі за кермом, нама-

гайтеся не зупинятися в безлюдних місцях, особливо після настання темряви і не брати пасажирів (в крайньому випадку запропонуйте сісти на переднє сидіння і не спускайте з нього очей).

Не заходьте в ліфт із незнайомцями, хоч би як ви поспішали. Якщо на вас напали поблизу житла, доцільніше кричати: "Пожежа!" (а не "На допомогу!"), що підвищить шанси знайти відгук у мешканців. Не посоромтесь дзвонити у двері, стукати в них ногами, за необхідності — розбити вікно.

В ряді випадків більший ефект дасть психологічний вплив на ґвалтівника (особливо, якщо бігти нікуди, безлюдна місцевість, далеко від житла, допомоги чекати нізвідки). При цьому варто залишатися спокійною і зібраною, можна сказати, що саме тут ви чекаєте свого приятеля або мимохіть поскаржитися на венеричне захворювання, або що чекаєте приятеля, від якого недавно підчепили гонорею, сифіліс, СНІД і т. ін. Іноді (для певної категорії ґвалтівників, які нападають раптово із засідки на зовсім незнайому жінку) буває досить заговорити з ним, запитати про щось, сказати щось про себе, перетворитися в його свідомості із знеособленої представниці жіночої статі в конкретну людину, особистість.

Ще одна модель поведінки полягає в силовому впливі, спрямованому на знешкодження ґвалтівника або з метою виграти час для втечі. Можна завдати різкого, але прицільного і, головне, ефективного удару. Фізичний вплив на нападника треба застосовувати або з повною ефективністю, або не застосовувати зовсім, інакше ви його тільки розлютите й ускладните свою долю. Уникайте ударів у пах, якщо у вас немає відточеної техніки цього удару і професійного самовладання (імпровізація рідко буває ефективною), застосовуйте газовий балончик, електрошок, встроміть ручку чи олівець в обличчя або в око, туди ж тикніть палаючою сигаретою. Парасольку використовуйте як багнет, а не розмахуйте нею (її легко вихопити), використовуйте шпильки, високі каблуки і т. ін.

Перебуваючи у квартирі, не пускайте у приміщення незнайомих людей, користуйтеся врізним вічком (якщо не видно хто — не відкривайте), одержати телеграму чи роздивитись посвідчення можна, користуючись дверним ланцюжком. Підтримуйте освітлення на сходах, за необхідності — розщедріться на лампочку. Не тримайте поблизу вхідних дверей речей, що можуть бути використані як зброя, часто злочинці входять в будинок без зброї, покладаючись на ваші кухонні ножі тощо.

Контрольні питання

1. Історія проституції та її криміналістичне трактування в Україні та світі.
2. Роль легальної проституції у профілактиці сексуальної злочинності.
3. Можливості психіатрії в оперативно-розшуковій діяльності.
4. Можливості судової сексологічної експертизи та її проблеми в Україні.
5. Профілактика сексуальної злочинності, її види та сутність.
6. Антивіктимні рекомендації потенційним жертвам.

МАУП

КОРОТКИЙ СЛОВНИК ТЕРМІНІВ

Амбівалентність — подвійність переживань, той самий об'єкт одночасно викликає протилежні почуття.

Анальний — такий, що стосується заднього проходу.

Андрогени — чоловічі статеві гормони, виробляються переважно яєчками. Визначають чоловічий тип статевого розвитку і чоловічий зовнішній вигляд. Їм приписується одна з провідних ролей у формуванні агресивності. В організмі жінок виробляються в незначній кількості. Основний представник — тестостерон.

Асексуальність — відсутність статевого потягу.

Аутоеротизм — спрямованість статевого потягу на самого себе.

Бісексуальність — статевий потяг до осіб обох статей з можливою перевагою гомо- чи гетеросексуальної спрямованості.

Вагінальний — піхвовий.

Генітальний — такий, що стосується статевих органів.

Гетеросексуальність — спрямованість статевого потягу на осіб протилежної статі.

Гомосексуальність — спрямованість статевого потягу на осіб своєї статі.

Девіація — відхилення від норми.

Депресія — стан психіки, що характеризується тужливим і пригніченим настроєм, зниженням психічної активності.

Домінанта — чільна ідея, основна ознака.

Ідентифікація — психологічний процес формування ідентичності, самоототожнення (аутоідентифікація).

Інфантилізм — патологічний стан, затримка фізичного і/чи психічного розвитку зі збереженням рис дитячого чи підліткового віку.

Інфантилізм психосексуальний — затримка психосексуального розвитку.

Кастрація — видалення чи повне припинення функції статевих залоз (у чоловіків — яєчок). Досягається хірургічним, хімічним та іншими шляхами.

Коїтус — статевий акт.

Криміналістика — наука про прийоми і засоби розкриття злочинів.

Кримінологія — наука про причини злочинності і способи боротьби з нею.

Лібідо — статевий потяг.

Особистості патологічний розвиток — аномалія особистості в результаті тривалого впливу несприятливих соціальних факторів або затяжних психотравмуючих ситуацій.

Мануальний — зроблений руками.

Маскулінність — комплекс соматичних, фізіологічних і психічних ознак, які визначають належність до чоловічої статі.

Мастурбація — сексуальне самозбудження і самозадоволення, що досягається маніпулюванням зі статевими органами та ерогенними зонами.

Мастурбація патологічна — хворобливий стан, коли мастурбація має нав'язливий характер, є надцінною чи найкращою формою сексуального задоволення.

Мастурбація психічна — сексуальне самозадоволення, що досягається тільки шляхом еротичного фантазування без одночасної стимуляції статевих органів чи ерогенних зон.

Мінет — оральний контакт із статевим членом.

Онанізм — те саме, що й мастурбація.

Орально-генітальний контакт — контакт рота і статевих органів.

Оральний — такий, що стосується рота.

Оргазм — найвищий ступінь хтивих відчуттів, що виникають у момент завершення статевого акту чи при інших формах сексуального задоволення.

Парафілія — розлад сексуального потягу, для якого властиві періодично виникаючі інтенсивні сексуальні потяги і фантазії тривалістю понад півроку, які включають незвичайні предмети чи вчинки. При цьому індивідуум або діє відповідно до цих потягів, або відчуває значний дистрес через них.

Патологічний — хворобливий; хворобливе відхилення від норми.

Перверзія сексуальна — див.: *Парафілія*.

Статева самосвідомість — усвідомлення своєї належності до певної статі, здатність регулювати свою сексуальну поведінку згідно з прийнятими у суспільстві морально-етичними нормами.

Потенція — статева здатність.

Проміскуїтет — безладні статеві зносини з різними партнерами.

Психопатії — патологічні стани, зумовлені вродженою неповноцінністю нервової системи, яка проявляється дисгармонійним складом особистості.

Психосексуальна орієнтація — спрямованість сексуального потягу, яка визначає вибір суб'єктом сексуального об'єкта й особливості власної сексуальної ролі.

Стрес — стан людини, який характеризується неспецифічними захисними реакціями у відповідь на екстремальні патогенні подразники.

Фемінінність — комплекс фізіологічних, соматичних, психологічних і психічних ознак, що визначають належність до жіночої статі.

Фрустрація — психічний стан пригніченості, напруженості і тривоги, що виникає через неможливість задоволення тієї чи іншої потреби або досягнення певної мети.

Ерекція — напруженість статевого члена.

Ерогенні зони — ділянки тіла, подразнення яких приводить до статевого збудження.

Еякуляція — виверження сім'я.

МАУП

Список використаної та рекомендованої літератури

1. *Антонян Ю. М., Ткаченко А. А., Шостакович Б. В.* Криминальная сексология. — М.: Спарк, 1999. – 464 с.
2. *Артифексов С. Б.* Сексуальная медицина. — М.: Мед. книга, 2006. — 236 с.
3. *Бабюк И. А., Табачников С. И., Седнев В. В., Зайцев А. А., Селезнева Г. А.* Криминальная сексология // Под общ. ред. проф. И. А. Бабюка. — Донецк; К.: ПРОФИ-Донетчина, 2003. — 224 с.
4. *Васильченко Г. С.* Общая сексопатология. — М.: Медицина, 1977.
5. *Васильченко Г. С.* Частная сексопатология. — Т. I. — М.: Медицина, 1983. — 304 с.
6. *Васильченко Г. С.* Частная сексопатология. — Т. II. — М.: Медицина, 1983. — 352 с.
7. *Возианов А. Ф., Горпинченко И. И.* Сексология и андрология. — К.: Абрис, 1997.
8. *Гульман Б. Л.* Сексуальные преступления. — Харьков: ИМП Рубикон, 1994. — 124 с.
9. *Имелинский К.* Сексология и сексопатология. — М.: Медицина, 1986. — 424 с.
10. *Кочарян Г. С.* Синдром тревожного ожидания неудачи у мужчин и эндокринные механизмы сексуальных дисфункций // Тер. архив. — 1000. — № 10. — С. 37–61.
11. *Крафт-Эбинг Р.* Половая психопатия. — М.: Республика, 1996. — 591 с.
12. *Кришталь В. В., Григорян С. Р.* Сексология: В 4 ч. — Х.: Академия сексологических исследований, 1999. — 1152 с.
13. *Ломброзо Ч.* Гениальность и помешательство. Женщина преступница или проститутка. Любовь у помешанных. — Минск: Попурри, 1994.
14. *Международная* статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр. — Женева: ВОЗ, 1995.
15. *Рожков В. С., Цупрык Б. М., Кузнецов И. В.* Сексуальные нарушения при невротических и соматизированном расстройствах у мужчин: Учеб. пособие. — К., 2001. — 31 с.
16. *Свядощ А. М.* Женская сексопатология. — СПб.: Питер Паблишинг, 1998. — 288 с.
17. *Сексуальное* насилие: теории, подходы и методы исследовании / Ю. И. Пиголкин, О. А. Дмитриева, Н. Г. Щитов, Г. Б. Дерягин. — М., 2008. — 456 с.

18. *Старович Збигнев.* Судебная сексология. — М.: Юрид. лит., 1991. — 336 с.
19. *Ткаченко А. А., Введенский Г. Е., Дворянчиков Н. В.* Судебная сексологическая экспертиза. — Т. I. — М.: ГНЦ СиСП им. Сербского, 1998. — 360 с.
20. *Ткаченко А. А., Введенский Г. Е., Дворянчиков Н. В.* Судебная сексологическая экспертиза. — Т. II. — М.: ГНЦ СиСП им. Сербского, 1999. — 312 с.
21. *Ткаченко А. А.* Сексуальные извращения-парафилии. — М.: Триада-Х, 1999. — 461 с.
22. *Цуприк Б. М.* Проблема профілактики серійної злочинності в Україні // Проблеми державного будівництва в Україні. Вип. 5. Питання державного будівництва і вдосконалення суспільних відносин: Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. — К.: Вид-во МІЛіП, 2000.
23. *Цупрык Б. М.* Сексуальные преступления больных алкоголизмом // Актуальні питання медицини: Матеріали ювілейної конф. молодих вчених, присвяченої 75-річчю заснування ХІУЛ. — Х.: ХІУЛ, 1998.
24. *Чуприков А. П., Цупрык Б. М.* Общая и криминальная сексология: Учеб. пособие. — К.: МАУП, 2002. — 248 с.
25. *Чуприков А. П., Цупрык Б. М.* Психопатология и психология серийных преступлений на сексуальной почве // Архів психіатрії. — 1996. — № 10–11.
26. *Чуприков А. П., Цуприк Б. М.* Сексологія: нормальна та кримінальна. — К., 2003. — 288 с.
27. *Чуприков А. П., Цупрык Б. М.* Сексуальные преступления. — К., 2000. — 180 с.
28. *Шостакович Б. В., Ушакова И. М., Потапов С. А.* Половые преступления против детей и подростков. — Ростов н/Д: ЛРНЦ Феникс, 1994. — 103 с.
29. *Юнда И. Ф., Юнда Л. И.* Сексологические основы семейной жизни. — К.: Здоровье, 1993. — 208 с.
30. *Brownmiller S.* Against our will. — NY: Simon and Schuster, 1975.
31. *Smuts B., Smuts R.* Male aggression and sexual coercion of female in nonhuman primats and other mammals // Advances in the study of behavior. — 1992. — № 22. — P. 1–63.
32. *Symons D.* An evolution of human sexuality. — London: Oxford University Press, 1979.
33. *Thornhill R., Palmer C.* A natural history of rape. — London: The MIT Press, 2000.

The proposed textbook comprehensively covers all issues of sexology, knowledge of which is necessary for every young person. A physiological basis of sexuality, psychosexual development features of human, issues of norms and pathology in sexology. Complex issues of contraception and sexually transmitted diseases prevention are given.

In the chapter of criminal sexology the problem of abnormalities of sexual behavior and sexual crimes was holistically highlighted. Using clinical examples, the authors analyze the biological, socio-cultural, psychological mechanisms of abnormal sexuality development and its role in criminal acts, the causes and motives that induce the commission of rape, sexual murder, sexual crimes against children. The factors that contribute to the reduction of sexual offenses level, and directions of this type of crime prevention are determined, and the peculiarities of sexual crimes of mentally ill persons are considered.

For students of all specialties, psychologists, medical psychologists, psychiatrists, sexologists, lawyers, lawyers-criminologists and police workers.

Навчальне видання

Чуприков Анатолій Павлович
Цуприк Богдан Мирославович

НОРМАЛЬНА ТА КРИМІНАЛЬНА СЕКСОЛОГІЯ

Підручник

Educational edition

Chuprikov Anatoly P.
Tsupryk Bogdan M.

NORMAL AND CRIMINAL SEXOLOGY

Textbook

Редактор *М. В. Дроздецька*
Коректор *А. А. Тютюнник*
Комп'ютерне верстання *А. П. Нечипорук*
Оформлення обкладинки *О. О. Стеценко*

Підп. до друку 07.06.11. Формат 60×84/16. Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 14,65. Обл.-вид. арк. 13,90. Наклад 1000 пр.

Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП)
03039 Київ-39, вул. Фрометівська, 2, МАУП

ДП «Видавничий дім «Персонал»
03039 Київ-39, просп. Червонозоряний, 119, літ. XX

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи ДК № 3262 від 26.08.2008 р.

Надруковано в друкарні ДП «Видавничий дім «Персонал»