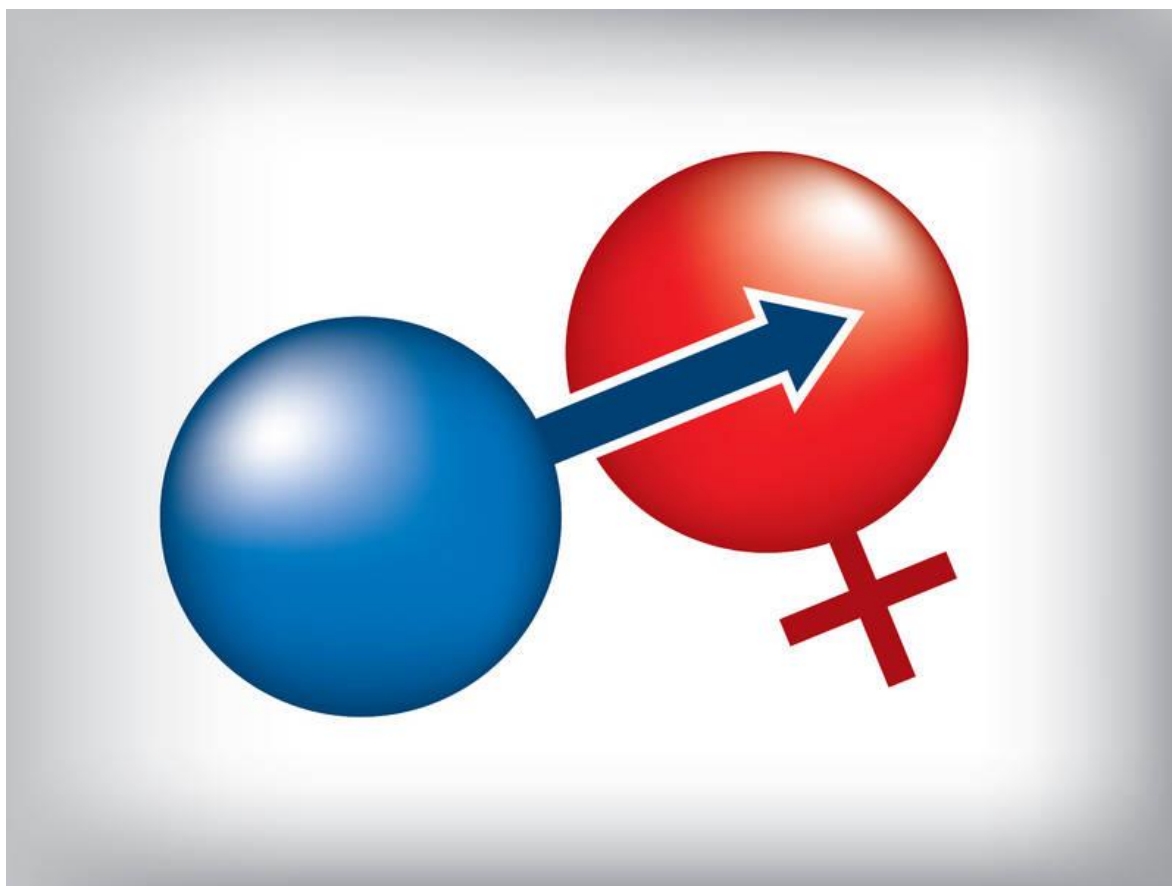


Я.В. Саричев, Р.Л. Устенко, Є.Г. Сонник

СЕСУАЛЬНІ ДЕВІАЦІЇ. СУДОВА СЕСОЛОГІЯ



Полтава – 2018

Я.В. Саричев, Р.Л. Устенко, Є.Г. Сонник

«СЕКСУАЛЬНІ ДЕВІАЦІЇ. СУДОВА СЕКСОЛОГІЯ»

Навчальний посібник

Полтава – 2018

УДК 616.89-008.442:340.6(075)

ББК 57.05я73+58я7

Рекомендовано вченою радою Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» як навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів МОЗ України (протокол засідання вченої ради №10 від 20.06.2018р.)

Автори: Саричев Ярослав Володимирович, к.мед.н., доцент кафедри урології з судовою медициною ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»;

Устенко Роман Леонідович, к.мед.н., викладач кафедри анатомії людини ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»;

Сонник Євгеній Григорович, д.мед.н., завідувач кафедри анестезіології з інтенсивною терапією ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».

Рецензенти:

- Завідувач кафедри медичної сексології та психології Харківської медичної академії післядипломної освіти, д.мед.н., професор Є.В.Кришталь;
- Завідувач кафедри урології Запорізької медичної академії післядипломної освіти, д.мед.н., професор О.О. Люлько.

Саричев Я.В., Устенко Р.Л., Сонник Є.Г. Сексуальні девіації. Судова сексологія (для студентів вищих медичних навчальних закладів), Полтава, 2018 – 144 с.

ISBN 978-617-7451-39-5

В посібнику з сучасної точки зору висвітлено основні аспекти сексуальних девіацій та судової сексології. Послідовно викладено класифікацію, теорії виникнення, клінічні прояви сексуальних девіацій. Також посібник присвячений проблемам сексуальної злочинності, її поширеності та різновидам, судово-медичній експертизі сексуальних злочинів, а також практичним основам судової сексології.

ЗМІСТ

1. Класифікація сексуальних розладів.....	4
2. Нетипова сексуальна поведінка.....	6
3. Теорії виникнення сексуальних девіацій.....	6
4. Патологічний аутоеротизм.....	12
5. Оралізм.....	15
6. Аналізм.....	16
7. Гомосексуалізм.....	18
8. Транссексуалізм.....	24
9. Садизм.....	24
10. Мазохізм.....	26
11. Апотемнофілія.....	27
12. Експертиза з питань, пов'язаних із встановленням батьківства.....	27
13. Сексуальна злочинність та судова сексологія.....	28
14. Поширеність сексуальної злочинності.....	33
15. Фактори, що впливають на сексуальну злочинність.....	34
16. Особистість сексуальних злочинців.....	45
17. Девіації і сексуальна злочинність.....	47
18. Деякі види сексуальних злочинів.....	48
19. Згвалтування.....	48
20. Педофілія.....	59
21. Інцест.....	64
22. Профілактика сексуальної злочинності.....	68
23. Обстеження жертв сексуальних злочинів.....	76
24. Встановлення батьківства.....	83
25. Встановлення статевої зрілості.....	89
26. Специфіка ролі експерта-сексолога.....	95
27. Організаційно-методичні аспекти. Характеристика та оцінка поведінки підекспертного.....	99
28. Контрольні завдання.....	108
29. Тестові завдання.....	114
30. Контрольні запитання.....	142
31. Список використаної літератури.....	143

КЛАСИФІКАЦІЯ СЕКСУАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ

На даний час єдиної загальноприйнятої класифікації сексуальних розладів немає. Це пояснюється різницею підходів до розуміння норми і патології в сексології з одного боку та неконкретністю й малоспецифічністю сексологічних термінів - з іншого.

Найбільш поширеними класифікаціями в даний час є класифікація, представлена в DSM-IV (American Psychiatric Association «Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR»), в якій вперше здійснене об'єднання всіх сексуальних розладів в один розділ (Kaplan H., Sadock B., 1999), класифікація Імелінського (1982), МКХ-10, в якій існує інший підрозділ, що припускає сусідство парафілій (F65 - розлади сексуальної переваги) і розладів статевої ідентичності (F64) в групі «розлади зрілої особистості та поведінки», а сексуальні дисфункції описані в рубриці «Сексуальна дисфункція, не обумовлена органічним розладом або захворюванням» (F52) групи «Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями і фізичними факторами» (МКХ-10, 1999).

Мотивація, яка є динамічним процесом, пов'язана з усіма елементами поведінки людини – актуалізацією потреби, виникненням та формуванням мотиву, цілеутворенням, вибором шляхів досягнення цілі, прогнозуванням можливих результатів, прийняттям рішення, контролем та корекцією дій, аналізом наслідків. Аналогічною є й мотивація сексуальної поведінки, яка також виконує відображувальну, спонукальну, регулятивну та контролюючу функції.

Порушення сексуальної мотивації відображує не тільки конкретну ситуацію її реалізації, але й попередній негативний вплив соціального оточення. Внаслідок відображуючої функції мотивації відбувається актуалізація потреби в певній життєвій ситуації. Спонукальна ж її функція обумовлює виникнення мотиву та формування цілі сексуальної поведінки. Регулятивна функція визначає

вибір шляхів досягнення цілі, прогнозування можливих наслідків, прийняття рішення. І, нарешті, у результаті контролюючої функції мотивації здійснюються внутрішній контроль та корекція дій, аналіз наслідків, виникнення захисного мотиву.

Девіантна сексуальна поведінка може бути результатом глибокого внутрішньоособистого або міжособистісного конфлікту. Об'єктивні явища, що сприймаються особою, проходять через фільтр мотиваційної сфери, яка накладає особистісний зміст на будь-яке сформоване відображення (А.Н. Леонтьєв, 1972). У тих випадках, коли витоки порушення сексуальної поведінки лежать у соціальному середовищі, що взаємодіє із суб'єктом, безпосередньою спонукальною силою виступає сама мотивація і особливо актуальна потреба, що трансформується у конкретний мотив та ціль (сексуальна потреба – сексуальне спонукання).

Серед типів сексуальної поведінки при сексуальній дисгармонії можна виділити наступні (В.В. Кришталь, 1997):

- легковажно-безвідповідальний;
- агресивно-егоїстичний;
- агресивно-аверсійний;
- пасивно-підкорений;
- генітальний;
- гомеостабілізуючий;
- шаблонно-регламентований;
- ігровий;
- взаємно-альтруїстичний;
- комунікативно-гедонічний.

НЕТИПОВА СЕКСУАЛЬНА ПОВЕДІНКА (СЕКСУАЛЬНІ ДЕВІАЦІЇ)

В дану групу віднесено такі типи сексуальної поведінки, які, з одного боку, за існуючими уявленнями не можна однозначно віднести ні до норми, ні до патології, ні до девіації, а з іншого боку, хоча вони і складають в популяціях статистичну меншість, однак фактично поширені у всіх суспільствах, середовищах і культурах, і не є при цьому соціокультурно зумовленими феноменами. Всі особи з нетиповим сексуальною поведінкою поєднані тим, що саме така поведінка є для них превалюючою або єдино можливим шляхом досягнення сексуального задоволення.

Більшістю сексологів ці стани до недавнього часу зараховувалися до сексуальних девіацій. Проте у сучасних класифікаціях сексуальних розладів вони все частіше виділяються в самостійну групу. У порівнянні з порушеннями сексуальних потреб, порушеннями оргазму або перебігу сексуального життя, нетипова сексуальна поведінка зустрічається значно рідше, проте куди більш поширена, ніж сексуальні девіації. Крім того, за минулий з часу відомої доповіді Кінзі період відзначено поступове збільшення субпопуляції осіб з цими відхиленнями.

ТЕОРІЇ ВИНИКНЕННЯ СЕКСУАЛЬНИХ ДЕВІАЦІЙ

Теорії виникнення та розвитку сексуальних девіацій, їх особливості і форми, а також результати дослідження окремих видів девіацій широко обговорюються в наукових роботах різних дослідників. Зупинимося на обговоренні лише деяких наукових публікацій, присвячених проблематиці сексуальних девіацій.

Вивчаючи причини ініціації сексуальних девіацій, Dietz та Evans зазначили, що зміст популярних порнографічних видань може мати зв'язок з

появою девіантних потреб і розвитком девіантної поведінки. Орієнтуючись на метапсихологію психоаналізу, Koning і Jenner акцентують увагу, що оральні, анальні, уретральні і садистичні сексуальні потреби посідають значне місце в нормальній сексуальності. На основі вивчення змісту сексуальних фантазій у чоловіків різних вікових категорій цю тезу було підтверджено і іншими дослідниками. Причому багато сучасних дослідників вказують на значення змісту фантазій, що супроводжують мастурбацію в дитячому та підлітковому віці, у розвитку сексуальних девіацій.

Перелік класичних сексуальних девіацій останнім часом значно поповнився новими, раніше невідомими формами, виникнення яких зумовлене технічним прогресом (телебачення, інтернет та інші інформаційні технології), звичаями сучасних деяких субпопуляційних течій (наприклад, груповий секс у комунах хіпі) або впливом деяких хімічних речовин (наприклад, фармакогенний оргазм, який настає під дією деяких наркотиків).

Поширеність сексуальних девіацій в людській популяції різними дослідниками оцінюється по-різному. За даними McCary, прояви садизму відзначаються у 5% чоловіків і 2% жінок, мазохізму - у 2,5% чоловіків і 4,6% жінок, трансвестизму - у 1% людей (причому в 25% випадків він має гомосексуальну орієнтацію).

Наведемо перелік з коротким тлумаченням сексуальних девіацій, які найбільш часто включаються в сексологічні класифікації:

- *фетишизм* (сексуальний символізм, сексуальний парціалізм) – об'єктом статевого потягу є частина тіла, одяг або який-небудь інший предмет, що символізує сексуального партнера. (Апотемнофілія - поєднується з садомазохізмом, є різновидом фетишизму, при якій роль фетиша відіграють каліцтва тіла);
- *пігмаліонізм* (іконолагнія, монументофілія) - різновид фетишизму, який поєднується з вуаеризмом, при якому роль фетиша виконують зображення людського тіла (статуї, картини, статуетки, фотографії);

- *нарцисизм* (аутофілія, аутоерастія, аутоеротизм) – девіація, при якій об'єктом статевого потягу є власне тіло (різновид фетишизму);
- *аутомоносексуалізм* - як і при нарцисизмі, об'єктом статевого потягу також є власне тіло (частіше його дзеркальне відображення), але в даному випадку воно імітує тіло суб'єкта протилежної статі, що досягається за допомогою одягу, пози і відповідних манер (різновид фетишизму);
- *гетерохромофілія* - об'єктом статевого потягу є тільки партнер з іншим кольором шкіри (різновид фетишизму);
- *ретифізм* - різновид фетишизму, що поєднується з мазохізмом, при якому роль фетиша відіграє взуття (а іноді інші предмети зі шкіри). Вперше дана девіація описана письменником Нікола Ретиф де ла Бретонном, який описав свої юнацькі переживання, пов'язані з жіночим взуттям на високих підборах;
- *трансвестизм* (метатропізм, еонізм) - статеве задоволення досягається при переодяганні в одяг іншої статі. В одних випадках це робиться приховано (наприклад, коли на нижній жіночий одяг чоловік одягає сорочку та чоловічий костюм), в інших – очевидно. Але при цьому трансвестити не бажають зміни статі, як у випадку транссексуалізму;
- *цисвестизм* - різновид трансвестизму, при якому відзначається прагнення до надягання одягу не протилежної, а своєї ж статі, але типового для іншого віку, або іншої соціальної групи;
- *гомесвестизм* - різновид трансвестизму, що поєднується з фетишизмом, при якому сексуальне задоволення досягається при одяганні одягу своєї ж статі, але який належить іншій людині;
- *педофілія* (падерозія, інфантисексуалізм) - статевий потяг до дітей (деякими дослідниками розглядається як різновид фетишизму, в якій роль фетиша відіграють риси незрілого дитячого тіла, а стать дитини при цьому не відіграє суттєвої ролі);

- *партенофілія* - статевий потяг до повнолітніх незайманих (сексуально недосвідчених молодих суб'єктів);
- *ефебофілія* - статевий потяг до хлопчиків-підлітків, юнаків;
- *німфофілія* - статевий потяг до дівчаток-підлітків, юних дівчат;
- *геронтофілія* (пресбіофілія) - статевий потяг до осіб старшого віку, до людей похилого віку;
- *зоофілія* (зооступрум, зооерастія, скотоложство, бестіофілія) - статевий потяг до тварин;
- *зоосадизм* - різновид зоофілії і садизму, що полягає в отриманні сексуального задоволення при жорсткому поводженні з тваринами (те саме що ктиноманія - патологічний потяг до шкуродерства);
- *сексуальний садизм* (активна алголагія, ерототиранізм) - статево задоволення, отримане шляхом заподіяння страждання або приниження сексуальному партнерові;
- *флагелантизм* (активний флагелантизм, флагеляція, дипольдизм) - різновид садизму, при якому задоволення отримують шляхом катування статевого партнера, рідше - самокатування (остання форма частіше відноситься до садомазохізму або мазохізму);
- *саліроманія* - отримання сексуального задоволення в результаті мазання статевого партнера брудом, калом, сечею, кров'ю та ін. (різновид садизму);
- *полюціонізм* - різновид саліроманії, що полягає в прагненні бруднити статевого партнера спермою;
- *некрофілія* (лікантропія, некрманія) - статевий потяг до трупів і проведення з ними сексуальних дій. Одними дослідниками це явище виділяється в самостійну форму сексуальних девіацій, іншими ж розглядається як різновид фетишизму (при якій в ролі фетиша виступає мертво тіло) в поєднанні з садизмом або без такого, третіми - як різновид садизму. Близьким до цього явища є потяг до сексуальних дій зі

сплячими або людьми, що знаходяться в несвідомому стані, з важкохворими і вмираючими, а також сексуально забарвлена підвищена зацікавленість трупами, цвинтарями, похоронним ритуалом і всім тим, що так чи інакше пов'язано зі смертю і померлими. Крайньою формою некрофільії є некросадизм (бертранізм) - прагнення до спаплюження трупа і наруги над ним (часто у формі вирізання статевих органів, відрізання молочних залоз) і некрофагія - поїдання частин трупа (часто - статевих органів). І некрофаги, і некросадизм іноді поєднуються з попереднім вбивством жертви, або одержанням сексуального задоволення пов'язаного безпосередньо з самим процесом вбивства;

- *вампіризм* (сексуальний вампіризм) - сексуальне задоволення настає при відчутті смаку крові партнера (частіше кров партнера отримують у процесі коїтусу або випереджають його шляхом нанесення укусів);
- *мазохізм* (пасивний флагелантизм, пасивна алголагія) - отримання сексуального задоволення під час приниження і переживання фізичних страждань, що заподіюються сексуальним партнером (деякі дослідники об'єднують садизм і мазохізм в одну загальну форму сексуальної девіації - садомазохізм, вважаючи, що вони є доповнюючими один одного формами отримання сексуального задоволення й іноді чергуються в однієї ж і тієї особи);
- *танатофільія* (*танатомінія*) - різновид мазохізму, що полягає в отриманні сексуального задоволення під час фантазій на тему власної смерті і поховання (більш широко - закоханість у тематику, пов'язану зі смертю; мазохістський еквівалент некрофільії);
- *екскрементофільія* (пікацизм) - поєднання мазохізму і фетишизму, при якому людські виділення відіграють роль фетиша (у вигляді їх обмацування, обнюхування, проковтування або обмазування себе ними; за останнім принципом деякі автори мають на увазі під полюціонізмом

- обмазування себе спермою, у зв'язку з чим відносять його до екскрементофілії);
- *реніфлекс* (нюховий фетишизм, озолагнія, осфрезіофілія) - різновид екскрементофілії, при якій роль фетиша відіграє специфічний запах об'єкта сексуального задоволення (нюховий фетишизм);
 - *уролагнія* (урофілія) - різновид реніфлексу, при якому нюховим фетишем є запах сечі (при копролагнії фетишем служить запах калу, при спермолагнії - запах сперми, тощо; смаковим еквівалентом екскрементофілії є поїдання чи питво виділень - урофагія, копрофагія, спермофагія);
 - *фроттаж* (фроттеризм) - отримання сексуального задоволення шляхом дотику (чи тертя) статевими органами до різних частин тіла обраного об'єкта в натовпі, у тісноті (наприклад, в транспорті; одними дослідниками під цим терміном мається на увазі сексуальна девіація, що є різновидом ексгібіціонізму, іншими - різновид петтингу);
 - *кандаулезизм* - різновид ексгібіціонізму, що сполучається з мазохізмом, ґрунтується на досягненні сексуального збудження при демонстрації оголеної власної дружини чи партнерки іншим чоловікам;
 - *плюралізм* (сексуальний плюралізм) - груповий секс, різновид ексгібіціонізму в поєднанні з вуаеризмом;
 - *тріолізм* - різновид сексуального плюралізму, який полягає в сексуальних діях між трьома партнерами, два з яких мають однакову стать;
 - *вуаеризм* (міксоскопія, скопофілія, скоптофілія, візіонізм) - потяг до підглядання за статевим актом чи оголеними об'єктами сексуальних уподобань (специфічним різновидом вуаеризму є надмірне захоплення порнографією);
 - *ексаудуризм* - акустичний еквівалент вуаеризму;
 - *клізмофілія* - отримання сексуального задоволення шляхом введення рідини чи медичних свічок у пряму кишку;

- *піролагнія* - отримання сексуального задоволення від споглядання вогню, видовища пожежі (здійснення підпалу з цією метою - піроманія).

Як видно з наведеного переліку сексуальних девіацій, поділ їх на окремі «види» досить умовний і неоднозначний, а їх нозологічне визначення інколи досить заплутане, симптоматичне і нерідко не відповідає потребам з семантичної точки зору. Віднесення сексуальних уподобань конкретної особи до того чи іншого виду девіації ускладнюється ще й тим, що у багатьох суб'єктів відзначається не тільки кількісне поєднання окремих симптомів різних девіацій, але і їх тісне переплетення, взаємопроникнення і злиття в такі комплекси, які не дозволяють провести їх однозначну ідентифікацію з відомими видами порушень сексуальної поведінки. Ця ситуація ускладнюється тим, що практично кожен «вид» сексуальної девіації, окрім всього іншого, може мати ще й відтінок гетеро-, гомо- чи бісексуальних уподобань. У зв'язку з цим більш доцільним і зручним у практичному відношенні є не пристосування виявлених у обстежуваної особи симптомів до існуючих термінологічних категорій (і тим більше не подальше ускладнення класифікації сексуальних девіацій за рахунок винаходу нових термінів), а феноменологічний опис встановлених в процесі обстеження порушень статевого потягу.

ПАТОЛОГІЧНИЙ АУТОЕРОТИЗМ

Під аутоеротизмом зазвичай розуміють способи отримання суб'єктом сексуального задоволення без участі іншої людини. Однак таке визначення цього терміну фактично перетворює його на ще один синонім мастурбації. В той же час, патологічний аутоеротизм є якісно іншим поняттям і представляє собою такий, що відрізняється нав'язливістю, домінуючим шляхом досягнення конкретною людиною оргазму, в тому числі за допомогою або під впливом будь-яких фізичних подразників. При цьому самозбудження постійно

повторюється з використанням специфічних сексуальних подразників (наприклад, спеціально пристосовані знаряддя або інструменти, струмінь води, порнографія, дзеркальне відображення власного тіла, особливі ритуали тощо), що поступово призводить до заміщення у суб'єкта інших сексуальних подразників та інших проявів сексуальної активності. Таким чином, суть стійкого замісного аутоеротизму полягає в тому, що суб'єкт може досягати оргазму тільки шляхом самозбудження і така форма сексуальної активності стає для нього більш ефективним і прийнятним способом отримання сексуального задоволення, ніж статевий контакт з партнером. Досить часто такі особи взагалі не мають, або ніколи і не мали сексуальних зв'язків, або статеві контакти у них носять досить нерегулярний характер.

Розрізняють також ананкастний аутоеротизм, який полягає в стійкому, нав'язливому, примусовому сексуальному самозбудженні, що проводиться зазвичай без актуальної сексуальної потреби і має ознаки залежності. Найчастіше подібний стан є одним із симптомів межових психоневрологічних розладів, і рідше - симптомом розумової відсталості або психічного захворювання. В крайніх випадках спостерігається тривала, протягом місяців і навіть років, неодноразова протягом доби самотимуляція. Механізм цього розладу полягає в тому, що даний суб'єкт може отримати розрядку нервової напруги тільки описаним вище сексуальним шляхом, причому поступово оргазм стає ніби ліками, які чинять заспокійливу дію.

Особливим різновидом жіночого аутоеротизму є так званий синдром Хевлок-Елліса, при якому сексуальна самотимуляція проводиться за допомогою струменя води, який подразнює ерогенні зони. Вважається, що даний тип самотимуляції досить широко поширений серед жіночого населення. Його особливість полягає в тому, що у жінки з часом відбувається закріплення зв'язку між настанням оргазму і впливом специфічного сексуального стимулятора. Згодом такі жінки, як правило, відчують

складнощі в досягненні оргазму під впливом стимуляції, яка проводиться під час статевих контактів з партнером.

Іншим специфічним різновидом патологічного аутоеротизму є синдром сексуальної асфіксії. В даному випадку отримання сексуального задоволення пов'язане з досить високим ризиком для життя, оскільки воно досягається в процесі настання задухи при самоповішенні. Окрім самоповішення не рідше, якщо не частіше, часто для досягнення сексуального задоволення, особи, що страждають на описану патологію, поміщають голову в повітронепроникні середовища обмеженого об'єму, часто в поліетиленові або пластикові мішки, або ж закривають обличчя ізолюючими масками (частіше використовуються маски для підводного плавання або протигазові маски). Варто зазначити, що оргазм в цих випадках може виникати і без додаткової стимуляції статевих органів, оскільки під впливом гострої кисневої недостатності відбувається порушення процесів збудження-гальмування в головному мозку, що й обумовлює настання сім'явиверження і оргазму центрального походження. Даний механізм добре відомий не тільки судовим медикам. Багато сексуально нормальних чоловіків оволодівають ним емпіричним шляхом і широко використовують у повсякденному статевому житті, знаючи, що звичайна затримка дихання в завершальному періоді статевого акту прискорює настання сім'явиверження і оргазму.

Відомо, що у США щорічно ця форма сексуальної самостимуляції стає причиною приблизно 250 смертельних випадків. А. Burgess класифікує дане явище як мазохізм і вказує на те, що подібні сексуальні дії нерідко закінчуються смертю та в деяких випадках симулюють самогубство чи кримінал, якими вони часто і сприймаються оточуючими, правоохоронними органами та судовими експертами. Серед досліджених ним 132 випадків даної патології в 127 випадках суб'єктами були чоловіки, і лише в 5 – жінки.

ОРАЛІЗМ

Сутність цього порушення статевої поведінки полягає в тому, що оргазм у суб'єкта виникає тільки під час подразнення його статевих органів губами і (або) язиком статевого партнера. Це порушення слід відрізнити від орально-генітальної стимуляції, яка є одним з сексуальних збудників в процесі нормального статевого акту. Безперечно, що саме досвід проведення саме такої стимуляції є першоосною для можливого формування в майбутньому оралізму, причому механізм його розвитку в цілому схожий з таким при патологічному аутоеротизмі. А саме, в його основі лежить поступова фіксація (закріплення) даного виду статевого збудження з наступним заміщенням звичайних статевих контактів орально-генітальними, як найбільш ефективним для даної особи способом досягнення сексуального задоволення.

Варто зазначити, що не завжди дане явище потрібно відносити до розряду сексуальної патології (в тому числі і партнерської), оскільки у багатьох випадках воно відповідає взаємним потребам партнерів та не створює в них будь-яких сексуальних проблем. Але в ряді випадків, погляди сексуальних партнерів з цього приводу розходяться, що призводить до виникнення конфліктів.

На практиці з оралізмом, як з проблемою, сексолог зустрічається в наступних випадках:

- оралізм як причина розвитку комплексу сексуальної непристосованості, або як джерело конфліктів між партнерами;
- оралізм як джерело виникнення девіантної сексуальної поведінки (наприклад, зоофільної або педофільної);
- оралізм як джерело гомосексуальної поведінки.

В останньому випадку до такої поведінки може призвести незадоволена при гетеросексуальних зв'язках потреба в орально-генітальній стимуляції, тобто в даній ситуації задоволення сексуальних потреб гомосексуальним

шляхом має замісний характер. У більш рідкісних випадках подібна поведінка зумовлена проявом прихованих або стримуваних гомосексуальних нахилів. При цьому оралізм може стати пусковим механізмом у розвитку гомосексуальної переорієнтації статевого потягу.

За даними різних дослідників, поряд з іншими методами сексуальної стимуляції орально-генітальні контакти використовувалися у 35% обстежених здорових подружніх пар (контрольна група), в 67% шлюбів між наркозалежними і в 49% шлюбів між алкоголіками. Оралізм при цьому зустрічався в 0,5% випадків у пар з контрольної групи, у 18% подружжя-наркоманів та в 9% подружжя-алкоголіків, причому у всіх випадках оралізм був в основному потребою чоловіків, а не жінок.

АНАЛІЗМ

Дане порушення статевої поведінки полягає в тому, що особа досягає оргазму і отримує сексуальне задоволення шляхом механічної стимуляції прямої кишки або під час проведення анального коїтусу. Найчастіше аналізм реалізується під час гетеро-або гомосексуального статевого контакту, і рідше – під час ректальної мастурбації.

Аналізм потрібно відрізнити від додаткової ректальної стимуляції, яка використовується в процесі звичайного статевого акту (наприклад пальцева стимуляція задньої стінки піхви через пряму кишку, яка проводиться партнером під час коїтусу з жінкою, яка має широку піхву).

Порівнюючи сучасні соціосексологічні дані з представленими в доповіді Кінзі, можна стверджувати, що протягом останнього часу спостерігалось систематичне зростання популярності цього різновиду сексуальної поведінки. Згідно даних McСагу, анальний коїтус є основним проявом сексуальності у 50% гомосексуалістів. Крім того, близько 50% жінок мали в гетеросексуальному

статевому житті досвід анальної стимуляції (причому в 30% з них цей досвід включав анальний коїтус, у 20% - анальну стимуляцію за допомогою пальця партнера, і в 10% - обидва зазначені види стимуляції). Згідно наших даних, аналізм практикувався в 3,6% обстежених чоловіків-алкоголіків і в 20,9% їхніх дружин, приблизно у 20% чоловіків-наркоманів і в 33% їх партнерок, а також у 5% партнерів з контрольної групи (в цьому дослідженні поняття аналізму було обмежене тільки практикою здійснення анального коїтусу).

Анальні контакти частіше зумовлюються наступними факторами:

- потреба в посиленні сексуальних збудників;
- додаткова форма стимуляції в процесі статевого життя (частіше у випадках сексуальної непристосованості);
- анальна фіксація (психічна обумовленість з раннього дитинства);
- гомо- і бісексуальні тенденції;
- конформізм (пасивне сприйняття стандартів поведінки) і потурання певній «сексуальній моді»;
- попередження вагітності.

Аналізм як основний або винятковий механізм досягнення оргазму і сексуального задоволення частіше зустрічається в гомосексуальних парах. Серед представників гетеросексуальної популяції частота проведення анального коїтусу була значно нижчою від частоти типових форм статевої поведінки, а в контрольній групі він в основному був даниною певній «сексуальній моді», проявом сексуальної цікавості або сприймався в якості однієї з нормальних, прийнятних для обох членів подружжя, форм статевого життя.

Слід зазначити, що в країнах Заходу останнім часом відзначається тенденція до зниження частоти анальних контактів. Це, насамперед, зумовлено широко проведеними там заходами профілактики передачі подібним шляхом такого грізного захворювання, як СНІД, а також багатьох інфекційних, в тому числі і венеричних захворювань.

ГОМОСЕСУАЛІЗМ

Дана специфічна сексуальна поведінка проявляється в досягненні суб'єктом (чоловіком або жінкою) сексуального задоволення шляхом проведення сексуальних контактів з особами своєї статі. Розрізняють наступні види гомосексуалізму: педерастія (анальний гомосексуальний статевий контакт), ефебофілія (сексуальний контакт між зрілим чоловіком і підлітком), лесбійська любов (жіночий гомосексуалізм), корофілія (сексуальний контакт між зрілою жінкою і дівчиною).

Існує величезна кількість класифікацій гомосексуалізму і різноманітних термінів для позначення його проявів. Враховуючи стислість наведених даних з цього приводу, а також в ряді випадків їх розбіжність з найбільш поширеною в світі і прийнятою у вітчизняній сексології інтерпретацією (яка в тому числі знайшла відображення і в кримінальному законодавстві), вважаємо доцільним навести коротку термінологічну довідку:

Сексуальна інверсія - гомосексуалізм незалежно від статі.

Уранізм - чоловічий гомосексуалізм.

Лесбійська любов (триба дія, сапфізм) - жіночий гомосексуалізм.

Гомосексуальний потяг до суб'єктів юного віку (в тому числі і до підлітків): у чоловіків - ефебофілія, у жінок - корофілія.

Гомосексуальний потяг до дорослих суб'єктів: у чоловіків - андрофілія, у жінок - гінекофілія.

Гомосексуальний потяг до дітей - гомосексуальна педофілія.

Педерастія - гомосексуальні дії з хлопчиками (частіше мається на увазі вчинення більш старшим суб'єктом анального коїтусу з хлопчиком, іноді цей термін використовується і як синонім будь-якого прояву чоловічого гомосексуалізму; досить поширене вживання цього терміну для позначення статевих зносин через задній прохід між чоловіками будь-якого віку навряд чи можна вважати вірним, оскільки для найменування цих дій існує самостійний

термін - *педикація*, аналогом якого в російській мові є поняття «мужеложство», прийняте і в кримінальному законодавстві).

Активний партнер - гомосексуальний партнер (як чоловік, так і жінка), який виконує в гомосексуальному контакті чоловічу «активну» роль; активний партнер в актах педикації іноді зветься педикатором.

Пасивний партнер - гомосексуальний партнер (як чоловік, так і жінка), який виконує в гомосексуальному контакті жіночу «пасивну» роль; пасивний партнер в актах педикації іноді зветься *патікус* або *кінеде* (поділ гомосексуалістів на активних і пасивних партнерів досить умовний, оскільки в процесі вчинення сексуальних дій, багато хто з них міняються ролями, що має своє криміналістичне і судово-медичне значення).

Досить цікавою є еволюція класифікації DSM (з англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів) стосовно гомосексуалізму: у 1952 році DSM I (перше видання) офіційно включив гомосексуалізм до психічних розладів. В зв'язку з тим, що рух за права геїв набирав обертів у 60-ті роки минулого століття, психіатрична спільнота вирішила піти на діагностичний компроміс, висловлюючи думку, що люди, які почуваються себе комфортно з їхньою сексуальною орієнтацією, психічного розладу не мають. Триумфальне видалення гомосексуалізму з DSM відбулось у 1973 році. В той же час, для людей, що перебувають «в конфлікті» щодо своєї гомосексуальності, був введений новий термін: «*порушення сексуальної орієнтації*» (ПСО). У 1980 році DSM III (третє видання) замінив останній термін на «*его-дистонічну гомосексуальність*», що принципово не вплинуло на стан речей: «щасливі» гомосексуалісти – не мають психічного розладу, «нещасливі» - мають. В 1987р. всі форми гомосексуалізму, включаючи его-дистонічну гомосексуальність, були остаточно видалені з DSM.

За даними більшості дослідників, гомосексуалізм охоплює від 1% до 5% людської популяції, а за деякими іншими даними, ним охоплено 6% чоловічого

і 3% жіночого населення планети. Однак думки всіх дослідників в цілому з цього приводу значно розходяться, а вказані ними дані знаходяться в інтервалі від 1% до 37% популяції. Справді, наведені різними джерелами дані щодо поширеності гомосексуалізму досить суперечливі, однак в більшості випадків статистичні припущення коливаються в межах 1-6% популяції. Причому основна кількість дослідників погоджуються на тому, що це явище більш поширене в чоловічій частини популяції (в середньому 2-4% чоловіків), ніж в жіночій (в середньому 1-3% жінок). Проте, фактичних кількісних показників поширеності гомосексуалізму не існує. В першу чергу це пояснюється не тільки складністю проведення дослідження даного питання і невеликою кількістю дійсно репрезентативних досліджень, а й крайньою різноманітністю цієї субпопуляції людей. Окрім того, одними дослідниками при вивченні цієї групи людей, в неї включаються тільки справжні («стрижневі», «ядерні») гомосексуалісти, специфічна сексуальна поведінка яких визначається наявністю гомосексуальних потреб, іншими ж до цієї групи включаються і особи, гомосексуальна поведінка яких обумовлена не наявністю певних потреб, а здійснюється на основі інших міркувань і причин (так звані псевдогомосексуалісти). Таким чином, в останню групу потрапляють і особи з вираженими гетеросексуальними потребами, не кажучи вже про бісексуалів. Однак більшість авторів погоджуються на тому, що справжня поширеність гомосексуалізму (навіть його «стрижневої» групи) значно ширша від найсміливіших статистичних припущень, а епізодичні або короткочасні гомосексуальні зв'язки мають в своєму сексуальному житті щонайменше третина чоловічого і чверть жіночого населення планети.

Присвячена гомосексуалізму література включає кілька тисяч публікацій, в тому числі й велику кількість монографій.

Серед численних гіпотез і теорій походження гомосексуалізму найбільш поширені такі:

- гіпотези і теорії ситуаційної обумовленості і навчання (гомосексуальні контакти з ровесниками, гомосексуальне розбещення, наслідки випадкових і тимчасових гомосексуальних контактів);
- гіпотези і теорії середовищної зумовленості (сімейна - материнська гіперопіка, негативно сприймаються батьки, негативний досвід контактів з братами і позитивний з сестрами, обізнаність з чоловічою оголеним тілом і відсутність такої стосовно жіночого тіла і т.п.; професійна - артистичне середовище; спосіб життя - циганський табір);
- теорія замісної обумовленості (наприклад, гомосексуальні контакти в ізольованих чоловічих колективах - в інтернатських закладах, в місцях позбавлення волі, у військових навчальних закладах і військових частинах, монастирях і теологічних навчальних закладах тощо);
- гіпотеза особистісної зумовленості (наприклад, страх сексуальної невдачі, складнощі у власній статевій ролі/ідентичності, нарцисичний розвиток особистості, проблеми у налагодженні контактів з протилежною статтю, сексуальна «втеча» при невдалих сексуальних контактах з протилежною статтю і т.п.);
- гіпотеза фантазійної обумовленості (наприклад, під впливом порнографії або супутніх мастурбації фантазій гомосексуального характеру);
- гіпотези і теорії біологічної зумовленості (конституційна, генетична, органічного ураження головного мозку, нейроендокринна, ендокринна, антропологічна, пренатальна, філогенетично-ембріональна).

Freud пов'язує формування гетеро- або гомосексуальної орієнтації особистості з наявністю того чи іншого фактору, нібито на фоні первинної притаманної людині бісексуальної схильності.

Natterer розглядає розвиток гомосексуальності як багатофакторний, підкреслюючи при цьому діагностичне значення виявлення гомосексуальних потреб, які можуть бути прихованими і знаходять відображення в змісті

еротичних фантазій та сновидінь. Ряд авторів вважають, що специфічний сексуальний невроз лежить в основі гомосексуалізму.

В процесі дослідження 76 культур в плані вивчення ставлення суспільства до гомосексуалізму було встановлено, що в 67% культур гомосексуалізм не сприймався як патологічне явище, або ставлення до нього було як до само собою зрозумілого факту, а в 28% культур гомосексуалізм не схвалювався, «не спостерігався», або відзначався у вигляді поодиноких випадків. На думку Hatterer, в США мільйони чоловіків мають гомосексуальні фантазії і мрії, а понад 2,5 мільйонів - і гомосексуальний досвід. За деякими даними, досвід такого характеру мають 19% жінок. Більш того, окремі дослідники вважають, що гомосексуальні потреби і контакти взагалі поширеніші саме в жіночому, а не в чоловічому середовищі.

Багато послідовників психоаналізу пов'язують розвиток гомосексуалізму у чоловіків з невирішеним комплексом Едіпа, а у жінок - з невирішеним комплексом Електри. На думку інших психоаналітиків, гомосексуалізм походить з підсвідомих тенденцій кровозмішення по відношенню до батька або брата і є замісною формою прояву інцестних потреб.

Bieder бачить основну причину виникнення гомосексуалізму в психопатології зв'язку батьки - дитина. У сімейному середовищі причину гомосексуальності вбачає і Forrest, який стверджує, наприклад, що домінуючі в будинку матері схильні до гомосексуалізму, як і їхні дочки, за наявності у них схильностей до агресії і домінації. Подібні взаємозв'язки між гомосексуальною орієнтацією і порушенням сімейних зв'язків відзначають і інші автори, які вважають, що в цих випадках виникає страх перед гетеросексуальною поведінкою, який минає у гомосексуальних зв'язках.

Sokolik і Szostak, обговорюючи психоаналітичну концепцію походження гомосексуальної поведінки, пишуть, що емоційно гомосексуальний партнер є амбівалентним, а зв'язок з ним має сильно виражені садомазохістські риси. При цьому підсвідомо партнер ототожнюється з одним з батьків, або відносини з

ним як би копіюють відносини батьки-діти, а в інших випадках відбувається аутоідентифікація власної особистості з партнером, яка ніби продовжує незавершені аутоідентифікації з особистістю батька чи матері.

З проблемою гомосексуалізму в експертній практиці частіше доводиться зустрічатися в наступних випадках:

- шлюбнорозлучні справи, в яких одна зі сторін звинувачує іншу в гомосексуалізмі, або визнає подібні прояви у себе;
- в справах про вчинення педофільних дій гомосексуального характеру;
- у справах про зґвалтування, коли обвинувачений заперечує можливість здійснення ним інкримінованих дій через наявність гомосексуальної орієнтації статевого потягу;
- у справах про вбивство гомосексуального партнера.

Останнім часом з гомосексуалізмом все рідше доводиться стикатися не тільки в експертній, але і в клінічній практиці. Проте це пояснюється не зменшенням абсолютного числа гомосексуалістів, а спостерігається в пострадянських країнах на фоні підвищення пермісивності статевої моралі з одночасним зниженням рівня негативного ставлення до гомосексуалізму.

Більшість країн світу починаючи з 1970-х років стають більш терпимими та приймаючими одностатеві відносини між партнерами, що досягли віку сексуальної згоди. На даний час спостерігаються різні тенденції в різних культурах і регіонах планети. В 2007 році Pew Research Center провів глобальне дослідження ставлення до гомосексуальності в різних частинах світу та країнах і виявив: «...люди в Африці і на Близькому Сході рішуче заперечують проти соціального прийняття гомосексуальності. Прийняття гомосексуальності і бісексуальності, проте, дуже високе в Західній Європі, США, Канаді, Австралії та Новій Зеландії. Багато країн Латинської Америки, включаючи Бразилію, Аргентину, Мексику та Чилі також мають гей- визнання більшості». Наступне подібне глобальне дослідження проведене в 2013 році (The Global Divide on Homosexuality). Воно показало такі ж тенденції, а також дозволило зробити

висновок, що ставлення до гомосексуальності суттєво не змінилося в країнах протягом останніх років, за винятком Південної Кореї, Канади і США, де кількість думок про те, що гомосексуальність повинна прийматися суспільством, зросла на 21 %, 10 % і 11 % відповідно в порівнянні з відповідями в 2007 році.

ТРАНССЕКСУАЛІЗМ

За визначенням сексологів транссексуалізм полягає у невідповідності психічного сприйняття власної статі і морфобіологічної структури тіла, а також соціальної (метричної) статі, яка сприймається як щось «чуже», що належить протилежній статі. Транссексуали відчують неприязнь до свого власного тіла і очікують від оточуючих толерантної поведінки та підтримки, щодо наполягання на власному сприйнятті статі. Найчастіше ці очікування навмисне провокуються пристосуванням своєї поведінки під типовий для іншої статі або переодяганням в типовий для протилежної статі одяг.

САДИЗМ

В науковій літературі зустрічається два визначення цього терміну - у вузькому розумінні і широкому. Визначення садизму як форми сексуальної девіації, при якій досягнення сексуального задоволення настає під час заподіяння сексуальному партнеру болю, приниження, або тілесних ушкоджень, є більш конкретним і вузьким. Набагато ширшим і всеохоплюючим є наступне визначення - садизм полягає в тому, що сексуальна насолода виникає в сексуальній ситуації, пов'язаній з домінуванням над партнером і безумовним його підпорядкуванням. Садизм - потреба повного контролю над

іншою людиною, оволодіння нею та підпорядкування її в такій повній мірі, що їй навіть можна заподіяти приниження і біль. Панування над іншою людиною, як особлива форма зв'язку з нею, формує почуття задоволення, причому форми панування можуть бути як в соціальному, так і в індивідуальному плані вигідними для підлеглого. В цьому сенсі садизм є феноменом, який супроводжує людство на всіх етапах його існування, має різноіанітну, в тому числі і біологічну, обумовленість. Суспільство, культура, педагогіка, порушуючи, з одного боку, певні стереотипи і зразки поведінки людини, з іншого - увічнюють садистичні тенденції в окремих, соціально і історично апробованих рамках (наприклад, корида, бокс, публічні езекуції, скачки, твори літератури і кінематографії на військову тематику і т.п.). Прояви садизму в його широкому розумінні тісно пов'язані з поняттям агресивності - явища, досить широко поширеного в будь-якому людському суспільстві.

В розумінні конкретного визначення садизму - в більшості випадків він реалізується у відносинах з партнером-мазохістом, зв'язок з яким може бути не тільки тривалим в часі, але і глибоко задовольняти обидві сторони. В інших, досить численних випадках, садистські тенденції реалізуються тільки на рівні сексуальних фантазій, а в реальному житті повністю відкидаються. Подібне обмеження реалізації подібних потреб може бути зумовлене страхом втрати надійного партнера, страхом перед можливим покаранням та іншими, як правило, психоемоційними або соціокультурним.

З відкритими проявами сексуального садизму суспільство стикається в основному в тих тільки випадках, коли його прояв безпосередньо пов'язаний із вчиненням злочину. Подібні вчинки частіше скоюються людьми, що страждають тією чи іншою психопатологією (алкогольна деградація особистості, патологічний розвиток особистості, психічне захворювання, і т.п.). Причому, згідно даних цілого ряду досліджень, поширеність неврозів серед садистів і мазохістів менша, ніж серед людей, що страждають на інші сексуальні девіації, хоча і більша, ніж у контрольній групі.

Поширеність сексуального садизму, прихованого в світі фантазій і мрій, або у взаємно привабливих зв'язках садистів з мазохістами була встановлена при проведенні багатьох присвячених цьому питанню досліджень.

МАЗОХІЗМ

Сутність даної девіації визначається як протилежна суті садизму. На думку переважної більшості дослідників-психоаналітиків, мазохізм більш характерний для жінок і тому частіше зустрічається в їхньому середовищі. Однак подібні твердження викликають певні сумніви в їх справедливості.

В силу того, що дана девіація не представляє якої-небудь серйозної небезпеки для суспільства, то, зрозуміло, і в судово-сексологічній практиці вона майже не зустрічається. Лише інколи доводиться стикатися з випадками особливого прояву мазохізму – ураженням струмом і самозадушенням. Якщо такі дії призводять до серйозних тілесних пошкоджень або закінчуються смертю, то такі і схожі випадки потрапляють в поле зору судових медиків. Схожі випадки можуть мати й істотне кримінологічне і криміналістичне значення при вивченні причин самогубства, під які вони маскуються.

Проблемам садизму і мазохізму присвячено численні серйозні дослідження в галузі психології та психоаналізу. Більш вузько до цієї проблеми підходять психіатри, сексологи і кримінологи. Аналіз нечисленних спроб медичної корекції цих двох видів сексуальних девіацій не несе оптимізму. Єдиними ефективними методами лікувального впливу виявилися фармакологічні (гормональна і психотропна «кастрація») та хірургічні (справжня хірургічна кастрація, нейрохірургічні психокорегуючі операції) методи. Проте впровадження подібного «лікування» викликає протест як з боку медичної, так і з боку самої широкої громадськості. Все це призвело до того, що

їх використання в багатьох країнах світу законодавчо було або обмежене, або заборонене взагалі.

АПОТЕМНОФІЛІЯ

За визначенням дана девіація полягає в прагненні до ампутації частини власного тіла, або до сексуального контакту з особою, яка має ампутовану кінцівку, кукса якої при цьому виступає в ролі специфічного сексуального фетиша. Ця сексуальна девіація належить до одних з найбільш рідкісних форм. Незважаючи на те, що вперше вона була описана в 1972 році, до теперішнього часу в літературі відображені лише одиничні випадки її прояву. Найбільш часто апотемнофілія зустрічається в поєднанні з фетишизмом, транссексуалізмом і трансвестизмом. Однак не можна виключити, що у деяких сексуальних злочинців (наприклад, у садистів), які відрізають або відрубують частини тіла у своєї жертви, механізм подібної поведінки обумовлений саме апотемнофілією.

ЕКСПЕРТИЗА З ПИТАНЬ, ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ ВСТАНОВЛЕННЯМ СТАТІ

В зв'язку з тим, що у деяких випадках будова зовнішніх статевих органів у чоловіків і жінок повністю не відповідає ні чоловічій, ні жіночій статі, під час розслідування як кримінальних, так і цивільних справ, може виникати необхідність в проведенні експертизи на встановлення статі. Це пов'язано з різними анатомічними вадами в пренатальному періоді розвитку організму людини і може проявлятися рядом аномалій: зарощення піхви, зрощення великих і малих статевих губ, зрощення статевого члена з калиткою, незарощенні калитки та ін.

Справжня (істинна) двостатевість (гермафродитизм) зустрічається виключно рідко. При цьому у суб'єкта визначаються елементи будови як чоловічих, так і жіночих статевих залоз (яєчок та яєчників). Зовнішні статеві органи у таких осіб можуть бути як жіночої, так і чоловічої статі або ж мати певні вади розвитку. Найчастіше зустрічається несправжній гермафродитизм, коли у людини однієї статі виявляються частини зовнішнього статевого апарату іншої статі.

Таким чином, у несправжніх жіночих гермафродитів на фоні функціонуючих яєчників визначаються зовнішні статеві органи, розвинені за чоловічим типом. І навпаки, у несправжніх чоловічих гермафродитів при наявності яєчок є зовнішні статеві органи, розвинені за жіночим типом.

При встановленні справжньої статі враховується певна сукупність ознак (менструації, полюції, характер статевого потягу та ін.), ступінь розвитку вторинних статевих ознак, особливості будови статевих органів, функціонування внутрішніх статевих залоз. Але все-таки, вирішальне значення у визначенні справжньої статі має дослідження статевих залоз і стан їх функціональної діяльності. Зазвичай обстеження суб'єкта в таких випадках проводиться комісійно, за участю лікарів-клініцистів, в стаціонарних умовах. Генетична стать визначається шляхом встановлення хромосомного набору, властивого певній статі (шляхом дослідження ядер деяких тканин організму і лейкоцитів крові). У чоловіків хромосомний набір характеризується наявністю двох статевих хромосом (XY), а у жінок – наявністю двох статевих хромосом (XX).

СЕКСУАЛЬНА ЗЛОЧИННІСТЬ ТА СУДОВА СЕКСОЛОГІЯ

Судова (кримінальна) сексологія - міждисциплінарний науково-практичний напрямок судової медицини, сексології, криміналістики,

кримінології та кримінального права, що висвітлює міждисциплінарний комплекс найбільш значущих проблем, що пов'язані з розслідуванням і профілактикою злочинів проти статевої недоторканності і статевої свободи особистості. Зазначена дисципліна тісно пов'язана з багатьма гуманітарними, юридичними та медичними науками. Ця дисципліна виділилася як самостійний напрям з судово-медичної сексології (судової медицини), відрізняється від судової сексології психолого-психіатричного профілю і не є її синонімом.

Виділення кримінальної сексології як самостійного наукового напрямку відбулося не так давно – на початку ХХІ століття. Тим не менш, питання статевого злочинів та протидії їм стали об'єктом наукових досліджень ще в ХІХ столітті. Так, в 1878 році В.О. Мережковський опублікував міждисциплінарний посібник для лікарів та юристів «Судова гінекологія». До Жовтневої революції відповідною тематикою займалися такі фахівці, як Е.Ф. Белліні (випустив атлас «Судова медицина розтління»), В.М. Тарновський, І.Л. Каспер, Ю. Краттер і Е. Гофман, І. І. Нейдінг.

У другій половині ХХ століття ця проблема також викликала інтерес у судових медиків, було опубліковано велику кількість досліджень, присвячених судовій гінекології та питанням боротьби із статевими злочинами.

На даний момент ця галузь знань потребує подальшої розробки, при цьому більшість її проблем, такі як особливості статевого дозрівання і поведінки у сучасному суспільстві, особистість злочинців, що здійснюють сексуальне насильство та їхніх жертв, кримінологічна та соціальна характеристика сексуального насильства, окремих відхилень від соціальної норми форм статевої поведінки, залишаються недостатньо дослідженими.

Предметом дослідження судової сексології є:

- тенденції та особливості сексуальної поведінки людей, що належать до різних суспільних груп і субкультур для вдосконалення методів проведення судово-медичних та судово-сексологічних експертиз;

- транскультуральний комплекс проявів сексуально нормальної і сексуально відхиленої поведінки;

- психосоціальні і морфофункціональні особливості сексуальних девіантів для первинних консультацій працівників правоохоронних органів при первинних слідчих діях; провадження експертиз; наукової оцінки матеріалів кримінальної справи і формулювання по них висновків фахівців з боку захисту; надання свідчень у суді;

- особливості нормативно-правової оцінки різноманітних форм статевої поведінки в різних юрисдикціях;

- судово-медичні аспекти злочинної і віктимної сексуальної поведінки, сексуальних девіацій і парафілій (а також пов'язані з ними функціональні зміни, морфологічні ознаки, особливості виявлення, фіксації, вилучення речових та інших доказів);

- особливості криміналістичної тактики, провадження оперативно-розшукових заходів, слідчих і судових дій, судових експертиз у справах про статеві злочини;

- методологія навчання кримінальній сексології студентів (слухачів) медичного, юридичного та психологічного профілів.

Завданнями кримінальної сексології на сучасному етапі є:

- встановлення характерних властивостей і особливостей статевої поведінки в сучасному суспільстві, в тому числі серед найбільш кримінально активної молодіжної групи, рівня поширеності статевих девіацій та сексуального насильства, особистісних особливостей жертв сексуального насильства і злочинців, осіб з «нормативною» сексуальністю і девіантів;

- складання кримінологічної характеристики статевих злочинів;

- аналіз експертних досліджень, що проводилися у справах про статеві злочини з метою вироблення рекомендацій щодо підвищення ефективності взаємодії фахівців різних профілів (психологів, психіатрів, судових медиків,

працівників правоохоронних органів), що займаються боротьбою із статевими злочинами і наданням допомоги їхнім жертвам;

- формування переліку заходів, спрямованих на профілактику сексуального насильства, підвищення ефективності роботи правоохоронних структур з виявлення та розслідування справ про статеві злочини, захист сексуальних прав населення.

В цілому, з юридичної точки зору під сексуальним злочином варто розуміти такий тип людської поведінки та її наслідки, пов'язаної з сексуальним життям, який заборонений кримінальним законодавством. Деякі автори вважають, що потрібно розрізняти справжні сексуальні злочини та злочини, які скоєні на сексуальному тлі. У вітчизняній літературі юридичні аспекти сексуальної злочинності та судової експертизи при сексуальних злочинах найбільш глибоко представлені в роботах Яковлева Я.М.

В кримінальних кодексах різних країн визначається різне коло сексуальних злочинів. При цьому досить часто трапляється, що кримінальне законодавство однієї і тієї ж країни на різних етапах її історичного розвитку відносить до розділу сексуальних злочинів різні діяння. В монографії Abraham, присвяченій сексуальним девіаціям, можна знайти норми моралі, звичаїв та кримінальної регламентації сексуальної поведінки людини, що існували в історії Європи. Зокрема, німецьке право зґвалтування і подружню невірність відносило до сексуальних злочинів. У фризів, викритого в подружній невірності чоловіка кидали в болото. Німецьким правом XIII століття під страхом смертної кари було заборонене статеве життя християн з іудеями, а також слуги з господинею. Згадка про кримінальне покарання за мужолозтво в Європі вперше зустрічається в 1267 році в німецькому праві Аугсбурга. За такий злочин світський суд передбачав смертну кару через відсікання голови, а духовний суд - умертвіння голодом в клітці. У XV столітті вперше зустрічається згадка про кримінальне покарання за содомію - спалення на вогнищі. В той же час за вчинення інцесту передбачалося лише накладання штрафу.

У середньовічній Європі поступово відбувається пом'якшення заходів покарання за сексуальні злочини, з часом скасовуються такі жорстокі заходи, як кастрація і депенісація. За часів Фрідріха II, Катерини II та Йосипа II під впливом Вольтера та інших французьких просвітителів відбувається подальша лібералізація законодавства, скасовується страта за вчинення сексуальних злочинів. Однак побутова і правова жорсткість у відношенні до сексуальних злочинів панувала в європейському суспільстві до початку XX століття. Справжня лібералізація цих поглядів зародилася відносно недавно і стала відображенням процесу поступового поширення в суспільстві пермісивності статевої моралі. Однією з важливих причин подібного перевороту правових та соціальних поглядів був розвиток сексології, яка сприяла створенню і поширенню знань про диференційовані механізми поведінки людини, а також про поняття норми щодо її сексуального життя.

Але, поруч з тим, до цього часу в суспільному та правовому колі стосовно сексу взагалі і до сексуальної злочинності зокрема у багатьох країнах світу, особливо в ісламських державах, панує жорстка статевая мораль.

Відображенням ліберального підходу до проблематики сексуальної злочинності може служити наступний вислів: «Положення кримінального права щодо сфери сексуального життя перш за все мають на меті охороняти ту з найвищих людських цінностей, якою є індивідуальна свобода особистості, як в сенсі захисту її від насильства і нав'язування ззовні, так і в сенсі охорони елементарного права приватного життя - щодо вільного формування свого інтимного, сексуального життя, якщо таке не породжує образи іншої особи і не приносить об'єктивної шкоди реальним інтересам суспільства» (L. Lerner, 1974).

Незважаючи на те, що стосовно сексуальних злочинів можна говорити про значну лібералізацію як в теорії, так і практиці сучасного законодавства (скасування смертної кари, скорочення термінів позбавлення волі за їх вчинення тощо), тим не менше в багатьох соціальних прошарках нашого

суспільства в цьому питанні, як і раніше, домінують крайній радикалізм і прояви репресивної сексуальної моралі. Не так рідко можна помітити і заклики до введення виняткової міри покарання, а саме смертної кари за вчинення таких злочинів, кастрації осіб, що їх вчинили, створення для них спеціальних таборів. Досить часто з проявами подібних поглядів доводиться стикатися і експерту-сексологу. Не є винятком навіть випадки, коли в суді доводиться чути в свою адресу звинувачення в тому, що експерт навмисне робить із здорового злочинця ненормальну особу. Найбільш часто це трапляється в тих ситуаціях, де висновок судово-сексологічної експертизи може вплинути на пом'якшення покарання звинувачуваного.

ПОШИРЕНІСТЬ СЕКСУАЛЬНОЇ ЗЛОЧИННОСТІ

Дані про чисельність сексуальної злочинності в різних літературних джерелах досить сильно різняться. За Szabo, в країнах Заходу ці злочини становлять менше 5%, а в Швеції - близько 1% від загальної кількості діянь, що підлягають кримінальному покаранню.

Однак, про справжню поширеність даного явища судити досить складно, оскільки невідоме достовірне співвідношення зареєстрованих злочинів до дійсно скоєних. Припущення про такі співвідношення досить різні і коливаються, наприклад, у випадках зґвалтування від 1:20 до 1:100. Проведені співставлення між зверненнями в сексологічну клініку з приводу вчинення сексуальних злочинів і кількістю призначених за профілем тих же видів експертиз, дозволяють стверджувати, що для сексуальних злочинів відношення зареєстрованих/вчинених представляються наступним чином: у випадках ексгібіціонізму - 1:85, при зґвалтуванні - 1:60, у випадках педофілії - 1:15.

Не менш суперечні погляди існують в світі і про динаміку сексуальної злочинності. Ряд авторів, що вивчають дану проблему, вважають, що непрямим

критерієм динаміки даного виду злочинності можуть служити дані про вплив порнографії на сексуальну поведінку. Зокрема, спеціально сформована для дослідження цього питання експертна комісія говорить, наприклад, що зростання числа порнографічних видань супроводжується зниженням рівня сексуальної злочинності. Зрозуміло що подібні псевдонаукові висновки мають за мету вплинути на позиції урядів, які виступають проти розповсюдження порнографічних видань. Відповідно до висновків інших досліджень, збільшення кількості порнографічної продукції супроводжується не істинним зниженням рівня сексуальної злочинності, а її видозміною, при якій відбувається перерозподіл кількісних показників між окремими видами сексуальних злочинів. При цьому наголошується на впливі порнографії на зростання кількості розпусних дій з неповнолітніми.

Як показали дослідження, за останні 15 років суттєво збільшилася кількість судово-сексологічних експертиз, проведених у справах про вчинення педофільних дій, та одночасно зменшилася кількість експертиз, що призначаються у справах щодо інцесту. Правда, слід зазначити, що особистий експертний досвід навряд чи може слугувати абсолютно об'єктивним критерієм динаміки сексуальної злочинності, оскільки вона визначається не тільки показниками відповідної експертної діяльності.

ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА СЕКСУАЛЬНУ ЗЛОЧИННІСТЬ

На сьогодні існує величезна кількість літературних джерел, в яких розглядаються основні причини, фактори і чинники злочинності, які сприяють її розвитку, а також методи її профілактики. Багато з них в значній мірі мають відношення і до сексуальної злочинності. Розглянемо з них лише ті, які мають найбільше відношення до медицини взагалі і до судової сексології зокрема.

СТАТЬ

Вважається, що в основному злочини частіше скоюються чоловіками. Причому чоловіки частіше страждають і на психопатологію, що відзначається вже у підлітковому віці: в хлопчиків частіше виявляються сексуальні порушення, а у дівчаток - особистісні; хлопчики більш схильні до впливів сімейної патології, яка призводить до асоціальної поведінки. Серед дорослих чоловіків превалює не як злочинність і психопатологія, так і особистісні порушення. У жінок прояви психопатології досить тісно пов'язані з фізіологічними циклічними змінами в їх репродуктивних системах. Подібний зв'язок можна також простежити між гормональними циклами та сексуальними злочинами, вчинення яких часто збігається в часі з передменструальним періодом у злочинниці. Виявлено, що більшість злочинів скоюється жінками, які мають проблеми з статевою ідентифікацією, переважно ототожнюють власну роль з чоловічою. Варто зазначити, що в останні роки на планеті виявляється тенденція до зростання жіночої злочинності, причому жінки все частіше скоюють злочини, які пов'язані з агресією. Так, у Польщі, у справах про зґвалтування за 10 років було засуджено 34 жінки, які або підбурювали чоловіків до скоєння цього злочину, або допомагали в його скоєнні. За цей же час у справах по розпусних діях було засуджено 20 жінок, проте не зафіксовано жодного випадку участі жінки в скоєнні сексуального вбивства.

Багато дослідників підкреслюють відмінності саме в агресивності статей. Жінкам приписується так звана «пасивна» агресивність, а чоловікам – «активна». Причому агресивність жінок соціумом завжди оцінювалася більш суворо. В жінок переважають мовні, а в чоловіків - фізичні форми прояву агресії. Дослідники вважають, що характерні статеві відмінності у проявах агресії та її сприйнятті зумовлені культурно-соціальними шаблонами статевої поведінки. На сьогодні відбувається зміна стереотипів і такі явища, як зростання самосвідомості жінок і усунення значних відмінностей в соціалізації статей, що, на думку авторів, впливає і на участь жінок в сексуальній злочинності - відбувається їх проникнення в такі види злочинів, які раніше були

характерними тільки для чоловіків. Проте, Незважаючи на настільки активну фемінізацію загальної злочинності, в сексуальній злочинності, як завжди, переважають чоловіки.

АГРЕСІЯ

На сьогодні є немало теорій, що пояснюють явище агресії. Так, за Фрейдом, агресія - це наслідок сексуальної фрустрації. За Lorenz вона розглядається як один з основних чотирьох інстинктів (голод, статевий інстинкт, агресія, інстинкт переміщення). Feshbach висловлює думку, що агресія може мати як вроджений, так і набутий характер. Storr розглядає агресію як біологічно зумовлену вроджену форму поведінки, яка в світі людей набула найбільш руйнівний і деструктивний характер.

Musaph і Mettrop виділяють сім фаз у розвитку агресії: 1-а фаза - агресія оточуючого середовища; 2-а - агресія, перенесена на інших осіб (наприклад, на членів родини); 3-я - агресія, що вивільняє негативні емоції у вигляді примітивної і деструктивної поведінки; 4-а - непряма агресія, що виявляється у формі протесту; 5-а – також непряма агресія, що виявляється в садомазохістській поведінці; 6-а фаза - агресія, реалізована у сфері виробничої діяльності; 7-а - агресія, реалізована у творчій діяльності, в сублімації.

Вагон після обговорення теорій біологічної обумовленості агресії підкреслює значний вплив, який чинять на неї соціальні фактори (соціальна фрустрація, провокація з боку інших людей, негативний вплив засобів масової інформації та масової культури), а також чинники ситуаційного характеру (наприклад, наркотизація, алкоголізація). Brushek також говорить про те, що агресія провокується засобами масової інформації та масової культури, зазначаючи, що перегляд фільмів, які навантажені сценами насильства, стимулює агресію у схильних до неї осіб. Woody пояснює причину більшої агресивності серед чоловіків в особливостях їх гормонального фону і при цьому вказує на те, що андрогенізація жінок і збільшує агресивність останніх. Крім зазначених вище дослідників про взаємозв'язок статі з рівнем і типом агресії

пишуть і багато інших авторів. Наприклад, Skorny повідомляє, що генералізована агресія більша у самців тварин і у чоловіків в тих випадках, коли їхні батьки також були агресивними суб'єктами. Pospiszył пояснює більш високий рівень агресивності серед чоловіків особливостями процесу їх соціалізації, що включає в себе «тренінг агресивності». Ніне розрізняє афективну і аннексивну агресію і вважає, що в механізмі її розвитку провідна роль належить нейромедіаторним системам (ацетилхолін, серотонін, дофамін, норадреналін).

Всі теорії причин виникнення та розвитку агресії в цілому можна розділити на три основні види: біологічні, психологічні і соціальні. Крім того, існують також теорії мультифакторної обумовленості агресії. До них можна віднести теорію, яка пов'язує агресивну поведінку людини із схильністю до неї певних темпераментів, а також з процесом навчання агресії. При цьому вважається, що сталість сексуальної поведінки людини залежить від специфічного сприйняття ситуації. Якщо людина отримує сигнали, поза межові по відношенню для даної ситуації, і специфічно їх сприймає, то при наявності слабких механізмів контролю за поведінкою і закріплених навичках реагування агресією на стрес, призводить до агресивної поведінки. Дослідження популяції агресивних осіб дозволили виявити, що для них є характерним слабкий антистресовий захист та самоконтроль, неадекватна імпульсивність, підвищена готовність до страху, сконцентрованість на сьогоденні, м'язовий тип розвитку. При вивченні біографій агресивних осіб було виявлено деякі характерні особливості: сильний емоційний зв'язок з матір'ю при одночасному ігноруванні її особистістю, почуття страху перед батьком, нездатність до встановлення тривалих чуттєвих зв'язків, відокремлення сексуальної сфери від чуттєвої, сексуальний егоцентризм, агресивна форма проведення сексуальних контактів (у зв'язку зі страхом залежності від жінки), невпорядковані статеві контакти (у зв'язку з підсвідомою потребою здійснення сексуальних зв'язків, в яких фізичний контакт замінює чуттєвий).

В кінці минулого століття з'явилися роботи, присвячені вивченню внутрішньородинної агресії. З представлених в них даних випливає, наприклад, що в США агресія одних членів сім'ї по відношенню до інших застосовується приблизно у 20% родин, а фізична агресія між подружжям відзначається більш ніж у 50% шлюбів. Аналіз літератури на цю тему показує, що чоловіки більш схильні до агресії щодо жінок. При цьому чітко зазначається зв'язок влади з агресивністю. Домінуюча позиція в родині не забезпечує урівноваженості чоловіка, а, навпаки, породжує у нього фрустрацію і, ймовірно, постійну готовність до відповідної реакції в агресивній формі, особливо коли цьому сприяють обставини. Найбільш чітко це помітно у випадках, коли останні займають підлегли в родині положення бунтарних чоловіків, які схильні до агресії тоді, коли об'єктивна оцінка противника (його фізичної сили) дає шанси на перемогу.

Ряд дослідників вважають, що наявність в дитинстві особистого досвіду агресії сприяє її збереженню і передачі від покоління до покоління. Дослідження синдрому жорстокого поводження з дітьми свідчить про те, що факторами ризику сімейної агресії є алкоголізм, наркоманія та психічні порушення у подружжя. Численні дослідження синдрому ХУУ, який не має характерної клініки - описані як абсолютно здорові у фізичному і психічному плані чоловіки, так і ті, що мають психічні відхилення (частіше олігофренію) і фізичні вади (наприклад, гіпогонадізм, крипторхізм) виявили, наприклад, що ця патологія у чоловіків зустрічається з частотою 1:700 (народжених хлопчиків) і при ній відзначається більш висока агресивність, злочинність, поширеність сексуальних девіацій, ніж у контрольній групі. Однак Cohen, наприклад, говорить про те, що, хоча наявність цього синдрому дійсно характеризується агресивною поведінкою, в той же час складно визначити, наскільки її детермінує сам синдром.

Узагальнюючи наведені відомості, можна стверджувати, що агресія є однією з основних причин злочинності, в тому числі і сексуальної.

Агресивність може бути як однією з рис патологічного розвитку особистості, так і однією з форм реакції людини на загрозу. Особливості процесу чоловічої соціалізації сприяють більш широкій поширеності агресивності у чоловіків, особливо в середовищах, де вона часто сприймається як один із стереотипів чоловічої поведінки. Без сумнівів можна стверджувати, що є також і певна культуральна стимуляція агресії.

Нолст висловлює думку, що зараз ми живемо в час, коли засоби масової інформації втручаються в повсякденне життя людини, постійно нав'язуючи їй свою всюдисущість. В роботі «Громадська думка, засоби масової інформації і негативні суспільні явища», всебічно обговорюються зв'язки між поширенням у пресі інформації про злочинність і реакціями на цю інформацію. З наведених міркувань випливає, що популяризація агресії та злочинності призводить до небажаних наслідків, зокрема, у споживачів інформації проявляється у вигляді психозу, тривоги, страху, культу супермена, зростання рівня агресії в суспільстві. Сексуальні злочини агресивного типу часто є темою фільмів, газетних і журнальних публікацій, телевізійних програм, детективної белетристики. Зростання їх поширення в останні роки викликає серйозні побоювання. Потреба привабливання споживача призводить до загострення кримінальної тематики як шляхом її розширення, так і шляхом поглиблення. Цей процес у свою чергу стимулюється звиканням споживачів до продукції певного типу, що, з одного боку, вимагає підкидання йому чергових творів, а з іншого - з метою стимуляції інтересу до такої продукції - постійної зміни її якості, що відбувається, природно, найбільш примітивним шляхом - створенням все більш несамовитих сюжетів. Явища такого характеру пов'язані з певними негативними наслідками: по-перше, людини із схильністю до злочинної або девіантної поведінки одночасно отримують і стимуляцію до переходу нахилу в дію, і зразки вчинення таких дій, по-друге, певні верстви суспільства (особливо діти та молодь), які не мають таких схильностей, отримують детальну інформацію про можливість здійснення подібної

поведінки, а наполегливість цієї інформації стимулює їх природну цікавість і підштовхує до її задоволення шляхом апробування такої поведінки, і, нарешті, по-третє, як перша, так і друга група осіб, засвоюють опубліковані в масових «офіційних» творах зразки в якості одного зі стереотипів звичайної, нормальної людської поведінки, а тому, слідуючи йому, часто відчують себе вільними від відповідальності. Більш того, зосередженість масової культури на зображенні агресії не тільки породжує її в суспільстві, а й стимулює виникнення в ньому страху перед такою, провокуючи тим самим оборонну поведінку членів суспільства, яка, в свою чергу, також має агресивний характер. Наростаюча таким чином агресія впливає на всі сторони і механізми суспільного життя, в тому числі і на сексуальне життя суспільства. При цьому вона одночасно бере участь і в генезі сексуальної злочинності, і впливає на її специфіку і динаміку, а також визначає ставлення до неї суспільства в цілому. Таким чином, при вивченні цього питання ми маємо справу з дією горезвісного механізму патологічного кола.

АЛКОГОЛЬ

Питання про вплив алкоголю як на агресію, так і на сексуальну злочинність, широко обговорюється в літературі. Про звільняючу дію алкоголю на сексуальну агресію, а отже, і сприяючу сексуальній злочинності, пишуть багато дослідників. В цілому вважається, що алкоголь посилює сексуальну агресивність, особливо у чоловіків, причому цей вплив в однаковій мірі характерний і для людей, які не мають залежності від алкоголю.

Нерідко підкреслюється зв'язок між алкоголізмом та інцестом. Разом з тим у різних дослідженнях поширеність алкоголізму серед осіб, що вчинили кровозмішення, оцінюється по-різному. Одні автори вказують на те, що на алкоголізм страждають 75% злочинців цієї категорії, а за іншими даними, алкоголізм відзначається у 47%, 33%, 15%, 25%, 72%, 20%, та 41% цих осіб. Тобто в середньому кількість алкоголіків серед інцестофілів коливається в межах 20-70%.

Багато дослідників вважають, що алкоголізм і власне алкогольне сп'яніння у злочинця є основними факторами, що провокують вчинення ним згвалтування. За результатами Rada, 50% обстежених ним гвалтівників були алкоголіками, а Jensen вказує їх кількість в 72%. Проаналізувавши 600 випадків згвалтування, Amir показав, що алкоголь зіграв ключову криміногенну роль в 217 випадках, а 10% жертв при цьому також перебували в стані алкогольного сп'яніння.

Подібний вплив алкоголю та алкоголізму більшість дослідників вбачають і у випадках ексгібіціонізму. У осіб, що вчинили цей злочин, гостра алкогольна інтоксикація відзначається в 30-50% випадків.

Проаналізувавши дані інших дослідників, Holder прийшов до висновку, що агресивна і злочинна поведінка батьків-алкоголіків в 50-80% випадків переходить і до їхніх дітей.

Зв'язок між алкоголем і злочинністю може бути обумовлений наступними механізмами:

- алкоголь знімає гальмівний вплив кори головного мозку на злочинну і девіантну поведінку;
- під дією алкоголю відбуваються зміни в нейромедіаторних системах, що сприяє розвитку агресивної поведінки;
- хронічний алкоголізм призводить до дисфункції кори головного мозку, особливо кори скроневих часток, що сприяє патології поведінки.

Крім цього, розвитку роздратованості й агресивності сприяє те, що алкоголь провокує гіпоглікемію і порушення сну. Несekler наголошує, що алкоголь є типовим елементом в житті злочинців, а алкоголізація властива стилю їхнього життя.

НАРКОМАНІЯ

Benward зазначає, що гвалтівники і інцестофіли значно частіше трапляються серед наркоманів, ніж в середовищі незалежних від наркотиків людей. Багатьма дослідниками підкреслюється і широке поширення серед

наркоманів гомосексуалізму, що охоплює, за деякими даними, до 30% популяції наркоманів. Причому Chinlund вказує на те, що у наркоманів гомосексуалізм частіше зустрічається не серед чоловіків, як в основній популяції, а серед жінок.

Залежність від алкоголю та наркотиків має двоякий зв'язок з сексуальною злочинністю. З одного боку, ці речовини провокують злочинну поведінку, а з іншого - злочинна поведінка поглиблює або провокує залежність від них. Криміногенність алкоголіків і наркоманів - явище давно відоме в кримінології.

ПАТОЛОГІЧНИЙ РОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ

Питанням взаємозв'язку особистісних розладів (психопатій) зі злочинністю також присвячено досить багато літератури. Висновки більшості дослідників сходяться в тому, що відсоток суб'єктів з порушеннями особистості серед злочинців значно вищий, ніж в основній популяції. В той же час сам цей відсоток визначається різними дослідниками від 7% до 20%.

Як одну з форм особистісних порушень McCord виділяє «кримінальну психопатію», відносячи до можливих причин виникнення такої патології генетичні аномалії (наприклад, синдром ХҮҮ), конституціональні фактори, деякі гормональні розлади, фізіологічно підвищену збудливість, окремі захворювання органічної природи, психопатологію у батьків, ранню батьківську депривацію, середовищні впливи. Ряд дослідників вбачають причини виникнення патології особистості в недостатності регуляторних механізмів кори головного мозку, акцентуації характеру, психопатіях у батьків, особливо в батька. Психоаналітична концепція психопатії показує, що «психопат» гарно обізнаний з прийнятими суспільством обов'язковими нормами моралі. Однак ці норми він засвоїв недостатньо і по відношенню до певного кола осіб готовий через них переступити, в тому числі і з метою домогтися визнання власної особистості. Совість психопата зазвичай дуже мінлива, амбівалентна і неадаптована. Після періодів повної відсутності почуття провини, в які психопат здійснює неправомірні дії, наступають періоди

докорів сумління, інколи настільки сильних, що вони можуть повністю паралізувати його активність. Імпульсивні дії не підлягають внутрішньому контролю. Характерною є зниження стійкості до напруги. Ці особи не виносять депривації. Позбавляються напруги тільки шляхом вчинення антигромадських і аморальних вчинків. Вони не можуть управляти наслідками розпочатих дії. Крім всього іншого, психопати мають слабку орієнтацію в дійсності, у них порушена здатність розподілу власних переживань і реальних подій. Відзначається схильність до такого сприйняття світу, коли бажане приймається за дійсне. Антигромадська та імпульсивна поведінка психопата є не тільки способом позбавлення напруги, але і відображає систему захисних механізмів подолання емоційних проблем. Відповідно до положень психоаналізу дослідники також вбачають причину виникнення психопатій в порушенні чуттєвих зв'язків у родині.

Kozarska-Dworska на основі власних спостережень в якості характерних рис психопатії виділяє: недостатність вищих емоцій, низьку пластичність настроїв, домінування емоцій, відсутність взаємозв'язку з середовищем, недостатню пристосованість до основних положень суспільного життя. Kerinski вбачає в якості причин розвитку мазохістського типу патологічного розвитку особистості дитячий деспотизм, емоційну незрілість, перенесений в дорослий період залишковий дитячий садомазохізм. Vaillant і Perry показали, що антисоціальний тип патологічного розвитку особистості відзначається у 0,05-15% членів популяції. У США такий тип розвитку особистості мають 3% чоловіків і 1% жінок, а серед ув'язнених - 75% обстежених. До основних «симптомів» такого типу розвитку особистості у суб'єктів молодше 18 років, належать: конфлікти з вчителями, імпульсивна поведінка в шкільних навчальних закладах, конфлікти з правоохоронними органами, занадто ранній сексуальний досвід, прогулювання уроків, алкоголізм, вандалізм. Після 18 років з'являються наступні значущі «симптоми»: ігнорування посадовими обов'язками, неприйняття суспільних норм, розлучення та окреме проживання

від сім'ї, прояви фізичної агресії. Представляють інтерес наведені цими дослідниками дані про частоту виявлення зазначених «симптомів»:

- проблеми з виробничою діяльністю 85%;
- негаразди у сімейному житті 81%;
- фінансові складнощі 79%;
- затримання органами правопорядку 75%;
- алкоголізм 72%;
- виражені проблеми з навчанням 71%;
- імпульсивність поведінки 67%;
- проблеми сексуального характеру 64%.

Асоціальну особистість можна розглядати як еквівалент поняттю психопатії. Jaroszynski типовими для такої особистості вважає наступні риси:

- відсутність тривалих подружніх зв'язків;
- нездатність до передбачення наслідків власних дій;
- нездатність робити практичні висновки з власного практичного досвіду;
- відсутність значних інтересів;
- мінливість і короткочасність прагнень, відсутність їх чергування;
- висока активність для негайного досягнення поставленої мети, що зникає при появі найменших невдач;
- відсутність самокритики, нездатність до адекватної самооцінки та оцінки невдач.

Отже, найбільш частими наслідками таких рис є: низький рівень інтелекту, неосвіченість, некваліфікована праця, нездатність до встановлення і підтримання контактів та сімейних зв'язків, схильність до негативних впливів і звичок, невпорядковане статеве життя, часті конфлікти з законами.

ОСОБИСТІТЬ СЕКСУАЛЬНИХ ЗЛОЧИНЦІВ

Докладний аналіз особистості злочинців при різних видах сексуальних злочинів буде розглянуто пізніше. В даній частині роботи представлено огляд літературних даних з цього питання.

Susman, аналізуючи дані інших дослідників, зазначає, що 56-81% сексуальних злочинців мають асоціальну особистість. В середньому 25% жінок з цієї групи злочинців мають гомосексуальний досвід, 60% з них зловживають алкоголем, в більшості випадків мали ранній сексуальний досвід (причому нерідко був отриманий шляхом зґвалтування), 70% з них мають сексуальні порушення (в основному проблеми з аутоідентифікацією статевої ролі, ригідність). Досить давно була висловлена гіпотеза, що у сексуальних злочинців часто спостерігається комплекс Квазіmodo.

Drvota і Student наголошують на тому, що серед сексуальних злочинців домінує сексуальна агресивність, гіперчутливість до сексуальних подразників, емоційна черствість, а близько 75% цієї групи злочинців знову ж таки страждають на алкоголізм. Filipiak при вивченні сексуальної злочинності вказує, що близько 40% цього виду злочинів відбувається на фоні або під впливом алкоголю, 65% злочинців з даної групи є безробітними, 46% з них - рецидивісти, більшість походять з робочого середовища. Обстеживши 77 винуватців сексуальних злочинів, R. Lesniak та E. Lesniak вважають, що всіх їх можна розділити на дві основні групи - агресивних і не агресивних. Група агресивних, незалежно від конкретного виду скоєного ними сексуального злочину, складається з більш молодих людей, які частіше характеризуються інтравертованим типом характеру, діють жорстоко і цинічно, злочини скоюють переважно в нічний час доби і по відношенню до раніше незнайомих людей, відрізняються імпульсивною поведінкою. Не агресивні злочинці, в основному це педофіли, частіше є екстравертами, інфантильні, переважно були в тій чи

іншій мірі знайомі з жертвами злочинів, які здійснювали в основному в денний час. В 65% випадків не агресивні сексуальні злочинці є алкоголіками.

Smoczynski проаналізувавши 117 висновків судово-психіатричної експертизи, проведеної у осіб, які вчинили сексуальні злочини, виявив, що лише 8 з них були здорові і не мали будь-яких психічних порушень. Психоорганічний синдром був діагностований в 74 випадках, зміни на електроенцефалограмі відзначалися у 47 обстежених, причому 54% оглянутих були визнані осудними.

Після обстеження 150 злочинців Student в 51% випадків діагностував наявність девіантних рис, в 21% випадків девіацій не було виявлено, але такі особи були залежними від алкоголю, а у 5 чоловік діагностував виразну агресивну особистість.

Інші автори представили аналіз 264 чоловіків - сексуальних агресорів. В основному це були молоді люди (62% - молодше 30 років, 11,9% - старше 40 років), 56% з них були не одружені. Серед них переважали особи з низьким рівнем освіти, які займалися некваліфікованою працею. Цікавий факт, що 32% обстежених мали зріст нижче 169 см, 14% малі і 51,5% - середні розміри статевого члена. В 40% випадків відзначався рецидив сексуальної злочинності. При психіатричному обстеженні було діагностовано: розумова відсталість - у 4,5%, алкоголізм - у 6%, психосексуальне недорозвинення - в 10% випадків, сексуальні девіації - у 28%, психопатія - у 33,7% злочинців, і лише у 14% досліджуваних не було виявлено психопатології. При поглибленому аналізі у 63% злочинців відзначалася дезадаптація, скоєння злочину в стані алкогольного сп'яніння мало місце в 55,6% випадків, риси агресивної особистості - у 39%, енцефалопатія діагностована у 35,9% обстежених, ознаки сексуальних девіацій - у 28,1 %, а різні розумові дефекти - у 24,2% обстежених.

Після обстеження 64 сексуальних злочинців Vonheur і Rosner виявили у більшості з них психічні порушення, які лише в окремих випадках були зумовлені органічним ураженням нервової системи. За даними Graber,

половина обстежених ним сексуальних злочинців мала органічні ураження головного мозку.

R. Lesniak та E. Lesniak окремо обстежили 82 особи, які вчинили сексуальні злочини, а саме: сексуальні вбивства - 20, зґвалтування - 24, розпусні дії з дітьми та підлітками - 38. При цьому вони виявили, що 70% обстежених скоїли злочин, перебуваючи в стані алкогольного сп'яніння; 70% були особи у віці 21-40 років; 59% були не одружені і 75% були працівниками фізичної праці. Матері обстежених злочинців у 80% випадків мали нормальний розвиток особистості. 80% злочинців негативно оцінювали своїх батьків, що мали в своїй більшості початкову освіту. Більшість обстежених були ознайомлені з питаннями сексу в юні роки і в цинічній та вульгарній формі. Сексуальні девіації виявлені у 25% убивць і в 50% гвалтівників. Виражена інтроверсія спростерігалася у 71% педофілів, у 79% гвалтівників і 87% убивць. Leigh наголошує, що злочинна сексуальна поведінка може бути зумовлена наступними факторами:

- 1) інтоксикація (гостра алкогольна інтоксикація, хронічний алкоголізм, патологічне сп'яніння, наркоманія);
- 2) психічні порушення (розлади особистості, психози, сімейні та подружні психогенії);
- 3) органічні порушення (посттравматичні стани, епілепсія, гострі мозкові розлади).

ДЕВІАЦІЇ І СЕКСУАЛЬНА ЗЛОЧИННІСТЬ

Польський сексолог К.Імелінський повідомляє, що з 250 осіб, які страждають сексуальними девіаціями, 52,8% визнали наявність в анамнезі вчинення сексуального злочину. При цьому розкрито було 43,2% цих злочинів і злочинці були судимі (в основному педофілія), а 9,6% злочинів залишилися не

розкритими. Отже, майже половина сексуальних девіантів ніколи не мали конфліктів із законом. З одного боку це обумовлено тим, що чим вище інтелектуальний рівень девіанта, тим більшу обережність він проявляє в здійсненні своїх дій. З іншого, більшість потерпілих просто не заявляє про скоєні злочини.

Wanda Ponikiewska серед 2532 пацієнтів сексологічної клініки виявила наявність девіацій у 54 пацієнтів (2,1% випадків). Серед них: 16 осіб (29,6%) відзначили випадки конфлікту з законом; 33 особи (61,1%) здійснювали дії, розцінювані як сексуальні злочини, але не постали перед судом; лише 5 осіб сексуальних злочинів ніколи не скоювали. Таким чином, розкриття подібних злочинів знаходиться на рівні близько 29,6%. Причому, за даними автора, засудженню в основному піддаються ексгібіціоністи, гомосексуалісти та фроттеристи. Особи, що страждали справжніми статевими збоченнями, скоювали злочини тільки на сексуальному тлі. У суспільстві широко поширене переконання, що девіантність і злочинність – по суті дві сторони єдиного процесу. Однак більшість сексуальних девіацій самі по собі ніяк не порушують чинного законодавства (наприклад, тріолізм, фетишизм, і т.п.). Окрім того, в більшості випадків для здійснення девіантної дії необхідна не тільки участь, але й згода партнера. І, нарешті, лібералізація права супроводжується зменшенням кількості кримінально засуджених атипових форм сексуальної поведінки.

ДЕЯКІ ВИДИ СЕКСУАЛЬНИХ ЗЛОЧИНІВ

ЗГВАЛТУВАННЯ

Згвалтування – скоєння статевого акту без добровільної згоди одного з партнерів, частіше відбувається з застосуванням фізичного насилля або психологічного тиску.

За даними J. McCary, на 100 000 жінок припадає наступна статистика щодо даного виду злочину: в Норвегії - 1, в Англії - 3, в Польщі - 7, в Японії - 12, в Туреччині - 14, в США - 36 випадків. Причому абсолютна більшість дослідників погоджуються з тим, що кількість зареєстрованих випадків зґвалтування набагато менша від реальної кількості скоєних злочинів цього виду. Обговорюючи дану проблему, В. Holyst говорить, що офіційні статистичні дані, очевидно, не відображають повну картину щодо кількості зґвалтувань. Відповідно, існують важливі причини, які схиляють жертв та їх законних опікунів не заявляти про скоєння злочину. Як правило, найбільш поширеними серед них є: страх помсти злочинця - 50%, сором перед оточуючими - 30%, відсутність віри в можливість правоохоронних органів - 10%, небажання піддаватися діагностичному огляду - 5%. Серед причин також переважає недооцінка значимості того, що сталося.

Взагалі, кількість проведених досліджень, які присвячені гвалтівникам, значно перевищує таку щодо винуватців інших видів сексуальних злочинів. Оцінюючи особистість гвалтівників з позицій психоаналізу, D. Abrahamsen вказує на такі характерні їх риси: виражений комплекс кастрації (страх втрати статевого члена), комплекс Едіпа (свідомий та підсвідомий потяг сина до матері, дочки - до батька), виражена анальна фіксація (за З. Фрейдом), емоційні порушення, риси садизму, що призводять до агресії, страх перед авторитетом. Автор вказує, що матері гвалтівників були домінуючими особистостями в родині і не схвалювали своєї жіночої ролі. В результаті обстеження 30 гвалтівників R. Lesniak прийшов до висновку, що в них превалює боязнь, недовірливість, соціальна непристосованість, садистські риси. Проаналізувавши 400 кримінальних справ, порушених в Лодзі в зв'язку з зґвалтуванням, J. Leszczynski зробив висновок, що даний вид злочинів зумовлений такими етіологічними факторами: алкоголізм, садизм, психоемоційна розбещеність, хуліганство. Серед засуджених за зґвалтування 58% на час скоєння злочину перебували в стані алкогольного сп'яніння. Майже

всі випадки супроводжувалися проявами садизму, причому в скоєних діях домінував не сексуальний, а розважальний мотив.

К.Pospiszyl вважає, що для гвалтівників характерними є: ранній статевий досвід, надмірна зацікавленість сексом, легкість обговорення сексуальних питань і встановлення вербальних контактів на цю тему.

Досліджуючи проблему групових зґвалтувань, Cz.Czarow зазначає, що у обстежених 323 їх учасників, характерними були: асоціальний розвиток особистості, приналежність до вуличних компаній, що практикували групові хуліганські розваги. Практично віришальним моментом в скоєнні зґвалтування такими групами є позиція їхнього лідера. Найчастіше зустрічався лідер, який характеризувався вираженою агресивністю, особа якого мала деструктивні риси. Як правило, його сексуальний досвід відрізнявся ранньою ініціацією. Агресивність лідера в основному була зумовлена страхом перед втратою домінуючого положення в групі. Цікавим є факт, що у цих осіб дуже часто спостерігається низький рівень почуття провини і відповідальності. Cz.Czarow також зазначає, що метою подібних злочинів є не стільки отримання сексуальної розрядки, скільки досягнення сексуального збудження. Тобто зґвалтування для його учасників є специфічним сексуальним стимулятором.

В результаті обстеження 365 гвалтівників, Z.Filipiak і F.Majerczak дали таку характеристику вказаної групи: це в основному молоді люди, які мають низький рівень освіти і низький рівень сексуальної культури, невпорядковане статеве життя, часто змінюють місце роботи та часто вживають алкоголь. I.Dziekonska-Staskiewicz на підставі вивчення 187 справ про зґвалтування виявила, що:

- 78% злочинців мали вік до 30 років;
- 60% мали початкову освіту;
- 50% на час скоєння злочину перебували у стані алкогольного сп'яніння;
- у 15% було діагностовано психічні і особистісні порушення.

I.Dziekonska-Staskiewicz також представила цікаві дані про наслідки згвалтування для жертв злочину: важкі пошкодження тіла виявлено у 4 потерпілих, легкі - у 110, вагітність в результаті згвалтування наступила у 2 жертв, дефлорація - у 22, психічні наслідки агресії відзначалися у 26 жінок (неврозоподібні стани - у 9, нервові потрясіння - у 17).

В США, за даними ФБР, згвалтування частіше відбуваються у великих містах. Однак, за деякими даними, частота скоєння сексуальних злочинів в сільській місцевості, особливо щодо підлітків, вища ніж у містах, при цьому у 67% гвалтівників виявляється схильність до сексуальної агресії, 65% з них мали сімейні негаразди.

Скоєння згвалтування є для злочинця своєрідним вирішенням внутрішньопсихічних, особистісних та міжособистісних проблем, що часто зумовлені відторгненням, яке злочинець відчуває з боку родичів та найближчого оточення. Комунікативна фрустрація, що розвивається на фоні такої відторгнутості, вирішується шляхом агресії. Дуже важливою фігурою в згвалтуванні є сама жертва. Багато дослідників підкреслюють, що рішуча оборона жертви може перешкодити виконанню наміру злочинця. Про уявні згвалтування частіше заявляють дівчата у віці до 17 років. Жертв згвалтування можна розділити на 3 групи:

- група випадкових жертв (в якій оборонна позиція по відношенню до гвалтівника найбільш важлива);
- група несвідомо провокуючих сексуальну поведінку злочинця (жінки, які легко встановлюють випадкові знайомства, демонструють під час спілкування уявну сексуальну досвідченість та захоплені раптовим розвитком подій);
- група жертв, що свідомо провокують сексуальну поведінку злочинця з передбачуваною метою в останній момент вийти з ситуації, яка складеться, що їм досить часто зробити не вдається.

За даними вивчення 23 випадків групових зґвалтувань, що відбулися у Варшаві, було отримано наступні дані:

- у 18 випадках жінки вели себе легковажно, а в 5 випадках - сексуально провокували;

- у 17 випадках чоловіки не планували заздалегідь злочину і вчинили його у зв'язку з виникненням сприятливої ситуації;

- 75% випадків групове зґвалтування було скоєне в період 20-22 годин, причому в 10 випадках - у квартирі одного із злочинців. У більшості випадків до дня зґвалтування злочинці і жертви не були знайомі між собою.

Обговорюючи проблему групових зґвалтувань, варто зазначити, що першопричиною доведення злочинцями свого наміру до кінця був не стільки фізичний вплив, скільки деморалізація жертв. Крім того, цьому також сприяли: легковажна і наївна поведінка жертв, провокація сексуальної поведінки з їх боку, а також відчуття деякими потерпілими власної провини в подібній поведінці злочинця. У багатьох випадках жертви не робили жодної спроби до опору і не заявляли про те, що трапилося. Більше того, частина «потерпілих» не була ображена тим, що сталося і надалі підтримувала відносини зі злочинцями.

Варман на підставі обстеження 8058 жінок, зґвалтованих в Нижній Саксонії, прийшов до висновку, що існуюче законодавче визначення поняття «зґвалтування» фактично не враховує психічних наслідків цього виду злочину для жертви і тому потребує удосконалення. Віддалені наслідки зґвалтування останнім часом все більше привертають увагу дослідників. N.Varvin прийшов до висновку, що приблизно у 11% жертв зґвалтування розвивається специфічний комплекс емоційних розладів - The rare trauma syndrome. В результаті спостереження 41 зґвалтованої жінки протягом 1-2,5 років після злочину S.Nadelson встановив, що у 41% з них є фіксований страх перед можливістю повторного зґвалтування, у 22% розвинулися сексуальні порушення, у 32% відзначаються емоційні розлади, а у 41% - депресивна реакція. Багато дослідників вважають за необхідне проведення

психотерапевтичного лікування серед жертв зґвалтування, як у вигляді короткочасного впливу безпосередньо після скоєння злочину, так і в подальшому у вигляді підтримуючих курсів. Цій проблемі був присвячений міжнародний конгрес, що проходив влітку 1984 року в Швейцарії, на якому, зокрема, підіймалося питання про етичність застосування абортівних засобів у разі вагітності, що настала у жінки в результаті зґвалтування. Маються на увазі переважно ті країни, в яких переривання вагітності навіть медичним шляхом заборонено законом.

Аналіз 118 зґвалтувань, скоєних в Швейцарії, показав, що злочинці були порівняно молоді: 50% з них були не одружені, а 57% жертв злочину перебували у віці від 15 до 19 років. Найчастіше зґвалтуванню піддавалися офіціантки та повії. У 30% випадків або злочинці, або їхні жертви перебували в стані алкогольного сп'яніння. Більшість злочинів не мали випадкового ситуаційного характеру, а були здійснені навмисно.

З метою вивчення впливу масової культури та засобів масової інформації на розвиток сексуальної агресії було проведено одне оригінальне дослідження. В процесі дослідницького експерименту 29 нормальних чоловіків піддавалися впливу спеціальної аудіовізуальної сексуальної стимуляції - їм показували 12 слайдів із зображенням сцен зґвалтування, демонстрація супроводжувалася відтворенням магнітофонного запису, зробленого в процесі реального злочину. В результаті багато досліджуваних чоловіків відреагували розвитком сексуального збудження як на процес зґвалтування, так і на проявлену жертвою реакцію опору і страху. В той же час, ніхто з них не тільки ніколи не брав участь у зґвалтуванні, але й не думав про це, а в статевому житті не виявляв сексуальної агресивності. Аналізуючи отримані результати, N.Malamuth прийшов до такого висновку: зображені в засобах масової інформації та творах масової культури прояви насильства можуть стимулювати появу хворобливих фантазій у раніше абсолютно здорових людей, а повторна стимуляція такого роду може провокувати їх до антисоціальної та девіантної поведінки.

Аналізуючи літературні дані та результати власних досліджень, Schiff зазначає, що абсолютно прихованою від поглядів правоохоронних органів і дослідників є багато в чому незрозуміла і дискусійна проблема зґвалтування власної дружини.

Wehner-Davin вважає, що зґвалтування в країнах Західної Європи носить характер масового явища, що загрожує громадській безпеці. Щорічна кількість дійсно скоєних зґвалтувань оцінюється ним в Німеччині в 70-140 тисяч випадків. У той же час поліція часто нехтує заявами про зґвалтування, особливо коли в його скоєнні звинувачується чоловік потерпілої. Тенденція до зростання числа зґвалтувань відзначається також в США і Канаді. У США найбільше число зареєстрованих зґвалтувань спостерігається в Лос-Анджелесі - 51,1 на 100 000 жінок, потім Нью-Йорк (23,7:100 000), а завершує список Сан-Дієго (9,8:100 000). З вивчених N.Barvin і S.Belisle 451 випадків зґвалтування в 89,4% було здійснено вагінальний коїтус, а приблизно в 7% випадків злочинець змушував жертву стимулювати статевий член іншими способами. При аналізі даних матеріалів були виявлені такі наслідки зґвалтування: настання вагітності жертви - 9 випадків, розвиток у жертви нервово-психічних розладів - 53 випадки, зараження жертви венеричною хворобою - 63 випадки.

Аналізуючи дані дослідження гвалтівників, Rada зазначає, що в них часто можна виявити сексуальні розлади (переважно порушення ерекції і сім'явиверження), проблеми в подружньому житті та генералізовану агресію по відношенню до жінок. Подібні дані були отримані і іншими дослідниками, схильними розглядати вказані явища як окремі причини, що сприяють вчиненню зґвалтування. Проаналізувавши дані ФБР про 50 000 зґвалтувань, R.Michael і D.Humpe висловили припущення, що в ряді випадків вагомою причиною зґвалтування може бути порушення нейроендокринних механізмів.

Проведене A.Solola вивчення 621 випадку зґвалтування виявило, що в 200 випадках вони були вчинені в квартирах потерпілих і в 94 випадках - у квартирах злочинців. При обстеженні потерпілих в 55% випадках у них були

відсутні будь-які тілесні ушкодження, а при наявності таких у 15% випадків вони локалізувалися в області геніталій і в 23% - екстрагенітально. Насильство мало характер вагінального коїтусу в 70,2% випадків, вагінального коїтусу в поєднанні з мінетом - в 16,1%, у вигляді вагінального і анального коїтусу - в 2,4%, анального коїтусу - в 1,9 %, мінету - в 1,3%, анального коїтусу в поєднанні з мінетом - в 1,1%, а поєднання анального коїтусу, вагінального коїтусу і мінету - в 1,4%.

Великий об'єм знань про зґвалтування містить робота J.Soutoul і E.Froge, які вважають, що у зв'язку зі зростанням числа зґвалтувань слід поширювати серед лікарів різних спеціальностей інформацію на цю тему. На думку авторів, близько 90% жертв зґвалтування не заявляють про те, що трапилося в правоохоронні органи, але водночас багато з них звертаються за медичною допомогою. Автори дають своє визначення поняттю «зґвалтування» - це акт сексуальної пенетрації будь-якого виду, здійснений в результаті примусу або раптовості. Особливо наголошується на тому, що про зґвалтування можна говорити тільки тоді, коли відсутня згода жертви на вчинення сексуальних дій. При цьому прояв жертвою згоди може носити таку форму:

- істинну згоду, або свідому участь у сексуальному акті без почуття провини;
- імпульсивну згоду, або сексуальний акт, схвалений на даний момент, коли імпульс дозволив піти на зближення, а пізніше виник жаль про те, що трапилося, відчуття приниженості і провини;
- пасивну згоду, коли жертва не бажає вчинення акту, але й не перешкоджає його здійсненню, що розцінюється іншою стороною як прояв згоди.

При судовому розслідуванні випадків зґвалтування та їх судового розгляду остання форма прояву згоди викликає найбільші сумніви в щирості небажання жертви брати участь в сексуальному акті. При розгляді справ про групове зґвалтування другою судовою проблемою є оцінка наявної згоди

жертви на сексуальний контакт тільки з одним з членів групи за відсутності згоди на контакт з іншими членами.

J.Sououl розрізняє декілька форм зґвалтування:

1) групове зґвалтування – в абсолютній більшості не супроводжується нанесенням жертві тілесних пошкоджень і вкрай рідко супроводжується настанням у неї вагітності (можливо, це пов'язано з тим, що при таких злочинах чоловіки зазвичай практикують перерваний статевий акт). Феномен рідкісних випадків настання вагітності потерпілої групового зґвалтування також пояснюється не відсутністю сім'явиверження у злочинців, а негативною імунологічною взаємодією при змішуванні сім'яної рідини кількох чоловіків, яка впливає на запліднюючу здатність сперматозоїдів, в основному на їх рухову активність. Також часто цим пояснюється і набагато менша частота ніж можна було б очікувати настання вагітності у повій, які не використовують контрацептивів і обслуговують декількох клієнтів поспіль. Окрім того, варто пам'ятати і про такі особливості, як певна фаза менструального циклу, настання у жінки оргазму, що визначають саму можливість настання вагітності або сприяють їй.

2) індивідуальне зґвалтування - розрізняють навмисне та ситуативно зумовлене. Зґвалтування, яке супроводжується грубим фізичним впливом злочинця на жертву, інколи навіть її смертю, вважається навмисним і часто відбувається на фоні наявності у гвалтівника алкогольного сп'яніння або садистських девіацій.

3) інцестне зґвалтування – особливість даного зґвалтування впливає з назви. Даний вид зґвалтування має серйозні психічні негативні наслідки для жертв віком до 12 років і набагато рідше залишає слід у жертв більш старшого віку.

4) зґвалтування жертви, що знаходиться в стані фізіологічного сну - оцінка подібних випадків повинна бути вкрай обережною, оскільки нерідко

заяви про подібне зґвалтування роблять психічно хворі жінки (в основному ті, які страждають галюцинаціями та істерією).

5) зґвалтування жінки, що знаходиться в стані гіпнотичного або наркотичного сну - гіпотеза про можливість здійснення сексуальних дій з загіпнотизованою жінкою проти її власної волі абсолютно неспроможна, однак не можна виключити можливість зґвалтування жінки, що перебуває в глибокому наркотичному сні, в тому числі, що настав під впливом алкоголю або наркотичних речовин, але оцінка подібних випадків також вимагає певної обережності.

б) «содомічне» зґвалтування - зґвалтування через пряму кишку. Є найбільш поширеним при групових зґвалтуваннях, при цьому у потерпілих часто виявляються пошкодження сфінктера прямої кишки. Крім власне пошкоджень ректального сфінктера, можуть виявлятися пошкодження шкіри, перехідної частини заднього проходу, навколо анального отвору, а також пошкодження слизової оболонки або всієї товщі стінки прямої кишки, частіше в її термінальному відділі. Проте анально-ректальні пошкодження часто взагалі відсутні, особливо у жінок, що народжували.

Після аналізу особистості гвалтівників J.Soutoul акцентує увагу на наступних особливостях їх характеристики, що найбільш часто зустрічаються:

- практична відсутність виховання або значні його дефекти;
- патологічний розвиток особистості, щоправда зустрічається рідше, ніж інші виявлені риси. Так, низький освітній рівень визначається в близько 75% гвалтівників, більше ніж у половини виявляється сімейна патологія, а 90% цих людей взагалі належать до найбільш соціально занедбаних верств населення;
- ранній початок статевого життя в поєднанні з відсутністю якісного та кількісного сексуального досвіду.

При вивченні особистості жертв зґвалтування дослідник надає такі їх характеристики: дуже широкий віковий інтервал (від 14 місяців до 83 років),

низький освітній рівень і досить часто це самотні жінки. Типовий портрет жертви згвалтування включає в себе також скромність, боязливість, фаталізм, виражену схильність до навіювання, відсутність почуття безпеки. Близько 30% жертв так чи інакше підсвідомо провокували гвалтівника, що найбільш характерно для випадків інцестного згвалтування, особливо в тих випадках, де мала місце ненависть або неприязнь жертви до матері.

P.Volk, C.Boeckle-Joest і M.Hilgarth прийшли до висновку, що однією з найбільш типових рис особистості гвалтівників є зніженість. В основному, вони з різних причин не мали можливості проявляти агресію в ранньому віці, а в дорослому віці займають підлегле становище в соціальному середовищі, до якого адаптувалися. Вчинення згвалтування розглядається як прорив прихованої агресивності, а перенесення агресії на жінок дослідники вважають культурально обумовленим, зокрема проявом патріархального суспільства. Надмірне пасивне пристосування гвалтівників до оточуючого середовища відбувається на фоні вираженої домінантності матерів в їхніх родинах. Цим обумовлено також і те, що значна кількість гвалтівників вибирають собі в супутниці життя фізично і психологічно домінуючих над ними жінок. Однак це поступово призводить до зростаючого відчуття власної неповноцінності і породжує статево-рольову фрустрацію. В результаті, в силу того, що такий чоловік не може проявити агресію по відношенню до матері, дружини або партнерки, він переносить її на жертву згвалтування, яка в даному випадку просто виконує роль жінки-символу. Таким чином, суть згвалтування полягає не в задоволенні сексуальних потреб, а в підкоренні жертви. З обстежених дослідниками гвалтівників 80% мали звичайний пересічний рівень статевого потягу. Велика їх кількість не мала садистських нахилів, але скоєне згвалтування супроводжували певними елементами садизму, що, на думку дослідників, проводилося з метою самоствердження в чоловічій статевій ролі. Риси справжнього садизму було виявлено лише у 6-7% обстеженої групи гвалтівників. При обговоренні ставлення гвалтівників до своїх жертв

дослідники наголошують, що гвалтівник в своїй жертві не бачить особистості, а сприймає її тільки як символічну жінку-фетиш, тому вік і зовнішність жінки в даному випадку не мають великого значення. Стимулом до вивільнення агресії для гвалтівника є саме відсутність проявів оборони з боку жертви, а не навпаки. Дуже важливо зазначити, що сильним проявом оборони жертви для гвалтівників була проста спроба зав'язати розмову зі злочинцем. Часто сам факт мовного спілкування вже робить неможливим скоєння згвалтування, тому що з цього моменту жертва втрачає образ жінки-фетиша і сприймається як людська особистість, переступити через яку багато злочинців просто не в змозі.

ПЕДОФІЛІЯ

Згідно міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10), дана сексуальна девіація (педофільний розлад за DSM-5) належить до класу V як одне з порушень сексуального потягу (код F65.4), а саме потяг до дітей препубертатного та раннього пубертатного віку. В найбільш широкому значенні термін педофілія означає статевий потяг до дітей.

Більшість педофілів реалізує свої сексуальні потреби лише в своїх сексуальних фантазіях, несексуальному спілкуванні з дітьми, спілкуванні через інтернет, перегляді візуальної продукції відповідного змісту. Педофілія діагностується в основному в чоловіків гетеросексуальної орієнтації. Лікуванню піддається погано, на ефективність лікувальних заходів можна розраховувати лише при наявності усвідомленої згоди пацієнта.

Перше нейроанатомічне дослідження головного мозку пацієнтів з даною сексуальною девіацією було проведене Б.Шиффером у 2007 році за допомогою магнітно-резонансного томографу (МРТ). Було виявлено зменшення кількості сірої речовини в ділянці орбітофронтальної кори, вентрального стріатума (смугастого тіла) та мозочку. Але дані зміни могли пояснити лише реалізацію педофільного потягу у вигляді нав'язливих дій, але не сам потяг до дітей. Лише згодом на основі попередніх та нових функціональних МРТ-досліджень Б.Шиффер прийшов до висновку, що у педофілів внаслідок дисфункції

орбітофронтальної кори та пов'язаних з нею нейронних сіток порушена когнітивна стадія сексуального збудження, на якій відбувається розпізнавання сексуального партнера.

На сьогодні доведена можливість генетичного успадкування педофільії.

Варто зазначити, що термін педофілія є власне медичним. В сучасній юриспруденції даний термін не використовується, оскільки в ній лише розглядаються злочини проти статевої недоторканості неповнолітніх осіб, які не досягли віку статевої згоди.

Для більш ємкого розуміння проблеми доцільним є наведення таблиці із «віком сексуальної згоди» у різних країнах світу:

Вік (роки)	Країна
не встановлено	Катар, Оман, Саудівська Аравія
9	Ємен
12	Ангола, Мексика, Філіпіни
13	Аргентина, Буркіна-Фасо, Іспанія, Південна Корея, Японія
14	Австрія, Албанія, Болгарія, Болівія, Боснія-Герцоговина, Бразилія, Ватикан, Угорщина, Німеччина, Італія, Китай, Колумбія, Ліхтенштейн, Мадагаскар, Парагвай, Перу, Португалія, Сербія, С'єрра-Леоне, Того, Фарерські острови, Хорватія, Чорногорія, Чилі, Еквадор, Естонія
15	Габон, Гваделупа, Гвінея, Греція, Данія, Ісландія, Коста-Ріка, Кот-д'Івуар, Марокко, Мартініка, Маврикій, Македонія, Монако, Нова Каледонія, Польща, Пуерто-Ріко, Румунія, Словаччина, Словенія, Танзанія, Таїланд, Уругвай, Франція, Чехія, Швеція, Ефіопія
16	Азербайджан, Вірменія, Австралія, Алжир, Андорра, Антигуа, Багамські острови, Барбадос, Беліз, Білорусь, Бельгія, Бермудські острови, Ботсвана, Великобританія, Венесуела, Гайана, Гонконг, Гуам, Зімбабве, Ізраїль, Індія, Йорданія, Казахстан, Камбоджа, Канада, Кенія, Куба, Литва, Латвія,

	Ліберія, Люксембург, Малайзія, Малі, Молдавія, Нідерланди, Нова Зеландія, Норвегія, Нова Гвінея, Росія, Сальвадор, Сенегал, Сінгапур, Суринам, Таджикистан, Тайвань, Тринідад і Тобаго, Тонга, Узбекистан, Україна, Фіджі, Фінляндія, Швейцарія, Шрі-Ланка, ПАР, Ямаїк
17	Гренада, Індонезія, Ірландія, Кіпр
18	Вануату, В'єтнам, Гаїті, Гватемала, Домініканська республіка, Єгипет, Ірак, Мальта, Намібія, Непал, Нігерія, Пакистан, Руанда, Свазіленд, Танзанія, Туреччина, Уганда, Еритрея
20	Туніс

З точки зору більш ранніх дослідників, таких як К.Імелінський, педофілія розглядалася як сексуальне відхилення, що проявляється прагненням до сексуальних дій з дітьми. У цьому значенні стать дитини не відіграє великого значення, тому що дитяче тіло з ознаками незрілості представляє собою істинний сексуальний стимул, що відіграє роль фетиша. Подібне термінологічне трактування представляли багато сексологів. Різноманітним було і трактування можливих причин педофілії. Частина дослідників вважали, що в основі педофілії можуть лежати психопатологія, сексуальна незрілість, сексуальні фрустрації, сексуальні відхилення. Інші вважали, що причинами педофілії є низька самооцінка, сексуальні фобії, невротизм, сімейна патологія і навіть алкоголізм. Так, за даними R.Wille, який обстежив 300 педофілів, у 75% з них виявлено патологічний розвиток особистості. S.Freud зафіксував, що в експерименті при сексуальній стимуляції подразниками, які мали педофільний характер, сексуальне збудження виникало у багатьох зрілих нормальних в сексуальному і психічному розвитку чоловіків. Відсутність в їхньому житті подібного сексуального досвіду пояснюється наявністю комплексу захисних механізмів, у тому числі і суспільною заборонаю. Представляє інтерес також погляд, висловлений L.Lernell в результаті аналізу літературних даних про

кримінальну педофілію. Автор дійшов висновку, що результати найбільш ретельних емпіричних досліджень викликають сумнів щодо правильності загальноприйнятої оцінки педофілії як досить грізного для суспільства явища.

Узагальнюючи результати дослідження 116 звинувачених в педофілії осіб, W.Radecki вказує, що 50,2% з них мали тільки початкову освіту, 60,6% не мали взагалі професійної підготовки, 40% були рецидивістами. Жертви педофілії не були раніше знайомі зі злочинцями в 60% випадків. Сам злочин мав форму статевого акту в 21,8% випадків, а в 31,7% - педофільні дії полягали в обмацуванні геніталій жертви. Дослідник поділяє кримінальну педофілію на п'ять груп:

1-а група - педофільні дії, вчинені молодими злочинцями на фоні алкогольного сп'яніння, сексуальних відхилень у них не виявлено; злочинцям цієї групи характерним є примітивізм особистості;

2-а група - педофільні дії відносно близьких родичів, основну роль в скоєнні яких зіграв хронічний алкоголізм і примітивізм злочинців;

3-я група - педофільні дії на чуттєвій основі, коли молоді злочинці жили разом з 13-14-річними дівчатами на добровільних засадах;

4-а група - педофільні дії на девіантній основі, в тому числі і гомосексуальні педофільні дії;

5-а група - педофільні дії, вчинені особами похилого віку (старше 60 років), в основному на фоні психоорганічного синдрому.

За даними Lawrence в більшості випадків жертвами педофілії є дівчатка у віці 12-14 років (74%), а також близькі родичі злочинців (8%). Крім того, в 10% випадків жертви внаслідок педофільних дій були інфіковані хворобами, що передаються статевим шляхом.

Після обстеження 47 дівчаток, які стали жертвами педофільних дій, Jaskiwicz-Obydzinska прийшла до висновку, що серед них можна умовно виділити три групи:

1-а група - дівчатка у віці 4-6 років, характеризуються легкістю при знайомствах, сміливістю і довірливістю по відношенню до незнайомих дорослих. Їх участь в педофільних контактах була пасивною і в більшості випадків відбувалася під психічним або фізичним тиском; контакти зі злочинцем мали одноразовий характер;

2-а група - дівчатка у віці 7-11 років, половина яких добровільно допустила вчинення сексуальних дій;

3-я група - дівчатка у віці 12-15 років (25%); 60% з них виховувалися без достатнього нагляду дорослих і мали конфліктні відносини в родині.

За результатами обстеження 142 хлопчиків віком від 6 місяців до 17 років, які зазнали педофільної агресії, De Jong зробив наступні висновки: педофільний контакт мав характер анального коїтусу в 78% випадків, його поєднання з орально-генітальним - в 40% випадків. У 24% жертв внаслідок цих дій було виявлено тілесні ушкодження, в тому числі і в ділянці прямої кишки і тільки один хлопчик потребував надання психіатричної допомоги у зв'язку зі спробою самогубства. Останню тезу підтверджують декілька авторів, які вказують, що психічні наслідки сексуальних злочинів частіше виявляються не у дівчаток, а не в хлопчиків.

Ronikiewska і Chrusciel опублікували дані вивчення 12 педофілів-гвалтівників. Серед них 9 випадків мали гетеросексуальний характер, 1 випадок - гомосексуальний, а 3 випадки - інцестний характер.

Загальну характеристику обстежених можна представити наступним чином: початкова освіта, відсутність професійної підготовки, зловживання алкоголем, наявність в анамнезі судимості, негативні особистісні риси, аморальний спосіб життя, абераційні нахили.

News-week висловило занепокоєння в зв'язку з тим, що в США сексуальні дії з дітьми набувають характер справжньої епідемії: за різними даними, від 100 000 до 500 000 дітей зазнали їх на собі. Dr. Finkelhor зазначає, що 19% жінок і 9% чоловіків країни піддавалися в дитинстві сексуальній

стимуляції, а від 2 до 5 мільйонів американців були жертвами інцесту, який носив у 73% гетеро- і у 30% гомосексуальний характер. Педофільний досвід був зафіксований у 3,4% обстежених чоловіків-алкоголиків, 5% чоловіків-наркоманів та у 3,4% жінок-наркоманів. У всіх випадках партнери були або далекими родичами, або взагалі незнайомими. У контрольній групі (200 чоловіків та 200 жінок) наявності педофільного досвіду не було виявлено ні в одному випадку.

ІНЦЕСТ

Під інцестом (лат. incestus «злочинний, гріховний») розуміється сексуальний зв'язок між близькими кровними родичами. Поняття «близький» визначається правовими нормами, які є різними в різних країнах, а з часом можуть змінюватися в одній і тій же країні. Наприклад, в Європі X століття інцестом вважався статевий зв'язок між родичами аж до 7-го ступеня споріднення. Це призводило до того, що характерні для аристократії близькоспоріднені шлюби почали визнаватися недійсними.

Після вивчення 110 спільнот Brown встановив, що інцест був досить поширеним явищем в різні епохи і в багатьох суспільствах, причому засуджувався в небагатьох з них. Висловлюється припущення, що дане явище у багатьох суспільствах і культурах табувалося.

З точки зору Podgorecki, найбільш поширеною формою інцесту є зв'язок батько-дочка. Weinberg виділяє три типи таких батьків: батьки-інтроверти, батьки-психопати (зі схильністю до неупорядкованих статевих контактів) і батьки з психосексуальним інфантилізмом (схильністю до педофілії). Такі чоловіки досить часто практикують інцестну поведінку. Причому частина їх дружин з різних причин обмежують або повністю припиняють статеве життя з ними, а їх інцестну поведінку або терплять, або роблять вигляд, що нічого не помічають. Жертви інцесту досить часто самі провокують своїх батьків, а 75% дочок не були проти статевого зв'язку з ними, будучи в подальшому вільними у виборі сексуального партнера.

Halleck вважає, що майже 15% жінок мали досвід інцестних стосунків із своїми батьками або дядьками. Причому, за результатами дослідження Meiselman, інцестна поведінка батьків частіше зустрічається по відношенню до рідних, а не до прийомних дочок. Gebhard виявив, що близько 10% гвалтівників свого часу брали участь в інцестних контактах зі своїми матерями, сестрами чи тітками.

На підставі вивчення 23 випадків з Північної Ірландії N.Lukianovic детально описав інцестну систему батько-дочка. Найчастіше такий зв'язок виникав у багатодітних сім'ях, які належать до найбільш соціально незахищених верств суспільства. Вік дочок варіював від 5 до 14 років (в середньому 8,5 років), а середній вік батьків становив 32,5 роки. Зв'язки продовжувалися від 4 місяців до 12 років, при частоті скоєння інцестних дій від щоденних до одного разу на тиждень. Автор вказує, що 70% серед батьків були безробітними і значний їх відсоток був представлений асоціальними особистостями. Серед обстежених чоловіків 14 були психопатами, 5 - агресивними психопатами і 4 - алкоголіками, але ні в одному випадку не було виявлено ознак справжніх психічних захворювань або психоорганічного синдрому. Дружини в основному походили з багатодітних сімей і відрізнялися агресивністю щодо своїх чоловіків. 10 з них знали, що відбувається в родині, але робили вигляд, що нічого не помічають. З усіх дружин лише дві звинуватили своїх чоловіків. У 13 жінок було виявлено психічні порушення (у 8 - психопатія, у 3 - неврози, у 2 - істерія). Серед дочок у 11 виявлено особистісні розлади і проміскуїтетні нахили, 4 були повіями, а 4 спостерігалися у психіатрів. Причини розвитку інцесту автор схильний трактувати з позицій соціокультурної теорії, відзначаючи, що жоден із батьків не був психічно хворою людиною, подружжя їх відрізнялися надмірною терпимістю, а більшість дочок сприймало поведінку батьків як нормальне явище. Крім того, в цій роботі описано також 27 інцестних взаємовідносин в системах: брат - сестра (середній вік братів 15,5 років, сестер - 13 років) - 15 випадків; дідусь - внучка

(середній вік дідусів 55 років) - 5 випадків; дядько - племінниця - 4 випадки; мати - син (матері у віці 35-42 років, сини -11-18 років) - 3 випадки. У 25 осіб із цієї групи було діагностовано психічні порушення.

D.Browning і V.Biatman після дослідження 14 інцестних зв'язків батько - дочка у всіх дочок виявили ознаки соматичних, психічних (в основному страхи та депресивні розлади), і сексуальних (переважно проміскуїтет) розладів.

B.Slusarczyk, проаналізувавши 310 випадків інцесту, повідомив, що більшість таких зв'язків підтримувалися протягом 1-3 років. Спільними типовими особливостями сімей, в яких відбувався інцест, були - багатодітність, фінансові негаразди і значна матеріальна залежність жертв від злочинців. Основною безпосередньою причиною інцестної поведінки був алкоголізм або зловживання алкоголем. Досить цікавим є факт, що у випадку народження дочкою дитини від інцестного зв'язку, її батьків більше турбувало те, що дочка народила позашлюбну дитину, ніж того, що вона народилася від інцестного зв'язку. У висновках дослідник вказує, що в цілому ситуація в інцестних сім'ях значною мірою відображала таку і в суспільстві, а саме: зловживання алкоголем, знущання над членами родини, байдужість матерів до дітей та подружжя до проблем родини.

Всередині замкнутої системи, якою є родина, може існувати безліч факторів та чинників, які лягають в основу сімейної патології, що виражається в тому числі і в інцестній поведінці. У випадках встановлення інцестного зв'язку між батьком і дочкою мати підсвідомо або цілком свідомо ніби передає їй своє право сексуального обслуговування чоловіка (батька) повністю, або тільки в такий спосіб, який не може або не хоче виконувати сама. Також зв'язок батько - дочка може формуватися з метою протиставлення дочки матері (дружині). Частою реакцією матері на таку ситуацію є агресія, спрямована на дочку. При наявності декількох дочок в родині вибір батька щодо інцестного зв'язку зазвичай зупиняється на найбільш пасивній з них, яка свідомо не може протистояти його домаганням.

Встановлення інцестного зв'язку між братом і сестрою зазвичай має за мету зменшити вплив матері на сина. Обидва варіанти інцесту завжди супроводжуються конфліктами між сторонами, які зумовлені або відсутністю духовної близькості, або незадоволенням сексуальних потреб. В більшості випадків мати виключається з подружньої підсистеми в родині і займає по відношенню до дочки подвійну позицію, а при розкритті факту інцесту буває «вражена» правдою.

Зазвичай вербальні контакти в таких родинах лаконічні, розмови на сексуальні теми заборонені. Сторонні особи сприймаються членами родини як чужаки. Члени таких родин дозволяють нехтувати власною індивідуальністю в ім'я тотожності сімейної групи в цілому, при цьому сімейна роль кожного окреслена слабо. Так, у зв'язку батько - дочка остання часто розуміє роль дружини тільки як сексуального партнера. Матері ж нехтують цю функцію для того, щоб краще організувати сімейне життя і побут, піклуються про господарство, часто тероризують сім'ю гіпохондричною поведінкою. Роль батька незрозуміла, оскільки він в повній мірі не є ні батьком, ні чоловіком. У зв'язках брат-сестра мати уповноважує дочку на роль дружини сина (брата), який заміщує матері чоловіка. В такий спосіб мати уникає конфліктів, які можливі при шлюбі сина, і таким чином запобігає розпаду родини.

М.Вагман до факторів, які сприяють виникненню інцестних зв'язків, відніс часту відсутність батька вдома, патологію подружжя, алкоголізм, імпотенцію, соціальну ізоляцію, психопатії.

К.Kirkland і В.Вауер зафіксували, що в США щорічно реєструється близько 36 тисяч випадків інцестної поведінки, причому 75% серед них складає зв'язок батько-дочка. G.Emslie і A.Rosenfeld провели дослідження 65 дітей, які брали участь в інцестних відносинах і виявили, що психотичні розлади були тільки у 8% дітей (дівчат). На основі цього дослідники зробили припущення про те, що власне сам інцест не призводить до психопатологічних порушень. А.Husain і J.Chapel провели детальне обстеження 437 дівчаток-підлітків,

госпіталізованих в пубертатному віці до психоневрологічної клініки у зв'язку з наявністю емоційних розладів. При цьому вони виявили, що у 61 дівчинка з цієї групи мала інцестний досвід. Після їх обстеження з'ясувалося, що в переважній кількості випадків вони стали жертвами інцесту у перехідному періоді між препубертатним і пубертатним періодом, а в тих випадках, коли ініціатором інцесту був дід, контакти встановлювалися на більш ранніх етапах біологічного розвитку. В. Brooks вивчав віддалені наслідки інцесту на психіку дівчаток. Для цього він обстежив зрілих жінок, що мали в дитинстві досвід інцесту. При цьому встановив, що у них порівняно з типовою жіночою популяцією частіше трапляються емоційні розлади (депресія, страх), мазохістські нахили, сексуальні розлади і подружні проблеми.

К. Renshaw вважає, що під час сексологічної оцінки інцесту необхідно враховувати наступні фактори: ступінь споріднення партнерів, форму здійснення інцесту (коїтальний, некоїтальний, якого виду), їх гомо- чи гетеросексуальний характер, вікову комбінацію партнерів (обидва дорослі, дорослий-дитина, дитина-дитина), добровільність або насильство взаємовідносин і ступінь насильства і злагоди, зміст сексуальних фантазій і еротичних сновидінь у партнерів, наявність у них девіантних нахилів і їх характер (наприклад, полідевіантність), психопатологічний профіль партнерів.

ПРОФІЛАКТИКА СЕКСУАЛЬНОЇ ЗЛОЧИННОСТІ

Запобігання статевих злочинів в порівнянні з запобіганням інших типів злочинів відрізняється вираженою специфікою і підвищеною складністю. Зумовлено це насамперед тим, що причини сексуальних злочинів носять, як правило, інтимний, прихований характер, значна їх частина не усвідомлюється особою і погано нею контролюється. Вони стосуються найтонших переживань,

міжособистісних відносин, внутрішній зміст і сенс яких досить рідко є очевидним і часом життєво значимі.

В такому випадку найбільшого значення набуває максимальна увага до людини, розуміння складності і суперечливості її внутрішнього суб'єктивного світу, збільшення можливостей для реалізації її особистісних потреб та інтересів (наприклад, самоствердження) в різних сферах трудової та суспільної діяльності, компенсація окремих потреб, поліпшення умов праці та відпочинку, забезпечення психологічної, психотерапевтичної допомоги в поєднанні з підвищенням ефективності індивідуальної виховної роботи.

Важливим є моральне, в тому числі статеве виховання підростаючого покоління. Позбавлене лицемірства та удаваної сором'язливості з одного боку, та цинічності і оголеності з іншого, моральне виховання повинно орієнтувати молодь у сексуальній сфері, де кожен виступає рівноправним партнером. Подібне виховання наразі є актуальним, оскільки часто в молодіжних угрупованнях чоловіки виступають зовсім не в лицарському образі, а молоді жінки - не в образі прекрасних дам.

Очевидно, що зміна ставлення до людини, більш повне задоволення її потреб, покращення виховної роботи за рахунок удосконалення її змісту потребують економічного забезпечення і, беззаперечно, суттєвих фінансових витрат. Однак соціально-економічні заходи, а тим більше заходи виробничого характеру, самі по собі не можуть привести до успіхів в боротьбі з сексуальною злочинністю.

Проте забезпечення суспільного порядку має найбільше значення для боротьби з такими небезпечними злочинами, як зґвалтування та насильницькі дії сексуального характеру. Більшість дослідників обґрунтовано вказують у зв'язку з цим на важливість запобігання неконтрольованого вживання алкоголю, тому що стан сп'яніння можна вважати внутрішньою передумовою, що сприяє вчиненню даних злочинів. Він не тільки розв'язує руки злочинцю, актуалізуючи його приховані переживання, особистісні нахили і просто

фізіологічні, але не соціалізовані потреби. Варто зазначити, що гвалтівники, наприклад, «тотально-самостверджуваного» типу найчастіше скоюють сексуальні напади в стані сп'яніння. Небезпека алкогольного сп'яніння полягає і в тому, що жінки в такому стані частіше стають жертвами сексуального насильства, часто провокуючи гвалтівника своєю поведінкою.

Важливим також є виділення ще одного суттєвого аспекту пияцтва і алкоголізму. У батьків-алкоголіків досить часто народжуються фізично ослаблені діти, нерідко з органічними вадами головного мозку і порушеннями ендокринної системи, які негативно впливають на психосексуальний розвиток. Алкоголь чинить патогенну дію на плід, тому навіть було виділено так званий «алкогольний синдром плода». Профілактика алкоголізму, попередження черепно-мозкового травматизму, охорона здоров'я вагітних, попередження нейроінфекцій з перших років життя – це профілактика порушень статевої системи та статевої поведінки.

Такий напрямок боротьби з сексуальним насильством включає також попередження аморального способу життя людей, найчастіше молодих, які утворюють різного роду групи, компанії і влаштовують вечірки з метою пияцтва і розпусти. Профілактика таких тенденцій є актуальною в наш час, тому що молоді люди втрачають звичні моральні орієнтири і подібний образ життя, такі форми проведення дозвілля набувають поширення. Жінки інколи необачно потрапляють в компанії, де випадкові статеві зв'язки є нормою, при цьому стаючи жертвами насильства. Їх опір зазвичай не береться до уваги, а розцінюється як гра. Ось чому забезпечення дозвілля молоді, збагачення його змісту є дуже важливим питанням. Поліція разом з громадськістю повинна ідентифікувати осіб, які організують п'яні оргії, втягують інших в розпусний спосіб життя, надають свої помешкання для цих цілей. Проведення активної виховної роботи з такими особами, а за наявності підстав і кримінально-правових та адміністративно-правових мір впливу, сприяло б усуненню однієї з

важливих умов, яка є необхідною для вчинення розглянутих тяжких сексуальних злочинів.

Таким чином, для попередження сексуального насильства важливе місце має забезпечення належного громадського порядку, особливо в тих місцях і в той час, де такі злочини найбільш імовірні. До числа таких місць належать нежитлові, напівзруйновані або недобудовані приміщення, приміські райони, зелені масиви, парки, пляжі, особливо в пізній час. Спостережні слід посилювати в теплу пору року, коли перелік місць, де подібні злочини можуть статися, зростає. Звичайно, подібні заходи сприятимуть запобіганню не тільки згвалтувань, а й багатьох інших тяжких злочинів.

Щоб боротьба із згвалтуваннями та іншими видами сексуального насильства носила попереджувальний характер, потрібно знати, хто швидше за все може вчинити такі злочини. Це не тільки люди, засуджені за згвалтування і звільнені з місць позбавлення волі. Вимагають уваги й особи, які виявляють підозрілу зацікавленість до малолітніх дівчаток або дівчаток-підлітків, грубо пристають в громадських місцях до жінок, а також ті, які не притягувалися до кримінальної відповідальності за згвалтування зважаючи на відсутність скарг потерпілих. Необхідно виділити і групу осіб з психічними аномаліями (осудних і неосудних), насамперед олігофренів. Важливо знати їх поведінку, наявність сексуальних порушень, для чого слід скористатися допомогою психіатра.

Взагалі, проблема профілактики суспільно небезпечних посягань, у тому числі сексуальних, з боку психічно хворих є досить актуальною, але вона виходить за традиційні рамки кримінології, яка займається вивченням лише осудних людей. Однак, названу проблему неможливо вирішити лише силами медиків та фахівців у галузі кримінального права. Необхідне «втручання» кримінології, яка накопичила значний досвід в розробці профілактичних заходів. Правоохоронні ж органи покликані забезпечувати безпеку громадян, їх честь і гідність незалежно від стану психічного здоров'я того, хто може вчинити суспільно небезпечні дії. Відзначимо, що ці дії з боку осіб з

психічними аномаліями та психічно хворих здебільшого відрізняються особливою руйнівною силою, виключно тяжкими наслідками, жорстокістю, цинізмом.

Не зупиняючись далі докладно на цих питаннях, наведемо проте деякі міркування сексопатологів щодо профілактики порушень сексуальної поведінки, що представляють інтерес і для попередження сексуальних злочинів. В.М. Маслов, І.Л. Ботнева, Г.С. Васильченко розрізняють два аспекти профілактики – медичний і соціальний.

Медичний аспект включає в себе:

- попередження порушень перинатального періоду (профілактика стресових станів у вагітних, контроль за прийомом ними лікарських засобів тощо);
- ранню діагностику і своєчасне лікування психічних розладів, що сприяють порушенням комунікацій та психосексуальному розвитку;
- виявлення та медико-педагогічну корекцію аномалій психосексуального розвитку на ранніх етапах.

Соціальний аспект профілактики передбачає:

- правильне статево-рольове виховання, яке має бути направлене на ознайомлення дітей із статевими відмінностями, а не на сексуальність (неприпустиме залякування, покарання при перших же натяках на «сексуальні» прояви). Як правило, в дошкільних установах основні колективні ігри проводяться без урахування статі дітей. У школах іноді домінують фемінна (жоноподібна) поведінка у хлопчиків і маскулінна (чоловікоподібна) у дівчаток. Маскулінну поведінку у хлопчиків пригнічують, а компенсаторна гіпермаскулінна поведінка служить підставою для віднесення підлітка в розряд «важковиховуваних»;
- прищеплення навичок до спілкування з однолітками (у тому числі іншої статі). Доцільно проводити своєрідні практикуми з комунікації. З кожним роком навчання має ускладнюватися, охоплювати все нові аспекти взаємин між

людьми і прищеплювати почуття любові і поваги до представників протилежної статі;

- попередження розтління і спокушання дітей і підлітків (дуже важливо виключити доступ до порнографічних видань).

При розгляді питань профілактики порушень сексуальної поведінки у осіб з сексопатологічними особливостями майже всі автори особливу увагу приділяють мікросоціальному оточенню, і перш за все сім'ї. Можна переконатися, що висловлювані при цьому погляди мають значення не тільки для сексопатологічних особистостей. Зрозуміло, що моральне неблагополуччя сім'ї може зумовити надалі неправильну поведінку як з розвитком статевих розладів, формуванням психопатичного складу характеру, так і без психопатологічних порушень. Адекватні соціально-педагогічні заходи, що передбачають прищеплення високих моральних якостей, є найважливішою передумовою сексуально прийнятної поведінки, в тому числі у осіб з сексуальною і психічною патологією.

Зараз така допомога практично відсутня не тільки з причини браку психологів відповідного профілю. За відсутності психотерапевтичної допомоги афективні переживання накопичуються і можуть привести до «вибуху» - насильницьких сексуальних дій. Тому створення відповідної психологічної служби має виключне профілактичне значення. Але її роль не слід, звичайно, обмежувати настільки вузькими рамками, вони повинні включати соціальну допомогу особистості, що сприятиме її більш успішній адаптації в різних сферах життя.

Інколи одним і тим же злочинцем (рідше - одними і тими ж групами злочинців) вчиняється не одне, а ряд згвалтувань. Така «серійність» найбільш характерна для «мисливців». Тому важливе попереджувальне значення має своєчасне встановлення винних, в іншому випадку повторні насильницькі сексуальні зазіхання, особливо для зазначеного типу, стають досить імовірними.

Небезпека безкарності полягає і в іншому. Особи, зазвичай молоді, які беруть участь у групових зґвалтуваннях, якщо вчасно не викриті, втягують у вчинення злочинів інших молодих людей. Самі ж сексуальні зазіхання стають все більш жорстокими, цинічними, небезпечними, вони перетворюються для гвалтівників в якусь гру з майбутніми потерпілими. Тривала безкарність сексуальних злочинців небезпечна не тільки для жінок, але і для всього населення регіону.

Тим часом, швидке та кваліфіковане розкриття зґвалтувань та інших насильницьких сексуальних дій, насамперед скоєних «мисливцями», вельми складне. Значно «простіше» попереджати та розкривати зґвалтування, якщо вони можуть бути вчинені або вже вчинені молодіжними групами, відомими своєю антигромадською спрямованістю, в місцях, відомих правоохоронним органам, оскільки там вже відбувалися подібні та інші насильницькі злочини. «Серійність» деяких зґвалтувань, яка часто закінчується загибеллю жертв, багато в чому пов'язана з недостатнім використанням наукових, у тому числі психологічних досягнень, які розкривають особливості особистості гвалтівника, причини та механізми його злочинної поведінки.

Гвалтівники відрізняються певним набором психологічних рис і специфікою мотивів злочинних дій. Їхня сукупність характерна саме для даного типу, що й дало підстави для типологізації. Отже, при виявленні таких злочинів, отриманні необхідних відомостей з показань потерпілої і свідків, огляді місця події та з інших джерел можна скласти психологічний портрет гвалтівника та приблизну модель. Ці матеріали можуть слугувати базою для побудови та перевірки слідчих версій, визначення тактики допитів, очних ставок та інших слідчих дій.

При умові наявності єдиного банку психологічної інформації про особливості конкретних осіб, раніше покараних за зґвалтування, з нього можна було б черпати відомості про тих, хто швидше за все міг вчинити даний злочин, у всякому разі хоча б окреслити за цим параметром коло подібних осіб.

Зрозуміло, припущення носили б тільки орієнтовний характер і використовувалися б лише для розшуку злочинця, а не як доказ провини підозрюваного або обвинуваченого. Оскільки ж зараз подібного накопичення інформації не відбувається, для розкриття сексуальних злочинів можна використовувати метод відповідності психологічних рис конкретного підозрюваного типу гвалтівників, представники якого найімовірніше скоюють злочини подібного роду. Зрозуміло, що якщо відповідність і буде виявлена, вона повинна лише спрямовувати розшукові зусилля, використовуватися, як зазначалося, при проведенні слідчих дій, а не доводити чийось провину. Нині працівники карного розшуку та слідства іноді вдаються до допомоги психологів, але тільки епізодично.

Профілактиці згвалтувань сприяло б вдосконалення кримінального законодавства. Зараз воно недостатньо враховує обставини скоєного злочину, особливо поведінку потерпілої. Дії жертв можуть бути невідповідними в самих різних варіантах і проявах, навіть коли на них нападають гвалтівники - «мисливці». Але у деяких випадках, а саме тоді, коли жінка веде сексуальну гру з чоловіком («пасивно-ігрового» типу), це може розглядатися як обставина, яка пом'якшує відповідальність винного.

Важлива загальнопрофілактична роль судових процесів у справах про згвалтування. У ході розгляду суд зобов'язаний показати негативні сторони поведінки інших осіб, крім обвинувачуваних, які своїми діями сприяли формуванню наміру вчинити такий злочин і реалізації цього наміру. У справах про згвалтування, скоєних підлітками, бажаний допит в суді батьків, представників навчальних і трудових колективів, інших осіб, відповідальних за їх виховання і поведінку.

ОБСТЕЖЕННЯ ЖЕРТВ СЕКСУАЛЬНИХ ЗЛОЧИНІВ

Окрім аналізу матеріалів справи і збору сексологічного анамнезу, об'єктивне соматичне дослідження уповноваженою особою також є обов'язковим компонентом клінічного та судового сексологічного обстеження. Незважаючи на те, що дана вказівка є очевидною, досить часто доводиться стикатися з ситуаціями, коли під час провадження судово-сексологічної експертизи соматичний статус підекспертних не досліджувався, не говорячи вже про застосування необхідних додаткових (інструментальних, лабораторних та ін.) методів дослідження та обстеження підекспертного лікарями-консультантами відповідного профілю. Проведення судово-медичного обстеження у випадках сексуальних злочинів (судово-медична сексологічна експертиза) регламентується відповідними інструкціями та законами України.

Для проведення соматичного дослідження експерт-сексолог повинен в необхідному обсязі володіти методами урологічного, акушерсько-гінекологічного, дерматовенерологічного, неврологічного, психіатричного та терапевтичного обстеження. Об'єм соматичного дослідження в кожному випадку визначається індивідуально і залежить від мети даної експертизи, а також обставин окремої справи. Як правило це дослідження в себе включає:

- оцінка загального фізичного розвитку (зросту, конституції тощо);
- огляд чоловічої статевої системи (статевий член, яєчка, додатки яєчка, сім'яні канатики, передміхурова залоза);
- огляд жіночих статевих органів (ділянка промежини, зовнішні і внутрішні статеві органи);
- дослідження прямої кишки.

При виникненні необхідності соматичне дослідження розширюється в необхідному об'ємі і проводиться за участю інших медичних фахівців.

Під час об'єктивного обстеження експерт отримує багато цінної діагностичної інформації. Наприклад, наявність у досліджуваного

неврологічного захворювання з парезом або плегією нижніх кінцівок, може супроводжуватися еректильною дисфункцією; порушення чутливості в різних ділянках тіла (наприклад, в ділянці тазу, статевих органів, нижніх кінцівок) також можуть виникати в результаті неврологічних або судинних захворювань. Таким чином, вивчення неврологічного статусу обов'язково повинно включати дослідження ряду рефлексів (черевних, кавернозних, кремастерних, анального) і чутливості даних ділянок тіла.

У деяких кримінальних справах суттєве значення можуть мати розміри статевого члена у підозрюваних осіб. Виявлення у обстежуваного недорозвиненого статевого члена може мати значення для з'ясування причин та механізмів розвитку девіантної поведінки. Досить частими є випадки, коли недорозвинення статевого члена за розмірами (мікропеніс), є причиною розвитку у обстежуваного педофільної поведінки. Інколи доводиться стикатися з заявами обстежуваного про те, що він не міг би здійснити зґвалтування внаслідок малих розмірів статевого члена. Для вирішення подібних питань необхідно знати нормальну анатомію та фізіологію статевих органів. У більшості випадків нормально розвинений статевий член у стані спокою має довжину від 6 до 10 см, а в стані ерекції його довжина значно збільшується. Однак ступінь подовження статевого члена в ерегтованому стані абсолютно не залежить від його початкової довжини в стані спокою (як показали результати досліджень, у чоловіків розміри статевого члена в стані спокою і в стані ерекції достовірно не корелюють не тільки між собою, але й з іншими антропометричними характеристиками тіла (зріст, довжина ноги і т.п.). Однак у побуті широко поширена помилкова думка про наявність таких взаємозв'язків. Так, наприклад, статевий член у стані спокою довжиною 7 см в ерегтованому стані може досягати 14 см, в той же час статевий член в стані спокою довжиною 12 см, в ерегтованому стані може мати також довжину 14 см.

Занадто великий статевий член може призвести до статевих розладів у сексуальної партнерки (наприклад, диспареунії або вагінізму). Занадто малий

розмір статевого члена ускладнює досягнення оргазму сексуальною партнеркою. Але в експертній практиці ситуації, обумовлені крайніми варіантами розмірів статевого члена, досить рідкісні. В основному з ними доводиться стикатися при шлюботорозлучних справах, коли причиною розірвання шлюбу є занадто великий або занадто малий за розмірами статевий член. На практиці в експертизі кримінальних справ найбільше значення мають вади розвитку статевого члена, які не зумовлені його розмірами або тільки ними. У першу чергу це такі добре ідомі аномалії розвитку статевого члена, як фімоз, вкорочення вуздечки, викривлення осі в стані ерекції, різні форми гіпота епіспадій, татуювання і чужорідні тіла статевого члена, в тому числі і штучно вживлених «кульок», «вушок», що інколи може сприяти ідентифікації особи злочинця. Наявність таких вад може не тільки ускладнювати проведення статевого акту, але і повністю робити неможливим (особливо важливо в справах про зґвалтування). Але значно частіше доводиться зустрічатися з випадками, коли вада статевого члена викликає у чоловіка почуття неповноцінності і призводить до формування сексуальних комплексів. Так, часто вади розвитку статевого члена стають пусковим моментом педофільної або гомосексуальної поведінки. У деяких осіб така ситуація може провокувати агресивну поведінку до жінок.

Отримані при об'єктивному огляді дані можуть використовуватися для диференційної діагностики з іншими органічними або функціональними сексуальними розладами (диспареунія, вагінізм, гіпосексуальності і ін.).

Досить часто у обстежуваних можна виявити татуювання на шкірі статевого члена, які здебільшого є проявом субкультур виправних установ або деяких молодіжних угруповань. Наслідком такого татуювання може бути пошкодження щільно розташованих в цій ділянці нервових рецепторів, що може призводити до послаблення специфічної генітальної чутливості. Певну цінність для експерта-сексолога представляє тематична інтерпретація татуювань тіла. За даними R.Fried, який займався вивченням даного питання, на

основі аналізу тематики татуювань можна запідозрити у даної особи наявні позиції щодо сексу - нарцисизм, мазохізм, садизм, почуття неповноцінності, всесильності або провини, тенденцію до агресії. Окрім того, що деякі татуювання прямо говорять про певні сексуальні уподобання (строго специфічні татуювання наносять собі деякі гомосексуалісти, особливо ті, що відбували покарання за скоєння злочину). В останньому випадку таким особам у місцях позбавлення волі такі татуювання можуть наноситися і насильно. На думку автора, майже всі татуювання характеризують підсвідомість власника. Часто виявляються символічні татуювання. Наприклад, татуювання із зображенням левів, орлів, драконів і т.п. відображають підсвідоме прагнення власника набути характерних рис, властивих даним тваринам - відвагу, жорстокість, витривалість. Тематика татуювань може відображати багату уяву обстежуваного, комплекс Едіпа, сексуальну стурбованість. Серед багатьох сексуальних злочинців виявляються татуювання, що відображають нарцисичні риси. Жіночі татуювання частіше вказують на локалізацію певних ерогенних зон або говорять про наявність ексгібіціоністських нахилів. Разом з тим, сам процес татуювання не має підсвідомого зв'язку з сексом. Про це свідчать, наприклад, деякі «професійні» татуювання, особливо поширені серед військових, моряків, льотчиків тощо.

Зазвичай об'єктивне дослідження жертви зґвалтування проводить судовий медик або лікар-гінеколог, але інколи до участі в цих експертизах залучаються і лікарі-сексологи. Під час обстеження жертви зґвалтування проводиться огляд великих і малих соромітних губ, залишків дівочої пліви та піхви. Діагностичні проблеми, що виникають в процесі проведення даної експертизи найчастіше бувають обумовлені наступними факторами:

1. Жертвами зґвалтування часто стають незаймані, відповідно під час проведення насильницького статевого акту в них відбувається розрив дівочої пліви - дефлорація.

2. Зустрічається велика різноманітність анатомічних особливостей будови дівочої пліви, а механізм утворення і зовнішній вигляд її походження при дефлорації багато в чому визначаються типом її будови.

Найбільш поширеними є півмісяцева і кільцеподібна форми будови дівочої пліви. Під час дефлорації в основному виникає один розрив пліви в її задньому сегменті, але можуть бути і численні розриви, в тому числі і в її інших ділянках. Вони можуть променеподібно розходитися від краю її фізіологічного отвору, маючи при цьому радіальний або діаметральний напрямок. Іноді розриви можуть проходити через пліву без контакту з її отвором, наприклад, мати дугоподібний хід, йдучи по краю прикріплення пліви. Півмісяцева дівоча пліва частіше пошкоджується в ділянці її вершини, а розриви кільцеподібної пліви в основному мають променеподібний характер і більш значні розміри. Розриви дівочої пліви можуть доходити і не доходити до її вільного краю. Іноді зустрічаються не повні розриви, а лише незначні надриви, які частіше локалізуються в ділянці її вільного краю.

Варто пам'ятати, що значну роль у механізмі утворення розривів пліви при дефлорації окрім особливостей її анатомічної будови відіграють ще і розміри статевого члена гвалтівника, а також деякі особливості проведеного статевого акту (наприклад, поза партнерів, сила і частота фрикційних рухів).

Інтенсивність кровотечі з утворених при дефлорації розривів дівочої пліви також може бути різною. Вона значною мірою обумовлена товщиною пліви, ступенем її пружності і кровопостачання. Тому дефлорація добре вираженої пліви, в товщі якої залягає велика кількість кровоносних судин, досить часто супроводжується вираженою кровотечею навіть без супутніх ушкоджень статевих органів. Проте, майже завжди вся кровотеча при дефлорації обмежується виділенням декількох крапель крові. Необхідно пам'ятати і про можливу повну відсутність кровотечі взагалі при дефлорації, навіть якщо вона сталася в процесі грубого насильницького статевого акту.

Різним за ступенем вираженості може бути і біль, що виникає при дефлорації. Найчастіше він не інтенсивний, особливо якщо статевий акт відбувається за її згоди. Однак, під час насильницького статевого акту у жінки виникає захисне рефлекторне скорочення м'язів промежини, яке посилює больові відчуття, що виникають при дефлорації (виникненню болю при цьому сприяє не тільки сам процес дефлорації, а й наступне подразнення поверхні рани дівочої пліви при фрикційних рухах). Оскільки при згвалтуванні майже завжди відсутня достатня зволоженість піхви, фрикційні рухи статевого члена часто призводять до травматизації вагінального покриву, що також підсилює больовий синдром. Проте зовсім не є казуїстичними випадки абсолютно безболісної дефлорації, в тому числі і при згвалтуванні.

В якості належної методики проведення даного виду судово-сексологічної експертизи інформативні рекомендації опубліковані J.Soutoul і E.Froge:

1. У всіх випадках згвалтування лікар повинен зібрати у постраждалої детальний анамнез.
2. Необхідно ретельно оглядати пахові ділянки і внутрішню поверхню стегон жертви, оскільки тут можуть виявлятися подряпини, синці, сліди крові і сперми.
3. Якщо з моменту згвалтування до обстеження минуло лише кілька годин, то обстеження повинно обов'язково проводитися за відсутності третіх осіб. Це робиться з метою забезпечення жінці необхідного збереження таємниці того, що сталося, та для профілактики її подальшої психотравматизації.
4. У свіжих випадках під час обстеження лікарем статевих органів у жертви згвалтування може виникати сильний біль. В таких випадках дослідження обов'язково повинно проводитися під місцевим знеболенням, а інколи навіть під наркозом.
5. На початку дослідження експерт повинен спробувати ввести в отвір дівочої пліви один палець. Якщо його введення в піхву через отвір дівочої

пліви є неможливим, то можна констатувати факт, що введення в піхву статевого члена нормальних розмірів не було, а отже, не було статевого акту та дефлорації.

Якщо отвір дівочої пліви вільно пропускає два пальці, то можна вважати, що мав місце повноцінний статевий акт. Цей висновок необхідно підтвердити детальним вагінальним дослідженням.

У тих випадках, коли в отвір пліви вдається ввести один, але великий (перший) палець руки, не можна бути впевненим у тому, що статевий акт мав місце, тому слід ретельно оглянути внутрішню поверхню дівочої пліви.

6. При обстеженні жінок, які до згвалтування вже мали статеві зв'язки, слід звертати увагу на наявність пошкоджень не тільки в ділянці статевих органів, а й на усіх інших ділянках тіла. Хоча відсутність будь-яких тілесних ушкоджень ще не є свідченням того, що статевий акт був здійснений за згодою жінки.

7. Якщо огляд жертви згвалтування проводиться після тривалого часу від моменту події, то при зборі анамнезу необхідно з'ясувати наступне: чи не відмічала вона в момент згвалтування відчуття прориву в ділянці статевих органів, чи супроводжувався статевий акт болем або кровотечею, чи настало у злочинця сім'явиверження, чи були будь-які погрози жертві, чи не бив її, а також чи не примушував до виконання певних дій, пестоців і рухів тіла.

8. При проведенні експертизи згвалтування лікар повинен пам'ятати, що :

а) частою причиною експертних помилок є помилкове уявлення про неможливість згвалтування незайманої без пошкодження дівочої пліви, а також про неможливість вчинення згвалтування підозрюваним злочинцем, якщо він занадто юний;

б) статевий акт з дівчатками 6-12 років зазвичай призводить до утворення серйозних травм в ділянці статевих органів жертви. Разом з тим при проведенні статевого акту з дівчатками віком від 12 років можливе повне введення статевого члена в піхву без утворення суттєвих пошкоджень статевих органів, в

тому числі і без явищ дефлорації. В такому випадку якщо і була диспропорція в розмірах статевого члена та піхви, то вона в основному призводить до утворення тільки місцевих незначних пошкоджень;

в) під час згвалтування статевозрілої незайманої дівчини в основному утворюються більш значні пошкодження статевих органів, ніж у випадках добровільного проведення статевого акту з дівчиною того ж віку.

9. У випадках згвалтування з вбивством жертви експерт повинен дати відповіді на наступні питання:

а) вбивство вчинено до чи після згвалтування;

б) чи не призвів до смерті сам насильницький статевий акт (наприклад, у випадку садистичного згвалтування);

10. У протоколі об'єктивного огляду жертви експерт зобов'язаний описати стан внутрішньої поверхні стегон, великих і малих статевих губ, дівочої пліви, ділянки присінку піхви, власне піхви, шийки матки, прямої кишки, ступінь пружності ділянки промежини і наявність будь-яких шкірних пошкоджень на всій поверхні тіла.

ВСТАНОВЛЕННЯ БАТЬКІВСТВА

Важливість встановлення біологічних батьків полягає в тому, що саме це є прецедентом виникнення прав та обов'язків батьків та дітей. Дане походження фіксується державним органом РАЦС (надалі – державний орган РАЦСу) в порядку, встановленому законодавством України. Отже, дана реєстрація і є юридичним фактом, з настанням якого тісно пов'язане виникнення прав та обов'язків батьків та дітей.

Таким чином, правові відносини між батьками й дітьми виникають на основі фактичного складу, який утворюють два юридичних факти: народження дитини (подія) і державна реєстрація факту народження органом РАЦС (дія).

Згідно універсальних правил дитина, що зачата (і) або народжена у шлюбі, юридично походить від подружжя. Іншими словами, в сімейному кодексі діє презумпція батьківства, що означає, що батьком дитини є чоловік, а матір'ю – дружина.

В такому випадку походження дитини підтверджується свідоцтвами про шлюб та документом медичного закладу про народження жінкою дитини.

Незважаючи на це, на сьогоднішній день нерідко трапляються випадки, коли у подружжя народжується дитина, біологічним батьком якої не є чоловік матері дитини, але інший чоловік, отже, виникає виняток із загального правила.

В даному разі факт батьківства визначається наступним чином: при встановленні біологічного батьківства важливим є час народження дитини. Так, у випадку народження дитини до 01 січня 2004 року застосуванню підлягають норми *Кодексу законів про шлюб та сім'ю України № 2006-VII від 20.06.1969 р.* (надалі – *КЗпШС України*), якщо ж дитина народилась після 01 січня 2004 р. – норми *Сімейного кодексу України № 2947-III від 10.01.2002 р.* (надалі – *СК України*).

Застосовуються наступні порядок та умови встановлення фактичного батьківства у разі, коли батьком дитини є колишній чоловік або інша особа.

1. Біологічним батьком дитини є колишній чоловік матері дитини.

По-перше, варто відзначити, що навіть якщо дитина народилась до спливу 10 місяців від моменту припинення чи визнання недійсним шлюбу, але після реєстрації шлюбу її матері повторно з іншим чоловіком, вважається що батьком дитини є поточний чоловік.

Не дивлячись на це, законодавство фіксує прецеденти, коли може бути встановлене фактичне батьківство попереднього чоловіка. Так, відповідно до *ч. 2 ст. 124 СК України* батьківство попереднього чоловіка може бути визначене на підставі спільної заяви до суду з поточним чоловіком або за рішенням суду.

Отже, діючим законодавством України передбачається дві процедури встановлення батьківства колишнього чоловіка: добровільна та примусова.

Добровільна процедура фіксації батьківства наступна. Колишній та діючий чоловік за попередньою згодою між собою подають до державного органу реєстрації актів цивільного стану заяву про те, що батьком дитини є колишній чоловік. Внаслідок цього, державний орган РАЦСу фіксує дані у Книгу реєстрації народжень та видає нове Свідоцтво про народження, в якому батьком дитини фіксується чоловік у попередньому шлюбі матері дитини. Однак, такий порядок може бути реалізований не завжди, оскільки для нього є обов'язковою згода діючого чоловіка. У випадку, коли такої згоди немає, законодавство України уповноважує чоловіка у попередньому шлюбі звернутися до суду. Таким чином, у випадку виникнення суперечки, походження дитини може бути визначено судом. Слід зазначити, що давність звернення до суду у даному випадку не може бути застосована. Таким чином, біологічний батько дитини має право звернення до суду з позовом про встановлення батьківства будь-коли.

2. У випадку, коли біологічним батьком дитини, що народилася у шлюбі, є особа, що не зв'язана з матір'ю дитини жодними правовими відносинами. Враховуючи вище зазначене, встановлюється, що дитина, народжена у шлюбі походить від подружжя, тобто, матір'ю дитини є дружина, батьком – є чоловік. Тобто, відповідно до законодавства України, зокрема *ч. 1 ст. 138 СК України*, жінка може оскаржити батьківство свого чоловіка, надавши позов про скасування запису про нього як батька дитини з актової книги. Об'єктом доведення в такому випадку є відсутнє кровне спорідне між особою, зафіксованою батьком, і дитиною. При цьому, для задоволення таких позовів необхідне одночасне подання заяви про своє батьківство іншою особою. При цьому, вкрай важливим є положення, яке у цій категорії справ стосується позовної давності. Визначено, що для вимоги матері про виключення з актової книги запису про її чоловіка як батька дитини позовна давність складає лише 1 рік. При цьому, термін позовної давності буде починатися від дня реєстрації народження дитини. Отже, матір має юридичне право подати позов про

ліквідацію запису про чоловіка як батька дитини з актового запису лише у термін 1 рік після реєстрації народження дитини; з чого витікає, що по закінченню 1 року вона втрачає відповідне право.

Разом з тим, керуючись *ч. 3 ст. 122 СК України* подружжя може подати до відповідного органу РАЦС спільну заяву про невизнання чоловіка батьком дитини. Остання вимога може бути виконана тільки у разі подання іншою особою та матір'ю спільної заяви про визнання батьківства. Таким чином, у випадку, якщо немає спільної заяви, заяви батька чи відповідного рішення суду, походження дитини визначатиметься керуючись *ч. 1 ст. 135 СК України*, а саме – відповідний запис про батька дитини у Книзі реєстрації народжень проводиться за діючим прізвищем матері, а ім'я та по-батькові батька дитини записуються за побажанням матері. Встановлення батьківства дитини може бути ймовірним у випадку звернення батька дитини до суду з позовом до діючого чоловіка матері дитини про визнання його батьківства. При цьому, норми *КЗпШС України* раніше не передбачали такого способу встановлення батьківства. Даний порядок був встановлений пізніше – у *СК України*. Керуючись *ч. 1 ст. 129 СК України* особа, що вважає себе батьком дитини, яка народжена жінкою, що на момент зачаття чи народження дитини перебувала у законному шлюбі з іншим чоловіком, має відповідне право пред'являти до чоловіка, який записаний батьком дитини, судовий позов про підтвердження свого батьківства.

Враховуючи вищевказане, необхідно зазначити наступне:

1. Дана норма поширює свою дію лише на випадки, коли дитина, батьківство якої встановлюється, зачата або народжена у шлюбі.

2. Для реалізації вищезазначеної норми необхідним є волевиявлення особи, яка вважає себе батьком дитини, адже, без цього реалізувати відповідне право неможливо. Таке волевиявлення полягає у поданні позовної заяви до суду про визнання батьківства.

3. Відповідачем у відповідній категорії справ є чоловік, який записаний батьком дитини.

За судовою практикою, п. 6 *Постанови Пленуму Верховного Суду України “Про застосування судами окремих норм Сімейного кодексу України при розгляді справ щодо батьківства, материнства, та стягнення аліментів” № 3 від 15.05.2006 р.* (надалі – *Постанова ВСУ № 3*) у тих випадках, коли батьком дитини зареєстровано конкретну особу, відповідні вимоги про визнання батьківства мають бути розглянуті одночасно з вимогами про виключення відомостей про дану особу як батька з актового запису про народження дитини.

Спираючись на ч. 2 ст. 129 *СК України* про вимоги щодо визнання батьківства особою, яка вважає себе батьком дитини, народженої жінкою, що на момент зачаття чи народження дитини перебувала у дійсному шлюбі з іншим чоловіком має застосовуватися позовна давність. Враховуючи вищезазначене, дана особа має право звернутися до суду з вимогами лише протягом 1 року, починаючи з дня, коли особа отримала інформацію або могла дізнатися про своє батьківство.

Однак, справа про визнання батьківства обов’язково має розглядатися у позовному провадженні.

Варто відмітити, що в залежності від закону, що підлягає застосуванню законодавством, можуть передбачатися різні підстави для визнання батьківства. Отже, у випадку, коли застосуванню підлягають норми *КЗпШС*, до уваги мають братися докази, які достовірно стверджують визнання відповідачем факту батьківства, тільки у їхній сукупності, а саме, факт спільного проживання та ведення спільного господарства особою-відповідачем та матір’ю дитини до моменту народження, а також спільне виховання чи утримання ними дитини.

При цьому, важливим є той факт, що *СК України* не передбачає конкретних підстав щодо встановлення батьківства у судовому порядку. Аналогічно, керуючись ч. 2 ст. 128 *СК України* ймовірною підставою для визнання батьківства є будь-яка інформація, що засвідчує походження дитини

від конкретної особи, отримана у відповідності до *Цивільного процесуального кодексу України* (надалі – *ЦПК України*).

Крім того, керуючись *ст. 143 ЦПК України* судом може бути призначена експертиза щодо встановлення батьківства. Згідно із визначенням *абз. 2 п. 9 Постанови ВСУ № 3* результати експертизи, зокрема судово-генетичної мають бути оцінені з урахуванням положень *ст. 212 ЦПК України*, згідно якої жоден доказ не може мати для суду наперед установленної ваги, а докази оцінюються лише в їхній сукупності, а результати оцінки впливають в рішенні з викладенням мотивів їхнього затвердження або відхилення.

Керуючись *п. 9 Постанови ВСУ № 3* резолютивна частина рішення має містити всю інформацію, яка необхідна для реєстрації батьківства (материнства) у відповідних органах РАЦС, а саме: прізвище, ім'я та по-батькові матері та батька, а також число, місяць і рік їхнього народження, наявність громадянства, а також номер актового запису про народження дитини, коли та яким органом його здійснено.

Беззаперечним позитивним моментом є той факт, що закріплення на законодавчому рівні положення, згідно якого є можливим звернення біологічного батька дитини до суду з метою встановлення його батьківства, проте, в умовах сьогодення, є відсутність як такої практики застосування *ст. 129 СК України*, що закріплює таке право. Насправді татусів, які б виявили бажання звернутись до суду з позовом про визнання свого батьківства замало. В основному, із позовами про встановлення батьківства звертаються саме матері дітей з метою в подальшому отримувати грошову допомогу (аліменти) для дитини від їхнього батька.

ВСТАНОВЛЕННЯ СТАТЕВОЇ ЗРІЛОСТІ

Статева зрілість (лат. *maturitas sexualis*) - досягнення індивідумом такого ступеня фізичного та біологічного розвитку, при якому його статеві потреби представляють собою фізіологічно нормальну функцію і не спричиняють розладів здоров'я або інших негативних наслідків. Вона не зв'язана з досягненням конкретного віку і є важливою для осіб обох статей.

Н.Г. Шалаєв під статевою зрілістю розумів такий відрізок часу у розвитку нормально функціонуючого організму людини, коли її статеві залози здатні утворювати статеві клітини, а сама вона може без негативних наслідків для здоров'я вступати в статевий зв'язок і відтворювати потомство.

Статева зрілість складається з окремих статевих функцій. Жіночі статеві функції полягають у спроможності до статевого акту, здатності до зачаття, виношування плоду, нормального перебігу вагітності та пологів, здатності до вигодовування і забезпечення функції материнства. Останні дві функції власне не є ознаками статевої зрілості, а говорять тільки про функціональний стан молочних залоз, а здатність до виховування дитини є соціальною, а не біологічною. М.І. Авдєєв висловлював думку, що основним критерієм статевої зрілості для жінки є готовність її організму до виношування плоду та пологів без шкоди для його здоров'я. Всі інші ознаки не мають важливого значення.

Статеві функції чоловіка включають здатність до статевого акту та до запліднення.

У судово-медичній практиці в основному виникає питання про статева зрілість жінки, оскільки більша частина статевих злочинів спрямована проти жінок. Разом з тим, ст. 120 КК України безпосередньо передбачає покарання у вигляді позбавлення волі терміном до 8 років за статеві контакти з особою, що не досягла статевої зрілості. Саме тому встановлення статевої зрілості у дівчат має дуже важливе значення.

Досягненню стану статевої зрілості передує період статевого дозрівання, який триває близько 3-5 років, інколи більше. Для дівчат початок періоду статевого дозрівання починається з появи менструації, а в хлопців - нічних полюцій, тобто виверження сперми, що містить сперматозоїди.

Першочергове значення для експертизи статевої зрілості дівчини має загальний розвиток організму. Власне для періоду настання статевої зрілості характерними є зміни всього організму як фізичної, так і психічної його складових. Зовнішній вигляд підлітків змінюється за рахунок відкладання жирової клітковини в ділянці тазового і плечового поясів, форма тіла набуває типову, характерну для жінки округлість. Формуються вторинні статеві ознаки. Всі розміри таза збільшуються, зовнішні та внутрішні статеві органи розвиваються і досягають стану статевої зрілості.

Про настання статевої зрілості у дівчат свідчать деякі антропометричні величини, які необхідно оцінювати та відображати в акті судово-медичного обстеження: маса 50-60 кг; зріст в положенні стоячи не менше 1,5 м, сидячи – 0,8 м; довжина тулуба від останнього шийного хребця до куприка - 55-58 см; окружність голови - 53,5-55 см; окружність грудей: в стані спокою 78-80 см, на видосі - 73-76 см; окружність плеча в середній третині - 30-31 см, гомілки - 40-41 см. Мінімальні розміри таза: відстань між *spina iliaca anterior superior* клубових кісток (*distantia interspinosa*) - 23 см, між найбільш віддаленими точками гребенів клубових кісток (*distantia intercrystalis*) - 26 см, між великими вертлюгами стегнових кісток (*distantia intertrochanterica*) - 29 см, зовнішня кон'югата (*conjugate externa*) - 18 см. Кількість зубів не менше 28 (по 14 на верхній та нижній щелепах). Молочні залози повинні бути добре розвинутими; волосяний покрив зовнішніх статевих органів та пахвових ямок добре вираженим; менструації регулярні; тіло матки складати 2/3 її загальної довжини, шийка – 1/3, причому форма шийки - циліндрична.

Наведені цифрові значення певних частин тіла мають орієнтовне значення, оскільки властива для нашого часу акселерація нерідко призводить до

суттєвих коректив даних показників. Потрібно також пам'ятати, що статеве життя прискорює статеве дозрівання. Згідно результатів деяких наукових досліджень, проведених у Вірменії, Карелії та Україні (Одеса) було виявлено, що немає суттєвої кореляції між часом настання статевої зрілості у жительок північних та південних регіонів. Це спростовує фактично не обґрунтовані судження про раннє статеве дозрівання у жінок, що проживають у південних широтах.

Спроможність до статевого акту забезпечується правильним і достатнім розвитком первинних статевих ознак, а саме піхви, що дозволяє введення в неї ерегтованого статевого члена без пошкодження її стінок. В окремих випадках здатність до нормального статевого акту спостерігається вже з 13-14 років. М.В. Лісакович стверджував, що з 13-річного віку всі дівчата є здатними до проведення статевого акту. Підтверджують це і «Київські відомості» (№ 214 за 1997 р.) повідомленням про те, що «учениця 9 класу з Шевченківського району м. Києва зізналась, що протягом року живе статевим життям з хлопцем зі старшого класу, оскільки в їхній школі престижно до 14-річного віку вже не бути незайманою».

Здатність до зачаття з'являється після настання овуляції, тобто процесу виділення яєчником зрілої яйцеклітини, придатної для запліднення. У дівчат, зазвичай, про наявність овуляції та здатність до зачаття дитини, можна судити по правильному менструальному циклу. Внаслідок того, що менструації в деяких дівчат можуть виникати дуже рано (з 12 років і раніше), то з цього моменту фактично настає й здатність до запліднення.

Наприклад. Дівчинка 12,5 років звернулася до лікаря із скаргою на неправильний цикл. Дівчинці було призначено вітаміни. Вдруге вона звернулася до лікаря через шість місяців з візуально помітним животиком. Робити аборт було вже запізно... У Вінниці 9-тирічна дівчинка народила дитину вагою 3,4 кг. Батьком дитини виявився сусід-пенсіонер, який досить часто грався з дівчинкою, садив її собі на коліна...

Таким чином, при оцінці статевої зрілості сама по собі наявність або відсутність місячних без урахування інших критеріїв не відіграє вирішальної ролі, оскільки здатною до зачаття може бути і статево не зріла дівчина.

Здатність виносити плід безпосередньо пов'язана з розмірами матки і правильною її будовою. Правильно розвинута і нормально сформована матка характеризується певними розмірами і пропорціями шийки по відношенню до тіла. У статевозрілих дівчат тіло матки складає в нормі $2/3$ від загальної її довжини, а шийка – $1/3$. Стінка матки має добре розвинутий м'язевий шар, що складається з 3-ох прошарків різнонаправлених м'язових волокон і здатна до активних скорочень та значного збільшення в розмірах при настанні вагітності, на кінець якої вона збільшується в 20 разів. При протилежних співвідношеннях, а саме коли шийка подовжена і складає $2/3$ усієї довжини матки, а тіло лише $1/3$, матка вважається недорозвиненою (інфантильною). В таких випадках шийка має конічну форму. В тих випадках, коли шийка і тіло однакові за довжиною, матка має назву дівочої. Це характерно для підліткового віку. У такому випадку роблять висновок, що дівчина не досягла статевої зрілості, оскільки матка не спроможна до виношування плода. При інфантильній матці, якщо вагітність і настає, то часто завершується абортom.

Здатність до нормальних пологів забезпечується правильно сформованим, достатнім за розмірами і ємністю тазом. У більшості дівчат віком 16-17 років таз досягає розмірів, достатніх для народження плода середніх розмірів. Необхідно також враховувати, що під час вагітності одночасно з розвитком плода відбувається перебудова багатьох органів та систем вагітної, і розміри тазу також дещо збільшуються за рахунок розходження тазових кісток.

Здатність до вигодовування немовляти залежить від розвитку та функціональної активності молочних залоз, а також нормальної форми та величини соска. З настанням статевої зрілості молочні залози округлюються, навколососковий кружок (ореола) певним чином оформлюється, сосок значно виступає, зазвичай стає циліндричної або конічної форми, що дає змогу дитині

захопити його при годуванні. Сама по собі здатність до вигодовування не є ознакою статевої зрілості. Більш доцільно вести мову про нормальний розвиток молочних залоз, як одну із ознак статевої зрілості. Розміри молочної залози вимірюють м'якою сантиметровою стрічкою, від одного краю залози до протилежного, вертикальний та горизонтальний розміри. В середньому розміри молочної залози у віці 11-15 років складають - 11x13,5 см, у віці 16-18 років - 17x18 см, у 19-20 років - 18x20 см, хоча, звичайно, можуть траплятися значні відхилення від вказаних величин.

Наявність достатнього ступеня загального розумового розвитку жінки і зокрема її здатність до виховання дитини та підготовленість до самостійного життя визначається судом.

Таким чином, при визначенні ступеня статевої зрілості осіб жіночої статі враховуються всі її ознаки. Крім того, у висновку є недопустимим формулювання, коли вказують, що обстежена "не сповна" або "не цілком" досягла статевої зрілості. Судово-медичний експерт або лікар повинен чітко та однозначно вказати - досягла чи не досягла особа статевої зрілості.

З досягненням статевої зрілості в організмі жінки утворюється "атрактант" - летюча речовина, що стимулює чоловічий статевий інстинкт. Через протоки потових залоз ця речовина виходить на поверхню шкіри і створює навколо кожної жінки своєрідну невидиму ауру. Наявність її може становити близько 60 % жіночої привабливості.

Прецеденти для встановлення статевої зрілості у чоловіків зустрічаються дуже рідко. Період статевого дозрівання у хлопців починається у віці 11-12 років чи трохи пізніше і продовжується протягом 5-6 років. Як правило, до 17-18 років чоловічий організм цілком досягає статевої зрілості.

Протягом статевого дозрівання у хлопців, окрім збільшення росту та маси тіла, відбуваються наступні зміни: статевий член, яєчка та калитка збільшуються в об'ємі, шкіра калитки та статевого члена пігментується. Близько 14-15 років на лобку, калитці та під пахвами починає з'являтися

волосся. Під кінець періоду статевого дозрівання волосся добре розвинуте в лобковій ділянці, волосся стає густим і починає закручуватись; добре виражене волосся також під пахвами.

В 15-16 років з'являється пушок в ділянці верхньої губи, підборіддя, а потім у 17-18 років спостерігається виражений ріст на верхній губі, підборідді, а згодом і на щоках. У 18 років можуть прорізуватися перші зуби мудрості. Близько 14-15 років відмічається інтенсивний ріст гортані, відбувається зміна голосу на більш грудний і низький.

З досягненням статевої зрілості ріст тіла припиняється. Як у дівчат, так і в юнаків можливе як передчасне, так і запізніле статеве дозрівання.

Наприклад, у періодичному виданні "Тиждень", № 35 за 1997 р., нам трапилося наступне повідомлення. Своєрідний рекорд встановив англійський школяр Шон Стюарт: у січні 1998 р. він став наймолодшим у країні... батьком. Його 15-річна подруга Емма Уебстер повідомляла, що не перериватиме вагітність, а після пологів повернеться до школи. Малюка вони виховуватимуть разом і, на думку Емми, Шон буде добрим батьком, і хоча йому тільки 11 років, для свого віку він досить доросла і відповідальна людина.

Треба мати на увазі, що у юнаків здатність до статевого акту формується набагато раніше, ніж вони можуть бути визнані статеві зрілими. Тому ця ознака сама по собі не може бути достатньою для встановлення факту настання статевої зрілості. Експертиза статевої зрілості у юнаків повинна проводитися разом з сексологом чи урологом. При цьому слід дотримуватися наступних варіантів висновку:

- статевої зрілості досягнув і здатний здійснювати статеві акти;
- статевої зрілості не досягнув, але здійснювати статеві акти здатний;
- статевої зрілості не досягнув і здійснювати статеві акти не здатний.

При встановленні статевої зрілості, незалежно від статі, необхідно завжди пам'ятати про те, що настання статевої зрілості відбувається не одномоментно,

а поступово, протягом тривалого часу, кількох років, а тому точний термін настання статевої зрілості встановити не можна.

СПЕЦИФІКА РОЛІ ЕКСПЕРТА-СЕКСОЛОГА

Та роль, в якій виступає лікар при провадженні судової експертизи, значно відрізняється від звичайного положення лікуючого лікаря. Завдання експерта - це проведення дослідження і формулювання висновку, який може зробити істотний (хоча і не вирішальний) вплив на результат судової справи. Проте, експерт все одно залишається в широкому сенсі слова лікарем і йому також притаманні, як і всім лікарям, характерні для медичної професії риси: доброзичливість, співчуття і прагнення надати допомогу. Однак, з іншого боку, експерт у відомому сенсі представляє закон і суспільство, оцінює сформовану судову ситуацію і осіб, що беруть у ній участь.

Якщо при проведенні експертизи лікар-експерт буде надмірно наближати свою позицію до позиції лікуючого лікаря, то це мимоволі може призвести до більш м'якої оцінки ним як ситуації, що склалася, так і особистості підекспертного. Навпаки, якщо він буде надмірно ототожнювати свою роль, з роллю правосуддя, то така позиція може призвести до більш жорсткої оцінки та даної справи, і особистості обстежуваного. Крім того, в останньому випадку між експертом і оглянутим в процесі експертизи виникає специфічна дистанція, яка утруднює їх спілкування. Таким чином, однією з головних задач експерта при проведенні експертизи є визначення своєї позиції по відношенню до справи і обстежуваної особи.

Не менш важливими принципами, якими повинен керуватися лікар в процесі експертизи, є об'єктивність, внутрішній спокій і певна емоційна дистанція по відношенню до даної справи. В деяких випадках створений в ході огляду хороший контакт з обстежуваним поволі може викликати у експерта

більшу емоційну близькість до підекспертного, ніж, наприклад, до його жертви. В інших же випадках емоційна реакція експерта на дану справу, навпаки, чисто по-людськи робить ближче йому жертву злочину, а не підекспертного. Подібні ситуації можуть негативно відбитися на перспективному баченні експертом всієї справи в цілому.

Обговорюючи ці проблеми, деякі експерти займають відсторонену позицію холодного медичного технократа. Обстежуваний для них є лише предметом вивчення, який треба спочатку розкласти на якісь складові, а потім провести їх синтез. Але ж будь-який експерт є живою людиною з усім комплексом його специфічних рис і тому перед ним у практичній діяльності часто виникають такі, проблеми:

1. Внутрішня суперечливість виконуваної ролі. Як було сказано, між позиціями експерта і лікуючого лікаря є принципова різниця. Так, дії експерта іноді можуть походити на дії слідчого. Нерідко обстежуваний при огляді займає захисну позицію - бреше, відмовляється відповідати на питання, перекручує події, приховує від експерта важливу інформацію і т.п. У подібній ситуації експерту іноді доводиться для отримання необхідної інформації застосовувати тактику перехресних запитань, повторювати одні й ті ж питання з різними формулюваннями, постійно спрямовувати спілкування з оглянутим в потрібне русло і т.п. Між цією роллю і звичної роллю лікаря є настільки значне розходження, що при проведенні експертизи у лікаря-експерта неодноразово може виникати сумнів у тому, що подібна тактика справді відповідає його ролі.

2. Тяжіння відповідальністю за долю підекспертного. При проведенні експертизи по деяких справах експерт віддає собі звіт в тому, що його висновок може зробити істотний вплив на ступінь покарання обстежуваної особи або сприяти доведенню його провини. При цьому не виключається, що наявні у сексолога як фахівця професійні переконання, наприклад, в тому, що позбавлення волі не є найкращим вирішенням проблеми сексуальних девіацій, також може накласти відбиток на прийняття ним певного рішення.

Сам факт засудження підекспертного не без допомоги висновку експерта може викликати, асоціації ролі експерта з роллю прокурора. Ці емоції найбільш сильно проявляються в тих випадках, коли в ході обстеження експертом встановлюється, що механізми, що призвели обстежуваного до злочинної поведінки, виникли головним чином через вплив навколишнього середовища. Природно, що при цьому експерт вважає справжнім винуватцем події не обстежувану особа, а інших осіб.

Найбільша кількість сумнівів в експерта зазвичай виникає при вирішенні питання про осудність підекспертного. При цьому не виключається, що в деяких випадках неосудність обстежуваного може встановлюватися експертом виходячи не з об'єктивних даних, а через наявність у експерта захисної реакції. Подібні випадки виникають, коли в експерта переважають асоціації своєї ролі з роллю лікаря.

У разі виникнення будь-яких сумнівів лікар завжди повинен пам'ятати, що умисне пристосування своєї думки з метою поліпшення становища підекспертного може привести до дискредитації його як експерта.

3. Проблема великої завантаженості роботою. Велика завантаженість роботою, особливо у випадках, коли в якості експерта залучається лікар, основною діяльністю якого є лікувальна або наукова робота, що безсумнівно викликає втому і, як результат, - поспіх і рутинне відношення до проведення дорученої експертизи.

До цього ж може призводити і чинений нерідко правоохоронними органами тиск на експерта з метою якнайшвидшого проведення або завершення експертизи. Експерт зобов'язаний ніколи не піддаватися подібному натиску і не спрощувати своє життя недбалим ставленням до своїх обов'язків.

4. Діагностичні проблеми. Час від часу експерт у своїй роботі зустрічається з певними діагностичними труднощами, які бувають обумовлені тим, що наявна у оглянутого патологія мало йому знайома. Певним вирішенням цієї проблеми є залучення до участі в експертизі інших фахівців, в тому числі і

більш досвідчених експертів. У деяких випадках для вирішення цих проблем може виникнути необхідність у провадженні даної експертизи не амбулаторним, а стаціонарним способом.

Однак не так рідко зустрічаються експерти, які вважають себе неперевершеними фахівцями в своїй області, що знають всі тонкощі своєї спеціальності. Зазвичай такі експерти при появі діагностичних проблем, щоб «не втратити своє обличчя», нехтують можливістю консультації з іншими лікарями і дають висновок одноосібно. «Цінність» подібного висновку не потребує коментаря.

Деякі експерти з метою надання своїм висновкам більшої наукоподібності перевантажують їх спеціальними термінами. Природно, що такі висновки важкозрозумілі для працівників суду і слідства і самого підекспертного.

5. Проблеми, зумовлені поведінкою обстежуваної особи. Поведінка оглянутого нерідко вимагає від експерта доброго володіння собою, стриманості і терплячості. Обстежувані можуть бути грубі, брехливі, агресивні, цинічні і т.п. Не виключено і еротичне загравання обстежуваного з експертом (особливо у випадку, коли вони мають різну статеву приналежність). Оглянуті з метою отримання висновку на свою користь можуть намагатися своєю поведінкою розжалобити експерта. Можлива й апеляція обстежуваного до статевої ідентичності експерта (наприклад - «адже ми, чоловіки, знаємо, які вони насправді, ці жінки»).

Слід враховувати і те, що деякі обстежувані мають значні пізнання в галузі сексології і, користуючись цим, прагнуть ускладнити роботу експерта.

6. Проблеми, зумовлені особистим досвідом експерта. Вплив цих проблем на роботу лікаря-сексолога, що займається лікувальною діяльністю, висвітлювалося нами раніше. Однак у доступній літературі відображено дуже слабо. Тут слід особливо враховувати можливість ідентифікації ситуації, що склалася у підекспертного або його жертви з аналогічною з особистого

життєвого досвіду самого експерта. Це зайвий раз підтверджує тезу про те, що крім високого професіоналізму експерт повинен мати і певний рівень громадянської зрілості, щоб не дати волю почуттям і емоціям замість об'єктивності.

7. Проблеми, зумовлені культурою. Не виключається можливість значної розбіжності між особистими поглядами експерта на сексуальні норми і життєві цінності у порівнянні з такими у обстежуваної особи. Оскільки ці поняття мають виражену середовищну і культурну обумовленість, то експерт зобов'язаний знати особливості відносин до сексу, статі та статевої ролі в різних середовищах і субкультурах.

ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ОЦІНКА ПОВЕДІНКИ ПІДЕКСПЕРТНОГО

Найбільш зручним місцем для проведення судово-сексологічного обстеження є лікарський кабінет. Це обумовлено тим, що, по-перше, в звичній обстановці лікаря і технічно, і психологічно легше проводити обстеження, а по-друге, обстановка лікарського кабінету знайома з дитинства кожній людині і тому вселяє обстежуваному почуття більшої безпеки і більше довіри до експерта. Крім того, специфічна атмосфера лікарського кабінету підсвідомо асоціюється у підекспертного з місцем, де цікавляться станом його здоров'я і надають допомогу. Однак зрідка зустрічаються випадки, коли медична установа, навпаки, викликає у обстежуваного негативні асоціації, підсвідомий страх і навіть ворожість. Найчастіше з подібною ситуацією доводиться стикатися при обстеженні дітей, яких нерідко з раннього дитинства дорослі лякали лікарем, і в яких обстановка лікарського кабінету може асоціюватися з можливим заподіянням болю.

Не можна визнати оптимальним варіантом проведення судово-сексологічного обстеження у лікарському кабінеті, розташованому в приміщенні правоохоронних органів (наприклад, в приміщенні медсанчастини слідчого ізолятора). У цій ситуації особистість експерта асоціюється у обстежуваного скоріше не з лікарем, а з представником тих органів, в приміщенні яких проводиться обстеження. Це слід віднести і до випадків проведення огляду в приміщенні суду. Обстежувані при цьому часто вважають, що експерт є штатним співробітником судових органів, що, природно, не викликає до нього особливої довіри. У зазначених випадках оглянуті сприймають експерта не як лікаря, а як особу, яка виконує слідчі дії, що представляє інтереси тільки правосуддя і, отже, нездатну до об'єктивності. Нерідкі випадки, коли підекспертні в цих умовах відмовляються відповідати на питання експерта і проходити безпосереднє обстеження, оскільки переконані в його явній безглузді, мотивуючи відмову тим, що «і так відомо, якою буде результат». Якщо у лікаря немає можливості провести обстеження в інших умовах (а домагатися такої можливості експерт зобов'язаний у кожному випадку), то доцільно почати бесіду з підекспертним з того, щоб висловити своє невдоволення необхідністю проведення обстеження в такому місці. При виробництві обстеження в подібних умовах експерт повинен докласти всіх зусиль для створення спокійної і довірчої атмосфери.

Незалежно від конкретного місця виробництва обстеження важливо, щоб в кабінеті знаходилися тільки експерт і особа, яка оглядається. Часто під приводом виконання відповідних інструкцій при огляді присутні співробітники міліції. Проте саме така ситуація суперечить цілям судово-сексологічної експертизи і свідомо обмежує її можливості. Більш доцільно обладнати кабінет для проведення експертизи таким чином, щоб обстежуваний не мав можливості втечі. Крім прийняття звичайних запобіжних заходів (загратовані вікна, спеціальні або кодові замки в дверях), ідеальним варіантом вирішення цієї проблеми є обладнання між кабінетом експерта і коридором тамбура- шлюзу, в

якому на час проведення обстеження розміщуються супроводжуючі підекспертного співробітники правоохоронних органів, які мають можливість візуально контролювати поведінку свого підопічного (через заклеєне віконце в двері, дверний «глазок» або за допомогою телевізійної системи).

Абсолютно природно, що сексологічне обстеження вимагає дотримання атмосфери особливої інтимності, оскільки більшість людей проявляє природну стриманість в обговоренні подробиць свого інтимного життя, якщо в кабінеті є ще хто-небудь окрім лікаря.

Останнім часом багато лікарів (особливо психіатри) вважають за краще не користуватися медичним халатом при проведенні обстеження. При виробництві судової експертизи це неприпустимо, тому що звичайний цивільний одяг асоціюється у обстежуваного з вже звичною для нього «уніформою» працівників слідства, а наявність на експерті халату закономірно викликає в пам'яті випадки спілкування з лікарем. Тому наявність на експерта типовою медичного одягу відіграє значну роль у створенні найбільш підходящих для обстеження умов і спокійного самопочуття оглянутого.

Безсумнівно, оптимальним є встановлення контакту з обстежуваною особою на самому початку зустрічі. Досягненню цієї мети з успіхом служать дуже прості речі: необхідно привітатися з обстежуваним, представитися йому і вказати свою спеціальність, підкресливши при цьому службу в органах охорони здоров'я, а не в судово-слідчих органах. Для встановлення нормального контакту з підекспертним дуже важливо навіть те, як обстежуваний і експерт в процесі бесіди сидять по відношенню один до одного. З точки зору психології оптимальним є таке розташування учасників розмови, коли вони сидять досить близько один до одного і розташовуються між собою під гострим кутом. Розташування під прямим кутом (так поширене у слідчих) створює природну дистанцію в спілкуванні і асоціюється з наявним у обстежуваного досвідом участі в допитах. Неприпустимо і розташування експерта занадто близько («пліч-о-пліч») з обстежуваним, оскільки подібна позиція порушує наявний у

кожної людини вроджений психологічний бар'єр інтимності. Як приклад достатньо згадати наявний у кожного досвід поїздок в громадському транспорті, коли будь-який свідомо ненавмисний тілесний контакт з іншими пасажирами несподівано викликає цілу гамму негативних відчуттів та емоцій. Нам здається небажаним і поділ експерта з обстежуваним таким звичним бар'єром, як стіл, що надає спілкуванню підкреслено офіційний характер і враження непереборної дистанції.

Ідеальний варіант, коли експерт має гарну пам'ять і не робить в процесі бесіди-яких записів, принаймні докладних. Проте частіше це нездійснено, оскільки в процесі обстеження експерту доводиться фіксувати дуже великий обсяг інформації. У ряді випадків буває необхідно внести на закінчення не тільки весь обсяг одержуваної інформації, а й викласти її зі збереженням вживаних обстежуваним оригінальних формулювань. Тому експерт повинен володіти певною технікою конспектування і кодової записи, а бажано - і стенографією. Така постановка питання дозволила б екперту лише іноді робити лаконічні записи, а в цілому домінувала б атмосфера вільної бесіди. Непогану службу екперту може надати і аудіофіксація всієї бесіди.

Детальний запис усього, що говорить обстежуваний, призводить до виникнення бар'єру в спілкуванні і стимулює приховування оглянутим важливою для експерта інформації. Проведення ж вербального спілкування з обстежуваним в ході експертизи в формі бесіди, навпаки, сприяє встановленню нормального контакту з ним і підштовхує підекспертного до довірливості.

Незважаючи на те, що судово-сексологічне обстеження не ідентичне звичайному обстеженню, що проводиться в лікувальному закладі, воно все одно є одним з варіантів контакту лікаря з обстежуваним особою, і тому повинне проводитися з дотриманням деяких загальноприйнятих медичних правил. Ввічливість, терплячість, створення відповідної психологічної атмосфери безпеки і доброзичливості - ті неодмінні принципи, якими повинен керуватися експерт при проведенні обстеження для того, щоб оглянутий

відчував себе не допитуваним або досліджуваної «комашкою», а повноцінним (хоча і не рівноправним) учасником діалогу.

Експерту не менш важливо при першій зустрічі з оглянутим захистити себе від так званого ефекту першого враження, що оцінюється в психології як особливо істотним моментом в людському спілкуванні. Значущість цього положення для експерта цілком зрозуміла, оскільки багато обстежуваних в процесі судової експертизи особи ні своїм зовнішнім виглядом, ні своєю поведінкою не викликають позитивних реакцій, а часто прямо провокують неприязнь.

Необхідно пам'ятати про те, що перша зустріч з експертом має свою специфіку і для обстежуваного, який, природно, відчуває загрозу у провадженій експертизі, а часто буває заляканий і недовірливий. Усвідомлюючи психологічну значущість першого враження, експерт повинен постаратися докласти всіх зусиль для того, щоб оптимізувати його і для себе, і для підекспертного.

В ході обстеження оглянутий часто займає захисну позицію: відмовляється відповідати на питання, дає надмірно лаконічні або ухильні відповіді, відмовляється брати участь в психологічному тестуванні, не бажає роздягатися для проведення об'єктивного обстеження і т.п. Тому дуже важливо з самого початку зустрічі створити таку атмосферу, яка змогла б нейтралізувати захисні реакції обстежуваного, або принаймні максимально їх згладити. Натиск, поспіх, недбале ставлення до обстеження і тим більше агресивна поведінка експерта лише можуть зробити взагалі неможливим проведення експертизи.

Трапляється, що обстежуваний проявляє пряму агресію по відношенню до експерта. Найчастіше це є проявом наявного у підекспертного страху перед очікуваним покаранням. Для уникання подібної ситуації найбільш підходить вміле застосування описаних у відповідній літературі звичайних психотерапевтичних методів впливу, якими, звичайно ж, в необхідному обсязі

повинен володіти і експерт. Можуть мати місце і випадки прямої фізичної агресії підекспертного, причому спрямованої не тільки на експерта, а й на самого себе. Для профілактики подібних ексцесів слід свідомо виключити можливий доступ оглянутого до розташованих в кабінеті гострих або важких предметів.

Протягом усього обстеження експерт повинен оцінювати не тільки різні вербальні та невербальні прояви поведінки підекспертного, а й зобов'язаний відображати їх у своєму висновку. Спостереження за поведінкою обстежуваного і його психологічний аналіз дозволяють експерту вирішувати певні діагностичні питання, а також надає велику інформацію про особу обстежуваного і про його реакції на надходячі від лікаря конкретні питання і інші сигнали.

Для спостерігача важлива поза, займана підекспертним в процесі обстеження, в тому числі і поза, в якій він сидить. Вона може бути різноманітною і свідчити про різний стан обстежуваного. Так, застигла, як би залякла, поза може бути проявом дистанції до експерта; напружена, що нагадує позу людини, готову до стрибка чи бігу, може відображати захисні позиції обстежуваного або свідчити про його готовність до агресії. Поза «розвалившись» вказує на впевненість у собі, почуття переваги, як би говорить, що «нічого ви не доведете». Напружено зчеплені пальці рук можуть свідчити про високий ступінь самоконтролю. Вільна, розкута і природна поза вказує на відкритість і прояв довіри. В процесі обстеження поза оглянутого може неодноразово змінюватися.

Настільки ж різноманітною може бути і хода підекспертного: швидка, впевнена, нестійка і т.п. Характер ходи може свідчити про деякі неврологічні захворювання або вказувати на конкретний психічний стан обстежуваного, наприклад, на почуття страху.

Важливою є і оцінка міміки оглянутого. Так, якщо він дивиться в очі експерту прямо, це може бути проявом довіри, почуттям безпеки, але в той же

час і проявом виклику, агресії. Якщо ж обстежуваний уникає зустрічатися поглядом з експертом, це може свідчити про брехливість, відсутності довіри, докори совісті, сором'язливості. Коли обстежуваний сидить, не піднімаючи голови і спрямувавши погляд у підлогу, то частіше це вираз усвідомлення провини, але може бути і проявом страху або відсутності довіри. З наведених прикладів видно, що міміка оглянутого може служити джерелом суттєвої інформації, але її інтерпретація далеко не завжди проста, тому що один і той же вираз обличчя може бути проявом різних почуттів. Для правильного розуміння мімічної реакції в кожному конкретному випадку необхідно підібрати ключ до встановлення їхньої відповідності певному психічному стану обстежуваного.

Чимало інформації дають експертові і характеристики голосу обстежуваного (гучний, крикливий, звичайний, тихий і т.п.), його мови (плавна, невпевнена, а також балакучість, мовчання і т.п.), уваги (неуважність, напруженість, переривчастість, неуважність і т.п.), емоцій (сміх, посмішка, страх, плач, жарт і т.п.), хід співпраці з експертом (інтерес, невпевненість, обережність, задирикуватість, запобігливість і т.п.). Велике значення може мати і спільна позиція обстежуваного по відношенню до експерта (перевага, нахабство, сарказм, зневага, фамільярність, панібратство, лестоці, кокетство, люб'язність, довірливість, відчуженість, ворожість, безпорадність і т.п.).

Вихідні від обстежуваного ці та інші сигнали про його стан можуть змінюватися протягом обстеження. Багатогранність таких сигналів вимагає для їхньої правильної інтерпретації доброго знання психіки та індивідуальності особистості підекспертного. Їх відображення у висновку експерта повинне носити скоріше описовий, а не оціночний характер, оскільки багатозначність подібних сигналів не виключає їх помилковою трактування.

Поведінка обстежуваного в процесі експертизи нерідко дає експерту багато важливої інформації про особу оглянутого в тій конкретній ситуації, яка і послужила причиною порушення даної справи. Однак не слід забувати, що

сам відбір цієї інформації та її оцінка експертом суб'єктивні і тому інтерпретація одержуваних даних повинна бути дуже обережною.

Якщо в процесі обстеження в поведінці підекспертного домінує захисна позиція, то її відображення у висновку експерта необхідне як обґрунтування мізерності одержуваної в таких випадках вербальної інформації.

Не менш важлива і поведінка самого експерта в процесі обстеження, оскільки вона індукує, а може і провокувати, відповідну поведінку підекспертного. Слід пам'ятати, що в такій особливій ситуації, якою є сексологічне обстеження, особа, яка оглядається, дуже чуйно реагує на поведінку експерта і зі свого боку теж звертає увагу на його мімічну і вербальну реакцію, включаючи їх в свою програму захисної і маніпуляційної поведінки. Нерідко обстежуваний по чуйності і спостережливості не поступається багатьом професійним психологам, а та надзвичайна ситуація, якою виступає сама експертиза, лише загострює його сприйнятливість. Вловивши слабкі сторони експерта, оглянутий іноді використовує вплив на них не тільки в процесі виробництва експертизи, але і при подальшому спілкуванні з експертом в залі суду.

Коли поведінка експерта не здається обстежуваному загрозливою і сприймається ним як доброзичлива, привітна і якщо не співчуваюча, то принаймні розуміюча - це не тільки сприяє сприятливому перебігу самого обстеження, але іноді призводить до встановлення майбутнього терапевтичного контакту. Неодноразові випадки, коли після завершення шлюбборозлучного процесу або відбування покарання колишні підекспертні за власною ініціативою зверталися до експертів з приводу лікування. За їхніми словами, спонукаючим моментом до цього послужила саме доброзичлива і тактовна поведінка лікаря при проведенні експертизи, що стало джерелом довіри до нього і стимулювало усвідомлення необхідності лікування.

Ряд сексологів підкреслює значення мистецтва експерта вникнути в ситуацію обстежуваного, що особливо важливо при наявності в останнього

девіантної поведінки. Це має значення не тільки для кращого встановлення контакту з оглянутим і попередження взаємних негативних емоцій, але служить і кращому розумінню експертом всієї справи, а також сприяє певному людському зближенню з підекспертними, які добре це відчують.

КОНТРОЛЬНІ ЗАВДАННЯ

Завдання № 1

Пацієнт Р., 29 років направлений на експертизу у зв'язку із звинуваченнями в здійсненні розпусних дій над неповнолітніми.

Ріс і розвивався нормально. В семирічному віці закохався в однокласницю. Не спав ночами, думав про неї, плакав, коли довго не бачив. Незабаром сім'я дівчинки переїхала в інше місто. Довго не міг її забути. З 13 років почав мастурбувати, при цьому уявляв собі образ цієї дівчинки. Статеве життя з 17 років, при цьому для сексуального збудження необхідно було уявити образ цієї дівчинки. Одружився в 20 років. З 26 років почав відмічати інтерес до дівчаток 6-7 років, особливо якщо їх зовнішність чим-небудь нагадувала зовнішність тієї дівчинки. Двічі заманював до себе дітей на квартиру, обмацував їх статеві органи, примушував брати в руки його статевий член. Відчував при цьому сильне статеве збудження, мастурбував.

Був викритий, отримав два роки позбавлення волі. Після звільнення намагався «стримуватися», але знову був затриманий за розпусні дії з семирічною дівчинкою.

Який діагноз? Як лікувати хворого?

Завдання № 2

Французький філософ Жан-Жак Руссо в своїй «Сповіді» розповідає, що 7-річним хлопчиком в пансіонаті був закоханий в одну з вихователів – 31-літню мадмуазель Ламберье. Одного разу вона власноручно покарала його. Він відчув разом з болем і соромом хтиві відчуття, що викликало у нього нестримне бажання піддатися новому покаранню. Незабаром він знов був покараний різкими. Проте вихователька, мабуть, помітила своєрідний ефект покарання і віддалила його від себе. З того часу у нього з'явилося бажання бути

приниженим жінкою: «валятися» в ногах жінки-повелительки, виконувати її примхи, благати її про прощення.

Який діагноз?

Завдання № 3

Пацієнтка, 50 років, звернулася з приводу посиленого статевого потягу. Бажання статевої близькості не покидає її з ранку до вечора. Статевим життям з чоловіком живе 1-2 рази на тиждень. Раніше це її цілком задовольняло, а останні 3 місяці стало недостатнім. Менопауза з 52 років з помірними клінічними проявами (були приливи крові до голови, відчуття жару). Зараз це не турбує.

Який діагноз? Що могло бути причиною цього стану? Яка лікарська тактика?

Завдання № 4

А., 26 років, направлений на експертизу у зв'язку із звинуваченнями в зґвалтуванні і вбивстві дівчинки 8 років. Ріс і розвивався нормально. Відмічалися такі ознаки як запальність, гнів, що переходили в лють. З 12 років мастурбація, що супроводжується фантазіями: він принижує, б'є, примушує благати про пощаду. Статеве життя з 20 років. Одного разу побив і до крові куснув партнерку. Завжди хотілося заподіяти біль, принизити. Останніми роками виникали фантазії про те, що він знущається і вбиває маленьких дівчаток.

Дівчинку заманив в підвал, зґвалтував, порвав піхву і убив. Висновок судово-психіатричної експертизи: «психічно хворим не вважається, психічними захворюваннями не страждає, і є психопатичною особою».

Який діагноз?

Завдання № 5

Науковий співробітник, 49 років, автор більше 25 винаходів, звернувся з проханням позбавити його від нав'язливого потягу оголяти свої статеві органи перед незнайомими жінками.

Ріст 175 см, вага 77 кг, статура атлетична, статеві органи добре виражені, розвинутий. Вигляд і манери мужні. Мастурбацію, почату в 8 років, продовжує від 2-3 разів до 7 разів на тиждень. Іноді під час роботи йде в туалет, щоб вчинити мастурбаційний акт. Одружений 27 років, сину 26 років.

З дружиною живе статевим життям 2-3 рази на тиждень. Хотів би жити частіше, але дружина дуже втомлюється і відмовляється від більш частих статевих актів. Оргазм при статевому акті виникає через 7-10 хвилин, при мастурбації - через 2-3 хвилини. Дружині ніколи не зраджував, побоюючись, що раптом не наступить ерекція при зближенні з іншою жінкою. По характеру недовірливий, запальний, різкий, тяжко перемикається з одного виду діяльності на іншій. Алкоголь майже не вживає, «через зниження статевої функції».

В 25-річному віці, повертаючись з фронту в товарному потягу, разом з іншими пасажирами зайшов в куці для того, щоб помочитися. Коли мочився, поряд випадково виявилася молода жінка 25 років, вона побачила його статеві органи, це викликало у нього статеве збудження, і він тут же вчинив мастурбаційний акт. З того часу спалахнуло бажання оголюватися перед жінками приблизно 25-річного віку. Потяг до демонстрації своїх оголених статевих органів посилюється, якщо бачить в трамваї або на вулиці цікаву молоду жінку, особливо в міні-спідниці. Протягом останніх 20 років по 4-5 разів на місяць оголювався в парку перед молодими жінками, раптово з'являючись з куців, після чого проводив мастурбаційний акт. Страждає від цього потягу. Просить йому допомогти. Неодноразово затримувався органами правопорядку.

Вкажіть діагноз і лікування.

Завдання № 6

Чоловік, 25 років, скаржиться на відсутність адекватних ерекцій при спробі статевого акту. Іноді статевий акт вдається з неповною ерекцією, досягнутою за рахунок активних мануальних ласк партнерки. В таких статевих актах важко досягти оргазму (незавершені статеві акти - до 50%).

Статеві акти, що вдалися, бувають 2-3 рази на місяць. Спроби статевого акту до 4 разів на тиждень. Партнерка досягає оргазму за рахунок його пестошів (мануальна кліторна стимуляція). З партнеркою сексуальні відносини близько 6 місяців. Статеве життя з 19 років. З іншими жінками були такі самі сексуальні порушення. Мастурбує до 6 разів на тиждень. При цьому ерекція і статеве збудження сильне і закінчується яскравим оргазмом.

Обстежений: соматично і психічно здоровий. Був встановлений діагноз: «психогенна імпотенція». Рекомендована психотерапія (від секс-терапії з партнеркою відмовився).

Під час психотерапії зважився відкрити свої справжні сексуальні фантазії під час мастурбації, які раніше описував як цілком нормативні. Сексуальні фантазії були садистичними. Уявляв, як він психологічно домінує і фізично катує жінку. В реальній партнерській практиці садистичні тенденції пригнічував, рахуючи їх неприпустимими.

Який діагноз? Яке лікування?

Завдання № 7

Дівчинка 6 років приведена на прийом матір'ю, яка занепокоєна поведінкою дочки. Протягом 1,5 року дівчинка стверджує, що вона хлопчик. Не хоче носити жіноче ім'я Маша, а просить називати її Михайликом. Не бажає носити зачіску з бантами, просить купити їй штанці.

Під час дитячих ігор, наприклад в «тата і маму», грає роль «тата», заявляючи, що вона хлопчик, не хоче грати з ляльками. Фізичний і психічний

розвиток відповідає віку. Статеві органи розвинуті по жіночому типу, без патології. Вагітність у матері протікала нормально.

Ваш діагноз і рекомендації?

Завдання №8

Хвора, 40 років, з дитинства мала деякі мужоподібні соматичні і психічні особливості, проте місячні з 14 років, регулярні. У віці 19-24 років підтримувала активні гомосексуальні відносини по черзі з трьома партнерками, граючи чоловічу роль. Потім під впливом переконання близьких і психотерапевтичної дії почала гетеросексуальне статеве життя, вийшла заміж.

Близькість з чоловіком спочатку не приносила задоволення, не дивлячись на його хороші статеві здібності. В статевих відносинах перехопила ініціативу, уявляла собі, що чоловік - це її партнерка, і почала отримувати оргазм. В сім'ї стала лідером. Мають сина 9 років. Відносини в сім'ї хороші. Протягом останніх трьох тижнів був рецидив гомосексуального зв'язку під час від'їзду чоловіка, після чого гетеросексуальне статеве життя відновилося.

Ваш діагноз? Дайте рекомендації.

Завдання №9

Чоловік 49 років направлений на консультацію у зв'язку з проханням про визнання його жінкою. Одружився в 23 роки. Живе нормальним статевим життям з дружиною, має двох дорослих дітей. Фігура чоловіча, лише трохи широкуваті стегна. Регулярно голиться. Чоловічі статеві органи добре розвинуті, без ознак гермафродизму.

З дитинства виховувався як хлопчик, хоча любив приміряти жіночі сукні і говорити, що «став дівчинкою». В юнацькі роки все частіше з'являлося відчуття своєї приналежності до жіночої статі і бажання носити жіночий одяг. Статевий потяг до чоловіків ніколи не відчував, дівчата ж викликали у нього статеве відчуття. Особливо його збуджував вид голого жіночого тіла і дотик до

нього. Статеве життя почав в 18 років з дівчиною на три роки старше. Після закінчення інституту був призваний до армії. Успішно просувався по службі.

При будь-якій слушній нагоді одягав жіночі сукні, приховував це від товаришів по службі. Після демобілізації з армії став одягати їх вдома постійно. Дружина стала протестувати проти цього, що він ходить в жіночій сукні, вишиває, підмітає підлогу, готує обід. Тоді він подав заяву до органів правопорядку з метою офіційно визнати його жінкою, що б він міг вільно ходити в жіночому одязі. Ознак психічного захворювання не має.

Який діагноз і рекомендації?

Завдання № 10

Пацієнтка, 26 років, звернулася зі скаргами на відчуття туги і самотності, які виникли після розриву з подругою М., з якою протягом 4 років підтримувала сексуальні відносини. Росла і розвивалася нормально. В дитинстві любила грати в ляльки, інші ігри дівчаток. Цікавилася жіночим одягом, прикрасами, була кокетлива. Закохувалася в хлопчиків, ходила на побачення. Завжди відчувала себе жінкою. Місячні з 13 років, регулярні. Статеве життя з 17 років. До заміжжя - три короткочасні статеві зв'язки з молодими людьми.

Одружена з 23 років, за взаємними почуттями. Під час статевого життя з чоловіком оргазму ніколи не досягала, мабуть через недосконалість сексуальної техніки. Виникало лише обтяжливе статеве збудження. Чоловік виявився грубим, неуважним, часто випивав. Через 3 роки розійшлася з ним. Відчувала себе самотньою. В цей час познайомила з М., провідним інженером, на 9 років старшою, розумною енергійною жінкою, яка стала приділяти їй багато уваги. За ініціативою М., вступила з нею у сексуальні відносини. Вперше в житті відчула сильний оргазм. Із М. щодня були статеві акти шляхом мануального збудження ділянки клітора. Поступово розвинулася сексуальна прихильність до М. Інтерес до чоловіків згасав. Вдома М. поводи́ла себе як

чоловік, жіночу роботу поклала на партнерку, виглядала дещо мужоподібною, не любила жіночих прикрас. Останнім часом відносини з нею погіршилися. З'ясувалося що у М., з'явилася нова партнерка. Це і було причиною їх розриву.

Який діагноз і рекомендації?

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ:

1. Міждисциплінарна область наукових досліджень статі і сексуальності, включаючи їх анатомічний, фізіологічний, психологічний, медичний, соціологічний, історичний, правовий, релігійний, літературний і художній аспекти:

Сексологія

Валеологія

Фізіологія

Антропологія

Історія

2. Родоначальники сексології, що почали систематичне вивчення статевого життя, лікарі:

Ріхард фон Крафт-Ебінг, З. Фрейд

Август Форель

Г.С. Васильченко

Магнус Гіршфельд

А.М. Свядоц

3. Основоположник сексології, який вважав що лібідо становить джерело всієї психічної енергії індивіда, її основу, стрижень:

Зигмунд Фрейд

Іван Блох

Альберт Молль

Генрі Хевлок Елліс

Альберт Молль, Іван Блох

4. Характер досліджень в області сексології американського вченого Альфреда Чарльза Кінсі:

Об'єктивне вивчення сексуальної поведінки через проведення 19000 інтерв'ю

Виділення фаз психосексуального розвитку

Дослідження «лабораторного» сексу

Розробка теорії сексуального сценарію

Всі перераховані

5. Характер досліджень в області сексології американських вчених гінеколога Вільяма Мастерса і психолога Вірджинії Джонсон:

Об'єктивне вивчення сексуальної поведінки через проведення 19000 інтерв'ю

Виділення фаз психосексуального розвитку

Дослідження «лабораторного» сексу

Розробка теорії сексуального сценарію

Спостереження

6. Вперше об'єктивно описані фази копулятивного циклу:

У. Мастерс і В. Джонсон

3. Фрейд

А. Кінсі

А. Маслоу

А. Свядоц

7. Галузь сексології, що вивчає загальні властивості і процеси, з якими пов'язане біологічне і соціально-психологічне забезпечення сексуальної активності:

Загальна (нормальна) сексологія

Клінічна сексологія

Культуральна сексологія

Судова сексологія

Всі перераховані

8. Галузь сексології, що вивчає різні аспекти діагностики, лікування і профілактики сексуальних розладів:

Клінічна сексологія

Загальна (нормальна) сексологія

Культуральна сексологія

Судова сексологія

Е. Всі перераховані

9. Головні підходи, що служать основною теоретичною орієнтацією сучасної сексології:

Біолого-еволюційний

Соціо-культурний

Космополітичний

Психологічний

Еволюційний

10. Принципи статевого диференціювання Джона Мані:

Диференціювання і розвитку, критичних періодів, стадіального диференціювання

Стадіального (послідовного) диференціювання

Критичних періодів

Адама

Всі перераховані

11. Принцип статевого диференціювання Джона Мані, який говорить, що на всіх критичних стадіях розвитку, якщо організм не отримує додаткових сигналів або команд, то статеве диференціювання автоматично йде за жіночим типом:

Адама

Стадіального (послідовного) диференціювання

Критичних періодів

Диференціювання і розвитку

Критичних періодів, диференціювання і розвитку

12. Принцип статевого диференціювання Джона Мані, який говорить, що кожному етапу статевого диференціювання відповідає певний період розвитку, коли організм найбільш чутливий до негативних впливів:

Стадіального (послідовного) диференціювання

Диференціювання і розвитку

Критичних періодів

Адама

Адама, критичних періодів

13. Основні прояви нормальної сексуальності у чоловіків:

Оргазм

Ерекція

Еякуляція

Любрикація

Лібідо

14. Один з проявів нормальної сексуальності у чоловіків, що характеризується збільшенням статевого члена в обсязі в порівнянні зі станом спокою і придбання ним механічної твердості, необхідної для нормального статевого акту:

Ерекція

Еякуляція

Оргазм

Лібідо

Лібідо, оргазм

15. Один з проявів нормальної сексуальності у чоловіків, що характеризується виділенням продуктів діяльності сім'яників і придаткових статевих залоз:

Еякуляція

Ерекція

Оргазм

Лібідо

Лібідо, оргазм

16. Один з проявів нормальної сексуальності у чоловіків, що характеризується вищим ступенем насолоди в момент закінчення статевого акту:

Оргазм

Еякуляція

Ерекція

Лібідо

Лібідо, оргазм

17. Формування стереотипу статевої поведінки відбувається в:

Препубертатному періоді

Парапубертатному періоді

Пубертатному періоді

Інволюційному періоді

Перехідному періоді

18. Статеве дозрівання формується в:

Парапубертатному періоді

Препубертатному періоді

Пубертатному періоді

Інволюційному періоді

Перехідному періоді

19. Морфологічна стать формується:

При народженні

У період статевого дозрівання

При зачатті

У перший період сексуальності

На сьомому тижні внутрішньоутробного розвитку

20. Генетична стать людини визначається:

При зачатті

У період статевого дозрівання

При народженні

У перший період сексуальності

На сьомому тижні внутрішньоутробного розвитку

21. Поєднання ексцесів з періодами абстиненції характерно для:

Перехідного періоду

Препубертатного періоду

Пубертатного періоду

Інволюційного періоду

Першого періоду сексуальності

22. Платонічне лібідо формується в:

Пубертатному періоді

Препубертатному періоді

Першому періоді сексуальності

Інволюційному періоді

Перехідному періоді

23. Еротичне лібідо формується в:

Пубертатному періоді

Препубертатному періоді

Першому періоді сексуальності

Інволюційному періоді

Перехідному періоді

24. Період зрілої сексуальності відповідає віку:

26-55 років

12-18 років

16-26 років

51-70 років

1 - 7 років

25. Для інволюційного періоду характерний вік:

51-70 років

12-18 років

16-26 років

26-55 років

1 - 7 років

26. Для інволюційного періоду характерно:

Зниження статевої активності

Формування еротичного лібідо

Формування платонічного лібідо

Формування еротичного лібідо

Входження в смугу умовно фізіологічного ритму

27. За «чоловічий» або «жіночий» тип відповідає:

Церебральна стать

Гормональна стать

Морфологічна стать

Генетична стать

Гонадна стать

28. Умовно фізіологічний ритм встановлюється у:

Першому періоді сексуальності

Препубертатному періоді

Пубертатному періоді

Інволюційному періоді

Перехідному періоді

29. Умовно фізіологічний ритм встановлюється у віці:

26-55 років

12-18 років

16-26 років

51-70 років

1-7 років

30. Який сегмент спинного мозку відповідає за центр ерекції:

S1-S3

L2-L4

Th12-L2

L1-L2

Th10 - Th12

31. При першій фазі еякуляції (виділення сімені) імпульси йдуть від сегмента спинного мозку:

Th12-L4

L1-L2

S1-S3

L1-L2

E. Th10 - Th12

32. Де накопичується сперма перед еякуляцією:

У цибулинному відділі уретри

У сім'яних пухирцях

D. defferens

У додатках яєчка

У висячому відділі уретри

33. У другій фазі еякуляції парасимпатичні імпульси йдуть із сегментів спинного мозку:

Th12-L4

S2-S4

L2-L4

L1-L2

Th10 - Th12

34. Формування статевої приналежності закінчується до:

2 років

4 років

7 років

10 років

12 років

35. Стадії копулятивного циклу:

Психічна, ерекційна, фрикційна, еякуляторна, рефрактерна

Фрикційна, ерекційна, еякуляторна, рефрактерна, психічна

Ерекційна, еякуляторна, фрикційна, рефрактерна

Ерекційна, психічна, еякуляторна, фрикційна, рефрактерна

Психічна, фрикційна, рефрактерна, ерекційна, еякуляторна

36. Рішення жінкою статевої близькості відбувається в:

Психічну стадію

Сенсорну стадію

Секреторну стадію

Оргастичну стадію

У стадію - спад збудження

37. Підвищена чутливість ерогенних зон настає в:

Сенсорну стадію

Секреторну стадію

Психічну стадію

Оргастичну стадію

Стадію копулятивного циклу - спад збудження

38. Яка послідовність копулятивного циклу у жінки:

Психічна, сенсорна, секреторна, оргастична, спад збудження

Психічна, сенсорна, секреторна, оргастична

Психічна, секреторна, оргастична, сенсорна, спад збудження

Сенсорна, секреторна, психічна, оргастична, спад збудження

Сенсорна, оргастична, секреторна, психічна, спад збудження

39. Формуванням «оргастичної манжетки» завершується стадія копулятивного циклу, яка:

Секреторна

Сенсорна

Психічна

Оргастична

Спад збудження

40. До сурогатних форм статевого життя відноситься:

Мастурбація

Гомосексуальний коїтус

Гетеросексуальний коїтус

Полюція

Фрустрація

41. До сурогатних форм статевого життя відноситься:

Петинг

Гомосексуальний коїтус

Гетеросексуальний коїтус

Полюція

Фрустрація

42. Що відноситься до вікарних форм статевого життя:

Полюції

Гомосексуальний коїтус

Петинг

Гетеросексуальний коїтус

Фрустрація

43. До патологічних форм статевого життя відноситься:

Гомосексуальний коїтус

Гетеросексуальний коїтус

Петинг

Полюції

Фрустрація

44. До екстрагенітальних форм статевого життя відноситься:

Платонічна любов

Гомосексуальний коїтус

Петинг

Полюції

Фрустрація

45. До екстрагенітальних форм статевого життя відносяться:

Танці

Гомосексуальний коїтус

Петинг

Полюції

Мастурбація

46. Який об'єм яєчка у дорослого чоловіка:

15 мл

12 мл

14 мл

10 мл

20 мл

47. Який відсоток рухливих сперматозоїдів в голівці додатка яєчка:

15%

12%

30%

60%

70%

48. Відсоток рухливих сперматозоїдів в тілі додатка складає:

60%

12%

30%

3%

70%

49. Частка рухливих сперматозоїдів в дистальній частині додатка яєчка:

30%

12%

60%

3%

70%

50. Кількість рухливих сперматозоїдів у хвості додатка яєчка:

3%

12%

30%

60%

70%

51. Щодня утворюється сперматозоїдів:

123 млн. сперматозоїдів

40 млн. сперматозоїдів

63 млн. сперматозоїдів

50 млн. сперматозоїдів

153 млн. сперматозоїдів

52. У кожному яєчку знаходиться щодня:

200-400 сім'яних канальців

600-1200 сім'яних канальців

1500-2000 сім'яних канальців

2000 - 2500 сім'яних канальців

більше 3000 сім'яних канальців

53. Який гормон необхідний для нормального сперматогенезу:

ФСГ

ЛГ

АКТГ

Пролактин

Естрадіол

54. Інгібін виробляється в:

Клітинах Сертолі

Клітинах Лейдіга

Сперматогенному епітелію

Простаті

Сім'яних пухирцях

55. Зниження рівню естрогенів призводить до:

Атрофії сперматогенного епітелію

Зменшення жирової маси

Наростання кісткової маси

Наростання м'язової маси

Стимуляції сперматогенезу

56. Який гормон регулює вироблення інгібіну:

ФСГ

Тестостерон

ЛГ

Пролактин

Естрадіол

57. Як можна знизити рухливість сперматозоїдів під впливом медикаментів:

Не можна

На 20 днів

На місяць

На 10 днів

На 5 днів

58. У пацієнта С., 34 років гінекомастія. Який гормон відповідає за цей стан:

Пролактин

ФСГ

ЛГ

Тестостерону

Кортизол

59. При галактореї необхідно визначити рівень гормону:

ФСГ

Тестостерону

ЛГ

Пролактину

Кортизолу

60. Основна частина еякуляту знаходиться в:

Сім'яних пухирцях

Куперових залозах

Простаті

Яечку

Додатку яєчка

61. При яких захворюваннях чоловіка неможливо запліднити жінку:

Стовбуровій гіпоспадії

Монорхізму

Однобічному крипторхізмі

Варикоцеле

Однобічній гіпоплазії яєчка

62. Яке співвідношення тестостерону і естрадіолу в нормі:

10:1

5:1

1:5.

1:10

1:3

63. Пацієнт отримує замісну гормонотерапію. Який провідний показник необхідно постійно контролювати:

ПСА

Тестостерону

Естрадіолу

ЗАК

ЗАС

64. Як правильно провести посткоїтальний тест:

6-16 годин

2 години

3 години

4 години годин

16 - 20 годин

65. Який відсоток хромосомних аномалій зустрічається у безплідних чоловіків:

5%

2%

1%

10%

50%

66. Який відсоток хромосомних аномалій зустрічається у пацієнтів з азооспермією:

16%

2%

5%

1%

25%

67. Скільки сперматид на поперечному зрізі сім'яних канальців при гіпосперматогенезі:

До 20 сперматид

До 10 сперматид

До 30 сперматид

До 40 сперматид

До 50 сперматид

68. Яка причина анеякуляції:

«Розрив» нервових шляхів, які контролюють виділення сперми в задню уретру

Пошкодження шийки сечового міхура

Запальний процес в передміхуровій залозі

Наслідки епідидиміту

Везикуліт

69. Причина анеякуляції може бути при:

Ураженні спинного мозку

Пошкодженні шийки сечового міхура

Запальному процесі в сім'яних пухирцях

Наслідки епідидиміту

Стриктурі уретри

70. Чоловік А. 34 років скаржиться на відсутність сперми в еякуляті. Оргазм стертий, віддалено нагадує те що у нього було 3 роки тому. В анамнезі

ДТП 2 роки тому. Розрив спинного мозку в поперековому відділі. Яка причина даного стану:

«Розрив» нервових шляхів, які контролюють виділення сперми в задню уретру

Везикуліт

Простатит

Стриктуря уретри

Низький рівень тестостерону

71. На яких стадіях сперматогенезу наявність круглих і подовжених сперматид:

I стадії сперматогенезу

II стадії сперматогенезу

IV стадії сперматогенезу

V стадії сперматогенезу

VI стадії сперматогенезу

72. Наявність дозріваючих сперматид характерно для:

II стадії сперматогенезу

I стадії сперматогенезу

III стадії сперматогенезу

IV стадії сперматогенезу

VI стадії сперматогенезу

73. Зрілі сперматиди з'являються в просвіті каналця при:

III стадії сперматогенезу

II стадії сперматогенезу

I стадії сперматогенезу

IV стадії сперматогенезу

V стадії сперматогенезу

74. Як впливає частота еякуляцій на швидкість сперматогенезу:

Не впливає

Прискорює

Пригнічує

Гальмує

Стимулює

75. Яка інфекція найчастіше передається статевим шляхом:

Хламідіоз

Трихомоніаз

Уреаплазмоз

Гонорея

Сифіліс

76. На У-хромосомі розташовано:

34 гена

24 гена

42 гена

44 гена

26 генів

77. Ожиріння, олігофренія, гіпогонадотропний гіпогонадизм характерні для:

Синдрому Прадера Віллі

Синдрому Клайнфельтера

Хвороби Кенеді

Синдрому Колмана

Синдрому Дель-Кастільо

78. Синдром, при якому має місце порушення рухливості сперматозоїдів, хронічний синусит, бронхоектази:

Синдром Картагенера

Синдром Клайнфельтера

Хвороба Кенеді

Синдром Прадера Віллі

Синдром Колмана

79. До вроджених видів гіпергонадотропного гіпогонадизму відносять:

Синдром Клайнфельтера

Синдром Колмана

Синдром Лоренса-Муна

Синдром Прадера Віллі

Гіпофізарний нанізм

80. Що утворює протоку придатка:

6-12 сім'явиносних каналців

3-5 сім'явиносних каналців

20-30 сім'явиносних каналців

15-20 сім'явиносних каналців

25-30 сім'явиносних каналців

81. З мюллерової протоки в чоловічому організмі формується:

Чоловіча маточка

Додаток яєчка

Сім'явиносна протока

Уретра

Сім'яні пухирці

82. З вольфової протоки в чоловічому організмі формується:

Додаток яєчка

Чоловіча маточка

Статевий член

Уретра

Калитка

83. Монорхізм часто поєднується з:

Аплазією нирки

Справжнім гермафродитизмом

Гідронефрозом

Подвоєнням нирки

Несправжнім гермафродитизмом

84. Частота нетримання сечі у хлопчиків з епіспадією становить:

70%

100%

50%

40%

10%

85. Який відсоток варикоцеле у чоловіків:

10-15%

20-30%

30-40%

3-8%

До 1%

86. Яка частота безпліддя у хворих, що страждають на варикоцеле:

15%

20-30%

35-40%

8-9%

до 1%

87. Які ускладнення частіше зустрічаються при операції Іванісеви́ча:

Гідроцеле

Рецидив варикоцеле

Атрофія яєчка

Кровотеча

Епідідіміт

88. Який метод дозволяє провести диференційну діагностику монархізму і черевного крипторхізму:

100% діагностичного тесту немає, показаний комплекс обстежень

Тестикулоангіографія

Комп'ютерна томографія

Лапароскопія

Радіоізотопна сцинтиграфія

89. Прогноз фертильності при паховому крипторхізмі залежить:

Від термінів перебування яєчка в паховому каналі

Від термінів виконання операції

Від ступеню морфологічних порушень строми яєчка

Від тяжкості порушення кровопостачання яєчка

Від генетики статі

90. Синорхідизм - це:

Внутрішньочеревне зрощення яєчок

Вроджена відсутність яєчок

Перехресна дистопія яєчок

Наявність одного яєчка

Гіпотрофія яєчок

91. Анорхізм - це:

Гонадна агенезія

Гермафродитизм

Двобічне неопущення яєчок

Вроджена гіпоплазія яєчок

Синдром фемінізуючих яєчок

92. Для перекруту яєчок характерно:

Раптовий початок, швидко наростаючий набряк калитки, виражений больовий синдром, гіперемія калитки

Раптовий початок, «світлий» проміжок, далі гіперемія калитки, поступове наростання набряку

Поступовий початок, слабо виражений больовий синдром

Помірна гіперемія і набряк калитки без больового синдрому

Симптоматика залежить від віку

93. Чоловік, 47 років. Скаржиться на ослаблення статевого потягу і зниження статевої активності. Статеві акти 1 раз на тиждень, не стільки за бажанням, скільки по «сімейному обов'язку». Ерекція зазвичай неповна. Тривалість статевого акту - до 5 хв. Одружений 18 років, є діти - 17 і 13 років. Відносини з дружиною хороші. Вона задоволення отримує. Зазначає зниження настрою, млявість, стомлюваність. В останні роки додав у вазі. Соматичної патології не виявлено, медичних препаратів не отримує. Кремастерні і кавернозні рефлекси в нормі. Передміхурова залоза і аналіз її секрету - без патології. Спермограма: астенозооспермія, рівень фруктози знижений, тест на кристалізацію слабо виражений. При гормональному обстеженні виявлено зниження рівня гормонів щитовидної залози (Т3 і Т4). Який діагноз?

Зниження статевого потягу (гіполібідемія) при гіпотиреозі

Уявне порушення статевої функції зі зведенням на себе уявних вад (дисморфоманічний синдром)

Психогенна сексуальна дисфункція внаслідок неврозу очікування невдачі

Психогенна (істерична) геніталгія

Мазохізм

94. Чоловік 26 років звернувся з приводу того, що не може задовольнити дружину в статевих відносинах, так як статевий акт здійснює до 5-6 хв, дружині ж потрібно хвилин 8 - 10 без зупинки. Проводить психоеротичну підготовку дружини до акту у вигляді ласк тіла і області геніталій протягом 2-3 хв. Проводити більш довго не може, так як це його занадто збуджує. Статевим життям живе 3-5 разів на тиждень. Максимальний статевий ексцес - 3 акти за ніч. Статеві органи нормально розвинені, урологічних і неврологічних змін немає. Який діагноз?

Чоловік і дружина в статевих відносинах здорові. Зниження статевого потягу (гіполібідемія) при гіпотиреозі

Уявне порушення статевої функції зі зведенням на себе уявних вад (дисморфоманічний синдром)

Психогенна сексуальна дисфункція внаслідок неврозу очікування невдачі

Психогенна (істерична) геніталгія

Зниження статевого потягу (гіполібідемія) при соматичних захворюваннях

95. Чоловік, 42 років, скаржиться на неможливість статевого життя через вкрай слабку ерекцію. Статевий потяг збережено. Знижена чутливість статевого члена. Ерекція не підсилюється від пестоців дружини. При спробах мастурбації, як і при спробах статевого акту, ерекція слабка: виникає неповна фаза набухання, фаза ригідності недосяжна. Спонтанні ерекції теж ослаблені. Домогтися оргазму не вдається ні при мастурбації, ні при пестошах дружини. Погіршення статевої функції виникло після травми спинного мозку (падіння з висоти) 5 років тому. До цього статеві функції були нормальними. За 5 років сталося часткове поліпшення функції нижніх кінцівок і тазових органів. Пацієнт пересувається з тростиною. Для дефекації і сечовипускання потрібні напруження і інші зусилля. Який діагноз ?

Порушення статевої функції внаслідок стійких залишкових явищ травматичного ураження спинного мозку

Уявне порушення статевої функції зі зведенням на себе уявних вад (дисморфоманічний синдром)

Психогенна сексуальна дисфункція внаслідок неврозу очікування невдачі.

Чоловік здоровий

Зниження статевого потягу (гіполібідемія) при соматичних захворюваннях

96. Хворий, 26 років, звернувся зі скаргою на неможливість почати статево життя через імпотенцію. Ріс, розвивався нормально. За характером тривожно недовірливий, невпевнений у своїх силах, легко бентежить. У 25 років намагався здійснити статевий акт з ініціативи дівчини, але зазнав невдачі

через сексуальну недосвідченість і передчасного сім'явиверження. Було ще дві спроби, але на них йшов «як на іспит», боявся невдач. Ерекція пропадала у вирішальний момент. Незважаючи на це, одружився, так як лікар запевнив його, що це у нього «на нервовому ґрунті» і, якщо одружиться, то все пройде. Одружений вже 2 міс., але статеве життя почати не може, так як ерекції пропадають в останній момент. Коли акт здійснити не можна, то ерекція хороша. Який діагноз ?

Психогенна сексуальна дисфункція внаслідок неврозу очікування невдачі у тривожно-недовірливої особистості

Уявне порушення статевої функції зі зведенням на себе уявних вад (дисморфоманічний синдром)

Порушення функції спинного мозку (центрів)

Чоловік здоровий

Транзиторна форма гомосексуальності

97. Мати чоловіка 36 років звернулася за порадою з приводу того, що її син не цікавиться жінками, неодружений і підтримує сексуальні відносини з чоловіком 42 років. До цього у нього був інший «товариш». Син працює перукарем. Носить зачіску «з кіскою». Ріс, розвивався нормально, був тихою сором'язливою дитиною. Навчався задовільно, уникав хлоп'ячих ігор, дружив з дівчатками як з товаришами. До жінок не залицявся, статевого потягу до них не виявляв. Статеві органи чоловічі, добре розвинені; голиться. Каже, що у нього просто більше спільного з чоловіками, ніж із жінками, тому «друзі» у нього чоловіки. Від відвідувань лікаря відмовляється. Ваш можливий діагноз ?

Гомосексуалізм - статевий потяг до осіб однойменної статі зі статевими контактами між ними

Уявне порушення статевої функції зі зведенням на себе уявних вад (дисморфоманічний синдром)

Психогенна сексуальна дисфункція внаслідок неврозу очікування невдачі

Психогенна (істерична) геніталгія

Чоловік здоровий

98. Хворий 29 років. Скарги на прискорене сім'явиверження. Статеве життя з 19 років. Одружений 2 роки. Статеві акти 4-5 разів на тиждень. Максимальний статевої ексцес - 4 акти за ніч. Ерекція виникає легко, еякуляція - після 5-6 фрикцій. При щоденному статевому житті або повторних актах - до 10-15 фрикцій. Дружині потрібна велика тривалість статевого акту. Алкоголь і заспокійливі ліки не давали ефекту. Хворий правильної статури. Статеві органи добре розвинені. При урологічному і неврологічному дослідженні патології не виявлено. За характером товариський, емоційний, реакції жваві. Який діагноз ?

Первинна (вроджена) форма передчасної еякуляції

Чоловік здоровий

Психогенна сексуальна дисфункція внаслідок неврозу очікування невдачі
Неврастенія

Хронічний простатит

99. Чоловік 55 років, скаржиться на ослаблення і болючість ерекцій, викривлення члена, що ускладнює статевий акт. Статевий потяг не знижено, але через болі почав уникати статевих актів, живе статевим життям 1 раз на 7 - 10 днів. Хворіє близько 1,5 років. При пальпаторному обстеженні статевого члена в його дорсальній частині визначається ділянка ущільнення довжиною 1,5-3 см. Який діагноз?

Хвороба Пейроні

Чоловік здоровий

Пухлина статевого члена

Неврастенія

Хронічний простатит

100. Чоловік 31 року скаржиться на слабку збудливість, порідшення статевого життя до 1-2 разів на тиждень. При спробах більш частих статевих актів важко домогтися ерекції, можуть бути незавершені статеві акти, не здатний на повторні статеві акти. Тривалість зносини до 5 - 10 хв. Дружина

задоволення отримує. Її влаштовує наявний статевий режим. Відносини в родині хороші. Розвивався нормально. Статевий потяг з 15 років, перша еякуляція в 17 років при полюції. Початок статевого життя в 20 років. Одружений з 23 років. Дитині - 1,5 року. Максимальний сексуальний ексцес - 2 статевих акти. Пацієнта, як і його дружину, наявний рівень статевої активності перш влаштовував. Приводом до звернення на сексологічний прийом з'явилася бесіда з друзями на роботі, де обговорювалася чоловіча сексуальність, і рівень його статевої активності був оцінений як такий, що не відповідає віку. При обстеженні соматичної і психіатричної патології у пацієнта не виявлено, визначена слабка статева конституція. Який діагноз ?

Уявна сексуальна дисфункція з пред'явленням до себе надмірних вимог на тлі слабкої статевої конституції

Чоловік здоровий

Психогенна сексуальна дисфункція внаслідок неврозу очікування невдачі.

Первинна (вроджена) форма передчасної еякуляції

Хронічний простатит

101. Чоловік, 35 років, скаржиться на відсутність еякуляції при наявності оргазму. «Сухий оргазм» відзначається як при статевих актах, так і при мастурбації. Статеве життя 2-3 рази на тиждень. Ерекція нормальна. Тривалість статевих зносин 5 - 10 хв. Раніше оргазм супроводжувався сім'явиверженням. «Сухий оргазм» відзначає близько 2 років. Пацієнт одружений 10 років. Дитині 8 років. Страждає на цукровий діабет. Урологічної патології не виявлено. Який діагноз?

Асперматизм

Ретроградна еякуляція

Везикуліт

Неврастенія

Хронічний простатит

102. Хлопчик С, 5 років, приведений на консультацію матір'ю в зв'язку з тим, що «в дитячому садку він проявляє підвищений інтерес до дівчаток», спонукає їх розглядати статеві органи один у одного, а також природні відправлення. Часто обіймає і цілує одну з дівчаток і каже, що він одружується з нею. Фізичний та інтелектуальний розвиток відповідають віку. Який діагноз?

Хлопчик здоровий. Прояви статевої допитливості є закономірним етапом статевого розвитку. Рекомендуються педагогічні методи корекції поведінки

Відставання в психофізичному розвитку

Зниження вироблення соматотропного гормону

Неврастенія

Кретинізм

103. Чоловік, 28 років, скаржиться на відсутність ерекцій при спробах статевого акту з кожною новою партнеркою. Коли зникає до жінки, труднощів у статевого життя не виникає. Одружений 6 років. З дружиною статеві функції нормальні, відносини з нею хороші. Порушення ерекції виникають у пацієнта при періодичних позашлюбних зв'язках. Спонтанні ерекції хороші. Статева конституція середня. Соматичних і психічних захворювань не виявлено. За характером дещо тривожний, недовірливий, схильний до самокопання, фіксований на своїх сексуальних проблемах. Який діагноз?

Психогенна ситуаційна сексуальна дисфункція внаслідок невроту очікування невдачі

Відставання в психофізичному розвитку

Зниження лібідо

Неврастенія

Хронічний простатит

104. Чоловік Л., 20 років, направлений на консультацію в зв'язку з періодично виникаючим посиленням статевим потягом, що супроводжується тяжкою ерекцією і бажанням статевої розрядки. Напади виникають раптово, без зовнішнього приводу і тривають кілька хвилин. У цей час погано володіє собою

і не намагається послабити збудження шляхом мастурбації. Вид жінки підсилює збудження і викликає бажання обійняти жінку, здійснити статевий акт. У 16-річному віці переніс важку травму черепа. Через рік після цього з'явилися рідкісні епілептиформні судомні напади та напади посиленого статевого потягу. Який діагноз?

Напади гіперсексуальності, що є психічним еквівалентом травматичної епілепсії

Арахноенцефаліт

Мієліт

Неврастенія

Простатит

105. Чоловік, 23 роки, скаржиться на прискорене сім'явиверження (через 5 - 10 фрикцій). Іноді ослаблена ерекція. Статеве життя регулярне, до 2-3 разів на тиждень. Оргазм у дружини викликає мануальною стимуляцією клітора. Одружений півроку. Дружині 25 років. До шлюбу пацієнт не жив статевим життям. При мастурбації оргазм виникає так само швидко, як при коїтусі. У пацієнта відзначені залишкові явища дитячого церебрального паралічу - помірно виражений спастичний парез лівої ноги. Грубих порушень функції тазових органів немає, але прискорене сечовипускання. Важко довго пригнічувати позиви до сечовипускання. Ендокринної патології не виявлено. Вкажіть діагноз:

Прискорене сім'явиверження при органічній неврологічній патології (наслідки дитячого церебрального паралічу)

Простатит

Зниження Т3-Т4

Мієліт

Передчасна еякуляція при синдромі парацентральных часточок.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ:

1. Якою є поширеність сексуальних девіацій у людській популяції?
2. Дайте визначення патологічного аутоеротизму.
3. Наскільки часто у обстежених здорових подружніх пар використовуються орально-генітальні пестощі?
4. У якому році відбулось повне виключення гомосексуалізму з DSM?
5. Наведіть визначення мазохізму.
6. Що таке транссексуалізм?
7. Наведіть основні фактори, що впливають на сексуальну злочинність.
8. Яким є «вік сексуальної згоди» в Україні та Росії?
9. Дайте визначення інцестного контакту.
10. Що є найбільш зручним місцем для проведення судово-сексологічного дослідження?

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Антонян Ю.М. Криминальная сексология / Ю.М. Антонян, А.А. Ткаченко, Б.В. Шостакович. – М. : Спарк, 1999. – 464 с.
2. Бойко Н.И., Борисенко Ю.А., Быстров А.А. и др. Сексология и андрология // Под ред. Возианова А.Ф., Горпинченко И.И. К: Абрис, 1997. – 880 с.
3. Васильченко Г.С. Половая жизнь человека // Сексопатология. - М.: Медицина, 1990. – С.41-45.
4. Горпинченко І.І. Імшенецька Л.П., Бойко М.І. та ін. Клінічна сексологія і андрологія // За ред. О.Ф. Возіанова, І.І. Горпинченко. – Київ: Здоров'я, 1996. - 536 с.
5. Дерягин Г. Б. Криминальная сексология. Курс лекций для юридических факультетов. М., 2008. – С. 72—73.
6. Дерягин Г.Б., Сидоров П.И., Соловьёв А.Г. Психосоциальные предпосылки сексуально-виктимного и криминогенного поведения молодёжи // Сексология и сексопатология. – 2003. – № 6. – С.30-37.
7. Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С. Функциональная женская сексопатология. – Пермь, ТОО "Репринт", 1994. - 272 с.
8. Имелинский К. Сексология и сексопатология / Пер. с польск. – М.: Медицина, 1986. - 424 с.
9. Кон И.С. Введение в сексологию. – М.: Медицина, 1988. -320 с.
10. Кон И.С. Любовь небесного цвета. – СПб.: «Продолжение жизни», 2001. – 384 с.
11. Кочарян Г.С. Гомосексуальные отношения и современная Америка // Здоровье мужчины. – 2007. – №4 (23). – С. 85–94.
12. Кочарян Г.С. Современная сексология. – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.
13. Кочарян Г.С. Гомосексуальные отношения и общество. Сообщение 2. Взгляды на гомосексуальность в постсоветской России // Медицинская психология. – 2007. – Т. 2., №4. – С. 65–75.

14. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология в 4-х частях - Харьков: "Академия сексологических исследований", 1999. -1152 с.
15. Лев-Старович З. Секс в культурах мира /Пер. с польск. – М.: Мысль, 1991. - 255 с.
16. Саричев Я.В. Особливості застосування $\alpha 1$ -адреноблокаторів у пацієнтів із передчасною еякуляцією // Світ медицини та біології. – 2015. – Т.11. – № 3-2 (52). – С.148-150.
17. Свядош А.М. Женская сексопатология. – СПб: Питер Паб-лишинг, 1998. - 288 с.
18. Сонник Є.Г. Сучасні аспекти діагностики та лікування хронічного тазового болю / Е.Г. Сонник, Я.В. Саричев, Р.Л. Устенко // Проблеми екології та медицини. – Полтава, 2011. – Т.15. - №3-4(додаток 1). – С. 146.
19. Старович З. Судебная сексология / Пер. с польск. – М.: Юрид.лит., 1991. - 336 с.
20. Ткаченко А.А. Границы сексуальной нормы и современные классификации нарушений психосексуальных ориентаций // Аномальное сексуальное поведение / Ткаченко А.А. – Москва: ГНЦССП им. В. П. Сербского, 1997. – 426 с.



**Саричев
Ярослав Володимирович**

кандидат медичних наук, доцент кафедри урології з судовою медициною Української медичної стоматологічної академії. Автор 68 друкованих наукових робіт, 1 навчального посібника, 2 патентів.



**Устенко
Роман Леонідович**

кандидат медичних наук, старший викладач кафедри анатомії людини Української медичної стоматологічної академії, лікар-уролог. Автор 25 друкованих наукових робіт, 1 раціоналізаторської пропозиції, 2 патентів.



**Сонник
Євген Григорович**

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри анестезіології з інтенсивною терапією Української медичної стоматологічної академії. Автор більше 100 наукових та науково-методичних праць, в тому числі 4 монографій та навчально-методичного посібника.