

5. Калашник Я. М. Показания для принудительного лечения психически больных, совершивших преступление // Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. – М.: Госторгиздат, 1955. – С. 71–77.
6. Кушнир А. Н. Социально-демографические особенности больных шизофренией с разными механизмами реализации общественно опасных действий // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2013. – №4 (14). – С. 24–33.
7. Жмуров В. А. Общая психопатология. – Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 1986. – 280 с.
8. Lewis A. Opler, Stanley R. Kay, J. P. Lindenmayer, Abraham Fiszbein Structured Clinical Interview – Positive and Negative Syndrome Scale // SCI-PANSS booklet: Multi-Health Systems Inc., 1999. – 16 p.
9. Kay S.R. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia / Kay S. R., Fiszbein A., Opler L. A. // Schizophr Bull. – 1987. – № 13 (2). – P. 261–276.
10. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко [и др.]. – К.: Морион, 2000. – 320 с.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПРОДУКТИВНО-ПСИХОТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ РЕАЛИЗАЦИИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ

А.Н. Кушнир

Ключевые слова: шизофрения, клинико-психопатологическая характеристика, общественно опасные действия, механизм реализации особо опасных действий.

В статье приведены результаты анализа проявлений шизофрении у больных, представляющих особую общественную опасность и совершивших деликты по продуктивно-психотическому механизму их реализации. На примере исчерпывающей популяции таких больных в Украине выделены и описаны характерные черты их психического статуса. Оценена возможность использования указанных признаков в лечебно-реабилитационном процессе, а также в качестве прогностических показателей риска повторных преступлений у данного контингента больных.

CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL DESCRIPTION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH PRODUCTIVE-PSYCHOTIC MECHANISM OF REALIZATION ESPECIALLY DANGEROUS ACTS

A.N. Kushnir

Key words: schizophrenia, mental disorders, psychopathologic status, public dangerous acts against person's life and health, mechanism of realization the especially dangerous acts.

Article provides results of analyze the schizophrenia manifestation among especially dangerous patients with productive-psychotic psychopathological mechanism of realization (MR) acts against life and health alias. On the base of population research in Ukraine marked out and described the distinctive psychopathology abnormalities of their psychiatric status. The possibilities of wide use the indicated signs as prognostic markers which sent to decline the repeated dangerous acts risk at this contingent were evaluated.

УДК 616.89-008.442-008.12:340.63

О.А. Козерацька

ПСИХІАТРИЧНІ АСПЕКТИ ОЦІНКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОСІБ, ЯКІ ВЧИНИЛИ СЕКСУАЛЬНІ ЗЛОЧИНИ

Київський міський Центр судово-психіатричної експертизи, м. Київ

Ключові слова: судово-психіатрична експертиза, осудність – обмежена осудність – неосудність, сексуальні злочини, примусові заходи медичного характеру.

Проведено теоретичний аналіз наукових підходів до судово-психіатричної оцінки і лікування осіб, які скоїли сексуальні злочини.

Актуальність. Останніми роками в Україні та світі спостерігається невтішна тенденція до зростання злочинності на сексуальному підґрунті. За даними Б.Л. Гульмана [7, 8], у місцях позбавлення волі за скоєння сексуальних правопорушень відбувають покарання 22% загальної кількості засуджених, більше 1/3 з них – повторно, що свідчить про недостатність профілактики даного виду правопорушення. Останнє підтверджується опублікованими даними [12, 23], згідно з якими кількість тільки зафіксованих сексуальних деліктів зростає за період 2005–2010 рр. удвічі. Відомо також, що у 72% осіб, які скоїли зґвалтування, діагностують психічні аномалії [3, 5]. Сексуальне насильство полягає у спричиненні потерпілим не тільки фізичного, а й психічного страждання. Згідно з останніми дослідженнями [16, 21, 22], у переважної більшості жінок унаслідок зґвалтування розвивається посттравматичний стресовий розлад.

Вивченню сексуальних правопорушень присвячений ряд досліджень останнього десятиріччя – це роботи Ю.М. Антонян [1, 2], Т.І. Зоренко [13], Б.Л. Гульман [8], А.Ю. Дишлевої [9, 10, 11], А.А. Зайцева [11], А.А. Тка-

ченко [3, 19, 20], А.П. Чуприкова, Б.М. Цуприка [23], D. Rogers [28], Р.М. Yates, D.A. Kingston [39]. Як свідчить аналіз літератури, численні аспекти проблеми судово-психіатричної експертизи осіб, які скоїли злочини на сексуальному підґрунті, досліджені не в повному обсязі. До сьогодні не розроблено чітких критеріїв судово-психіатричної оцінки психічних розладів в осіб, які скоїли сексуальні правопорушення, зокрема критеріїв «обмеженої осудності». Не завжди враховують той факт, що сексуальна поведінка є результатом інтеграції соціальних, психологічних, соціально-психологічних, біологічних факторів та сексуальний делікт, який є одним із видів порушення поведінки, також відображає різні рівні взаємодії особистості та середовища.

Виходячи з цього, комплексне обстеження осіб, об'єднаних загальною ознакою – наявністю елемента агресії у структурі сексуальної протиправної поведінки, є актуальним та своєчасним для виявлення чітких критеріїв оцінки їх психічного стану. Це може посприяти в розкритті механізмів СНД, а також уточненню шляхів профілактики повторних СНД. Особливої актуальності темі дослідження надає взаємна детермінова-

ність кримінальної агресії та негативних процесів у суспільстві: економічна криза, трансформація політичних систем та правових інститутів, переоцінка цінностей та девальвація ідеалів. Неприятливі макро- та мікросоціальні фактори впливу на людину сприяють формуванню у неї кримінальної агресії, яка проявляється у вигляді тяжких злочинів проти життя та здоров'я особи. Намагання на державному рівні нівелювати вплив цих факторів знайшло своє відображення у Міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» – стратегії розвитку охорони здоров'я на 2003–2013 рр. У розділі «Розробка плану дій в галузі психічного здоров'я» серед пріоритетних стратегічних програм зазначені профілактичні заходи із запобігання насильству щодо жінок та дітей.

Мета роботи: на основі дослідження клініко-патопсихологічних, психологічних та соціально-демографічних закономірностей перебігу психічних розладів, застосовуючи метод ситуаційного аналізу, розробити критерії судово-психіатричної оцінки з виділенням групи «обмежено осудних» та критерії призначення примусових заходів медичного характеру стосовно осіб, які скоїли правопорушення на сексуальному підґрунті.

Сучасна судово-психіатрична експертиза передбачає використання інноваційних технологій та методів оцінки і лікування осіб, які вчинили сексуальні кримінальні правопорушення [6, 14].

Всебічна оцінка осіб, які вчинили сексуальні злочини, включає збір вичерпних анамнестичних відомостей і поглиблене вивчення психічного стану, збір додаткових анамнестичних відомостей з інших джерел, спостереження, психометричне тестування та психологічні методи оцінки, а також плетизмографію статевого члена.

Під впливом сексуальних мотивів можуть бути вчинені кримінальні правопорушення, які самі по собі не виглядають явно сексуальними. Це можуть бути такі злочини, як нічна крадіжка зі зломом (якщо, наприклад, вкрадені предмети жіночого одягу) або вбивство.

Переважає більшість осіб, які скоюють сексуальні злочини, – це чоловіки, проте на сьогодні частішають правопорушення, вчинені жінками, зокрема спокушання малолітніх. Однак встановити справжні масштаби цієї проблеми дуже складно, принаймні стосовно злочинів проти дітей. Справа не тільки у тому, що в західному суспільстві жінкам, порівняно з чоловіками, надана більша свобода в їх фізичних контактах з дітьми молодшого віку. Але навіть якщо справа стосується взаємин з дорослішою дитиною чоловічої статі, вона може абсолютно не усвідомлювати статеву активність дорослої жінки відносно до себе як «сексуальне насильство» [4, 5, 24, 28].

Розумінню проблем сексуальної злочинності сприяють такі науки як психологія, кримінологія, соціологія, юриспруденція, етика, психіатрія, антропологія, охорона громадського порядку і навіть теологія, хоча найкориснішим був би комплексний підхід, який би охоплював усі ці аспекти. Через відмінності у поглядах і пріоритетах це майже нездійсненно – наприклад,

складно примирити інтереси суспільства (і жертви) та злочинця.

На сьогодні склалося так, що можливість судових психіатрів проводити відповідні консультації з загальними психіатрами та спеціалістами іншого профілю обмежені. Вищий рівень підготовки потрібен у діагностиці статевих збочень (парафілії), в розумінні зв'язку між психічними розладами і патологічною сексуальною поведінкою, а також переваг та обмежень психофізіологічних методів оцінки та лікування, в питаннях використання лікарських препаратів на додаток до психологічних методів лікування осіб, які вчинили сексуальні злочини, і оцінки ризику повторних злочинів.

Оцінкою і лікуванням осіб, які вчинили сексуальні злочини і перебувають у місцях позбавлення волі, займаються в основному психологи і службовці пенітенціарних установ, тоді як у міжнародній спільноті це завдання зазвичай покладають на посадових осіб, які здійснюють нагляд над умовно засудженими.

Накопичено також досвід роботи з особами, які скоїли сексуальні злочини, за місцем проживання, в лікарнях суворого режиму та, хоч і меншою мірою, в установах посиленого режиму і в спеціалізованих районних підрозділах, таких як клініка Portman в Лондоні і Відділення сексуальної поведінки в Ньюкаслі.

Клінічні психологи та посадові особи, які здійснюють нагляд за умовно засудженими та працюють з особами, які скоїли статеві злочини, рекомендують також участь і психіатрів, які б надавали висококваліфіковану допомогу.

У випадках, коли сексуальні злочини беруть початок в підлітковому віці, психіатр зміг би встановити, чи патологія в сексуальній поведінці є проявом минулої нестійкості психосексуального розвитку, що призвело до формування парафілії, розладів поведінки, чи пов'язана з латентною формою поточного психічного захворювання [4].

Цікавим є досвід Британської судово-психіатричної експертизи. Він показує, що для дорослих осіб, які вчинили сексуальні злочини і не ізольовані від суспільства, першорядне значення мають міжвідомчі комісії із захисту громадськості [29], засновані в 2000 році постановою Управління юстиції та кримінального судочинства. Офіційно ці комісії почали працювати на території Англії і Уельсу з квітня 2001 року. Вони забезпечують тісний зв'язок між поліцією і службами пробації (умовного засудження), а також гарантують виконання всіх заходів, необхідних для оцінки та зниження ризику, який становлять особи, що вчинили сексуальні і насильницькі злочини. Ці комісії є структурою, яка робить можливою міжвідомчу взаємодію підрозділів соціальних служб, управліннь житлового фонду, груп молодих повнолітніх злочинців, установ психіатричної опіки та організацій, які представляють права жертв насильства. Психіатрів можна залучати до участі в роботі цих комісій або як представників установ психіатричної опіки, або безпосередньо для здійснення лікарського спостереження пацієнтів. В останньому випадку може виникнути проблема конфіденційності, і тому вкрай необхідно встановити баланс між благополуччям

та здоров'ям пацієнта і безпекою суспільства. Тому психіатри повинні бути ознайомлені з етичними нормами, затвердженими Головною медичною радою, згідно з якими розголошення інформації можливе лише тоді, коли її нерозголошення може призвести до смертельного ризику чи серйозної шкоди пацієнту або іншим людям; проте розголошувати інформацію слід винятково у тому обсязі, який необхідний для запобігання ризику, незважаючи на необхідність взаємодії.

Досвід показує, що більшість осіб, які вчинили сексуальні злочини, не страждають серйозними психічними розладами. Проте хворі на шизофренію або подібні психози можуть вчиняти такі діяння або демонструвати патологічну сексуальну поведінку. Це пов'язано як безпосередньо з психозом, так і опосередковано – внаслідок розгальмованості, обумовленої психозом. Така поведінка також може бути спричинена девіантними сексуальними фантазіями [29, 25].

Безпосередньо афективний розлад зазвичай не асоціюється з серйозною сексуальною злочинністю. Однак у пацієнтів з гіпоманією спостерігається сексуальне розгальмування, яке обумовлює широкий діапазон протиправних дій: від появи в громадському місці в непристойному вигляді до нападу амнезії у пацієнтів, які страждають парафіліями, що нерідко супроводжується супутньою дистимією або депресією [33].

Сексуальна злочинність також може бути пов'язана з органічним ураженням головного мозку, порушеною здатністю до навчання, зловживанням психоактивними речовинами і загальними розладами особистості.

У тих випадках, коли злочинні дії здійснюються під впливом девіантних сексуальних фантазій, може бути встановлений діагноз парафілії з використанням класифікаційних кодів F65.0–F65.8 МКХ–10 [17]. Сексуальні девіантні фантазії і пов'язана з ними девіантна поведінка досить поширені і у цієї категорії осіб, хоча більшість випадків парафілії виявляється тільки під час вчинення правопорушень [15].

Оцінка осіб, які вчинили сексуальні злочини, потребує вирішення ряду діагностичних проблем. Необхідно зібрати повний анамнез і провести всебічну оцінку психічного стану. У випадку діагностування психічного розладу слід визначити, чи пов'язаний він з патологічною сексуальною поведінкою та вчиненням сексуального злочину, тому дуже важливо зафіксувати віковий період початку як психічного розладу, так і протиправних сексуальних дій. Має бути зроблений запис про наявність розладів поведінки, розладів особистості антисоціального, пограничного або нарцисичного типу, порушеної здатності до навчання, ознак органічних відхилень або зловживання психоактивними речовинами [11, 18].

Оцінка осіб, які вчинили сексуальні злочини, повинна включати психосексуальний анамнез як сексуальних фантазій, так і сексуальної поведінки, однак необхідно пам'ятати, що такі дані, повідомлені пацієнтом, часто необ'єктивні, а іноді й хибні, неправдиві.

Важливо виявити ознаки гіперсексуальності (наприклад, часта мастурбація або велика кількість сексуальних партнерів) а також сексуальну стурбованість

або нав'язливі думки (часті або нав'язливі сексуальні фантазії або суб'єктивно неконтрольовані сексуальні спонукання).

Характер фантазій індивідуума може вказувати на наявність у нього парафілії. Якщо діагностовано сам факт парафілії, слід оцінити частоту і рівень інтенсивності сексуальних фантазій, включаючи будь-яку ескалацію в напрямку їх реалізації.

У разі психічного розладу важливо встановити, чи розвинулися девіантні фантазії одночасно з ним, чи передували розладу і пізніше були включені у нього. Слід зазначити, що дуже часто кількість скоєних злочинів перевищує кількість зареєстрованих у справі злочинців. Якщо в анамнезі є дані про зловживання психоактивними речовинами, необхідно з'ясувати, чи пов'язано це з протиправними сексуальними діями. Якщо це можливо, необхідно опитати близьких родичів і друзів та детально вивчити все, що стосується справи, в документації з психіатричних установ, соціальних служб, системи соціальної профілактики та школи.

Важливою в таких випадках є також психологічна оцінка. Часто деякі психологічні особливості індивідуума асоціюються з сексуальною злочинністю. Наприклад, в Англії та Уельсі реалізовані тюремними службами програми для лікування осіб, які вчинили сексуальні злочини, описують ці характеристики як динамічні фактори ризику та поділяють їх на чотири категорії:

- сексуальні інтереси (включаючи сексуальне охоплення, а також сексуальну направленість на дітей або насильство);
- перекручені установки і переконання (так звані когнітивні спотворення і переконання, що підтримують насильство);
- соціально-емоційні навички (наприклад, відсутність навичок управління емоціями і труднощі в інтимних стосунках);
- самоврядування (наприклад, погані навички вирішення проблем, імпульсивний стиль життя).

Інформацію щодо цих характеристик можна отримати не тільки за допомогою клінічного опитування, але і за допомогою психометричного тестування.

Блок психометричних тестів був розроблений в рамках Програми оцінки лікування сексуальних проблем (Sexual Treatment Evaluation Project – STEP) [31]. У цій програмі оцінювали ефективність кількох місцевих (амбулаторних) і тюремних програм, які використовують в Англії, вимірюючи такі складові, як емоційна самотність, соціальна компетентність, когнітивні спотворення, дефіцит співчуття до дітей, проводячи різницю між тими, кому лікування принесло користь, і тими, кому не принесло. Доцільно також використовувати інші методи психологічного тестування особистості.

Цей досвід зараз поширюється практично серед усіх європейських держав. Важливо вміти розрізняти психологічні особливості, пов'язані з ризиком повторного вчинення правопорушення (наприклад, когнітивне викривлення), і ті, які стосуються в основному ставлення пацієнта до лікування, а не ризику як такого.

Прикладом можуть слугувати такі характеристики, як заперечення або відсутність співчуття до жертви, –

досі не доведено, що будь-яка з них може мати стосунок до запобігання повторним правопорушенням. Важливо не змішувати роль актуальних оцінювальних інструментів, які краще за клінічні оцінки визначають ризик повторного засудження в довгостроковому плані, та клінічних підходів, які використовують для встановлення лікувальних цілей і визначення показників точного ризику.

Актуальні методи оцінюють тільки ймовірність повторного правопорушення і ґрунтуються на анамнестичних – незмінних або мінливих повільно-змінних, таких як вік і кількість судимостей. Щоб приймати обґрунтовані рішення у клінічних умовах, слід розглядати динамічні фактори ризику, які характерні для кожного конкретного правопорушника.

Динамічні фактори ризику, ймовірно, найкраще поділити на дві категорії:

- відносно стабільні, такі як установки злочинця або його здатність «керувати» власною сексуальною і загальною поведінкою;
- швидкоплинні, такі як взаємодія з системою, що здійснює нагляд, та доступ до жертв.

На додаток до клінічних і психометричних оцінювальних методик для загальної оцінки осіб, які вчинили сексуальні злочини, можна використати також психофізіологічні методи. До них насамперед відносять плетизмографію статевого члена.

Плетизмографія статевого члена дозволяє визначити ступінь статевого збудження за збільшенням кровопостачання статевого члена у відповідь на зорові (слайди) і слухові (оповідання) стимули [25, 30, 31]. Цю техніку застосовують у Північній Америці та Європі, проте досить рідко і тільки в лікарнях суворого режиму та деяких в'язницях в рамках терапевтичних програм, призначених для осіб, які вчинили статеві злочини. Цей метод повинен бути доступним також для оцінки і лікування пацієнтів, які перебувають в установах посиленого режиму і в суспільстві. Деякі дослідники встановили, що ризик рецидиву статевого злочину асоціюється з підтвердженими за допомогою плетизмографії реакціями на педофілічні стимули [32].

Проте використання плетизмографії не є однозначним. Одні опоненти вважають цю техніку надто інтрузивною (неправомірною), інші – що це рівнозначно демонстрації порнографії сексуальним злочинцям. Існують також проблеми щодо недостатньої стандартизації цієї методології, обмеженості контрольних даних для нормально розподілених сукупностей. Крім того, люди, які піддаються тестуванню, можуть різними способами приховувати збудження. Проте фалометрія, яку використовують як один з елементів набору оцінювальних методик, дозволяє отримати корисні дані, особливо для визначення терапевтичних цілей. Незважаючи на це, її потрібно використовувати тільки у клінічних умовах, а не як метод визначення звинувачення чи прогнозування рецидиву.

Досить ефективним також є метод оцінки Абель (Abel). Щоб подолати проблему інтрузивної плетизмографії статевого члена, Абель і колеги (1994) [26, 33] розробили досить оригінальний метод оцінювання

осіб, які вчинили сексуальні злочини. Цей опитувальник дозволяє розкрити думки, фантазії, виявити вчинки сексуального характеру, оцінити час фіксації погляду на слайдах, що зображають чоловіків і жінок, підлітків і дітей обох статей, які досягли віку статевого дозрівання, а також сценах, що натякають на парафілії.

Встановлено, що метод Абель для оцінки осіб, які вчинили сексуальні злочини, найточніший стосовно розбещувачів малолітніх, які віддають перевагу хлопчикам, що досягли статевої зрілості. Проте ця техніка ще недостатньо досліджена.

У світовій практиці судово-психіатричної експертизи великого поширення набув метод використання поліграфа. Плетизмографію статевого члена використовують в основному для оцінки сексуальних уподобань, поліграф же дозволяє виявити обман. Використання його правоохоронними органами у слідчих цілях або, наприклад, для професійного відбору при прийомі на роботу вважають деякою мірою проблематичним. Але застосування поліграфа в контексті лікування або нагляду після вчинення злочину може бути ефективним, дозволить подолати заперечення і встановити момент, коли злочинець залучений в поведінку з високим ризиком вчинення повторного правопорушення.

Використання поліграфа ґрунтується на реакціях вегетативної нервової системи, пов'язаних з тривогою і обманом. Хоча все ще необхідна точна оцінка помилкових – і позитивних, і негативних – результатів, ймовірність першого становить менше 10%, другого – близько 20%. Однак стосовно тих, хто вже вчинив сексуальний злочин, виявлення брехні, напевно, є менш істотним, ніж розкриття інформації завдяки цій методиці.

Важливою в судово-психіатричній експертизі є оцінка ризику повторних правопорушень у осіб, які вчинили сексуальні злочини. Всебічна оцінка ризику рецидиву в таких осіб є комплексним процесом, що вимагає хорошого знання статичних і динамічних факторів ризику та використання різних методів оцінювання, включаючи клінічне інтерв'ю, психометричне тестування, психофізіологічне дослідження, спостереження та збір допоміжних анамнестичних відомостей. Той, хто займається оцінюванням, повинен чітко уявляти собі категорію оцінюваного ризику (ймовірність, наслідки, частоту і негайність скоєння злочину), а також значення понять «низький», «середній» і «високий».

У зв'язку з цим постає питання про лікування осіб, які вчинили сексуальні злочини. У суспільстві загалом та серед фахівців медичного профілю досі залишається предметом дискусій питання про те, чи хворіють особи, які вчинили сексуальний злочин, на психічний розлад, що вимагає лікування, чи це є з проявом поведінки, що вимагає покарання [37, 40].

У деяких психічно хворих, які вчинили сексуальні злочини, адекватне лікування основного психічного розладу може бути ефективним для зниження ризику повторного вчинення сексуального правопорушення. У деяких випадках патологічні сексуальні фантазії пацієнта можуть виникати самостійно, тобто незалежно від психозу, що вимагатиме додаткового лікування.

В останні роки все частіше як метод психотерапії для осіб, які вчинили сексуальні злочини, використовується когнітивно-поведінкова терапія. Мета цього методу лікування – допомогти пацієнтові взяти на себе відповідальність за поведінку, яка призводить до правопорушення, і виробити навички когнітивного та поведінкового контролю, що дозволить йому уникнути або обминути ситуації високого ризику, які можуть призвести до повторного скоєння злочину [39].

Доведена ефективність інших технік когнітивно-поведінкової терапії, таких як створення умовно-рефлекторної відрази до запаху і так звана прихована сенсibilізація (при якій вся процедура створення відрази відбувається в уяві пацієнта), в зниженні патологічного порушення. Однак жодну з них не можна вважати власне способом лікування, крім того, правопорушники змушені постійно тренувати набуті навички. Незважаючи на те, що психіатри лише зрідка беруть участь в реалізації когнітивно-поведінкових програм, вони можуть зробити значний внесок у інші напрямки лікування, одним з них є хірургічна кастрація.

На сьогодні лікування за допомогою хірургічної кастрації осіб, які вчинили сексуальні злочини, становить винятково історичний інтерес, незважаючи на те, що дослідження демонструють зниження сексуального рецидивізму при використанні цього методу [38]. У 70 роках ХХ століття хірургічна кастрація з цією метою практично була заборонена, частково тому, що стали доступні гормональні засоби, які дозволяють домогтися того ж результату, але без необоротних наслідків. Крім того, з точки зору етики подібні медичні втручання можуть сприйматися як форма покарання.

У 40 роках для зниження статевого потягу почали використовувати естрогени. Однак від них довелося відмовитися через часті побічні ефекти, включаючи тромбоз, нудоту, збільшення молочних залоз, канцероматозні зміни і фемінізацію. У Великобританії, Європі та Канаді естрогени були замінені ципротерону ацетатом, у США (де він недоступний) – медроксипрогестерону ацетатом. Сучаснішим (і дорожчим) доповненням до лікарських препаратів, які знижують статевий потяг, стали довгодіючі аналоги агоніста нейрогормону, який стимулює виділення гонадотропного гормону (GnRH).

Ципротерону ацетат є аналогом стероїдів, вперше він був синтезований в Західній Німеччині в 1961 році. Він має антиандрогенну та прогестогенну дію, знижує концентрацію тестостерону, лютеїнізуючого та фолікулостимулюючого гормонів, підвищує концентрацію пролактину в сироватці крові. Ципротерону ацетат діє, блокуючи тестостеронові рецептори, в основному його використовують як засіб, що знижує статевий потяг, а у великих дозах – для лікування карциноми передміхурової залози (Bradford, 1985) [34]. У Великобританії пацієнти зазвичай приймають цей препарат *per os*, незважаючи на те, що в інших країнах Європи дозволено використовувати його депоновану форму (доступну в Великобританії тільки для зареєстрованих пацієнтів). Ефективність ципротерону ацетату в зниженні статевого потягу доводять численні описи клінічних випадків та відкриті дослідження. Ефективність препарату під-

тверджує і невелика кількість подвійних сліпих плацебо-контрольованих перехресних досліджень, проведених у Канаді, хоча через побічні ефекти складно провести сліпе дослідження (наприклад, Bradford, 1988) [34]. Бредфорд (Bradford) повідомляє про те, що ципротерону ацетат сприяє значному зниженню концентрації тестостерону в сироватці крові і рівня сексуального збудження, а також зменшенню (за повідомленнями пацієнтів) частоти мастурбації, сексуальної напруги і сексуальних фантазій.

Дуже часто пацієнти відмовляються приймати ципротерону ацетат, тому його майже завжди слід призначати в комбінації з психотерапією – індивідуальною чи груповою. Побічні дії цього препарату подібні до тих, які спостерігаються при хірургічній кастрації, але минають після припинення його прийому. Необхідно контролювати функції печінки та ендокринної системи і звертати увагу на можливий розвиток остеопорозу або депресивного настрою.

Медроксипрогестерону ацетат є основним препаратом, який використовують в США з метою зниження лібідю. Механізм його дії полягає у підвищенні активності печінкової альфа-редуктази тестостерону, яка підсилює метаболічний кліренс тестостерону і, отже, знижує його концентрацію в циркулюючій крові. Його приймають у вигляді депо в дозі 300–500 мг один раз на тиждень, комбінуючи (як і ципротерону ацетат) з психотерапією. Побічні явища зазвичай минають після припинення вживання цього препарату, вони включають надлишкову масу тіла, помірно виражену млявість, холодний піт, припливи жару, кошмарні сновидіння, артеріальну гіпертензію, підвищення концентрації глюкози у крові та зменшення розмірів яєчок (Walker & Meyer, 1981) [36].

Меєр (Meyer і колеги (1992) [36] провели дослідження за участю 40 чоловіків (більшість з них з педофілією), лікованих медроксипрогестерону ацетатом у дозі 400 мг один раз на тиждень протягом різних періодів – від 6 місяців до 12 років; ці пацієнти пройшли також індивідуальну та групову психотерапію. Контрольна група складалася з чоловіків, які відмовилися від лікування медикаментозними препаратами, але відвідували сесії психотерапії протягом такого ж періоду часу. Повторно скоїли сексуальні злочини 18% з тих, хто отримував лікування медикаментозними препаратами (35% після припинення прийому препарату), і 55% учасників контрольної групи.

Важливішу роль у лікуванні сексуальних девіацій і гіперсексуальності можуть мати аналоги агоніста нейрогормону тривалої дії, який стимулює виділення гонадотропного гормону (Bradford & Kaye, 1999) [34]. Ці препарати знижують секрецію тестостерону до кастраційної концентрації (концентрації, реєстрованої після хірургічної кастрації). У Великобританії дізналися про гoserelin (goserelin), аналог агоніста нейрогормону, який стимулює виділення гонадотропного гормону, в 1988 році, коли Комісія з дотримання Закону про охорону психічного здоров'я виступила проти використання цього препарату за місцем проживання пацієнтів, які погодилися на лікування. Це обґрунтовували тим, що відповідно до чинного законодавства він був визнаний

небезпечним для здоров'я імплантованим гормональним депо-препаратом, а тому підлягав спеціальному обліку. Проте суд виніс рішення, що гoserелін не є ні гормоном, ні імплантатом, не підпадає під дію відповідних статей законодавства і його використання не вимагає спеціальних застережних заходів.

Діккі (Dickey) (1992) [35] повідомляє про помітне зниження інтенсивності сексуальних думок і дій у поєднанні з мінімальними побічними явищами при використанні леупролід ацетату (leuprolide acetate) (найчастіше в Північній Америці) у пацієнтів, у яких протягом декількох років не було ефекту від лікування медроксипрогестероном або ципротероном. Ізраїльські вчені Рослер (Rosler) і Вітцум (Witztum) (1998) [39], які протягом 42 місяців проводили контрольне дослідження 30 чоловіків з парафіліями, пролікованих довготривалим аналогом агоніста нейрогормону, що стимулює виділення гонадотропного гормону, – триптореліном (triptorelin), стверджують, що після лікування у цих пацієнтів повністю зникли їх девіантні сексуальні фантазії, спонукання і дії. В обох групах відзначені побічні явища, пов'язані зі зниженням секреції андрогену, у вигляді зменшення мінеральної щільності кісток, яка вимагає контролю (Rosler & Witztum, 2000) [39].

У системі аналізу лікарських препаратів слід відмітити психотропні лікарські препарати. Сексуальна дисфункція є частим побічним ефектом антипсихотичних препаратів. Один судовий психіатр навіть висловив припущення, що ці препарати є формою ненавмисної кастрації (Stone, 1992) [35]. Наприклад, бутирофенону бенперидол, що має слабкий ефект, який проявляється зниженням статевого потягу, іноді спеціально використовують для контролювання недоречної сексуальної поведінки пацієнтів з психотичною симптоматикою, проте його ефективність в цьому відношенні недовірна і недоведена, тому застосування його з цією метою не рекомендується.

Слідом за успішним використанням буспірону в лікуванні пацієнтів з трансвеститським фетишизмом (Fedoroff, 1988) [36] у багатьох публікаціях було висловлено припущення про потенційну цінність селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СИЗС) в лікуванні парафілії. Спосіб їх дії намагалися пояснити різними механізмами, включаючи ослаблення компульсивно-обсесивної поведінки (пов'язаної з сексуальними роздумами, нав'язливими фантазіями і сексуальними спонуканнями), підвищення настрою, зменшення імпульсивності, тривожності і полегшення непарафілійного збудження.

Хоча ще не отримані результати подвійних сліпих плацебо-контрольованих досліджень, відомими потенційними перевагами СИЗС є те, що пацієнти переносять їх краще, ніж гормональні препарати, і те, що загальні психіатри добре знають правила їх застосування. Як і інші лікарські препарати, їх необхідно комбінувати з психотерапією, вони не повинні бути єдиним засобом допомоги, особливо якщо існує значний ризик для суспільства.

Дуже важливою і ефективною у вирішенні цієї проблеми є динамічна психотерапія. Опублікована вели-

чезна кількість психоаналітичної літератури з теорії збочень і сексуальних відхилень, що бере початок від фрейдівської теорії центрування на ролі сексуальності у психопатології людини.

Однак даних опублікованих досліджень занадто мало, щоб стверджувати, що психодинамічна психотерапія (індивідуальна або групова) може знизити рецидивізм, навіть якщо досягнуті якісний інсайт і поліпшення функціонування. У двох основних, чудових у багатьох відношеннях, довідниках з судової психотерапії психодинамічного напрямку наголошується, що публікацій про використання динамічної психотерапії в лікуванні осіб, які вчинили сексуальні злочини, немає (Cordex & Cox, 1996; Rosen, 1996) [37].

Незважаючи на присутність парафілії як діагностичної категорії в класифікаціях МКХ-10 [17], багато психіатрів не вважають сексуальне відхилення психічним розладом. Проте суспільство сприймає сексуальну злочинність в цілому і педофілію зокрема як прояви ганьби і безчестя. І цілком зрозуміло, що суспільство рішуче вимагає захистити його від сексуальних злочинців, пропонуючи для цього два шляхи: утримання під арештом або лікування. Але навіть якщо осіб, які вчинили сексуальні злочини, поміщують в тюрми, більшість з них (навіть ті, хто відбуває довічне ув'язнення) на якомусь етапі будуть звільнені. За таких обставин незрозуміло, яку роль мають виконувати психіатри – або спеціалістів, які забезпечують лікування, або захисників суспільства.

Ситуація така, що психіатричне втручання в більшості випадків виявиться найефективнішим, якщо буде здійснюватися як складовий елемент комплексного підходу, який передбачає використання різних галузей знань і навіть залучення різних організацій. Лікування повинно бути спрямовано і на допомогу хворому, і на захист суспільства, воно має виконувати обидві функції.

Висновок

Вищенаведене свідчить про необхідність пошуку нових шляхів для застосування примусових заходів медичного характеру відносно осіб, які скоїли кримінальні правопорушення на сексуальному підґрунті.

Список використаної літератури

1. Антонян Ю. М. Криминальная сексология / Антонян Ю. М., Ткаченко А. А., Шостакович Б. В.; под ред. Ю. М. Антоняна. – М.: Спарк, 1999. – 484 с.
2. Антонян Ю. М. Сексуальные преступления: Чикатило и другие / Антонян Ю. М., Ткаченко А. А. – М.: Амальтея, 1993. – 319 с.
3. Аномальное сексуальное поведение / Ассоц. Юрид. центр, Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В. П. Сербского; под ред. А. А. Ткаченко, Г. Е. Введенского. – СПб.: Юрид. центр Пресс, 2003. – 655 с.
4. Базгадзе Т. В. Причины развития криминальной активности подростков / Т. В. Базгадзе, Д. З. Зурабашвили, Р. Т. Аллахвердиева // Соц. и клин. психиатрия. – 2007. – Т. 17, Вып. 2. – С. 48–51.
5. Батуева Н. Г. Клинико-психопатологические и кросскультурные аспекты криминальной агрессии в судебно-психиатрической практике / Н. Г. Батуева, А. Ю. Березанцев // Вестн. новых мед. технологий. – 2007. – Т. 14, № 3. – С. 44–48.
6. Введенский Г. Е. Методологические проблемы психофизиологического исследования в сексологии и психиатрии / Г. Е. Введенский и др. // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 3. – С. 18–23.
7. Гульман Б. Л. Сексуальные преступления / Б. Л. Гульман. – Харьков: ИМП «Рубикон», 1994. – 248 с.

8. Гульман Б. Л. Особенности личности и поведения жертв сексуального преступления и его последствия / Б. Л. Гульман // Медицинская психология. – 2008. – № 2.
9. Дышлевова А. Ю. Агрессия как форма противоправного сексуального поведения / А. Ю. Дышлевова // Международный медицинский журнал. – 2002. – Т. 8, № 4. – С. 69–72.
10. Дышлевова А. Ю. Мотивация сексуального поведения лиц с психическими расстройствами, совершивших изнасилование / А. Ю. Дышлевова // Международный медицинский журнал. – 2001. – Т. 7, № 3. – С. 50–52.
11. Загитова Ж. Б. Клинико-психопатологический аспект криминального поведения лиц с органическим психическим расстройством / Ж. Б. Загитова, В. В. Вандыш // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 4. – С. 25–28.
12. Зайцев О. О. Сексуальна злочинність серед української молоді (клініко-патопсихологічний і соціально-психологічний аспекти) / О. О. Зайцев, О. А. Ревенок, С. С. Шум. – Полтава : Дивосвіт, 2010. – 144 с.
13. Зоренко Т. И. Сексуальное насилие в аспекте уменьшаемой вменяемости / Т. И. Зоренко, Г. Г. Смирнова // Насильственные преступления: природа, расследование, предупреждение : Сборн. науч. трудов. – М. : ВНИИ МВД РФ, 1994. – 144 с.
14. Кондратьев Ф. В. Криминальная агрессия – актуальная проблема судебной психиатрии / Ф. В. Кондратьев // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 1. – С. 17–20.
15. Кришталь Е. В. Типы активности криминального сексуального поведения мужчин с парафилиями / Е. В. Кришталь, Б. Л. Гульман // Международный медицинский журнал. – 2008. – Т. 14, № 3. – С. 6–8.
16. Кришталь Е. В. Особенности личности и поведения жертв сексуального преступления и его последствия / Е. В. Кришталь, Б. Л. Гульман // Медицинская психология. – 2008. – Т. 3, № 2. – С. 14–17.
17. Міжнародна класифікація хвороб (10-й перегляд). Класифікація психічних та поведінкових розладів. Клінічний опис та вказівки по діагностиці. – К. : Факт, 1999. – 272 с.
18. Сафуанов Ф. С. Криминальная агрессия обвиняемых с расстройствами личности / Ф. С. Сафуанов // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 6. – С. 36–43.
19. Ткаченко А. А. Парафилии и аномальное сексуальное поведение : автореф. дисс. на соискание науч. степени д-ра мед. наук / А. А. Ткаченко. – М., 1994.
20. Ткаченко А. А. Комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза: подходы к экспертной оценке лиц с парафилиями (методические рекомендации) / А. А. Ткаченко. – М., 1995. – С. 14–21.
21. Шаповалова Н. А. Сексуальные расстройства у женщин как отдаленные последствия изнасилования / Н. А. Шаповалова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2006. – Т. 16, № 1. – С. 120–125.
22. Шаповалова Н. О. Психопатологічні розлади у жінок, які зазнали сексуального насильства в дитячому та підлітковому віці, та їх психотерапевтична корекція : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : 14.01.16 / Н. О. Шаповалова ; Харк. мед. акад. післядиплом освіти, Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. – К., 2007. – 16 с.
23. Чуприков А. П. Нормальна та кримінальна сексологія : підруч. для студ. вищ. навч. закл. / А. П. Чуприков, Б. М. Цуприк; Міжрегіон. акад. упр. персоналом. – К. : Персонал, 2011. – 251 с.
24. Comparing indicators of sexual sadism as predictors of recidivism among adult male sexual offenders / Kingston D. A., Seto M. C., Firestone P., Bradford J. M. // J. Consult Clin. Psychol. – 2010. – V. 78 (4). – P. 574–584.
25. Burton D. L. Comparison by crime type of juvenile delinquents on pornography exposure: the absence of relationships between exposure to pornography and sexual offense characteristics / D. L. Burton, G. S. Leibowitz, A. Howard // J. Forensic Nurs. – 2010. – V. 6 (3). – P. 121–129.
26. Crime scene analysis and the escalation of violence in serial rape / Warren J., Reboussin R., Hazelwood R. R. [et al.] // Forensic Sci Int. – 1999. – V. 100 (1–2). – P. 37–56.
27. Messman-Moore T. L. Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization / Messman-Moore T. L., Walsh K. L., DiLillo D. // Child Abuse Negl. – 2010. – V. 34, № 12. – P. 967–76.
28. Davies M. Examining the relationship between male rape myth acceptance, female rape myth acceptance, victim blame, homophobia, gender roles, and ambivalent sexism / M. Davies, J. Gilston, P. Rogers // Interpers Violence. – 2012. – V. 27 (14) – P. 2807–23.
29. Explaining the erectile responses of rapists to rape stories: the contributions of sexual activity, non-consent, and violence with injury / G. T. Harris, M. L. Lalumière, M. C. Seto, M. E. Rice [et al.] // Arch Sex Behav. – 2012. – V. 41 (1). – P. 221–229.
30. Corovic J. From crime scene actions in stranger rape to prediction of rapist type: single-victim or serial rapist? / J. Corovic, S. Å. Christianson, L. R. Bergman // Behav Sci Law. – 2012. – V. 30 (6). – P. 764–81.
31. Klipfel K. M. Interpersonal Aggression Victimization Within Casual Sexual Relationships and Experiences / K. M. Klipfel, S. E. Claxton, M. H. van Dulmen // J. Interpers Violence. – 2013. – V. Oct 31. [Epub ahead of print].
32. Sarkar J. Mental health assessment of rape offenders / Sarkar J. // Indian J. Psychiatry. – 2013. – V. 55 (3). – P. 235–243.
33. Kocsis R. N. Psychological profiling of offender characteristics from crime behaviors in serial rape offences / R. N. Kocsis, R. W. Cooksey, H. J. Irwin // Int J. Offender Ther Comp Criminol. – 2002. – V. 46 (2). – P. 144–169.
34. Brown S. L. Psychopathy and sexual assault: static risk factors, emotional precursors, and rapist subtypes / S. L. Brown, A. E. Forth // J. Consult Clin. Psychol. – 1997. – V. 65 (5). – P. 848–57.
35. Mitchell K. J. Sexual harassment among adolescents of different sexual orientations and gender identities / K. J. Mitchell, M. L. Ybarra, J. D. Korchmaros // Child Abuse Negl. – 2013. – V. 19.
36. Sexual murderers with adult or child victims: are they different? / A. Spehr, A. Hill, N. Habermann [et al.] // Sex Abuse. – 2010. – V. 22 (3). – P. 290–314.
37. Frances A. Sexual sadism: avoiding its misuse in sexually violent predator evaluations / A. Frances, R. Wollert // J. Am. Acad. Psychiatry Law. – 2012. – V. 40 (3). – P. 409–16.
38. Benagiano G., Social and ethical determinants of human sexuality: 2. Gender-based violence / Benagiano G., Carrara S., Fillippi V. // Eur. J. Contracept Reprod Health Care. – 2010. – V. 15 (4). – P. 220–231.
39. Yates P. M. The self-regulation model of sexual offending: the relationship between offence pathways and static and dynamic sexual offence risk / P. M. Yates, D. A. Kingston // Sex Abuse. – 2006. – V. 18 (3). – P. 259–70.
40. Victim empathy, social self-esteem, and psychopathy in rapists / Y. M. Fernandez, W. L. Marshall // Sex Abuse. – 2003. – V. 15 (1). – P. 11–26.
41. Міжнародна класифікація хвороб (10-й перегляд). Класифікація психічних та поведінкових розладів. Клінічний опис та вказівки по діагностиці. – К. : Факт, 1999. – 272 с.

ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ, КОТОРЫЕ СОВЕРШИЛИ СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ

Е. А. Козерацкая

Проведен теоретический анализ научных подходов судебно-психиатрической оценки и лечения лиц, которые совершили сексуальные преступления.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, вменяемость – ограниченная вменяемость – невменяемость, сексуальные преступления, принудительные меры медицинского характера.

PSYCHIATRIC ASPECTS OF THE EVALUATION AND TREATMENT OF PERSONS WHO HAVE COMMITTED SEXUAL OFFENSES

Е. А. Kozerskaya

A theoretical analysis of scientific approaches forensic psychiatric assessment and treatment of persons who have committed sexual offenses.

Key words: forensic psychiatric examination, responsibility – limited responsibility – irresponsibility, sexual offenses, compulsory medical measures.