И.Я. НОВИЦКИЙ

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ РАБОТА С ЛИЦАМИ, ОСУЖДЕННЫМИ ЗА ПРЕСТУПЛЕНИЯ ПРОТИВ ПОЛОВОЙ НЕПРИКОСНОВЕННОСТИ И ПОЛОВОЙ СВОБОДЫ ЛИЧНОСТИ: КЛИНИЧЕСКИЕ, ЭКСПЕРТНЫЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

18+

МОСКВА

Игорь Новицкий

Психиатрическая работа с лицами, осужденными за преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности: клинические, экспертные и патогенетические аспекты

«Автор»
2026

Новицкий И. Я.

Психиатрическая работа с лицами, осужденными за преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности: клинические, экспертные и патогенетические аспекты / И. Я. Новицкий — «Автор», 2026

Монография представляет собой комплексное исследование, объединяющее клинический, судебно-психиатрический и этико-философский анализ феномена сексуальной девиантности в условиях пенитенциарной системы.Работа основана на многолетнем эмпирическом наблюдении более чем 250 лиц, осужденных за сексуальные преступления, включая пациентов, проходящих принудительное лечение по статье 97 УК РФ. Впервые в российской практике представлена оригинальная типология парафилических расстройств, разработанная на основе клинико-психопатологического и поведенческого анализа, а также предложен авторский диагностический опросник, адаптированный для условий исправительных учреждений.Монография раскрывает особенности психопатологии, мотивационной структуры, отрицания, симуляции и когнитивных искажений у сексуальных преступников, рассматривает динамику терапевтического взаимодействия в условиях ограниченной свободы и системного принуждения.

© Новицкий И. Я., 2026
© Автор, 2026

Содержание

РАЗДЕЛ А. ВВЕДЕНИЕ И КОНТЕКСТ 5
Глава 1. Введение 5
1.1. Актуальность проблемы 5
1.2. Научная новизна и цель исследования 7
1.3. Объект, предмет, гипотезы и задачи исследования 8
1.4. Методологические и теоретические основы 10
1.5. Научное и практическое значение 12
1.6. Структура монографии 14
Глава 2. Правовая и институциональная база 16
2.1. Статьи 131–135 УК: Преступления сексуального характера в российском законодательстве 16
2.2. Принудительное психиатрическое лечение: правовые основания и применение 17
2.3. Институциональная психиатрия в России: колонии и экспертные комиссии 19
РАЗДЕЛ В. ДИАГНОСТИКА И ТИПОЛОГИЯ ПАРАФИЛИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ 25
Глава 3. Исторические и концептуальные основы 25
3.1. Историческая эволюция понятия сексуальной девиантности 25
3.2. От морали к психиатрии: медикализация извращений 27
3.3. Классическая русская судебная сексология: вклад Снежневского, Ткаченко и др. 30
3.4. Кросс-культурные подходы к парафилиям 32
Глава 4. Диагностические классификации и критерии 35
4.4. Проблемы диагностики в условиях судебной экспертизы (симуляция, отрицание, коморбидность) 40
4.5. Диагностические критерии принудительного лечения в России 42
Конец ознакомительного фрагмента. 43

Игорь Новицкий
Психиатрическая работа с лицами, осужденными за преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности: клинические, экспертные и патогенетические аспекты

РАЗДЕЛ А. ВВЕДЕНИЕ И КОНТЕКСТ

Глава 1. Введение

1.1. Актуальность проблемы

В современном мире сексуальное насилие и преступления против сексуальной неприкосновенности личности занимают центральное место в общественном дискурсе, правовых системах и психиатрической практике. Несмотря на огромную культурную, правовую и моральную неоднородность между странами, проблема лиц, совершающих сексуальные преступления, особенно в отношении несовершеннолетних, продолжает вызывать бурную реакцию общества. Этот эмоциональный заряд, часто колеблющийся между моральным возмущением, политическими манипуляциями и медикализацией, ставит психиатра в уникальное и сложное положение: как диагноста, потенциального психотерапевта и судебного эксперта, ответственного не только за пациента, но и за общественную безопасность.

В Российской Федерации проблема преступлений на сексуальной почве остро отражена в уголовном законодательстве, где ряд статей (ст. 131–135 Уголовного кодекса (УК) прямо затрагивает различные формы насильственных или принудительных действий сексуального характера. Среди отбывающих наказание по этим статьям существует определенная подгруппа лиц с клиническими симптомами психических расстройств, включая парафилические расстройства, кодифицированные в МКБ-10 (F65) и в МКБ-11 (6D30–6D3Z). Эти лица часто проходят судебно-психиатрическую экспертизу и могут быть направлены на принудительное психиатрическое лечение в соответствии со статьей 97 УК и соответствующими положениями Уголовно-процессуального кодекса.

Проблема, однако, не просто уголовная или медицинская — она глубоко междисциплинарна. Диагностика парафилических расстройств, и, в частности, педофильного расстройства, представляет трудности не только с точки зрения научной классификации, но и из-за значительной правовой, этической и социально-политической напряженности. В России, как и во многих других странах, в обществе сохраняется сильное ожидание наказания и возмездия, которое может затмить клиническую сложность этих случаев. Это противоречие еще больше усугубляется системным отказом в принятии МКБ-11, где понимание парафилических расстройств значительно изменилось с акцентом на поведенческие критерии и пороги дистресса/нарушений, по сравнению с более категоричным подходом МКБ-10, который еще официально действует в России [1].

В стенах исправительных учреждений эта сложность увеличивается. Закрытый, исправительный характер тюремной системы в сочетании с ограниченным доступом к структурированной психотерапии, фармакологическому лечению и долгосрочному диагностическому наблюдению создает поле психиатрической практики, которое одновременно богато клиническим материалом и крайне ограничено в ресурсах. Именно в этой специфической среде — российской колонии — автор монографии работает уже несколько лет, непосредственно наблюдая, диагностируя и леча лиц с сексуальными расстройствами, отбывающих длительные сроки заключения за преступления против половой неприкосновенности.

Несмотря на существование значительной отечественной и зарубежной литературы по сексуальным девиациям, такой как классические труды А.А. Ткаченко [2][3], экспериментально-психологические подходы, разработанные в Институте им. Сербского [4], и новаторские эмпирическо-типологические модели, предложенные М. Сето [5], К. Байером [6] и ДжМ. Кантором [7], очень немногие работы основаны на непосредственном, долгосрочном психиатрическом наблюдении в исправительных условиях, особенно с пациентами, находящимися на принудительном лечении. Большинство существующих исследований основаны на амбулаторных выборках, судебно-психиатрической экспертизе, в то время как реальные лонгитюдные данные осужденных остаются редкими.

Кроме того, феномен отрицания, симуляции и когнитивных искажений среди сексуальных преступников продолжает бросать вызов как диагностической определенности, так и терапевтическому прогрессу. Многие пациенты отрицают не только свое преступное поведение, но и свои девиантные сексуальные интересы. Другие симулируют психиатрическую симптоматику, чтобы избежать уголовной ответственности или манипулировать исправительным режимом. Поэтому клиническому психиатру приходится работать в области неопределенности — между юридическим фактом и субъективным отчетом, между психиатрическим синдромом и патологией характера.

Судебный психиатр также становится носителем этического бремени, особенно в исправительных колониях, где психиатрия не всегда защищена от исправительной инструментализации. Вопросы свободы воли, уголовной ответственности и законности принудительного лечения не являются чисто юридическими или теоретическими — это живая реальность, которая ежедневно решается в закрытых системах пенитенциарной психиатрии.

Настоящая монография призвана обратиться к этой актуальной и малоизученной территории. Основываясь на эмпирических наблюдениях за более чем 250 лицами, осужденными за сексуальные преступления, в том числе небольшой, но диагностически значимой группой, получающей принудительное лечение парафилических расстройств, данная работа направлена на описание, систематизацию и критический анализ клинических, экспертных и патогенетических аспектов психиатрической работы с сексуальными преступниками в закрытом российском учреждении. Таким образом, она призвана не только внести вклад в академическую психиатрию, но и спровоцировать более широкую дискуссию — научную, этическую и социальную — о природе сексуальной патологии, границах диагноза и роли психиатра в системе исполнения наказания.

Ссылки

[1] ВОЗ. МКБ-11 Классификация психических расстройств. Женева: Всемирная организация здравоохранения. 2019. https://icd.who.int

[2] Ткаченко А.А. Аномальное сексуальное поведение. Руководство для врачей. Москва: Медицинская книга, 1997. 426 с.

[3] Ткаченко А.А. Сексуальные извращения-парафилии. Москва: Медицина, 1999. 461 с.

[4] Дмитриева Т.Б., Ткаченко А.А., Харитонова Н.К. Судебная психиатрия. Москва, 2008. 752 с.

[5] Сето М.К. Педофилия и сексуальные преступления в отношении детей. Теория, оценка и вмешательство. Вашингтон: APA Press, 2008.

[6] Бейер К.М., Амелунг Т. Педофилия и сексуальные преступления у детей: превентивная перспектива. Springer, 2021.

[7] Кантор Дж.М. Является ли педофилия сексуальной ориентацией? Архивы сексуального поведения. 2012; 41(1): 231–236.

1.2. Научная новизна и цель исследования

В последние десятилетия в области судебной психиатрии наблюдается растущая конвергенция между клинической диагностикой, криминологической теорией и нейробиологическими исследованиями в попытке понять и предотвратить сексуальное насилие. Однако, несмотря на эту интеллектуальную и методологическую экспансию, многие исследования остаются фрагментарными, ограничиваясь либо узко определенными диагностическими популяциями, либо искусственными экспериментальными условиями, либо данными, полученными в ходе досудебных психиатрических оценок, а не в результате долгосрочного клинического наблюдения. На этом фоне настоящая монография представляет собой уникальный вклад, сочетающий длительное непосредственное психиатрическое наблюдение с акцентом на особо закрытую и малоизученную группу населения: лиц, осужденных за сексуальные преступления и находящихся на принудительном лечении в стенах исправительного учреждения.

Научная новизна данного исследования заключается, прежде всего, в синтезе трех традиционно разделенных областей: (1) клиническая психиатрия парафилических расстройств; 2) уголовно-правовые механизмы принудительного лечения; и (3) этический и феноменологический опыт психиатра, работающего в рамках системы исполнения наказания. В отличие от большей части академической литературы, которая рассматривает парафилические расстройства в теоретических или амбулаторных терминах или фокусируется исключительно на юридических аспектах сексуальных преступлений, эта работа пытается навести мосты между этими слоями и предложить единую концептуальную и эмпирическую модель, основанную на реальной психиатрической практике.

Кроме того, в монографии впервые представлена оригинальная диагностическая типология лиц, осужденных за сексуальные преступления, основанная на таких многомерных параметрах, как парафильный интерес, мотивационное искажение, аффективная холодность, дефицит когнитивной эмпатии, степень симуляции или отрицания. Эта типология, хотя и базируется на классических российских психопатологических моделях (Снежневский, Ткаченко) [1][2], разработана с помощью современной эмпирически обоснованной методологии и адаптирована к международным нозологическим стандартам, в частности, предложенным в МКБ-10, DSM-5, МКБ-11 [5][6][7].

Еще одним элементом научного новаторства является создание и предварительная валидация авторского диагностического опросника, специально разработанного для условий лишения свободы. Этот инструмент направлен на выявление не только наличия парафильного интереса, но и структуры внутренних механизмов оправдания осужденного, степени его осведомленности, раскаяния и открытости к лечению. Опросник включает в себя как структурированные, так и проективные элементы и предназначен для использования в качестве судебно-психологического и терапевтического инструмента в будущей работе с аналогичными популяциями.

В дополнение к клинико-диагностическим выводам на индивидуальном уровне, исследование способствует концептуальному осмыслению системных противоречий, присущих психиатрической работе с сексуальными преступниками. К таким противоречиям относятся сосуществование терапевтических и наказывающих целей, проблема лояльности психиатра под

административным давлением, а также риски политического злоупотребления психиатрическими категориями в системах исполнения наказания. Эти размышления носят не только философский характер, но и имеют непосредственное отношение к психиатрической этике, правовой реформе и международному диалогу.

В монографии также поднимается важнейший теоретический вопрос, который остается недостаточно разработанным как в российской, так и в зарубежной литературе: необходимость пересмотра классификации сексуальных девиаций и предложения новой психиатрической таксономии, потенциально способствующей эволюции МКБ-12. Основываясь на наблюдаемых клинических закономерностях и неудачах в существующих диагностических моделях, работа движется в направлении более поведенчески привязанной и динамически чувствительной классификации, которая в конечном итоге может помочь в лучшей оценке риска, более ранней идентификации и более целенаправленном лечении сексуальных расстройств.

Таким образом, основной целью данного исследования является разработка комплексной, клинически и эмпирически обоснованной модели психиатрической работы с лицами, осужденными за сексуальные преступления, которая включает в себя диагностический, терапевтический и экспертный компоненты.

Эта цель достигается посредством:

Долгосрочное психиатрическое наблюдение в реальных закрытых условиях;

Сбор клинических, психометрических и поведенческих данных;

Применение стандартных и авторских методов диагностики;

Составление типологий и профилей лечения;

Анализ экспертных и этических дилемм в данной сфере.

При этом данная монография позиционирует себя не только как вклад в психиатрическую науку, но и как призыв к углублению рефлексивного и гуманистического потенциала психиатрии, особенно в условиях, когда она рискует превратиться в простой инструмент государственного контроля.

Ссылки

[1] Снежневский А.В. (Ред.). Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1983. Т. 1. 480с.

[2] Аномальное сексуальное поведение / под ред. А.А.Ткаченко. М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П.Сербского, 1997. 426 с.

[3] Ткаченко А.А. Сексуальные извращения – парафилии. М.: Триада-Х, 1999. 461 с.

[4] Ткаченко А.А. Руководство по судебной психиатрии. - М., 2012. –С.656

[5] Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в РФ) / под ред. Б. А. Казаковцева, В. Б. Голланда. М.: Прометей (Московский государственный педагогический университет), 2013. 584 с.

[6] Американская психиатрическая ассоциация. Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, 5-е изд. (DSM-5). Вашингтон: APA Press, 2013.

[7] Всемирная организация здравоохранения. МКБ-11 по статистике смертности и заболеваемости. Женева: ВОЗ, 2019. https://icd.who.int

1.3. Объект, предмет, гипотезы и задачи исследования

Научная достоверность любого психиатрического исследования, особенно в судебно-медицинском контексте, зависит от точного определения его объекта и предмета, формулировки теоретически обоснованных гипотез и четкого разграничения задач эмпирического исследования. Это становится еще более важным, когда исследование касается такой чувствительной и этически заряженной области, как сексуальные преступления и девиантное поведе-

ние в условиях принуждения, институционального контроля и судебно-психиатрической двусмысленности.

Объектом исследования является психиатрический и экспертно-правовой феномен сексуальной девиантности у лиц, осужденных за сексуальные преступления, в том виде, в каком он проявляется в уголовно-исполнительной системе Российской Федерации. Этот объект охватывает широкий спектр дисциплинарных проблем: психопатологическую симптоматику, поведенческие проявления, медико-правовые реакции, практику психиатрического лечения и механизмы экспертной оценки.

Предметом исследования является клинико-типологическая структура, диагностическая динамика и судебно-психиатрическая экспертиза лиц, осужденных за сексуальные преступления и находящихся под психиатрическим наблюдением или принудительным лечением, с особым акцентом на лиц с диагнозом парафильные расстройства, в частности педофильные расстройства, в рамках классификационных систем МКБ-10 и МКБ-11. В исследовании сделан акцент на наблюдении за данной группой субъектов в реальных условиях исправительной колонии, что делает его методологически отличным от исследований, проводимых в амбулаторных клиниках или экспертных комиссиях.

Существует диагностически идентифицируемая и типологически непротиворечивая подгруппа лиц, осужденных за сексуальные преступления, которые демонстрируют устойчивую парафильную симптоматику, которую можно дифференцировать от ситуационного, реактивного или непатологического преступного сексуального поведения.

Существующие диагностические критерии (особенно в МКБ-10) недостаточно чувствительны для выявления скрытых форм парафилических расстройств или дифференциации морально девиантного, но неклинического поведения и подлинной психопатологии. Для применения криминалистической экспертизы необходима более поведенческая и динамически оцениваемая модель.

Использование структурированных клинических интервью, психодиагностических инструментов и специально разработанного диагностического опросника может значительно повысить надежность психиатрических оценок в исправительных контекстах, особенно в отличии истинной психопатологии от смоделированных или преувеличенных симптомов.

Принудительное психиатрическое лечение в исправительных колониях, хотя и часто обусловлено юридическими, а не терапевтическими императивами, создает уникальную клиническую среду, в которой психиатрическое наблюдение в течение длительных периодов времени может выявить специфическую динамику отрицания, адаптации, сопротивления и символического подчинения – процессы, которые нелегко наблюдать в досудебном или амбулаторном контексте.

Типологическая модель, основанная на мотивационных факторах, парафилической направленности, аффективной регуляции и когнитивных искажениях, может обеспечить более тонкую и клинически полезную систему классификации для правонарушителей с сексуальными отклонениями и может послужить основой для новых диагностических направлений (например, при разработке протоколов МКБ-12 или национальной классификации).

Для проверки этих гипотез и структурирования исследовательского процесса были определены следующие исследовательские задачи:

рассмотреть и проанализировать историческую, концептуальную и классификационную эволюцию понятия сексуальной девиантности в психиатрии с акцентом на российскую судебную сексологию и международные диагностические системы;

провести комплексную психиатрическую и психологическую экспертизу выборки лиц, осужденных за преступления сексуального характера и, в соответствующих случаях, проходящих принудительное лечение в исправительном психиатрическом отделении;

выявить различные клинические типологии среди сексуальных преступников, в том числе с педофильными, эксгибиционистскими, вуайеристскими, садистскими и фроттеристскими расстройствами, на основе психиатрических интервью, психометрических профилей и поведенческого анамнеза;

разработать и применить авторский диагностический опросник, предназначенный для выявления парафилического интереса, паттернов отрицания, дефицита эмпатии и внутренних мотивационных структур у заключенных;

сравнить полученные данные с критериями МКБ-10, МКБ-11 и DSM-5, а также оценить диагностическую совместимость, ограничения и противоречия в рамках существующих систем классификации;

изучить лонгитюдное клиническое поведение заключенных, находящихся под принудительным психиатрическим наблюдением, с акцентом на изменения в самовосприятии, фантазийной жизни, терапевтической комплаентности и манипулирующих стратегиях;

изучить этические, правовые и системные дилеммы, с которыми сталкиваются психиатры, работающие в пенитенциарных учреждениях, включая вопросы двойной лояльности и принуждения к лечению;

предложить конкретные теоретические и практические рекомендации по совершенствованию диагностики, лечения и судебно-психиатрической экспертизы лиц с парафильными расстройствами, а также внести вклад в разработку более гибкой, эмпирически обоснованной психиатрической классификации сексуальных девиаций.

Это исследование направлено не только на углубление академических знаний, но и на практическое руководство для психиатров, судебно-психиатрических экспертов и специалистов в области уголовного правосудия, которые работают на сложном пересечении психических заболеваний, сексуальности и уголовного права.

1.4. Методологические и теоретические основы

В основу настоящего исследования положен междисциплинарный методологический подход, объединяющий принципы классической психиатрической нозологии, судебно-психологической диагностики, типологического анализа и динамического клинического наблюдения в рамках исправительного учреждения. Сложность исследуемого объекта — лиц, осужденных за сексуальные преступления, часть из которых демонстрирует парафилическую психопатологию — обуславливает необходимость разработки исследовательского плана, выходящего за рамки однометодных или чисто симптоматических подходов. Применяемая методология опирается как на традиции российской клинико-феноменологической школы, так и на современные международные стандарты психиатрии, в частности, установленные Всемирной организацией здравоохранения и Американской психиатрической ассоциацией.

В соответствии с принципами клинической психиатрии, в исследовании используется долгосрочное прямое наблюдение за лицами в пенитенциарном контексте. Закрытый характер среды дает возможность для постоянного мониторинга поведения, фантазийной жизни и межличностной динамики, элементов, часто недоступных в амбулаторных или досудебных судебно-медицинских условиях. В основе этого метода лежит лонгитюдный анализ динамики симптомов, позволяющий не только верифицировать диагноз, но и наблюдать за адаптационными, защитными и манипулятивными механизмами во времени.

В исследовании используется типологический подход, который исторически является одним из ведущих инструментов в советской и российской психиатрии. В основе данной методологии лежат работы А.В. Снежневского, А.Е. Личко и А.А. Ткаченко, которые подчеркивали необходимость учета структуры личности, онтогенетического развития и конституциональных

предрасположенностей в понимании психических и поведенческих отклонений [1][2]. Этот метод особенно продуктивен при применении к парафилическим расстройствам, где проявление симптомов часто существует на границе патологии личности, систем моральных убеждений и нейробиологических детерминант.

Помимо клинического наблюдения, исследование методологически обогащается за счет использования структурированных интервью и стандартизированных психодиагностических инструментов, которые включают:

Миннесотский многоаспектный личностный опросник (MMPI-2) для общего психопатологического профилирования;

Контрольный список психопатии Хэйра – пересмотренный (PCL-R) для оценки антисоциальных черт;

Скрининговый тест на сексуальную зависимость (SAST) и SASSI-4 для оценки девиантного сексуального влечения;

Многоаспектный опросник сексуальности (MSI-II), где это применимо.

Эти инструменты дополняются экспериментально-психологическими методами, заимствованными из русской традиции, в том числе проективным тестированием на основе цвета (Эткинд, Люшер), диагностикой символьно-ассоциативных ассоциаций, заданиями на кодирование, выявляющими эмоционально-символические искажения.

Важно отметить, что в этой монографии представлен оригинальный диагностический инструмент — многомерный опросник автора, специально разработанный для использования в пенитенциарных учреждениях. Опросник включает в себя как количественные, так и качественные измерения и оценивает следующие основные конструкты: парафилический интерес, мотивационная структура, когнитивные искажения, дефицит эмпатии, ранняя травма и уровни симуляции или отрицания. Инструмент прошел предварительные испытания на надежность и планируется для более широкой валидации на последующих этапах исследований.

С теоретической точки зрения работа опирается на конвергенцию нескольких моделей:

Дизонтогенетическая модель психопатологии, которая концептуализирует парафилические расстройства как проявления нарушенного развития личности, часто связанные с ранней психосексуальной травмой, эмоциональной холодностью, дефицитом объектных отношений [3].

Нейробиологическая модель, которая выделяет структурные и функциональные аномалии в лобной и лимбической областях, моноаминергическую дисрегуляцию, а также влияние тестостерона и других гормонов на контроль импульсов и половое влечение [4].

Когнитивно-поведенческая структура, широко используемая в современном лечении сексуальных преступников, которая фокусируется на дезадаптивных системах убеждений, фантазийных сценариях и условном подкреплении девиантного поведения [5].

Судебно-правовая модель, включающая роль психиатрической экспертизы в определении вменяемости, уменьшенной вменяемости и риска рецидива в сексуальных преступлениях, в частности в соответствии с российской правовой доктриной (ст. 21, 97–102 УК РФ).

Кроме того, исследование опирается на концепции морального безумия[1], псевдопокаяния[2] и клинического моделирования, признавая, что парафильные симптомы часто перепле-

[1] Концепция морального безумия (нравственного помешательства) — устаревшее название класса психических расстройств, которые сопровождались серьёзными нарушениями морально-нравственных представлений пациента при сохранении у него в той или иной степени интеллектуальных способностей. Английский врач Джеймс Причард ввёл это выражение в психиатрию в 1835 году в своём «Трактате о безумии и других расстройствах психики». Причард возражал против взгляда, который разделялся тогда врачами и юристами, о том, что помешательство имеется лишь там, где обнаруживается расстрой-

таются с манипулятивными стратегиями, идеологическими рационализациями и психодинамическими защитными механизмами.

Этот гибридный теоретико-методологический подход позволяет исследователю не только описывать интересующую его популяцию, но и интерпретировать ее поведение в более широких рамках, учитывающих социальный контекст, институциональную власть, диагностическую двусмысленность и этическую напряженность. Таким образом, исследование находится на пересечении психиатрии, криминологии, теории права и этики, что делает его не только эмпирическим исследованием, но и вкладом в теоретический дискурс о будущем психиатрической классификации и судебно-психиатрической интервенции в области сексуальной патологии.

Ссылки

[1] Снежневский А.В. Патогенетическая классификация психических заболеваний. Москва: Медицина, 1975.

[2] Ткаченко А.А. Аномальное сексуальное поведение. Москва: Медицинская книга, 1997.

[3] Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Санкт-Петербург: Питер, 2001.

[4] Кантор Д.М., Кабани Н., Бланшар Р. Дефицит белого вещества головного мозга у мужчин-педофилов. Журнал психиатрических исследований. 2008; 42(3): 167–183.

[5] Бич А.Р., Фишер Д., Беккет Р. СТЕП: Программа систематического лечения сексуальных преступников. Преступное поведение и психическое здоровье. 1999; 9(3): 27–39.

1.5. Научное и практическое значение

Научная и практическая ценность данного исследования заключается в его вкладе в три взаимосвязанные области: развитие психиатрической диагностики, совершенствование судебно-правовой экспертизы и оптимизация стратегий лечения лиц с парафилическими расстройствами в пенитенциарной системе.

С научной точки зрения, исследование представляет собой редкое эмпирическое и феноменологическое исследование лиц, осужденных за сексуальные преступления, наблюдаемых в течение длительных периодов времени в условиях реальной жизни. Большинство существующих исследований в области сексуальных девиантностей и парафилических расстройств опираются либо на ретроспективные данные экспертных комиссий, либо на добровольные амбулаторные выборки. Настоящая работа принципиально отличается тем, что взаимодействует с людьми, проходящими принудительные психиатрические обследования, часто в течение нескольких месяцев или лет, что позволяет получить более достоверное и динамичное понимание их психопатологии, мотивации и стратегий адаптации.

С точки зрения диагностической значимости данная монография способствует уточнению парафильной диагностики путем сопоставления критериев МКБ-10, МКБ-11 и DSM-5 с клиническими реалиями в российской пенитенциарной системе. В нем выявляются конкретные расхождения между официальными нозологическими определениями и поведенческими проявлениями правонарушителей, особенно тех, чьи мотивы маскируются манипуляцией, отрицанием или псевдораскаянием. Автор предлагает типологию правонарушителей на

ство умственных способностей. Он доказывал возможность такого помешательства, при котором нет ни бреда, ни обманов чувств, ни помрачения сознания. Причард понимал под словами «нравственное помешательство» клиническую картину, характеризующуюся более или менее изолированным поражением эмоциональной сферы, как противоположность «интеллектуальному помешательству», основной признак которого — поражение интеллекта

[2] Псевдопокаяние — это ложное покаяние, которое не предполагает перемену мыслей и поведения в отношении преступления

основе парафилической направленности, эмоциональной регуляции и мотивационной сложности, что может послужить основой для дальнейшего нозологического уточнения, в том числе вклада в формирование МКБ-12.

Не менее важной является разработка авторского диагностического опросника, объединяющего психометрические шкалы со структурированными клиническими впечатлениями, специально предназначенного для использования в коррекционной психиатрии. Данный инструмент имеет потенциал для широкого практического применения в:

Первичная судебно-психиатрическая экспертиза в ходе досудебной экспертизы,
Динамическая оценка рисков во время содержания под стражей,
Психиатрическое наблюдение после освобождения и профилактика рецидивов.

В области судебной психиатрии исследование предлагает рекомендации по экспертной оценке в случаях, связанных с парафилическими расстройствами, уделяя внимание диагностическим порогам, необходимым для определения вменяемости, ограниченной вменяемости или правовых оснований для принудительного лечения. Учитывая двусмысленность, которая часто возникает при разграничении патологического сексуального поведения от аморальных или преступных, но не психиатрических действий, исследование обеспечивает концептуальную и эмпирическую поддержку для более точных, этически обоснованных и актуальных для суда выводов. Это особенно актуально в тех случаях, когда психиатрическая экспертиза может привести к длительной госпитализации или изменению приговора, а симуляция или преувеличение симптомов остается серьезной проблемой.

Практическая значимость исследования заключается также в его непосредственном вкладе в клиническое лечение. Анализируя мотивационные структуры, фантазийные системы и аффективную динамику сексуальных преступников в колониях, работа предлагает клиницистам новое понимание планирования лечения и терапевтического взаимодействия. В частности, в монографии исследуется динамика резистентности, псевдоуступчивости и защитных искажений, которые часто препятствуют прогрессу в лечении сексуальных девиаций. Включение международно признанных стратегий лечения, таких как когнитивно-поведенческая терапия, модели профилактики рецидивов и фармакологическое регулирование с использованием СИОЗС или антиандрогенов, ставит исследование в соответствие с современными стандартами оказания медицинской помощи, а также критически оценивает их применимость и ограничения в российских судебно-психиатрических учреждениях.

Кроме того, исследование предлагает новые этические и политические взгляды. В условиях, когда психиатрия может подвергаться административному или идеологическому давлению, это исследование подчеркивает важность диагностического нейтралитета, профессиональной автономии и правозащитного измерения психиатрической практики. Эти темы не только теоретические, но и проистекают из жизненного опыта в коррекционной среде, где граница между терапией и контролем часто неоднозначна.

Наконец, исследование служит образовательным и учебным ресурсом. Его выводы, типологии и предлагаемая диагностическая система могут быть использованы в профессиональном развитии судебных психиатров, тюремных клиницистов, членов экспертных комиссий и юристов, занимающихся психиатрической юриспруденцией. Таким образом, монография становится не только продуктом научной рефлексии, но и инструментом профессиональной практики, актуальным не только в Российской Федерации, но и для международных сравнительных исследований и диалога в области судебной сексологии и коррекционной психиатрии.

1.6. Структура монографии

Эта монография построена таким образом, чтобы следовать логически и тематически, отражая сложность психиатрических, судебных и этических аспектов, связанных с изучением лиц, осужденных за сексуальные преступления. Работа разделена на шесть основных разделов, каждый из которых рассматривает отдельный аспект области исследований, сохраняя при этом преемственность с всеобъемлющими теоретическими и клиническими целями. Каждая глава опирается на предыдущую, постепенно расширяя понимание читателя от общих юридическо-психиатрических рамок к подробным клиническим типологиям, методологическим инновациям и, наконец, системному анализу и предложениям по реформе.

Вступительный раздел A, озаглавленный «Введение и контекст», представляет концептуальную основу работы. В нем устанавливается актуальность исследования, формулируется его новизна, определяются объект и предмет исследования, а также намечаются методологические и теоретические рамки, на которых основано все исследование. В заключение она ориентирует читателя на структурную логику самой монографии.

В разделе B, «Диагностика и типология парафилических расстройств», прослеживается историческая эволюция понятия сексуальной девиантности, уделяя особое внимание переходу от морального осуждения к психиатрической классификации. Она взаимодействует как с российской, так и с зарубежной литературой, подчеркивая вклад классической школы советской сексопатологии и критически рассматривая сдвиги, вызванные МКБ-11 и DSM-5. В этом разделе также представлена клинико-типологическая система классификации сексуальных преступников, уделяя особое внимание выбору объекта, механизму удовлетворения, эго-синтоническому и эго-дистоническому статусу, а также профилям коморбидности.

Раздел C «Эмпирический материал и методология исследования» представляет основную эмпирическую базу исследования: популяцию сексуальных преступников, содержащихся в исправительной колонии с психиатрическим блоком. В нем описывается институциональный контекст, излагаются критерии отбора участников, а также приводятся демографические и юридические данные. В этом разделе также подробно рассматриваются психодиагностические инструменты и авторские инструменты, в том числе специально разработанный диагностический опросник, нацеленный на мотивационную структуру, парафильную направленность, дефицит эмпатии, когнитивные искажения и историю травмы. Процесс валидации, клиническое применение и судебно-медицинский потенциал этого опросника подробно описаны в отдельной главе.

В разделе D, Клинический анализ и опыт лечения, представлены клинические результаты исследования. В нем представлены подробные серии клинических случаев, типологические очерки и динамический анализ результатов лечения в пенитенциарном контексте. Это включает в себя размышления о симуляции, скрытой парафилии, псевдораскаянии и моральной рационализации, а также описание моделей лечения, используемых в условиях принуждения. Фармакологические и психотерапевтические подходы оцениваются в свете их клинической осуществимости и этических последствий в закрытых институциональных условиях.

В разделе E «Судебная экспертиза и этические аспекты» исследуется роль психиатрической экспертизы в системе уголовного правосудия с акцентом на оценку вменяемости, риска и пригодности для принудительного лечения. В этом разделе также рассматривается один из наиболее важных компонентов монографии: этические дилеммы, с которыми сталкиваются психиатры, работающие в условиях институциональной асимметрии. Сравнительные модели из других правовых систем (Германии, Канады, Швеции, США) используются для обеспечения критической дистанции и перспективы.

Заключительный раздел F, Синтез и предложения, выходит за рамки анализа и диагностики и переходит к формулировке новых теоретических и практических предложений. Это включает в себя попытку внести вклад в будущее международной психиатрической классификации (например, МКБ-12), интегрированной структуры, сочетающей юридические типологии с клиническими диагнозами, а также рекомендации по раннему скринингу, профилактике и развитию этически обоснованной системы судебно-психиатрической помощи в случаях сексуальной девиации.

Каждая глава завершается ссылками и, при необходимости, дополнительными материалами (например, статистическими таблицами, диагностическими шкалами, протоколами). Приложения включают полную версию авторской анкеты, выборку структурированного интервью, а также прикладные алгоритмы лечения, полученные на основе клинической работы.

В целом структура данной монографии отражает двойную приверженность: научную строгость и практическую значимость. Она задумана не только как академический вклад в изучение сексуальной психопатологии, но и как рабочее пособие для психиатров, судебно-медицинских экспертов и институциональных клиницистов, сталкивающихся с проблемами практического применения в условиях правовых и этических ограничений.

Глава 2. Правовая и институциональная база

2.1. Статьи 131–135 УК: Преступления сексуального характера в российском законодательстве

Правовое регулирование преступлений на сексуальной почве в Российской Федерации сосредоточено в главе 18 Уголовного кодекса Российской Федерации «Преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности». Особое значение для судебной психиатрии имеют статьи с 131 по 135, которые определяют и разграничивают акты сексуального насилия, принуждения и незаконного контакта с несовершеннолетними. Эти статьи являются законодательной базой, на которой строятся решения об уголовной ответственности, судебно-психиатрической экспертизе, а в отдельных случаях и о применении принудительных мер медицинского характера.

Статья 131 определяет изнасилование как половой акт с применением насилия, угрозой применения насилия или использованием беспомощного состояния жертвы. Преступление является отягчающим обстоятельством, когда оно совершается группой, в отношении несовершеннолетнего или с особой жестокостью. Судебно-психиатрический интерес в таких случаях часто вращается вокруг оценки контроля импульсов, антисоциальных тенденций или сопутствующих психотических или парафилических расстройств, которые могли способствовать акту.

Статья 132, касающаяся других действий сексуального характера, имеет более широкую сферу применения. Он включает в себя оральные, анальные и другие непроникающие сексуальные акты, осуществляемые в тех же условиях принуждения или эксплуатации. С точки зрения психиатрии, эта статья часто затрагивает лиц, чье сексуальное поведение проявляется в атипичных, компульсивных или фетишистских формах — иногда без четкого парафилического профиля, но со значительными моральными или когнитивными искажениями, особенно в случаях с участием несовершеннолетних.

Статья 133 предусматривает наказание за сексуальное принуждение, при котором преступник использует шантаж, угрозы или отношения зависимости (например, трудоустройство, опекунство) для склонения к сексуальным действиям без открытого насилия. С психиатрической точки зрения, у таких преступников могут проявляться черты манипулятивных личностных структур — часто нарциссические, параноидальные или психопатические черты, иногда сопровождающиеся сексуальными фантазиями, включающими доминирование и унижение.

Статья 134 имеет непосредственное отношение к клиническому материалу данной монографии. В нем рассматриваются половые сношения и другие действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста, даже в тех случаях, когда акт может быть формально добровольным. Эта статья имеет решающее значение для судебной психиатрии, поскольку она обращает внимание на юридически защитный характер законов о возрасте согласия, а не на волевое или аффективное измерение несовершеннолетнего. Таким образом, даже при отсутствии физического принуждения такие деяния квалифицируются как уголовно наказуемые в силу предполагаемой незрелости жертвы и эксплуататорской асимметрии, присущей отношениям между взрослыми и несовершеннолетними.

Важно отметить, что статья 134 также является местом, где диагноз педофильного расстройства пересекается с уголовным законодательством. Несмотря на то, что не все лица, осужденные в соответствии с этим законом, соответствуют клиническим критериям педофилии, подгруппа явно демонстрирует стойкий сексуальный интерес к детям препубертатного возраста или раннего полового созревания, отвечающим критериям диагноза по МКБ-10 (F65.4)

или МКБ-11 (6D31). Психиатрическая экспертиза в таких случаях должна тщательно дифференцировать парафилические расстройства и ситуативное поведение, принимая во внимание сексуальную историю преступника, его фантазийную жизнь и внутреннюю мотивацию.

Статья 135 предусматривает уголовную ответственность за непристойные действия без половых сношений с лицами, не достигшими шестнадцати лет. Это включает в себя прикосновения, обнажение, словесный груминг[3] и другие формы сексуализированного взаимодействия. С точки зрения психиатрии эти акты могут отражать раннюю стадию парафилического выражения, смещенную сексуальную фиксацию или импульсивное поведение у эмоционально незрелых индивидуумов. В некоторых случаях это сигнализирует о начале педофильного поведения у молодых или умственно отсталых правонарушителей.

Во всех этих статьях роль психиатра в судебно-психиатрической экспертизе включает оценку вменяемости, наличия или отсутствия психического расстройства на момент совершения правонарушения, а также степень, в которой это расстройство могло повлиять на волю или осознание правонарушения. Кроме того, психиатр оценивает риск рецидива, особенно в отношении расстройств, характеризующихся стойким девиантным сексуальным интересом, эмоциональной отстраненностью, низкой эмпатией или антисоциальными чертами.

Более того, судебно-психиатрическая экспертиза по этим статьям проводится в строго формализованном правовом поле, которое включает в себя нормы ст. 21 УК РФ (в части невменяемости), ст. 97–102 (принудительные меры медицинского характера) и ст. 283–284 УПК РФ (правила назначения и проведения психиатрических экспертиз). Психиатр должен не только ставить диагноз, но и переводить клинические результаты в юридически интерпретируемые заключения, которые имеют непосредственное отношение к вопросам ответственности, необходимости лечения и риска для безопасности.

На практике применение этих статей, особенно 134 и 135, обнаруживает глубокую двусмысленность между клиническими и моральными категориями. Правовая система имеет тенденцию оперировать категориальными определениями и фиксированными пороговыми значениями, в то время как психиатрическая экспертиза функционирует в оттенках динамических, субъективных и развивающихся нюансов. Это расхождение часто ставит судебно-психиатрического эксперта в положение интерпретативного напряжения, особенно в тех случаях, когда имеются свидетельства незрелого сексуального развития, социальной неадекватности, аффективной зависимости от несовершеннолетних или смешанных аффективно-сексуальных мотивов.

Растущий разрыв между системами психиатрической классификации, особенно переход от МКБ-10 к МКБ-11, и статичный характер российского уголовного законодательства еще больше усложняют картину. В МКБ-11 подчеркивается, что вред, дистресс и риск являются условиями для парафилического диагноза, в то время как юридические формулировки попрежнему основаны на поведенческих и возрастных критериях. Это расхождение подчеркивает важность тонкого судебно-психиатрического анализа, особенно в отношении назначений на принудительное лечение, которое будет подробно рассмотрено в следующей главе.

2.2. Принудительное психиатрическое лечение: правовые основания и применение

Институт принудительного психиатрического лечения в Российской Федерации регулируется четко выраженным правовым и медико-правовым аппаратом, который одновременно

[3] Груминг — это процесс, при котором взрослый человек целенаправленно завоевывает доверие ребенка или даже взрослого, чтобы впоследствии вступить с ним в сексуальные отношения. Он может происходить как в виртуальном пространстве, так и при реальной, физической коммуникации.

отражает принципы клинической необходимости, общественной безопасности и государственного контроля. Эти меры, основанные на положениях статей 97–102 УК РФ, направлены в отношении лиц, которые в силу психического расстройства представляют опасность для общества и нуждаются в терапевтическом вмешательстве, которое может носить принудительный характер.

По сути, законодательная база признает четыре основных основания для применения принудительных мер медицинского характера:

Совершение общественно опасного деяния в состоянии невменяемости;

Совершение такого деяния лицом с ограниченной дееспособностью;

Развитие психического расстройства после вынесения приговора;

Наличие хронического или прогрессирующего психического заболевания, повышающего риск рецидива общественно опасного деяния.

В делах о преступлениях сексуального характера, особенно по статьям 131–135 (см. §2.1), психиатрическая экспертиза приобретает решающее значение для оценки того, было ли преступление совершено под влиянием парафилического расстройства и соответствует ли такое расстройство порогу правовой невменяемости или направлению на психиатрическое лечение по статье 97. Речь идет о лицах, чье психическое состояние, хотя и не освобождает их полностью от ответственности, все же требует помещения в психиатрическое учреждение для снижения риска и борьбы с патологическим поведением.

Форма и интенсивность лечения в соответствии со статьей 99 подразделяются на:

Амбулаторное наблюдение и лечение у психиатра;

Стационарное лечение в общепсихиатрическом учреждении;

Стационарное лечение в специализированном психиатрическом учреждении;

Стационарное лечение в специализированном учреждении интенсивного наблюдения.

Эти градации присваиваются на основании решения суда, основанного на заключениях экспертов относительно опасности для общества, вероятности рецидива, характера психического расстройства, а также истории предыдущих правонарушений или психиатрических госпитализаций. На практике решение о назначении принудительного лечения тесно связано с заключением психиатра, который должен тщательно уравновешивать медицинские показания, критерии уголовного права и социальный прогноз.

Отличительной чертой российской системы является то, что парафилические расстройства, в том числе педофилия (F65.4), часто помещаются в «серую зону». Хотя они могут не достигать уровня психоза, они все же могут быть истолкованы как хронические психические расстройства с риском повторного социально опасного поведения, особенно если расстройство является эгосинтоническим и устойчивым к добровольному лечению. Это приводит к частой зависимости от расширенного наблюдения, последующего опыта и административных решений для продолжения лечения даже после того, как формальные критерии риска становятся менее четко выраженными.

Еще одним заслуживающим внимания правовым актом является статья 102 УК РФ, которая регулирует прекращение или изменение принудительных мер медицинского характера. Это обеспечивает формальный маршрут, с помощью которого пациент может быть повторно обследован, часто ежегодно, чтобы определить, необходимо ли дальнейшее стационарное лечение. На практике, однако, порог для освобождения высок, и многие люди остаются под такими мерами в течение многих лет, что приводит к тому, что некоторые ученые называют «психиатрическим заключением без конца» [1].

Принудительное психиатрическое лечение осуществляется в соответствии с двойными полномочиями: судебное решение инициируется судебными органами, в то время как психи-

атрические учреждения несут ответственность за администрирование и текущую оценку рисков. В исправительных колониях с психиатрическими отделениями, как и в собственной клинической базе автора, меры по статье 97 применяются наряду с общими исправительными процедурами, создавая гибридное институциональное пространство, в котором терапевтические цели сосуществуют (а иногда и противоречат) контролю над колониями.

Такая институциональная структура порождает сложные клинические и этические дилеммы. Психиатр должен выступать не только в качестве диагноста и терапевта, но и в качестве юридического представителя, выводы которого могут продлить или прекратить лечение, подобное тюремному заключению. Риск гипердиагностики, административного давления или морального смешения особенно актуален в делах, связанных с преступлениями против несовершеннолетних, где общественное и институциональное ожидание наказания может омрачать нейтральность психиатрического суждения.

Более того, отсутствие консенсусных критериев для назначения принудительного лечения парафилических расстройств еще больше усложняет ситуацию. В отличие от психозов, где наличие бреда или галлюцинаций может оправдать лечение по соображениям безопасности, парафилические синдромы часто включают в себя внутренние побуждения, искаженные фантазии и поведенческие модели, которые не нарушают тестирование реальности, но все же приводят к серьезным правонарушениям. Таким образом, они требуют переосмысления рисков, ответственности и излечимости, которые не всегда учитываются в существующей правовой базе.

Сравнительный правовой анализ показывает, что многие европейские системы, такие как в Германии, Нидерландах и Швеции, относятся к таким правонарушителям в соответствии с «мерами безопасности», а не законами о психиатрии, тем самым сохраняя психиатрическое лечение для тех, чье психическое заболевание снижает самоконтроль или понимание. Продолжающаяся в России классификация расстройств сексуальных предпочтений в рамках психиатрической юрисдикции отражает гибридную модель, уходящую корнями в советские традиции судебной медицины, где моральная, медицинская и криминальная сферы часто размываются.

В заключение следует отметить, что правовая основа принудительного психиатрического лечения в России отражает как искреннюю заботу о защите общества, так и наследие психиатрического контроля, ориентированного на государство. В то время как эта система обеспечивает механизм долгосрочного управления рисками у правонарушителей, страдающих парафилией, она также вызывает обеспокоенность в отношении гибкости диагностики, этических гарантий и баланса между уходом и принуждением. Потребность в модернизированных критериях, согласованных с развивающимися международными нозологиями (МКБ-11, DSM-5), является насущной, особенно с учетом давления, с которым сталкиваются психиатры при определении и лечении опасности в случаях сексуальной девиации.

Ссылки

[1] Эпплбаум, Пол С. «Принудительное лечение в психиатрии: баланс между безопасностью и правами». Мировая психиатрия. 2003; 2(1): 24–28.

2.3. Институциональная психиатрия в России: колонии и экспертные комиссии

Институциональная архитектура психиатрии в Российской Федерации отмечена ярко выраженным дуализмом: с одной стороны, клинические и реабилитационные идеалы охраны психического здоровья; с другой стороны, принудительная и наказывающая логика государственных исправительных систем. Нигде эта напряженность не проявляется так явно, как при амбулаторным принудительным лечением в стенах Федеральной службы исполнения наказа-

ний (ФСИН), особенно в тех, где содержатся осужденные за сексуальное насилие и парафилические расстройства.

Наследие судебно-институциональной психиатрии в России

Корни институциональной психиатрии в России уходят глубоко в советскую историю, где медицинская модель исторически была подчинена идеологическим и правовым функциям. Судебная психиатрическая экспертиза, разработанная в рамках Института им. Сербского, стала мощным инструментом государственной политики, часто используемым для сегрегации, лечения и наблюдения за лицами, признанными социально опасными или морально девиантными.

В современной России Министерство здравоохранения и Министерство юстиции координируют стратифицированную сеть психиатрических служб. Лица, проходящие принудительное лечение по статье 97 УК РФ, размещаются либо в гражданских психиатрических больницах, либо, чаще в случае осужденных, в психиатрических отделениях исправительных колоний. Эти учреждения формально относятся к категории лечебно-исправительных учреждений (лечебные исправительные учреждения, ЛПУ) и отличаются своим гибридным назначением: они выполняют как психиатрические, так и пенитенциарные функции.

Структура и функции психиатрических отделений в исправительных колониях

Психиатрические отделения в исправительных колониях обычно организуются как закрытые терапевтические отделения с лицензированным психиатрическим персоналом, медперсоналом и ограниченными протоколами приема лекарств. Эти отделения изолированы от общего населения, но при этом остаются в том же режиме безопасности, доступ к которым контролируется внутренней тюремной администрацией. Окружающей среде часто не хватает терапевтической нейтральности гражданских психиатрических учреждений, и вместо этого она формируется пенитенциарной культурой: регламентацией, надзором, коллективной дисциплиной и ограниченной личной автономией.

Протоколы лечения в этих условиях в основном фармакологические, состоящие из нейролептиков, СИОЗС и антиандрогенов, со спорадическим использованием психотерапевтических вмешательств, часто из-за нехватки персонала, обучения или институционального приоритета. Групповая терапия минимальна, психокоррекционная работа с сексуальными преступниками остается недостаточно развитой, несмотря на формальное включение в планы лечения ФСИН. В то же время психиатр в таком отделении отвечает не только за терапию, но и за оценку рисков, мониторинг потенциала рецидива, а также подготовку экспертных заключений для суда или советов по условно-досрочному освобождению.

Экспертная комиссия по психиатрии

Центральным учреждением в этой системе является психиатрическая экспертная комиссия (психиатрическая экспертная комиссия), обычно состоящая из трех специалистов (часто один из них имеет судебно-медицинскую подготовку).

В компетенцию данной комиссии входит принятие ключевых решений по следующим вопросам:

Начало или прекращение принудительного лечения;

Изменения уровня безопасности или интенсивности лечения;

Оценка динамики психического состояния, особенно в отношении ремиссии или рецидива;

Оценка здравомыслия (как в ретроспективном, так и в проспективном контекстах).

Выводы комиссии оформляются официальными протоколами и направляются в суды или в юридические органы ФСИН. Несмотря на свою медицинскую подоплеку, эти решения имеют серьезные правовые и социальные последствия, определяя траекторию заключения субъекта, право на условно-досрочное освобождение и наблюдение после освобождения.

Одной из проблемных особенностей является ограниченная прозрачность и возможность административного влияния на решения комиссий, границы между диагностикой, наказанием и профилактикой становятся размытыми, когда лечение оправдано не на основании текущей болезни, а на основе абстрактных прогнозов будущей опасности.

Роль психиатра в коррекционном контексте

Психиатр, работающий в исправительной колонии, занимает пограничное положение, находящееся между терапевтической этикой и дисциплинарными ограничениями колонии. От него требуется сохранять клиническую объективность, ориентируясь на институциональные ожидания: поддерживать порядок, предотвращать эскалацию, обеспечивать «коррекцию» девиантного поведения. Эта роль усугубляется в случаях, связанных с парафилическими расстройствами, когда диагноз может иметь стигматизирующие последствия, а решения о лечении могут быть оспорены как осужденным, так и администрацией.

В отличие от врачей общей практики, исправительный психиатр имеет дело с пациентами, которые не являются добровольными, которые часто отрицают наличие болезни и которые могут пытаться манипулировать клиническими взаимодействиями для получения вторичной правовой выгоды (например, пытаясь добиться досрочного освобождения, избежать более строгих уголовных приговоров или быть переведенным в психиатрическую больницу). Это требует тонкого понимания не только психопатологии, но и симуляции, стратегического поведения и институциональной культуры колоний.

Более того, психиатр должен интерпретировать психиатрические синдромы в юридически и лингвистических рамках, например, переводя симптомы педофильного расстройства в выводы о здравомыслии, ограниченной ответственности или криминогенном риске. Авторитет эксперта в этом отношении значителен, но также уязвим для оспаривания, особенно в свете меняющихся психиатрических классификаций (например, МКБ-11 больше не патологизирует все ненормативные сексуальные предпочтения).

Заключение

Институциональная психиатрия в российских исправительных колониях занимает уникальное медико-правовое пространство, где границы между терапией, экспертизой и наказанием часто нечеткие. Двойная функция психиатрии в колонии – как место принудительного лечения и государственного надзора – поднимает фундаментальные этические, клинические и философские вопросы.

В нем также подчеркивается необходимость:

Более четкие диагностические критерии и нозологический консенсус (особенно в отношении парафилических расстройств),

Институциональные меры защиты психического нейтралитета,

Разработка терапевтических моделей, подходящих для коррекционных условий.

Эти опасения будут более подробно рассмотрены в последующих разделах, посвященных протоколам лечения (раздел D) и этическим дилеммам (раздел E). На данный момент достаточно подчеркнуть, что психиатрия в российских пенитенциарных учреждениях не просто лечит болезни, а работает на пересечении власти, девиантности и институциональной морали.

2.5. Международные стандарты и противопоставления (МКБ-10, МКБ-11, DSM

-5, ЕСПЧ)

Классификация и правовая интерпретация парафилических расстройств, особенно в контексте преступного сексуального поведения, занимают спорное место на пересечении психиатрии, права и прав человека. Сравнительный анализ показывает, что в то время как международные системы стремятся к стандартизации диагнозов и протоколов лечения, их философские основы, диагностические пороги и последствия для судебной психиатрии существенно различаются. Контраст между МКБ-10, МКБ-11, DSM-5 и судебной практикой Европейского суда по правам человека (ЕСПЧ) особенно поучителен для освещения нынешней позиции России и ее противоречий с международными нормами.

МКБ-10: Наследие патологизации

МКБ-10, которая до сих пор используется в Российской Федерации, определяет парафилические расстройства как категорию F65, трактуя их как устойчивые паттерны девиантного сексуального возбуждения, направленные на несогласных лиц, неприемлемые объекты или в социально неприемлемых контекстах. Педофилия (F65.4), эксгибиционизм (F65.2) и другие диагнозы рассматриваются как патологические по своей сути, независимо от наличия или отсутствия дистресса или нарушения функционирования.

Эта классификация, хотя и клинически устойчивая для судебной психиатрии, подверглась критике за чрезмерную патологизацию сексуальных предпочтений, в том числе тех, которые могут не сопровождаться преступным поведением или личными страданиями. Модель F65 глубоко нормативна, основана на социально-моральных суждениях и отражает более широкие тенденции психиатрии 20-го века к регулированию отклонений, а не к дифференциации болезни от вариации.

Опора России на МКБ-10 сохраняет эту патологизирующую позицию, которая, хотя и согласуется с исполнением наказания и правовыми традициями, все больше вступает в противоречие с современными взглядами на диагностический нейтралитет, права человека и медицинскую этику.

МКБ-11: сдвиг парадигмы в сторону критериев, основанных на вреде

Напротив, МКБ-11, принятая Всемирной организацией здравоохранения в 2019 году, вносит значительный концептуальный сдвиг. Он выводит определенные виды сексуального поведения, такие как фетишизм и трансвестическое поведение, из категории психических расстройств, рассматривая их как варианты сексуальности, если они не причиняют вреда или страдания.

Новая классификация (блок 6D30–6D3Z) фокусируется на пороговых значениях, основанных на причинении вреда: парафильное расстройство диагностируется только тогда, когда человек испытывает дистресс или дисфункцию, или когда поведение включает в себя несогласие других людей, например, при педофильном расстройстве (6D32).

Примечательно, что МКБ-11 не считает само по себе наличие девиантных фантазий или возбуждения достаточным для постановки диагноза. Это делает акцент на поведенческом выражении, субъективных страданиях и юридических последствиях, а также снижает стигматизацию для людей с нетипичными сексуальными предпочтениями, которые не действуют в соответствии с ними и не испытывают психологических нарушений.

Эта реформа вызвала широкие дебаты в России, где традиционная психиатрия и юриспруденция по-прежнему не поддаются депатологизации. Официально Минздрав отложил внедрение МКБ-11, сославшись на противоречия с «традиционными ценностями», хотя невысказанная обеспокоенность заключается в том, что она не может криминализировать желание без действия, особенно в отношении диагностики и обязательного лечения педофилии.

DSM-5: Двойные определения и судебная неоднозначность

Система DSM-5, разработанная Американской психиатрической ассоциацией, занимает золотую середину. В нем проводится различие между парафилиями (атипичными сексуальными интересами) и парафильными расстройствами (когда эти интересы причиняют страдания или причиняют вред другим). Например, педофильное расстройство диагностируется только тогда, когда человек либо расстроен своим влечением, либо действовал в соответствии с ним.

DSM-5 как хвалили, так и критиковали за это двойное определение. Это позволяет получить больше клинических нюансов и индивидуализировать, но также вносит двусмысленность в судебно-медицинские контексты: можно ли считать кого-то «больным» просто за склонность, на которую он не воздействует и от которой не страдает?

На практике американская судебная психиатрия часто ошибается в сторону общественной защиты, особенно в программах гражданской ответственности за сексуальных преступников. Тем не менее, эти механизмы основаны на структурированной оценке риска, а не на общем использовании психиатрических категорий. В России, напротив, диагноз сам по себе часто оправдывает лечение, подобное тюремному заключению, что делает модель DSM-5 менее совместимой с существующими законодательными рамками.

Европейский суд по правам человека (ЕСПЧ): права человека через призму

Европейский суд по правам человека неоднократно рассматривал вопрос о принудительном лечении, лишении свободы и посягательстве на достоинство лиц с парафилическими расстройствами. Его прецедентное право, в частности в соответствии со статьями 3 и 5 Европейской конвенции о правах человека [1], подчеркивает, что:

Содержание под стражей должно основываться на явной медицинской необходимости, а не только на потенциальном отклонении;

Психиатрический диагноз должен соответствовать международно-признанным критериям (МКБ или DSM), а лечение должно быть соразмерным, основанным на фактических данных и уважающим человеческое достоинство;

Бессрочное психиатрическое заключение лиц, совершивших сексуальные преступления, особенно если оно не сопровождается динамической переоценкой или подлинным лечением, представляет собой нарушение прав человека (например, O.X. против Германии, 2010 [2]; B.C. против Польши, 2007 [3]).

К международной ориентации или изоляции?

Подводя итог, можно сказать, что в то время, как международные стандарты тяготеют к подходам, основанным на причинении вреда, индивидуализированным и правозащитным, российская судебная психиатрия продолжает работать в рамках парадигмы исполнения наказания. Продолжающееся использование МКБ-10, устойчивость к МКБ-11 и недостаточная проработка систем диагностических нюансов, подобных DSM, препятствуют как международному сотрудничеству, так и внутренним реформам.

Тем не менее, уникальный опыт России в области институциональной психиатрии, обширная база судебно-психиатрической экспертизы и масштабы системы коррекционной психиатрии дают ценный эмпирический материал для мировой психиатрии при условии соблюдения современных стандартов прозрачности, доказательной практики и этического контроля.

Данная монография позиционирует себя на этом перепутье: как критическое осмысление унаследованных практик и как призыв к переоценке позиции России в международной судебной психиатрии, но не через политическую ассимиляцию, а через научную интеграцию и этическое переосмысление.

Ссылки

[1] Европейский суд по правам человека. Руководство по статье 5 Конвенции – Право на свободу и личную неприкосновенность. Обновлено в 2023 году.

[2] O.X. против Германии, Европейский суд по правам человека, жалоба No 4646/08, решение от 24 ноября 2010 года.

[3] B.C. против Польши, Европейский суд по правам человека, жалоба No 21508/02, решение от 20 марта 2007 года.

РАЗДЕЛ В. ДИАГНОСТИКА И ТИПОЛОГИЯ ПАРАФИЛИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Глава 3. Исторические и концептуальные основы

3.1. Историческая эволюция понятия сексуальной девиантности

История столкновения психиатрии с сексуальными отклонениями — это не просто хроника диагностических усовершенствований, но и зеркало того, как общество концептуализировало нормальность, мораль и патологию. Трансформация сексуального поведения в клинические объекты — явление относительно недавнее, возникшее из моральной философии и уголовного права, вошедшее в медицинскую сферу только в XIX веке. Эволюция этих концепций обнаруживает постоянное напряжение между социальными нормами, научной эпистемологией и политическим контролем.

От греха к преступлению: домедицинская эпоха

На протяжении веков девиантное сексуальное поведение интерпретировалось через теологическую призму греха. В средневековой Европе церковные власти господствовали над моральными суждениями, и такие отклонения, как содомия, зоофилия или внебрачные половые акты, классифицировались как нарушения божественного порядка, подлежащие исповеди, покаянию или наказанию. Теологическому подходу не хватало дифференциации: один и тот же моральный кодекс применялся ко всем, и мало интереса к внутренним психологическим мотивациям или индивидуальным различиям.

С консолидацией светских правовых кодексов в начале Нового времени сексуальные отклонения были переопределены как преступление. Законы криминализировали конкретные деяния — изнасилование, инцест, содомию — без привязки к внутренним состояниям или патологиям. Эта правовая формулировка заложила основу для будущих судебно-медицинских исследований, но по-прежнему рассматривала сексуальные проступки как вопрос внешнего поведения, а не внутреннего расстройства.

Медикализация[4] извращений: рождение судебной сексологии

19-й век ознаменовался критическим сдвигом в сторону медикализации. Под влиянием позитивизма психиатрия стала претендовать на юрисдикцию над «моральным безумием» и «инстинктивным извращением». Влиятельные фигуры, такие как Рихард фон Крафт-Эбинг, в своем основополагающем труде «Psychopathia Sexualis» (1886) утверждали, что некоторые люди страдают от врожденных сексуальных аномалий желания. Он ввел термины, которые стали центральными в будущей нозологии: садизм, мазохизм, фетишизм, некрофилия и педофилия. Эти концепции были оформлены как болезни полового инстинкта, корни которых уходят в дегенеративную наследственность и конституциональную патологию [1].

В то время как работа Крафт-Эбинга представляла собой гуманитарный импульс — он утверждал, что сексуальные преступники могут быть скорее больными, чем злыми — она также вводила жесткие типологии и нормативные предположения, объединяя преступное

[4] Медикализация - это сложный социокультурный процесс, который подразумевает расширение сферы влияния медицины на различные аспекты жизни человека. Она выражается в распространении медицинских знаний и представлений, а также в рассмотрении обычных жизненных ситуаций как требующих медицинского вмешательства.

поведение с психиатрическим диагнозом. Параллельно Жан-Мартен Шарко и французская школа начали изучать истерию и парафильное поведение, связывая их с неврологическими дисфункциями и ранними травмами, что еще больше укрепило патогенетическую модель.

В конце 19-го века также появился психоанализ, который предложил радикальное переосмысление. Зигмунд Фрейд утверждал, что всякая человеческая сексуальность по своей природе полиморфна и что извращения представляют собой фиксации на более ранних либидинозных стадиях. Не освобождая парафилий от моральных суждений, теория Фрейда делала акцент на механизмах развития и бессознательном, тем самым сместив внимание с наказания на объяснение [2].

Институционализация и контроль в 20-м веке

20-й век углубил интеграцию психиатрии и пенитенциарной системы. Сексуальные извращения стали обычным поводом для принудительной госпитализации, принудительной стерилизации и длительного содержания под стражей, особенно в условиях тоталитарных режимов. В нацистской Германии «сексуальные девианты» были мишенью наряду с политическими и расовыми нежелательными лицами. В советской психиатрии диагноз «сексуальная психопатия» позволял задерживать тех, кто считался морально опасным по статьям 70 или 190-1 УК РСФСР [3].

В то же время сексология развивалась как научная область, и такие исследователи, как Альфред Кинси, Джон Мани, Уильям Мастерс и Вирджиния Джонсон, документировали широкий спектр человеческого сексуального поведения. Эмпирические исследования Кинси в 1940–1950-х годах бросили вызов идее дискретных сексуальных патологий, продемонстрировав повсеместное распространение ненормативных фантазий и моделей поведения даже среди «нормальных» популяций [4].

Тем не менее, психиатрические системы классификации продолжали медикализировать парафильное поведение. МКБ-6 и МКБ-7 включали «сексуальные отклонения», в то время как DSM-I (1952) перечисляли «социопатические расстройства личности, сексуальные отклонения». Гомосексуализм в то время считался психическим расстройством и был исключен из DSM только в 1973 году, после многих лет научных дебатов и политического давления.

Современные сдвиги: от поведения к критериям причинения вреда

Современная психиатрия все больше отдаляется от рассмотрения сексуальных отклонений как неотъемлемых патологий. Как DSM-5, так и МКБ-11 подчеркивают, что не все нетипичные сексуальные интересы представляют собой расстройство. Ключевое различие заключается в наличии дистресса, функциональных нарушений или причинения вреда другим людям.

Этот сдвиг очевиден в исключении фетишизма и трансвестического поведения из МКБ-11, а также в различии DSM между парафилией (непатологической) и парафилическим расстройством (патологическим) [5]. Клиническое внимание также переключилось на оценку риска, контроль импульсов и нейропсихологические корреляты, особенно в судебной психиатрии.

Однако в России этот сдвиг был неравномерным. Влияние А.А. Ткаченко и др. в 1990-е годы способствовало модернизации судебной сексологии, интеграции психодинамического и нозологического подходов. Тем не менее, продолжающаяся зависимость от МКБ-10 в сочетании с социально-политическим консерватизмом поддерживает нормативный взгляд на девиантность. Парафилии остаются как диагностическими ярлыками, так и маркерами моральной опасности, часто приводя к длительному принудительному лечению без динамической переоценки [6].

Исторические циклы и будущее концептуализации

Концепция сексуальной девиантности прошла через циклы морализации, криминализации и медикализации — каждая фаза пыталась регулировать сексуальность в рамках доминирующей парадигмы своей эпохи. Сегодня на международном уровне набирает обороты правозащитный подход к снижению вреда, в котором акцент делается на индивидуализации, а не на типологизации, на доказательном лечении, а не на огульном моральном осуждении.

Тем не менее, в судебно-психиатрической сфере, особенно в случаях педофильного расстройства, сексуального садизма или эксгибиционизма, эти противоречия остаются острыми. Психиатрия должна уравновешивать свою клиническую нейтральность с потребностью общества в защите, и этот баланс должен быть исторически обоснованным. Только понимая, как возникало, развивалось и использовалось понятие сексуальной девиантности, мы можем построить более гуманную, точную и справедливую основу для ее оценки и лечения.

Ссылки

[1] Крафт – Эбинг Р. Половая психопатия, М.: Книжный клуб книговек, 2013. 624 с.

[2] Фрейд З. Психология сексуальности / Фолио, 2007. 198 с.

[3] Прокопенко А. С. Безумная психиатрия. — Совершенно секретно, 1997. — 176 с.

[4] Кинси, Альфред и др. Сексуальное поведение у мужчины мужского пола. 1948; Сексуальное поведение у женщины человека. 1953.

[5] Всемирная организация здравоохранения. МКБ-11 по статистике смертности и заболеваемости. 2019. https://icd.who.int/

[6] Расстройства сексуального поведения / Под ред. А.А. Ткаченко. М.: Медкнига, 2008. 636 с.

[7] Мани, Джон. Любовь и любовная болезнь: наука о сексе, гендерных различиях и парных связях. 1980.

[8] Американская психиатрическая ассоциация. Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам: DSM-5. 2013.

[9] Менделевич В.Д. Психиатрия: теория и практика. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.

3.2. От морали к психиатрии: медикализация извращений

Превращение так называемого «извращенного» сексуального поведения из морального нарушения в клинический диагноз является одним из наиболее идеологически заряженных и научно сложных сдвигов в истории психиатрии. Этот процесс, происходивший постепенно в течение 18-20 веков, не только переопределил отношения между желанием, патологией и нормативностью, но и заложил основу современной судебной сексологии. Это ознаменовало появление психиатра как ключевой фигуры в регулировании сексуального поведения, особенно в контексте уголовного правосудия.

Моральное суждение и допсихиатрическая регуляция

До XIX века девиантное сексуальное поведение — от содомии и инцеста до мастурбации и зоофилии — рассматривалось почти исключительно в области морали, теологии и уголовного права. Католическая церковь классифицировала такие деяния как смертные грехи, караемые отлучением от церкви или смертью. В светском праве сексуальные проступки считались уголовным преступлением и подлежали телесному наказанию или смертной казни, без различия между преступностью и внутренним психическим состоянием. Важно отметить, что субъективность преступника — его мотивация, структура личности или история развития — не имели значения. Беспокойство было связано с действием, а не с актером.

Сексуальность в этот период считалась выражением либо добродетели, либо порока, и задача общества состояла в том, чтобы поддерживать моральный порядок, наказывая за откло-

нения. Не существовало понятия «сексуальной идентичности» или сексуального поведения, отражающего основополагающую структуру психики. Таким образом, извращение не лечилось, а осуждалось.

Подъем медицинского взгляда: секс как клинический объект

Сдвиг в сторону психиатрии начался с появлением медицинского взгляда в эпоху позднего Просвещения. Врачи и алиенисты стали замечать, что некоторые индивидуумы неоднократно совершали морально предосудительные или социально опасные поступки, но не соответствовали существующим определениям безумия. Эти «моральные уроды» не галлюцинировали и не входили в психозы, они просто действовали с холодной рациональностью в угоду морально извращенным инстинктам. Ответом стала формулировка «моральное безумие» (Джеймс Коулз Причард), а позже «психопатия», концепции, которые предполагали внутреннее извращение воли или пассионарности, несмотря на неповрежденное познание.

Во второй половине XIX века европейская психиатрия начала систематически поглощать девиантное сексуальное поведение в нозологическое пространство психических заболеваний. Это было началом медикализации извращений: процесса, посредством которого морально или юридически осуждаемое поведение становилось предметом клинической оценки и вмешательства.

Ключевой фигурой в этой трансформации был Рихард фон Крафт-Эбинг, чья основополагающая работа «Psychopathia Sexualis» (впервые опубликованная в 1886 году) определила более 200 историй болезни пациентов с тем, что он называл «извращенными» сексуальными влечениями. Крафт-Эбинг рассматривал извращение не как грех или преступление, а как врожденное нервно-психическое расстройство сексуального инстинкта. Он утверждал, что эти отклонения — фетишизм, садизм, мазохизм, некрофилия, педофилия — являются не моральными недостатками, а признаками конституционного вырождения, часто имеющего наследственные корни [1].

Этот шаг был революционным по нескольким причинам. Во-первых, он ввел клиническую таксономию в сферу сексуального поведения, предложив типологии, механизмы и объяснения развития. Во-вторых, она незаметно переложила вину с морального агента на патологический организм. В-третьих, это сделало возможным вмешательство, проложив путь к будущим методам лечения, институционализации и, что особенно важно, судебно-психиатрической экспертизе в судах.

Подход Крафт-Эбинга, однако, был далек от нейтрального. Несмотря на его клинический словарь, его концепция была глубоко нормативной, основанной на предположении, что репродуктивный, гетеросексуальный половой акт в браке является естественным и здоровым стандартом. Все остальное было «извращением» — отклонением от биологической функции сексуальности.

Психоанализ и нормализация извращенного

Зигмунд Фрейд, хотя и изучал неврологию, предложил радикальный отход от дегенеративной модели. В своих «Трех очерках по теории сексуальности» (1905) Фрейд утверждал, что «извращение является изначальным состоянием всей человеческой сексуальности». По его словам, развивающийся ребенок проявляет полиморфные сексуальные инстинкты, придавая эротический интерес различным частям тела, предметам и сценариям. То, что общество называет «нормальным», на самом деле является культурно навязанным сужением более широкого либидинозного потенциала [2].

Фрейд помещал извращение в тот же континуум, что и невроз, рассматривая его не как фиксированную болезнь, а как регрессивную фиксацию на ранних психосексуальных стадиях (оральной, анальной, фаллической). В отличие от Крафт-Эбинга, Фрейда интересовала

не классификация, а символическое значение — то, как сексуальные акты выражают бессознательные желания, конфликты и компромиссы.

Таким образом, психоанализ деморализовал и частично депатологизировал извращение, предложив интерпретацию, а не осуждение. Фрейд не отрицал судебно-медицинскую или клиническую значимость парафильного поведения, особенно когда оно связано с принуждением, страданием или социальной опасностью. Но он сопротивлялся превращению такого поведения в непреложные диагнозы. Его последователи, в частности Вильгельм Райх и Жак Лакан, также оспаривали психиатрическое овеществление извращений, настаивая на том, что сексуальность всегда выходит за рамки любых диагностических рамок.

Извращение в зале суда: от типологии к риску

Несмотря на более подвижное понимание психоанализа, мир судебной психиатрии продолжал отдавать предпочтение типологической ригидности, особенно в делах, связанных с сексуальными преступлениями. Правовые системы нуждались в четких категориях для определения уголовной ответственности, оценки риска и обоснования содержания под стражей или лечения. В результате медикализация извращений приняла более прагматичную и институционализированную форму.

К середине 20-го века психиатрия как на Востоке, так и на Западе стала инструментом сексуального управления. В Советском Союзе диагноз «сексуальная психопатия» (сексуальный психопат) позволял превентивно задерживать лиц, признанных опасными из-за девиантных сексуальных побуждений, независимо от того, было ли совершено преступление. Психиатрические комиссии в тюрьмах и специальных больницах выносили заключения о правовой вменяемости, принудительном лечении и гражданских правах, часто в политически акцентуированной атмосфере [3].

В западных странах развитие бихевиоризма и криминологии сместило акцент на актуарное прогнозирование и терапевтическое управление. Парафилическое поведение теперь рассматривалось не просто как эксцентричность, а как фактор риска рецидива и социального вреда. Таким образом, институционализация извращений вошла в новый медико-правовой режим, ориентированный не на моральную реабилитацию, а на сдерживание риска.

Двойное наследие медикализации

Медикализация извращений, хотя изначально и была оформлена как гуманитарный и научный проект, несет в себе двойное наследие. С одной стороны, он освободил многих людей от религиозных преследований и уголовного наказания, предложив клинические объяснения. Это позволило разработать методы лечения, включая психотерапию, фармакотерапию и структурированные программы снижения риска.

С другой стороны, медикализация исторически укрепляла нормативные сексуальные иерархии, стигматизировала ненормативные желания и обеспечивала идеологическое обоснование для недобровольной госпитализации, химической кастрации и пожизненного наблюдения. Психиатр стал одновременно и целителем, и привратником, лавируя между уходом и контролем.

Как будет подробно исследовано в монографии позже, задача сегодня заключается в том, чтобы отделить клиническую значимость от моральной паники и создать судебно-психиатрическую структуру, которая защищает общество, не патологизируя разнообразие. Медикализация извращений должна быть подвергнута критическому анализу — не для того, чтобы отвергнуть ее понимание, а для того, чтобы гуманизировать ее применение.

Ссылки

[1] Крафт – Эбинг Р. Половая психопатия, М.: Книжный клуб книговек, 2013. 624 с.

[2] Фрейд З. Психология сексуальности / Фолио, 2007. 198 с.

[3] Кон И.С. Клубничка на березке: Сексуальная культура в России. – М.: Время. 2010. – 608 с. 3-е изд.

3.3. Классическая русская судебная сексология: вклад Снежневского, Ткаченко и др.

История судебной сексологии в России отражает уникальный синтез институциональных приоритетов советской эпохи, новаторских диагностических систем и уникального научного наследия. В то время как Россия сегодня по-прежнему уходит корнями в нозологию МКБ-10, формирующая работа таких исследователей, как Андрей Владимирович Снежневский и Андрей Анатольевич Ткаченко, сформировала как диагностическую специфичность, так и терапевтические подходы к парафилическим расстройствам. Эти материалы включают в себя теоретические модели, клиническую дифференциацию и методы экспертной оценки, глубоко продиктованные советской этикой социальной защиты и государственного контроля.

А.В. Снежневский: патогенетическая типология и эндогенные влечения

Андрей Владимирович Снежневский (1904–1987) — один из самых влиятельных советских психиатров, известный разработкой патогенетической классификации эндогенных психозов. Несмотря на то, что основное внимание Снежневского было сосредоточено на шизофрении, он расширил свою парадигму, включив в нее теорию психосексуальной девиантности. Он предположил, что парафильное поведение может возникать из-за эндогенных конституциональных предрасположенностей, взаимодействующих со стрессорами окружающей среды, что приводит к латентной или явной патологии. Эта точка зрения позволяла советской психиатрии квалифицировать сексуальные преступления не только как правонарушения, но и как проявления конституциональных уязвимостей [1].

В рамках концепции А.В. Снежневского латентные психопатии могут быть клинически молчаливыми в течение многих лет, прежде чем трансформироваться в социально деструктивное поведение, такое как эксгибиционизм или педофилия, когда они вызваны стрессом или психологическим кризисом. Его работа заложила основу для интерпретации парафилий через патогенетическую призму развития, а не только как волевые проступки.

А.А. Ткаченко: диагностическая экспансия и сексологическая кодификация

Алексей Анатольевич Ткаченко (р. 1962) — крупнейший российский специалист в области судебной сексологии. Его обширные работы — «Аномальное сексуальное поведение» (1997) и «Сексуальные извращения — парафилии» (1999) — объединяют клинические, психодинамические и судебные перспективы в систематическую классификацию сексуальных отклонений в рамках МКБ-10 [2].

Ткаченко предоставил:

Уточненные диагностические критерии, проводящие различие между парафилиями, влияющими на согласие (например, педофилия, сексуальный садизм), и парафилиями, не имеющими прямых жертв (например, фетишизм), оба из которых подпадают под диагноз F65.

Нозологические подразделения, объединяющие феноменологические, мотивационные и ситуационные факторы, такие как компульсивные и импульсивные парафилии.

Психологические профили правонарушителей, корреляция клинических синдромов с личностными особенностями, историями травм и криминогенными мотивациями.

Рекомендации по лечению, включая психотерапевтические модели (когнитивно-поведенческие вмешательства и профилактика рецидивов) и психоактивную фармакологию (СИОЗС, антиандрогены).

Важно отметить, что А.А. Ткаченко сделал акцент на криминалистическом подходе, анализируя большие выборки судебно-медицинских материалов для выявления типологий с дифференциальной прогностической значимостью.

Интеграция советской криминалистической традиции

В советский период судебная психиатрия делала акцент на здравомыслии, снижении ответственности и уголовной опасности. Парафилические расстройства часто выражались в терминах социальной дезадаптации и угрозы для окружающих. Психиатры полагались на структурированные, но не стандартизированные инструменты, такие как «психопатологическая сигнатура», полуколичественный профиль эмоциональных, волевых и межличностных особенностей.

Экспертиза часто зависела от:

Психопатологический анализ – оценка способности к эмпатии, чувству вины, контролю импульсов и осознанию риска.

Судебно-медицинские интервью – предназначены для раскрытия прошлых фантазий, мотивов и поведенческих моделей, связанных с сексуальными преступлениями.

Медико-правовая отчетность – в соответствии с которой психиатр излагает диагностические заключения, рекомендации и оценки опасности для суда [3].

Это легально-медицинское слияние сохранялось и в 1990-х годах, адаптируясь к новой классификации, основанной на МКБ, но сохраняя свои институциональные цели социального контроля и реабилитации через сдерживание.

Современные российские парадигмы в русле традиции

Опираясь на А.В. Снежневского и А.А. Ткаченко, современная российская судебная психиатрия начала использовать западные инструменты, такие как HCR-20, PCL-R и Stable-2007, особенно для оценки риска сексуального рецидива. Тем не менее, этот сдвиг был неравномерным: многие экспертные комиссии по-прежнему в значительной степени полагаются на клинические суждения, имея ограниченный доступ к проверенным инструментам и эмпирическим ограничениям.

Тем не менее, эти нововведения позволили:

Мультимодальная оценка, сочетающая оценку симптомов, структурированное психометрическое тестирование и контекстуальный анализ.

Планирование лечения на основе типологии с использованием диагностических категорий для адаптации вмешательств.

Динамическая оценка рисков, позволяющая в режиме реального времени корректировать протоколы лечения и безопасности.

Ограничения и этические императивы

Несмотря на эти достижения, некоторые ограничения сохраняются:

Инерция в принятии критериев вреда в стиле МКБ-11 и DSM, в результате чего диагноз привязывается к статическим категориям, а не к клиническим изменениям.

Институциональная непрозрачность, когда экспертные комиссии функционируют как закрытые органы в пенитенциарных структурах.

Постоянная ориентация на тюремные решения, при этом лечение часто вторично по отношению к содержанию, а иногда и сомнительно с этической точки зрения.

Тем не менее, сильные стороны классической российской судебной сексологии, особенно ее всестороннее документирование, типологическое внимание и интеграция юридического и клинического суждения, обеспечивают прочную основу для построения более гуманной, основанной на доказательствах и этически ответственной судебно-психиатрической практики.

Ссылки

[1] Снежневский А.В. (Ред.). Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1983. Т. 1. 480с.

[2] Ткаченко А.А. (Ред.). Расстройства сексуального поведения. М.: Медицина, 2008. 636с.

[3] Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. М., 2014. 648 с.

3.4. Кросс-культурные подходы к парафилиям

Феномен парафилического поведения, определяемый как нетипичные сексуальные интересы, отклоняющиеся от нормативных культурных ожиданий, всегда был глубоко укоренен в историческом, религиозном и социальном контекстах. То, что составляет «патологию» в одном обществе, может быть терпимым, ритуализированным или даже освящено в другом. Таким образом, всестороннее понимание парафилических расстройств, особенно в судебно-психиатрической среде, требует кросс-культурного сравнительного анализа, который признает нормативную изменчивость сексуальности и ее регуляцию в разных цивилизациях.

Парафилии и культурный релятивизм

Кросс-культурная психиатрия признает, что сексуальные нормы социально сконструированы и исторически сложены. Антропологические данные свидетельствуют о том, что поведение, классифицируемое сегодня как «девиантное» в медицинских терминах (например, вуайеризм или садомазохизм), могло в другие эпохи или общества занимать религиозные, эстетические или перформативные роли.

Например:

В некоторых меланезийских племенах ритуализированные гомосексуальные практики между мальчиками-подростками и взрослыми мужчинами были встроены в обряды посвящения без патологизирующего подтекста [1].

В японском искусстве сюнга и эротической культуре периода Эдо вуайеристские и фетишистские темы были распространены и принимались как часть культурной эстетики[5].

В европейской придворной культуре различие между садистским господством и социально одобряемым рыцарством часто было размыто, а бичевание имело духовные ассоциации в христианском мистицизме.

Такие примеры заставляют клинициста задаться вопросом, можно ли выносить универсальные нозологические суждения, не помещая поведение в его локальную символическую и моральную универсум.

Западная медикализация против незападного символизма

[5] «сюнга» – «весенние картинки» (иероглиф «весна» # в Японии являлся эвфемизмом для обозначения сексуальной сферы). Для японских художников не существовало «вульгарных», «безнравственных» образов и запретных тем. Так как в японской традиции не было понятия первородного греха, соблазна, искушения.

В 19-м и 20-м веках западная медицина стремилась медикализировать сексуальность, трансформируя ранее моральные или теологические проблемы в категории болезней. Этот процесс завершился кодификацией парафилий в системах DSM и ICD. Тем не менее, во многих незападных культурах сексуальное поведение оставалось в рамках обычного права, религиозных кодексов или семейного управления, без отдельного психиатрического ярлыка.

Даже сегодня с парафильным поведением иногда справляются посредством:

Ритуалы позора или общественные санкции (например, в сельской местности Индии или некоторых исламских странах).

Экзорцизм или духовное исцеление (как в некоторых частях Африки и Латинской Америки).

Компенсаторные роли, основанные на гендере (например, идентичность «двух духов» у коренных народов Америки, которая иногда включала ненормативные сексуальные выражения без криминализации).

Эти подходы, хотя иногда и репрессивные или ненаучные, также раскрывают альтернативные рамки психосоциальной интеграции, часто обходя тюремное заключение или патологизацию в целом.

Культурные границы диагностики: реформы DSM-5 и МКБ-11

Признавая такую культурную вариативность, DSM-5 и МКБ-11 провели значительные реформы:

DSM-5 отделил парафилии от парафилических расстройств, заявив, что атипичные сексуальные интересы как таковые не могут быть диагностированы, если они не причиняют вред или страдания или не связаны с несогласными сторонами [2].

В МКБ-11 приняты аналогичные принципы, отвергающие такие диагнозы, как фетишизм или трансвестизм, если эти модели поведения не связаны с дисфункцией или принуждением [3].

Эти сдвиги знаменуют собой переход от категориального навешивания ярлыков к функциональной модели, основанной на причинении вреда, под влиянием дискурсов о правах человека и усилий по депатологизации сексуальных меньшинств.

Тем не менее, эти классификации по-прежнему отражают западные либеральные ценности, включая индивидуальную автономию, согласие и психологическое благополучие, которые могут не полностью соответствовать коллективистским или традиционным обществам. Следовательно, любая международная судебная практика должна балансировать между универсальными этическими стандартами и местными правовыми нормами и культурными смыслами.

Глобальные вызовы судебной экспертизы: правовые и этические контрасты

С точки зрения судебной экспертизы, основные контрасты остаются:

В таких странах, как Иран или Саудовская Аравия, определенные виды сексуального поведения по обоюдному согласию (например, гомосексуализм, переодевание) являются уголовно наказуемыми, в то время как парафилическое поведение с участием детей может рассматриваться в первую очередь через религиозные суды.

В отличие от этого, Германия, Швеция и Канада делают акцент на оценке риска, реабилитации и структурированном лечении, четко отделяя психические заболевания от моральных суждений.

Россия, тем временем, занимает переходную позицию, сохраняя остатки советской психиатрии, пропитанной моралью, в то же время интегрируя отдельные коды МКБ и западные методы оценки.

Эти различия приводят к совершенно разным результатам для людей: в некоторых условиях парафилический диагноз может защитить преступника от тюремного заключения, инициировав принудительное лечение; в других случаях тот же диагноз может отягчать правовые санкции или усиливать стигматизацию.

На пути к транскультурной этической психиатрии

Поэтому современная судебная психиатрия должна действовать в рамках межкультурной этики, которая:

Уважает всеобщие права на достоинство и автономию.

Признает социокультурное формирование сексуального самовыражения.

Избегает как этноцентрического осуждения, так и культурного релятивизма, который оправдывает злоупотребления.

Это означает, что диагноз должен основываться не только на стандартизированных критериях, но и на нарративном, развивающем и реляционном понимании. Такой подход позволяет психиатру различать между:

Нормативная неконформная сексуальность.

Патогенные, компульсивные или насильственные парафилические влечения.

Симуляция или рационализация в криминалистическом контексте.

В то время как мировое сообщество продолжает противостоять сексуальному насилию, эксплуатации и отклонениям, кросс-культурная психиатрия предлагает критически важные идеи для депатологизации различий при одновременном выявлении истинной патологии — баланса, необходимого как для этической практики, так и для эффективного правосудия.

Ссылки

[1] Хердт, Гилберт. Ритуализированный гомосексуализм в Меланезии. Издательство Калифорнийского университета, 1984.

[2] Американская психиатрическая ассоциация. Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, 5-е издание. 2013.

[3] Всемирная организация здравоохранения. МКБ-11 по статистике смертности и заболеваемости, 2019.

[4] Рахими С. «Сексуальность и психиатрия в Иране: между шариатом и современностью». Культура, медицина и психиатрия, 2015.

[5] Голод С.И. Что было пороками, то стало нравами: Лекции по социологии сексуальности. – М.: Ладомир, 2005. – 233 с.

[6] Кон И.С. Клубничка на березке: Сексуальная культура в России. – М.: Время. 2010. – 608 с. 3-е изд.

Глава 4. Диагностические классификации и критерии

4.1. МКБ-10: блок
F
65 и родственные диагнозы

В современной российской судебной психиатрии блок МКБ-10 F65 служит краеугольным камнем классификации парафилических расстройств. Охватывая извращения сексуальных предпочтений и поведения, эта категория включает диагнозы от фетишизма до педофилии. Понимание формального описания каждого расстройства, его клинических порогов и судебно-психиатрической значимости имеет основополагающее значение для точной оценки, юридического толкования и планирования лечения.

Структура F65 в МКБ-10

МКБ-10 делит категорию F65 на несколько дискретных, но связанных между собой диагнозов:

F65.0 – Фетишизм: Интенсивное сексуальное внимание к неживым объектам (например, обуви, тканям) в течение как минимум шести месяцев, вызывающее личный стресс или расстройство.

F65.1 – Фетишистский трансвестизм: Ношение одежды противоположного пола для сексуального возбуждения, сохраняющееся в течение как минимум шести месяцев, когда это вызывает клинически значимый дистресс или дисфункцию.

F65.2 – Эксгибиционизм: Сексуальное возбуждение от обнажения своих гениталий перед незнакомцами без согласия, продолжительностью не менее шести месяцев, сопровождающееся фантазиями, побуждениями или поведением.

F65.3 – Вуайеризм: Наблюдение за другими людьми, занимающимися интимными действиями без их ведома для возбуждения или удовлетворения.

F65.4 – Педофилия: Постоянные или повторяющиеся сексуальные мысли или поведение, сосредоточенные на детях препубертатного возраста, обычно в возрасте до 13 лет, продолжительностью не менее шести месяцев.

F65.5 – Садомазохизм: Воздействие сексуального возбуждения от причинения или получения боли или унижения.

F65.8 – Другие указанные расстройства: Парафилии, не классифицированные выше, такие как телефонная скатология, зоофилия.

F65.9 – Неуточненное парафилическое расстройство: для атипичного поведения, отвечающего общим критериям, но не поддающегося классификации в других местах.

Эти категории требуют не только наличия атипичного возбуждения, но и клинически значимого дистресса, ухудшения или риска причинения вреда, особенно при отсутствии согласия.

Диагностические критерии в криминалистическом контексте

Критерии МКБ-10 подчеркивают:

Продолжительность: симптомы присутствуют не менее шести месяцев.

Поведенческие/психологические проявления: Включая фантазии, побуждения или компульсивные действия.

Нарушение или риск: включает в себя личный стресс, социальную дисфункцию или нарушение прав других людей.

Исключение других состояний: симптомы не лучше объяснить психическим расстройством, таким как шизофрения, мания или расстройство личности.

В российских криминалистических учреждениях эта структура выполняет как диагностическую, так и правовую функции. Заключение F65.4 (Педофилия) может служить основанием для рекомендации принудительного психиатрического лечения при условии соблюдения критериев вреда или риска.

Клинические пороги и дифференциальная диагностика

В то время как МКБ-10 дает категорические определения, реальные оценки также должны: проводить различие между парафильными интересами и парафильными расстройствами — например, не все лица с фетишистскими интересами соответствуют F65.0, если нет дистресса или нарушений.

Учитывая коморбидность: парафилии часто сочетаются с расстройствами личности, проблемами контроля импульсов, аффективной дисфункцией или злоупотреблением психоактивными веществами — все это может изменить представление и потребности в лечении.

Судебно-психиатрическое значение диагноза F65

Постановка диагноза F65 влечет за собой существенные последствия:

Педофилия (F65.4) часто приводит к расширению правового контроля, включая вынесение приговоров по уголовным делам с принудительным лечением или рекомендации экспертов по гражданским ограничениям после освобождения.

Эксгибиционизм или вуайеризм (F65.2–3) обычно провоцируют более короткие вмешательства, если они не сопровождаются поведением с повышенным риском.

Садомазохизм или фетишизм (F65.0, F65.5), если они не являются незаконными и безвредными, могут не лечиться, если они полностью Эгосинтонические и доброкачественные; тем не менее, в судебно-психиатрической экспертизе их присутствие может вызвать этические опасения или вызвать подозрения.

Сильные и слабые стороны нозологии F65

Сильные стороны:

Дает четкие категориальные диагнозы, широко признанные в российской психиатрической и правовой системах.

Поддерживает законодательные пороги для принудительного лечения на основе измеримых критериев.

Согласовано со структурой судебной экспертизы для оценки согласия, риска и ответственности.

Ограничения:

Чрезмерно жесткие категории могут не отражать нюансы или смешанные презентации.

Бинарные пороговые значения продолжительностью около шести месяцев могут игнорировать возникающий вред или недавность правонарушения.

Эгосинтонические расстройства могут ускользать от обнаружения, особенно когда не существует явного дистресса.

Недостаточная интеграция показателей риска и функциональных нарушений, что могло бы усилить судебно-медицинскую экспертизу.

Ссылки

[1] Всемирная организация здравоохранения. МКБ-10 Классификация психических и поведенческих расстройств. Женева: ВОЗ, 1993.

4.2. МКБ-11: блок 6

D

30–6

D

3

Z

и диагностические инновации

МКБ-11 вводит существенно измененную и более тонкую классификацию парафилических расстройств в рамках «Состояний, связанных с сексуальным здоровьем» (глава 17) под кодом 6D30–6D3Z. Эта эволюция по сравнению с МКБ-10 отражает как клинические достижения, так и усилия по уточнению диагностической ясности, дестигматизации согласованных вариантов и ориентации судебно-психиатрической экспертизы на поведение и дистресс без согласия.

Пересмотренная структурная основа

МКБ-11 определяет «парафилические расстройства» (6D30–6D3Z) как стойкие, интенсивные паттерны атипичного сексуального возбуждения, проявляющиеся через мысли, фантазии, побуждения или поведение. Для постановки диагноза требуется хотя бы одно из следующих условий:

Действия в соответствии с побуждениями, связанными с лицами, не способными дать согласие,

Выраженное страдание от этих побуждений, не зависящее от общественного неодобрения,

Значительный риск травм или смерти из-за такого поведения.

В состав блока входят:

6D30 Эксгибиционистское расстройство

6D31 Вуайеристское расстройство

6D32 Педофильное расстройство

6D33 Расстройство принудительного сексуального садизма

6D34 Фроттеристическое расстройство

6D35 Другое парафилическое расстройство с участием лиц, не давших на это согласия

6D36 Другое парафилическое расстройство, включающее одиночное поведение или добровольное согласие взрослых

6D3Z Парафилическое расстройство неуточненное

Ключевые инновации в диагностике

Согласие и подход, ориентированный на вред

МКБ-11 четко прослеживается поворот в сторону критериев, ориентированных на согласие: только паттерны, связанные с несогласием сторон или вызывающие личный стресс или опасность, квалифицируются как расстройства. Эта специфика позволяет избежать патологизации нетипичного, но полностью добровольного сексуального поведения взрослых.

Опущение доброкачественных парафилий

В отличие от МКБ-10, МКБ-11 исключает чисто консенсуальные практики, такие как фетишизм или садомазохизм по обоюдному согласию, что отражает намерение ВОЗ снизить

стигматизацию. Тем не менее, принудительный садизм сохраняет засекречивание в соответствии с 6D33 из-за его криминалистической значимости

Повышенная типологическая точность

Добавление 6D35 и 6D36 позволяет клиницистам классифицировать атипичное поведение, которое включает либо лиц без согласия, либо взрослых по согласию, но не классифицируется по классическим категориям парафилии

Сравнительный обзор: МКБ-10 и МКБ-11

Особенность
ICD10 (серия F65)
МКБ11 (серия 6D30–6D3Z)

Классификация
Дискретные категории извращений (например, фетишизм, садизм) без явных критериев согласия
Согласие и причинение вреда являются важными диагностическими порогами

Размах
Широкая инклюзия, патологизация поведения по обоюдному согласию
Исключает парафилии по обоюдному согласию, если они не причиняют вреда или не причиняют страдания

Утилита криминалистической экспертизы
Ограниченная стратификация рисков
Повышенная судебно-психиатрическая значимость, особенно при принудительных и вредных расстройствах

Диагностическая четкость
Некоторые синдромы являются расплывчатыми или перекрывающимися (например, категория «другие»)
Гранулярные расстройства с четкими границами, основанными на согласии

Важнейшие последствия для российской практики
Клиническая точность: уточненные критерии МКБ-11 помогают дифференцировать опасные парафилии (например, педофилию, вуайеризм) от частных, несогласованных, но безвредных интересов, повышая точность диагностики.
Судебно-психиатрическая значимость: Принудительный садизм (6D33) становится официально признанным, усиливая оценку риска и информируя о юридических решениях относительно принудительного лечения.
Проблема гармонизации: Поскольку Россия остается на МКБ-10, практикующие врачи сталкиваются с двойной структурой: соблюдение требований законодательства и осведомленность о предстоящих международных переходах.

4.3.
DSM
-5: Парафилические расстройства и судебно-медицинские соображения

С момента публикации DSM-5 в 2013 году концептуальный ландшафт парафилической патологии претерпел значительные изменения. Наиболее фундаментальным изменением стало

введение категорического различия между парафилией — в широком смысле, интенсивным и стойким атипичным сексуальным интересом — и парафилическим расстройством, которое дополнительно требует либо клинически значимого дистресса или нарушения, либо несогласия или причинения вреда другим [критерий B]

DSM-5 распознает восемь указанных парафилических расстройств — эксгибиционистское, фетишистское, фроттеристическое, сексуальное мазохизм, сексуальное садизм, трансвестическое, вуайеристское и педофильское — отражая таковые в МКБ-10 и DSM-IV–TR.

Кроме того, были введены остаточные категории — «Другое уточненное парафилическое расстройство» и «Неуточненное парафилическое расстройство» — для учета нетипичных сексуальных интересов, не соответствующих восьми классическим расстройствам.

Различие между «парафилией» и «парафилическим расстройством»

DSM-5 проводит преднамеренное разделение: парафилия сама по себе недостаточна для диагностики; только в сочетании с дистрессом, функциональным нарушением или недобровольным/вредным поведением оно квалифицируется как парафильное расстройство.

Эта тонкая структура снижает стигматизацию непатологических сексуальных интересов, сохраняя при этом клиническую значимость. Тем не менее, изменение термина «парафилия» внесло путаницу в судебно-медицинские контексты, где непатологическое влечение все еще может иметь юридические последствия.

Диагностические критерии (DSM-5)

Критерий A требует, чтобы парафилия была интенсивной, стойкой и присутствовала в течение как минимум шести месяцев. Для расстройств, связанных с людьми, не дающими на это согласия, включая вуайеристские, эксгибиционистские, фроттеристские, сексуальные садизм и педофильные расстройства, критерий B требует, чтобы человек действовал под влиянием побуждений, или чтобы такие побуждения вызывали дистресс или расстройство. Для расстройств, связанных с согласием или доброкачественными контекстами (например, фетишистские, трансвестические), в качестве критерия Б достаточно только дистресса.

Таким образом, DSM-5 сохраняет двухступенчатую диагностическую структуру (критерий A плюс критерий B), подчеркивая вред или ухудшение. Однако, в отличие от предыдущих изданий, шестимесячный срок в критерии A разъясняется как ориентир, а не как жесткий порог.

Актуальность и противоречия в судебной экспертизе

Парафилические расстройства остаются преимущественно судебно-психиатрическими диагнозами, поскольку люди часто оцениваются в юридических условиях или в условиях оценки риска. Изменения в DSM-5 вызвали поляризующие дискуссии в области судебной медицины: с одной стороны, критерий B повышает достоверность диагнозов, подкрепляя их наблюдаемыми функциональными нарушениями или риском; с другой стороны, возможность более простой маркировки с помощью текстовых описаний может повысить риск ложных срабатываний.

Несмотря на обширные споры, многие рекомендованные изменения, в том числе новые диагностические категории, такие как парафилическое принудительное расстройство, гиперсексуальное расстройство или расширение педофилии для включения подростков полового созревания, в конечном итоге не были приняты. Тем не менее, в тексте содержится подробная информация о критериях причинения вреда, частоте и количестве жертв – аспектах, на которые часто ссылаются в юридическом контексте.

Значение для российской судебной психиатрии

В условиях пенитенциарной колонии модель DSM-5 обладает определенными преимуществами: четкая операционализация дистресса и вреда обеспечивает структурированное обоснование для психиатрического вмешательства. Тем не менее, в условиях, когда МКБ-10 остается формальным стандартом, для российских врачей жизненно важно понимать критерии DSM-5 для взаимодействия с международными научными и экспертными сообществами. Кроме того, следует проявлять осторожность при использовании DSM-5 в судах и комиссиях по условно-досрочному освобождению, поскольку его текст может быть неправильно истолкован, что потенциально может привести к необоснованному продлению принудительного лечения только на основании парафильных ярлыков.

Наконец, различие между парафилией и парафилическим расстройством предлагает основу для более гуманной психиатрической оценки, признавая, что атипичный сексуальный интерес без вреда или дистресса не является психическим заболеванием. Клиницисты, работающие в пенитенциарной среде, должны бдительно предотвращать чрезмерную патологизацию под видом общественной защиты.

4.4. Проблемы диагностики в условиях судебной экспертизы (симуляция, отрицание, коморбидность)

Точный психиатрический диагноз в судебно-медицинском контексте сопряжен с уникальными препятствиями, проистекающими из преднамеренного обмана, ограниченного самораскрытия и перекрывающейся психопатологии. Каждый из этих факторов может существенно повлиять на достоверность оценок, усложняя принятие юридических решений и планирование терапии.

1. Симуляция

В судебно-психиатрическом взгляде, особенно среди лиц, осужденных за сексуальные преступления, симуляция — целенаправленное преувеличение, фабрикация или симуляция симптомов — широко распространена из-за высоких внешних стимулов (например, смягчение приговора, уклонение от лечения). Исследования показывают, что до 30–50% в судебно-психиатрических экспертизах исследуемые могут пытаться завышать информацию о психиатрических симптомах [1]. Стандартизированные инструменты, такие как тест на симуляцию симуляции памяти (TOMM[6]), Структурированный опросник симуляции симптоматики (SIMS[7]) и шкалы валидности в рамках MMPI-2[8], являются важными инструментами, однако их интерпретация должна учитывать контекстуальную предвзятость и риск ложноположительных результатов [2].

2. Отрицание, минимизация и дефицит инсайта

И наоборот, правонарушители могут свести к минимуму симптомы, отрицать прошлое поведение или отсутствовать в понимании — защитные механизмы, которые скрывают клиническое обнаружение. Парафильные мотивации особенно сопротивляются сознательному признанию, чему препятствуют структуры защиты эго и социальная стигма [3]. Открытые интервью и сопутствующая информация (например, судимости, отчеты учреждения) жизненно важны для повышения ясности диагностики в тех случаях, когда самоотчет оказывается ненадежным [4].

---

[6] Test of Memory Malingering

[7] Structured Inventory of Malingered Symptomatiligy

[8] Minnesota Multiphasic Personality Inventory

3. Коморбидные психические расстройства

Коморбидность является как распространенной, так и диагностически осложняющей ситуацию. Среди сексуальных преступников часто сосуществуют антисоциальное расстройство личности (АСРЛ), пограничные черты, аффективная дисрегуляция и злоупотребление психоактивными веществами [5]. Эти перекрывающиеся синдромы не только влияют на парафилическое поведение, но и изменяют клиническую картину, что приводит к возможной неправильной классификации. Например, импульсивность, связанная с АСРЛ, может имитировать компульсивную парафилию. Таким образом, дифференциальный диагноз должен включать в себя лонгитюдное наблюдение, многометодную оценку и оценку динамики симптомов [6].

4. Интеграция данных из нескольких источников

Надежная судебная экспертиза требует методологической триангуляции. Сочетание структурированных клинических интервью, психометрического тестирования (MMPI-2, PCL-R[9], SASSI[10]), физиологических оценок (плетизмография) и поведенческих данных в учреждении повышает диагностическую достоверность и юридическую приемлемость [7]. Каждый источник данных подвержен уникальным предубеждениям; только их сближение может приблизиться к надежности.

5. Этические и юридические ставки

Поскольку результаты диагностики часто влияют на вынесение приговора, продолжительность принудительного лечения и решения об условно-досрочном освобождении, ошибки могут нанести ущерб индивидуальным правам и общественной безопасности. Возникает этическое напряжение между диагностическим нейтралитетом и защитной осторожностью, при этом судебные психиатры обязаны прозрачно раскрывать неопределенность и процессы рассуждения. Суды все чаще требуют документально подтвержденной проверки достоверности и определяемых стандартов в судебной экспертизе [8].

Подводя итог, можно сказать, что судебно-психиатрическая диагностика сексуальных преступников должна учитывать симуляцию, отрицание и сопутствующие заболевания. Только многометодная, этически прозрачная стратегия оценки может решить эти проблемы, обеспечивая как целостность диагностики, так и правовую справедливость.

Ссылки

[1] Шостакович Б. В. Симуляция и диссимуляция психических расстройств // Руководство по судебной психиатрии. М.: Медицина, 2004. С. 282—287.

[2] Спасенников Б.А., Копыткин С.А. О проблемах судебно-психиатрической экспертизы в судебно-следственной практике // Пенитенциарная наука. 2016. № 8. С. 128–135

[3] Холодов А.В. Проблемы правового регулирования и практики применения назначения и производства судебно-психиатрической экспертизы // Сибирский юридический вестник. 2012. № 16 (257). С. 169–178.

[4] Погодина Т.Г., Берзинь О.А. Судебно-психиатрическая экспертиза и криминалистическое изучение личности: проблемы теории и практики // Вестник Нижегородской академии МВД России. 2020. № 2(158). С. 264–271.

[5] Козубенко Ю. В. Процессуальная правосубъектность субъекта преступления // Российское право: образование, практика, наука. 2019. № 3(111). С. 41–48.

[9] Psychopathy Checklist-Revised

[10] шкала самооценки социальной адаптации

[6] Смирнова М. Е. Некоторые проблемы назначения и производства судебно-психиатрической экспертизы в особом судопроизводстве по применению принудительных мер медицинского характера // Сибирский юридический вестник. 2010. № 4. С. 136–142.

[7] Лупинская П. А. Решения в уголовном судопроизводстве: теория, законодательство, практика. 2-е изд., перераб. и доп. М., 2010. 240 с.

[8] Трусова Е.А. Правовое регулирование судебно-психиатрической экспертизы в уголовном судопроизводстве // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2024. Т. 29, № 1(96). С. 107–112. https://doi.org/10. 24412/1999-6241-2024-196-107-112

4.5. Диагностические критерии принудительного лечения в России

Правовая и психиатрическая база, регулирующая принудительное лечение в Российской Федерации, функционирует на сложном пересечении клинических критериев, судебно-психиатрической экспертизы и нормативных актов. В отношении лиц, осужденных за преступления сексуального характера, применение принудительных мер психиатрической помощи определяется триадической оценкой: наличие психического расстройства, связь этого расстройства с противоправным деянием, а также степень общественной опасности, которую представляет лицо при отсутствии лечения. Эта триадическая логика отражает интеграцию медицинской и юридической аргументации и продолжает давнюю традицию советской судебной психиатрии, адаптируясь, по крайней мере, номинально, к международным нормам в области прав человека.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.