

Г.Б. Дерягин

РАССЛЕДОВАНИЕ ПОЛОВЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ

Руководство для юристов и врачей

**Издательство «Юрлитинформ»
Москва – 2008**

УДК 343.54
ББК 67.408
Д 36

Автор:

Дерягин Г.Б. — профессор кафедры криминалистики Московского университета МВД РФ, доктор медицинских наук.

Рецензенты:

Звягин В.Н. — доктор медицинских наук, профессор, Заведующий отделом ФГУ «Российский центр Судебно-медицинской экспертизы Росздрава»;

Агафонов В.В. — кандидат юридических наук, доцент, начальник кафедры криминалистики Московского университета МВД РФ.

Дерягин Г.Б.

Д36 **Расследование половых преступлений.** Руководство для юристов и врачей. — М.: ООО Издательство «Юрлитинформ», 2008. — 528 с.
ISBN 978-5-93295-374-7

В практическом руководстве для юристов и врачей впервые широко представлен комплекс научно-практических сведений, необходимых для квалифицированного расследования случаев половых преступлений. Цель книги заключается в теоретической и практической помощи юристам, судебным медикам, иным специалистам разобраться в каждом конкретном случае преступлений против половой неприкосновенности и половых свобод граждан, при подозрениях на их совершение, что позволит избежать упрощенных и неверных подходов, трагических ошибок.

Практически каждая глава предназначена как для юристов, так и для врачей — судебных медиков, иных специалистов, деятельность которых связана с расследованием случаев половых преступлений, профилактикой сексуального насилия и его последствий. Руководство адресовано следователям прокуратуры и милиции, адвокатам, судьям, судебно-медицинским экспертам, студентам медицинских и юридических факультетов, преподавателям вузов.

УДК 343.54
ББК 67.408

ISBN 978-5-93295-374-7

© Дерягин Г.Б., 2008

© Изд-во «Юрлитинформ», 2008

Введение	4
----------------	---

Раздел I.

ПОЛОВЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ В СВЕТЕ УГОЛОВНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА.

СЛЕДСТВЕННЫЕ И ЭКСПЕРТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Глава 1. Определение понятий	13
1.1. Статья 131.....	16
1.2. Статья 132.....	38
1.3. Статья 133.....	43
1.4. Статья 134.....	46
1.5. Статья 135.....	59
1.6. Проблема порнографии.....	66
Глава 2. Следственные действия	88
2.1. Типичные версии	88
2.2. Особенности допроса взрослой жертвы преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности.....	90
2.3. Особенности допроса несовершеннолетних потерпевших.	98
2.4. Особенности допроса подозреваемого (обвиняемого) ...	101
2.5. Особенности осмотра места происшествия.....	102
2.6. Основные вопросы к судебно-медицинскому эксперту и оценка ответов на них.	111
Глава 3. Особенности судебно-медицинской экспертизы при половых преступлениях.....	135

Раздел II.

ОБЩИЕ И ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА

Глава 1. Нормативная регламентация экспертных исследований лиц женского пола.....	159
Глава 2. Врачебный или фельдшерский осмотр потерпевших..	175
2.1. Распознавание и фиксация в медицинских документах телесных повреждений при половом насилии.....	178

2.2. Повреждения женских половых органов и их дифференцирование	181
2.3. Девственная плева и ее повреждения	190
2.4. Обнаружение и сохранение вещественных доказательств полового насилия	209
2.5. Задний проход, его повреждения и изменения	212
Глава 3. Судебно-медицинская экспертиза достижения половой зрелости лицами женского пола.....	226
3.1. Особенности полового созревания подростков на севере России	226
3.2. Судебно-медицинская экспертиза достижения половой зрелости лицами женского пола.....	235

Раздел III.

ОБЩИЕ И ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА

Глава 1. Нормативная регламентация экспертных исследований лиц мужского пола	251
Глава 2. Судебно-медицинские аспекты полового созревания лиц мужского пола.....	268
Глава 3. Врачебный осмотр подозреваемого в совершении полового преступления или жертвы сексуального насилия мужского пола	281
Глава 4. Некоторая патология мужских половых органов	298
Глава 5. Установление способности к совершению половых актов.	304
Глава 6. Установление способности к оплодотворению	312

Раздел IV.

КЛАССИФИКАЦИИ ФОРМ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ И НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛЮДЕЙ

Глава 1. Понятие «пол», основные формы нарушения полового развития и здоровья	319
Глава 2. Классификации форм половой жизни	336

Глава 3. Извлечение из МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств, связанных с сексуальностью человека	346
Глава 4. Фетишизм	367
Глава 5. Аутоасфиксифилия и сексуальные самоубийства	386
Глава 6. Судебно-медицинские аспекты мастурбации	395
Глава 7. Эксгибиционизм	409
Глава 8. Сексуальное насилие в мировых культурах.....	418
Глава 9. Серийные сексуальные убийства.....	466
Глава 10. Татуировки «опущенных»	498
Глава 11. К вопросу профилактики сексуального насилия.....	505
<i>Приложение. Сленг уголовников, имеющий отношение к сексуальности.....</i>	<i>512</i>

ВВЕДЕНИЕ

Одной из составляющих безопасности общественного устройства является безопасность сексуальной неприкосновенности личности, поскольку сексуальность — один из основополагающих элементов нормальной жизнедеятельности человека. С другой стороны, не ограниченная разумом сексуальность способна к достаточно разрушительным проявлениям. Преступления против половой неприкосновенности граждан являются наиболее циничным видом преступлений, травматично унижающим достоинство человека, оказывают мощное воздействие на психику жертвы с долговременными негативными последствиями, вплоть до саморазрушительного поведения [14].

Безнаказанность сексуального преступника обычно ведет к специфическим изменениям его поведения, что в дальнейшем способно приводить к серийности сексуальных правонарушений, вплоть до сексуальных убийств с большим количеством жертв [2]. В последние десятилетия в западном мире наметилась стойкая тенденция возрастания случаев серийных убийств на сексуальной почве, серийных изнасилований не только девушек, но и мальчиков, а также сексуального насилия, связанного с одиозными религиозными культами [5, 12]. Обособленно, в стороне от других находится мало кого интересующая в нашей стране проблема полового насилия в местах лишения свободы, в армии и в ВМФ, а также проблема супружеского насилия.

Половые преступления являются высоклатентными, в уголовной статистике отражена лишь их небольшая часть [1, 4, 11, 16]. Есть несколько причин, по которым люди, пострадавшие от сексу-

ального насилия, редко обращаются за защитой в правоохранительные органы. Прежде всего — это неверие в эффективность их деятельности, страх перед насильниками, так как изнасилования все чаще становятся групповыми. Получил широкое распространение и откуп — материальное возмещение морального ущерба на основе договоренности преступника с жертвой [8]. Таким образом, колебания количества зарегистрированных половых преступлений могут преимущественно определяться изменением практики реагирования жертвами и правоохранительными органами на такие преступления, а не их истинным уровнем.

Кроме того, следует учитывать, что психическая травма у жертв сексуального насилия зачастую усугубляется неграмотными и нетактичными действиями сотрудников правоохранительных органов, медицинских работников [10]; это обстоятельство может способствовать нежеланию потерпевших доводить дело до суда. Неподготовленные в вопросах сексологии врачи и юристы склонны находиться в плену своих сексуальных стереотипов, что способно приводить к заблуждениям относительно чужой сексуальности, оказывать психотравмирующее влияние на потерпевших [13, 15], направлять следствие по ложному пути, приводить к судебным ошибкам.

Проблема криминальной сексологии не является новой, но ранее сексуальные преступления рассматривались лишь с точек зрения судебной гинекологии и психиатрии. Еще в XIX веке криминальной сексологией занимались такие видные ученые, как В.О. Мержеевский, впервые в мире опубликовавший (в 1878 г.) междисциплинарное руководство для врачей и юристов «Судебная гинекология», Э.Ф. Беллин, выпустивший атлас «Судебная медицина растений», В.М. Тарновский, И.Л. Каспер, издавшие свои труды в Германии [7, 9]. Многие годы настольными книгами судебных медиков и юристов были изданные в XIX веке учебники и руководства по судебной медицине Ю. Краттера и Э. Гофмана, солидное место в которых занимают разделы по вопросам теории и практики судебной сексологии. Этим, вечно актуальным вопросам большое внимание уделял и видный русский судебный медик — профессор Московского университета И.И. Нейдинг.

В начале второй половины XX века в России после длительного застоя отметился новый интерес судебных медиков, психиатров и

юристов к исследованиям в области криминальной сексологии. Среди исследователей того времени следует отметить имена И.Г. Блюмина, И.З. Дынкиной, М.Г. Сердюкова, А.Н. Игнатова, П.А. Кузнецова, Н.Г. Шалаева, Я.М. Яковлева. Однако к 1980-м годам интерес судебных медиков к сексологии безосновательно ослаб. Это привело к потере судебно-медицинскими экспертами завоеванных прежде позиций, к неудовлетворительному состоянию судебной медицины в столь специфичной области знаний, что в свое время вынужден был отметить главный судебно-медицинский эксперт МЗ СССР, профессор А.П. Громов [3].

Разобщенность специалистов юридического, судебно-медицинского, психиатрического и психологического профилей, несовпадение подходов к проблеме создают существенные трудности в познании феномена сексуального насилия, тем более, что сексология уже сама по себе представляет интегративную дисциплину, требующую междисциплинарного подхода к изучению каких-либо явлений.

Сексология, зародившись на переломе XIX и XX веков, к настоящему времени выросла в серьезную науку, изучающую сексуальность человека как многомерное явление, имеющее не только биологические и культуральные, но и медицинские, правовые, психосоциальные и прочие стороны. Однако современное половое поведение далеко не во всех странах изучено в достаточной мере из-за сопротивления некоторой части общественных сил [6], открытыми остаются многие вопросы половых правонарушений; к тому же, до настоящего времени мало комплексных, междисциплинарных научных исследований касательно криминологических и виктимологических проблем сексуальности. Без знания всего этого комплекса невозможен правильный и объективный подход к профилактике, расследованию преступлений против половой неприкосновенности и половых свобод личности, к качественному производству соответствующих судебно-медицинских и криминалистических экспертиз.

В немногочисленных отечественных и зарубежных литературных источниках, посвященных судебной сексологии, практически нет рассмотрения вопросов, с которыми сталкиваются судебно-медицинские эксперты и врачи непсихиатрического профиля. Акцентируя внимание на психосексологических методах и особенностях обследования преступников, исследователи мало внимания уделя-

ют социально-психологическим, сексологическим особенностям и реабилитации жертв половых преступлений. Все это, несомненно, влияет на уровень раскрываемости и профилактику сексуальной преступности, на охрану прав и свобод личности, способствует ошибочному наказанию невиновных или неадекватному наказанию виновных в сексуальном насилии.

Поэтому актуально выяснение:

- особенностей и основных тенденций современного полового поведения, современных взглядов на проявления пола, особенно среди молодого поколения;
- региональных, этно-культуральных и расовых особенностей полового созревания;
- границ «нормы» современного сексуального поведения;
- уровней «отклоненных» сексуальных потребностей в обществе и их взаимосвязи с виктимным поведением;
- психосоциальных особенностей жертв и виновников сексуального насилия, сексуальных девиантов и представителей сексуальной «нормы»;
- уровней латентности половых преступлений и склонности людей к их совершению;
- криминологической характеристики сексуального насилия;
- общественной опасности некоторых форм полового поведения, а также криминологического и виктимологического значения основных сексуальных девиаций и парафилий.

Для совершенствования работы судебно-медицинских экспертов и юристов в случаях половых преступлений актуально выявить недостатки взаимодействия правоохранительных органов и врачей, недостатки в проведении судебно-медицинских сексологических экспертиз. Представляется важным осуществление разработки основных направлений *криминальной сексологии*, освещающей комплекс наиболее значимых проблем доказательств и профилактики половых преступлений.

Многочисленная научная литература показывает нам, что во многих странах мира, в том числе и в России, противоправным сексуальным нападениям в той или иной форме подвергается не менее трети лиц женского пола и до 5 % — мужского, при этом половые преступления являются высоклатентными, в уголовной статисти-

ке отражена лишь их незначительная часть. Однако нередко приходится встречаться с довольно странной ситуацией неприемлемости научных знаний по вопросам сексологии многими врачами и юристами, насмешливого отношения к ним, обывательского упрощения и опощения. Редкий судебный медик или юрист проявляет удовлетворительную осведомленность в вопросах сексологии. Объективная реальность такова, что сексологические познания даже у специалистов медицинского, психологического, юридического профилей находятся на крайне низком уровне, более сформированы распространенными мифами, нежели научными данными. Это является препятствием для целостного понимания проблем не только общества в целом, но и конкретных людей, мотиваций их действий; представляет опасность заблуждений и неверных решений в случаях расследования преступлений против половой неприкосновенности и половой свободы личности или при подозрениях на их совершение.

Интересно отметить, что в 1991 году в уже распадающемся СССР в издательстве «Юридическая литература» вышла монография профессора З. Старовича «Судебная сексология», с предисловием Главного судебно-медицинского эксперта МЗ СССР, профессора А.П. Громова. Преодолевая инерцию общественного негативного отношения к вопросам сексологии, опасаясь «викторианского гнева», автор предисловия даже предупредил читателей книги, что она не имеет порнографического характера, не предназначена для широкой общественности, а без прямой информации в узкоспециальной книге, написанной для юристов и врачей, обойтись невозможно [3].

В результате такого невежественного отношения в настоящее время существуют не только проблемы расследования половых преступлений, но и проблемы качества судебно-медицинских экспертиз в случаях половых преступлений или при подозрении на их совершение, явного отставания уровня проводимых экспертиз от имеющихся возможностей. Наши исследования показали, что судебно-медицинские эксперты в своей практической деятельности испытывают затруднения в проведении этих экспертиз, в основном из-за отсутствия современной теоретической базы, а также в результате отсутствия необходимого набора инструментов, которые должны быть апробированными, выпускаться серийно и находиться в каждом районном отделении бюро СМЭ. С целью научной организации

и объективизации проведения следственно-оперативных мероприятий при половых преступлениях, профилактики следственных и судебных ошибок, негативных общественных явлений, связанных с сексуальной стороной жизнедеятельности человека, выпускники юридических факультетов вузов также должны иметь элементарные научные сексологические знания.

Цель данной книги заключается в помощи юристам, судебным медикам, иным специалистам разобраться в каждом конкретном случае расследования преступлений против половой неприкосновенности и половых свобод граждан, при подозрениях на их совершение, что позволит избежать упрощенных и неверных подходов, трагических ошибок. Несомненно, что данная книга будет востребована в каждой районной прокуратуре, в каждом районном отделении бюро судебно-медицинской экспертизы. Практически каждая глава предназначена как для юристов, так и для врачей, иных специалистов, деятельность которых связана с профилактикой сексуального насилия и его последствий.

Литература

1. *Арзунова Ю.Н., Юцкова Е.М.* Насильственная преступность // Криминология / Под. ред. А.И. Долговой. М.: ИНФРА-М–НОРМА, 1997. С. 439–463.
2. *Бухановский А.О., Гайков Т.В., Байбаков Ю.Г.* Серийные сексуальные преступления: психолого-психиатрические и криминологические сопоставления // Серийные убийства и социальная агрессия: что ожидает нас в XXI веке? Материалы 3-й Международной научной конференции 18–21 сентября 2001 г. Ростов н/Д.: Феникс, 2001. С. 92–97.
3. *Громов А.П.* Предисловие // *Старович З.* Судебная сексология / Пер. с польск. М.: Юрид. лит., 1991. С. 336.
4. *Дерягин Г.Б., Сидоров П.И., Соловьев А.Г.* Сексуальное насилие на европейском Севере России // Сексология и сексопатология. 2003. № 7. С. 28–32.
5. *Исаенко В.Н.* Об отдельных проблемах расследования серийных убийств // Серийные убийства и социальная агрессия: что ожидает нас в XXI веке? Материалы 3-й Международной научной конференции (18–21 сентября 2001 г.). Ростов н/Д., 2001. С. 226–229.
6. *Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р.* Основы сексологии / Пер. с англ. М.: Мир, 1998. С. 692.

7. Сердюков М.Г. Судебная гинекология и судебное акушерство. М.: Медицина, 1964. С. 302.
8. Серебрякова В.А. Женская преступность // Криминология / Под ред. А.И. Долговой. М.: ИНФРА-М-НОРМА, 1997. С. 668–685.
9. Ткаченко А.А. Сексуальные извращения — парафилии. М.: Триада-Х, 1999. С. 461.
10. Цымбал Е.И., Дьяченко А.П. Защита интересов детей — жертв сексуальных посягательств // Сексуальное здоровье человека на рубеже веков: проблемы, профилактика, диагностика и лечение / Материалы Международной конференции. М., 1999. С. 32–34.
11. Beckman L.J., Ackerman K.T. Women, alcohol, and sexuality // Recent Dev Alcohol. 1995. Vol. 12. P. 267–285.
12. Eckert W.G., Katchis S., Donovan W. The pathology and medicolegal aspects of sexual activity // Am. J. Forensic Med. Pathol. 1991. Mar. Vol. 12. No 1. P. 3–15.
13. Finkel K.C. Sexual abuse and incest. What can you do? // Can Fam. Physic. 1994. May. Vol. 40. No 5. P. 935–944.
14. Pedersen W., Hegna K. Children and adolescents selling sex // Tidsskr. Nor. Laegeforen. 2000. Vol. 120. No 2. P. 215–220.
15. Stone L.E., Tyler R.P., Mead J.J. Law enforcement officers as investigators and therapists in child sexual a training model // Child Abuse Negl. 1984. Vol. 8. No 1. P. 75–82.
16. Teets J. The incidence and experience of rape among chemically dependent women // J. Psychoactive Drugs. 1997. Oct.–Dec. Vol. 29. No 4. P. 331–336.

Раздел I.

ПОЛОВЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ В СВЕТЕ УГОЛОВНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА. СЛЕДСТВЕННЫЕ И ЭКСПЕРТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Глава 1.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ

Половые преступления — это уголовно наказуемые, умышленно и виновно совершенные деяния, посягающие на половую неприкосновенность и половую свободу личности. В УК РФ (1996) эти преступления выделены в отдельную главу № 18 — «Преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности», включающую в себя пять статей (ст. 131–135). Все половые преступления совершаются с прямым умыслом.

В целом, сексуальные преступления представляют собой разновидность преступлений, направленных против прав и свободы человека, против его чести и достоинства, здоровья и жизни. Половое сношение или иные действия сексуального характера не считаются противозаконными в случаях их осознанного совершения по взаимному добровольному согласию, либо созревших в биологическом отношении партнеров, либо без нарушения установленного законом так называемого «возраста согласия» на сексуальную активность, при условии отсутствия умышленного причинения вреда здоровью партнера и ущерба другим людям. Факт вступления в брак не лишает людей половой свободы.

Врачи практически всех специальностей сталкиваются в своей практике с потерпевшими от половых преступлений, но не всегда могут распознать их и предпринять меры к обнаружению и сохранению доказательств перенесенного насилия, в первую очередь — доказательств биологического происхождения. Неудача в диагностике изнасилования и иных преступных сексуальных действий может

иметь серьезные, продолжительные физические и психические последствия для жертв и виновников. Поэтому представляется целесообразным получение специфических знаний как юристами, специализирующимися в области уголовного права, так врачами различных профилей.

Существующая в животном мире необходимость добиваться в некоторых случаях возможности воспроизводства потомства путем насилия почти всегда неприемлема в человеческом обществе из-за социальной обусловленности. Тем не менее, многие люди попадают в ситуации, в которых присутствуют либо элементы домогательств, либо имеет место откровенное грубое насилие с сексуальной окраской.

Сексуальное насилие может быть направлено не только против лиц женского, но и против лиц мужского пола любого возраста, даже против животных. Имеются культурально обусловленные разногласия во взглядах на определения сексуального насилия. Например, в западных странах распространены следующие феминистские взгляды на то, что, по мнению феминисток, является сексуальным насилием:

- 1) нежелательные сексуальные замечания или заигрывания;
- 2) грубые предложения сексуальной близости, непристойные продолжительные взгляды и намеки;
- 3) вербальные озвучивания непристойностей в присутствии женщин и детей;
- 4) сексуальные понуждения с применением угроз материального характера или в обмен на какие-то блага;
- 5) принуждение к аборту;
- 6) запрет на контрацептивы;
- 7) демонстрация женщинам или детям визуальной продукции с обнаженными телами и т.п.

Естественно, что представленные взгляды во многом субъективны и ненаучны. Если же проанализировать зарубежное уголовное законодательство, получим весьма пеструю картину. Так, в ряде стран, как и в РФ, в отдельную статью Уголовного кодекса выделяется изнасилование лиц женского пола со стороны лиц мужского пола. Одновременно в этих странах существует статья, предусматривающая наказание за сексуальное насилие по отношению к лицам

мужского пола, а также за насилие со стороны женщин, аналогичная ст. 132 УК РФ.

В других странах статья «Изнасилование» отсутствует, предусмотрено наказание за любое сексуальное насилие по отношению к лицам обоих полов со стороны как лиц мужского, так и женского пола.

В третьих странах в Уголовном кодексе предусмотрена ответственность за сексуальное насилие только над женщиной. Например, в Уголовном кодексе Мавритании записано: «Уголовный кодекс как изнасилование считает любой акт, осуществленный с женщиной без ее согласия».

В некоторых странах под изнасилованием понимают половое сношение обманным путем, например, с неисполнением обещания жениться; если мужчина воспользовался состоянием сна женщины, в котором она приняла его за своего мужа и т.п. Часть государств покушение на изнасилование преступлением не признает. Исламские фундаменталисты считают преступным любое половое сношение вне брака.

Иногда в понятие «изнасилование» включают пенильно-вагинальный контакт (половой акт) либо пенильное проникновение в иное естественное отверстие тела лица, не достигшего определенного возраста. Аналогично под изнасилованием могут понимать половое сношение, предпринятое под влиянием обстоятельств, перечисленных в ст. 133 УК РФ, т. е. при наличии угроз материального характера, служебной или иной зависимости, шантажа, «хитрости», «обмана». Особо строгому наказанию подвергаются лица, которые для сексуального насилия или для совершения иных запрещенных сексуальных контактов воспользовались своей профессией (учителя, врачи, священники и т.д.), служебным положением (полицейские, охранники, представители властей), или родством, опекуном.

Здесь примечателен Уголовный кодекс Австралии, согласно которому «в австралийском национальном законодательстве не фигурирует термин «насилие», он заменен термином «половые сношения без согласия». При этом «согласие» означает свободное соглашение. Обстоятельства, при которых человек не имеет свободы согласия на половые сношения или акт грубой непристойности, включают обстоятельства где:

- человек подчиняется из-за силы, страха перед силой, или страха перед вредом любого типа, по отношению к себе непосредственно или другому человеку;
- человек подчиняется, потому что он или она незаконно задержан;
- человек спит, находится без сознания или под сильным влиянием алкоголя либо другого препарата, делающим его неспособным к свободному принятию решения;
- человек неспособен к пониманию сексуальной природы акта;
- человек ошибается в сексуальной природе акта или личности другого человека;
- человек по ошибке полагает, что акт совершается в медицинских или гигиенических целях;
- человек подчиняется из-за ложного представления относительно природы или цели акта.

Любой человек, у которого есть половые сношения с человеком без его согласия, виновен в преступлении».

Статья 375, 1-й абзац Бельгийского Уголовного кодекса гласит: «Любой акт сексуального проникновения, какой бы природы он ни был и каким бы средством ни был выполнен, совершенный на человеке, который на это не соглашается, составляет преступление изнасилования». Абзац 2-й этой статьи уточняет: «Согласия нет, когда акт навязан насильственно, принуждением или хитростью, или возможно обеспечен в соответствии с недугом или физическим или умственным недостатком жертвы».

Далее мы будем ориентироваться на российскую действительность, УК РФ.

1.1. Статья 131. Изнасилование

1. Изнасилование, то есть половое сношение с применением насилия или с угрозой его применения к потерпевшей или к другим лицам либо с использованием беспомощного состояния потерпевшей, — наказывается...

2. Изнасилование:

- а) совершенное неоднократно или лицом, ранее совершившим насильственные действия сексуального характера (отменена 08.12.2003 г.);
- б) совершенное группой лиц, группой лиц по предварительному сговору или организованной группой;

в) соединенное с угрозой убийством или причинением тяжкого вреда здоровью, а также совершенное с особой жестокостью по отношению к потерпевшей или к другим лицам;

г) повлекшее заражение потерпевшей венерическим заболеванием;

д) заведомо несовершеннолетней — наказывается...

3. Изнасилование:

а) повлекшее по неосторожности смерть потерпевшей;

б) повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью потерпевшей, заражение ее ВИЧ-инфекцией или иные тяжкие последствия;

в) потерпевшей, заведомо не достигшей четырнадцати лет, — наказывается...

* * *

Под половым сношением в юриспруденции понимается половой акт. Сексологи под физиологическим половым актом подразумевают совокупность биологических действий половых партнеров с момента введения мужского полового члена во влагалище женщины [29]. Таким образом, изнасилованием является физиологический половой акт лица мужского пола с лицом женского пола, выполненный путем введения естественного мужского полового члена в женское влагалище (пенильно-вагинальный контакт), с применением физического насилия или угрозой его применения по отношению к потерпевшей или другим лицам, либо с использованием беспомощного состояния потерпевшей. Любой естественный половой акт начинается с введения полового члена во влагалище, поэтому изнасилование считается оконченным преступлением с момента начала полового акта, независимо от его последствий, т. е. с момента введения головки полового члена во влагалище, внешней границей которого является девственная плева. Продолжения фрикций (возвратно-поступательных движений полового члена) и завершение полового акта семяизвержением для квалификации содеянного не требуется. Следовательно, правовой практике необходимо иметь четкое понятие, что такое половой акт.

С судебно-медицинской и сексологической точек зрения не может быть введения полового члена в преддверие влагалища, такое действие является только прикосновением, дотрагиванием. Приставление полового члена ко входу во влагалище, так называемый

«вестибулярный половой акт», половым актом в физиологическом смысле назвать нельзя. Даже извержение семени на наружные половые органы, в преддверие влагалища с последующим зачатием и беременностью не является половым актом [1, 35]. Трение языком, руками, искусственным половым членом, различными предметами по женским наружным половым органам, губам, ягодицам, даже с введением их во влагалище, в рот, задний проход, также нельзя рассматривать как половой акт. В зависимости от умысла, конкретности случая и обстоятельств это могут быть насильственные действия сексуального характера, развратные действия и т.п.

Указанные действия, даже в случаях, завершившихся эякуляцией, не могут быть расценены как половой акт, потому что в них отсутствуют важнейшие стадии копулятивного цикла, для осуществления которого обязательно наличие интромаиссии — введения естественного мужского члена во влагалище. После интромаиссии и начинаются копулятивные фрикции (возвратно-поступательные движения половым членом), определяющие начало собственно копулятивной стадии цикла. Сексологи выражение «половой акт» нередко заменяют понятиями «сексуальный цикл», или «цикл сексуальной реакции» [29] либо «копулятивный цикл» [13]. Однако при сексуальном насилии могут выпадать некоторые фазы копулятивного цикла, например, возбуждения, оргазма и пр., поэтому в случаях сексуального насилия более правильно конкретизировать действие и говорить о пенильно-вагинальном контакте.

Если введения полового члена во влагалище не имело места, например, было лишь соприкосновение полового члена с лобком или половыми губами, ягодицами жертвы, то преступление, в случае наличия умысла на изнасилование, квалифицируется как покушение на изнасилование. При отсутствии умысла на изнасилование может иметь место иное преступление, например, хулиганство, связанное с полным или частичным обнажением женщины, грабеж, разбой, которые были добросовестно истолкованы жертвой как покушение на изнасилование; могут иметь место и случаи заведомого искажения фактов жертвой преступления.

Изнасилование является неоконченным преступлением и содеянное также квалифицируется как покушение на него, если виновный, действуя с целью изнасилования, не сумел вступить в половое

сношение по причинам, возникшим помимо его воли. Например, произошло преждевременное семяизвержение или появились посторонние люди, либо препятствием к сношению явилось сопротивление жертвы и т.п.

Добровольный отказ от совершения изнасилования в начальной стадии насилия, до момента введения полового члена во влагалище (в рот, задний проход) или до иных действий с половыми органами жертвы (куннилингус, фистинг и пр.), надлежит рассматривать как обстоятельство, полностью исключающее ответственность за изнасилование или совершение насильственных действий сексуального характера. Ответственность в соответствии с действующими статьями УК РФ наступает лишь за фактически совершенные преступные действия, например, хулиганство, причинение телесных повреждений и связанного с ними определенного вреда здоровью. В таких случаях суд обязан указать в приговоре на конкретные причины, в силу которых насильник был вынужден отказаться от окончания изнасилования [9].

Объектом изнасилования является половая свобода и половая неприкосновенность лица женского пола; т. е. жертвой всегда является лишь лицо женского пола вне зависимости от ее возраста, социального статуса, так называемого морального облика, виктимного поведения, родственного или супружеского отношения к насильнику. Субъектом изнасилования (насильником) может быть только лицо мужского пола, достигшее 14 лет. Женщина не может изнасиловать женщину, но может выступать в качестве соисполнителя преступления, помогая преступнику мужского пола. Насильственные действия сексуального характера мужчины с мужчиной или женщины с женщиной, или со стороны женщины с мужчиной изнасилованием не являются и квалифицируются по ст. 132 УК РФ — «Насильственные действия сексуального характера».

Субъективная сторона изнасилования характеризуется наличием прямого умысла, направленного на изнасилование, при котором виновный осознает, что вступает в половое сношение с применением физического насилия, угроз физической расправы или используя беспомощное состояние жертвы.

Действия лица мужского пола, добившегося согласия женщины на вступление в половое сношение путем обмана или злоупотребле-

ния доверием, например обещанием жениться, не могут квалифицироваться как изнасилование [9]. Равнозначно не является изнасилованием вступление мужчины в половое сношение с женщиной, если она ошибочно, например, во время сна, приняла его за другого человека и изначально не была против сношения.

Немного истории. Судебная практика по УК РСФСР (1960), до принятия нового УК РФ в 1996 году, признавала в качестве полового сношения не только совершение физиологического полового акта во влагалище (в естественной форме), но и совершение так называемого «извращенного полового акта», связанного с введением мужского полового члена в рот или в задний проход (прямую кишку) лица женского пола. Статья 117 УК РСФСР предусматривала максимальное наказание за изнасилование малолетней в виде лишения свободы на срок до 15 лет, вплоть до исключительной меры наказания, т. е. смертной казни [26, 39]. Насильственное введение мужского полового члена в рот лица мужского пола, не достигшего 18 лет, по УК РСФСР расценивалось как развратные действия (ст. 120) с максимальным наказанием до трех лет (явное нарушение логики!). Гомосексуальное насилие с введением полового члена в задний проход наказывалось в соответствии с ч. 2 ст. 121 УК РСФСР с максимальным лишением свободы на срок до 8 лет (вероятно, законодатели исходили из логики, что мальчику или мужчине, его близким такое насилие в два раза менее обидно, чем лицам женского пола). Однако с появлением в УК РФ принципиально новой по содержанию ст. 132 действия преступника с введением полового члена только в рот или только в задний проход, в рот и в задний проход, но без введения его во влагалище рассматриваются как совершение «иных действий сексуального характера», а не как извращенные половые акты [33]. При этом следует знать, что половое сношение во влагалище от перемены поз извращенным не становится. Понятия «извращенная поза» имеет религиозные истоки. Такого понятия в современном уголовном праве РФ не существует.

Сексуальное насилие с попеременным введением полового члена во влагалище, в рот или в задний проход, когда естественная форма полового акта сочетается с указанными действиями (что имеет место в большинстве случаев изнасилований), целесообразно полностью охватывать ст. 131 УК РФ и квалифицировать как изнасило-

вание. Однако Пленум Верховного Суда РФ в своем Постановлении о судебной практике по делам о преступлениях, предусмотренных ст.ст. 131 и 132 УК РФ, № 11 от 15 июня 2004 г. выразил иную позицию, предусматривающую ужесточение наказания за сексуальное насилие. Так, пункт 9 указанного «Постановления...» гласит: «Если умыслом лица охватывается совершение им (в любой последовательности) изнасилования и насильственных действий сексуального характера в отношении одной и той же потерпевшей, содеянное следует оценивать как совокупность преступлений, предусмотренных ст.ст. 131 и 132 УК РФ. При этом для квалификации содеянного не имеет значения, был ли разрыв во времени в ходе совершения в отношении потерпевшей изнасилования и насильственных действий сексуального характера».

Здесь уместно заметить, что законодатели, вероятно, находясь в плену традиций, устаревших стереотипов, и не учитывая многообразия форм сексуальной активности, не смогли отказаться от узко понимаемой, и потому морально обветшавшей статьи УК «Изнасилование», и совместить в одной статье УК РФ «Насильственные действия сексуального характера» все проявления сексуального насилия. Сексуальное насилие, независимо от сексуальной ориентации насильника или его предпочтений в сексуальной технике и последовательности исполнения сексуальных действий, по своей сути является одним противоправным деянием, а не двумя или тремя различными видами насилия.

Диспозиции ст.ст. 131 и 132 УК РФ и предусмотренные ими санкции за сексуальное насилие обнаруживают полное совпадение. При этом преступления, предусмотренные первыми частями ст. 131 и ст. 132 относятся к делам частного-публичного обвинения, т. е. уголовное дело возбуждается не иначе, как только по заявлению потерпевшей или потерпевшего, а для возбуждения уголовного дела по всем остальным частям указанных статей заявления потерпевшей стороны не требуется. По нашему мнению, ст. 131 УК РФ — «Изнасилование» — лишняя. Она только вносит путаницу, порождая некоторые неувязки медико-сексологического и правового характера, неясность некоторых моментов. Неясность — прямой путь к злоупотреблениям, «передергиваниям фактов» участниками процесса, а со стороны государства — лишний повод для «закручивания гаек», что реально

и произошло с появлением Постановления Пленума ВС РФ № 11 от 15.06.2004 г.

Способами (квалифицирующими признаками) сексуального насилия в РФ по ст.ст. 131 и 132 УК являются:

- 1) непосредственное применение физического насилия с целью получения сексуального удовлетворения насильником;
- 2) ясно выраженная угроза физической расправы с этой же целью по отношению к жертве или даже постороннему жертве лицу;
- 3) использованиис беспомощного состояния жертвы.

Физическое насилие может сопровождаться умышленным причинением тяжкого или средней тяжести вреда здоровью жертвы, тогда содеянное образует совокупность преступлений, предусмотренных ч. 1 ст. 131 и ст. 111 или 112 УК РФ. Неосторожное причинение при изнасиловании тяжкого вреда здоровью потерпевшей или ее смерти квалифицируется по ч. 3 ст. 131, при этом дополнительной квалификации по другим статьям не требуется. Умышленное причинение легкого вреда здоровью в процессе сексуального насилия дополнительной квалификации также не требует.

Умышленное убийство жертвы в процессе сексуального насилия или после его совершения квалифицируется по совокупности п. «к» ч. 2 ст. 105 и соответствующей части ст. 131.

Если женщина добровольно вступила в половые отношения с субъектом мужского пола, но склонный к садизму мужчина во время сексуальных взаимодействий умышленно причинил женщине страдания в виде ее субъективного восприятия боли или конкретные телесные повреждения, связанные с каким-либо вредом ее здоровью, то его действия, субъективно воспринимаемые некоторыми потерпевшими как изнасилование, не должны служить основой юридической квалификации действий подобного субъекта в соответствии со ст. 131 или ст. 132 УК РФ. В таких случаях действия виновного можно расценивать как действия, предусмотренные ст.ст. 111, 112, 115, 116, 117 УК РФ — умышленное причинение определенного вреда здоровью, побои или истязания. То же самое можно сказать в отношении женщин, причинивших в процессе совершения сексуальных действий вред здоровью своему сексуальному партнеру мужского или женского пола.

Неосторожное причинение тяжкого вреда здоровью в процессе совершения добровольного полового акта или иных действий сек-

суального характера влечет ответственность (в случае заявления потерпевшей или потерпевшего) только по ст. 118 УК РФ. Причиняемые в процессе добровольных партнерских взаимодействий ссадины и кровоизлияния от воздействия пальцев рук сексуального партнера нельзя рассматривать как побои. За причинение легкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности уголовная ответственность исключается.

Угроза применения физического насилия должна быть реальной, непосредственной, а не предполагаемой и не отдаленной по времени в абстрактном будущем. Угрожающим может быть конкретное прямое высказывание, демонстрация оружия или иного предмета, который можно применить с целью причинения телесных повреждений. Угрозы физической расправы могут касаться не только непосредственно жертвы насилия, но и ее близких, иных людей. При этом не имеет значения, намеревался ли преступник исполнить свою угрозу или рассчитывал только на психологическое воздействие [7]. При демонстрации жертве пистолета не играет роли, какое оружие демонстрировалось, боевое, газовое, пневматическое или игрушечное, внешне схожее с боевым. Это же можно сказать и о распространенных ныне муляжах взрывных устройств и т.п. Угроза убийством в процессе насилия полностью охватывается ч. 2 ст. 131 и 132. Если же угроза убийством или причинением тяжкого вреда здоровью была высказана после изнасилования, чтобы жертва не заявляла о нем, то содеянное квалифицируется по совокупности ст. 131 и ст. 119 УК РФ.

Угрозу физической расправы следует отличать от шантажа, т. е. обещания распространения нежелательных сведений, и угроз материального плана, которые являются признаками преступления, предусмотренного ст. 133 УК РФ — «Понуждение к действиям сексуального характера».

Изнасилование признается *совершенным с использованием беспомощного состояния* потерпевшей в тех случаях, когда она в силу своего физического или психического состояния (малолетний возраст, физические недостатки, расстройство душевной деятельности, иное болезненное либо бессознательное состояние и т.п.) не могла понимать характера и значения совершаемых с нею действий, предложений сексуального характера, приготовлений к сексуальным действиям, поэтому не могла предотвратить криминальную

ситуацию или качественно изменить ее в свою пользу, либо не имела возможности оказать сопротивления виновному в силу своего физического состояния или особой ситуации, в которой она оказалась. При этом виновный осознавал, что потерпевшая находилась в беспомощном состоянии [9, 33].

Юридическая оценка добровольных сексуальных взаимодействий совершеннолетних (достигших 18 лет) с малолетними детьми (не достигшими 14 лет) зависит от целого ряда объективных и субъективных обстоятельств. Как насильственный половой акт (или иные сексуальные взаимодействия), вопреки видимой добровольности, следует рассматривать только такие случаи, когда ввиду своего малолетнего возраста, задержки психосексуального созревания, нарушения интеллектуального развития и т.п. потерпевшая заведомо для виновного не могла понимать характер совершаемых с нею действий [33]. В иных случаях ответственность наступает в соответствии со ст. 134 УК — «Половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста» или ст. 135 УК — «Развратные действия». Однако здесь следует иметь в виду то обстоятельство, что половой акт взрослого и даже подростка с малолетней девочкой препубертатного возраста, как правило, должен привести к разрыву стенки влагалища и промежности II степени, что причиняет вред здоровью от легкого до тяжкого.

Относительно беспомощного состояния, ввиду малолетнего возраста жертвы сексуального насилия, следует знать, что уже в младшем школьном возрасте многие дети хорошо осведомлены о сути и технике половых актов, орально- и анально-генитальных контактах, проявляют ту или иную сексуальную активность, а преждевременное психосексуальное развитие иной раз ведет к активному поиску малолетними подростками значительно старших по возрасту сексуальных партнеров. Такие дети ведут себя чрезвычайно виктимно, подсознательно и даже вполне осознанно оказывая провоцирующее влияние на взрослых, легко соглашаются на добровольные сексуальные взаимодействия, которыми нередко бывают удовлетворены, ищут их продолжения. Чтобы объективно разрешить вопрос о беспомощности жертв ввиду малолетнего возраста, относительно школьников обязательно назначение судебной комплексной психо-

лого-психиатрической экспертизы. Ребенок дошкольного возраста однозначно беспомощен перед преступником.

Беспомощные состояния при половых преступлениях можно подразделить на:

1) психическую беспомощность (душевная болезнь, обуславливающая невозможность адекватной оценки происходящего, бессознательное состояние, малолетний возраст с психосексуальной незрелостью), при которой потерпевшая не понимает значения совершаемых с ней сексуальных действий, а также предложений сексуального характера и приготовлений к сексуальным действиям;

2) физическую беспомощность, при которой потерпевшая хотя и понимает, что с ней совершают половой акт или иные сексуальные действия, но не в состоянии оказать этому сопротивление. К этому виду беспомощности относятся соматическая болезнь потерпевшей, физические недостатки, престарелый возраст, физическая беспомощность в результате сложившейся ситуации;

3) беспомощность в результате употребления алкоголя или сильнодействующих веществ.

Причины возникновения беспомощного состояния подразделяются на:

а) независящие от действий виновного;

б) явившиеся следствием умышленных действий виновного, направленных на то, чтобы потерпевшая оказалась в беспомощном состоянии.

Четверть случаев оконченных изнасилований в России происходит с использованием беспомощного состояния жертвы. Причиной беспомощного состояния обычно является сильное алкогольное опьянение потерпевшей [20]. Встречаются случаи изнасилований или совершения иных действий сексуального характера с использованием глубокого медикаментозного сна или даже коматозного состояния потерпевшей после употребления подмешанных к пище или напиткам соответствующих фармакологических средств, либо после доведения самой потерпевшей себя до такого состояния. В случаях заявления о подобном, доказательно обнаружение этих веществ в тканях или в биологических выделениях потерпевшей, на месте происшествия в остатках пищи, напитков и т.д.

Исходя из Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 22 апреля 1992 г., для квалификации содеянного не имеет значения, потерпевшая сама довела себя до беспомощного состояния путем употребления алкоголя или сильнодействующих веществ, а виновный лишь воспользовался этим состоянием, или до этого состояния ее довел виновный, либо иное лицо [9].

Вряд ли можно отождествлять желание женщины провести время и употребить алкоголь в определенной обстановке с ее желанием совокупления или совершения иных сексуальных действий в этой обстановке. Желание «выпить» совсем не обязательно должно быть связано с желанием совершения каких-либо сексуальных действий и наоборот. Конечно, женщине важно реально оценивать обстановку с учетом местных традиций и степени признания прав женщины в конкретном обществе, в конкретном коллективе, но по законам РФ женщина имеет равные с мужчиной права и свободы. Иначе, согласие мужчины употребить алкоголь в мужской компании или женщины — в женской, по логике, также должно рассматриваться как согласие на гомосексуальные отношения. Очевидно, что большинство людей, употребляющих алкоголь в однополых коллективах, с этим согласиться не могут.

Независимо от того, что пункты «а» ст. 131 и ст. 132 УК РФ в настоящее время отменены, следует знать (так как аналогичные пункты имеются в УК других государств СНГ), что для квалификации изнасилования как повторного, не имеет значения, был ли преступник осужден за изнасилование или за совершение иных насильственных действий сексуального характера (по ст. 132); здесь важно лишь то, что срок давности ранее совершенного преступления не истек, или бывшая судимость не снята, либо не погашена. Сексуальное насилие в отношении одной и той же жертвы, совершенное несколько раз в течение нескольких часов, когда жертва все время находилась во власти преступника, не может рассматриваться как повторное изнасилование [6, 11, 12]. Насильственное удержание жертвы сексуального насилия около суток и более должно квалифицироваться по совокупности ст. 127 и ст. 131 (ст. 132). Сексуальное насилие над двумя и более потерпевшими, хотя бы и совершенное последовательно в течение короткого времени, в одной ситуации, квалифицируется как повторное.

Действия соучастников группового изнасилования (не соисполнителей), не применявших непосредственно насилия, но способствовавших насилию (организаторы, подстрекатели, пособники), квалифицируются по ст. 33 УК РФ и по ч. 1 ст. 131 УК РФ (а в соответствующих случаях — ст. 132 УК РФ), что следует из постановлений Пленума Верховного Суда РФ [8, 10]. Использование малолетних или невменяемых соучастников преступления, которых нельзя привлечь к уголовной ответственности, все равно вменяется субъекту преступления как групповое насилие.

При совершении двух и более изнасилований или насильственных действий сексуального характера, ответственность за которые предусмотрена различными частями ст. 131 и (или) ст. 132 УК РФ, равно, как при совершении в одном случае покушения на изнасилование, а в другом — оконченного изнасилования, действия преступника по каждому из этих преступлений должны квалифицироваться самостоятельно.

Относительно пункта данной статьи, касающегося заражения венерическим заболеванием, следует напомнить, что не всякое заболевание, передающееся преимущественно половым путем, является венерическим. Под заражением венерическими заболеваниями однозначно во всем мире понимают лишь заражение такими четырьмя специфическими инфекциями, как сифилис, гонорея (триппер), мягкий шанкр (третья венерическая болезнь), лимфогранулематоз венерический (четвертая венерическая болезнь); кроме того, различают пятую венерическую болезнь — донованоз, встречающуюся в тропических странах. В России имеют распространение лишь две венерические болезни: сифилис и гонорея. 3-я и 4-я венерические болезни, донованоз естественных очагов в России не имеют, встречаются лишь редкие случаи их завоза из-за рубежа.

Следует избегать широко распространенного, но ошибочного причисления уrogenитального (мочеполового) трихомоноза (трихомониаза) и часто встречающегося хламидиоза к венерическим заболеваниям. Мочеполовой трихомоноз широко распространен, является таким же специфическим заболеванием, как и гонорея [23], поражает только мочеполовые органы, иногда чреват серьезными осложнениями, но он уже давно был исключен из перечня венерических болезней, предусмотренных Международной статистичес-

кой классификацией болезней (МКБ). МКБ-9 [30] начинала список венерических заболеваний с сообщения, что мочепополовой трихомоноз исключен из этого списка. МКБ-10 [31] также не дает никаких оснований относить мочепополовой трихомоноз к венерическим заболеваниям. Следовательно, в юридическом смысле мочепополовой трихомоноз является просто паразитарным заболеванием и не является венерической болезнью.

Существует целый ряд болезней, передающихся преимущественно половым путем, но к венерическим в юридическом смысле не относящихся: хламидиоз, тропические трепонематозы (фрамбезия, пинта, беджель) и т.д. Так, например, эндемический сифилис (арабский сифилис, беджель) МКБ-9 также исключала из перечня венерических заболеваний. Такие тропические трепонематозы, эволюционно имеющие один корень, как фрамбезия (тропический сифилис), пинта (карате) спорно относить к венерическим заболеваниям [3]. Различные негонококковые уретриты также передаются преимущественно половым путем, причины их возникновения разнообразны, отнесение их к венерическим заболеваниям или ошибочно, или противоправно. Знание данных моментов важно также и в плане применения ст. 121 УК РФ. Вероятно, следовало бы изменить формулировки ст. 131 и 132, предусмотрев как отягчающее вину обстоятельство не «заражение венерическим заболеванием», а «заражение заболеванием, передающимся половым путем».

Самолечение, уклонение от лечения венерических заболеваний и контролей их излеченности не являются основаниями для уголовного преследования лица в соответствии со ст. 121 УК РФ. В данном случае важен лишь реальный факт заражения другого лица от человека, заведомо знавшего о наличии у него венерического заболевания. Так как объективная сторона преступления может выражаться в действии или бездействии, то способ заражения (бытовой или половой) не должен иметь значения для квалификации преступления. Для постановки достоверного диагноза необходимо обнаружение возбудителя инфекции. В случаях заражения венерическим заболеванием при сексуальном насилии преступление полностью охватывается ст.ст. 131 и 132 УК РФ.

Разрешение вопроса о наличии венерического заболевания (чаще — гонореи) относится к компетенции венеролога. Судебно-

медицинский эксперт не имеет возможностей квалифицированно обследовать половых партнеров. Экспертиза заражения венерическим заболеванием в необходимых случаях может быть выполнена судебно-медицинским экспертом лишь совместно с венерологом.

На практике зачастую наблюдается весьма упрощенный подход, при котором, судя по соответствующим документам, венеролог, не информированный в целях консультации и не осознающий всю меру своей ответственности, дает формальный ответ об отсутствии гонококков на данный момент на основании *однократного* (!) исследования мазка содержимого уретры или цервикального канала. Подобным формальным подходом является и отрицание наличия сифилиса на основе серологических реакций, проведенных в предполагаемом серонегативном периоде. Такие консультации эксперта с венерологом в новых правовых условиях не могут быть приемлемы, способны приводить к ошибочным заключениям, что иногда и наблюдается. К сожалению, приказом № 161 МЗ РФ от 24.04.2003 г. (п. 3.1.8) для исключения возможного заражения венерическими болезнями вновь утвержден консультативный подход.

Общеизвестно, что для разрешения вопросов по половым инфекциям необходимо неоднократное обследование всех половых партнеров в соответствии со сроками инкубации. Подозреваемого, при отсутствии у него явных признаков заболевания, для ответа на поставленный вопрос *всегда* целесообразно обследовать с применением провоцирующих методов и посевов отделяемого уретры (шейки матки, уретры и прямой кишки у женщин), иначе о достоверности результатов не может быть и речи. По нашему мнению, для разрешения вопроса о наличии венерического заболевания и его источнике необходимо проведение комплексной экспертизы с участием судебного медика и венеролога или надо идти по пути назначения отдельной судебно-венерологической экспертизы без участия судебного медика. Сведения о половых контактах объекта и субъекта преступления должны быть должным образом задокументированы следователем и предоставлены им эксперту, так как эксперт не вправе самостоятельно собирать материалы для производства судебной экспертизы (ст. 16 Закона о государственной судебно-экспертной деятельности в РФ).

Наш анализ показал, что в случаях уже диагностированных венерических заболеваний экспертизы выполнялись всегда по записям в

амбулаторных картах, причем эти записи оставляли желать лучшего, ни в одном случае не было подробного описания диагностических мероприятий, качественного описания состояния половых органов, не всегда проводилась уретроскопия. В результате клиническая картина оставалась неясной; не было понятно, острый, подострый или хронический уретрит в стадии обострения имел место. При этом эксперты, как правило, не делали попыток запросить дополнительные материалы по делу, показывая тем самым поверхностный подход к разрешению поставленных перед ними вопросов и наличие стереотипного мышления, что жертву насилия заражает преступник, а не наоборот [17]. Следует избегать стереотипных взглядов на подозреваемого (обвиняемого) как на наиболее вероятного источника инфекции, так как жертвы оконченных изнасилований, в своей общей массе, ввиду некоторых их психосоциальных особенностей, изначально имеют высокий фон инфекций, передающихся половым путем [16].

Насильник может добросовестно заблуждаться относительно возраста жертвы; например, насилуя несовершеннолетнюю потерпевшую, был уверен, что она уже достигла 18-летнего возраста, насилуя малолетнюю, был уверен, что жертве уже исполнилось 14 лет. Добросовестное заблуждение относительно возраста потерпевшей должно исключать ответственность по соответствующему квалифицирующему признаку, например, изнасилование должно квалифицироваться не по ч. 2, а по ч. 1, не по ч. 3, а по ч. 2 [4, 5]. Объективный подход следствия может проявиться назначением судебно-медицинской экспертизы с целью разрешения вопросов о соответствии или несоответствии выраженности вторичных половых признаков, развития половых органов, состояния общего физического развития календарному возрасту. В таких случаях необходимо исследование антропометрических параметров потерпевшей (потерпевшего) в сравнении их с усредненными и минимальными параметрами лиц соответствующих возрастов одной расы и этнической группы.

Разрыв девственной плевы в процессе изнасилования не расценивается как телесное повреждение и не причиняет вреда здоровью, так как дефлорация является физиологической необходимостью. Вред здоровью причиняют лишь разрывы других анатомических образований половых органов. Зачатие в результате совершенного изнасилования не является тяжким последствием.

К ч. 2 ст.ст. 131 и 132 УК целесообразно было бы добавить, как отягчающий преступление признак, совершение сексуального насилия родителем, опекуном, медицинским работником, работником учреждения социальной защиты или иным лицом, на которое возложены обязанности по опекунству, лечению либо уходу за недееспособным лицом. Также, для снижения уровня сексуальной преступности в местах лишения свободы, надо в ч. 2 ст. 132 УК РФ добавить, как отягчающий квалифицирующий признак, сексуальное насилие, совершенной в местах лишения свободы. Необходимо подумать и об уголовном наказании должностных лиц, попустительствующих сексуальному насилию в местах лишения свободы.

Далее мы считаем целесообразным привести текст Постановления Пленума Верховного Суда РФ № 11 от 15.06.2004 г.

Пленум Верховного Суда Российской Федерации
Постановление
от 15 июня 2004 г. № 11
о судебной практике по делам о преступлениях,
предусмотренных статьями 131 и 132
уголовного кодекса Российской Федерации

В соответствии с Конституцией Российской Федерации каждому человеку и гражданину гарантируется защита его прав и свобод, в том числе право на половую свободу и половую неприкосновенность. В целях обеспечения защиты граждан от преступных посягательств, а также в связи с вопросами, возникшими в судебной практике по делам об изнасиловании и о совершении насильственных действий сексуального характера, Пленум Верховного Суда Российской Федерации постановляет дать судам следующие разъяснения:

1. Разъяснить судам, что под половым сношением следует понимать совершение полового акта между мужчиной и женщиной, под мужеложеством — сексуальные контакты между мужчинами, под лесбиянством — сексуальные контакты между женщинами. Под иными действиями сексуального характера следует понимать удовлетворение половой потребности другими способами, включая погуждение женщиной мужчины к совершению полового акта путем применения насилия или угрозы его применения.

2. Обратить внимание судов на необходимость выяснять по каждому делу об изнасиловании (статья 131 УК РФ) и насильственных действиях сексуального характера (статья 132 УК РФ), имелись ли насилие или угроза его применения в отношении потерпевшего лица (потерпевшей или по-

терпевшего) или других лиц, а также в чем конкретно выражались насилие либо угроза его применения.

Действия лица, добившегося согласия женщины на вступление в половое сношение или совершение действий сексуального характера путем обмана или злоупотребления доверием (например, заведомо ложного обещания вступить с ней в брак), не могут рассматриваться как преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности.

3. Изнасилование (статья 131 УК РФ) и насильственные действия сексуального характера (статья 132 УК РФ) следует признавать совершенными с использованием беспомощного состояния потерпевшего лица в тех случаях, когда оно в силу своего физического или психического состояния (слабоумие или другое психическое расстройство, физические недостатки, иное болезненное либо бессознательное состояние, малолетний или престарелый возраст и т.п.) не могло понимать характер и значение совершаемых с ним действий либо оказать сопротивление виновному лицу. При этом лицо, совершая изнасилование либо насильственные действия сексуального характера, должно сознавать, что потерпевшее лицо находится в беспомощном состоянии.

Решая вопрос о том, является ли состояние потерпевшего лица беспомощным, судам следует исходить из имеющихся доказательств по делу, включая соответствующее заключение эксперта, когда для установления психического или физического состояния потерпевшего (потерпевшей) проведение судебной экспертизы является необходимым.

При оценке обстоятельств изнасилования, а также совершения насильственных действий сексуального характера в отношении потерпевшего лица, которое находилось в состоянии опьянения, суды должны исходить из того, что беспомощным состоянием в этих случаях может быть признана лишь такая степень опьянения, вызванного употреблением алкоголя, наркотических средств или других одурманивающих веществ, которая лишала это лицо, например потерпевшую женщину, возможности оказать сопротивление насильнику.

Для признания изнасилования, а также мужеложства, лесбиянства и других насильственных действий сексуального характера, совершенными с использованием беспомощного состояния потерпевшего лица, не имеет значения, было ли оно приведено в такое состояние самим виновным (например, напоил спиртными напитками, дал наркотики, снотворное и т.п.) или находилось в беспомощном состоянии независимо от действий лица, совершившего указанное преступление.

4. При ограничении составов преступлений, предусмотренных статьями 131 или 132 УК РФ, от состава преступления, предусмотренного статьей 134 УК РФ, следует иметь в виду, что уголовная ответственность за

половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста, наступает в случаях, когда половое сношение и иные действия сексуального характера совершены без применения насилия или угрозы его применения, а потерпевшее лицо понимало характер и значение совершаемых действий.

5. Изнасилование и совершение насильственных действий сексуального характера следует считать оконченными соответственно с момента начала полового акта, акта мужеложства, лесбиянства и иных действий сексуального характера, предусмотренных объективной стороной данных составов преступлений, независимо от их завершения и наступивших последствий.

При решении вопроса о том, содержится ли в действиях лица оконченный состав указанных преступлений либо лишь признаки покушения на совершение таких преступных действий, судам следует выяснять, действовало ли лицо с целью совершить изнасилование или насильственные действия сексуального характера, а также явилось ли примененное насилие средством к достижению указанной цели, которая не была осуществлена по независящим от него причинам. При этом необходимо отличать покушение на изнасилование от насильственных действий сексуального характера, а также покушений на преступления, предусмотренные статьями 131 и 132 УК РФ, от оконченных преступлений, подпадающих под иные статьи УК РФ, предусматривающие ответственность за преступления против здоровья, чести и достоинства личности.

6. Покушение на изнасилование или на совершение насильственных действий сексуального характера следует ограничивать от добровольного отказа от совершения указанных действий, исключающего уголовную ответственность лица (статья 31 УК РФ). В этом случае, если лицо осознавало возможность доведения преступных действий до конца, но добровольно и окончательно отказалось от совершения изнасилования или насильственных действий сексуального характера (но не вследствие причин, возникших помимо его воли), содеянное им, независимо от мотивов отказа, квалифицируется по фактически совершенным действиям при условии, что они содержат состав иного преступления.

7. Под другими лицами, указанными в статьях 131 и 132 УК РФ, следует понимать родственников потерпевшего лица, а также лиц, к которым виновное лицо в целях преодоления сопротивления потерпевшей (потерпевшего) применяет насилие либо высказывает угрозу его применения.

8. В тех случаях, когда несколько половых актов либо насильственных действий сексуального характера не прерывались либо прерывались на непродолжительное время и обстоятельства совершения изнасилования или насильственных действий сексуального характера свидетельствовали о

едином умысле виновного лица на совершение указанных тождественных действий, содеянное следует рассматривать как единое продолжаемое преступление, подлежащее квалификации по соответствующим частям статьи 131 или статьи 132 УК РФ.

9. Если умыслом лица охватывается совершение им (в любой последовательности) изнасилования и насильственных действий сексуального характера в отношении одной и той же потерпевшей, содеянное следует оценивать как совокупность преступлений, предусмотренных статьями 131 и 132 УК РФ. При этом для квалификации содеянного не имеет значения, был ли разрыв во времени в ходе совершения в отношении потерпевшей изнасилования и насильственных действий сексуального характера.

В тех случаях, когда в действиях лица содержатся признаки совершения в отношении потерпевшего лица изнасилования или насильственных действий сексуального характера при отягчающих обстоятельствах, содеянное надлежит квалифицировать по соответствующим частям статей 131 и 132 УК РФ.

10. Имея в виду, что совершение преступления группой лиц, группой лиц по предварительному сговору, организованной группой влечет за собой более строгое наказание, при квалификации действий лиц по пункту «б» части 2 статьи 131 или пункту «б» части 2 статьи 132 УК РФ необходимо учитывать положения частей 1, 2 и 3 статьи 35 УК РФ.

Изнасилование и насильственные действия сексуального характера следует признавать совершенными группой лиц (группой лиц по предварительному сговору, организованной группой) не только в тех случаях, когда несколькими лицами подвергается сексуальному насилию одно или несколько потерпевших лиц, но и тогда, когда виновные лица, действуя согласованно и применяя насилие или угрозу его применения в отношении нескольких лиц, затем совершают насильственный половой акт либо насильственные действия сексуального характера с каждым или хотя бы с одним из них.

Групповым изнасилованием или совершением насильственных действий сексуального характера должны признаваться не только действия лиц, непосредственно совершивших насильственный половой акт или насильственные действия сексуального характера, но и действия лиц, содействовавших им путем применения физического или психического насилия к потерпевшему лицу. При этом действия лиц, лично не совершавших насильственного полового акта или насильственных действий сексуального характера, но путем применения насилия содействовавших другим лицам в совершении преступления, следует квалифицировать как соисполнительство в групповом изнасиловании или совершении насильственных действий сексуального характера (часть 2 статьи 33 УК РФ).

Действия лица, непосредственно не вступавшего в половое сношение или не совершавшего действия сексуального характера с потерпевшим лицом и не применявшего к нему физического или психического насилия при совершении указанных действий, а лишь содействовавшего совершению преступления советами, указаниями, предоставлением информации виновному лицу либо устранением препятствий и т.п., надлежит квалифицировать по части 5 статьи 33 УК РФ и, при отсутствии квалифицирующих признаков, по части 1 статьи 131 УК РФ или, соответственно, по части 1 статьи 132 УК РФ.

11. Под угрозой убийством или причинением тяжкого вреда здоровью (пункт «в» части 2 статьи 131 и пункт «в» части 2 статьи 132 УК РФ) следует понимать не только прямые высказывания, в которых выражалось намерение немедленного применения физического насилия к потерпевшему лицу или к другим лицам, но и такие угрожающие действия виновного, как, например, демонстрация оружия или предметов, которые могут быть использованы в качестве оружия (нож, бритва, топор и т.п.).

Ответственность за изнасилование или совершение насильственных действий сексуального характера с применением угрозы убийством или причинением тяжкого вреда здоровью наступает лишь в случаях, если такая угроза явилась средством преодоления сопротивления потерпевшего лица и имелись основания опасаться осуществления этой угрозы. При этом указанные действия охватываются диспозицией пункта «в» части 2 статьи 131 и пункта «в» части 2 статьи 132 УК РФ и дополнительной квалификации по статье 119 УК РФ не требуют.

Если угроза убийством или причинением тяжкого вреда здоровью была выражена после изнасилования или совершения насильственных действий сексуального характера с той целью, например, чтобы потерпевшее лицо никому не сообщило о случившемся, действия виновного лица при отсутствии квалифицирующих обстоятельств подлежат квалификации по статье 119 УК РФ и по совокупности с частью 1 статьи 131 УК РФ либо соответственно с частью 1 статьи 132 УК РФ.

12. Изнасилование или насильственные действия сексуального характера следует признавать совершенными с особой жестокостью, если в процессе этих действий потерпевшему лицу или другим лицам умышленно причинены физические или нравственные мучения и страдания. Особая жестокость может выражаться в издевательствах и глумлении над потерпевшим лицом, истязании в процессе изнасилования, в причинении телесных повреждений, в совершении изнасилования или насильственных действий сексуального характера в присутствии родных или близких потерпевшего лица, а также в способе подавления сопротивления, вызывающем тяжелые физические либо нравственные мучения и страдания самого потерпевшего

лица или других лиц. При этом суду следует иметь в виду, что при квалификации таких действий по признаку особой жестокости необходимо устанавливать умысел виновного лица на причинение потерпевшим лицам особых мучений и страданий.

13. Ответственность по пункту «г» части 2 статьи 131 УК РФ и по пункту «г» части 2 статьи 132 УК РФ наступает в случаях, когда лицо, заразившее потерпевшее лицо венерическим заболеванием, знало о наличии у него этого заболевания, предвидело возможность или неизбежность заражения потерпевшего лица и желало или допускало такое заражение. При этом дополнительной квалификации по статье 121 УК РФ не требуется.

Действия виновного подлежат квалификации по пункту «б» части 3 статьи 131 и пункту «б» части 3 статьи 132 УК РФ как при неосторожном, так и при умышленном заражении потерпевшего лица ВИЧ-инфекцией.

14. Судам следует исходить из того, что ответственность за совершение изнасилования или насильственных действий сексуального характера в отношении заведомо несовершеннолетнего лица либо не достигшего четырнадцатилетнего возраста наступает лишь в случаях, когда виновное лицо достоверно знало о возрасте потерпевшего лица (являлось родственником, знакомым, соседом) или когда внешний облик потерпевшего лица явно свидетельствовал, например, о его возрасте.

Добросовестное заблуждение, возникшее на основании того, что возраст потерпевшего лица приближается к 18-летию или в силу акселерации оно выглядит взрослее своего возраста, исключает вменение виновному лицу данного квалифицирующего признака.

15. Применение насилия при изнасиловании и совершении насильственных действий сексуального характера, в результате которого такими действиями потерпевшему лицу причиняется легкий или средней тяжести вред здоровью, охватывается диспозициями статей 131 и 132 УК РФ.

Если при изнасиловании или совершении насильственных действий сексуального характера либо покушении на них потерпевшему лицу умышленно причиняется тяжкий вред здоровью, действия виновного лица квалифицируются по соответствующей части статьи 131 или статьи 132 УК РФ и по совокупности с преступлением, предусмотренным статьей 111 УК РФ.

Неосторожное причинение тяжкого вреда здоровью потерпевшего лица при совершении изнасилования или насильственных действий сексуального характера охватывается, соответственно, пунктом «б» части 3 статьи 131 или пунктом «б» части 3 статьи 132 УК РФ и дополнительной квалификации по другим статьям УК РФ не требует.

Действия лица, умышленно причинившего в процессе изнасилования или совершения насильственных действий сексуального характера тяжкий вред здоровью потерпевшего лица, что повлекло по неосторожности его

смерть, при отсутствии других квалифицирующих признаков следует квалифицировать по совокупности преступлений, предусмотренных частью 1 статьи 131 или частью 1 статьи 132 УК РФ и частью 4 статьи 111 УК РФ.

16. При совершении убийства в процессе изнасилования или насильственных действий сексуального характера содеянное виновным лицом подлежит квалификации по совокупности преступлений, предусмотренных пунктом «к» части 2 статьи 105 УК РФ и частью 1 статьи 131 или частью 1 статьи 132 УК РФ, либо по соответствующим частям этих статей, если изнасилование или насильственные действия сексуального характера совершены, например, в отношении несовершеннолетнего лица или не достигшего четырнадцатилетнего возраста либо группой лиц, группой лиц по предварительному сговору или организованной группой.

Если убийство совершено после окончания изнасилования или насильственных действий сексуального характера либо покушений на них в целях сокрытия совершенного преступления, либо по мотивам мести за оказанное сопротивление, содеянное виновным лицом следует квалифицировать по совокупности преступлений, предусмотренных пунктом «к» части 2 статьи 105 УК РФ и соответствующими частями статьи 131 или статьи 132 УК РФ либо частью 3 статьи 30 УК РФ и соответствующими частями статей 131 и 132 УК РФ.

17. К «иным тяжким последствиям» изнасилования или насильственных действий сексуального характера, предусмотренным пунктом «б» части 3 статьи 131 и пунктом «б» части 3 статьи 132 УК РФ, следует относить последствия, которые не связаны с причинением по неосторожности тяжкого вреда здоровью потерпевшего лица либо заражением его ВИЧ-инфекцией. Таковым может быть признано, например, самоубийство потерпевшей.

18. При рассмотрении дел по обвинению лиц, не достигших совершеннолетия, в преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности судам следует учитывать, что в соответствии со статьей 20 УК РФ лица в возрасте от 14 до 16 лет подлежат ответственности только за изнасилование и совершение насильственных действий сексуального характера.

При решении вопроса об уголовной ответственности лиц, достигших шестнадцатилетнего возраста, за посядание к действиям сексуального характера (статья 133 УК РФ), а также за развратные действия в отношении лица, заведомо не достигшего шестнадцатилетнего возраста (статья 135 УК РФ), необходимо учитывать, что закон в указанных случаях направлен на охрану нормального развития обоих несовершеннолетних. Исходя из этого, суд должен учитывать возраст обоих несовершеннолетних, данные, характеризующие их личности, степень тяжести наступивших последствий и иные обстоятельства дела.

19. Судам надлежит выполнять требования закона (статья 60 УК РФ) о назначении виновным справедливого наказания в пределах, предусмотренных санкциями соответствующих статей Уголовного кодекса Российской Федерации, с учетом характера и степени общественной опасности совершенного преступления, их личности, обстоятельств дела, смягчающих и отягчающих наказание, предшествовавших преступлению отношений потерпевшего лица с виновным, а также влияния назначенного наказания на исправление осужденного и на условия жизни его семьи.

20. Рекомендовать судам, учитывая специфику дел о преступлениях, предусмотренных статьями 131 и 132 УК РФ, устранять все вопросы, не имеющие отношения к делу и унижающие честь и достоинство потерпевшего лица, своевременно пресекать нетактичное поведение отдельных участников судебного разбирательства.

21. В связи с принятием настоящего Постановления признать утратившим силу Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 22 апреля 1992 г. № 4 «О судебной практике по делам об изнасиловании» в редакции Постановления Пленума от 21 декабря 1993 г. № 11.

Председатель Верховного Суда Российской Федерации

В. Лебедев

Секретарь Пленума,

судья Верховного Суда Российской Федерации

В. Демидов

1.2. Статья 132. Насильственные действия сексуального характера

1. Мужеложство, лесбиянство или иные действия сексуального характера с применением насилия или с угрозой его применения к потерпевшему (потерпевшей) или к другим лицам либо с использованием беспомощного состояния потерпевшего (потерпевшей) — наказываются...

2. Те же деяния:

а) совершенные неоднократно или лицом, ранее совершившим изнасилование (отменена 08.12.2003 г.);

б) совершенные группой лиц, группой лиц по предварительному сговору или организованной группой;

в) соединенные с угрозой убийством или причинением тяжкого вреда здоровью, а также совершенные с особой жестокостью по отношению к потерпевшему (потерпевшей) или к другим лицам;

г) повлекшие заражение потерпевшего (потерпевшей) венерическим заболеванием;

д) совершенные в отношении заведомо несовершеннолетнего (не-совершеннолетней), — наказываются...

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, если они:

а) повлекли по неосторожности смерть потерпевшего (потерпевшей);

б) повлекли по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью потерпевшего (потерпевшей), заражение его (ее) ВИЧ-инфекцией или иные тяжкие последствия;

в) совершены в отношении лица, заведомо не достигшего четырнадцати лет, — наказываются...

* * *

Данная статья обеспечивает равную защиту половой свободы и половой неприкосновенности граждан обоих полов, позволяет преследовать преступника любого пола при совершении им каких-либо насильственных действий сексуального характера, кроме пенильно-вагинального контакта. Субъектом преступления может быть лицо мужского или женского пола, достигшее 14 лет. Объективную сторону этого преступления составляют насильственные действия сексуального характера, не являющиеся изнасилованием, т. е. не сопровождающиеся введением мужского полового члена в женское влагалище (насильственные мужеложство, лесбиянство, иное разнообразие насильственных сексуальных действий). При этом не только лицо женского пола, но и мужского может являться соисполнителем преступления при совершении акта лесбиянства, а лицо женского пола, как и лицо мужского пола, может быть соисполнителем при совершении насильственного акта мужеложства. Но следует помнить, что насильственные действия сексуального характера заключаются не только в совершении актов мужеложства или лесбиянства, разнообразие форм полового поведения и сексуальных действий велико.

Следует обратить внимание, что общественная опасность преступления заключается именно в применении насилия, а не в так называемой «извращенности», «противоестественности», понимаемой, как правило, широкой общественностью и многими юристами субъективно и ненаучно. В некоторых диссертационных работах юристов и медиков [21, 40] отмечаются как негативные факторы, ведущие к гомосексуальному насилию, декриминализация добровольных гомосексуальных контактов, «чрезмерная (!) раскрепощенность сексуальных отношений вследствие демократизации общест-

ва» и т.п. нелепости. Подобные мнения основаны лишь на эмоциональном отвержении авторами всего того, что выходит за пределы их обывательских или религиозно-социальных стереотипов, научно не обоснованы. Составные элементы этих мнений, и даже целые высказывания с оценочными категориями выходят за пределы компетенции специалистов соответствующих профилей. Однако тенденциозность подобных высказываний настораживает.

Заметим также, что вне изолированных и закрытых однополых коллективов преобладает гетеросексуальное насилие, а случаи гомосексуального насилия весьма редки. Гомосексуальное насилие распространено, в основном, в местах лишения свободы, в армии, в культурах бедности, при этом насильники обычно считают себя гетеросексуалами, исполняющими мужскую роль. Тенденция «привязывания» ст. 132 к гомосексуальности в корне неверна. При этом традиционно упускается из поля зрения сексуальная преступность со стороны женщин. Общественная опасность таится как раз в ненаучном, обывательском и субъективно-примитивном понимании разнообразия проявлений сексуальной стороны жизнедеятельности людей.

Тем не менее, Уголовные кодексы многих стран содержат нормы, предусматривающие ответственность людей либо за добровольные гомосексуальные отношения (Бахрейн, Бирма, Босния и Герцеговина, Бруней, Гайяна, Гибралтар, Индия, Маврикий, Мавритания, Оман, Пакистан, Пуэрто-Рико, Румыния, Свазиленд, Сингапур, Тунис, Чили, Ямайка), либо за «противоестественность» сексуальных действий, при этом явно подразумевается гомосексуальность этих действий. Например, УК Украины содержит статью 153 — «Насильственное удовлетворение полового влечения противоестественным способом». Ее три части гласят:

1. Удовлетворение полового влечения противоестественным способом с использованием физического насилия, угрозы его применения или с использованием беспомощного состояния потерпевшего лица, — наказывается...

2. Те же действия, совершенные повторно или группой лиц, или лицом, которое совершило ранее любое из преступлений, предусмотренных статьями 152 или 154 настоящего Кодекса, а также совершенные в отношении несовершеннолетней или несовершеннолетнего, — наказываются...

3. Те же действия, совершенные в отношении малолетнего или малолетней, если они причинили особо тяжкие последствия, — наказываются...

* * *

Депутаты Государственной Думы РФ недавно муссировали вопрос о возврате России в прошлое — об уголовном наказании за добровольное мужеложство, явно не понимая терминологию, отождествляя мужеложство с гомосексуализмом, однако, даже не все геи прибегают к анально-генитальным контактам. В этом желании некоторых депутатов наблюдаются не только явный сексизм (сродни расизму и ксенофобии) и гомофобия (психологический комплекс, присущий латентным гомосексуалам), но и дискриминация по признаку половой принадлежности (а почему наказания должны касаться только лиц мужского пола?). Если же наказывать людей за все формы добровольных гомосексуальных взаимодействий, то где взять тюрьмы и лагерные бараки минимум для четверти населения РФ?

К терминологии. Понятие «мужеложство» пришло к нам из церковного права Древней Руси. Под мужеложством *всегда* понималось (до Постановления Пленума ВС РФ от № 11 от 15.06.2004 г.) половое сношение мужчины с мужчиной, при котором половой член активного партнера вводится в заднепроходное отверстие (прямую кишку) пассивного партнера. Иные формы сексуальных взаимодействий двух мужчин (взаимная мастурбация, ласки, фелляция, анилингус и пр.) мужеложством в принципе не являются, что было отмечено даже в комментарии к УК РСФСР (такие действия в старину определяли термином «мужеблудие»), однако ответственность за них наступает в соответствии со ст. 132, если имелось применение насилия, угрозы или использовалось беспомощное состояние жертвы.

Практически во всех учебниках и руководствах по судебной медицине представлена следующая схема воззрений авторов: «мужеложство, т. е. мужской гомосексуализм — половое извращение»; «лесбиянство, т. е. женский гомосексуализм — половое извращение». Таким образом, отождествляются совершенно различные понятия: «мужеложство» и «гомосексуализм», что не может быть признано верным, так как мужеложство является конкретным действием, а гомосексуа-

лизм — явлением. Далеко не все влечения людей выливаются в адекватные влечениям действия.

Мировая медицинская общественность впервые признала гомосексуальность вполне естественным явлением в 1973–1974 г.г., сначала в DSM-III, затем и в Международной статистической классификации болезней (МКБ), регулярно пересматриваемой Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ). Действующая ныне МКБ-10 [31] не содержит такой психической патологии, такого «сексуального извращения», как гомосексуализм или бисексуальность. Там записано, что «Сама по себе сексуальная ориентация не рассматривается как расстройство». То есть, сексуальная ориентация сама по себе не является признаком психической патологии. К патологии относится только невроз — эгодистонное состояние по поводу своей сексуальной ориентации, развивающийся в результате фрустрации из-за того, что естественная гомосексуальная ориентация человека входит в противоречие с социальными требованиями, берущими начало в религиозных воззрениях.

Таким образом, без учета сакральных воззрений (а РФ является светским государством), исходя из МКБ-10, гомосексуальные взаимодействия партнеров не являются противоестественными, их нельзя рассматривать как «половое извращение». Для парафилий (извращений половых чувств, или половых извращений) характерен симптомокомплекс, позволяющий диагностировать патологию психики, составлять психологический проспективный портрет сексуального насильника и убийцы, отличать серийные сексуальные убийства по их «авторам». Чтобы различать медицинскую патологию от отсутствия таковой, необходимо знать критерии парафилий (см. ниже).

Лесбиянство (в УК РФ данный термин не определен) — проявления женских гомосексуальных потребностей. Лесбиянство может выражаться в случаях добровольности, без насилия в различных действиях: во взаимных ласках, взаимной мастурбации, взаимном куннилингусе или анилингусе, трибадии (т. е. взаимном трении половых органов партнеров женского пола о половые органы друг друга), имитации полового акта фрикциями (возвратно-поступательными движениями) фиксированного к играющей активную роль женщине искусственного полового члена, иных способах ис-

пользования фаллоимитатора. В случаях насилия элементы взаимности могут отсутствовать или быть недобровольными.

Преступление считается оконченным при фактическом начале того или иного сексуального действия. Например, введение головки полового члена в задний проход или в рот, начало насильственной мастурбации жертвы, куннилингуса, анилингуса, трибадии и т.п. позволяет считать преступление оконченным. С остальными, не перечисленными здесь действиями, все обстоит гораздо сложнее, к таким случаям надо подходить индивидуально с обязательной предварительной письменной консультацией со специалистами соответствующих профилей. Например, мастурбация при наблюдении физического истязания жертвы другими лицами по заказу мастурбирующего лица надо считать оконченным преступлением с начала физической мастурбации. Приготовления к такому действию, но не завершившемуся мастурбаторным актом, надо расценивать лишь как покушение на совершение насильственных действий сексуального характера, и т.д., по аналогии.

Мнение Пленума Верховного Суда РФ (2004), что под мужеложством следует понимать «сексуальные контакты» (вероятно, имеются в виду все формы сексуальных контактов; в том числе объятия и поцелуи?!) между мужчинами, а под лесбиянством — все формы сексуальных контактов между женщинами, является неграмотным с сексологической и исторической точек зрения.

Садомазохистские сексуальные действия, совершенные по взаимному добровольному согласию партнеров в БДСМ-отношениях, квалификации по ст. 132 УК не подлежат; а в случаях причинения при таких действиях тяжкого вреда здоровью по неосторожности ответственность наступит в соответствии со ст. 118 УК РФ. Понятия «насилие», «беспомощное состояние», «венерические заболзания» рассмотрены выше. Квалифицирующие признаки данного преступления идентичны соответствующим признакам ст. 131 (см. комментарий к ст. 131).

1.3. Статья 133. Понуждение к действиям сексуального характера

Понуждение лица к половому сношению, мужеложству, лесбиянству или совершению иных действий сексуального характера путем шантажа, угрозы уничтожением, повреждением или изъятием имущества

либо с использованием материальной или иной зависимости потерпевшего (потерпевшей) — наказывается...

* * *

Понуждением является психическое воздействие на потерпевшего с целью добиться его согласия на вступление в единичное половое сношение или сожительство, а равно на удовлетворение половой страсти путем мужеложства, лесбиянства или совершения иных действий сексуального характера с помощью какого-либо из указанных в диспозиции ст. 133 УК способов. Не имеет значения, когда субъект преступления намеревается выполнить свою угрозу причинения вреда имущественным интересам жертвы, немедленно после получения отказа или спустя некоторое время). Угроза убийством или причинением тяжкого вреда здоровью без продолжения действий сексуального характера, кроме высказывания понуждения, квалифицируется по совокупности ст. 119 и 133 УК РФ. При этом не имеет значения, намеревался ли виновный реализовать свою угрозу убийством или причинением тяжкого вреда здоровью.

Объективной стороной данного преступления является противоправное понуждение человека любого пола и любого возраста к совершению любых сексуальных действий. Для квалификации содеянного как преступления понуждение к действиям сексуального характера должно быть высказано непосредственно потерпевшему лицу, а не передано в виде пожелания через кого-то, или путем оказания давления на кого-то, например, супруга, родственника в условиях их служебной зависимости или при других обстоятельствах. Однако, если какое-либо лицо, испытавшее оказанное на него давление, например, по службе, высказало понуждение к действиям сексуального характера с лицом, оказавшим на него давление, понуждающий и подстрекатель несут уголовную ответственность по ст. 133 как соучастники (ст. 33 УК РФ).

Открытое предложение лица вступить с ним в половую связь или совершить иные действия сексуального характера, которое может субъективно восприниматься как грубым, циничным, непристойным, но без шантажа, угрозы или зависимости преступлением не является. Преподнесение подарков, предоставления льгот с намека-

ми на желательность сексуальных взаимодействий преступлением также не являются.

Материальная зависимость может выразиться нахождением на иждивении, проживанием на жилплощади виновного без возможности съезда с этой жилплощади, а также в отношениях должника и кредитора, подчиненного и начальника.

Иная зависимость — понятие широкое, охватывающее разнообразие зависимых отношений. Например, гражданина — от должностного лица; воспитанников детских домов и домов-интернатов — от воспитателей; преподавателей, ученика (ученицы) — от учителя (учительницы); спортсмена (спортсменки) — от тренера; студента или студентки — от преподавателя и т.д.

В качестве субъекта преступления может выступать лицо мужского или женского пола, достигшее 16-летнего возраста. Понуждающее лицо способно действовать не только в своих интересах, но и в интересах третьего лица. Преступление является окончанным с момента выражения понуждения, поэтому наличие полового сношения или иных, реально выполненных сексуальных действий не обязательно. Лишь в некоторых случаях важно установить факт бывшего полового сношения, иных сексуальных взаимодействий, наличия телесных повреждений, вещественных доказательств биологического происхождения (выделений субъекта и объекта преступления); в остальных — все решают следственно-оперативные мероприятия.

Преступление характеризуется чрезвычайной латентностью; так, в 1990-х годах по стране ежегодно регистрировалось менее 20 дел, связанных с заявлениями о сексуальных понуждениях [2]. По нашим данным, около 5 % лиц женского пола подвергаются в юном возрасте противоправным половым понуждениям, примерно треть из них удовлетворила сексуальные претензии понуждавших.

Пример 1:

Гражданка М. 24 лет — медицинская сестра хирургического отделения ЦРБ некоторое время вступала в половую связь с гражданином Т. — заведующим хирургическим отделением ЦРБ, где работала гр-ка М., так как он в противном случае угрожал ей увольнением, лишением премий и возможности дополнительного заработка. Гр-ка М., воспитывая одна двоих детей, зависела от него материально. В связи с унижительностью своего положения гр-ка

М. перестала ходить на работу, но правоохранительным органам о своем положении не заявляла.

Пример 2:

Врач-венеролог неоднократно предлагал излеченным больным вступать с ним в половые контакты, угрожая в противном случае обнародованием позорящих их сведений относительно бывшего венерического заболевания и половых связей.

1.4. Статья 134. Половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста

Половое сношение, мужеложство или лесбиянство, совершенное лицом, достигшим восемнадцатилетнего возраста, с лицом, заведомо не достигшим шестнадцати лет, — наказываются...

* * *

Из диспозиции статьи вытекает, что объективная сторона преступления включает в себя добровольное половое сношение совершеннолетнего с лицом мужского или женского пола, не достигшим 16-летнего возраста. Субъектом преступления может быть лицо мужского или женского пола, достигшее 18-летнего возраста. Субъективная сторона преступления характеризуется прямым умыслом, при этом виновное лицо должно знать, что совершает половой акт, акт мужеложства или лесбиянства с лицом, не достигшим 16-летнего возраста, или явно это осознавать, исходя из соматосексуального развития потерпевшего (потерпевшей). Представляется целесообразным назначение судебно-медицинской экспертизы для установления соответствия или несоответствия общего физического и соматосексуального развития объекта преступления его календарному возрасту.

Статья 134 УК РФ заменила собой ст. 119 УК РСФСР — «Половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости» [16]. Однако в некоторых государствах СНГ до сих пор имеются аналогичные статьи, например, ст. 155 УК Украины так и называется «Половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости». При этом подразумевается всегда только достижение соматической зрелости, без учета психосексуального развития. Даже только поэтому необходимо продолжение изучения данного аспекта и включение вопросов.

связанных с достижением половой зрелости, в учебные программы по судебной медицине.

Но не стоит упрощенно подходить к разрешению вопроса о достижении половой зрелости, тем более, используя устаревшие общесоюзные «Правила судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы» (1966 г.), которые легли в основу Приказа № 6 МОЗ Украины от 17.01.1995 г. Использование этих «Правил...» в СССР было большой ошибкой, так как указанные «Правила...» не учитывали расовых, этнических, региональных и эволюционных особенностей полового созревания. Они были разработаны на основе антропометрических данных, полученных в середине XX века в одном регионе страны от европеоидов, с преобладанием в это время в обществе представителей крестьянства, переселившихся в течение короткого исторического времени в городские условия. То, что было характерно для представителей одного общества середины XX века, не может быть полностью характерным для представителей других обществ; несомненно наличие расовых и региональных различий, закрепленных на генетическом уровне.

Для грамотного установления достижения или недостижения соматической половой зрелости необходимо повсеместное проведение антропометрических исследований с учетом расовых и региональных особенностей. Большим «белым пятном» в судебной медицине до сих пор остается изучение вопросов полового созревания мальчиков — представителей различных рас с учетом соматотипов. Препятствием к этому в нашей стране является реальная опасность быть обвиненным в педофилии и развратных действиях. Гинекологам в этом плане много проще, вот почему созревание девочек хорошо изучено, но, опять-таки, без учета расовых различий и соматотипов.

Однако Приказом МЗ РФ № 566 от 25.11.2003 г. «Об охране репродуктивного здоровья мальчиков и юношей-подростков» утверждено Положение об организации деятельности уроandroлогических кабинетов в детских поликлиниках, которое предусматривает и научно-исследовательскую деятельность, которая в принципе может многое дать судебным медикам не только по вопросам полового созревания, но и по установлению возраста на основе антропометрических данных. Экспертиза возраста мальчиков имеет важное криминалистическое значение в некоторых ситуациях.

Во многих странах достижение половой зрелости связывается с достижением определенного возраста, при этом так называемый «возраст согласия» на добровольные сексуальные взаимоотношения в различных странах существенно отличается, он преимущественно находится в диапазоне 14–16 лет; самый низкий возраст согласия на сексуальную активность в некоторых странах — 12 лет, самый высокий — 18 лет. Есть общества и страны, в которых вовсе не существует запрета на сексуальные взаимодействия взрослых с детьми. Более того, такие действия в этих обществах считаются необходимыми, так как играют определенную социальную роль, обязательны при осуществлении культовых обрядов, например обрядов инициации.

Еще в начале XX века в ряде европейских государств можно было выдавать девочек замуж с 10-летнего возраста, но в последнее время отметилась тенденция к повышению «возраста согласия» в результате нового усиления пуританских влияний. Здесь будет интересно ознакомиться со следующими данными по так называемому «возрасту согласия» на сексуальную активность и брачному возрасту, установленному в различных странах мира (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная таблица возрастов «согласия»
на сексуальную активность и брачного возраста
в различных странах мира, лет

Страна	Возраст согласия	Брачный возраст
1. Австралия		
Федеральный закон	16	18
штат Квинсленд	16, а для гомосекс. — 18	18
штат Виктория	16	18
штат Тасмания	17, но если разница партнеров не более 5 лет — 15, если не более 3 лет — 12	18
2. Австрия	14	18
3. Азербайджан	Фактически 16	17 для женщин и 18 для мужчин
4. Алжир	Фактически 14	16 для женщин и 18 для мужчин
5. Англия	16	16
6. Аргентина	15	21

Страна	Возраст согласия	Брачный возраст
7. Армения	16	17 для женщин и 18 для мужчин
8. Багамские острова	16	18
9. Бахрейн	Только в браке	21, с согласия отца – 15
10. Белоруссия	18	18
11. Бельгия	16	18
12. Болгария	14	?
13. Боливия	14 для девочек и 16 для мальчиков	16
14. Босния и Герцеговина	14	18
15. Ботсвана	14	?
16. Бразилия	Для мальчиков – 14 лет, для девочек – после менархе, но когда организм «созрел»	21
17. Бруней	16	18 (в редких случаях – 13)
18. Буркина-Фасо	13	?
19. Бурунди	Не фиксирован, зависит от региональных обычаев	18 для женщин и 21 для мужчин
20. Великобритания	16, а для гомосекс. – 18	16
21. Венгрия	14	18
22. Внесуэла	Фактически 16	18 (с разрешения – 14 для девочек и 16 для мальчиков)
23. Вьетнам	Не фиксирован	?
24. Гана	Не фиксирован	?
25. Гайана	13	18
26. Гваделупа	15	?
27. Гватемала	14 для девочек и 16 для мальчиков	18
28. Гвинея	13	?
29. Гвинея	15	17 для женщин и 18 для мужчин
30. Германия	14	18
31. Гибралтар	16	18
32. Гондурас	15	21
33. Гонконг	Фактически 16, а для гомосекс. – 21	21
34. Греция	15, а для гомосекс. – 17	18

Страна	Возраст согласия	Брачный возраст
35. Грузия	14, а для гомосекс. – 16	18
36. Дания	15	18
37. Джибути	18	18
38. Доминика	16	18
39. Доминиканская республика	16	18
40. Египет	18	16
41. Заир	Не фиксирован	?
42. Зап. Самоа	Не фиксирован	?
43. Зимбабве	12	?
44. Израиль	16, а для гомосекс. – 21	17
45. Индия	18	18 для мужчин и 21 для женщин
46. Индонезия	16 для женщин и 19 для мужчин	15 для женщин и 18 для мужчин
47. Ирландия	17	18
48. Исландия	14	18
49. Испания	12, в проекте – 13	16–18
50. Италия	14	16–18
51. Йемен	Не фиксирован	?
52. Казахстан	16	18
53. Камбоджа	16	18 для женщин и 20 для мужчин
54. Канада	14, анальные контакты с 18	18
55. Кения	Фактически 16 для девочек и 12 для мальчиков	21
56. Катар	Не фиксирован	?
57. Кипр	16	18
58. Китай	14	20 для женщин и 22 для мужчин
59. Колумбия	12 для девочек и 14 для мальчиков	14 для женщин и 16 для мужчин
60. Коста-Рика	15	?
61. Кот-д'Ивуар	15	21
62. Косово	14	?
63. Куба	Около 14–16	18
64. Латвия	16	18
65. Лесото	14 для мужчин и 16 для женщин	16 для женщин и 18 для мужчин

Страна	Возраст согласия	Брачный возраст
66. Ливан	15	15 для женщин и 18 для мужчин
67. Литва	Не фиксирован, фактически 16 лет или при достижении половой зрелости	18
68. Лихтенштейн	14, но разница партнеров не должна превышать 3 года.	18
69. Маврикий	Не фиксирован, фактически 16 лет	18
70. Мавритания	16	21
71. Макао	16	18
72. Мальта	Фактически 12	16
73. Марокко	15	?
74. Мексика	Фактически 14-16	14 для женщин и 16 для мужчин
75. Молдова	16	18
76. Монако	15	21
77. Монголия	16	18
78. Мьянма (Бирма)	Не фиксирован, фактически 18 лет	20
79. Намибия	16	15 для женщин и 18 для мужчин
80. Нигерия	13	?
81. Нидерланды	16	18
82. Никарагуа	Не фиксирован	?
83. Новая Каледония	15	?
84. Норвегия	16	18
85. Оман	Только в браке с 18 лет	18
86. Острова Кука	Не фиксирован	?
87. Пакистан	16 для женщин и 18 для мужчин	14 для женщин и 18 для мужчин
88. Панама	12	?
89. Парагвай	Не фиксирован	?
90. Перу	16	16-18
91. Польша	15	18 для женщин и 21 для мужчин
92. Португалия	18, фактически 16	18
93. Пуэрто-Рико	14	16
94. РФ	16	18
95. Румыния	14	16

Страна	Возраст согласия	Брачный возраст
96. Сальвадор	16	?
97. Сан-Марино	14	?
98. Саудовская Аравия	Только в браке	?
99. Свазиленд	12 для девочек и 14 для мальчиков	18-21
100. Сенегал	16	?
101. Сербия	14	18
102. Сингапур	16	18
103. Сирия	13	17
104. Словакия	15	18
105. Словения	15	18
106. Соломоновы острова	Не фиксирован	?
107. США	Федеральный – 16 лет. В штатах: Айова – 14 лет; Гавайские о-ва – 14; Колорадо – 15; Миссури – 14; Новая Мексика – 13; Пенсильвания – 14; Южная Каролина – 14	16-21, зависит от законов штатов
108. Таиланд	Фактически 13	17
109. Танзания	18, но в браке 15	18-21
110. Того	14	?
111. Тринидад и Тобаго	16	16-18, но с разрешения возможно и раньше: 12 для девочек – мусульманок, 14 для девочек – индусок
112. Тунис	20	17 для женщин и 20 для мужчин, но с разрешения судьи 13
113. Турция	Фактически 15	15 для женщин и 17 для мужчин
114. Узбекистан	16	17
115. Украина	При достижении половой зрелости	17 для женщин и 18 для мужчин
116. Уругвай	Не фиксирован	?
117. Фаросские о-ва	15	?
118. Филиппины	Фактически 12	?
119. Финляндия	16	18

Страна	Возраст согласия	Брачный возраст
120. Франция	15	15 для женщин и 18 для мужчин
121. Французская Гвиана	15	18
122. Французская Полинезия	15	18
123. Хорватия	14	18
124. Чехия	15	18
125. Черногория	14	18
126. Чили	12	12–14 с разрешения
127. Швейцария	16	18
128. Швеция	15	18
129. Эквадор	Не фиксирован, примерно 12–14 по внешним признакам созревания	16–18
130. Эстония	14	18
131. Эфиопия	15	?
132. Южная Корея	13	?
133. Ямайка	18	18
134. Япония	13	16 для женщин и 18 для мужчин
135. Люксембург	16	18
136. Новая Зеландия	16	18
137. Фиджи	Фактически 12	?
138. Шри-Ланка	16	18

Примечание:

1) брачный возраст во многих странах может быть снижен, если для этого есть особые обстоятельства, согласие родителей или только одного отца, иногда требуется согласие священника, решение суда;

2) ввиду изменения законов некоторые сведения могут устаревать.

Здесь будет интересно ознакомиться и со следующей таблицей (табл. 2).

**Страны, в которых есть уголовное наказание
за добровольные гомосексуальные контакты, скотоложство,
инцест, хранение детской порнографии**

Страна	Доброволь- ные гомо- сексуальные отношения	Ското- ложство	Хранение детской порногра- фии	Инцист без сблинг- инцеста	Сблинг- инцест
1. Австралия	-	+	+	+	+
2. Австрия	-	-	+	+	+
3. Албания	-	-	-	+	+
4. Андорра	-	-	-	+	-
5. Багамы	-	+	-	+	+
6. Бахрейн	+	-	-	+	-
7. Бельгия	-	-	+	-	-
8. Бирма	+	+	+	-	-
9. Босния и Герцеговина	+	-	-	+	+
10. Ботсвана	-	-	-	+	+
11. Бруней	+	+	-	+	+
12. Великобритания	-	+	+	+	+
13. Венгрия	-	-	+	+	+
14. Гайана	+	-	-	+	+
15. Гватемала	-	-	-	+	-
16. Германия	-	-	-	+	+
17. Гибралтар	+	-	-	+	-
18. Гондурас	-	-	-	+	+
19. Гонконг	-	-	-	+	+
20. Греция	-	-	-	+	+
21. Дания	-	-	+	-	-
22. Доминиканская республика	-	-	-	+	+
23. Израиль	-	-	+	-	-
24. Индия	+	+	+	-	-
25. Индонезия	-	-	+	+	+
26. Ирландия	-	-	+	+	+
27. Исландия	-	-	+	+	+
28. Испания	-	-	-	+	+
29. Италия	-	-	+	-	-
30. Канада	-	-	+	+	-
31. Кения	-	-	+	+	+
32. Кипр	-	-	-	+	+
33. Коста-Рика	-	-	-	+	+
34. Куба	-	-	-	+	+

Страна	Добровольные гомосексуальные отношения	Скотовложество	Хранение детской порнографии	Инцест без сиблингинцеста	Сиблингинцест
35. Латвия	-	-	+	-	-
36. Лесото	?	-	-	+	?
37. Ливан	-	-	+	-	-
38. Лихтенштейн	-	-	+	+	?
39. Люксембург	-	-	+	-	-
40. Маврикий	+	-	-	-	-
41. Мавритания	+	-	-	+	+
42. Мексика	-	-	-	+	+
43. Монако	-	-	-	+	-
44. Нидерланды	-	-	+	-	-
45. Новая Зеландия	-	-	+	+	+
46. Норвегия	-	-	+	+	+
47. Оман	+	-	+	?	?
48. Пакистан	+	-	-	-	-
49. Перу	-	-	+	-	-
50. Польша	-	-	-	+	+
51. Пуэрто-Рико	+	-	-	+	-
52. Румыния	+	-	-	-	-
53. Свазиленд	+	-	-	+	+
54. Сингапур	+	+	-	+	+
55. США	-	-	+	-	-
56. Таиланд	-	-	+	-	-
57. Тринидад и Тобаго	+	+	-	+	+
58. Тунис	+	-	-	+	-
59. Фиджи	-	-	+	-	-
60. Финляндия	-	-	+	+	+
61. Франция	-	-	+	-	-
62. Хорватия	-	-	-	+	+
63. Чехия	-	-	-	+	+
64. Чили	+	-	-	+	+
65. Швеция	-	-	+	+	+
66. Шри-Ланка	-	-	+	+	+
67. Эстония	-	-	+	-	-
68. Ямайка	+	-	-	+	+

Примечание:

1) всего рассмотрены законы 138 стран, в остальных странах наказания за указанные действия отсутствуют;

2) ввиду изменения законов некоторые сведения могут устаревать.

В России до 1996 года формально был установлен 18-летний возраст согласия, но фактически нельзя было иметь полового сношения лишь с лицом, не достигшим половой зрелости. Достижение половой зрелости не исключалось и в возрасте 14–15 лет, но для установления достижения половой зрелости необходимо было проведение судебно-медицинской экспертизы в рамках возбужденного уголовного дела в случаях половых сношений совершеннолетнего лица с несовершеннолетним (ст. 119 УК РСФСР), при этом, как правило, фактически наказание касалось лишь мужчин. В настоящее время наказание за половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости, с проведением соответствующей судебно-медицинской экспертизы, до сих пор сохранилось в некоторых государствах бывшего СССР.

В соответствии со ст. 120 УК РСФСР (1960), предусматривавшей наказание до трех лет лишения свободы, демонстрация несовершеннолетнему лицу (т. е. не достигшему 18 лет!) половых органов, осуществление с ним каких-либо добровольных сексуальных действий, в принципе необходимых для половой социализации, ранее квалифицировались как развратные действия. Иначе, как абсурдом это назвать нельзя.

С принятием нового УК РФ в 1996 году был установлен возраст согласия — 16 лет, который в июле 1998 г. понизили до 14 лет. 8 декабря 2003 г. возраст согласия вновь повысили до 16 лет. Сексуальность людей стала козырной картой в политической игре «блюстителей нравственности».

Относительно данного вопроса следует иметь в виду наличие двух сторон: морфофункциональной и социальной. С морфофункциональной точки зрения, 15–16 лет является наиболее подходящим возрастом согласия по следующим соображениям:

- 1) подавляющее большинство девушек, живущих в материально и социально благоприятных условиях, к 16 годам достигает половой зрелости;
- 2) практически все здоровые юноши, живущие в материально и социально благоприятных условиях, к 16 годам являются половозрелыми, способны к репродуктивной функции;
- 3) в гражданских кодексах многих союзных республик бывшего СССР был определен брачный возраст в 16 лет;

4) законы большинства стран разрешают вступление девушек в брак (при условии согласия родителей, властей и священников) с 16 лет и кое-где даже много раньше;

5) в разных странах не менее 30–50 % 16-летних женщин ведут половую жизнь [22, 24];

6) наиболее благоприятный (с морфофункциональной точки зрения) и репродуктивно безопасный возраст начала половой жизни у здоровых девушек находится в диапазоне 15–19 лет [19].

В настоящее время в России в 16-летнем возрасте ведут половую жизнь треть лиц женского пола и почти половина — мужского, при этом отмечается постоянное снижение возраста полового дебюта. Многие лица, не достигшие 16-летнего возраста, начинают половую жизнь с совершеннолетними партнерами, однако возрастная разница между ними, как правило, небольшая. С этой, социальной точки зрения, законодателям важно либо снизить «возраст согласия» на добровольную сексуальную активность до 14 или 15 лет, либо определить пенаказуемую возрастную разницу несовершеннолетних и совершеннолетних лиц, вступающих в добровольные сексуальные контакты (4–5 лет). Например, в Лихтенштейне возраст согласия на сексуальную активность соответствует 14 годам, но при этом возрастная разница партнеров не должна превышать 3 лет. В штате Тасмания в Австралии возраст согласия соответствует 17 годам, но если разница партнеров не более 5 лет, то возраст согласия опускается до 15 лет, если не более 3 лет — до 12 лет.

Вообще, достижение половой зрелости не связано с достижением определенного возраста. Иногда встречаются случаи как преждевременного достижения половой зрелости в малолетнем возрасте, так и запоздалой половой зрелости. Эти случаи обычно связаны с патологией эндокринной системы и генетическими аномалиями, но имеют значение в практике. Лица с подобными нарушениями полового созревания внешне могут выглядеть значительно старше или значительно младше своих календарных лет, что весьма важно в плане возможного добросовестного заблуждения подозреваемого (обвиняемого) относительно возраста своего сексуального партнера (не только в смысле ст. 134, но и всех статей 18-й главы УК).

Нам представляется малообоснованной и научно сомнительной перспектива уголовного преследования совершеннолетнего за доб-

ровольное половое сношение с лицом, достигшим половой зрелости, несмотря на недостижение определенного календарного возраста. Объективный подход следствия может проявиться назначением судебно-медицинской экспертизы с целью разрешения вопросов о соответствии или несоответствии выраженности вторичных половых признаков, развития половых органов, состояния общего физического развития календарному возрасту с учетом конкретного соматотипа.

Понятия «половое сношение», «мужеложство», «лесбиянство» рассмотрены выше. Иные добровольные действия сексуального характера совершеннолетнего в отношении подростков, достигших 16-летнего возраста, состава преступления не образуют, а в отношении лиц, не достигших 16-летнего возраста, квалифицируются как развратные действия (ст. 135 УК РФ — «Развратные действия»).

Закон необходимо понимать буквально, а если его понимать буквально и формально, то по ст. 134 можно квалифицировать лишь физиологический половой акт (пенильно-вагинальный контакт), акт мужеложства и акт лесбиянства, выразившийся взаимностью действий, указанных в нашем комментарии к ст. 132 УК РФ. Гомосексуальная фелляция или взаимная мастурбация лиц мужского пола мужеложством не являются, так как Постановление Пленума ВС РФ № 11 от 15.06.2004 г. касается только ст.ст. 131 и 132, поэтому такие действия должны квалифицироваться по ст. 135 УК РФ. Аналогично по ст. 135 УК РФ следует квалифицировать и гетеросексуальный анально-генитальный контакт, так как он не является ни половым актом, ни актом мужеложства или лесбиянства. Конечно, представляется нелогичным добровольный половой акт во влагалище с лицом женского пола, не достигшим 16-летнего возраста, квалифицировать по ст. 134 УК РФ, а *coitus per rectum* (анально-генитальный контакт) или *coitus per os* (орально-генитальный контакт) — по ст. 135 УК РФ с неравными мерами наказания.

Чтобы устранить неувязки главы 18, относительно только лиц женского пола ранее выделяли естественную форму полового сношения — во влагалище и извращенную форму — в прямую кишку; но данные противоречия, заложенные формулировкой диспозиции статьи, можно было бы устранить иной формулировкой: «Половой акт (пенильно-вагинальный контакт), равно как оральногенитальный, анальногенитальный контакт, трибадия, имитация полового

акта или анально-генитального контакта взаимными действиями партнеров с помощью искусственного полового члена или подобных ему предметов, совершенное лицом, достигшим восемнадцатилетнего возраста, с лицом, заведомо не достигшим шестнадцати лет...» (и далее по тексту).

Статья 13 Семейного кодекса РФ гласит, что «Порядок и условия, при наличии которых вступление в брак в виде исключения с учетом особых обстоятельств может быть разрешено до достижения возраста шестнадцати лет, могут быть установлены законами субъектов Российской Федерации». То есть, если гетеросексуальная жизнь совершеннолетнего лица с лицом, не достигшим 16 лет, протекает в условиях фактического брака, ст. 13 Семейного кодекса допускает процедуру юридического его оформления. При оформлении брака, состав преступления, предусмотренного ст. 134 УК РФ, отсутствует.

1.5. Статья 135. Развратные действия

Совершение развратных действий без применения насилия лицом, достигшим восемнадцатилетнего возраста (в изменении ФЗ № 73 от 21.06.2004 г.), в отношении лица, заведомо не достигшего шестнадцатилетнего возраста, — наказывается...

* * *

Статья 120 УК РСФСР (1960) предусматривала наказание за совершение развратных действий в отношении лица, не достигшего 18-летнего возраста. УК РФ (1996) изначально было предусмотрено наказание за совершение развратных действий в отношении лица, не достигшего 14 лет, т. е. малолетнего. 8 декабря 2003 г. было ужесточено наказание за развратные действия, при этом возраст согласия на все добровольные сексуальные действия был поднят до 16 лет безо всякого научного обоснования, и вопреки научным данным.

Осознанная половая социализация детей, в любом случае, хотят или не хотят этого законодатели, начинается гораздо раньше, совпадает с началом бурного полового созревания (в среднем с 12–14 лет). Без вовремя начатой половой социализации снежным комом будут нарастать дальнейшие проблемы партнерского и социального взаимодействия. Дело лишь в том, что варианты сексуальной социализа-

ции не должны выходить за принятые в конкретном обществе рамки. Кстати, во многих странах аналогичной статьи в УК нет, лишь существуют запреты на демонстрацию детям до определенного возраста «непристойных изображений» и «актов непристойности», на прикосновение к половым органам детей с целью их возбуждения, на любую сексуальную эксплуатацию детей, на вовлечение детей в сексуальную деятельность взрослых. При этом в каждой стране оговаривается свой возраст (от 12 до 18 лет), до достижения которого ребенком и существуют запреты для взрослых на ту или иную сексуальную активность с детьми.

Например, Уголовный кодекс Андорры гласит: «Развратное действие предполагает, что автор этих актов будет воодушевлен похотливостью или сладострастием; *без движущих либидозных сил нет развратного действия*. Оно отличается бесстыдным внешним проявлением сладострастной речи, предполагает прикосновения к эротическим зонам тела с чувственной целью. Развратное действие — любой акт против стыдливости или честности, против желания пассивной стороны, создающий преступное нарушение. Оно состоит из двух элементов:

1. Объективный или материальный элемент состоит из внешних и динамичных махинаций виновного, входящего в контакт с эротическими зонами тела другого человека, наносящего ущерб сексуальной свободе.

2. Элемент с психологическим или внутренним характером, внешне добровольным, состоит из удовлетворения сексуального желания, когда идет речь о несовершеннолетнем менее двенадцати (12) лет, неразумность которого не дает возможности отвергать психические предложения, которые окружают его детство».

Крайне важным положением в УК Андорры является то, что «без движущих либидозных сил нет развратного действия». Именно это положение устраняет препятствия на пути научного полового просвещения детей, вовлечения их в проведение научных сексологических исследований, специфических особенностей внутрисемейного воспитания в некоторых семьях (например, nudistov).

В Доминиканской республике нет понятия «развратные действия», однако уголовно наказуемы «демонстрация любого сексуального акта, половых органов, реализованная на виду любого человека

в публичном месте». В Гвинее все сексуальные отношения с детьми, не достигшими 13 лет, без употребления насилия считают развратными действиями. В Италии подлежит наказанию тот, кто выполняет половые акты в присутствии несовершеннолетнего до четырнадцати (14) лет с целью, чтобы он мог это наблюдать. Аналогично, в ряде стран запрещено демонстрировать ребенку (да и всем прочим в публичном месте, «если это вызвало общественный скандал») акты скопотожства, гомосексуальные, иные «нпристойные» действия.

Однако вернемся к российской действительности. Объективная сторона состава преступления, предусмотренного ст. 135 УК РФ, охватывает так называемые не конкретизированные «иные действия сексуального характера» (кроме полового сношения, мужеложства, лесбиянства), совершенные без применения насилия или понуждения в отношении лиц, не достигших 16-летнего возраста.

Объективная сторона состава преступления, предусмотренного этой статьей, охватывает так называемые не конкретизированные «иные действия сексуального характера» (кроме полового сношения, мужеложства, лесбиянства), совершенные без применения насилия или понуждения в отношении лиц, не достигших 16-летнего возраста. В соответствии со ст. 20 УК РФ субъектом преступления может быть лицо, достигшее 16-летнего возраста. Образовалась абсурдная ситуация, в которой стало возможным привлечь к уголовной ответственности 16-летнее лицо за развратные действия в отношении несколько младшей, 15-летней сверстницы или 15-летнего сверстника. Данную ситуацию законодатели догадались исправить лишь через полгода, повысив возраст субъекта преступления до 18 лет, но в результате этого возник новый абсурд: 17-летние (и более младшие) юноши или девушки могут безнаказанно совершать любые ненасильственные сексуальные действия в отношении малолетних лиц любого возраста.

В отличие от других преступлений, понятия «развратные действия» и «порнография» в УК РФ не определены, т.е. «развратные действия» является преступлением неопределенного содержания и неопределенного характера, поэтому не может быть и однозначного понимания объективной и субъективной сторон преступления. Деяние при отсутствии указанных сторон не является преступным. Воистину, «закон, что дышло, куда повернул, туда и вышло».

Все определения понятия «развратные действия» далеки от совершенства, например, одно из популярных определений гласит: «Развратными являются сексуальные действия, состоящие в удовлетворении половой страсти виновного либо преследующие цель возбудить или удовлетворить половой инстинкт малолетнего при его добровольном согласии на их совершение» [33]. Но инстинкт проявляется безусловными рефлексам. Нельзя согласиться, что сексуальность малолетних детей инстинктивна и проявляется только безусловными рефлексам. Малолетние дети активно интересуются сексуальной стороной жизни, многие не только мастурбируют и просматривают порнофильмы (в среднем, к 11 годам), но и имеют какие-либо сексуальные контакты, как правило, со своими ровесниками, часто интенсивные. Таким образом, созданы предпосылки субъективной, вольной трактовки состава преступления.

По смыслу УК РФ, развратные действия можно совершить только с прямым умыслом. Вряд ли принятая во многих семьях практика обнажения родителей перед детьми является преступной; равно как и приобщение малолетних детей к произведениям классического эротического искусства. Например, к произведениям Овидия, практически ко всей античной литературе, некоторым сочинениям Пушкина, Лермонтова и других классиков отечественной литературы, которые интеллектуально ограниченными людьми воспринимаются как порнография. Но однозначно считается, что развратные действия могут выражаться в умышленной демонстрации малолетнему лицу (с вышеуказанными в ст. 135 УК РФ целями) полового акта, способов полового самоудовлетворения, соответствующих ласках половых органов малолетнего или привлечении малолетнего к ласкам половых органов развратителя, достигшего 18-летнего возраста.

Относительно 14–15-летнего возраста «жертвы», надо сказать, закон направлен на охрану нормального психосексуального развития детей обоих полов, поэтому при решении вопроса об уголовной ответственности надо учитывать соматосексуальное и психосексуальное развитие предполагаемой «жертвы» в каждом конкретном случае. Необходимо дифференцированно подходить к данным, характеризующим личность предполагаемой жертвы, ее сексуальное поведение в течение предшествующего событию времени, в чем конкретно выразился вред для физического и психического здоровья

предполагаемой жертвы [9]. Очевидно, что без проведения соответствующих экспертиз нельзя доказать наличие какого-либо вреда.

Если сексуальные взаимодействия никому не принесли вреда, а лишь способствовали сексуальной социализации, которая необходима для правильного развития ребенка с психофизиологической точки зрения, то в чем же тогда суть преступления? В нарушении моногистической, асексуальной морали в светском государстве; или в попрании агрессивно-феминистских, бесполо-пуританских воззрений, отвергаемых большинством людей даже в западном мире, не говоря уже о других обществах, и т.п.?

Судебная практика ранее признавала в качестве развратных действий и «ведение бесед грубо сексуального характера» [26]. Но различные люди по разным причинам (уровень образования, культуры, в том числе и сексуальной, полученное воспитание и т.п.) обычно имеют свои, индивидуальные представления о грубости в беседе (понятие чрезвычайно субъективное). В литературе существовали различные точки зрения на то, что следует считать развратными действиями: действия, носящие только физический характер, или же интеллектуальные способы развращения [39]. Действительно, деструктивные умственные манипуляции «искусителя» с зачатками нравственности малолетнего, скорее всего, оказывают не менее, а более деструктивное влияние, чем механические манипуляции с его половыми органами. Но доказуемость таких манипуляций еще более проблематична, чем доказуемость физических контактов. К наиболее распространенному средству интеллектуального развращения обычно относят порнопродукцию, а к способам — ее демонстрацию и проведение соответствующих «циничных» (субъективная оценочная категория) бесед. Проще было бы принять норму закона, запрещающую демонстрацию порнопродукции ребенку, не достигшему определенного возраста, а также предусматривающую наказание за действия, специально облегчающие доступ ребенка к порнографии.

Известны абсурдные случаи привлечения к уголовной ответственности учителей биологии и ОБЖ за проведение со школьниками занятий по профилактике подростковых беременностей, заболеваний, передающихся половым путем, за объяснение физиологических и гигиенических аспектов полового созревания. Прискорбно, но половое образование в нашей стране в результате элементарной

глупости так называемых «представителей общественности» и некоторых сотрудников правоохранительных органов иногда уголовно наказуемо.

Как правило, учителя приглашают для соответствующих бесед с несовершеннолетними школьниками врачей. Многие врачи, узнав, что школьникам нет еще 16 лет, от таких бесед отказываются. Однако в 16 лет начинать половое просвещение детей уже поздно: многие из них уже изнасилованы, заразились инфекциями, передающимися половым путем, забеременели и сделали аборты, получили психотравмы из-за неумения сексуальных взаимодействий, завиктимизировались и начали впадать в патосексуальное состояние. Зато, благодаря «политике страуса», сохранено внешнее благополучие, рамки ханжеских приличий, берущих истоки в религиозности. Данная статья также является препятствием и для проведения медико-сексологических исследований с использованием в качестве объектов исследований детей, не достигших 16 лет, поэтому остаются невыясненными многие вопросы, в том числе и для целей правоохранения.

Разрыв только девственной плевы чем-либо (не половым членом, например, пальцем, термометром, футляром от сигары и т.п.) при совершении развратных действий полностью охватывается составом данного преступления [33]. Нарушение целостности девственной плевы не может рассматриваться как телесное повреждение; дефлорация вреда здоровью обычно не причиняет, а в отношении достигших половой зрелости лиц является нормальным физиологическим действием, естественной физиологической потребностью, необходимой для продолжения рода. Нарушение целостности девственной плевы с повреждением других анатомических образований половых органов и промежности влечет за собой причинение вреда здоровью той или иной степени тяжести.

Односторонние, а не взаимные ласки руками, языком и губами женщины половых органов девочки без взаимного соприкосновения гениталий, даже с введением рукой женщины инородных предметов (пальцы, искусственный пенис и т.п.) во влагалище или в задний проход жертвы, вполне логично рассматривать как развратные действия, а не как акт лесбиянства. Отличительным элементом лесбиянства от развратных действий, по нашему мнению, является взаимность выполнения сексуальных действий.

Для вменения состава преступления, предусмотренного ст. 135 УК РФ, не играет никакой роли наличие или отсутствие какого-либо сексуального опыта у лица, в отношении которого совершены развратные действия, ведущую роль здесь играет установленный законом возраст, с чем также нельзя полностью согласиться, так как степень психосексуального развития у младшего партнера, его сексуальный опыт могут быть значительно выше, чем у несколько старшего по возрасту партнера. В таких случаях было бы целесообразно использовать индивидуальный подход с проведением комплексной судебной сексолого-психологической экспертизы. Если очевидна большая разница возраста и сексуального опыта, то вопрос о назначении указанной экспертизы отпадает.

Если развратные действия и другое половое преступление совершались в разные периоды времени, то содеянное виновным подлежит квалификации по совокупности, но если в процессе совершения развратных действий умысел виновного был изменен на совершение более тяжкого полового преступления, то развратные действия поглощаются составом более тяжкого полового преступления [39].

Обнажение человека в общественном месте перед малолетними детьми, если это обнажение носило характер нарушения общественного порядка, попрания норм морали, и виновный не преследовал цель удовлетворения своей половой страсти или возбуждения «полового инстинкта» малолетнего, развратных действий не образует. В таких случаях ответственность может наступать в соответствии со статьями КоАП. Обнажение в рамках нудистского отдыха в России, как и во многих других странах, правонарушением не является. В мусульманских странах нудизм запрещен и наказуем.

В последние десятилетия в культуре Запада все возрастает и распространяется явление, получившее название натурализм, основная идея которого — слияние человека с природой для оздоровления души и тела. Нудизм, проявляющийся отдыхом в обнаженном виде, исповедующий культ обнаженного тела, является составной частью натурализма. Надо сказать, что для древних европейцев и людей средневековья это явление было вполне естественным. В настоящее время во многих странах, в том числе и в России, имеются общественные организации натуралистов (нудистов), входящих в Международную Федерацию Натуралистов (INF). Обычно нудизм — явление

семейное, вовлечение в него родителями своих малолетних детей не преследует целей сексуального удовлетворения с ними.

В российском законодательстве нет норм права, которые предусматривали бы ответственность за организацию нудистских пляжей. Обнажение человека в пределах нудистского пляжа или нудистского городка среди себе подобных по взглядам людей, вне общества лиц с противоположными воззрениями не может считаться правонарушением ввиду иных норм морали, принятых среди натуралистов (нудистов) относительно вопроса обнажения тела. В последнее время натуралисты добились права посещать магазины и бары в европейских нудистских местах отдыха (при гостиницах и в лагерях соответствующего профиля) полностью обнаженными. Хулиганский мотив в таких действиях отсутствует. Применение ст. 121 КоАП РФ неправомерно.

1.6. Проблема порнографии

Хотя в искусстве есть понятия «талантливо» или «бездарно», и предполагается свобода в выборе людьми предпочтительных произведений искусства, некоторые государства регулируют отношение своих граждан к ним с помощью уголовного закона, при этом наказание может быть весьма жестоким. Например, летом 1989 года в Китае все публикации относительно вопросов секса, литература и визуальная продукция эротического содержания были запрещены, издателей и распространителей такого рода продукции арестовывали; по крайней мере, 20 человек --- продавцов «желтых предметов» расстреляли [48].

Проблема порнографии имеет отчетливо идеологический характер, отношение к ней представителей различных слоев общества и национальностей культурально обусловлены, исторически изменчивы. В разные исторические периоды к порнографии причисляли крупнейшие, высокохудожественные произведения мировой культуры, например, книги Овидия, Ф. Рабле и т.д. В настоящее время в пуританских обществах к порнографии относят фотографические, скульптурные, живописные изображения обнаженных детей, рисунки в специальной медицинской литературе.

В целях правоохранения нам важно четко и объективно определиться с самим понятием «порнография» в условиях наших совре-

менных реалий, попытаться понять, чем порнография отличается от произведений искусства эротического характера, исходя из современных морально-нравственных общественных устоев, преобладающих в РФ.

Под порнографией обычно понимается непристойное (субъективная оценочная категория — *прим. автора*), вульгарно-натуралистическое (в переводе на русский язык — всеобщее естественное — *прим. автора*) изображение или словесное описание, имеющее целью сексуальное возбуждение, при условии фиксации внимания читателя, зрителя, слушателя на половых органах персонажей произведений в момент совершения ими действий сексуального характера [34]. В отличие от порнографии, эротика при изображении полового акта мужчины и женщины не стремится представить его грубо натуралистическим, не акцентирует внимание (читателя, зрителя, слушателя) на контактах половых органов [36].

Эротическое искусство изображает человека целостно, во всем богатстве его переживаний. Порнография оперирует стандартными клише, фиксирует внимание человека на половом акте, его технике, она жестко функциональна, деиндивидуализирована, физиологична, ее главный предмет — не личность и даже не красота индивидуального тела, а гениталии, их взаимодействие [27]. Фильмы, главной целью которых является *длительная* демонстрация гениталий и людей, выполняющих различные сексуальные действия, называют жесткой порнографией [25].

Некоторые авторы находят взаимосвязь между просмотром жесткой порнографии и развитием девиантных потребностей, в том числе склонности к сексуальному насилию, потребности копирования в реальной жизни увиденного на экране [44, 50, 51]. Особое внимание обращается на вредное влияние порнографии на формирование личности детей [46]. P. Dietz & B. Evans [42] отметили, что в развитии сексуальных девиаций имеет большое значение содержание мастурбаторных детских и подростковых фантазий; по их мнению, также нельзя исключить влияние порнографии на возрастание числа развратных действий. С другой стороны, уже заложенные в биологическую природу и еще неосознанные индивидуумом социально стигматизируемые сексуальные потребности (например, гомосексуальные) могут стимулировать просмотр порнопродукции опре-

деленной направленности [45]. В Интернете существует множество фалообменных сайтов, используемых для широкого распространения детской порнографии, при этом файлы с запрещенной визуальной продукцией защищены весьма простыми паролями, обычно объясняемыми на форумах бойлайверов.

Сомнительна, но возможна и положительная роль порнографии в некоторых вопросах сексуального просвещения, так как порнография заполняет нишу на этом поприще в результате замалчивания данной темы просветительскими учреждениями, представителями школьного образования. Все дело лишь в том, на каком уровне подается информация, какими комментариями она сопровождается. Существует и неординарная, но все более распространяющаяся точка зрения, предлагающая использование порнографии для мастурбаторного выхода сексуальной энергии подростков и молодых людей с целью снижения уровня промискуитета и, следовательно, половых инфекций, в том числе HIV [47].

Отрицательного влияния порнографии на зрелых людей, ведущих нормативную супружескую жизнь, как правило, не обнаруживается. Наоборот, супруги иногда прибегают к порнографии как стимулятору фантазий. С этой же целью женщины нередко предпочитают обращаться к эротическим романам, представляющим собой форму сексуального стимулирования, которую многие обычно находят социально приемлемой [41].

Нормативных актов, которые можно было бы использовать при проведении экспертизы порнографии, в РФ в настоящее время нет. Поэтому любой негосударственный эксперт может воспользоваться собственной методикой проведения экспертизы.

При проведении экспертиз продукции эротического содержания, по нашему мнению и опыту, возможно назначение отдельной комплексной судебно-медицинской сексологической экспертизы с участием судебного медика, психиатра и сексолога, и отдельной искусствоведческой. Эксперты медицинского профиля в исследовательской части заключения должны четко и однозначно определиться, что они понимают под порнографией исходя из определений ведущих современных сексологов. При просмотре фильмов необходим хронометраж всех действий с фиксацией физиологических реакций и длительности взаимодействия гениталий. В выводах следует лишь

указать на соответствие или несоответствие представленных действий вышеприведенным определениям. Тогда ответственность за принимаемые решения по уголовному делу целиком ляжет на суд, а не на экспертов, как это делалось ранее.

Абсурдно отрицать, что фильм эротического содержания не является произведением искусства, поэтому искусствовед должен решать только вопросы о художественном уровне представленного произведения искусства, о его культурной ценности. Иначе можно допустить ошибки, какие уже имели место с фильмами «Греческая смаковница», «Империя чувств», «Калигула», «Сало или 120 дней Содомы» и др.

В настоящее время при проведении экспертиз порнографии сексологи ориентируются на пособие для врачей *«Сексологическое исследование и экспертиза материалов сексуального содержания»*, утвержденное 01.12.2004 г. Председателем Секции по психиатрии Академиком РАМН Т.Б. Дмитриевой. Предлагаемое для проведения экспертиз пособие составлено сотрудниками отдела сексопатологии ФГУ «Московского НИИ психиатрии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (директор профессор, доктор медицинских наук В.Н. Краснов) и сотрудниками НИИ проблем укрепления законности и правопорядка при Генеральной прокуратуре РФ (директор — доктор юридических наук, профессор, государственный советник юстиции 1 класса А.Я. Сухарев): руководителем Научно-методического центра медицинской сексологии и сексопатологии и отдела сексопатологии Московского НИИ психиатрии, доктором медицинских наук, профессором Николаем Давидовичем Кибриком, главным научным сотрудником НИИ укрепления законности и правопорядка при Генеральной прокуратуре РФ, доктором юридических наук, профессором, старшим советником юстиции Анатолием Петровичем Дьяченко, ведущим научным сотрудником отдела сексопатологии МНИИП, кандидатом медицинских наук Михаилом Ибрагимовичем Ягубовым, старшим научным сотрудником НИИ укрепления законности и правопорядка при Генеральной прокуратуре РФ, кандидатом медицинских наук, советником юстиции Евгением Иосифовичем Цымбалом и научным сотрудником отдела сексопатологии МНИИП, кандидатом медицинских наук Игорем Юльевичем Каном.

Пособие несовершенно, но интересно хотя бы потому, что составлено авторитетными специалистами, да и лучшего нет, поэтому далее приводится его текст.

«Актуальность данного пособия определяется практической необходимостью разработки специальных критериев, на основании которых возможно проведение экспертной оценки материалов сексуального содержания. Современное развитие сексуальной индустрии предлагает потребителю изобилие продукции, разнообразной по содержанию и направленной на удовлетворение различных интересов населения, что, естественно, ставит вопрос об определенном ее разграничении. Наиболее остро стоит вопрос о принадлежности той или иной сексуальной продукции к определенной категории, разрешенной к распространению к свободной продаже или с возрастным ограничением в специализированных магазинах и по подписке. В современном законодательстве предусмотрена уголовная ответственность за незаконное изготовление и распространение порнографических материалов или предметов (ст.ст. 242, 242 УК РФ).

Статья 242. «Незаконное распространение порнографических материалов или предметов» гласит: «Незаконное изготовление в целях распространения или рекламирования, распространение, рекламирование порнографических материалов или предметов, а равно незаконная торговля печатными изданиями, кино- или видеоматериалами, изображениями или иными предметами порнографического характера — наказываются»...

Статья 242 (введена Федеральным законом от 08.12.2003 г. № 162-ФЗ) «Изготовление и оборот материалов или предметов с порнографическими изображениями несовершеннолетних».

1. Изготовление, хранение или перемещение через Государственную границу Российской Федерации в целях распространения, публичной демонстрации или рекламирования либо распространение, публичная демонстрация или рекламирование материалов или предметов с порнографическими изображениями заведомо несовершеннолетних, а равно привлечение заведомо несовершеннолетних в качестве исполнителей для участия в зрелищных мероприятиях порнографического характера лицом, достигшим восемнадцатилетнего возраста, — наказываются лишением свободы на срок до шести лет.

2. Те же деяния, совершенные:

а) родителем или иным лицом, на которое законом возложены обязанности по воспитанию несовершеннолетнего, а равно педагогом или другим работником образовательного, воспитательного, лечебного либо иного учреждения, обязанным осуществлять надзор за несовершеннолетним;

б) в отношении лица, заведомо не достигшего четырнадцатилетнего возраста;

в) группой лиц по предварительному сговору или организованной группой, — наказываются лишением свободы на срок от трех до восьми лет.

Однако многие специалисты разного профиля (сексологи, проводящие экспертную оценку материалов сексуального характера не имеют достаточной информации для того, чтобы четко определить характерные признаки, отличающие порнографические материалы от многообразия литературных и художественных произведений, печатных изданий, кино- и видеофильмов, описывающих и изображающих эротические взаимоотношения, как важнейшее проявление и одну из главных составляющих полноценной жизни человека в свободном и цивилизованном обществе. Так, в настоящее время уголовные дела, возбужденные по фактам незаконного оборота порнографии, встречаются достаточно часто. В 2002 г. было зарегистрировано 600 преступлений подобного рода, а в 2003 г. — в полтора раза больше. Однако значительное число возбужденных дел прекращаются производством. Это свидетельствует о том, что при производстве первичной экспертизы эксперты ошибочно признали порнографическими материалы или предметы, таковыми не являющимися. 8 декабря 2003 г. УК РФ был дополнен новой нормой ст. 242 «Изготовление и оборот материалов или предметов с порнографическими изображениями несовершеннолетних», что ставит перед экспертами задачу выработки критериев для установления порнографического характера изображений несовершеннолетних.

В данном пособии на основе анализа литературных данных и обобщения многолетнего опыта проведения экспертных исследований продукции сексуального содержания, предоставленных правоохранительными органами и издателями данной продукции описана методология проведения исследования.

Пособие предназначено для сексологов, психиатров, искусствоведов и работников правоохранительных органов.

Введение

В нашей стране последние пятнадцать лет характеризуются рядом глобальных экономических, идеологических, религиозных, административных и других

изменений. То, что еще недавно считалось не только постыдным, но даже уголовно наказуемым занятием (валютные операции, азартные игры, спекуляция и др.) в новых условиях стало сферой свободного предпринимательства. В новой России на смену вакууму фактически отсутствовавшей легальной продукции сексуального содержания после принятия закона «О печати» (1992 г.) хлынул поток так называемой «эротики», стали

доступными многие произведения искусства, ранее считавшиеся порнографическими и недоступными для публикации.

В последние годы ситуация еще больше усложнилась в связи с появлением Интернета. Теперь любой его обладатель при наличии элементарных знаний и общедоступной техники может потреблять и распространять порноматериалы. Российское общество не готово к такому недифференцированному потоку сексуальной продукции, так как на фоне отсутствия просветительской работы с различными слоями населения, в особенности детьми и подростками, хлынул неконтролируемый поток порнографии, формирующий одностороннее представление об интимных отношениях между полами с акцентом на физиологической стороне сексуальной жизни. По нашему мнению, в такой сложной, противоречивой обстановке в обществе, сексологам, к которым чаще всего обращаются правоохранительные органы за проведением сексологической экспертизы, так как статья 242 в Уголовном кодексе Российской Федерации «Незаконное распространение порнографических материалов и предметов» относится к главе 25 «Преступления против здоровья населения и общественной нравственности», отводится роль в составлении пособия, призванного помочь в решении спорных вопросов, связанных с экспертной оценкой материалов сексуального характера. Участие в решении этой задачи сексологами предусмотрено также приказами Министерства Здравоохранения:

– приказ министра Здравоохранения СССР № 370 от 10 мая 1988 г. «О дальнейшем совершенствовании сексопатологической помощи»;

– приказ министра Здравоохранения РФ № 90 от 28 апреля 1993 г. «Положение о Федеральном научно-методическом центре медицинской сексологии и сексопатологии»;

– приказ министра Здравоохранения РФ № 337 от 27 августа 1999 года «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации». В соответствии с этими приказами сексологи призваны обеспечивать психогигиеническую и психопрофилактическую работу с населением, издание научно-популярной литературы, подготовку видео- и телепрограмм сексуальной тематики, это обосновывает привлечение их к профессиональной экспертной оценке продукции сексуального содержания.

Показания к применению метода

Метод предназначен для проведения сексологической экспертизы и исследования продукции сексуального содержания:

- видеоматериалов на видеокассетах, CD-, DVD-дисках;
- печатных и рисованных материалов.

Материально-техническое обеспечение метода

Для экспертной оценки продукции сексуального содержания необходимо современное оборудование:

- видеоаппаратура для просмотра видеокассет, DVD-дисков;
- компьютеры с программами для просмотра CD и DVD -дисков;
- исследование печатных материалов не требует дополнительного оборудования, кроме необходимой квалификации специалиста, привлеченного для проведения исследования.

Предлагая специальные термины, наиболее четко определяющие характер разных категорий продукции сексуального содержания, авторы изучали и учитывали следующие основные положения, послужившие методологической базой для составления данного пособия:

- определение порнографии;
- характеристика понятий порнографии, эротики, продукции сексуального содержания в российской и зарубежной специальной научной (медицинской, психологической и юридической) литературе;
- лингвистические толкования значений слов порнография и эротика в толковых словарях русского языка и словарях иностранных слов;
- искусствоведческие исследования художественных и литературных произведений эротического искусства и литературы.

Термин «порнография» возник в 18 веке после появления во Франции книги Ретиф де ла Бретонна «Порнограф, или Размышления порядочного человека об истинной безнравственности проституции». К порнографии стали относить литературные произведения, изображения, предназначенные для сексуального возбуждения человека. «Французские открытки», получившие широкое распространение, представляли собой графические произведения с сюжетами на сексуальные темы. Отношение моралистов 19 века, которые в борьбе за общественную нравственность подвергали осуждению и запретам как порнографические произведения античности, такие, как «Наука любви» Овидия, «Дафнис и Хлоя» Лонга, а также книги Вольтера и Рабле, ограничивало доступность к мировой классической литературе. Но со временем оценка многих произведений искусства была пересмотрена и произведения, ранее считавшиеся порнографическими, были признаны эротическими.

В настоящее время под порнографией принято понимать произведение художественной литературы и искусства, в котором внимание читателя, слушателя и зрителя сознательно фиксируется на половых органах персонажей в момент совершения ими действий сексуального характера.

Законодательное определение порнографии представлено в Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации под редакцией Председателя Верховного Суда и Генерального прокурора РФ (ст. 242, п. 1. п. 2, 2003):

1. Порнографические материалы или предметы — предметы, печатные издания непристойного содержания, исключительно цинично отображающие половую жизнь и возбуждающие половые инстинкты.

2. Изготовление порнографии есть печатание любым способом, рисование, лепка с натуры полового акта.

К сожалению, данное определение не является четким и не дает подробного описания признаков порнографии, оставляя широкие возможности для субъективного толкования.

В международных правовых актах, направленных на ограничение оборота порнографии, нет даже в самой обобщенной форме определения понятия «порнография». Такая позиция международного законодателя понятна. На практике понятием «порнография» обозначают чрезвычайно широкий круг изображений и описаний, поскольку в общественном сознании, а также праве не сформировалось единообразного понимания порнографии. Нормативное определение порнографии является прерогативой национального законодательства, поскольку только так могут быть учтены социо-культуральные и религиозные особенности страны, определяющие границу дозволенного в сфере сексуальной морали. Такую же позицию занимает и Европейский Суд по Правам Человека. Критерием, позволяющим определить круг непристойных материалов, оборот которых может быть ограничен без нарушения свободы выражения и права на доступ к информации, Суд считает «грубое нарушение ощущения правильности половой жизни у людей с обычной чувствительностью».

В самой обобщенной форме порнографическим является такое изображение (описание) сексуальных отношений, которое грубо нарушает сложившиеся в обществе моральные нормы (нормы половой морали), представляет лиц, участвующих в сексуальных отношениях в унижающем их человеческое достоинство виде.

Определения порнографии, встречающиеся в юридической литературе, (доктринальные определения), весьма однотипны. В них указывается, что порнографией является крайне непристойное, циничное, вульгарно-натуралистическое изображение (или описание) половых сношений либо всего, связанного с половой жизнью. Поскольку сексуальные отношения являются содержанием не только порнографии, но и эротики, а также многих художественных произведений и научных трудов, отличие порнографии от непорнографического оказывается выраженным исключительно в оценочных категориях, как «непристойное», «циничное», «вульгарное», «натуралистическое». Особенностью порнографии, отличающей ее от эротического изображения, считается то, что в порнографии внимание акцентируется на контактах половых органов.

В ряде законов субъектов Российской Федерации делается попытка разграничить понятия «эротика» и «порнография». Это связано с тем, что Закон РФ «О средствах массовой информации» такого разграничения не проводит, поэтому узкое понятие «порнография» охватывается более ши-

роким понятием «эротика». Законы Воронежской и Тюменской областей в качестве критерия, позволяющего отличить эротику от порнографии, используют характер их эмоционального воздействия на психику человека. Так, эротика, в отличие от порнографии, вызывает «эстетические, нравственные чувства и представления». В законе Омской области в качестве отличительного признака порнографии рассматривается ее предназначение «в основном или исключительно для стимуляции сексуальных реакций человека». Приведенные выше критерии разграничения порнографии от эротики отличаются той же неопределенностью, для устранения которой они предлагались. Объектом преступления, предусмотренного ст. 242 УК РФ является общественная нравственность в сфере сексуальных отношений. Порнография способна вызывать половое возбуждение, в том числе стремление к удовлетворению половых потребностей в нетрадиционных формах. Все это в конечном счете сопряжено не только с моральной деградацией личности, но и с отрицательными последствиями для брачных и семейных устоев. Особенно большой вред причиняет порнография несовершеннолетним, чей нравственный облик еще не сложился и физическое развитие не завершилось. Коль скоро порнография состоит в способности вызывать половую страсть, стремление к удовлетворению половой потребности также в нетрадиционных формах, элементами порнографии являются парафилии, выявление признаков порнографии может быть предметом сексологической экспертизы.

Указанная способность порнографии должна проявляться не в отношении конкретного потерпевшего, а в отношении неопределенно широкого круга лиц, т. е. нарушать существующую в обществе половую мораль, представления о допустимом в сфере сексуальных отношений. Господствующие в общественном сознании представления о допустимом и недопустимом проявлении сексуальности относятся к категории нравственности и изучаются сексологами. Вывод о порнографическом характере предметов или материалов не может основываться на анализе реакции на указанные материалы или предметы конкретных лиц. При решении вопроса о наличии признаков порнографии центральное значение имеет оценка характера и степени нарушения общественной нравственности.

Следует отметить, что эротические и порнографические материалы сходны по своему предмету (изображение, описание сексуальных отношений). Различие между ними заключается в характере, способе его описания (изображения). В юридической литературе акцент делается на такие признаки порнографии, как детальное и натуралистическое описание (изображение) в циничной или непристойной форме. Наряду с указанными признаками продукция может быть отнесена к порнографической и в тех случаях, когда в качестве объекта сексуальных действий используются

малолетние или несовершеннолетние либо лица, внешне с ними сходные, а также тела умерших и животные.

Анализ российской и зарубежной научной литературы позволяет сделать вывод об отсутствии полного, научно обоснованного и единообразного, удовлетворяющего заинтересованных представителей различных специальностей определения порнографии и разграничения продукции сексуального содержания. Наиболее подробное определение с попыткой проследить исторические корни возникновения понятий «порнография» и «эротика» в русском языке представлено в Энциклопедическом справочнике по сексологии и смежным областям «Сексология» (1993), изданного в Минске коллективом авторитетных специалистов:

— порнография — непристойное, вульгарно-натуралистическое изображение или словесное описание полового акта, имеющее целью сексуальное возбуждение;

— эротика — воплощение в жизни, литературе и искусстве одухотворенности, поэзии и эстетики сексуальных отношений людей: заложенный в человеке природой инстинкт продолжения рода, но облагороженный и опозитизированный как влечение души.

С одной стороны, в данном Справочнике предпринимается попытка в историческом и медицинском контекстах обосновать неоднородность материалов сексуального содержания, в том числе и понятия «эротика». С другой, остается неясным, на какие критерии, кроме прекрасных, но, к сожалению, нередко субъективных для того, чтобы считаться научными, оценок «одухотворенности, поэзии и эстетики», прикрывающих «заложенный в человеке природой инстинкт продолжения рода», можно было бы опереться. Заключение, которое напрашивается при изучении научных источников, можно сформулировать следующим образом: к эротической продукции может быть отнесена продукция сексуального содержания, которую однозначно нельзя отнести к порнографии. Эротическая продукция не классифицируется по категориям, что, по нашему мнению, неправильно, поскольку такой подход игнорирует существенные отличия между многообразными вариантами и образцами эротических материалов и предметов.

Лингвистическое изучение «порнография» и «эротика» обнаруживает наличие и толкование этих понятий в словах, иногда с интересными литературными примерами, что подчеркивает внимательное и бережное отношение отечественных лингвистов к русскому языку. Так, в Словаре русского языка С.И.Ожегова под редакцией Н.Ю. Шведовой (М.: Рус. яз., 1991) даны следующие определения порнографии и эротики: «Порнография — крайняя натуралистичность и цинизм в изображении половых отношений. Эротика — чувственность, обращенность к половой жизни, к изображению ее».

Сходную трактовку можно встретить и в других словарях:

– словарь русского языка в 4-х томах (Т. 3: П-Р. Ред. тома В.В. Розанова, И.И. Матвеев. М.: Гос. изд-во иностр. и нац. словарей, 1959) — «Порнография — непристойность, крайняя циничность в изображении чего-л., связанного с половыми отношениями (от греч. «развратник» и «пишу»)».

– в т. 4 Словаря под редакцией Л.Л. Кутина, В.В. Замкова, 1961 — «Эротика — (книжн.) то же, что чувственность (от греч. «любовь»)». Определение понятия чувственность приведено в том же томе — «Чувственность: 1. Свойства и качества по значению прилагательного чувственный. Чувственность восприятия. Чувственность взгляда. 2. Способность воспринимать что-либо органами чувств, иметь ощущения, восприятия. 3. Склонность к чувственным влечениям. Для характеристики данного понятия там же приведены следующие литературные примеры: «Ее крупные губы нагло ухмылялись; все лицо выражало чувственность, беспечность и удаль, не без добродушия» И.С. Тургенев, «Накануне». «У нас в России брак не по любви презирается, чувственность смешна и внушает отвращение» А.П. Чехов, «Ариадна».

В словарях иностранных слов мы встречаем следующие трактовки понятий «порнография» и «эротика»:

– словарь иностранных слов (Вед. ред. Л.Н. Комарова. 19-изд., стереотип. М.: Рус. яз., 1990) — «Порнография (греч. «развратница» + «графия») в Др. Греции — описание быта публичных женщин; позднее — натуралистическое изображение половой жизни; Эротика (гр. «любовный») — чувственность, обращенность к половой жизни, к изображению ее».

– краткий словарь иностранных слов (Сост. С.М. Локшина. 8 изд., стереотип. М.: Рус. яз., 1985) — «Порнография (гр. «развратник» + «пишу») — непристойность, крайняя циничность в изображении чего-либо, касающегося пола, половых отношений; Эротика (гр. «любовный») — чувственность, повышенный интерес к половым проблемам».

Обобщенный анализ позволяет выделить значение русского слова «порнография» греческого происхождения, как «крайней натуралистичности и цинизма в изображении половых отношений», а «эротика», как близкого к понятию «чувственность».

В искусствоведческой литературе, к сожалению, немного внимания уделяется отдельному исследованию произведений искусства, изображающих или описывающих сексуальные отношения людей. Только в последнее время в нашей стране появились соответствующие выставки, каталоги, научные статьи. На наш взгляд, при оценке живописи, скульптуры, литературных произведений, прежде всего, необходимо учитывать их художественную и литературную ценность, особенно когда речь идет о великих творениях прошлого.

Для проведения комплексной экспертизы, помимо сексологов, необходимо привлекать компетентных специалистов (искусствоведов, литераторов, киноведов, критиков и других), обладающих специальными познаниями.

Как видим, анализ научной литературы указывает на отсутствие единых подходов по разграничению понятий «порнография» и «эротика», что делает обоснованным издание данного пособия для врачей сотрудниками отдела сексопатологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава» и сотрудниками НИИ проблем укрепления законности и правопорядка при Генеральной прокуратуре РФ, обладающими специальными познаниями и опытом практической работы по оценке материалов сексуального характера.

Описание метода.

Согласно ч. 1 ст. 57 УПК РФ экспертом является лицо, назначенное в порядке, установленном процессуальным законодательством, для производства судебной экспертизы и дачи заключения.

Назначение судебно-сексологической экспертизы. Законодатель в ст. 196 УПК РФ устанавливает обязательные основания для назначения экспертизы. Следовательно, прокурор и суд самостоятельно решают вопрос о целесообразности назначения и проведения экспертизы. При этом они руководствуются необходимостью использования специальных познаний для установления обстоятельств, подлежащих доказыванию. Одним из таких обстоятельств является решение вопроса о порнографическом характере изъятых материалов.

В последнее время вследствие расширения видов экспертиз, появления негосударственных экспертных учреждений, проводящих экспертные исследования на коммерческой основе, активно дискутируется вопрос о том, кто может выступать в качестве эксперта по делам этой категории. В связи с этим следует различать эксперта как участника процесса уголовного судопроизводства и экспертизу как профессиональную деятельность. Согласно ч. 1 ст. 57 УПК РФ экспертом является любое лицо, обладающее специальными знаниями и назначенное для производства судебной экспертизы и дачи заключения в порядке, установленном законом. В ч. 2 ст. 195 УПК РФ содержится уточнение, что «судебная экспертиза производится государственными судебными экспертами и иными экспертами из числа лиц, обладающих специальными знаниями». Таким экспертом может быть лицо, которое:

- обладает, по мнению следователя, прокурора или суда, необходимыми специальными познаниями;
- привлечено для дачи заключения с соблюдением требований УПК РФ.

Особо следует подчеркнуть следующие обстоятельства:

- судебную экспертизу может проводить любой специалист, а не только являющийся государственным судебным экспертом (об этом прямо гово-

рится в ст. 41 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», согласно которой «судебная экспертиза может производиться вне государственных судебно-экспертных учреждений лицами, обладающими специальными знаниями в области науки, техники, искусства или ремесла, но не являющимися государственными судебными экспертами»);

- законодатель не устанавливает формальных требований к профессиональной подготовке лица, привлекаемого в качестве эксперта. Такие требования относятся лишь к государственным судебным экспертам;
- следователь, прокурор и суд свободны в выборе эксперта, и руководствуются своим внутренним убеждением;
- эксперт, не обязан иметь лицензию на право производства судебной экспертизы, если только он не занимается судебной экспертизой как предпринимательской деятельностью.

Специалистом в области сексологии может считаться только лицо, прошедшее дополнительную подготовку (по специальности 040115.02 — сексология) и имеющее соответствующий сертификат.

Судебная экспертиза во время предварительного следствия назначается постановлением следователя, прокурора или дознавателя (ст. 195 УПК РФ), а во время рассмотрения дела в суде — определением судьи (ст. 283 УПК РФ). В постановлении или определении должны быть указаны основания для назначения судебной экспертизы.

Судебную экспертизу может проводить один эксперт или комиссия экспертов. Согласно ст. 21 Федерального закона «О судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» комиссионный характер судебной экспертизы определяется лицом, ее назначившим, либо руководителем государственного судебно-экспертного учреждения. Статья 22 Федерального закона устанавливает, что при производстве комиссионной судебной экспертизы экспертами одной специальности каждый из них проводит исследования в полном объеме. Полученные результаты эксперты анализируют совместно. Придя к общему мнению, эксперты составляют и подписывают совместное заключение. В случае возникновения разногласий между ними каждый из них или эксперт, который не согласен с другими экспертами, представляет отдельное заключение.

Специалисты в области сексологии, занимающие должности государственных судебных экспертов, могут быть только в незначительном числе государственных судебно-психиатрических экспертных учреждений, осуществляющих комплексные судебные психолого-сексолого-психиатрические экспертизы. В подавляющем большинстве случаев производство сексологической экспертизы для установления порнографического характера материалов назначается конкретному эксперту (экспертам). В постановле-

нии (определении) о ее назначении должно быть указано: какому эксперту она поручается. В первом случае используется бланк № 117 приложения к УПК РФ (постановление о назначении судебной экспертизы), а в последнем — бланк № 118 приложения к УПК РФ (постановление о назначении комиссионной судебной экспертизы). Следователь знакомит эксперта (экспертов) с его правами и обязанностями, берет подписку о предупреждении об ответственности за дачу заведомо ложного заключения. В постановлении (определении) о назначении экспертизы указываются вопросы, поставленные перед экспертом (экспертами), а равно материалы, предоставленные в их распоряжение.

Основные требования к содержанию и оформлению экспертного заключения содержатся в УПК РФ. Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» дополняет и развивает отдельные нормы УПК РФ. Согласно ч. 1 ст. 204 УПК РФ в экспертном заключении указываются: дата, время и место производства экспертизы; основания производства экспертизы; должностное лицо, назначившее экспертизу; сведения об экспертном учреждении, а также фамилия, имя и отчество эксперта, его образование, специальность, стаж работы, ученая степень и (или) ученое звание, занимаемая должность; сведения о предупреждении эксперта об ответственности за дачу заведомо ложного заключения; вопросы, поставленные перед экспертом; объекты исследований и материалы, представленные для производства судебной экспертизы; данные о лицах, присутствовавших при производстве судебной экспертизы; содержание и результаты исследований с указанием примененных методик; выводы по поставленным перед экспертом вопросам и их обоснование.

Пункты 9 и 10 ч. 1 ст. 204 УПК РФ («содержание и результаты исследований с указанием примененных методик; выводы по поставленным перед экспертом вопросам и их обоснование») развиваются в ст. 25 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

Эта статья содержит три важных дополнения:

- в экспертном заключении должны содержаться не только обоснования выводов, но и оценка результатов проведенных исследований;
- подписи эксперта или комиссии экспертов удостоверяются печатью государственного судебно-экспертного учреждения; если экспертиза проводится вне указанного учреждения, то подпись эксперта (экспертов) заверяется печатью учреждения, в котором они работают;
- документы, фиксирующие ход, условия и результаты исследований, хранятся в государственном судебно-экспертном учреждении; по требованию лица, назначившего экспертизу, указанные документы предоставляются для приобщения к делу.

Согласно ст. 25 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» в экспертном заключении должна содержаться оценка результатов проведенных исследований. В данном случае речь идет не об обосновании вывода, необходимого для ответа на поставленный вопрос, а об анализе экспертом имеющихся в его распоряжении материалов дела и результатов собственных исследований. Этот анализ, по возможности, должен проводиться без использования специальной терминологии (использование специальных терминов эксперт должен разъяснить). Смысл анализа полученных результатов заключается в объяснении следователю, суду, не обладающим специальными познаниями, почему эксперт, как специалист в определенной области науки или техники, пришел к определенному выводу.

Назначение дополнительной и повторной экспертизы во многих случаях связано с низким качеством первичной экспертизы и невнимательным отношением следователя, прокуратуры и суда к экспертному заключению. Согласно ч. 1 ст. 207 УПК РФ основаниями для назначения дополнительной экспертизы являются:

- неполнота заключения;
- неясность заключения (отсутствие четких ответов на поставленные вопросы);
- возникновение новых вопросов в отношении ранее исследованных обстоятельств (если обстоятельство ранее не исследовалось, то назначается первичная экспертиза).

При неполноте или неясности заключения нет необходимости сразу назначать дополнительную экспертизу. Согласно ч. 1 ст. 205 УПК РФ следователь вправе допросить эксперта для разъяснения данного им заключения. Если в ходе допроса следователю не удалось разрешить возникшие у него вопросы, он может назначить дополнительную экспертизу. Закон предоставляет следователю право при назначении дополнительной экспертизы поручить ее производство тому или же другому эксперту. Однако это возможно в тех случаях, когда следователь поручает производство экспертизы конкретному специалисту, а не государственному судебно-экспертному учреждению. В последнем случае вопрос о выборе конкретного эксперта решается руководителем учреждения. Если следователь не удовлетворен качеством первичной экспертизы и не смог разрешить возникшие у него вопросы во время допроса эксперта, он должен назначить повторную экспертизу, которая поручается другому эксперту (экспертам). Согласно ч. 2 ст. 207 УПК РФ повторная экспертиза назначается, если:

- возникли сомнения в обоснованности экспертного заключения;
- имеются противоречия в выводах эксперта или экспертов (в том числе между выводами экспертов, входящих в одну комиссию).

При назначении дополнительной или повторной экспертизы используется бланк № 120 приложения к УПК РФ.

На основании анализа законодательных, лингвистических и искусствоведческих источников и обобщения многолетнего опыта практической работы авторами разработана и предложена следующая градация продукции сексуального содержания:

Эротика. Характерные признаки:

- изображение обнаженной натуры взрослых людей и эротических отношений между ними, где анатомо-физиологические подробности выведены из поля зрения;
- фотоиллюстрации техники полового акта без изображения половых органов, а также рисованные материалы техники полового акта с изображением гениталий в специальной научной и учебной литературе.

Порнография. Характерные признаки:

- натуралистическое изображение полового акта, в том числе и суррогатных его форм (мастурбация) с фиксацией внимания на возбужденных половых органах и анатомо-физиологических подробностях сексуальных действий;
- самоцель показа сексуальных сцен;
- реальность изображения половых актов;
- детализированное изображение с использованием крупного плана, специальных ракурсов, приемов и освещения при показе полового акта, подчеркивающих физиологические и анатомические подробности;
- изображение извращенных форм сексуальных действий (орогенитальные, анальные, гомосексуальные, групповые половые акты);
- изображение нестандартных форм сексуальной активности с предметами, символизирующими сексуального партнера (одежда, обувь, предметы обихода и др.) и нетрадиционных способов сексуального удовлетворения (при причинении или переживании физических или моральных страданий и др.);
- изображение сексуальных действий с применением физического насилия, а равно с лицами, находящимися в беспомощном состоянии;
- изображение нестандартных сексуальных действий с особыми объектами (трупами, животными).

При исследовании произведений искусства (картины, гравюры, скульптуры, художественные фильмы и т.п.) требуется проведение комплексной экспертизы с участием искусствоведов и киноведов для определения художественной ценности материалов.

В литературе встречается понятие «мягкая» порнография (воспроизведение сексуальных сцен) и «жесткая» порнография (демонстрация сцен жестокости и насилия, когда половой акт сопровождается издевательством

над жертвой и т.д.), однако данное разделение при проведении сексологического исследования в юридической практике не предусмотрено.

Детская порнография. Характерные признаки:

- изображение ребенка, совершающего реальный или смоделированный половой акт либо действия, его замещающие (фелляция, куннилингус, анальный секс, мастурбация, в том числе и с использованием фаллоимитаторов);
- изображение в сексуальных целях половых органов ребенка, включая их стимуляцию.

Федеральным законом № 162 от 8 декабря 2003 г. в УК РФ была включена ст. 242 «Изготовление и оборот материалов или предметов с порнографическими изображениями несовершеннолетних». Указанная норма устанавливает ответственность за оборот «материалов или предметов с порнографическими изображениями заведомо несовершеннолетних, а равно привлечение заведомо несовершеннолетних в качестве исполнителей для участия в зрелищных мероприятиях порнографического характера». Таким образом, Российская Федерация привела свое внутреннее уголовное законодательство в соответствие с нормами международного права, которые, с учетом повышенной общественной опасности оборота «детской» порнографии, требуют более жесткого противодействия этим актам преступного поведения.

В связи с появлением в отечественном законодательстве новой уголовной нормы возникает ряд вопросов, например, о том, какие изображения несовершеннолетних являются порнографическими; возможно ли для отнесения изображений несовершеннолетних к порнографии использовать общие критерии или необходимо разработать специальные.

Для ответа на поставленные вопросы целесообразно обратиться к нормам международного права. В статье 2 Факультативного протокола к Конвенции о правах ребенка, касающейся торговли детьми, детской проституции и детской порнографии (Нью-Йорк, 25 мая 2000 г.), дается определение детской порнографии. Согласно этому определению детской порнографией является «любое изображение, какими бы то ни было средствами, ребенка, совершающего реальные или смоделированные откровенно сексуальные действия, или любое изображение половых органов ребенка главным образом в сексуальных целях». Отличием этого определения от дефиниций иных порнографических материалов следует признать отсутствие оценочных понятий «циничное», «натуралистическое», «нездоровое», что существенно расширяет круг изображений и действий, относимых к детской порнографии, по сравнению с порнографическими изображениями взрослых лиц.

Как и другие международно-правовые дефиниции определение «детской» порнографии несвободно от оценочных понятий: «откровенно сек-

суальные», «главным образом». Однако такой подход следует признать оправданным. Использование оценочных понятий позволяет адаптировать предлагаемое определение к национальному законодательству любой страны за счет дифференцированного толкования оценочных понятий.

«Детскую» порнографию (порнографические материалы с участием несовершеннолетних) эксперты в изученных уголовных делах определяют как демонстрацию действий сексуального характера с лицом, не достигшим определенного возраста. С учетом приведенных выше критериев порнографических материалов, порнографию с участием несовершеннолетнего можно определить как детальное изображение половых органов ребенка и самоцельное воспроизведение сексуальных отношений, а также иных действий сексуального характера с его участием. Под ребенком понимаются лица, явно не достигшие совершеннолетия, т. е. 18 лет (ст. 87 УК РФ).

Применительно к ст. 242 определенные сложности вызывает такой признак, как «заведомо несовершеннолетний» возраст лиц, порнографическое изображение которых признается детской порнографией. Отмеченные трудности порождены нечеткостью понятия «несовершеннолетний». В Факультативном протоколе к Конвенции о правах ребенка, касающегося торговли детьми, детской проституции и детской порнографии, употребляется термин «ребенок». Согласно Конвенции ООН о правах ребенка ребенком признается любое лицо, не достигшее 18-летнего возраста. В отечественном уголовном праве несовершеннолетним считается лицо, старше 14, но младше 18 лет (ч. 1 ст. 87 УК РФ). В других нормативных актах термины «несовершеннолетний» и «ребенок» используются как синонимы. Таким образом, в контексте ст. 242 УК термин «несовершеннолетний» должен пониматься в широком смысле как ребенок, т. е. лицо, не достигшее 18-летнего возраста.

В связи с этим возможны два случая, когда виновное лицо заведомо осведомлено о несовершеннолетии лица, явившегося объектом для изготовления порнографических материалов. В первом случае виновное лицо обладает информацией о возрасте несовершеннолетнего. Эта информация может содержаться в самих материалах порнографического характера (название, сопроводительный текст и пр.) либо быть получена из других источников. На практике чаще встречаются ситуации, когда виновное лицо не располагает информацией о паспортном возрасте объекта, изображения которого содержатся в порнографических материалах. В этом случае вывод о возрасте может быть сделан на основании внешнего вида несовершеннолетнего (маленький рост, детские черты лица и пропорции тела, отсутствие или незначительное развитие вторичных половых признаков). При ориентации на внешний вид лица, изображенного в порнографических материалах, могут возникать определенные сложности. Заведомо для виновного несовершеннолетним следует признать лицо, которое, хотя и достигло

18-летия, но (в силу отставания в физическом или сексуальном развитии либо с помощью грима, а равно путем использования технических средств при монтаже) по внешнему виду (внешним признакам) производит впечатление несовершеннолетнего.

Категории и критерии оценки продукции сексуального содержания

Категории	Критерии		
	Характер изображения	Замысел и направленность	Воздействие и восприятие изображения
Эротика	Изображение обнаженной натуры взрослых людей и эротических отношений между ними, при которых анатомо-физиологические подробности выведены из поля зрения	Познавательный, воспитательный, формирование эстетического взгляда на интимные отношения, развлекательный, повышение сексуальной культуры для лиц старше 18 лет	Эстетическое, познавательное восприятие. Чувственное, возможно, половое возбуждение. Не рекомендуется лицам до 18 лет в связи с психофизиологической незрелостью половой функции
Порнография	Изображение половых актов между взрослыми людьми с нарочитой демонстрацией половых органов, в том числе мастурбаторных актов. Натуралистическое изображение извращенных форм сексуальных контактов с элементами насилия, с телами умерших и участием животных	Возбуждение нормативной сексуальности. Пропаганда и поощрение агрессии, насилия, извращенных форм сексуальной активности, безнравственности	Чувственное, половое возбуждение. Может способствовать формированию у несовершеннолетних искаженного представления и выработки ненормативного стереотипа о взаимоотношениях между полами, делая основной акцент на их сексуальных аспектах. Демонстрация преувеличенных физиологических проявлений сексуальной активности и анатомических параметров половых органов, являющихся результатом монтажа и специальных приемов, может способствовать формированию комплекса неполноценности. Пробуждение сексуальных чувств, агрессивных форм поведения, закрепление перверзных тенденций.

Категории	Критерии		
	Характер изображения	Замысел и направленность	Воздействие и восприятие изображения
Порно-графическая детская	Изображение любых сексуальных действий с несовершеннолетними и лицами, не достигшими 14-летнего возраста, в том числе демонстрация их половых органов.	Пропаганда и поощрение педофильных форм сексуальной активности	Пробуждение, закрепление, стимуляция и реализация педофильных форм сексуальной активности, растление несовершеннолетних

Эффективность использования метода

Данная методика была усовершенствована и применялась последние 12 лет в Научно-методическом центре медицинской сексологии и сексопатологии Росздрава, что было обусловлено практической необходимостью экспертной работы, с так называемой эротической продукцией, широко распространившейся на российском рынке после принятия Закона «О печати» в 1992 году.

Сексологические исследования проводились или по просьбе правоохранительных органов с последующим возбуждением уголовных дел в случае признания материалов порнографическими, или издателей, при этом исследования носили превентивный характер с оценкой оригинал-макетов» изданий для возможного исправления спорных материалов. Сексологические исследования и экспертиза 42 % материалов были выполнены по представлению правоохранительных органов и судов, остальные 58 % — издателей. Практически все материалы, представленные правоохранительными органами и судами на исследование, были признаны порнографическими (95 % — порнографические, 5 % — эротические), а материалы, представленные издателями — эротическими (98 % — эротические, 2 % — порнографические).

Результаты сексологических экспертиз за последние 12 лет

Характер материалов	Количество экспертиз		
	На видеокассетах, CD, DVD-дисках	На печатных и рисованных материалах	Всего
Порнографические	256	28	284
Эротические	16	8	24
Всего	272	36	308

Все 308 сексологических экспертиз были проведены по назначению правоохранительных органов и судов на основании постановлений по уголовным делам. Следует отметить, что за последние годы частота обращений учреждений за проведением сексологических экспертиз и исследований в Научно-методический центр медицинской сексологии и сексопатологии Росздрава значительно увеличилась, что указывает на эффективность используемой методики. Изложенные методологические рекомендации проведения сексологического исследования и экспертизы не охватывают всего разнообразия возникающих на практике ситуаций и могут быть дополнены по мере накопления практического экспертного опыта.

СЛЕДСТВЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ

2.1. Типичные версии

В подаваемом заявлении правоохранительным органам о совершении полового преступления должно содержаться четыре основных элемента:

- 1) предупреждение об уголовной ответственности за заведомо ложный донос в соответствии ст. 306 УК РФ;
- 2) изложение обстоятельств происшествия;
- 3) четко выраженная просьба о привлечении виновного к уголовной ответственности;
- 4) разъяснение санкций соответствующей статьи УК и положений ст. 20 УПК РФ о том, что после возбуждения уголовного дела оно не может быть прекращено за примирением сторон.

При сексуальных правонарушениях может иметь место любое из излагаемых ниже обстоятельств, которые должен иметь в виду врач, работающий с жертвой насилия, а сотрудники правоохранительных органов — отрабатывать как *типичные версии*:

1. Половое преступление совершено тем лицом и при тех обстоятельствах, на которые указывает жертва или иной заявитель.

2. Половое преступление совершено, но при других обстоятельствах, иным способом, иным лицом или лицами, нежели те, о которых сообщила жертва или иной заявитель; имели место насилие или обратные действия, либо понуждение, либо добровольное половое сношение при нарушении установленного законом возрастного ценза.

3. Полового преступления не было, имел место добровольный половой акт, но якобы потерпевшая или иной заявитель добросовестно заблуждается в оценке событий. У взрослых это имеет место при изначально легкомысленном поведении потерпевшей, дающим реальные основания другому лицу заблуждаться относительно намерений женщины, особенно при наличии недостаточно выраженного противодействия домогательствам совокупления.

Иногда женщина изначально сама желает вступления в половую связь, но, в силу каких-то причин и обстоятельств, в процессе

начавшегося совокупления она вдруг начинает требовать его прекращения. Однако на этом этапе половых отношений мужчина не всегда способен правильно оценить поведение партнерши и, добросовестно заблуждаясь относительно ее намерений, продолжает свои действия, которые, в конце концов, начинают восприниматься женщиной как изнасилование. При этом нередко сексуальные партнеры находятся в состоянии алкогольного опьянения.

Чаще всего добросовестно заблуждаются в оценке имевших место событий родители несовершеннолетних лиц женского пола, интерпретируя факт добровольного вступления в половую жизнь своих детей как их изнасилование. Несовершеннолетние в случаях таких заявлений крайне стеснительны на допросах и при сборе анамнеза врачом; невротизированы, запуганы своими родителями, которые не только оскорбляют их словесно, но и воздействуют на них физически (избивают, поэтому часть повреждений, если не все, могут быть причинены не мнимым насильником, а родителями мнимой жертвы), склонны никому не противоречить, мало говорят и со всем соглашались, невольно оговаривая своего партнера, плачут. Изредка, уличенные в половой жизни подростки, отводя от себя родительский гнев, сами оговаривают своих партнеров или одного из них.

4. Полового преступления не было, имел место добровольный половой акт, но заявительница по мотивам мести или корысти (иногда из других соображений) умышленно оговаривает своего полового партнера, инсценируя насилие.

5. Полового преступления и полового акта не было, заявление является заведомо ложным, преступление инсценировано.

6. Полового преступления не было, насилие имело иной характер: хулиганство, возможно и с обнажением половых органов преступника или его жертвы; нанесение телесных повреждений; грабеж и т.п.).

7. Имело место покушение на половое преступление, но виновный не сумел его окончить по причинам, возникшим помимо его воли.

8. Имело место покушение на половое преступление с добровольным отказом от его завершения.

9. Полового преступления не было, имели место добровольные сексуальные взаимодействия с добросовестным заблуждением старшего партнера относительно возраста младшего партнера.

Первичные показания потерпевших могут изменяться под влиянием различных обстоятельств (подкуп, запугивание и т.д.), поэтому следователю изначально необходимо позаботиться о профилактике и пресечении подобных воздействий на доверившегося правоохранительным органам человека.

2.2. Особенности допроса взрослой жертвы преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности

Допрос жертвы преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности должен протекать в деловой обстановке без присутствия посторонних. Желательно, чтобы следователь был одного пола с потерпевшей (потерпевшим) либо другого пола, но более старшим по возрасту. Однако эти условия не всегда возможно соблюсти, особенно в сельской местности. В любом случае необходимо вежливое, тактичное обращение с потерпевшей (потерпевшим), ограждение жертвы от излишнего любопытства посторонних. Следует помнить, что подробную картину происшедшего можно получить, только преодолев психоэмоциональное напряжение жертвы преступления, обусловленное естественной стыдливостью при изложении подробностей полового посягательства.

Первый вопрос об обстоятельствах происшествия следует формулировать в общей форме, выслушивая затем свободный рассказ, который позволяет составить суждение о личности допрашиваемого, его интеллекте, темпераменте, компетентности, степени осведомленности в различных вопросах. Лишь затем целесообразно перейти к детализирующим вопросам. Сами вопросы надо задавать, пользуясь медицинской, но общепонятной терминологией, постоянно уточняя, понимает ли допрашиваемое лицо, о чем идет речь. Не следует употреблять специфические медицинские термины вместо общепонятных, например, половой член нельзя называть пенисом, семяизвержение — эякуляцией, напряжение полового члена — эрекцией и т.д., так как при взаимном непонимании сторон возможны ошибки. В любом случае, следует все время уточнять, понимает ли допрашиваемое лицо, о чем точно идет речь. Участие в допросе судебно-медицинского эксперта чрезвычайно полезно, а в некоторых случаях просто необходимо, так как оно позволит избежать

накладок и найти взаимопонимание с человеком любого культурного и умственного уровня. Употребление нецензурных, бранных, циничных выражений и сленга не делает чести следователю, может неблагоприятно отразиться на получении информации. Лишь при допросе людей с явно выраженной интеллектуальной недостаточностью позволительно употребление обывательских или сленговых выражений, доступных их пониманию. Слабоумные, необразованные или малокультурные люди сами иногда, кроме обывательских, используют «детские» выражения, стесняясь при следователе и враче употреблять обычные для них и их среды нецензурные, бранные обозначения половых органов, их частей и сексуальных действий.

В ходе допроса необходимо подробно выяснить элементы возможно совершенного преступления:

- события, предшествовавшие преступлению;
- обстоятельства совершенного преступления;
- события после совершения преступления;
- факты, способствующие установлению личности преступника и возможных свидетелей [28].

События, предшествующие преступлению

Выясняются занятия потерпевшей в день совершения преступления и непосредственно перед происшествием. С максимальной точностью устанавливают:

- время, место и обстоятельства встречи с преступником, какие причины и кто способствовали этой встрече;
- какая одежда (послойно) была на потерпевшей в момент совершения преступления;
- каково было физическое состояние потерпевшей, употребляла ли она алкоголь, лекарственные препараты, токсические вещества, наркотики.

Если имело место употребление алкоголя и т.д., выясняется, что именно употребляла жертва, при каких обстоятельствах, в каком количестве, каким образом, время употребления, самочувствие до и после приема вещества.

Имеет большое значение выяснение поведения потерпевшей перед посягательством. Оно могло быть неблагоприятным, откровенно провоцирующим или неосознанно провоцирующим, наивным, поэто-

му выясняется подробное содержание разговора с преступником перед посягательством. Ценные показания могут дать возможные свидетели отдельных моментов событий, предшествующих преступлению, поведения жертвы, ее отношений и взаимодействия с преступником.

Обстоятельства совершенного преступления

Подробно, с максимальной детализацией выясняются:

- какие конкретно насильственные действия и высказывания совершил преступник, в какой форме;
- как потерпевшая восприняла его действия, что предприняла в ответ; оказала ли она сопротивление и какое, а если нет, то почему;
- звала ли на помощь, если нет, то почему;
- где и как, в какой обстановке, на какой поверхности, в окружении каких предметов протекало насилие, его подробности.

Здесь следует обратить внимание на те моменты, которые могут быть подтверждены при производстве судебно-медицинской экспертизы и других экспертиз. Например, преступник угрожал потерпевшей (потерпевшему) острым предметом, приставлял его к какой-то части тела жертвы, там возможно наличие царапины или поверхностной резаной раны, соответствующей по давности времени совершения преступления. Иной раз преступник бьет жертву своими частями тела или какими-то предметами, причиняя тем самым телесные повреждения не только жертве, но иногда и себе. Следует детализировать, чем конкретно наносились удары, куда, сколько ударов было нанесено, последствия ударов. Удары наносятся различными частями руки: кулаком, ладонью, ладонью (пощечиной) ребром ладони, предплечьем, локтем. Нанесение пощечины не оставляет повреждений на тыле кисти преступника, а у потерпевшего можно иногда найти повреждения на щеке лишь со стороны полости рта; удар локтем (задней поверхностью локтевого сустава) преступника может оставить кровоподтек, осаднение на его локте и т.д. Сдавливание шеи пальцами рук или петлей (удавка, шарф, ворот одежды) оставляет на коже шеи характерные следы (кровоподтеки, ссадины, внутрикожные кровоизлияния, странгуляционную борозду). Сдавливание шеи между плечом и предплечьем преступника часто вызывает диагностические затруднения. Шею можно сдавливать и любым другим предметом, например палкой. Сдавлив-

вание шеи не всегда представляет опасность для жизни. Связывание рук и ног также приводит к образованию характерных повреждений, вплоть до странгуляционных борозд.

При сопротивлении жертвы преступник нередко вынужден удерживать ее руки. Здесь следует выяснить, какие части рук преступник захватывал, так как выраженное сопротивление жертвы ведет к образованию там кровоподтеков. Из-за незначительной толщины подкожной жировой клетчатки на руках кровоподтеки там проявляются уже в первые часы после насилия. Вообще, выраженное сопротивление жертвы оставляет обычно обилие кровоподтеков и ссадин не только на теле жертвы, но и на теле преступника. Заявление потерпевшей о потере сознания вследствие удара по голове часто бывает ширмой симуляции или преувеличения насилия, поэтому его следует воспринимать критически; судебно-медицинская экспертиза может подтвердить или опровергнуть наличие черепно-мозговой травмы.

Далее, у потерпевшей (потерпевшего) надо выяснить, сама ли она раздевалась или ее раздевал преступник, что было снято, что оставалось на теле; как ее раздевал преступник, который мог разрезать, разорвать ее одежду, аккуратно или грубо снимать ее своими руками, а трусы можно снять и ногой. При раздевании жертвы руками преступника возможно осаднение (оцарапывание) ее кожи ногтями преступника в конкретных местах.

Выясняется, зажимала ли, скрещивала ли она свои ноги, а если нет, то почему (неопытность, растерянность, страх); как и чем преступник раздвигал ее ноги (руками, ногами). Разведение ног жертвы руками преступника может оставить на передних и внутренних поверхностях бедер потерпевшей относительно небольшие кровоподтеки, царапины, мелкие прямолинейные и дугообразные ссадины от ногтей. Разведение ног жертвы ногами (коленями и бедрами) преступника может оставить относительно крупные кровоподтеки без осаднений на внутренних поверхностях нижних третей бедер потерпевшей ближе к ее коленным суставам, при этом кровоподтеки иногда обнаруживаются и на ногах преступника в области его коленных суставов, на передних поверхностях голеней.

Подробному выяснению подлежит конкретное место и технические особенности полового сношения. При оговоре невиновного именно выяснение и повторное выяснение мельчайших технических

подробностей насилия и полового акта позволяет выявить неправдоподобности, противоречия и пробелы — умолчания тех моментов, которые должны бы иметь место, но не додуманы оговаривающей стороной. Намечая общую канву повествования, мнимая жертва насилия, как правило, не способна обдумать технические тонкости, которые неспециалисту обычно кажутся «неприличными», циничными. Обыватель даже и подумать не может о возможности их выяснения, откровенно теряется. Следовательно при планировании допроса важно в любом случае подготовиться к этому моменту и эффективно использовать его. При повторном допросе ложь, импровизация часто идут в другом варианте.

Вначале следует спросить, какая одежда была на преступнике. Далее — обнажал ли преступник свой половой член, каким образом обнажался сам: ограничился лишь извлечением из штанов полового члена или приспустил штаны с трусами до колена, либо полностью снял штаны с трусами, не обнажая верхнюю половину тела, либо имело место полное обнажение.

Очень важно знать:

- надевал ли насильник на половой член презерватив;
- что делала потерпевшая в этот момент и почему;
- куда была выброшена упаковка из-под презерватива;
- куда после использования был выброшен презерватив, где он мог остаться;
- завязывал ли преступник после использования презерватив узлом (некоторые имеют эту привычку, чтобы не выливалась сперма).

Далее выясняют, в какой позе и на чем протекал половой акт или иной сексуальный контакт. Например, если он был на кровати, то что непосредственно было постелено под тело (простынь, покрывало, халат и т.п.). Если на земле, то характер *ложа насилия* (сучья хвойных деревьев, шишки, ягодные кустарники, трава, листва или была подстилка из одежды, какая, на что положена).

Важно знать подробности поз в отдельные фазы насилия. Например, сношение протекало в положении потерпевшей лежа спиной на земле или любой иной жесткой поверхности, в тот момент, когда преступник лежал на жертве лицом к лицу. В таком случае характерные наложения элементов *ложа насилия* на одежду или кожу потерпевшей и телесные повреждения будут на ее спине, а у пре-

стопника — на опорных частях рук и ног. Если сношение протекало в колено-локтевом положении жертвы насилия на травматичной, жесткой поверхности, а насильник, стоя на коленях, вводил половой член во влагалище или в задний проход сзади, то подтверждение тому найдем в обнаружении кровоподтеков и ссадин, характерных наложений на опорных частях рук и ног жертвы и преступника (кисти, наружные поверхности предплечий, локтевые суставы, передние поверхности голеней, коленных суставов).

Позы, действия, навязываемые преступником, отражают зачастую его сексуальные привычки и мастурбаторные фантазии, впечатлившие сцены фильмов, диапазон его сексуальной приемлемости.

Важные вопросы по половому взаимодействию в процессе насилия, требующие выяснения в ходе допроса:

- 1) соприкасались ли половые органы жертвы и преступника, вводился ли половой член в естественные отверстия, если да, то в какие, глубина и последовательность его введения в различные естественные отверстия;
- 2) напряжен ли был при этом половой член, выраженность его напряжения, замеченные особенности со стороны половых органов преступника (искривления, в какую сторону был искривлен член, форма члена, наличие на члене родимых пятен, татуировок, инородных тел в крайней плоти, различных поражений кожи, разрастаний на коже, как выглядели эти поражения, иные особенности);
- 3) дотрагивалась ли жертва до половых органов преступника, пыталась ли своей рукой отвести половой член, переломить, вывихнуть его, оторвать, сдавить яички, укусить, откусить половой член, яички, а если нет, то почему; направляла ли она половой член во влагалище, в рот или в задний проход своей рукой, если да, то почему;
- 4) плевал ли куда и мочился ли преступник, где можно обнаружить его слюнки и мочу;
- 5) мочился ли преступник на потерпевшую, кусался или щипался ли он, куда и сколько раз укусил, ущипнул, засасывал ли он ее кожу и на каких участках тела, вводил ли в ее влагалище и задний проход свои пальцы, иные предметы, другие особенности его сексуального поведения;

- 6) было ли больно и где, характер боли, ее длительность, чем, по мнению потерпевшей, была обусловлена боль;
- 7) как долго длился половой акт, закончился ли он семяизвержением; если да, то куда изверглась сперма, что опачкала, где ее можно обнаружить, почему считает, что семяизвержение было во влагалище и т.п.;
- 8) если семяизвержение было в рот потерпевшей (потерпевшему), проглотила или выплюнула она сперму, если выплюнула, то куда, где ее сейчас можно обнаружить, чем вытерла губы, где эта ткань;
- 9) если половой акт или орально-генитальный, анально-генитальный контакт не были завершены семяизвержением, то почему, по мнению потерпевшей, семяизвержения не было;
- 10) что делал преступник, совершая половой акт, что конкретно говорил, что делала и говорила во время акта потерпевшая?

При групповом насилии выясняются подробно действия каждого преступника.

События, последовавшие за совершением преступления

У мужчин после семяизвержения обычно наступает упадок сил, половое влечение временно угасает. Преступники и их жертвы ведут себя различно, необходимо выяснить их поведение и действия после сексуального насилия, обращая особое внимание на наиболее доказательные моменты, способные оставить вещественные доказательства на месте происшествия или на самих действующих лицах преступного события. Стоит подумать о возможных свидетелях действий и состояния жертвы насилия до происшествия и после его совершения, о людях, которым она (он) рассказала о случившемся. Свидетельские показания помогут прояснить картину в целом, и избежать возможной ошибки обвинения невиновного.

Целесообразно выяснить:

- 1) в случаях использования презерватива, где его можно найти;
- 2) вытирал или обмывал ли преступник свои половые органы после сексуальных действий, чем вытирал, где сейчас та ткань;
- 3) угрожал ли насильник потерпевшей в случае ее обращения в правоохранительные органы, пытался ли задобрить, если да, то каким образом, как быстро скрылся с места происшествия, куда, в каком направлении;

- 4) как вела себя и что делала после насилия потерпевшая;
- 5) чем вытирала половые органы, межягодичную щель, губы, где сейчас эта ткань;
- 6) что надела после насилия потерпевшая, где сейчас эта одежда (необходимо иметь в виду, что при длительном нахождении потерпевшей в положении лежа, сперма может подтекать из влагалища вниз по промежности на ложе, а после надевания трусов, сперму надо искать на этих трусах. Иногда женщина трусы не надевает, а просто накидывает на себя халат или т.п., в таком случае подтекающую из влагалища сперму надо искать на халате);
- 7) подмывалась и спринцевалась ли женщина после полового акта во влагалище, испражнялась ли после анально-генитального контакта, чистила ли зубы и принимала ли пищу после семяизвержения в рот (так как все перечисленное ведет к удалению спермы из указанных полостей тела);
- 8) обмывала ли потерпевшая свое тело водой после происшествия, стирала ли одежду, и если да, то какую?
- 9) как скоро у нее созрела мысль заявить о случившемся в правоохранительные органы, как скоро она это сделала, не повлияли ли на ее решение кто-нибудь, а если обратилась поздно, через несколько дней, то причины позднего обращения.

Чрезвычайно важно знать, не имела ли жертва насилия после совершившегося преступления полового акта с другим человеком, если имела, то когда и с кем. Дело в том, что в таком случае при судебно-биологическом исследовании в содержимом влагалища или других естественных отверстий (рот, задний проход), или на коже тела могут быть обнаружены посторонние антигены.

*Факты, способствующие установлению личности преступника
и возможных свидетелей*

Для установления личности преступника необходимо выяснить:

- 1) признаки его внешности, особые и бросающиеся в глаза приметы, в том числе и со стороны половых органов;
- 2) особенности поведения, привычки;
- 3) приметы одежды, особенности нижнего белья;
- 4) наличие на его теле телесных повреждений (кровоподтеки, царапины и т.п.);

- 5) приметы транспортного средства, которым воспользовался преступник;
- 6) пути его прихода и отхода;
- 7) содержание разговоров с упоминанием имен, адресов, местности, населенных пунктов, организаций, профессии, места работы, об обычном и любимом им досуге, местах его проведения и т.п., не встречался ли снова с ней насильник или его родственники, друзья.
- 8) в случаях хищения вещей и ценностей выясняются приметы похищенного.

При необходимости изготавливается фотокомпозиционный или рисованный портрет преступника, который в дальнейшем можно использовать при проведении оперативно-розыскных мероприятий. Подобным образом устанавливаются возможные свидетели происшествия.

В случаях, когда потерпевшая и насильник знакомы, основное внимание уделяется характеру их взаимоотношений: периоду знакомства, наличию близости в прошлом, часто ли и по какому поводу встречались, есть ли у нее его письма, фотографии, не домогался ли он половой связи и раньше, каким образом, чем это заканчивалось [37]. Следует помнить, что сильные эмоции часто влекут за собой дефекты восприятия наблюдаемого, а пробелы памяти могут восполняться произвольно ложными воспоминаниями, особенно после сильного алкогольного опьянения.

Подобным образом должен протекать допрос и потерпевших мужского пола.

2.3. Особенности допроса несовершеннолетних потерпевших

В соответствии со ст. 191 УПК РФ при допросе малолетних обязательно присутствие педагога, а при допросе несовершеннолетних педагог приглашается по усмотрению следователя. При допросе несовершеннолетнего потерпевшего или свидетеля вправе присутствовать его законный представитель.

Приглашая педагога, надо заранее убедиться, что его помощь в допросе будет существенной и не окажет отрицательного влияния на получение достоверной информации. Почувствовав обыватель-

ское любопытство, угрозу каким-либо его интересам, уловив нравоучительный тон, ребенок замкнется, информация может стать недоступной или искаженной. Поэтому желательно приглашать педагога, имеющего образование психолога, которых в настоящее время немало в самой системе МВД. Регламентация закона обязательна для исполнения, но иногда предпочтительней обратиться за помощью еще и к детскому психиатру. Весь ход допроса целесообразно фиксировать с помощью звуко- или видеозаписи, однако видеозапись имеет свойство оказывать отвлекающее и стесняющее влияние. Хороших результатов можно достичь, пригласив участвовать в допросе судебно-медицинского эксперта.

Обязательно надо представиться ребенку, объяснить ему цель выполняемых действий, убедить его в доброжелательности, сказать, что от полноты и точности полученной от него информации зависит успешность розыска, изобличения и наказания его обидчика. В ходе допроса выясняются те же самые моменты, что и при допросе взрослых, но важно еще выяснить, знал ли преступник о возрасте жертвы, месте учебы, подругах, друзьях жертвы.

Несовершеннолетние, особенно малолетние, как и некоторые психически больные люди, могут фантазировать в эротическом плане, настойчиво повторять вымышленные ими показания, а также воспроизводить то, что им было внушено, например, родителями, то, что они где-то и от кого-то слышали, утверждая, что наблюдали это сами, что это было с ними. Особенно осторожными надо быть при наличии у несовершеннолетних патологии психики и темпа полового созревания в сторону его ускорения. Следует учитывать возможность внушения малолетнему (несовершеннолетнему) его родителями других событий и обстоятельств совершенного преступления, нежели тех, которые действительно имели место; например, имели место развратные действия, но ребенок упорно повторяет измышления своих родителей о якобы имевшем место изнасиловании. Лица, ущербные в психическом плане, особенно легко внушаемы.

Случается, что пострадавший ребенок явно говорит неправду, скрывает имя известного ему преступника. В большинстве таких случаев преступником является близкий ребенку человек (отец, мать, брат).

Малолетнему дошкольнику и младшему школьнику часто непонятны сексуальные действия преступника, его выражения; могут быть непонятны и вопросы следователя по поводу обстоятельств и сути совершенного преступления. Вопросы ребенку следует задавать, пользуясь общепринятой медицинской терминологией, но в каждом случае уточняя, понимает ли ребенок о чем идет речь, разъясняя ему непонятное с использованием «детских», понятных ему выражений. Беседа должна идти свободно, естественно, без ханжеской стеснительности, без неуместного веселья, развязанности, излишнего обывательского любопытства. Вести результативную беседу с ребенком — искусство.

Например, ребенок не понимает значение словосочетания половой член, уместно использовать понятные ему выражения «пися», «петушок», «пипка» и т.п. Женские половые органы ребенок часто знает под выражением «курочка». Влагалище можно обозначить как дырочку в писе или в «курочке», задний проход — дырочкой в попе. Говоря о семяизвержении, можно определить это явление как вытекание из полового члена белой липкой жидкости, водички, слизи. Некоторые дети сравнивают сперму со слизистыми выделениями из носа: «...соплями из писи мне все лицо вымазал». В различных культурах имеются свои, местные «детские» и обывательские обозначения половых органов и сексуальных действий.

Перед письменной фиксацией ответов следователю следует убедиться, что он правильно интерпретирует ответ допрашиваемого несовершеннолетнего, воспроизводя его словесно перед ним во избежание недоразумений, и в той форме, в которой ответ будет зафиксирован.

Не стоит заблуждаться относительно сексуальной латентности детей. Уже к младшему школьному возрасту свыше половины мальчиков и девочек относительно хорошо осведомлены в основных вопросах пола и в сути сексуальных действий; имеют знания не только о различии между полами, но и о сущности полового акта, беременности. Многие непосредственно наблюдали акты мастурбации, половые акты в порнофильмах, вне или внутри семьи (см. главу «Сексуальное поведение молодежи в России»). Заслуживают внимания основные словесные формы полученных знаний о поле: в медицинской терминологии эти знания получили 27 % мальчиков

и 43 % девочек, в обывательских выражениях — 42 % мальчиков и 52 % девочек, в циничных и нецензурных выражениях знания получили 26 % мальчиков и 2 % девочек, в «детских» — 5 % мальчиков и 3 % девочек [24].

2.4. Особенности допроса подозреваемого (обвиняемого)

Подозреваемый обычно понимает, что следователь располагает недостаточным материалом, уличающим его в совершении преступления, и пытается все отрицать. Чем раньше от момента совершения преступления проводится допрос подозреваемого, тем более он эффективен, так как преступник часто еще не имеет продуманных ложных доводов своей невинности, находится в состоянии нервного возбуждения, смятенной неуверенности в себе. Следует максимально детализировать излагаемое подозреваемым, особенно ссылки на алиби, характер знакомства с жертвой. Лжесвидетели и подозреваемый (обвиняемый), при всем их желании, никогда не договорятся о мельчайших деталях своих измышлений. Чем больше подозреваемый войдет в противоречия с самим собой и со лжесвидетелями, тем легче будет изобличить ложь.

При допросе подозреваемого в совершении полового преступления имеется особенность, требующая ее отражения: необходимо собрать сведения о половой жизни допрашиваемого, ориентирах его полового влечения, а также, с кем и когда он в последний раз совершал половой акт (более подробно в разделе «Судбно-медицинская экспертиза лиц мужского пола»). В случаях изнасилований и актов мужеложства следует избегать наведения допрашиваемого на мысль сослаться на импотенцию (эректильную дисфункцию).

Нарушения потенции не влияют на способность совершать развратные действия, а также не всегда исключают возможность введения полового члена в какое-либо естественное отверстие, совершения иных действий сексуального характера.

При охотном признании подозреваемым своей вины до предъявления ему неопровержимых доказательств, надо тщательно проверить версию о самооговоре [37]. Сексуальные преступники иногда имеют психические аномалии, поэтому важно установление психического состояния подозреваемого (обвиняемого). Должно быть понятно, что в данном руководстве нет необходимости излагать общую

тактику ведения допроса и особенности расследования деяний, совершенных лицами с психическими аномалиями. Здесь рассмотрены только особенности допросов в случаях половых преступлений.

2.5. Особенности осмотра места происшествия

При половых преступлениях доказательства биологического происхождения можно обнаружить в следующих местах и на следующих предметах: в содержимом влагалища, рта, прямой кишки потерпевших, а также в следах-наложениях на половых органах подозреваемых, на кожных покровах и одежде потерпевших и подозреваемых, в подногтевом содержимом пальцев рук. Кроме того, на различных предметах с места происшествия: постельных принадлежностях, презервативах, фаллоимитаторах, анальных пробках, прочих предметах и приспособлениях для мастурбаторной активности, окурках, предметах, с помощью которых могли быть нанесены телесные повреждения и т.д. Исследуются и соответствующие объекты-образцы, изъятые для сравнительного исследования. Кроме того, необходимо направлять свои усилия на поиск временных маркеров, таких, как грунт, частицы растений, загрязнения на каких-то участках тела и т.п.

Важно обеспечить участие в осмотре места происшествия самой потерпевшей или потерпевшего. С помощью жертвы преступления можно точно определить место совершения преступного сексуального контакта, пути подхода и ухода преступника, место нахождения различных следов. Следы пребывания преступника, жертвы преступления и возможных свидетелей на месте происшествия необходимо обнаружить, зафиксировать и изъять. Ими могут быть следы транспортных средств, обуви, ног, рук (причем различных их частей — коленей, локтей, ладоней), зубов, микрочастицы, предметы, принадлежащие преступнику и его жертве (окурки, заколки и т.п.), различные следы биологического происхождения (волосы с головы, лобка, других частей тела, кровь, сперма, слюна, моча, кал, выделения из уретры, влагалища, носа, пот), следы борьбы.

Оценивается соответствие обстановки и следов показаниям потерпевшей (потерпевшего), возможная демонстративность или отсутствие следов, которые должны быть, судя по описанию потерпевшей (так называемые «негативные обстоятельства»). На место

происшествия необходимо посмотреть с точки зрения возможности совершения насильственного полового акта (возможность и возможные пути проникновения преступника в помещение, слышимость в соседних помещениях, домах или квартирах, на улице, отдаленность от дороги, общественного места и т.п.). Осмотр производится в соответствии с основными принципами тактики осмотра места происшествия и завершается изъятием следов [37].

При отыскании следов, которые могли образоваться от спермы, обращают внимание на характерные извилистые очертания, жестковатость, беловато-желтоватый или сероватый цвет пятен на текстильных тканях, беловатые корочки на негигроскопичных поверхностях. Не следует оцупывать пятна из-за опасности нанесения собственных антигенов. При подозрении на опачкивания спермой ткань следует посылать в лабораторию полностью, без вырезания из них каких-либо кусочков. Упаковке подлежит только просушенная ткань. Необходимо обратить внимание на постельные принадлежности, верхнюю одежду и нижнее белье жертвы, гигиенические прокладки, в том числе и выброшенные в мусор, влагалищные тампоны. Их надлежит изъять для направления в судебно-медицинскую лабораторию для судебно-биологического и судебно-цитологического исследования. Аналогичным образом в дальнейшем поступают с одеждой и бельем подозреваемого.

Если следы крови или спермы не видны при обычном осмотре в условиях естественного или искусственного освещения, но не исключается их присутствие, то следует применить косопадающий свет, а также иметь для этой цели источник ультрафиолетовых лучей. При наличии малого количества биологических объектов к реакциям с перекисью водорода, бензидином или люминолом следует прибегать осторожно, так как недостаточно осторожное применение этих реактивов может приводить к утрате вещественных доказательств. Реакции с этими веществами допустимы только при наличии большого количества исследуемого материала с принятием мер по изоляции его основной части.

Если есть возможность, то лучше изъять предмет со следами целиком (одежда, штора, простынь, кусок обоев и т.д.). Преимущество такого способа, что при его применении не изменяется форма следа, а в лаборатории могут быть выявлены следы, не замеченные ранее.

Исследование целого предмета облегчает разрешение вопроса и о механизме слеодообразования. Для этого только необходимо промаркировать верх, низ предоставляемого на экспертизу предмета, а также указать сведения, откуда и где изъят предмет, на какой высоте он находился, приложить схему с отметкой локализации предмета от неподвижных объектов. От некоторых объектов можно изъять часть путем отпиливания, отрезания и т.п. Если нет возможности изъять даже часть предмета, прибегают к соскобу или смыву.

На следы крови на месте происшествия бывает похожа ржавчина, краска, колонии бактерий, экскременты насекомых. Сами же следы крови могут иметь различный цвет, но чаще встречаются бурый, красновато-коричневый, темно-красный цвета; при загнивании появляется зеленоватая окраска; под воздействием холода кровь становится ярко-красной. Иногда только после проведения лабораторных исследований можно с уверенностью сказать, кровь это или нет. В таких случаях на месте происшествия уместно говорить о пятнах такого-то цвета, похожих на кровь.

Кровь не всегда происходит из повреждений. Она может быть менструальной, истекать из дыхательных путей (кровохаркания, носовые кровотечения), из вскрывшихся гнойников, из пищевода, из геморроидальных узлов, из раздавленных насекомых. Региональное происхождение крови можно установить только в лабораторных условиях.

Задача диагностики регионального происхождения клеток при проведении судебно-медицинских экспертиз по делам о половых преступлениях стоит перед судебно-медицинским экспертом-цитологом. Большое значение здесь имеет установление примеси вагинального содержимого в следах спермы на вещественных доказательствах, без которого трудно, а порой просто невозможно, правильно оценить результаты выявленных в следах групповых факторов системы АВ0 и высказаться о возможных групповых свойствах подозреваемого. В настоящее время существуют достоверные критерии диагностики регионального происхождения изолированных клеток слизистых оболочек влагалища и рта, основанные на исследовании морфологических и цитохимических свойств этих клеток. Модифицирована методика определения слюны в следах на вещественных доказательствах по амилазной активности, что поз-

воляет провести исследование микроследов слюны и содержащихся в них клеток буккального эпителия без потери последних.

Есть еще важный криминалистический момент. Известно, что по состоянию вагинальных клеток можно судить об эстрогенной насыщенности организма женщины и фазе менструального цикла. Тем самым, могут быть получены дополнительные данные, подтверждающие факт полового сношения подозреваемого с определенной женщиной. Например, по мазку можно сделать вывод о возможной принадлежности клеток женщине, находящейся в менопаузе (атрофический тип мазка), или девочке препубертатного возраста (парабазальные клетки глубоких слоев). В таких случаях ссылка подозреваемого на половой акт с женщиной иного возраста при сравнительном исследовании мазков может быть опровергнута, даже при одноклассности крови потерпевшей и той женщины, на половой акт с которой ссылается подозреваемый (Н.Г. Шалаев, 1966).

Следы крови или спермы с места происшествия изымаются обычно путем смыва или соскоба. Вся процедура изъятия выполняется в чистых резиновых перчатках для предупреждения возможного заноса в изымаемый материал с потожировыми выделениями собственных антигенов.

Для изъятия используется чистый бинт (марля), от которого отрезают кусочек для контрольных серологических исследований и помещают его в чистый бумажный конверт (пакетик); двумя другими кусочками, отрезанными от того же бинта (марли), делают смывы: одним — обнаруженного объекта, другим — контрольный смыв с незапятнанного участка предмета — носителя следа.

Марля для всех смывов и контрольный участок обязательно должны браться от одного куска бинта. Размеры кусочков для смывов объектов должны иметь размеры примерно 2×2 см, быть сложенными в 3–4 слоя. Для очень малых следов из куска марли берут нитку или пучок ниток. Перед смывами марлю слегка увлажняют водой, отжимают пальцами. Обнаруженное пятно тщательно протирают разными сторонами кусочка марли, стараясь полностью перевести его в марлю. Незапятнанный участок предмета — носителя следа также протирают разными сторонами слегка увлажненного кусочка марли.

Марля с изъятими объектами перед упаковкой просушивается вдали от источников тепла и прямых солнечных лучей при обычной ком-

натной температуре; только затем все кусочки марли упаковываются отдельно друг от друга, т. е. в разные пакеты, завернув их в белую неворсистую бумагу (для пишущих машинок). Высушенные объекты не следует упаковывать в полиэтилен или герметично закрывающуюся стеклянную посуду без предварительной их упаковки в гигроскопичные бумажные пакеты, так как там даже небольшая влажность предметов приводит к загниванию объектов, что делает невозможным обнаружение доказательств и установление их групповых свойств.

Изыятый объект, контрольный образец предмета-носителя (смывы или соскобы), контрольный чистый участок марли, которая использовалась для смывов, всегда надо упаковывать отдельно друг от друга в разные пакеты. Пакеты подписываются, печатаются, к ним прилагается направление в судебно-медицинскую лабораторию с изложением обстоятельств изъятия объектов, описью изъятых, вопросом о наличии в смывах спермы, а в случаях изъятия крови — о групповой ее принадлежности.

В некоторых случаях с предметов (не с кожи) вместо смыва можно изъять соскоб объекта с обязательным контрольным соскобом в отдельный бумажный пакет. Малые предметы, опачканные биологическими выделениями, можно изъять целиком. Для обнаружения доказательств сексуального преступления в подногтевом содержимом с кистей жертвы насилия и предполагаемого виновника делают срезы свободных краев ногтей, с каждой руки в отдельный бумажный пакетик.

Снег с кровью или другими биологическими объектами ложечкой помещают на марлю, сложенную в 3—4 слоя, лежащую на чистой и обезжиренной поверхности, затем вносят в теплое помещение. Снег должен таять вдали от источников тепла на марле. Марля с оттаявшим объектом высушивается и упаковывается. Аналогичным образом поступают с контрольной порцией чистого снега. Кроме того, в лабораторию обязательно надо представить чистый контрольный участок марли в отдельном бумажном пакете.

Грунт со следами крови или спермы берут на всю глубину его предполагаемого пропитывания, измельчают на обезжиренной поверхности (тарелка, блюдо), укладывают тонким слоем и высушивают. Не забывают и о контрольной порции расположенного рядом участка грунта.

Следы слюны могут находиться на посуде, на остатках пищи в местах откусов, на окурках, на почтовых марках и конвертах, просто на полу или стене. Окурки указывают на особенности способа их тушения, особенности прикуса курильщика, они могут иметь отпечатки губ, наложения губной помады. Помещать окурки надо по отдельности в бумажные пакеты с помощью пинцета или через чистые резиновые перчатки, при этом упаковке подлежат только высушенные окурки.

Потожировые выделения человека могут быть обнаружены на расческах, одежде, обуви, головных уборах, в отпечатках пальцев.

В моче можно выявить групповые антигены системы АВ0, клетки уретрального эпителия, что позволяет установить также и пол мочившегося. В следах кала групповые антигены не выявляются, но по их внешнему виду можно иногда установить половую принадлежность оправлявшегося, предположить наличие определенных заболеваний. Бумага, использовавшаяся в качестве подтирки, может оказаться документом, способствующим изобличению преступника, кроме того, на ней иногда можно обнаружить отпечатки пальцев.

Обнаруженные волосы следует подбирать пальцами с обязательным использованием резиновых перчаток или пинцетом с мягким резиновым наконечником. Отсутствие мягкого наконечника травмирует волос и делает его непригодным к идентификации. Надо постараться изъять как можно больше волос, так как их ограниченное количество делает выводы о сходстве волос недостаточно конкретными. На месте происшествия могут быть волосы различного регионального происхождения (голова, брови, усы, борода, с туловища, лобка, области ануса). Волосы размещают по отдельным бумажным пакетикам, в зависимости от мест их обнаружения и регионального происхождения.

При обнаружении на месте происшествия использованного презерватива его содержимое перемещают на марлю, не забывая о чистом контрольном участке марли. Сам презерватив вместе с высушенным на марле содержимым и ее контрольным участком также направляют в лабораторию. На наружной поверхности презерватива можно обнаружить клетки жертвы, а на внутренней его поверхности — клетки преступника. На половом члене преступника обнаруживаются спермацидные химические вещества, содержащиеся в презервативе.

При совершении насилия с введением полового члена в задний проход может использоваться жиросодержащее или иное вещество, облегчающее проникновение полового члена в прямую кишку, поэтому необходимо обратить внимание на возможность нахождения на месте происшествия этого вещества. Раньше часто в подобных случаях использовали вазелин, но возможно применение и любой другой основы (кремы, сливочное масло, мыло, слюна и т.п.).

Следы механического происхождения изымаются обычными способами, описанными в руководствах по криминалистике, с использованием гипса, специальных паст и т.д.

Следует помнить, что вещественные доказательства на месте происшествия изымает следователь, а эксперт лишь содействует их изъятию. Следователь упаковывает и опечатывает вещественные доказательства в присутствии понятых, направляет их в лабораторию с соответствующим постановлением.

Решающую роль в рациональном отборе вещественных доказательств приобретает осведомленность юристов в вопросах, связанных с возможностями судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств при половых преступлениях. Последующая эффективность лабораторных исследований зависит от объективных и субъективных факторов.

1. Объективные факторы:

1. Попытки подозреваемого уничтожить следы путем их смывания с половых органов или со всего тела, застирывания одежды.
2. Санитарно-гигиенические мероприятия, предпринятые потерпевшей после происшествия, в том числе спринцевания и использования спермицидных средств.
3. Использование насильником презервативов.
4. Совершение насильником полового акта без ссмяизвержения.
5. Временной фактор, т. е. период времени от момента совершения преступления до момента изъятия материала для исследования. Этот период зависит не только от реагирования жертвы на случившееся, но и от реагирования правоохранительных органов на поступившее заявление о сексуальном преступлении.
6. Уровень информированности и подготовленности врачей других специальностей к проведению мероприятий по изъятию и сохранению следов у жертв сексуального насилия.

II. Субъективные факторы:

1. Качество изъятия объектов.
2. Перечень объектов, изымаемых при осмотре потерпевших.

Например, незначительный процент обнаружения спермы на кожных покровах изнасилованных (по нашим данным, в пределах 0,4 %), можно объяснить недостаточной подготовкой СМЭ, обычной практикой исключения экспертами кожных покровов участников преступных событий из своего профессионального внимания.

3. Уровень интеллекта и добросовестности следователя и эксперта.

После задержания подозреваемого необходимо незамедлительно обследовать его с привлечением судебно-медицинского эксперта. При этом проводится обыск с изъятием одежды, белья, обуви подозреваемого, в которых он мог находиться при совершении преступления. Изымая и осматривая одежду подозреваемого, необходимо предохранять ее от попадания посторонних микрочастиц и загрязнений. Нельзя допускать какого-либо контакта одежды подозреваемого с одеждой потерпевшей (потерпевшего).

Обыск и предъявление подозреваемого для опознания жертве преступления и свидетелям проводятся обычными способами.

Установление и задержание преступника

В случаях, когда сообщение о совершении полового преступления незнакомым жертве преступником поступает сразу же после его совершения, розыск возможен по «горячим следам» с использованием служебно-розыскной собаки. «Прочесываются» все места возможного укрытия преступника, одновременно предусматриваются заградительные мероприятия, с наблюдением на вокзалах, пристанях, дорогах, выходящих из населенного пункта и т.п. Потерпевших и, по возможности, свидетелей можно привлечь к патрулированию в местах возможного появления преступников.

Необходимо провести тщательную проверку лиц, которые в силу своих личностных особенностей могли совершить половое посягательство (алкоголики, наркоманы, судимые за изнасилования или развратные действия, мужеложство, недавно освобожденные из мест лишения свободы, замеченные в психосексуальных отклонениях, циничных выходках, пристаиваниях к людям с предло-

жениями сексуального характера и т.д.). Важно проанализировать оперативные сводки о преступлениях, совершенных в день полового посягательства, до и после него. Должны привлечь внимание аналогичные половые посягательства в других, близлежащих населенных пунктах [37].

После задержания подозреваемого необходимо незамедлительно обследовать его с привлечением судебно-медицинского эксперта. При этом проводится обыск с изъятием одежды, белья, обуви подозреваемого, в которых он мог находиться при совершении преступления. Изымая и осматривая одежду подозреваемого, необходимо предохранять ее от попадания посторонних микрочастиц и загрязнений. Нельзя допускать какого-либо контакта одежды подозреваемого с одеждой потерпевшей (потерпевшего). Сразу же с рук подозреваемого (и жертвы) должны быть срезаны ногти, с каждой руки в отдельный бумажный пакетик.

Обыск и предъявление подозреваемого для опознания жертве преступления и свидетелям проводятся обычным образом.

Теперь следует кратко пояснить о возможностях исследования подногтевого содержимого рук потерпевших и подозреваемых при половых преступлениях, поскольку подногтевое содержимое является одним из важнейших вещественных доказательств при половых преступлениях. В нем, наряду с собственными эпидермальными чешуйками, частицами волос, текстильных волокон, кровью, влагалищным, буккальным и ректальным эпителием, слюной, спермой, элементами кала, могут быть обнаружены клетки поверхностных и глубоких слоев кожи другого человека, если по отношению к нему пальцами совершались хватательные или царапающие движения, даже не оставившие видимых повреждений.

При экспертизе подногтевого содержимого устанавливается наличие крови и клеток, их видовая, групповая, органно-тканевая принадлежность, а также возможность происхождения от конкретного человека. Вопрос о половой принадлежности источника следов может быть разрешен только при выявлении ядер лейкоцитов крови или ядросодержащих клеток, например, глубоких слоев кожи и др. Половая принадлежность клеток ороговевшего эпителия кожи (безъядерных клеток эпидермиса) не может быть определена из-за отсутствия в них ядер.

Информационное значение выявленных безъядерных клеток зависит от определенных сочетаний группоспецифических антигенов у потерпевшего и подозреваемого. Категорический вывод о факте примеси безъядерных клеток от постороннего человека может быть сделан только при выявлении в них группоспецифических антигенов, отсутствующих у владельца ногтей. Одногруппность проходящих по делу лиц, а также принадлежность исследуемого к группе АВ0, или второго участника события — к группе 0_{аф} не позволяют прийти к конкретному выводу о присутствии в исследуемом подногтевом содержимом клеток ороговевшего эпителия кожи другого человека, вывод может быть лишь не исключающим (Л.А. Ревнитская, А.Л. Федоровцев, 1998). При этом надо иметь в виду, что перечисленные следы-наложения в подногтевом содержимом находятся в чрезвычайно малых количествах а также в едином комплексе, поэтому первоочередной задачей экспертизы является исключение потери какого-либо из них. Оптимальный срок изъятия подногтевого содержимого пальцев рук составляет не более 3 дней с момента происшествия.

2.6. Основные вопросы к судебно-медицинскому эксперту и оценка ответов на них

Следы биологического происхождения на вещественных доказательствах приобретают особое значение, когда отсутствуют иные источники информации или их крайне мало. Неудачные попытки полного уничтожения либо фальсификации следов повышает удельный их вес в системе вещественных доказательств. Следственная и экспертная практика показывает, что незнание возможностей судебно-медицинской экспертизы выражается в неправильном определении задания эксперту, а это может повлечь за собой необратимую утрату имеющейся информации в следах.

Кроме того, при расследовании уголовных дел в связи с половыми преступлениями, при проведении соответствующих экспертиз не следует полагаться на показания потерпевших, так как жертвы предполагаемого сексуального насилия не всегда могут понять свои ощущения и поэтому способны добросовестно заблуждаться относительно того, имело ли место введение полового члена во влагалище, было ли семяизвержение в него и т.д. Нередко потерпевшие

не могут точно указать, какие сексуальные действия с ними совершались, поэтому без выявления объективных доказательств невозможно осуществление правосудия. Конечной целью экспертных исследований этих доказательств является решение вопроса о возможности происхождения выявленных следов от конкретного человека. Они позволяют следователю воссоздать обстановку, в которой было совершено преступление, значительно сузить круг подозреваемых лиц, а в некоторых случаях неопровержимо изобличить виновного или, наоборот, исключить подозреваемого человека. Значение факта обнаружения следов биологического происхождения в настоящее время возрастает, так как по ним может быть проведено молекулярно-генетическое идентификационное исследование.

В соответствии со ст. 10 ФЗ № 73 от 31.05.2001 г. «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» объектами исследований, среди других, являются вещественные доказательства и образцы для сравнительного исследования. Согласно ст. 81 УПК РФ вещественными доказательствами являются следующие предметы:

- 1) которые служили орудиями преступления или сохранили на себе следы преступления;
- 2) на которые были направлены преступные действия;
- 3) иные предметы и документы, которые могут служить средствами для обнаружения преступления и установления обстоятельств уголовного дела.

По объему информации, содержащейся в том или ином образце, например, о признаках и свойствах материального объекта, об их совпадении или отличии, решается вопрос о причастности того или иного лица к совершению преступления. Несомненно, что факт сексуального насилия может подтвердить лишь совокупность объективных доказательств, иначе легко впасть в ошибку и осудить невиновного. Совершение половых преступлений сопровождается возникновением специфических следов, свидетельствующих как о насильственном характере расследуемого преступления, так и о его отдельных обстоятельствах, о способе совершения сексуального насилия, о факте пребывания подозреваемого на месте происшествия. Например, к подобным следам при сексуальном насилии можно отнести:

- 1) следы борьбы на месте происшествия (перевернутая мебель, битая посуда, оторванные элементы одежды и т.п.);

- 2) повреждения на одежде жертвы;
- 3) наличие или отсутствие следов наркотических средств или алкоголя на месте происшествия и в крови потерпевшей;
- 4) телесные повреждения у жертвы насилия и у насильника;
- 5) следы пребывания потерпевшей и насильника на месте происшествия (в том числе, следы биологического происхождения);
- 6) следы биологического происхождения (кровь, сперма, слюна, волосы и т.п.);
- 7) микроследы волокон одежды преступника и жертвы, перенесенные с одной на другую в процессе их физического контакта;
- 8) следы от колен и локтей преступника, которые нередко образуются в ходе насилия на открытой местности на мягком грунте.

К объективным доказательствам сексуальных преступлений с судебно-медицинской точки зрения, среди прочих, относятся следы биологического происхождения, которые могут быть выявлены на теле и одежде потерпевших и подозреваемых, на предметах, изъятых с места происшествия. Часто по делам о преступлениях на сексуальной почве такие важные источники доказательств, как показания потерпевших и обвиняемых, в процессе расследования теряют свою доказательственную силу из-за отказа от них по различным причинам или изменения первоначальных показаний. К тому же, половые преступления, как правило, совершаются без свидетелей. Поэтому особое значение приобретают следы биологического происхождения на вещественных доказательствах при расследовании неочевидных преступлений против личности. Указанные следы несут информацию о свойствах и признаках лица, оставившего их, использование которой в процессе расследования преступлений способствует установлению истины по уголовному делу, поскольку решение вопроса о том, кто совершил преступление, является одним из основных вопросов предмета доказывания по уголовному делу.

Доказательства биологического происхождения приобретают особое значение, когда вообще отсутствуют иные источники информации об обстоятельствах совершенного преступления или их крайне мало, например, отсутствуют или непригодны для исследования традиционные следы преступления (ног, рук, транспортных средств и других). Для выявления следов биологического происхождения на вещественных доказательствах, свидетельствующих о сексуальном на-

силлии, применяются различные судебно-медицинские лабораторные исследования. Ведущую роль среди них играют биологические, цитологические и молекулярно-генетические экспертные исследования.

Первые вопросы, которыми должен задаться следователь — имеются ли телесные повреждения у потерпевшей (потерпевшего) и подозреваемого; если да, то какие, их локализация, механизм и давность образования, степень тяжести.

Если телесных повреждений нет, то это не значит, что преступление не имело место. Глубокие кровоподтеки в первые сутки просто могли не проявиться; кроме того, сопротивление жертвы могло быть сломлено угрозами, неопытностью жертвы, ее физической слабостью, жертва могла находиться в беспомощном состоянии. Если телесные повреждения имеются, то важна оценка давности их происхождения. Многие врачи неправильно и неполно описывают в медицинской документации имеющиеся телесные повреждения (не указывают локализацию, размеры, морфологию, цвет, наличие и характер корочек на ссадинах и пр.), в результате чего установить давность образования повреждений не представляется возможным. Они могли произойти и в иной срок, не соответствующий возможному происшествию. Локализация и характер повреждений должны соответствовать данным опроса жертвы преступления (см. главу «Допрос взрослой жертвы»).

Не следует задавать вопросы: характерны ли данные повреждения для борьбы или самообороны; характерны ли они для изнасилования, развратных действий, мужеложства, так как эти понятия (борьба, изнасилование и т.д.) не являются медицинскими, выходят за пределы компетенции врача. Если эксперт отвечает, что повреждения, например, множественные, мелкие кровоподтеки с ссадинами на внутренних поверхностях бедер характерны для изнасилования, значит, он даже не имеет представления о пределах своей компетенции.

Эксперту не следует делать категоричные выводы о том, что, например, разрыв девственной плевы или повреждения слизистой оболочки заднего прохода произошли от воздействия полового члена. Здесь уместна иная форма выводов, например, нарушение целостности девственной плевы произошло при введении во влагалище твердого тупого предмета, по форме и размерам напоминающим напряженный половой член человека. Принципиальная разница заключается

в том, что лишь категоричная форма выводов является доказательственной, тогда как девственную плеву можно нарушить пальцем, фаллоимитатором, огурцом, сарделькой и пр. предметами.

Любая прижизненная, свежая травма проявляется кровоизлияниями. Если в исследовательской части заключения нет сведений о кровоизлиянии в девственную плеву, это значит, что не было и свежей травмы. Особенно осторожными надо быть, если плева осматривалась не судебно-медицинским экспертом, а врачом иной специальности, к примеру, гинекологом, которых довольно часто привлекают к осмотру изнасилованных там, где нет судебных медиков. К сожалению, гинекологи далеки от изучения криминалистических аспектов травм половых органов и девственной плевы, нередко являются психологически зависимыми от сообщенных им предварительных сведений, т. е. — необъективными.

Все обучение студентов-медиков строится на принципе взаимного доверия врача и его пациента, поэтому многие врачи склонны доверять всем сообщаемым им сведениям, часто основывают свои диагнозы лишь на жалобах больных (свидетельствуемых). В нашей практике бывали случаи, когда гинекологи, добросовестно заблуждаясь, давали заключения, что с малолетними девочками совершались половые акты, однако при осмотрах этих девочек судебно-медицинскими экспертами не было обнаружено никаких повреждений девственной плевы. В некоторых случаях отверстие плевы даже не пропускало кончик мизинца, не говоря уже о том, что при введениях полового члена взрослого мужчины во влагалище малолетним девочкам, не достигшим 9–10 лет, должны быть разрывы промежности и влагалища.

Очень осторожно надо подходить к сведениям о полученном ударе по голове и диагнозу «сотрясение головного мозга», так как лечащие врачи часто выставляют его необоснованно, лишь на основании жалоб обратившегося за медицинской помощью, без объективного подтверждения. Суть дела в том, что при сотрясении мозга человек может потерять сознание, а преступник — воспользоваться беспомощным состоянием своей жертвы. Если не будет подтверждения диагноза «сотрясение мозга», это значит, что человек сознания не терял, черепно-мозговой травмы не было (следуя логике понятия «презумпция невиновности»).

Когда человек приходит к врачу, он может преследовать несколько целей, в том числе — получить «больничный лист», получить конкретную запись в медицинский документ, которая может сыграть ему «на руку» через некоторое время. Врач, как правило, собирая анамнез, задает «больному» наводящие диагностические вопросы, чего обычно избегает судебно-медицинский эксперт. В данных случаях при наводящих вопросах часто вступает в роль принцип «китайского болванчика» — утвердительные ответы на все вопросы. Например (при подозрении на сотрясение головного мозга), терял ли потерпевший сознание, была ли тошнота, рвота, головная боль, головокружение? Когда в анамнезе есть указания на конкретное время потери сознания (в минутах), со слов свидетельствуемого, это значит, что сработал принцип «болванчика» — врач подсказал типичные жалобы, так как человек обычно не может знать, сколько времени точно он был без сознания («Клиническая классификация и построение диагноза черепно-мозговой травмы». Метод. указания МЗ СССР, 1986).

Некоторые лечащие врачи не описывают в медицинской документации повреждения в месте приложения действовавшей силы, но выставляют диагноз «сотрясение головного мозга». Однако если не было приложения действовавшей силы, не может быть и черепно-мозговой травмы, а имеющаяся симптоматика либо связана с алкогольной интоксикацией, похмельем, вегетативно-сосудистой дистонией, либо с чем-нибудь иным. В некоторых случаях уместна лишь вероятностная форма формулировки вывода по наличию сотрясения головного мозга.

В случаях ложных и необоснованных обвинений в изнасиловании, мнимая жертва преступления может причинять себе повреждения, которые обычно располагаются на доступных для собственных рук частях тела, часто характеризуются множественностью, параллельностью, небольшой глубиной. Ответ судебно-медицинского эксперта на вопрос следователя о возможности причинения повреждений себе самой потерпевшей лучше сформулировать следующим образом: локализация, характер и направление таких-то повреждений не исключают возможности самоповреждения.

Не следует спрашивать эксперта, имел ли место половой акт (половое сношение), а необходимо ставить перед ним вопрос: имело ли

место введение полового члена во влагалище (рот, задний проход)? Если имело, то, какими объективными данными это доказывается? Эксперт устанавливает не факт полового сношения, а факт введения полового члена (иного предмета) в естественное отверстие (вагина, рот, задний проход). Исходя из этого факта, установление которого требует специальных медицинских познаний, следовательно делает вывод о том, что половое сношение имело место.

Факт введения полового члена во влагалище (рот, задний проход) может быть доказан при исследовании половых органов подозреваемого и смывов с его полового члена в случае обнаружения специфических наложений (вагинальных клеток, слюны, сперматозоидов и др.). Вывод о бывшем половом сношении делается представителями правоохранительных органов на основе анализа совокупности полученных данных: материалов дела, данных исследования тела жертвы преступного полового посягательства, тела преступника, лабораторных данных.

Здесь следует учитывать, что наличие вагинальных клеток и сперматозоидов на половом члене не являются достоверным признаком полового сношения с семяизвержением, так как есть возможность занесения клеток на половой член с рук, после введения пальцев в половые органы потерпевшей, а сперма могла быть занесена на половой член при мастурбации. Наличие вагинального отделяемого на одежде, пальцах рук подозреваемого указывает лишь на контактное взаимодействие с областью половых органов женщины. Поэтому значима лишь совокупность доказательств.

Совпадение морфологических особенностей вагинальных клеток в объектах с подозреваемого с клетками вагинала потерпевшей, выявление в них групповых антигенов, свойственных пострадавшей, и отсутствующих в организме насильника, является прямым доказательством полового контакта (в той или иной форме) с потерпевшей. Однако и здесь нельзя исключить половую связь с другой женщиной с аналогичными изосерологическими и морфологическими свойствами организма и вагинального содержимого. Поэтому следователь обязан выяснить все половые контакты потерпевшей за три — четыре дня до ее осмотра судебным медиком.

В современных условиях, применение дополнительно молекулярно-генетического исследования выявленных следов может

помочь установить не только их групповую принадлежность, но и идентифицировать их.

Осторожно надо оценивать и факт обнаружения элементов кала на половом члене подозреваемого без обнаружения клеток прямокишечного эпителия, так как на половом члене может быть собственный кал подозреваемого (у не слишком чистоплотных людей). Точно так же при обнаружении на половом члене только влагалищных клеток нельзя исключить возможности занесения их на половой член с пальцев рук, после введения пальцев во влагалище потерпевшей (иной женщины) или в его преддверие. Обнаружение спермы во влагалище, в полости рта, в прямой кишке обычно свидетельствуют о введении полового члена в соответствующее естественное отверстие тела жертвы с семяизвержением.

При отрицательном результате морфологического метода обнаружения сперматозоидов оправданно применение методик, направленных на выявление специфических компонентов спермы химическими реакциями (например, выявление фермента кислой фосфатазы) и иммунологическими методами (обнаружение специфических антител с помощью АСС — антиспермальной сыворотки).

О. Просор (1975) рекомендовал весьма осторожно оценивать положительный результат исследования на кислую простатическую фосфатазу, учитывая, что эта реакция не является специфичной для спермы, поскольку она обнаружена и в других выделениях — моче, слюне и пр. К тому же содержание кислой фосфатазы снижается со временем. В высохших пятнах она сохраняется до 7 суток. Столь малый срок, в течение которого обнаруживаются ферменты в пятнах спермы, ограничивает возможности использования данного метода в условиях практической экспертизы. Некоторые авторы говорят о более длительном сохранении кислой фосфатазы в пятнах (до 6 месяцев), однако с течением времени ее активность резко снижается, а многие красящие вещества предметов-носителей ее полностью разрушают. Во влагалище кислая фосфатаза четко выявляется в течение первых суток после полового акта, а в дальнейшем слабо, и не во всех случаях. Поэтому, по нашему мнению, биохимический метод определения спермы по наличию фермента кислой фосфатазы не заменяет морфологического, но может служить дополнительным, особенно когда микроскопия безрезультатна. Ре-

акцию с кислой фосфатазой следует использовать как ориентирующую пробу, однако ее положительный результат нельзя считать доказательным при отсутствии сперматозоидов.

Экспресс-тест PHOSPHATESMO KM (MACHEREY-NAGEL (Германия)), иначе называемый «фосфо-тест», специально разработанный для быстрого выявления спермы, а точнее, ее компонента — фермента кислой фосфатазы, не является доказательным методом отсутствия сперматозоидов. Данный тест при исследовании вещественных доказательств, связанных с половыми преступлениями, можно признать лишь ориентирующим (Н.Р. Вдовина, Ж.В. Слепцова, 2002). Применение данного теста целесообразно не только при обнаружении подозрительных пятен, напоминающих подсохшую слезу, на коже живых лиц, но и при наружном исследовании трупа. Экспресс-тест можно применять и на месте происшествия при наличии достаточного количества вещества в виде пятен, похожих на подсохшую сперму.

Поскольку данный тест может давать ложно-отрицательные результаты, нельзя отказываться от исследования подозрительных следов доказательными методами, так как необходимо помнить о возможности уничтожения микроследов при нерациональном их исследовании. Удобство заключается в том, что данный тест применим к вытяжкам из пятен, которые готовят с помощью дистиллированной воды или физиологического раствора. Поэтому фосфо-тест может быть хорошим подспорьем при производстве судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств, поскольку при его применении можно избежать утраты малых количеств материала путем приготовления вытяжки, используемой как для выявления фермента кислой фосфатазы, так и при доказательных морфологических методах исследования.

В случаях вынесения постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы можно порекомендовать разрешение следующих основных вопросов:

1. Имеются ли на теле потерпевшей (подозреваемого) телесные повреждения; если да, то чем они причинены, механизм и давность их причинения, степень тяжести причиненного вреда здоровью?

(Здесь следует иметь в виду, что половые органы, задний проход являются неотъемлемой частью тела, но вопросы о повреждениях половых органов и заднего прохода целесообразно задать отдельно).

2. Допускают ли локализация, направление и характер повреждений, причинение их самому себе?
3. Нарушена ли целостность девственной плевы у потерпевшей; если да, то чем она могла быть нарушена, механизм и давность ее нарушения?
4. Допускают ли особенности девственной плевы потерпевшей (какие) совершение полового сношения со взрослым человеком (с подростком, с конкретным лицом) без нарушения ее целостности? (В зависимости от случая, ответ на этот вопрос можно получить как в категоричной, так и в вероятной форме).
5. Имеются ли на одежде, коже тела, на наружных половых органах, во влагалище, в прямой кишке, в полости рта потерпевшей сперма, иные доказательства биологического происхождения? (Вопросы о видовой и групповой принадлежности спермы и крови с тела и одежды потерпевшей или подозреваемого, иных биологических выделений разрешаются в судебно-биологическом отделении судебно-медицинской лаборатории, куда и следует направлять постановление с этими вопросами после получения утвердительного ответа об обнаружении спермы и пр.).
6. Имеются ли данные (и какие) о систематических совершениях с потерпевшим (потерпевшей) анально-генитальных контактов (систематических введениях в прямую кишку потерпевшего каких-либо инородных предметов)? Имеются ли в области заднего прохода рубцы, признаки какой-либо патологии?
7. Имеются ли повреждения наружных половых органов у подозреваемого; если да, то какие, от воздействия каких предметов они образовались, механизм и давность их образования, степень тяжести причиненного вреда здоровью?
8. Имеются ли на половых органах подозреваемого какие-либо индивидуальные, приметные особенности, а также признаки каких-либо заболеваний?
9. Имеется ли смегма в препуциальном мешке подозреваемого?
10. Имеются ли сперма, слюна, влагалищные клетки, клетки полости рта, кровь, кишечные клетки, кал на половом члене, в подногтевом содержимом подозреваемого? (Постановление с вопросами о половой и групповой принадлежности перечисленного следует направлять в судебно-медицинскую лабораторию после обнаружения указанных объектов).

11. Способен ли подозреваемый (обвиняемый) совершать половые акты; если нет, то в силу каких объективных анатомических и физиологических причин?

В некоторых странах, например, в Украине ставится вопрос о достижении несовершеннолетним потерпевшим (потерпевшей) половой зрелости.

При направлении вещественных доказательств (тампонов, соскобов, мазков-отпечатков, смывов с полового члена, кожи частей тела, предметов интерьера и иных поверхностей, одежды, окурков, посуды, презерватива, других предметов, орудий травмы) в судебно-медицинскую лабораторию, можно порекомендовать постановку следующих вопросов:

1. Имеется ли в представленных объектах кровь? Если да, то кому она принадлежит: человеку или животному? Если она принадлежит животному, то какого вида? Если она принадлежит человеку, то какова ее половая и групповая принадлежность?
2. Кому из потерпевших или подозреваемых может принадлежать данная кровь?
3. Региональное происхождение крови? Не могли ли следы данной крови образоваться в процессе менструации, носового кровотечения, из причиненных ран и т.д.?
4. Имеются ли на представленных объектах сперма, слюна, выделения из носа, пот? Если да, то какова групповая принадлежность выделителя?
5. Могли ли обнаруженные выделения происходить от потерпевшего лица, подозреваемого, свидетелей (следователем указываются конкретные лица)?
6. Являются ли представленные объекты волосами? Принадлежат ли они человеку? Если да, то вырваны, срезаны или выпали данные волосы, и с какой части тела? Какова половая и групповая принадлежность волос? Кому они могли принадлежать (следователем указываются конкретные лица)?
7. Имеются ли на половом члене подозреваемого какие-либо вещества, используемые в презервативах (сперматоциды, тальк, крахмал, ликоподиум)?
8. Имеется ли в обнаруженном презервативе сперма, кому из подозреваемых она может принадлежать?

9. Имеются ли в представленных объектах клетки влагалищного, ротового, прямокишечного, уретрального происхождения, и если да, то к какой группе они относятся, их половая принадлежность? В случае обнаружения клеток эпителия влагалища может быть поставлен вопрос о сходстве этих клеток с клетками, изъятými из влагалища потерпевшей.
10. Имеются ли на представленных объектах элементы кала, если да, то их особенности?
11. Имеются ли в подногтевом содержимом клетки влагалищного, прямокишечного, ротового эпителия, эпидермис, кровь, элементы кала, микрочастицы с одежды?
12. Если да, то какова половая и групповая принадлежность клеток? Кому они могли принадлежать (следователем указываются конкретные лица)?
13. Имеются ли на представленных дактилоскопических пленках волосы, микрочастицы тканей одежды? (Если да, то по микрочастицам необходимо назначение криминалистической экспертизы или комплексной цитолого-криминалистической).
14. Имеются ли еще какие-либо не упомянутые в вопросах, но важные (с точки зрения эксперта) для дела обстоятельства?

Вопросы о наличии телесных повреждений и степени причиненного ими вреда здоровью разрешает судебно-медицинских эксперт. Вопрос же о наличии каких-либо вредных для физического и психического здоровья потерпевшей последствий полового сношения должен разрешать не эксперт, а следователь на основе данных, полученных при проведении судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз. Перед этим именно следователь, а не эксперт, должен прийти к выводу, что половой акт или анально-генитальный контакт, или орально-генитальный контакт имели место.

Нередко следователем задается вопрос, жила ли потерпевшая половой жизнью до изнасилования. Однако эксперту ответить на этот вопрос, если женщина не рожала, невозможно, так как нарушение целостности девственной плевы может произойти и вне половой жизни. Признаки свежего нарушения целостности девственной плевы также не свидетельствуют о введении полового члена во влагалище, нарушить целостность девственной плевы можно иным предметом, по форме и размерам, напоминающим половой член. Из следов не-

давнего полового контакта с кем-либо объективно доказательно может быть только обнаружение во влагалище или во рту, или в прямой кишке спермы. Однако следует помнить, что сперму туда и на кожу можно поместить при помощи шприца, тампонов и без полового сношения, без применения насилия. Поэтому вопрос эксперту, имеются ли у потерпевшей следы недавнего полового сношения, сформулирован неверно.

Разрешение вопросов о совершении полового акта незаметно для потерпевшей, например, во время искусственного сна, а также о беспомощном состоянии жертвы лежит вне компетенции судебно-медицинского эксперта, является прерогативой следователя. Следователь сам сопоставляет экспертные данные о наличии опьянения, отравления, физического или психического недуга, возрасте жертвы с данными, полученными в ходе предварительного расследования, и оценивает их. То же самое можно сказать и о вопросах, мог ли человек знать о наличии у него венерического заболевания, ВИЧ-инфекции, беременности.

В СССР в медицинских учреждениях до открытия кабинетов анонимного лечения существовал порядок письменного предупреждения венерического больного о выявлении и наличии у него венерического заболевания, какого именно, о необходимости под угрозой уголовного наказания прохождения лечения и трех контролей излеченности; больной под этим предупреждением ставил свою подпись. Однако этот порядок являлся серьезным препятствием для обращения заболевших за квалифицированной медицинской помощью и при установлении доверительных отношений врача с больным. В настоящее время при анонимном лечении этой процедуры не существует.

По нашим наблюдениям, в случаях уже диагностированных венерических заболеваний экспертизы, как правило, выполняются лишь по записям в амбулаторных картах, в которых нет подробного описания диагностических мероприятий, качественного описания состояния половых органов, при этом врачи не всегда проводят уретроскопию. В результате клиническая картина нередко остается неясной, но эксперты даже не делают попыток запросить дополнительные материалы по делу, показывая тем самым поверхностный подход к разрешению поставленных перед ними вопросов и нали-

чие стереотипного взгляда на преступника как на наиболее вероятного источника инфекции.

Разрешение вопросов о наличии у потерпевших и подозреваемых венерического заболевания относится к компетенции врача-венеролога. Экспертиза в таком случае может быть выполнена судебно-медицинским экспертом совместно с венерологом. По нашему мнению, для разрешения вопроса о наличии венерического заболевания и его источнике необходимо проведение комплексной судебно-медико-венерологической экспертизы или же надо идти по пути назначения отдельной судебно-венерологической экспертизы без участия судебного медика. Для разрешения вопроса об источнике венерического заболевания, сведения о половых контактах объекта и субъекта преступления должны быть должным образом задокументированы следователем и предоставлены им эксперту, так как последний не вправе самостоятельно собирать материалы для производства судебной экспертизы (ст. 16 Закона о государственной судебно-экспертной деятельности в РФ). Вопросы о беременности, сроках беременности, бывших родах, абортах, способах абортов, сроках прерванной беременности разрешаются судебно-медицинским экспертом только совместно с акушером-гинекологом или гинекологом единолично либо комиссией гинекологов.

Иногда заключение эксперта служит единственным доказательством факта совершения преступления. Однако нередко в заключениях можно встретить неправильно и скудно собранный сексологический анамнез, случаи неполного обследования свидетельствуемых с нарушениями отдельных (или целого ряда) положений и рекомендаций, содержащихся в действующих регламентациях старых «Правил» и ныне действующего Приказа МЗ РФ № 161, нецелесообразные исследования, неполные или необоснованные, ошибочные выводы, выходящие за пределы компетенции эксперта. Подобные случаи имеют место частично из-за отсутствия адекватных вопросов следователей в постановлениях, частично по вине экспертов. Это может свидетельствовать о недостаточной подготовке юристов и врачей по вопросам криминальной сексологии, о низком уровне их взаимодействия при расследовании эпизодов сексуального насилия.

Практически в каждом заключении имеется неполное описание вторичных половых признаков, половых органов, девственной пле-

вы, заднего прохода (см. соответствующие главы), нечеткое описание повреждений половых органов (их локализация, морфология, направление, глубина, состояние тканей вокруг повреждений и т.д.). Иногда кожная патология (заболевания кожи) принимаются за телесные повреждения, особенно в области половых органов. В случаях ненарушенной целости девственной плевы нередко возникает вопрос о возможности совершения половых сношений без дефлорации. Достоверно и объективно ответить на этот вопрос можно только при тщательном описании плевы с использованием соответствующих классификаций и инструментов.

Осмотр девственной плевы и заднего прохода целесообразно проводить с применением оптических средств и специальных инструментов. В наших наблюдениях судебные медики при изучении индивидуальных особенностей гимена и влагалища в большинстве случаев отказываются от инструментальных методов исследования даже при наличии явных показаний (какие-либо разрывы после введения во влагалище крупных предметов), тем более, что практические эксперты до сих пор не обеспечены специальными укладками апробированных, стандартизированных и серийно выпускающихся инструментов. Это может приводить к недооценке степени тяжести причиненного вреда здоровью. Эксперты, наблюдая разрывы в преддверии влагалища, уходящие вглубь последнего, и даже задней спайки больших половых губ, не только не осматривают влагалище в зеркалах, но и не используют возможности консультаций гинеколога, а также не связывают повреждения с дефлорационными разрывами по их локализации. Таким образом, не проводится оценка состояния стенок влагалища и шейки матки, что делает невозможным исключение воспалительных процессов, явных проявлений половых инфекций и наличия каких-либо изолированных повреждений половых путей.

Однако, по нашему мнению, первопричиной нарушения процедуры осмотра следует признать не отсутствие в бюро СМЭ соответствующих приборов и инструментов, а недостаточное осознание врачами и юристами важности полноты гинекологических исследований для нужд правоохранения, для объективности и полноценности экспертиз. Следствием такой позиции является отсутствие у экспертов стремления к приобретению необходимых навыков гинекологических исследований.

Некоторые подвергшиеся изнасилованию женщины, опасаясь ЗППП или беременности, а также при наличии травм предпочитают обращаться за помощью к лечащим врачам, но те зачастую бывают не в состоянии им помочь из-за отсутствия необходимых знаний, в результате чего доказательства насилия бывают безвозвратно утрачены. При экстренной госпитализации потерпевших после изнасилования почти всегда происходит утрата доказательств биологического происхождения по вине лечащих врачей. Телесные повреждения описываются врачами в медицинской документации, как правило, некачественно, в результате невозможно разрешить вопросы по механизму образования повреждений и их давности. Судебно-медицинские эксперты к осмотру таких потерпевших обычно не привлекаются, что в принципе, при должной грамотности юристов может и должно создавать существенные проблемы при рассмотрении дел об изнасилованиях в суде.

Гиперемия кожи половых губ или только слизистой оболочки влагалища, отечно-гиперемированный фон с множественными эрозиями в перианальной области практически всегда наводит экспертов на мысль о механическом воздействии. При этом эксперты не предпринимают никаких попыток установить причину воспаления (в первую очередь, исключить или подтвердить наличие кожной патологии, какой-либо инфекции, недавнего поноса и пр.). Известно, что причиной гиперемии половых органов у детей (и перианального дерматита) нередко является банальная нечистоплотность. Однако взгляды на представленную морфологию как на признаки пенильно-вагинальных или анально-генитальных контактов, вероятно, имеют распространение среди судебных медиков различных регионов страны, так как бытуют в современной специальной литературе. Очевидно также, что нельзя считать признаками механических воздействий (например, при развратных действиях) острые и хронические воспаления вульвы и влагалища, гипертрофию клитора или малых половых губ.

Около трети потерпевших и не менее половины подозреваемых осматриваются судебно-медицинским экспертом после совершения половых преступлений в срок, исключающий вероятность обнаружения доказательств биологического происхождения. Виновные, в целом, осматриваются значительно позже жертв ($p < 0,001$). По

нашему мнению, это объясняется не только временем, необходимым для поиска преступника, но и встречающейся практикой назначения экспертизы только лишь для разрешения вопроса о способности к совершению половых актов. Такая экспертиза нередко назначается непосредственно перед судебным заседанием и проводится в следственном изоляторе областного центра спустя не только дни, но и недели после преступления, особенно при совершении преступлений в отдаленной сельской местности. Понятно, что доказательства биологического происхождения к этому времени утрачиваются безвозвратно.

Экспертиза способности к совершению половых актов подозреваемым (обвиняемым) обычно также весьма упрощена и поэтому недостоверна. Во-первых, сексологический анамнез выясняется крайне неквалифицированно, поверхностно или вовсе не выясняется. Во-вторых, эксперты, как правило, ограничиваются лишь измерениями незарегистрированного полового члена без учета соматотипов, не обращая внимания на общее физическое развитие, наличие или отсутствие признаков гипогонадизма, состояние органов мошонки. Предстательная железа в большинстве случаев не исследуется (при первичной андрогенной недостаточности она имеет форму «серпа», кроме того, важно исключение иной ее патологии), семенные пузырьки экспертами почти всегда не пальпируются и не описываются, кремастерные рефлексы проверяются не всегда, кавернозные рефлексы не исследовались в большинстве случаев. Половой член до состояния эрекции обычно не доводится. Не обращается внимания на индивидуальные особенности половых органов, имеющие криминалистическое значение (форма члена, татуировки, папилломы, инородные тела в крайней плоти, рубцы, наличие смегмы в препуциальном мешке и пр.). Использование преступником презерватива редко влечет за собой судебно-медицинскую оценку этого вещественного доказательства. Еще стоит отметить, что отраженные в научной и учебно-методической литературе, в диссертационных исследованиях, в комментариях к Уголовным кодексам бывших республик СССР подходы судебных медиков и юристов к понятиям «половое извращение», «извращенная сексуальность», особенно в применении к гомосексуализму, мастурбации давно устарели, не соответствуют современным научным взглядам (см. раздел IV).

В целом, судебно-медицинская документация отражает:

- недостаточную подготовку судебных медиков к проведению судебно-медицинских экспертиз половых состояний и при половых преступлениях, а юристов — к расследованию случаев сексуального насилия;
- практически полное отсутствие использования инструментальных методов исследования половых органов (и прямой кишки), вероятно, из-за отсутствия у экспертов соответствующих навыков, а также отсутствия серийно изготовленного специального набора приборов и инструментов;
- недостаточную подготовку по вопросам сексуального насилия медицинского персонала больниц, практически полное отсутствие взаимодействия лечащих врачей с системой правоохранения, что приводит к утрате доказательств насилия.

Вопросы для разрешения комплексной судебной сексолого-психиатрической экспертизой

При назначении комплексной судебной сексолого-психиатрической экспертизы (КССПЭ) обвиняемого, например, в ГНЦ им. Сербского, рекомендуется следующая постановка вопросов (А.А. Ткаченко):

1. Какие индивидуальные особенности направленности сексуального влечения имеются у обвиняемого?
2. Как они повлияли на его поведение в момент совершения преступления?
3. Имеет ли сексуальное влечение у обвиняемого патологический характер?
4. Если да, то мог ли обвиняемый осознавать фактический характер и значение своих действий, руководить ими в момент совершения деликта?
5. Нуждается ли подэкспертный в применении к нему принудительных мер медицинского характера?

В соответствии со ст. 20 УК РФ если несовершеннолетний обвиняемый, достигший возраста уголовной ответственности (14 или 16 лет), но вследствие отставания в психическом развитии был лишен способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими, то он не под-

лжит уголовной ответственности. Поэтому кроме вышеуказанных вопросов целесообразны следующие:

1. Имеются ли у обвиняемого нарушения соматосексуального и психосексуального созрвания, способные оказывать влияние на его поведение, в том числе и в момент совершения преступления, а также на способность в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий в момент совершения деликта либо руководить ими?
2. Соответствует ли соматосексуальное развитие несовершеннолетнего (обвиняемого или потерпевшего) усредненной возрастной норме? Если нет, то чем это несоответствие проявляется? Как оно могло повлиять на поведение несовершеннолетнего в момент совершения преступления?

При задержке соматосексуального развития несовершеннолетнего актуально выяснение: 1) его возможности осуществлять пенильно-вагинальные и анально-генитальные контакты в качестве активного партнера, 2) выделять сперму, 3) степени зрелости спермы. Эти вопросы обычно адресуются судебно-медицинским экспертам, хотя их можно разрешить в рамках судебно-сексологической экспертизы. Это необходимо в случаях использования несовершеннолетнего потерпевшего взрослым человеком в качестве активного партнера

Сомнение в способности несовершеннолетних обвиняемых осуществлять сознательную регуляцию поведения может быть основано не только на свидетельских, медицинских или иных данных об отставании в психическом развитии, но и на оценке сложности ситуации, в которой действовал подросток. Недостаточное осознание своих действий, слабость волевого контроля за поведением в ряде случаев могут объясняться вполне естественной для подростков ограниченностью жизненного опыта, легкостью возникновения некоторых эмоциональных состояний. Несформированность личности, задержка психосексуального развития несовершеннолетнего может существенно ограничивать диапазон восприятия какой-либо ситуации, связанной с сексуальностью. Поэтому такой несовершеннолетний может неправильно оценивать поведение своей жертвы. То же самое можно сказать и о потерпевших несовершеннолетних, недостаточно развитых в психосексуальном плане.

Имеются три основных условия, которые требуют психиатрической и сексологической оценки при насильственных сексуальных действиях: 1) установление беспомощного состояния потерпевшей, 2) способности давать показания и 3) определение степени тяжести повреждений, которые являются особыми составами преступления.

При назначении КССПЭ относительно потерпевших вопросы могут быть сформулированы следующим образом:

1. Какие индивидуальные особенности направленности сексуального влечения имеются у потерпевшего?
2. Как они повлияли на его поведение в момент совершения преступления?
3. Имеет ли сексуальное влечение у потерпевшего патологический характер?
4. Если да, то мог ли потерпевший осознавать фактический характер и значение своих действий, руководить ими в момент совершения деликта?
5. Может ли потерпевший(ая) по уровню своего психосексуального развития или в силу возможных аномалий сексуальности правильно воспринимать (такие-то) обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания с правильным воспроизведением событий и обстоятельств?
6. Имелись ли для потерпевшего(й) какие-либо непосредственные и отдаленные последствия в результате совершения с ним указанных сексуальных действий? Если да, то какие, и какова степень тяжести наступивших расстройств психической и сексуальной сфер?

Кроме того, УК РФ в ряду наказаний выделяет «лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью» (ст. 44). Посвященная этому виду наказаний ст. 47 УК РФ подразумевает возможность запрета заниматься определенной деятельностью на срок от одного года до пяти лет в качестве основного и на срок от шести месяцев до трех лет в качестве дополнительного вида наказания. При этом указано, что данная санкция может налагаться в качестве дополнительного вида наказания даже тогда, когда она не предусмотрена соответствующей статьей особенной части

Кодекса «за соответствующее преступление, если с учетом характера и степени общественной опасности совершенного преступления и личности виновного суд признает невозможным сохранение за ним права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью». В этих случаях на основании обвинительного приговора в трудовую книжку осужденного вносится запись о том, на каком основании и на какой срок он лишается определенной должности, а в приговоре указывается, какие должности, например, связанные с воспитанием детей, он не имеет права занимать.

Впоследствии вступают в силу инструктивные нормы, заложенные в Приказе Минздрава РФ № 116 от 31 мая 1993 г., содержащем «Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности...». В числе противопоказаний для работы в учебно-воспитательных, детских и подростковых оздоровительных, детских дошкольных учреждениях, домах ребенка, детских домах, школах-интернатах приводятся «хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями», а также «выраженные формы пограничных психических расстройств», среди которых особое место могут занимать педофильные нарушения сексуальных предпочтений. Точно также существует утвержденный Постановлением Правительства РФ № 542 от 1.05.1996 г. перечень заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную семью.

Литература

1. *Авдеев М.И.* Судебно-медицинская экспертиза живых лиц. М.: Медицина, 1968. С. 376.
2. *Аргунова Ю.Н., Юцкова Е.М.* Насильственная преступность // Криминология / Под. ред. А.И. Долговой. М.: ИНФРА-М – НОРМА, 1997. С. 439–463.
3. *Бабаянц Р.С.* Кожные и венерические болезни жарких стран. М.: Медицина, 1972. С. 440.
4. Бюллетень Верховного Суда РСФСР. 1988. № 10. С. 14.
5. Бюллетень Верховного Суда РСФСР. 1989. № 12. С. 7.
6. Бюллетень Верховного Суда РСФСР. 1990. № 8. С. 5.

7. Бюллетень Верховного Суда РСФСР. 1990. № 11. С. 5.
8. Бюллетень Верховного Суда РФ. 1992. № 4. С. 11. и Постановление Пленума ВС РФ № 11 от 15.06.2004 г.
9. Бюллетень Верховного Суда РФ. 1992. № 7. С. 7.
10. Бюллетень Верховного Суда РФ. 1993. № 5. С. 13.
11. Бюллетень Верховного Суда РФ. 1994. № 5. С. 14.
12. Бюллетень Верховного Суда РФ. 1995. № 4. С. 13.
13. *Васильченко Г.С.* Феноменология сексуальной сферы; Половая жизнь человека; Объективное обследование сексологического больного; Семiotика расстройств нейрогуморальной составляющей у мужчин // Сексопатология. М.: Медицина, 1990. С. 11–31, 41–45, 145–158, 226–240.
14. *Витвицкая С.С.* Ритуальные религиозные убийства как разновидность серийных преступлений // Серийные убийства и социальная агрессия. Ростов н/Д.; М.: Феникс, 1998. С. 64–67.
15. *Громов А.П.* Предисловие // *Старович З.* Судебная сексология. М.: Юрид. лит., 1991. С. 5–7.
16. *Дерягин Г.Б.* Социально-психологическая характеристика жертв сексуального насилия // Экология человека. 2001. № 4. С. 28–31.
17. *Дерягин Г.Б.* Судебно-медицинские аспекты полового насилия на европейском Севере России: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Архангельск, 2002. С. 43.
18. *Дерягин Г.Б., Сидоров П.И., Соловьев А.Г.* Транскультуральные аспекты сексуального насилия // Российский психиатрический журнал. 2003. № 2. С. 74–80.
19. *Дерягин Г.Б., Сидоров П.И., Соловьев А.Г.* Феномен поздней девственности // Социальные и клинические проблемы сексологии и сексопатологии. М., 2003. С. 53–57.
20. *Дерягин Г.Б., Сидоров П.И., Соловьев А.Г.* Сексуальное насилие на Европейском Севере России // Сексология и сексопатология. 2003. № 7. С. 28–32.
21. *Дмитриева О.А.* Совершенствование судебно-медицинской экспертизы половых состояний мужчин: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2004. С. 56.
22. *Житков В.С.* О целесообразности введения возрастного ценза вместо критерия половой зрелости // Первый всесоюзный съезд судебных медиков. Киев, 1976. С. 636.
23. *Ильин И.И., Туранова Е.Н.* Трихомонадные поражения мочеполовых органов // Венерические болезни / Под ред. проф. О.К. Шапошникова. М.: Медицина, 1980. С. 422–439.

24. *Исаев Д.Н., Казан В.Е.* Половое воспитание и психогигиена пола у детей. Л.: Медицина, 1979. С. 184.
25. *Келли Г.* Основы современной сексологии / Пер. с англ. СПб.: Питер, 2000. С. 626.
26. Комментарий к УК РСФСР. М.: Вердикт, 1994. С. 510.
27. *Кон И.С.* Введение в сексологию: Учеб. пособие. М.: Олимп, ИНФРА-М, 1999. С. 230–237.
28. *Любичев С.Г.* Расследование преступлений против личности // Криминалистика. М.: Юрист, 1995. С. 429–452.
29. *Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р.* Основы сексологии / Пер. с англ. М.: Мир, 1998. С. 692.
30. Международная статистическая классификация болезней 9-го пересмотра. Женева, 1975.
31. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр / ВОЗ. Женева, 1995.
32. *Михайлова О.Ю.* Психологический анализ патосексуального состояния // Серийные убийства и социальная агрессия / Материалы 2-й Междунар. науч. конференции. Ростов н/Д., 1998. С. 173–175.
33. *Никулин С.И.* Преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности // Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации. М.: Вердикт, 1996. С. 205–215.
34. Порнография // Сексология: Энциклопедический справочник. Минск: «Беларуская энцыклапедыя» им. Петруся Бровки, 1993. С. 232–234.
35. *Сердюков М.Г.* Судебная гинекология и судебное акушерство. М.: Медицина, 1964. С. 302.
36. Статья 242 // Комментарий к УК РФ. М.: Вердикт, 1996. С. 421–422.
37. *Центров Е.Е.* Методика расследования изнасилований // Криминалистика. М.: Изд-во МГУ, 1990. С. 371–381.
38. *Чуприков А.П., Цуприк Б.М., Арсенюк Т.М.* Серийное насилие у педофила // Серийные убийства и социальная агрессия. Ростов н/Д.: Феникс, 1998. С. 246–250.
39. *Яковлев Я.М.* Половые преступления. Душанбе, 1969. С. 460.
40. *Янущенко И.В.* Использование специальных медицинских знаний в расследовании насильственных действий сексуального характера: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Тула, 2004. С. 26.
41. *Coles C.D., Shamp M.J.* Some sexual, personality, and demographic characteristics of women readers of erotic romances // Arch. Sex. Behav. 1984. Jun. Vol. 13. No 3. P. 187–209.

42. *Dietz P., Evans B.* Pornographic imagery and prevalence of paraphilia // *Amer. J. Psychiatry.* 1982. Vol. 139. No 11. P. 1493-1495.
43. *Eckert W.G., Katchis S., Donovan W.* The pathology and medicolegal aspects of sexual activity // *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 1991. Mar. Vol. 12. No 1. P. 3-15.
44. *Leach G., Meloy J.R.* Serial murder of six victims by an African-American male // *J. Forensic Sci.* 1999. Vol. 44. № 5. P. 1073-1078.
45. *Lester D.* Pornographic films and unconscious homosexual desires: an hypothesis // *Psychol. Rep.* 1984. Apr. Vol. 54. No 2. P. 606.
46. *Malamuth N.M.* Pornography's Impact on Male Adolescents // *Adolesc. Med.* 1993. Vol. 4. No 3. P. 563-576.
47. *Money J.* The ethics of pornography in the era of AIDS // *J. Sex. Marital. Ther.* 1988. Vol. 14. No 3. P. 177-183.
48. *Pan S.M.* China: acceptability and effect of three kinds of sexual publication // *Arch. Sex. Behav.* 1993. Feb. Vol. 22. No 1. P. 59-71.
49. *Petrak J.A., Campbell E.A.* Post-traumatic stress disorder in female survivors of rape attending a genitourinary medicine clinic: a pilot study // *Int. J. STD AIDS.* 1999. Aug. Vol. 10. № 8. P. 531-535.
50. *Sommers E.K., Check J.V.* An empirical investigation of the role of pornography in the verbal and physical abuse of women // *Violence Vict.* 1987. Vol. 2. No 3. P. 189-209.
51. *Wilson P.R.* 'Stranger' child-murder: issues relating to causes and controls // *Forensic Sci. Int.* 1988. Feb. Vol. 36. No 3-4. P. 267-277.

ОСОБЕННОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ ПОЛОВЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ

Судебно-медицинская экспертиза потерпевших и подозреваемых (обвиняемых) в случаях совершения половых преступлений, предусмотренных главой 18 УК РФ, проводилась до 2003 года в соответствии с «Правилами» [13, 14], утвержденными в 1966 и 1968 годах, а ныне она выполняется в соответствии с разделами III и IV Приказа МЗ РФ № 161 от 24.04.2003 г. Указанные «Правила...» и Приказ направляли и направляют усилия эксперта на выявление физических и биологических доказательств преступления на одежде и теле предполагаемой жертвы или виновника происшествия.

Однако указанные нормативные документы во многом морально устарели, не учитывают современного состояния науки, современных возможностей. Имеющаяся русскоязычная литература, посвященная вопросам сексуального насилия, немногочисленна, информация бессистемно разбросана по различным журналам и сборникам; соответствующие главы в учебниках и руководствах для судебных медиков недостаточно полно представляют положение дел, содержат в себе частично устаревшую информацию. Исходя из этого, в настоящей главе мы поставили перед собой цель провести обзор основных, но мало освещенных моментов.

Телесные повреждения и иные физические доказательства сексуального насилия

Общая характеристика. Телесные повреждения при сексуальном насилии подразделяют на экстрагенитальные и генитальные. Экстрагенитальные повреждения у участников преступного события возникают, как правило, при взаимодействии их друг с другом, а также с окружающими предметами, в частности, на наличие и характер повреждений могут оказывать особенности *ложа насилия*, интенсивность сопротивления жертвы, действия, навязываемые преступником.

При сравнении зарегистрированных и латентных случаев сексуальных преступлений выяснилось, что в зарегистрированных случа-

ях телесные повреждения у жертв насилия имеют место достоверно чаще [45]. По данным R.F. Geist [41], экстрагенитальные повреждения встречаются у 40 % изнасилованных женщин, но только 4 % повреждений серьезные и в 1 % требуется госпитализация. Повреждения половых органов также требуют госпитализации только в 1 % случаев. 5 % взрослых мужчин становятся жертвами сексуального насилия, они имеют тенденцию к приобретению в процессе насилия более серьезных экстраполовых повреждений, чем женщины. Дети более сильно травмируются физически в случаях совершения преступления незнакомым человеком, чем когда преступником является родственник или знакомый. R. Dube & M. Hebert [38] также свидетельствуют, что мужские жертвы экстрасемейного сексуального насилия достоверно чаще, чем женские подвергаются более тяжелой физической травме.

По данным О.А. Дмитриевой [5], экстрагенитальные повреждения у жертв изнасилований чаще располагались на голове — 47,1 %, из сочетанных — на голове и бедрах — 50,5 %. Мнение о том, что насилие со стороны незнакомца более травматично, чем со стороны знакомых, не подтвердилось. При анализе зависимости количества повреждений от обстоятельств, предшествующих насилию, прослеживалась определенная связь: при внезапном нападении насильника повреждений тела было достоверно меньше. Что же касается половых органов, то наблюдалась обратная связь: при внезапном нападении повреждения половых органов регистрировались чаще.

Ряд авторов [1, 17, 55] обращают внимание на отличие повреждений по своему характеру и локализации, полученных при реальном насилии, от повреждений, образовавшихся в результате симуляции насилия. В последнем случае повреждения характеризуются доступностью локализации для причинения собственной рукой, ртом, множественностью, параллельностью, чаще проявляются в виде царапин или поверхностных надрезов, иногда во взаимно перекрещивающихся направлениях, а также укусами и так называемыми «засосами» на доступных участках тела. С другой стороны, несомненно, что возможно изнасилование без наличия каких-либо повреждений на теле жертвы, но в таких случаях повреждения, характерные для борьбы, иногда обнаруживаются на теле подозреваемого. Кроме того, необходимо направлять свои усилия на поиск временных мар-

ксеров, таких, как грунт, частицы растений, размазывания спермы на каких-то участках тела и т.п.

Иногда при совершении сексуальных преступлений используются животные, например крупные собаки, с которыми преступники заставляют жертву совершать некоторые сексуальные действия. В таких случаях доказательно обнаружение повреждений от когтей или зубов животных, собачьей слюны, шерсти на теле жертвы и на месте происшествия; наличие спермы во рту, влагалище или в прямой кишке, а также на каких-либо предметах [77]. Описаны случаи повреждений когтями и зубами животных половых органов человека при зоофильных сексуальных контактах [61]. Естественно, что с этих повреждений, как и при глубоких укусах зубами человека, необходимо делать смывы для их последующего исследования в отделениях судебной цитологии. Однако если наличие слюны человека устанавливается по амилазной активности, поскольку слюна человека содержит фермент амилазу, то слюна собаки не содержит никаких пищеварительных ферментов, в том числе и амилазы. Поэтому указанная выше методика установления наличия слюны в данном случае не применима. Диагностика происхождения слюны от собаки должна складываться из комплексного исследования подозрительных следов.

У потерпевших людей (в том числе и на трупах) и подозреваемых нередко можно обнаружить укусы, произведенные через одежду, в этих местах на одежде должна быть и слюна, несущая информацию о групповой принадлежности выделителя. К сожалению, вопросы о наличии и групповой принадлежности слюны на одежде, соответственно местам укусов, у следствия, как правило, не возникают, хотя должны возникать, поскольку ответы на них весьма информативны.

У *подозреваемых* в совершении изнасилования в случаях сопротивления жертв нередко обнаруживаются множественные ссадины, кровоподтеки и даже раны, располагающиеся в большинстве случаев на лице и руках. Н.Г. Шалаев [21], детально изучавший этот вопрос, пришел к выводам, что у обвиняемых в одиночных изнасилованиях повреждения встречаются почти в два раза чаще, чем при групповом насилии. Наиболее часто обнаруживаются ссадины (в 90 % случаев от числа найденных повреждений), примерно в трети случаев — кровоподтеки; раны встретились в 18 % случаев зарегистрированных

оконченных изнасилований и в 36,6 % случаев зарегистрированных покушений на изнасилование. В большинстве случаев повреждения были обусловлены борьбой, в 42,6 % они располагались на лице, в 60 % — на руках, в том числе в 41 % случаев повреждения локализовались на кистях. Анализ повреждений по способу их причинения показал, что более, чем в 52 % случаев повреждения возникли от воздействия ногтей жертвы, в 21 % — они причинены зубами. При зарегистрированных покушениях на изнасилование наличие повреждений от зубов жертвы возрастало до 40 %.

Повреждения половых органов преступника обнаруживали в 6 % случаев, причем они чаще возникали при анально-генитальных контактах и очень редко при покушениях на изнасилование. В подавляющем большинстве случаев повреждения половых органов преступника обусловлены половым сношением, но могут встречаться повреждения от ногтей и зубов жертвы, особенно в случаях принуждения жертвы к фелляции [22]. Здесь уместны следующие данные: в Манчестере 19 % случаев изнасилований женщин сопровождалось анально-генитальным контактом, в 18 % — орально-генитальным [58]. В случаях сексуального насилия над взрослыми мужчинами в Англии (средний возраст жертв — 21,7 лет), они, как правило, были групповыми и сопровождались анально-генитальными контактами в 89 % случаев [47]. Теоретически, насильнику можно причинить серьезную травму половых органов, вплоть до перелома полового члена, ампутации его части, разрывов органов мошонки, но подобных данных в специальной литературе мы не встретили.

Судебно-медицинский интерес представляет нечастое обнаружение разрывов уздечки крайней плоти полового члена, что обычно наблюдается при врожденном ее укорочении. С одной стороны, этот факт может быть косвенным подтверждением бывшего сексуального действия; с другой стороны, в ряде случаев можно судить о давности образования разрыва. Кроме того, при разрывах уздечки крайней плоти возможно обнаружение крови виновника на месте происшествия и на одежде жертвы [16].

Повреждения женских половых органов при развратных действиях или сексуальном насилии могут образовываться не только от действия полового члена насильника, но и от действия пальцев рук постороннего человека, иных предметов. Они имеют большой диа-

пазон: от поверхностных ссадин и кровоподтеков до разрывов анатомических образований вульвы, влагалища, промежности. Влагалище при сексуальных действиях наиболее часто страдает у детей от несоответствия размеров половых органов, когда мужской половой член значительно превосходит его по размерам; а также при введениях во влагалище предметов, значительно превосходящих размерами естественный половой член, при рубцах влагалища и его атрофии. Высота промежности, и следовательно, расположение входа во влагалище ближе к симфизу или к анусу создает удобства или неудобства для сношения в той или иной позиции. Неудобства для сношения, а также позиции, ведущие к укорочению влагалища, повышают риск травматизации половых органов обоих половых партнеров. Опасны грубая дефлорация, а также насильственный половой акт при судорожном сокращении всей мускулатуры таза, вагинизме [8].

Нам в научной литературе встретился необычный случай изнасилования молодой, здоровой женщины без анатомических дефектов и без предшествующих хирургических вмешательств. У нее в результате нескольких насильственных половых актов сформировался вагинальный разрыв с пенильным проникновением в брюшную полость и интраабдоминальным семяизвержением, что было подтверждено лабораторными исследованиями [44].

Повреждения влагалища, причиненные не половым членом, а иными предметами, часто сочетаются с повреждениями наружных половых органов, они могут проникать в клетчатку таза, в брюшную полость, где иногда и обнаруживаются травмирующие предметы. При большом диаметре инородного предмета возможны отрывы девственной плевы от основания (чаще в ректальном ее отделе) с разрывами слизистой оболочки влагалища или даже отрывы задней стенки влагалища от тазового дна, в последнем случае нельзя исключить одновременные повреждения влагалища и прямой кишки [7].

Похожие на фаллос цилиндрические предметы, примерно одинаковые с ним или большие, чем он по размерам, равномерно перестраивают влагалище и продольно повреждают его вместе с промежностью наподобие полового члена; иногда в этих случаях могут формироваться поперечные разрывы сводов, кроме переднего. Если предмет внешне не подобен половому члену, то повреждения могут располагаться на любом участке влагалища, в том числе и на перед-

нем своде, чего пикогда не бывает при воздействии полового члена, иметь любое направление, множественность, изолированность по отношению к повреждениям девственной плевы или промежности [8]. При разрыве влагалища пальцем разрыв локализуется в нижней трети влагалища и сочетается с иными повреждениями наружных половых органов [6].

И.З. Дынкина [6] наблюдала, что резкое несоответствие размеров половых органов взрослого мужчины и малолетней девочки, как правило, приводит к разрыву задней спайки больших половых губ и промежности II степени. Отсутствие таких разрывов при повреждении целостности девственной плевы (в возрасте до 8–9 лет) свидетельствует о том, что половой акт не имел места, разрыв плевы произошел от действия предмета меньших размеров, чем половой член взрослого или подростка (им мог быть палец, термометр и т.п.).

Указать точный возраст, когда половые органы девушки способны к совокуплению, затруднительно, так как эта способность зависит от темпа индивидуального развития организма, от индивидуальных анатомических особенностей половых органов обоих партнеров. Возможность совокупления с подростком без травмы половых органов может появиться уже с 9–10 лет (до этого возраста девочки всегда неспособны к половому сношению). Способность к совокуплению со взрослым мужчиной появляется с 11–13 лет, иногда раньше; с 13 лет все девочки становятся способными совершать половые акты. При этом добровольный половой акт всегда менее травматичен, чем насильственный, и даже в этом возрасте добровольный акт влечет за собой лишь разрыв девственной плевы без повреждений других анатомических образований половых органов [10].

Повреждения промежности подразделяются на:

- а) изолированные центральные,
- б) распространяющиеся с девственной плевы,
- в) сочетающиеся с повреждениями прямой кишки [7].

Повреждения, причиняемые половым членом у девственниц при несоответствии размеров половых органов, распространяются на влагалище с разрыва девственной плевы. Иными словами, разрыв девственной плевы продолжается в разрыв влагалища (в зависимости от условий, только слизистой оболочки или всех слоев стенки) и соответствует ему относительно локализации по условному цифер-

блату часов. Такой разрыв идет влодь влагалища, чаще по задней его стенке до заднего свода, вовлекая в себя и промежность по ее шву. Эти разрывы, как правило, за исключением редких случаев, прямую кишку не задевают. Изолированные центральные разрывы причиняются не половым членом, а иными предметами.

Аноректальные повреждения, связанные с ранее необычными сексуальными методами, в последнее десятилетие стали встречаться все чаще и имеют тенденцию к распространению [63]. Травма прямой кишки возможна при гомо- или гетеросексуальном контакте, мастурбации, но вторична по отношению к пенильным методам удовлетворения, причиняется, как правило, не половым членом. Большинство пострадавших имеют лишь разрывы слизистой оболочки кишки, реже встречаются случаи разрывов анального сфинктера, ректосигмоидные перфорации. При поступлении в больницу, более чем у трети таких пациентов в прямой кишке обнаруживаются различные инородные тела, они могут также находиться в брюшной полости и в тазовой клетчатке [25]. Эти инородные тела обычно представляют собой бутылки, огурцы, морковь, деревянные и резиновые предметы, напоминающие по форме половой член. Типичным для всех застрявших инородных тел является их большой размер (более 6 см в диаметре и более 15 см длиной) [75].

Чрезвычайно опасно и травматично для прямой кишки, влагалища и промежности ныне популярное явление, находящее отражение в порнопродукции (что индуцирует часть людей, приводя к воспроизведению в реальности), получившее название «фистинг» (кулак), или «факкинг» (брахиопроктия), изредка встречается сленговое название «гандбол» («fisting», или «fucking», либо «handballing»), при котором во влагалище, но чаще в прямую кишку и далее вводят руку до уровня средней трети предплечья, иногда дальше. Это обычно гомосексуальное действие или мастурбация, но описаны случаи фистинга при партнерских гетеросексуальных отношениях [65, 40], в том числе есть сведения о крайне редких и чрезвычайно травматичных случаях фистинга взрослых с детьми [63], а также о фистинге со стороны серийных сексуальных убийц [39].

Алкоголь или наркотики, способствуя релаксации анального сфинктера, ослабляют дискомфорт от анального перерастяжения, увеличивая тем самым силу и глубину травматического воздейст-

вия, приводящего не только к разрывам в области анального сфинктера, но и к разрывам слизистой оболочки прямой кишки, ректосигмоидальным перфорациям [66, 70]. Так, по наблюдениям N. Sohn et al. [73], из 11 пациентов с травмами, полученными при фистинге, у 6 имелись лишь разрывы слизистой оболочки прямой кишки, у 4 — ректосигмоидальные перфорации, требующие лапаротомии, у одного пациента был разрыв анального сфинктера, который привел в дальнейшем к анальному недержанию. Ректальный и влагалищный фистинг, как и вставление в кишечник или во влагалище разнообразных инородных, относительно крупных предметов (например, бутылки, крупного овоща и т.п.), могут приводить и к смертельным случаям [40, 51, 63, 65].

Актуально выявление доказательств анально-генитальных контактов, которые могут иметь место при гомо- или гетеросексуальном насилии, а также доказательств различных манипуляций с задним проходом, совершаемых садистами, хулиганами, развратниками. По данным A.R. De Jong et al. [36], попытка анально-генитального контакта имела место в 78 % случаев гомосексуального насилия над подростками и юношами, телесные повреждения в перианальной области после таких нападений были обнаружены в 24 % случаев. По данным H.B. Lasey [58], количество повреждений заднего прохода при насильственных анально-генитальных контактах было значительно выше: какие-либо повреждения в области заднего прохода имели 73 % жертв.

«Правила...» (1968) [14] указывали, что единичные акты мужеложства, как правило, не оставляют стойких изменений в области заднего прохода и прямой кишки, кроме значительных повреждений, оставляющих после себя рубцы. Считается, что для лиц, систематически совершающих акты мужеложства в качестве пассивных партнеров, характерны следующие изменения в области заднего прохода и прямой кишки: воронкообразная втянутость, зияние заднепроходного отверстия, сглаженность лучеобразных складок в перианальной области и слизистой прямой кишки, расслабление сфинктеров и багрово-красная с синюшным оттенком окраска слизистой. Но те же «Правила...» признавали, что часть этих признаков может отсутствовать.

Давно уже ясно, что термин «признаки систематического мужеложства» (в качестве пассивных партнеров) устарел, так как та-

кие же признаки, в принципе, должны быть и у лиц женского пола, прибегающих к анально-генитальным контактам (по литературным данным, к таким контактам прибегает не менее 7 % состоящих в браке женщин [11]), они должны быть и у лиц обоих полов, занимающихся аноректальной мастурбацией. Мужеложство в средневековой Европе являлось тяжким грехом и преступлением, поэтому инквизиция и медики интересовались ее телесными признаками. И.С. Кон [9] изложил историю судебно-медицинской мысли в этом направлении. Так, придворный врач Папы Римского Паоло Захиа (1584–1659) первым обратил внимание на сглаженность перианальных складок у лиц, занимающихся пассивной содомией. А. Тардьё (1818–1879) считал, что анус пассивного содомита является гладким еще до первых гомосексуальных контактов, а активный содомит имеет тонкий член с маленькой головкой, напоминающий собачий (заблуждение бытует до сих пор!). Однако И. Каспер в своих наблюдениях не нашел ни одного из перечисленных признаков. К этому мнению присоединилась часть русских ученых (статья в «Архиве судебной медицины и общественной гигиены» за 1870 год), в том числе и В. Мержеевский.

В.Н. Глебов [3] привел анализ 142 собственных практических наблюдений при экспертизах в случаях мужеложства. Экспертизы пассивных партнеров при этом проводились в 5 раз чаще, чем активных. При проведении таких экспертиз у свидетельствуемых не было обнаружено признаков, которые могли бы свидетельствовать о систематическом совершении актов мужеложства в качестве пассивных партнеров. Всего в 8 случаях были обнаружены разрывы слизистой оболочки заднего прохода и примыкающего к заднему проходу отдела прямой кишки. Во всех случаях «феномен общего возбуждения», описанный И.Г. Блюминым, оказался отрицательным.

Общеизвестно, и следует признать, что атония и слабость сфинктера бывают у немолодых людей, а также у лиц с нарушениями иннервации, подвергшихся операциям на прямой кишке, хотя бы по поводу геморроя; а пигментация, цвет слизистой оболочки в области сфинктера и кожи в перианальной области зависят от наличия или отсутствия воспалений любой этиологии, в частности, перианального дерматита — довольно нередкого явления у нечистоплотных людей. Известный анатом Р.Д. Синельников [18] отмечает, что в по-

жилом возрасте количество и величина складок уменьшаются. Кроме того, анатомическое разнообразие делает сомнительным мнение относительно признаков воронкообразности заднего прохода (с кожи или со слизистой начинается воронка). Рубцы в области заднего прохода могут образоваться при его травмах, медицинских манипуляциях, детских сексуальных играх. Складки кожи и слизистой оболочки заднего прохода довольно быстро подвергаются атрофии и уплощаются под воздействием инфильтрации и лихенификации в случаях перианальных дерматитов и экзематизации, которые, в свою очередь, обычно влекут за собой смазывание заднего прохода гормональными мазями. Но стероидные мази при длительном их применении оказывают на кожу необратимые трофические влияния, в том числе, изменение цвета кожи и слизистой за счет пожизненно-го паралитического расширения капилляров.

J. McCann et al. [59] изучили 65 случаев посмертного обнаружения анального расширения или повреждений в перианальной области у детей обоих полов до 17 лет, умерших при подозрительных обстоятельствах, не исключавших предшествующих прижизненных сексуальных действий с ними. 88 % детей находились в стадии полового созревания; 74 % имели заметное расширение анального сфинктера, что сопровождалось сглаженностью складок кожи в 77 % случаев; повреждения (в тексте нет расшифровки понятия) в области радиальных складок кожи имели место в 59 %, а слизистой в области сфинктера — в 37 % случаев; воронкообразный проход (funneling) был у 3 %, повышенная пигментация — у 12 %, erythema — у 9 %, опачкивание прохода кровью — у 5 % детей; рубцов, существенных разрывов в области заднего прохода не обнаружено.

Несомненно, что задний проход претерпевает те или иные изменения в результате систематических анально-генитальных контактов или иных сексуальных действий с ним. Чтобы объективно оценить функцию анального сфинктера, необходимо провести ряд исследований с перфузионной манометрией, что, в принципе, уже делается некоторыми зарубежными коллегами, выявившими достоверную разницу ($P < 0,01$) в давлении расслабленного сфинктера между гомо- и гетеросексуалами ($70,7 \pm 3,2$ mm Hg и $91,4 \pm 5,2$ mm Hg) и отсутствие разницы в давлении при напряжении мышц тазового дна; кроме того, выявлено достоверное снижение электрочувстви-

тельности слизистой заднего прохода у лиц с «анальными злоупотреблениями» ($P < 0,05$) [34, 60].

Одно анальное расширение само по себе у живых лиц (и тем более у трупов) без каких-либо иных признаков не может использоваться как маркер предшествующих сексуальных действий с задним проходом (категоричная форма выводов здесь неуместна, необоснованна), но в предусмотренных законом случаях должно заинтересовать правоохранительные органы с целью выявления возможных противоправных сексуальных действий [59].

Сексуальное насилие и половые инфекции

Незащищенные от половых инфекций любые формы половых контактов ведут к распространению соответствующих заболеваний, что также имеет важное доказательное значение. В случаях инфицирования при сексуальном насилии половых органов той или другой стороны, на разрешение экспертов встает вопрос об источнике инфекции. Это имеет определенные юридические последствия (вопрос о возмещении материального и морального вреда в связи с заражением жертвы или о личностных качествах жертвы при заражении обвиняемого — вопрос, способный привести к прекращению уголовного дела или вынесению оправдательного приговора).

Считается, что одним из маркеров бывшего сексуального насилия, особенно у детей (или развратных действий) являются половые инфекции, в частности, гонорейные фарингиты и проктиты [71], а также проктиты и генитальные воспаления, вызванные *Chlamydia trachomatis*. При обнаружении этих инфекций предлагается проведение соответствующих оперативно-розыскных и медицинских мероприятий для установления источника заражения и обстоятельств инфицирования [30]. Однако здесь следует быть осторожным во избежание ошибочных обвинений при наличии ложного положительного результата, так как тесты на наличие *Chlamydia trachomatis* недостаточно специфичны [46].

Половые бородавки у детей указывают на большую вероятность сексуальных действий взрослых с малолетними. По законам некоторых стран врач, заподозривший, что ребенок стал жертвой преступления, должен информировать об этом правоохранительные органы [42]. Врач-дерматовенеролог является наиболее вероятным лицом,

сталкивающимся с этой проблемой, но соответствующие знания должны иметь и другие врачи.

Исследования в бывшем СССР (конец 1970-х годов) показали, что заражение у 85–95 % больных гонореей девочек происходило внеполовым путем, например, через мочалку, унитаз, общую постель. Из них у 71,3–75 % источником инфекции являлась мать. Малолетние девочки наиболее часто заболели гонореей в возрасте 2–8 лет [20]. Однако проведенные в то же время исследования в США обрисовали иную картину. Так, при анализе случаев гонореи у 31 ребенка выяснилось, что все дети в возрасте свыше 4-х лет заразились гонореей в результате сексуального контакта со взрослым преступником; среди тех, кто не достиг 4-летнего возраста в результате сексуального контакта заразилось 35 % детей [52]

По современным данным, из обратившихся за медицинской помощью в связи с изнасилованием и госпитализированных в столице Найроби женщин 10,8 % заразились гонореей при изнасиловании [33]. По данным Н.В. Lacey [58], изнасилованные имели различные половые инфекции в 14,4 % случаев, преимущественно — хламидиоз и трихомоноз. S.K. Schwarcz & W.L. Whittington [69] своими исследованиями подтвердили, что у жертв насилия существует наивысший риск передачи *Chlamydia trachomatis*, а обнаружение гонореи и сифилиса у потерпевших они оценили, соответственно, в пределах 6–12 % и до 3 %.

В Вашингтоне жертвы изнасилования обследовались в течение 72 часов и через 1–2 недели после изнасилования. Выяснилось, что потерпевшие до преступления сами имели достаточно высокую частоту распространения половых инфекций: 6 % — гонорею, 15 % — трихомоноз, 10 % — хламидиоз, 1 % — сифилис и т.д. Риск заразиться в результате сексуального насилия был, но он был более низкий, по сравнению с имеющимся фоном: в результате преступления гонореей заразились 4 % женщин, трихомонозом — 12 %, хламидиозом — 2 %, различными бактериальными вагинитами — 19 % [54].

Относительно заражения мужчин при гомосексуальных контактах прослеживается интересная закономерность: закрытые репрессивные общества с уголовным преследованием гомосексуалов за добровольные отношения способствуют высокому уровню распространения в гомосексуальной среде сифилиса из-за сохранения парт-

нсами инкогнито и боязни разглашения ими своей ориентации. Легализация гомосексуализма, терпимость общества к гомосексуалам способствуют заинтересованности больного в посещении врача, отслеживанию контактов и снижению заболеваемости в целом. Например, в Финляндии гомосексуализм был легализован с 1971 года; если в 1964 году только 2 % мужчин со свежим сифилисом признавали гомосексуальный контакт, а в 1970 году — 8 %, то в 1974 и 1975 годах гомосексуальные контакты признали уже 50 % от всех больных [76]. Гомосексуальное насилие над взрослыми мужчинами в 18 % случаев влечет за собой приобретение жертвами каких-либо половых инфекций [47]. Таким образом, оздоровление общества в целом в результате либерализации законов снижает возможность передачи инфекции и при гомосексуальном насилии.

Биологические и другие доказательства сексуального насилия

Несомненно, что факт полового сношения может подтвердить лишь совокупность объективных доказательств. Среди них важное место занимают вещественные доказательства биологического происхождения, при этом следует исходить из того, что жертвы предполагаемого сексуального насилия не всегда могут понять свои ощущения и поэтому способны добросовестно заблуждаться относительно того, имело ли место введение полового члена во влагалище, и было ли семяизвержение в него [50]. Кроме того, 20 % насильников имеют недостаточную эрекцию, а в 12 % случаев преступники вообще не могут закончить половые акты семяизвержением [29].

При первичном обращении пострадавших за помощью к лечащему врачу (они в большинстве случаев являются единственными людьми, кому жертва первично сообщает о преступлении) часто наблюдается неблагоприятная для юридических процедур картина. Так, женщины ожидают, что доктора смогут обеспечить их необходимой информацией в случаях изнасилования и оказать помощь для обеспечения доказательствами насилия юридических процедур, но врачи далеко не всегда осознают свою роль в помощи жертвам преступлений. Так, даже в государствах с развитым правоохранением (например, США) 20 % жертв сексуального насилия, сообщивших своим докторам об изнасиловании, не смогли получить от них никакой помощи по сохранению доказательств насилия [32].

Судебными медиками давно уже обращается внимание на отсутствие или наличие смегмы у подозреваемого из-за ее криминалистического значения. Впервые для экспертов это подчеркнул В.Г. Бернارد [2] еще в 1940 году. Он установил, что смегма в малом количестве появляется в препуциальном мешке после туалета половых органов уже через 3–4 дня. Через 5–6 дней она уже отчетливо заметна. У лиц, не имевших половых связей и не моющих половой член, через 7–10 дней в препуциальном мешке содержится большое количество легко отходящей смегмы. Автор считал, что при половом сношении смегма полностью удаляется с полового члена, поэтому нахождение смегмы в препуциальном мешке является доказательством отсутствия половых контактов у подозреваемого в течение ближайших 4–5 суток до осмотра. Однако другие судебные медики высказывали мнение, что смегма при половом сношении с головки и шейки полового члена полностью удаляется не всегда [19, 22]. При кандидозном воспалении подобие смегмы в препуциальном мешке может появиться уже к концу первых суток. У нечистоплотных людей смегма под воздействием бактерий начинает разлагаться, что сопровождается дурным запахом и возникновением острых или вяло текущих баланопоститов.

По вопросу о продолжительности сохранения спермы у потерпевших и на вещественных доказательствах в мировой литературе существуют немногочисленные сведения. Мы провели обобщение наиболее показательных (крайних).

Общеизвестно, что сперматозоиды легче переносят некоторое понижение температуры среды, чем ее повышение. Так, В.И. Пухнаревич [15] неоднократно наблюдал движение сперматозоидов в сперме, сохранявшейся в стеклянной пробирке при обычной комнатной температуре до 70 и больше часов. В содержимом семенных пузырьков трупов он находил подвижных сперматозоидов через 20–28 и даже 45 часов после наступления смерти. И.Ф. Юнда [23] считает, что при комнатной температуре сперматозоиды сохраняют подвижность в стеклянной пробирке 12–24 часа, иногда большее время, но при комнатной температуре после прошествия 5 часов их подвижность уменьшается наполовину. В шейке матки и в маточной трубе подвижность сперматозоидов сохраняется до 48, а в полости матки — до 25 часов. Во влагалище живых лиц неподвижные сперматозоиды можно обна-

ружить в течение первой недели, они обнаруживались изредка после седьмого и даже в единичных случаях после десятого посткоитального дня [72], что вызывает сомнение относительно проверки возможности более поздних половых актов с другими партнерами.

Для судебных медиков также важен вопрос о сохранении спермы на вещественных доказательствах, внутри презервативов, во влагалище и во рту трупов. Этот вопрос отражен сообщениями российских коллег (до 1 года 2 месяцев на трикотажных трусах в стеклянной банке, до 2,5 месяцев во рту и влагалище трупа [4]), а также зарубежными авторами, дающими меньшие сроки (через 5–6 недель после наступления смерти во влагалище трупа) [67]. Интересные результаты собственных исследований приводит О.А. Дмитриева с соавт. [5]. Исследовалась сперма, полученная после утреннего коитуса у здоровых мужчин — добровольцев 20–35 лет, имеющих детей. Эякулят помещался на часть стенки влагалища невостребованного трупа и хранился при температуре +4 °С и влажности 80 %. В дальнейшем при описании препаратов учитывались: количество сперматозоидов в поле зрения, размеры, четкость контуров, наличие хвоста, четкость головки и ядра (табл. 1).

Таблица 1

**Сравнительная морфологическая характеристика сперматозоидов
в зависимости от времени нахождения в трупе
(температура +4° С, влажность 80 %)**

Время	Морфологическая характеристика
При постановке опыта	Во всех полях зрения скопления сперматозоидов до 100 и более, с четкими контурами и хорошо различимыми ядрами
Через 1 неделю	Количество сперматозоидов в полях зрения уменьшилось, размеры их увеличились (набухшие), контуры местами нечеткие, головки, ядра, хвосты хорошо различимы
Через 2 недели	Отдельные сперматозоиды без хвостов, с нечетко выраженными контурами головок, ядер
Через 3 недели	Множественные скопления сперматозоидов с нечетко выраженными контурами головок, ядер; отношение сперматозоидов с хвостами и без 1:4
Через 4 недели	Сперматозоиды без хвостов, с разрушающимися ядрами
Через 5 недель	В полях зрения единичные сперматозоиды без хвостов, с разрушающимися головками
Через 6 недель	В полях зрения единичные клетки, похожие на сперматозоиды без хвостов, с разрушающимися головками, много полей зрения, где сперма отсутствует

Таким образом, изменение в структуре сперматозоида во влагалище трупов в эксперименте начинались со второй недели, к концу 6-й недели почти все головки были разрушены. По мнению вышеуказанных авторов, при обнаружении трупов через 1,5–2 месяца после события, нет никаких оснований отказываться от исследования спермы из полостей трупа. Научные данные свидетельствуют о целесообразности исследования содержимого влагалища, рта и прямой кишки трупов, а также следов-наложений на половых органах вне зависимости от давности наступления смерти и выраженности гнилостных изменений.

Использованный презерватив позволяет не только доказать наличие спермы и идентифицировать ее, но и обнаружить клетки влагалищного эпителия и волосы на его наружной поверхности, а объекты от преступника — внутри презерватива. Для решения вопроса о сроках сохранения спермы в презервативе О.А. Дмитриевой [5] проведено экспериментальное исследование на здоровых 20–45-летних мужчинах, добровольно сдавших сперму в презервативе после утреннего коитуса. Презервативы были обычные латексные, без спермицидной смазки. Но даже и эти условия неблагоприятно влияют на жизнеспособность сперматозоидов. Презервативы хранились при относительно оптимальных условиях: температуре $-2, +2, +8^{\circ}\text{C}$ и влажности 70 %, а также — в неблагоприятных условиях: при температуре $+20$ и $+30^{\circ}\text{C}$ и влажности 100 %. Полученные данные представлены в табл. 2.

Таблица 2

Сравнительная морфологическая характеристика сперматозоидов в зависимости от условий нахождения в презервативе

Время	Морфологическая характеристика:	
	$+2^{\circ}\text{C}$, 70 % влажности	$+30^{\circ}\text{C}$, 100 % влажности
1,5 часа	во всех полях зрения скопления сперматозоидов до 100 и более, с четкими контурами и хорошо различимыми ядрами	во всех полях зрения скопления сперматозоидов до 100 и более, с четкими контурами и хорошо различимыми ядрами
12 часов	скопления сперматозоидов до 100 и более в поле зрения, с сохраненной структурой	скопления сперматозоидов до 100 и более в поле зрения, с сохраненной структурой
2 суток	в поле зрения сперматозоиды сплошь; структура сохранена; контуры головок, ядер четкие	поля зрения со скоплением сперматозоидов от 1 до 5, от 10 до 18, от 60 и более 100; структура сперматозоидов сохранена; контуры четкие

Время	Морфологическая характеристика:	
	+2 °С, 70 % влажности	+30 °С, 100 % влажности
3 суток	в поле зрения сперматозоиды сплошь; структура сохранена; контуры головок, ядер четкие	в поле зрения скопления сперматозоидов от 5 до 20 с сохраненной структурой; встречаются поля зрения, где сперма отсутствует
5 суток	поля зрения со скоплением сперматозоидов от 5 до 12 и от 20 до 60, с сохраненной структурой	структура сперматозоидов сохранена; головки и ядра выражены нечетко
6 суток	поля зрения со скоплением сперматозоидов от 5 до 12 с сохраненной структурой; имеются поля зрения, где сперма отсутствует	в поле зрения сперматозоидов много; структура сохранена; четкости ядер, головок нет
7 суток	структура сперматозоидов сохранена; ядра хорошо видны	поля зрения со сперматозоидами единичные и составляют от 1 до 7 сперматозоидов, в основном головки; ядра выражены нечетко
2 недели	структура сохранена; головки и ядра выражены нечетко	в поле зрения множественные скопления сперматозоидов; много сперматозоидов без хвостов; ядра выражены нечетко
3 недели	структура сохранена; у большинства сперматозоидов головки и ядра выражены нечетко	много полей зрения, где сперма отсутствует, а в единичных полях зрения сперматозоидов от 1 до 3, в основном головки
5 недель	поля зрения со сперматозоидами от 2 до 16; контуры головок, ядер очень нечеткие	встречаются участки со сперматозоидами от 2 до 4, как с хвостами, так и одни головки; причем во всех случаях головки имеют вид разрушающихся: контуры головок, ядер выражены нечетко; много полей зрения, где сперма отсутствует
6 недель	множественные скопления сперматозоидов с нечетко выраженными контурами головок, ядер; соотношение сперматозоидов с хвостами и без 1:4	в полях зрения единичные сперматозоиды без хвостов, с разрушающимися головками

То есть, если презерватив со спермой пролежал на месте происхождения до 4-х недель, также не следует отказываться от исследования находящегося в нем эякулята. Как установили указанные авторы [5], в замкнутом пространстве (завязанный презерватив) разрушение сперматозоидов происходит медленнее, даже при наличии гнилостной микрофлоры, по сравнению с открытым (развязанный

презерватив). Обнаружение клеток влагалищного эпителия на наружной поверхности презерватива возможно лишь в первые 4–6 часов при хранении последнего в условиях выраженной влажности.

Кроме биологических доказательств сексуального насилия на тех же, обычных марлевых тампонах, используемых врачом для изъятия содержимого влагалища на предмет обнаружения сперматозоидов или для смывов с полового члена подозреваемого, можно обнаружить спермацидные и смазочные вещества, применяемые в презервативах, что имеет криминалистическое значение в изучении обстоятельств совершения преступления. При использовании преступником презерватива, обнаружение спермацидных и смазочных веществ с презерватива в содержимом влагалища жертвы и на половом члене подозреваемого или в презервативе на месте происшествия доказательно. Многие марки презервативов включают в себя в качестве спермацидного средства 5 % *nonoxonyl-9* (*nonylphenoxy polyethoxyethanol*), а в качестве смазочного вещества — *polydimethylsiloxane*. Также можно провести идентификацию марки использованного преступником презерватива путем судебно-химического исследования по применяемым смазочным и спермацидным материалам. К тому же, полезна микроскопия для установления иных смазочных материалов, как, например, зерновой крахмал, *lycopodium*, кремнезем, тальк, добавляющихся к некоторым маркам [27, 28, 49]. Изучение 40 различных презервативов, доступных для пользователей в Германии, показало, что 32 наименования (80 %) содержали покрытие с *lycopodium* [26].

Относительно обеспечения доказательств со стороны судебных химиков, в первую очередь необходимо думать о выявлении этанола в крови и мочи жертв сексуального насилия. По сообщениям различных авторов, этанол может обнаруживаться у 23–25 % живых потерпевших и у 40 % жертв сексуальных убийств [5, 12, 37]. Кроме того, насильники с целью приведения жертвы в беспомощное состояние, подавления ее воли, устранения сопротивления применяют не только алкоголь, но иногда подмешивают в пищу и напитки жертв токсические вещества. Например, в США в качестве такого вещества в последнее время имеет широкое распространение *flunitrazepam* (*Rohypnol*) — бесцветное вещество, не имеющее вкуса и запаха [24, 31].

На обнаружение доказательств сексуального насилия большое влияние оказывает временной фактор — время, прошедшее между нападением и врачебным обследованием. Это зависит не только от реагирования жертвы на случившееся, но и от реагирования правоохранительных органов на поступившее заявление о сексуальном преступлении. В проанализированной литературе мы нашли лишь единичные данные по этому вопросу. Так в Сан-Паулу (Бразилия) 11,2 % потерпевших осмотрены в первые 24 часа, 44,8 % — в течение 1–7 дней, 8,1 % — 7–15 дней и 30,2 % — после 15 дней; в среднем, только в половине случаев обследование было выполнено в течение первой недели [35]. Во Владивостоке пострадавшие обращались к эксперту, в основном, на вторые сутки (38,5 %), в первый день — лишь 20,4 %, остальные — в срок свыше трех дней [5].

Таким образом, учитывая вышеизложенное, для повышения качества работы судебных медиков представляется необходимым пересмотреть методические рекомендации по проведению судебно-медицинских экспертиз половых состояний и при половых преступлениях, а также пересмотреть принцип и объем изложения соответствующего материала в учебниках и руководствах по судебной медицине.

Литература

1. *Авдеев М.И.* Судебно-медицинская экспертиза живых лиц. М.: Медицина, 1968. С. 376.
2. *Бернард В.Г.* О значении смегмы при половых преступлениях // Сб. работ НИИ судебной медицины. М., 1940. С. 88–90.
3. *Глебов В.Н.* Некоторые особенности проведения судебно-медицинской экспертизы в случаях мужеложства // Суд. мед. экспертиза. М., 1992. № 2. С. 20–21.
4. *Головкина Г.В., Васильева И.А.* О длительном сохранении сперматозоидов на вещественных доказательствах // Суд. мед. экспертиза. М., 2001. № 1. С. 34.
5. *Дмитриева О.А., Пиголкин Ю.И., Федченко Т.М.* Судебно-медицинская экспертиза половых функций мужчин. Владивосток: ЛАИНС, 2003. С. 208.
6. *Дынкина И.З.* К вопросу о механизме повреждений девственной плевы и промежности при преступлениях, связанных с нарушением половой неприкосновенности; Повреждения влагалища в случаях убийств

- ... на сексуальной почве // Вопросы судебной медицины. Саратов, 1969. С. 150–154.
7. *Дынкина И.З.* Методические указания к судебно-медицинской экспертизе трупов женщин в случаях лишения их жизни на сексуальной почве. Л., 1970. С. 23.
 8. *Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С.* Функциональная женская сексопатология. Пермь, 1994. С. 272.
 9. *Кон И.С.* Лунный свет на заре. Лики и маски однополрой любви. М.: Олимп; ООО «Фирма «Издательство АСТ», 1998. С. 496.
 10. *Лисакович М.В.* О времени появления способности к совокуплению у девочек // Первый Всесоюзный съезд судебных медиков. Киев, 1976. С. 639–640.
 11. *Лосева О.К., Бобкова И.Н.* Сексуальное поведение мужчин и женщин, состоящих в браке; Ценностные ориентации мужчин и женщин в сексуальной сфере // Сексуальное здоровье человека на рубеже веков: проблемы, профилактика, диагностика и лечение. Материалы Международной конференции. М., 1999. С. 19–21.
 12. *Мазуренко М.Д., Беликов В.К., Егоришин В.М., Соловьева Н.Н.* Некоторые вопросы судебно-медицинской экспертизы случаев изнасилований и развратных действий в условиях большого города // Судебная медицина и экология. Л., 1991. С. 69–71.
 13. Правила судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы / МЗ СССР. М., 1966. С. 24.
 14. Правила судебно-медицинской экспертизы половых состояний мужчин / МЗ СССР. М., 1968. С. 29.
 15. *Пухнаревич В.И.* Определение способности к оплодотворению у мужчин в судебно-медицинской практике // Сб. научных работ по судебной медицине и пограничным областям. М.: Медгиз, 1955. С. 223–226.
 16. *Ростошинский Э.Н.* К вопросу определения бывшего полового акта у мужчин // Вопросы травматологии, токсикологии, скоропостижной смерти и деонтологии в экспертной практике. М., 1966. С. 387–389.
 17. *Сердюков М.Г.* Судебная гинекология и судебное акушерство. М.: Медицина, 1964. С. 302.
 18. *Синельников Р.Д.* Атлас анатомии человека. М.: Медицина, 1979. С. 81.
 19. *Смольников В.Т.* О смегме в судебно-медицинском отношении // Сб. трудов Научного общества судебных медиков и криминалистов. Алма-Ата, 1963. Вып. 5. С. 165–167.
 20. *Туранова Е.Н.* Гонорея женщин; Гонорея девочек; Экстрагенитальная гонорея // Венерические болезни. М.: Медицина, 1980. С. 369–391.

21. Шалаев Н.Г. Судебно-медицинская характеристика повреждений у подозреваемых в изнасиловании // Проблемы криминалистики и судебной экспертизы. Алма-Ата, 1965. С. 377–378.
22. Шалаев Н.Г. Судебно-медицинская характеристика повреждений половых органов у подозреваемых в половых преступлениях; О диагностическом значении смегмы как признаке, исключающем недавнее половое сношение у мужчин // Вопросы судебной медицины. Саратов, 1969. С. 154–158.
23. Юнда И.Ф. Болезни мужских половых органов. Киев: Здоровье, 1989. С. 272.
24. Anglin D., Spears K., Hutson H. Flunitrazepam and its involvement in date or acquaintance rape // Acad. Emerg. Med. 1997. Apr. Vol. 4. No 4. P. 323–326.
25. Barone J., Yee J., Nealon T. Management of foreign bodies and trauma of the rectum // Surg. Gynecol. Obstet. 1983. Apr. Vol. 156. No 4. P. 453–457.
26. Berkefeld K. Eine Nachweismöglichkeit für Kondombenutzung bei Sexualdelikten // Arch. Kriminol. 1993. Jul–Aug. Vol. 192. No 1–2. P. 37–42.
27. Blackledge R.D., Vincenti M. Identification of polydimethylsiloxane lubricant traces from latex condoms in cases of sexual assault // J. Forensic Sci. Soc. 1994. Vol. 34. No 4. P. 245–256.
28. Blackledge R.D. Viscosity comparisons of polydimethylsiloxane lubricants in latex condom brands via Fourier self-deconvolution of their FT-IR spectra // J. Forensic Sci. 1995. May. Vol. 40. No 3. P. 467–469.
29. Bownes I.T., O'Gorman E.C. Assailants' sexual dysfunction during rape reported by their victims // Med. Sci. Law. 1991. Oct. Vol. 31. No 4. P. 322–328.
30. Bump R.C. Chlamydia trachomatis as a cause of prepubertal vaginitis // Obstet Gynecol. 1985. Mar. Vol. 65. No 3. P. 384–388.
31. Calhoun S.R., Wesson D.R., Galloway G.P., Smith D.E. Abuse of flunitrazepam (Rohypnol) and other benzodiazepines in Austin and south Texas // J. Psychoactive Drugs. 1996. Apr–Jun. Vol. 28. No 2. P. 183–189.
32. Caralis P., Musialowski R. Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims // South. Med. J. 1997. Nov. Vol. 90. No 11. P. 1075–1080.
33. Chaudhry S., Sangani B., Ojwang S., Khan K. Retrospective study of alleged sexual assault at the Aga Khan Hospital, Nairobi // East Afr. Med. J. 1995. Mar. Vol. 72. No 3. P. 200–202.
34. Chun A., Rose S., Mitrani C., Silvestre A., Wald A. Anal sphincter structure and function in homosexual males engaging in anoreceptive intercourse // Am. J. Gastroenterol. 1997. Mar. Vol. 92. No 3. P. 465–468.

35. *Cohen C., Matsuda N.* Crimes sexuais e sexologia forense: estudo anaditico // Rev. Paul. Med. 1991. Vol. 109. No 4. P. 157-164.
36. *De Jong A.R., Emmett G.A., Hervadu A.A.* Epidemiologic factors in sexual abuse of boys // Am. J. Dis. Child. 1982. Nov. Vol. 136. No 11. P. 990-993.
37. *Deming J.E., Mittleman R.E., Wetli C.V.* Forensic science aspects of fatal sexual assaults on women // J. Forensic Sci. 1983. Jul. Vol. 28. No 3. P. 572-576.
38. *Dube R., Hebert M.* Sexual abuse of children under 12 years of age: a review of 511 cases // Child. Abuse Negl. 1988. Vol. 12. No 3. P. 321-330.
39. *Eckert W.G., Katchis S., Donovan W.* The pathology and medicolegal aspects of sexual activity // Am. J. Forensic Med. Pathol. 1991. Mar. Vol. 12. No 1. P. 3-15.
40. *Fain D.B., McCormick G.M.* Vaginal «fisting» as a cause of death // Am. J. Forensic Med. Pathol. 1989. Mar. Vol. 10. No 1. P. 73-75.
41. *Geist R.F.* Sexually related trauma // Emerg. Med. Clin. North. Am. 1988. Aug. Vol. 6. No 3. P. 439-466.
42. Genital warts and sexual abuse in children. American Academy of Dermatology Task Force on Pediatric Dermatology // J. Am. Acad. Dermatol. 1984. Sep. Vol. 11. No 3. P. 529-530.
43. *Goodyear-Smith F.A.* Medical evaluation of sexual assault findings in the Auckland region // N. Z. Med. J. 1989. Sep. Vol. 102. No 876. P. 493-495.
44. *Haney A.F.* Vaginal evisceration after forcible coitus with intraabdominal ejaculation // J. Reprod. Med. 1978. Oct. Vol. 21. No 4. P. 254-256.
45. *Hanson R.F., Resnick H.S., Saunders B.E., Kilpatrick D.G., Best C.* Factors related to the reporting of childhood rape // Child. Abuse Negl. 1999. Jun. Vol. 23. No 6. P. 559-569.
46. *Hammerschlag M.R., Ajl S., Laraque D.* Inappropriate use of nonculture tests for the detection of Chlamydia trachomatis in suspected victims of child sexual abuse: A continuing problem // Pediatrics. 1999. Nov. Vol. 104. No 5. Pt. 1. P. 1137-1139.
47. *Hillman R., O'Mara N., Tomlinson D., Harris J.* Adult male victims of sexual assault: an underdiagnosed condition // Int. J. STD AIDS. 1991. Jan-Feb. Vol. 2. No 1. P. 22-24.
48. *Hobbs C.J., Wynne J.M.* Sexual abuse of English boys and girls: the importance of anal examination // Child. Abuse Negl. 1989. Vol. 13. No 2. P. 195-210.
49. *Hollenbeck T.P., Siuzdak G., Blackledge R.D.* Electrospray and MALDI mass spectrometry in the identification of spermicides in criminal investigations // J. Forensic Sci. 1999. Jul. Vol. 44. No 4. P. 783-788.

50. *Hook S.M., Elliot D.A., Harbison S.A.* Penetration and ejaculation; forensic aspects of rape // *N. Z. Med. J.* 1992. Mar. Vol. 105. No 929. P. 87-89.
51. *Ikeda N., Hulewicz B., Knight B., Suzuki T.* Homicide by rectal insertion of a walking stick // *Nippon Hoigaku Zasshi.* 1991. Aug. Vol. 45. No 4. P. 341-344.
52. *Ingram D.L., White S.T., Durfee M.F., Pearson A.W.* Sexual contact in children with gonorrhea // *Am. J. Dis. Child.* 1982. Nov. Vol. 136. No 11. P. 994-996.
53. *Jenny C.* Adolescent risk-taking behavior and the occurrence of sexual assault // *Am. J. Dis. Child.* 1988. Jul. Vol. 142. No 7. P. 770-772.
54. *Jenny C., Hooton T., Bowers A., Copass M., Krieger J., Hillier S., Kiviat N., Corey L., Stamm W., Holmes K.* Sexually transmitted diseases in victims of rape // *N. Engl. J. Med.* 1990. Mar. Vol. 322. No 11. P. 713-716.
55. *Kernbach G., Puschel K., Brinkmann B.* Extragenitale Verletzungen bei Vergewaltigung // *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1984. Vol. 44. No 10. S. 643-650.
56. *Kindermann G., Carsten P., Maassen V.* Ano-genitale Verletzungen bei weiblichen Opfern von Sexualdelikten // *Swiss. Surg.* 1996. No 1. S. 10-13.
57. *Kleemann W., Windus G., Roelfs T., Troger H.* Ergebnisse rechtsmedizinischer Opfer/Tater-Untersuchungen nach Sexualdelikten // *Arch. Kriminol.* 1990. Jan.-Feb. Vol. 185. No 1-2. S. 19-26.
58. *Lacey H.B.* Sexually transmitted diseases and rape: the experience of a sexual assault centre // *Int. J. STD AIDS.* 1990. Nov. Vol. 1. No 6. P. 405-409.
59. *McCann J., Reay D., Siebert J., Stephens B.G., Wirtz S.* Postmortem perianal findings in children // *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 1996. Dec. Vol. 17. No 4. P. 289-298.
60. *Miles A., Allen-Merish T., Wastell C.* Effect of anoreceptive intercourse on anorectal function // *J. R. Soc. Med.* 1993. Mar. Vol. 86. No 3. P. 144-147.
61. *Mortinger H., Missliwitz J.* Forensically important penis injuries // *Beitr. Gerichtl. Med.* 1989. Vol. 47. P. 619-623.
62. *Olusanya O., Ogbemi S., Unuigbo J., Oronsaye A.* The pattern of rape in Benin City, Nigeria // *Trop. Geogr. Med.* 1986. Sep. Vol. 38. No 3. P. 215-220.
63. *Orr C.J., Clark M.A., Hawley D.A., Pless J.E., Tate L.R., Fardal P.M.* Fatal anorectal injuries: a series of four cases // *J. Forensic Sci.* 1995. Mar. Vol. 40. No 2. P. 219-221.
64. *Rambow B., Adkinson C., Frost T., Peterson G.* Female sexual assault: medical and legal implications // *Ann. Emerg. Med.* 1992. Jun. Vol. 21. No 6. P. 727-731.

65. *Reay D.T., Eisele J.W.* Sexual abuse and death of an elderly lady by «fisting» // *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 1983. Dec. Vol. 4. No 4. P. 347–349.
66. *Reiner S.C.* Colorectal laceration after manual-anal intercourse // *Ann. Emerg. Med.* 1984. Feb. Vol. 13. No 2. P. 130–132.
67. *Reuhl J., Bratzke H.* Detection of sperm after extremely long postmortem interval (5–6 weeks) // *Arch. Kriminol.* 1994. Jan.–Feb. Vol. 193. No 1–2. P. 43–47.
68. *Schei B., Muus K., Moen M.* Medisinske og rettslige aspekter av voldtekt. Henvendelser til voldtektsteamet ved Regionsykehuset i Trondheim i perioden 1989–92 // *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* 1995. Jan. Vol. 115. No 1. P. 30–33.
69. *Schwarcz S.K., Whittington W.L.* Sexual assault and sexually transmitted diseases: detection and management in adults and children // *Rev. Infect. Dis.* 1990. Jul–Aug. Vol. 12. No 6. P. 682–690.
70. *Shook L.L., Whittle R., Rose E.F.* Rectal fist insertion. An unusual form of sexual behavior // *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 1985. Dec. Vol. 6. No 4. P. 319–324.
71. *Silber T., Controni G.* Clinical spectrum of pharyngeal gonorrhea in children and adolescents: a report of sixteen patients // *J. Adolesc. Health. Care.* 1983. Mar. Vol. 4. No 1. P. 51–54.
72. *Silverman E.M., Silverman A.G.* Persistence of spermatozoa in the lower genital tracts of women // *JAMA.* 1978. Oct. Vol. 240. No 17. P. 1875–1877.
73. *Sohn N., Weinstein M., Gonchar J.* Social injuries of the rectum // *Am. J. Surg.* 1977. Nov. Vol. 134. No 5. P. 611–612.
74. *Spencer M., Dunklee P.* Sexual abuse of boys // *Pediatrics.* 1986. Jul. Vol. 78. No 1. P. 133–138.
75. *Subbotin V.M., Davidov M.I., Fainshtein A.V., Abdrashitov R.R., Rylov I.L., Sholin N.V.* Foreign bodies of the rectum // *Vestn. Khir. Im. I. I. Grek.* 2000. Vol. 159. No 1. P. 91–95.
76. *Suhonen R., Wallenius J., Haukka K., Elo O., Lassus A.* Syphilis, homosexuality and legislation // *Dermatologica.* 1976. Vol. 152. No 6. P. 363–366.
77. *Vintiner S., Stringer P., Kanagasundaram S.* Alleged sexual violation of a human female by a Rottweiler dog // *J. Forensic Sci. Soc.* 1992. Vol. 32. No 4. P. 357–362.

Раздел II.

ОБЩИЕ И ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА

Глава 1.

НОРМАТИВНАЯ РЕГЛАМЕНТАЦИЯ ЭКСПЕРТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА

Нормативная регламентация экспертных исследований лиц женского пола

Судебно-медицинская экспертная деятельность в РФ при преступлениях против половой неприкосновенности и половых свобод граждан или подозрениях на их совершение, опираясь на требования УПК, ГПК и ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ», в настоящее время регламентирована III и IV разделами приказа МЗ РФ № 161 от 24.04.2003 г. («Об утверждении инструкции по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы»).

Ранее экспертизы выполнялись в соответствии с «Правилами судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы» (1966) и «Правилами судебно-медицинской экспертизы половых состояний мужчин» (1968). По указанным «Правилам...» судебно-медицинские экспертизы (СМЭ) проводились «для установления признаков, характеризующих совершение насильственного полового акта». К этим признакам «Правила...», кроме прочих, относили различные повреждения и загрязнения одежды потерпевших и подозреваемых, телесные повреждения участников преступных событий, опачкивания чем-либо их кожных покровов, а также доказательства биологического происхождения.

Раздел III приказа 161 МЗ РФ от 24.04.2003 г.:

**«Экспертные исследования лиц женского пола
при преступлениях против половой неприкосновенности
и половой свободы личности и по гражданским делам»**

3.1. Общие положения

3.1.1. Судебно-медицинские акушерско-гинекологические исследования может проводить только врач — судебно-медицинский эксперт, имеющий соответствующую специальную подготовку.

Если для проведения этих исследований требуются иные специальные медицинские познания, то их проводят комиссионно с участием необходимых специалистов.

3.1.2. При единоличном проведении врачом — судебно-медицинским экспертом исследования лица женского пола присутствует работающий с экспертом штатный средний медицинский работник.

3.1.3. Судебно-медицинские экспертные исследования лица женского пола проводят в специально оборудованном для этой цели светлом, теплом помещении и, как правило, при естественном дневном освещении (в отдельных экстренных случаях допускается проведение исследования при достаточном искусственном освещении). При отсутствии надлежащих условий осмотр следует проводить в профильных структурных подразделениях учреждений (организаций) здравоохранения.

3.1.4. Обследование наружных и внутренних половых органов проводят на гинекологическом кресле.

3.1.5. При проведении судебно-медицинского акушерско-гинекологического исследования используют следующий медицинский инструментарий, оборудование и материалы: ростомер, медицинские весы, мягкую или металлическую измерительную ленту, тазомер, зеркала Симса или Куско различных размеров, акушерский стетоскоп, хирургические и анатомические пинцеты, стеклянные палочки, пуговчатый зонд, обезжиренные предметные и покровные стекла, операционный или стереоскопический микроскоп, кольпоскоп, лампы ультрафиолетового и инфракрасного освещения, резиновые перчатки, пробирки со стерильными тампонами, стерильные салфетки.

Для обследования внутренних половых органов и взятия материала для лабораторного исследования используют стерильные медицинские инструменты.

После окончания обследования медицинские инструменты подвергают дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации. Остальные изделия медицинского назначения после применения подлежат дезинфекции.

3.1.6. Врач — судебно-медицинский эксперт устанавливает личность потерпевшей по предъявлении паспорта или иного заменяющего документа.

3.1.7. Материалы для лабораторного исследования (содержимое влагалища, наружного зева шейки матки, отделяемое молочных желез и др.) в процессе проведения обследования получает врач — судебно-медицинский эксперт. Взятые материалы направляют в соответствующее подразделение бюро судебно-медицинской экспертизы в опечатанном виде с сопроводительным документом, подписанным врачом — судебно-медицинским экспертом. В документе указывают: фамилию, имя, отчество и возраст потерпевшей; дату взятия и перечень направляемых на исследование материалов; дату происшествия, по поводу которого назначено экспертное исследование; фамилию и инициалы врача — судебно-медицинского эксперта.

3.1.8. Для исключения ВИЧ-инфекции, а также возможного заражения венерическими болезнями, трихомониазом и хламидиозом потерпевших направляют на обследование в специализированные учреждения здравоохранения. Результаты обследования в письменном виде должны быть сообщены врачу — судебно-медицинскому эксперту, проводящему исследование, и внесены им в Заключение эксперта.

3.1.9. Предметы одежды, находившиеся на потерпевшей и подозреваемом в момент происшествия, подлежат лабораторному исследованию в отделе судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств бюро судебно-медицинской экспертизы.

В тех случаях, когда к моменту проведения экспертизы одежда еще не была изъята, врач — судебно-медицинский эксперт ставит в известность орган или лицо, назначившее экспертное исследование, о целесообразности направления одежды на лабораторное исследование, и предупреждения потерпевшей о недопустимости чистки или стирки этой одежды.

3.1.10. При документировании результатов судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы приводят: данные медицинских документов с указанием их дат и номеров (в тех случаях, когда потерпевшая до проведения экспертного исследования обращалась в учреждения здравоохранения); жалобы потерпевшей; специальный анамнез, в котором, с учетом поставленных на разрешение вопросов, должны быть указаны: время наступления, характер и продолжительность менструаций (менструальный цикл), дата первого дня последней менструации, данные о начале и течении половой жизни, дата последнего добровольного полового сношения, беременности (количество, течение), аборт, роды (количество, течение), послеродовые заболевания, характер выделений, перенесенные операции и болезни (сифилис, туберкулез, эндокринные и другие заболевания); сведения об особенностях полового созревания (характер полового влечения, занятие онанизмом).

3.1.10.1. В исследовательской (описательной) части в зависимости от целей исследования приводят результаты обследования потерпевшей:

- физическое развитие: телосложение, упитанность, рост, размеры таза и другие антропометрические данные, наличие пороков развития и т.д.;

- выраженность вторичных половых признаков: характер и степень оволосения в подмышечных впадинах, на лобке и больших половых губах; степень развития молочных желез (горизонтальные и вертикальные размеры), их форма, упругость, диаметр и окраска околососковых кружков и сосков, их форма и высота, отсутствие или наличие отделяемого из молочных желез;

- анатомические особенности наружных половых органов: состояние больших и малых половых губ, цвет слизистых оболочек, состояние клитора и наружного отверстия мочеиспускательного канала, наличие и характер выделений из него и влагалища, наличие или отсутствие воспалительного процесса;

- характер девственной плевы: форма, высота (от основания до свободного края), толщина (тонкая, средней толщины, мясистая); консистенция (эластичная, плотная); степень растяжимости (слабая, умеренная, значительная); характер и состояние свободного края (тонкий, толстый, гладкий, ровный, крупно- или мелковолнистый, зубчатый и т.д.); величина (диаметр) естественного отверстия; при наличии нескольких отверстий: их количество и характер перегородок, наличие и точная локализация естественных выемок, состояние краев и границ выемок (форма, консистенция); наличие, форма, точная локализация повреждений девственной плевы (по аналогии с циферблатом часов) и степень их кровоточивости; наличие и выраженность кольца сокращения при введении кончика указательного пальца;

- повреждения на теле: паличие, локализация, размеры, цвет, форма и характер (раны, ссадины, кровоподтеки и т.д.); особое внимание следует обращать на повреждения в области лица, шеи, молочных желез, наружных половых органов, внутренней поверхности бедер;

- состояние заднепроходного отверстия и прямой кишки (в тех случаях, когда это необходимо); при осмотре заднепроходного отверстия отмечают его форму, цвет слизистой оболочки прямой кишки и наличие повреждений (кровоизлияний, ссадин, трещин, ран), описывают их месторасположение по окружности (по аналогии с циферблатом часов), характер, форму, размеры, определяют тонус сфинктеров путем введения в прямую кишу указательного пальца, смазанного вазелином, или с помощью приборов, используемых в проктологической практике. При подозрении о наличии повреждения прямой кишки на недоступном для визуального осмотра уровне потерпевшая направляется на ректоскопическое обследование.

3.1.10.2. При взятии материалов для лабораторного исследования врач — судебно-медицинский эксперт указывает, что именно и откуда было взято, куда и с какой целью направлено.

3.1.10.3. Выводы формулируются с учетом поставленных вопросов и на основании результатов обследования потерпевшей и проведения лабораторных исследований.

3.1.10.4. Результаты исследования иллюстрируют фотографиями или схемами, дающими представление о характере и локализации повреждений, обнаруженных на теле, в том числе и на половых органах и девственной плеве (при наличии добровольного согласия обследуемой); фотографирование производят по правилам масштабной фотографии.

3.1.11. При проведении судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы в связи с совершением насильственного полового акта, развратных действий и других половых преступлений очень важное значение имеет обследование подозреваемого. О необходимости такого обследования врач — судебно-медицинский эксперт обязан сообщить лицу или органу, проводящему расследование.

3.1.11.1. Обследование подозреваемого с составлением отдельного Заключения эксперта рекомендуется проводить, по возможности, тем же врачом — судебно-медицинским экспертом, который проводил экспертное исследование потерпевшей.

3.1.11.2. При проведении экспертного исследования подозреваемого получают объективное представление о его физическом развитии, состоянии и размерах наружных половых органов; производят тщательный осмотр одежды и тела с целью выявления загрязнений, повреждений и других признаков, которые могли возникнуть при совершении насильственного полового акта или попыток к нему.

3.1.11.3. При обследовании подозреваемого врач — судебно-медицинский эксперт устанавливает характер, давность и возможный механизм образования обнаруженных телесных повреждений.

3.1.11.4. На одежде и теле подозреваемого, особенно в области половых органов, могут быть обнаружены волосы с различных участков тела потерпевшей, следы крови и выделений, клетки влагалищного эпителия, которые берет врач — судебно-медицинский эксперт и направляет для исследования в судебно-биологическое отделение отдела судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств бюро судебно-медицинской экспертизы; содержимое из-под ногтей подозреваемого направляют в судебно-биологическое отделение для установления наличия крови и эпидермиса покровов потерпевшей.

3.2. Установление признаков нарушения девственности

3.2.1. Основным объектом при судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизе лиц женского пола по установлению нарушения половой неприкосновенности (девственности) является девственная плева.

3.2.2. Нарушение половой неприкосновенности (с повреждением или без повреждения девственной плевы) может быть следствием полового акта или развратных действий.

3.2.3. При нарушении целостности девственной плевы у потерпевших, до этого не имевших половых сношений, врач — судебно-медицинский эксперт должен описать девственную плеву, установить характер обнаруженных на ней повреждений, механизм их причинения (напряженным половым членом, пальцем, твердым тупым или колюще-режущим предметом и т.д.) и вероятный срок их возникновения. При этом необходимо определить количество, точную локализацию, форму и морфологическую картину повреждений девственной плевы: характер краев (кровоточащие, рубцующиеся, зарубцевавшиеся), их глубину (надрыв, разрыв, доходящий до половины высоты плевы, до ее основания и т.п.), цвет поверхности и плотность краев, а также наличие кровоизлияний в области девственной плевы.

3.2.4. Сроки заживления повреждений девственной плевы зависят от особенностей ее анатомического строения, размеров повреждений и факторов, увеличивающих длительность этого процесса, — присоединение инфекции, повторная травматизация и др. (см. приложение № 1 к настоящей Инструкции).

3.2.5. Если целостность девственной плевы не нарушена, то необходимо решить вопрос о возможности совершения полового акта с потерпевшей без повреждения девственной плевы (дефлорации).

3.2.6. Характерными особенностями девственной плевы, допускающими возможность совершения половых актов с сохранением ее целостности, являются значительная величина естественного отверстия, эластичность (растяжимость) плевы, наличие глубоких или многочисленных естественных выемок, редко встречающиеся виды девственной плевы: бахромчатая, лепестковая, валикообразная, губовидная и др. (см. приложение № 2 к настоящей Инструкции).

3.2.7. Важное значение при решении вопроса о возможности совершения полового акта без нарушения целостности девственной плевы имеет выяснение соотношения размеров половых органов пострадавшей и подозреваемого. Поэтому, кроме установления особенностей строения девственной плевы потерпевшей, необходимо получить объективное представление о максимальной величине окружности полового члена подозреваемого в состоянии эрекции.

3.2.8. Вывод о возможности или невозможности совершения полового акта без нарушения целостности девственной плевы в каждом конкретном случае должен основываться на объективных данных, полученных при обследовании потерпевшей и подозреваемого; при невозможности измерения окружности полового члена в состоянии эрекции следует измерить

окружность его полового члена в спокойном состоянии в области короны головки и к этой цифре прибавить $2,5 \pm 0,31$ см. Полученная сумма даст ориентировочное представление об окружности полового члена в состоянии эрекции.

3.2.9. При необходимости установления наличия сперматозоидов во влагалище берут на исследование содержимое влагалища и, если возможно, наружного зева шейки матки с соблюдением мер предосторожности во избежание нарушения целости неповрежденной девственной плевы.

3.2.10. При свежих повреждениях девственной плевы исследование слизистой оболочки влагалища, шейки матки, матки и придатков (если это необходимо) можно производить только после заживления повреждений (не ранее 10–12 суток) с помощью зеркала Куско или Симса малого размера и осторожного двуручного исследования.

3.2.11. При проведении судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы по поводу установления нарушения девственности или факта совершения полового акта в тех случаях, когда в этом возникает необходимость, обследуют также задний проход потерпевшей.

3.3. Установление признаков совершения полового акта с женщинами, ранее жившими половой жизнью

3.3.1. При проведении судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы, связанной с установлением факта совершения полового акта (или попытки к нему) с живущими половой жизнью лицами женского пола, в задачу врача — судебно-медицинского эксперта входит выявление объективных признаков, свидетельствующих о бывшем половом сношении.

3.3.2. Основным объективным признаком полового сношения в таких случаях является наличие спермы во влагалище (при половом акте, завершившемся семяизвержением). Большое значение в этом отношении имеет и обнаружение пятен спермы в области половых органов, на теле и одежде потерпевшей. В сочетании с этими признаками наличие повреждений в области половых органов и на теле потерпевшей свидетельствует о возможном половом сношении с применением силового воздействия.

3.3.3. Для установления наличия спермы во влагалище содержимое влагалища (преимущественно из заднего и боковых сводов) и наружного зева шейки матки берут стерильным марлевым тампоном с помощью корнцанга и в виде мазков наносят на 2–3 предметных стекла. После просушивания при комнатной температуре тампон и предметные стекла с мазками упаковывают и направляют в судебно-биологическое отделение для установления наличия сперматозоидов и определения групповой принадлежности спермы. Для контроля направляют также образец марли из того же куска, из которого изготовлен тампон.

Содержимое влагалища на наличие спермы следует брать в течение 5 суток после совершения полового акта, по поводу которого производят экспертизу. После указанного срока проведение лабораторного исследования на наличие спермы во влагалище нецелесообразно.

3.3.4. Лабораторному исследованию подлежат также предметы одежды, находившиеся на потерпевшей и подозреваемом в момент происшествия.

3.4. Установление последствий, связанных с нарушением половой неприкосновенности

3.4.1. В результате действий, связанных с нарушением половой неприкосновенности лиц женского пола, у потерпевших могут возникать различные тяжкие последствия органического или функционального характера, приводящие к стойкому расстройству здоровья, психическим заболеваниям, утрате способности к совокуплению, зачатию и др.

3.4.2. При проведении экспертного исследования лиц женского пола по этому поводу необходимо установить характер возникших последствий и дать им соответствующую оценку.

3.4.3. Если потерпевшая в связи с событием, по поводу которого назначено экспертное исследование, обращалась за врачебной помощью или находилась на излечении в учреждении здравоохранения, запрашивают соответствующую медицинскую документацию и учитывают полученные данные при даче заключения.

3.4.4. Экспертное исследование лиц женского пола по установлению заражения венерическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией проводят, как правило, при расследовании дел, связанных с привлечением к уголовной ответственности лиц, виновных в заражении венерическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией, также при рассмотрении гражданских дел.

3.4.5. При необходимости судебно-медицинское экспертное исследование по поводу установления последствий, связанных с нарушением половой неприкосновенности, проводят комиссионно с привлечением врачей других специальностей в установленном порядке.

3.5. Установление признаков развратных действий

3.5.1. При развратных действиях могут совершаться различные противоестественные сексуальные манипуляции, поэтому в задачу врача — судебно-медицинского эксперта входит установление возникающих при этом объективных признаков.

3.5.2. В результате совершения развратных действий у потерпевших могут возникать разнообразные повреждения на теле, в том числе и на половых органах — кровоизлияния, ссадины и царапины в области лобка, наружных половых органов, промежности; отек, гиперемия слизистых оболочек преддверья влагалища, девственной плесвы; кровоизлияния, над-

рывы и разрывы девственной плевы, ссадины и кровоподтеки на бедрах, плечах и других областях тела.

3.5.3. Если при обследовании у потерпевшей обнаружена только гиперемия слизистых оболочек половых губ, преддверья влагалища и девственной плевы, то необходимо произвести повторное обследование через 3–5 суток для уточнения причины этого явления, так как оно может быть следствием неопытного содержания половых органов или глистной инвазии. При отсутствии указанных причин гиперемия слизистой оболочки половых органов, возникшая в результате совершения развратных действий (трения половым членом, манипуляций руками и др.), в течение указанного срока исчезает или значительно уменьшается.

3.5.4. При обследовании по поводу развратных действий необходимо обращать внимание на состояние промежности, так как при систематическом длительном совершении развратных действий в результате давления половым членом или манипуляций руками могут образоваться следующие изменения: зияние половой щели, воронкообразное углубление, атрофия и изменение цвета кожных покровов в области промежности, задней спайки и ладьевидной ямки. Эти изменения следует учитывать в совокупности с другими объективными признаками, обнаруженными при обследовании, так как сами по себе они могут быть и не связаны с развратными действиями.

3.5.5. Важное доказательное значение при экспертизе развратных действий имеет обнаружение спермы в области половых органов, во влагалище и на теле потерпевшей. В таких случаях берут для лабораторного исследования содержимое влагалища и следы засохших выделений, подозрительных на сперму.

3.5.6. Определенное значение при проведении экспертного исследования по поводу развратных действий имеет обнаружение признаков венерических заболеваний в острой форме. Однако при этом следует иметь в виду и другие источники и возможности заражения.

3.5.7. При обследовании по поводу развратных действий и удовлетворения полового влечения в извращенных формах исследуют заднепроходное отверстие.

3.5.8. Если при обследовании потерпевшей выясняется, что с ней совершались сексуальные действия путем введения полового члена в задний проход и после этого она еще не имела дефекации, берут с помощью марлевого (или ватного) тампона содержимое прямой кишки для лабораторного исследования на наличие спермы. Указанную процедуру проводят до исследования толуса сфинктеров.

3.5.9. При систематических сношениях через задний проход в области заднепроходного отверстия и в прямой кишке могут возникать следующие изменения: воронкообразная форма и зияние заднепроходного отверстия,

сглаженность складок в области заднего прохода и на слизистой оболочке прямой кишки, изменение ее цвета (багровый с синюшным оттенком), расслабление сфинктеров, расширение ампулярной части прямой кишки, выпадение слизистой оболочки прямой кишки.

При оценке результатов осмотра заднепроходного отверстия следует иметь в виду, что многие перечисленные признаки могут быть следствием хронических расстройств деятельности кишечника (систематические запоры, поносы и др.) или оперативных вмешательств. Исходя из этого, вывод о причинах происхождения обнаруженных изменений в области заднепроходного отверстия и в прямой кишке следует давать с учетом этих обстоятельств и всех других признаков, установленных при обследовании потерпевшей.

3.5.10. Важным признаком для установления факта сношений через задний проход имеет наличие признаков ректальной гонореи или твердого шанкра.

3.5.11. В случаях совершения развратных действий и удовлетворения полового влечения в извращенной форме путем введения полового члена в рот осматривают у потерпевшей поверхность лица, слизистую оболочку преддверья рта, область уздечки верхней губы, слизистую оболочку полости рта и описывают локализацию и характер всех обнаруженных повреждений.

Если указанное действие было совершено за несколько часов до обследования потерпевшей, берут с помощью марлевого тампона содержимое полости рта (с поверхности слизистых оболочек и зубов) для проведения лабораторного исследования на наличие спермы.

3.6. Установление способности к совокуплению и зачатию

3.6.1. Судебно-медицинское экспертное исследование лиц женского пола по установлению способности к совокуплению и зачатию проводят комиссионно с участием врачей акушеров-гинекологов.

3.6.2. При решении вопроса о способности к совокуплению необходимо выяснить, имеются ли у обследуемой какие-либо врожденные или приобретенные изменения половых органов, препятствующие его совершению (укороченность влагалища, его аплазия или атрезия, сужение, опухоли и др.).

3.6.3. Если при проведении обследования не были обнаружены какие-либо изменения половых органов, препятствующие совершению половых актов, к проведению обследования привлекают врача-психотерапевта с целью установления или исключения причин функционального характера, затрудняющих или исключающих возможность совокупления.

3.6.4. При установлении способности к зачатию необходимо учитывать возраст, анатомо-физиологические особенности организма и половых органов, время наступления менструаций, характер менструального цикла; наличие гинекологических заболеваний воспалительного или неопластического характера, гормональных нарушений, хронических инфекций, ин-

токсикаций, последствий лучевого воздействия, наличие в анамнезе каких-либо оперативных вмешательств на половых органах.

3.6.5. В случаях, когда путем амбулаторного обследования решить вопрос о способности к зачатию затруднительно, следует провести стационарное обследование, на которое направляет орган или лицо, назначившее экспертное исследование.

3.6.6. Если экспертное исследование по установлению способности к зачатию проводят в связи с бракоразводным процессом, необходимо установить состояние производительной способности не только обследуемой женщины, но и ее мужа.

3.7. Установление наличия и срока беременности

3.7.1. Судебно-медицинское экспертное исследование лиц женского пола по определению наличия и срока беременности проводят комиссионно с участием врачей акушеров-гинекологов.

3.7.2. Наличие беременности и вероятный срок зачатия определяют на основании изучения медицинских документов (если обследуемая по поводу беременности обращалась в учреждения здравоохранения), данных материалов дела и сведений, полученных при опросе, а также результатов объективного обследования.

3.7.3. Путем опроса выясняют дату первого дня последней и ожидающейся, но не пришедшей менструации; наличие субъективных признаков, возникающих на ранних сроках беременности (нарушение аппетита, рвоты, изменение обоняния, вкусовых ощущений, наличие функциональных проявлений со стороны нервной системы — сонливость, раздражительность и др.).

3.7.4. При объективном обследовании производят осмотр тела, молочных желез, наружных половых органов и исследование внутренних половых органов. В процессе осмотра устанавливают наличие пигментации на лице, на кожных покровах в области белой линии живота, сосков и околососковых кружков; выясняют, имеется ли выделение секрета из молочных желез; фиксируют объективные признаки беременности в области половых органов: синюшность (цианоз) слизистой оболочки влагалища и шейки матки, изменение величины, формы и консистенции тела матки.

3.7.5. Для выявления ранних сроков беременности применяют определение хорионического гонадотропина в моче. Наиболее достоверные данные о беременности могут быть получены методом вагинального ультразвукового сканирования, который позволяет обнаружить плодное яйцо в матке с трех недель беременности.

3.7.6. Установление поздних сроков беременности заключается в выявлении признаков наличия плода в полости матки и его размеров путем ручного, инструментального, ультразвукового и других современных методов

исследования, которые проводят в профильных учреждениях здравоохранения для установления гестационного возраста плода.

3.7.7. Важное значение для установления наличия и сроков беременности имеет выяснение морфологического состава отделяемого молочных желез, исследование которого проводят в судебно-биологическом отделении отдела судебно-медицинских экспертиз вещественных доказательств бюро судебно-медицинской экспертизы; секрет молочных желез получают путем осторожного массажа и сдавливания молочных желез от основания к околососковым кружкам и соскам. Из выделившегося содержимого молочных желез изготавливают мазки на предметных стеклах, которые после высушивания при комнатной температуре направляют в судебно-биологическое отделение бюро судебно-медицинской экспертизы.

3.7.8. Средняя продолжительность нормальной беременности человека составляет 280 дней (40 недель) или 10 акушерских месяцев. О сроках беременности можно судить на основании учета времени, прошедшего с первого дня последней менструации до момента определения этого срока.

С этой целью могут быть использованы следующие варианты подсчета:

- по менструации: от первого дня последней менструации отсчитывают назад 3 календарных месяца + 7 дней;
- по овуляции: от первого дня ожидавшейся, но не пришедшей менструации отсчитывают назад 14–16 дней + 273–274 дня;
- по шевелению плода: к дате первого шевеления + 5 акушерских месяцев у первородящих и 5,5 месяцев — у повторнородящих.

Для определения срока беременности и срока зачатия могут быть использованы и различные выпускаемые для этой цели калькуляторы.

3.7.9. Если женщина уже родила и при этом все же возникает необходимость в определении срока зачатия, то вычисление его производят исходя из средней продолжительности беременности (274–278 дней) и промежутка времени овуляции (± 6 –7 дней).

3.8. Установление факта бывших родов

3.8.1. Судебно-медицинское экспертное исследование лиц женского пола по установлению бывших родов производят совместно с врачом акушером-гинекологом.

3.8.2. В случаях, когда родоразрешение произошло в учреждении здравоохранения, его давность устанавливают по медицинским документам (истории родов, истории развития новорожденного, акту судебно-медицинского исследования трупа новорожденного).

3.8.3. При внебольничных родах, если факт родоразрешения не был зафиксирован в медицинских документах, установление бывших родов и срока беременности производят на основании опроса и обследования родильницы.

3.8.4. Путем опроса обследуемой, наряду с выяснением анамнестических сведений, относящихся к определению срока зачатия и течения беременности, устанавливают дату первого шевеления плода, дату родов и все связанные с ними обстоятельства.

3.8.5. Обследование производят путем осмотра и описания молочных желез, живота и его кожных покровов, промежности, наружных и внутренних половых органов.

3.8.6. При осмотре и обследовании наружных половых органов устанавливают: состояние половой щели (закрыта, зияет), промежности (наличие или отсутствие разрывов, их давность), слизистой оболочки (цвет, отечность, наличие повреждений), задней спайки половых губ, девственной плевы (характер и размеры повреждений), отсутствие или наличие выделений и их характер.

3.8.7. При влагалищном исследовании устанавливают: состояние влагалища и его стенок, шейки матки (длина, плотность, консистенция; состояние наружного зева — точечный или щелевидный), тела матки (положение, величина, консистенция, подвижность, чувствительность; наличие и характер выделений; характер поверхности — гладкая, бугристая).

3.8.8. Установление факта бывших родов, срока беременности при них и послеродового периода по состоянию родовых путей у повторнородящих возможно в пределах 3–4 недель. За пределами этого срока при отсутствии свежих разрывов на шейке матки и в области промежности установление факта бывших родов и их давности затруднительно. У первородящих в таких случаях большое значение имеет установление формы наружного маточного зева, который после родов становится щелевидным.

3.8.9. Важное значение для установления факта и срока бывших родов имеет исследование отделяемого молочных желез, особенно по истечении 6–8 недель после родов, когда вследствие инволюции матка уже не сохраняет признаки бывших родов.

3.9. Установление факта искусственного прерывания беременности

3.9.1. Судебно-медицинское экспертное исследование лиц женского пола по поводу искусственного прерывания беременности может проводиться в случаях производства аборта врачом в профильных структурных подразделениях учреждений (организаций) здравоохранения без соответствующего основания, либо врачом вне профильных учреждений здравоохранения, либо лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля.

3.9.2. Экспертное исследование лиц женского пола по установлению факта искусственного прерывания беременности производят комиссионно с участием врачей акушеров-гинекологов.

3.9.3. При проведении указанного экспертного исследования необходимо решить:

- была ли беременность;
- на каком сроке беременность была прервана;
- было ли прерывание беременности самопроизвольным или искусственным;
- сколько времени прошло с момента прерывания беременности;
- каким способом была прервана беременность;
- могло ли прерывание беременности произойти при обстоятельствах, указанных обследуемой;
- какова тяжесть вреда здоровью, причиненного в связи с искусственным прерыванием беременности.

3.9.4. Если обследуемая по поводу прерывания беременности обращалась в учреждение здравоохранения, необходимо через лицо или орган, назначивший проведение экспертного исследования, получить все имеющиеся по этому поводу медицинские документы и учесть полученные сведения при даче заключения.

3.9.5. При опросе выясняют анамнестические сведения, имеющие значение для решения вопроса о причине прерывания беременности: данные о заболеваниях, перенесенных в прошлом и незадолго до настоящего прерывания беременности; о количестве бывших ранее беременностей, их течении и исходе; об обстоятельствах, предшествовавших прерыванию настоящей беременности.

3.9.6. Путем обследования устанавливают объективные признаки прерывания беременности: наличие, характер и локализация повреждений в области влагалища, шейки матки и цервикального канала (ожоги, ссадины, надрывы, разрывы, следы от наложений пулевых щипцов и др.).

3.9.7. Если при обследовании в половых путях обнаруживают следы каких-либо посторонних жидкостей (мыльный раствор, йодная настойка, раствор марганцовокислого калия и др.), необходимо взять обнаруженную жидкость на марлевый тампон и направить на исследование в судебно-химическое отделение отдела судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств бюро судебно-медицинской экспертизы.

3.9.8. Если на судебно-медицинское экспертное исследование по поводу аборта представляют какие-либо вещественные доказательства, имеющие отношение к делу, необходимо оценить свойства представленных предметов и в случае надобности направить их на исследование в отдел судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств.

3.10. Установление связи прерывания беременности с травмой

3.10.1. Судебно-медицинское экспертное исследование лиц женского пола по установлению связи прерывания беременности с травмой прово-

дят комиссионно с участием врача акушера-гинеколога на основании обследования потерпевших и исследования медицинских документов из учреждений здравоохранения, в которых они наблюдались по поводу ранее бывшей и настоящей беременности (до и после травмы).

3.10.2. Путем опроса потерпевшей устанавливают:

- дату травмы;
- по каким частям тела были нанесены удары или какими частями тела ударялась потерпевшая при падении;
- через какое время после получения травмы появились симптомы прерывания беременности и в чем они выражались (например, ноющие боли в пояснице, в нижней части живота, схваткообразные боли в области живота, выделения из половых органов и их характер — бесцветные, сукровичные, жидкая кровь, свертки крови);
- количество беременностей в прошлом; как протекали и чем закончились: срочными родами, самопроизвольным выкидышем, искусственным прерыванием беременности;
- болела ли потерпевшая перед настоящей беременностью (или во время беременности) какими-либо гинекологическими болезнями, инфекционными, эндокринными и другими заболеваниями, где и каким образом лечилась;
- как протекала настоящая беременность до получения травмы;
- не находилась ли обследуемая до получения травмы на лечении с целью сохранения беременности;
- проводились ли до и во время беременности какие-либо лабораторные или специальные исследования (на резус-совместимость, реакцию Вассермана, выявление гонококков, трихомонад и др.).

3.10.3. При опросе потерпевшей определяют и запрашивают у лица или органа, назначившего экспертное исследование, перечень медицинских документов из учреждений здравоохранения, исследование которых необходимо для ее проведения.

3.10.4. При обследовании потерпевшей устанавливают наличие (или отсутствие) телесных повреждений и состояние половых органов: размеры, положение, консистенцию, подвижность и чувствительность матки, наличие спаек в околوماتочной клетчатке, опухолей в матке и придатках, воспалительных изменений в половых органах и др.

3.10.5. Вывод о причине прерывания беременности должен основываться на результатах обследования потерпевшей и анализа медицинских документов, полученных из учреждений здравоохранения.

При этом следует иметь в виду, что, наряду с травмой, причиной прерывания беременности могут быть и другие факторы: недоразвитие матки, воспалительные заболевания матки и придатков, привычный выкидыш как

результат предшествующих аборт, резус-конфликт, инфекционные, эндокринные и другие заболевания.

3.10.6. Решение вопроса о причинной связи прерывания беременности с травмой может основываться только на бесспорных объективных данных, когда разрыв плодного пузыря с отхождением околоплодных вод, отслойка плаценты с маточным кровотечением возникают сразу же или вскоре после получения травмы у здоровой женщины с неотягощенным акушерским анамнезом.

Наиболее опасным периодом в этом отношении является вторая половина беременности.

В значительно меньшей степени возможно прерывание беременности в результате травмы в первой ее половине (до 12 недель), когда матка находится в полости таза и надежно защищена его костями от внешних механических воздействий.

К некоторым пунктам указанного приказа надо подходить критически, так как они далеки от реальности судебно-медицинской практики вне пределов крупных городов (см. ниже).

ВРАЧЕБНЫЙ ИЛИ ФЕЛЬДШЕРСКИЙ ОСМОТР ПОТЕРПЕВШИХ

Эффективность результатов судебно-медицинской экспертизы при половых преступлениях тем больше, чем раньше после происшествия она производится. В первые часы наблюдается максимальная выявляемость доказательств биологического происхождения, к концу суток шансы уменьшаются, к концу вторых суток их еще меньше и т.д. Наиболее положительные результаты достигаются, если сразу же вслед за жертвой врач приступает к работе с подозреваемым. Поэтому в особых случаях, требующих спешного исследования, если в силу сложившихся обстоятельств (отдаленность района происшествия от правоохранительных учреждений и т.д.) своевременное получение постановления о производстве экспертизы невозможно, судебно-медицинское освидетельствование потерпевших в порядке исключения должно производиться по заявлению самих потерпевших, или их родителей, законных представителей, должностных лиц. О производстве такого освидетельствования судебно-медицинский эксперт или иной врач обязан немедленно поставить в известность правоохранительные органы. Промедление чревато утратой вещественных доказательств.

Однако в отдаленной от правоохранительных учреждений сельской местности своевременное проведение судебно-медицинской экспертизы потерпевшей (потерпевшего) квалифицированным судебно-медицинским экспертом не всегда возможно. Поэтому ближайший сельский врач должен уметь не только оказать медицинскую помощь жертве насилия, но распознать признаки насилия, грамотно зафиксировать их в медицинской документации, обнаружить на жертве, изъять и сохранить вещественные доказательства преступления для обеспечения ими процесса уголовного преследования преступника.

Иногда даже не участковый сельский врач, а фельдшер на фельдшерско-акушерском пункте (ФАП) первым сталкивается с необходимостью осмотра жертвы преступления и оказания ей медицинской помощи. В таких случаях нужна срочная заочная консультация (по

телефону) указанных медицинских работников с судебно-медицинским экспертом. Врачи иных специальностей (не судебные медики), и даже, в крайнем случае, фельдшера ФАПов в указанных ситуациях должны уметь срочно изъять с поверхности тела и из полостей тела (влагалище, рот, прямая кишка) вещественных доказательств биологического происхождения, а также зафиксировать в обычной медицинской документации (амбулаторных картах или историях болезни) имеющиеся телесные повреждения. После проведения указанных мероприятий необходимо обязательно известить об этом представителей правоохранительных органов.

В случаях последующего возбуждения уголовного дела для решения специфических вопросов по девственной плеве, заднему проходу, давности и механизму образования телесных повреждений, способности к половому сношению и т.д. необходимо назначение судебно-медицинской экспертизы, выполнение которой можно поручить лишь квалифицированному судебно-медицинскому эксперту. Для ее производства эксперту будет предоставлена оформленная сельским врачом или фельдшером ФАПа медицинская документация, от качества записей в которой многое зависит.

То же самое можно сказать и о ситуациях первичного поступления жертв насилия в стационары больниц, где врачи, оказывая медицинскую помощь пострадавшим, не всегда задумываются о правовых аспектах своей деятельности. Следственным работникам не следует полагаться даже на опыт гинекологов — это нередко усложняет дело, так как гинекологам нет необходимости детального изучения девственной плевы и криминалистических аспектов своей деятельности, что чревато ошибочными заключениями и повторными экспертизами при упущенном времени и утраченных возможностях. Здесь следует добавить, что осмотр жертв сексуального насилия иногда необходимо проводить дважды. Например, при осмотре вскоре после насилия следует помнить, что кровоподтеки проявляются не сразу, поэтому жертву целесообразно осмотреть еще через сутки — двое. При почти полном исчезновении кровоизлияния из плевы может создаться ощущение ее пигментации, причем в отдельных фрагментах, поэтому потерпевшую целесообразно осмотреть еще один раз через 2–3 дня. Да и диаметр гименального отверстия при дефлорации также изменяется из-за отека плевы.

Перед проведением осмотра необходимо удостовериться в личности жертвы, о чем в медицинской документации делается соответствующая отметка. Осмотр жертвы сексуального преступления начинают со сбора анамнеза, в котором:

1) отражаются перенесенные заболевания, операции, травмы, в том числе и половых органов;

2) обращается внимание на моменты, влияющие на половое созревание;

3) выясняются возраст наступления, характер, длительность, продолжительность и регулярность менструаций, выраженность предменструального синдрома, даты начала и окончания последней менструации, возраст начала половой жизни, количество беременностей, аборт, родов и наличие связанных с ними заболеваний;

4) устанавливается дата последнего добровольного полового сношения до и после преступного посягательства;

5) собираются сведения, относящиеся к происшествию и событиям, последовавшим за ним (со слов потерпевшей).

Собирая анамнез, особое внимание надо обращать на те моменты, которые способны оставить какие-либо следы (повреждения, биологические выделения организма, специфические опачкивания и т.п.) на одежде и теле жертвы, а также на месте происшествия. Однако здесь следует остерегаться распространенной среди врачей склонности доверять всем сообщаемым им сведениям, даже в тех случаях, когда информация исходит от представителей правоохранительных органов. Врач должен доверять лишь объективным медицинским данным. Обстоятельства дела, указанные в постановлении о назначении экспертизы, также могут оказаться неверными. Экспертиза потому и назначается, чтобы прояснить их.

После сбора анамнеза и жалоб приступают к объективному исследованию тела жертвы, начиная с волосистой части головы, последовательно осматривая его по направлению сверху вниз. Женские половые органы необходимо осматривать на гинекологическом кресле, а при его отсутствии — на краю стола в достаточно теплом помещении с хорошим направленным искусственным освещением без образования теней.

В исследовательской части заключения судебно-медицинскому эксперту необходимо отразить:

- 1) общее физическое развитие свидетелствуемого, в необходимых случаях — антропометрические показатели;
- 2) выраженность вторичных половых признаков;
- 3) наличие повреждений на теле;
- 4) состояние половых органов и заднего прохода;
- 5) какие объекты изъяты с тела для лабораторных исследований, каких именно, куда направлены;
- 6) результаты проведенных лабораторных исследований;
- 7) данные консультаций специалистов.

Если в постановлении о назначении экспертизы указаны другие специалисты, кроме судебно-медицинского эксперта, то все они участвуют в проведении экспертизы, подписывая каждый свою часть проведенного экспертного исследования и выводы. Если врачи-специалисты (уролог, венеролог и т.д.) не участвуют в проведении экспертизы, а лишь осуществляют консультацию по запросу судебного медика, то они должны дать письменный ответ на вопросы судебно-медицинского эксперта. Этот ответ приобщается к заключению эксперта, а его копия — к дубликату заключения, хранящегося в архиве бюро судебно-медицинской экспертизы. В случае консультации со специалистом эксперт ссылается в своем заключении на полученные от него данные, подписывая его единолично.

Выдача заключения эксперта (акта судебно-медицинского освидетельствования) или справок о чем-либо на руки подэкспертному лицу или другим лицам, кроме представителей правоохранительных органов, не разрешается. Представителю правоохранительных органов заключение эксперта выдается под роспись с указанием номера служебного удостоверения.

2.1. Распознавание и фиксация в медицинских документах телесных повреждений при половом насилии

Особенности телесных повреждений при сексуальных действиях

Разнообразие преступных сексуальных действий предполагает и неоднозначность оставляемых повреждений на теле жертвы. Тем не менее, среди них можно найти и нечто общее.

Кровоподтеки обычно образуются при сопротивлении жертвы сексуальным действиям преступника.

Кровоподтеки от ударов кулаками или иными твердыми тупыми предметами чаще локализуются на лице и волосистой части головы. Образование ушибленных ран наблюдается значительно реже. Нанесение удара ладонью плашмя (пощечины) может оставить в области щеки лишь кровоизлияния под слизистую оболочку полости рта, но иногда возможно образование характерных полосовидных кровоподтеков и снаружи.

Кровоподтеки от сдавливания части тела пальцами рук постороннего человека имеют относительно небольшие размеры (1 × 1 см, 2 × 2 см), округлую или овальную форму. Они обычно образуются при удерживаниях рук жертвы, разведениях ее ног, сдавливании шеи, грубых захватах молочных желез, половых органов, ягодиц. Расположение их соответственное: чаще на предплечьях, особенно в нижней их трети, плечах, на передисвнутренних поверхностях бедер, на молочных железах, половых губах, лобке, крайней плоти клитора, ягодицах, шее жертвы. Щипки нередко оставляют кровоподтеки на туловище.

В некоторых случаях, при сдавливаниях кожи, в области имеющих кровоподтеков можно увидеть множественные точечные темно-красные внутрикожные кровоизлияния. Внутрикожные кровоизлияния также могут располагаться изолированно от кровоподтеков в виде отдельных групп, быть множественными, иногда сливными. Например, так называемые «засосы» с наиболее частой локализацией на шее, плечах и молочных железах представляют собой сгруппированные, сливные внутрикожные кровоизлияния, возникающие от сдавливания кожи в результате присасывающего воздействия губ. Первоначально они темно-красные, затем постепенно бледнеют, перед разрешением приобретают буроватый оттенок, иногда со слабой желтизной; синий и зеленый цвета в участках этих повреждений отсутствуют.

Кровоподтеки от укусов зубами человека не имеют характерной локализации, но наличие их на губах, передней поверхности грудной клетки и молочных железах, на ягодицах, вблизи от половых органов и на них, над лопатками позволяют заподозрить сексуальный характер их происхождения. Форма таких кровоподтеков обычно овальная. Специфично, но не обязательно наличие в них двух дугообразных цепочек линейных ссадин или даже поверхностных ран

длиной несколько миллиметров, которые образуются от жевательных поверхностей зубов. Данные цепочки ссадин вогнутыми поверхностями обращены друг к другу и расположены по периферии кровоподтеков.

Кровоподтеки на опорных при сексуальных действиях частях тела (спина, ягодицы, передние поверхности голеней и коленных суставов), в зависимости от положения и позиции жертвы в момент сексуального насилия, образуются от воздействия элементов «ложа насилия».

Ссадины образуются от скользящего действия твердых тупых предметов, а также от ударов твердыми тупыми предметами под острым углом по отношению к коже.

При сексуальных преступлениях ссадины чаще всего образуются от действия ребер твердых тупых предметов — ногтей пальцев рук человека, иногда от касательного действия острия колющих или колюще-режущих предметов (шило, нож и т.п.). Образование ссадин от ногтей происходит при грубых захватах, при насильственных раздеваниях (образуются царапины), в процессе получения преступником оргазма. Ссадины могут формировать и элементы «ложа насилия». Локализация ссадин чаще совпадает с локализацией кровоподтеков либо возможна и изолированная их локализация.

Ссадины от давления на кожу ногтями довольно характерны. Они имеют линейную или слегка дугообразную форму, длину 0,3–0,6 см, ширину около 0,1 см. При скользящем действии ногтей образуются царапины.

На сексуальный характер происхождения ссадин от ногтей может указывать локализация на нижней половине лица, шее, грудной клетке, плечах, в области таза, переднебвнутренней поверхности бедер, половых органов, в перианальной области. Ссадины в области ануса и половых органов необходимо отличать от эрозий в результате проявлений экземы, нейродермита и перианального дерматита, сопровождающихся наличием других первичных и вторичных элементов патологического процесса. Эрозии обычно мелкие, множественные, находятся на гиперемированно-отечном фоне. Судебные медики иногда ошибочно принимают гиперемированно-отечный фон за результат травматического воздействия. В сложных или сомнительных случаях необходима консультация дерматовенеролога.

Странгуляционная борозда образуется на коже от сдавливания части тела петлей. Наиболее характерная локализация — шея, запястья или нижняя треть предплечий, нижняя треть голеней. Не исключается возможность обнаружения странгуляционных борозд и на других участках тела. При сдавливании шеи обычно травмируется гортань, в той или иной степени нарушается речь.

Локализация странгуляционной борозды на шее не всегда образуется от преступных воздействий. В редких случаях человек может сдавливать себе шею петлей и в процессе мастурбации (аутоасфиксифилия). Но борозда на шее всегда свидетельствует об экстремальном неблагополучии личности, требует решительного и неотложного информирования правоохранительных органов, срочной госпитализации пострадавшего под любым законным предлогом, оказания ему необходимой многопрофильной помощи.

Локализация странгуляционных борозд на конечностях не исключает самосвязывания и осуществления экстремальных (опасных) аутоэротических действий, но может быть и свидетельством примененного к человеку насилия, не обязательно сексуального, но пограничного с экстремальным сексуальным, способным в него перерасти.

При описании странгуляционной борозды в медицинской документации надо обязательно указывать ее точную локализацию с расстоянием от постоянных анатомических образований; ее направление, замкнутая она или нет, одиночная она или двойная и т.д. (сколько витков петли образовали ее), прерывистая или непрерывная, цвет, консистенцию, наличие следа от давления узла, осаднений, внутрикожных кровоизлияний на ее дне, в краевых и ущемленном валиках, ширину и глубину каждой ветви, на какой поверхности сдавленного участка тела борозда имеет максимальную выраженность и глубину.

2.2. Повреждения женских половых органов и их дифференцирование

При осмотре женских половых органов отмечают состояние:

- 1) паховых лимфоузлов (размеры, плотность, подвижность, болезненность);
- 2) вульвы (развитие, консистенция, пигментация, повреждения, загрязнения выделениями, гноем, кровью, слизью, смегмой и пр., признаки воспаления или иной патологии);

3) девственной плевы (форма, индивидуальные особенности, высота, толщина, эластичность, растяжимость, величина гименального отверстия, характер свободного края, наличие естественных выемок, их глубина и локализация, наличие разрывов, кровоизлияний, рубцов, их локализация и характер);

4) влагалища и входа в него (растяжимость стенок, глубина, цвет слизистой, рельеф, выделения);

5) шейки матки (форма, размеры шейки; форма, размеры и состояние цервикального канала, наличие прозрачной слизистой пробки или гнойные выделения из него, их цвет и пр.).

Большие половые губы представляют собой два сагиттально расположенных кожных валика, идущих от области лобкового симфиза по обе стороны половой щели. У зрелых женщин длина больших половых губ в среднем достигает 8 см, а ширина — 2–3 см. Спереди и сзади половая щель ограничивается передней и задней спайкой больших половых губ. Уменьшение пигментации, дряблость больших и малых половых губ наблюдается при эстрогенной недостаточности, а повышенная, интенсивная и чрезмерная пигментация свидетельствует о повышенной эстрогенной насыщенности [2]. Эти признаки нельзя считать признаками развратных действий или каких-либо других манипуляций с половыми органами. Наружная поверхность больших половых губ и лобок покрыты волосами. Выраженность оволосения свидетельствует об уровне насыщенности организма половыми гормонами. При повышенном количестве андрогенов развивается гипертрихоз с оволосением по мужскому типу. Рост волос на лобке начинается обычно в 11–12 лет и продолжается 2,5–3 года [20].

В подкожной клетчатке больших половых губ заложены венозные сплетения (пещеристые тела) и большие железы преддверия. Внутренняя поверхность больших половых губ нежная, сохраняет кожное строение, но имеет розовый оттенок, легко повреждается твердыми тупыми предметами, среди которых следует выделить пальцы человека и их ногти (а иногда ногти и зубы домашних животных при сексуальных действиях с ними), возможны и самоповреждения. На половых губах чаще всего встречаются кровоподтеки и ссадины, но могут быть и раны. Ушибленные раны на больших половых губах обычно образуются от ударов твердыми тупыми

предметами (палка, нога в обуви постороннего человека и пр.), часто сильно кровоточат, вплоть до опасной для жизни кровопотери.

Иногда встречаются укушенные раны больших половых губ, причиненные зубами человека или домашних животных, которых некоторые женщины используют для куннилингуса, а также рваные раны и царапины, причиненные когтями возбужденных животных (кошек, собак). В таких случаях нельзя исключать сексуальное насилие с применением животных или применение животных при изготовлении порнопродукции.

При резком несоответствии размеров полового члена взрослого мужчины и половых органов малолетней девочки, не достигшей 8–9-летнего возраста (а то и более), происходит разрыв задней спайки больших половых губ с разрывом промежности II степени, разрывом стенки влагалища. Отсутствие таких разрывов при повреждении целостности девственной плевы в возрасте до 8–9 лет свидетельствует о том, что половой акт не имел места, разрыв плевы произошел от действия предмета меньших размеров, чем половой член взрослого или подростка (им мог быть палец, термометр и т.п.).

Врачу следует иметь настороженность на возможную кожную патологию больших половых губ (острые и хронические экземы, нейродермит, дерматиты различной этиологии, расчесы, микробные и вирусные поражения), особенно у нечистоплотных детей, которую неискушенный в этих вопросах врач склонен принимать за результат каких-либо сексуальных действий с ребенком. В подобных и в сомнительных случаях обязательно подробное квалифицированное описание первичных и вторичных элементов патологического процесса, привлечение к проведению судебно-медицинской экспертизы дерматолога.

Малые половые губы представляют собой две тонкие кожные складки, расположенные в продольном направлении внутрь от больших половых губ. Они имеют такой же цвет, как и внутренняя поверхность больших половых губ. Своими свободными краями малые половые губы иногда выступают за границы половой щели, особенно у астеничных, рожавших и пожилых женщин. Спереди малые половые губы соединяются, образуя с задней стороны у головки клитора уздечку клитора, а со стороны внутренней поверхности — крайнюю плоть клитора. Приблизительно на середине внут-

ренной поверхности больших половых губ малые половые губы по направлению кзади постепенно сливаются с большими или же соединяются друг с другом.

В складках половых губ может задерживаться сперма, длительно оставаясь влажной. Влажную или подсохшую слизь из складок, образованных половыми губами, необходимо изымать на сухой или слегка увлажненный марлевый тампон, с которого приготавливаются мазки на предметных стеклах. Этот тампон и мазки после их подсушивания направляют в судебно-биологическое отделение судебно-медицинской лаборатории бюро СМЭ вместе с чистым контрольным кусочком марли. Подсохшую сперму целесообразно поискать и на лобке.

Иной раз уже в подростковом возрасте малые половые губы развиты чрезмерно, удлинены, даже имеют «скрученный» вид, но это нельзя считать признаками каких-либо сексуальных действий с ними. Также нельзя считать признаками развратных действий или мастурбации их гиперемия, отечность, повышенные размеры клитора. Кровоизлияния в данные анатомические образования, чаще в крайнюю плоть клитора, свидетельствуют о каких-то неосторожных манипуляциях с половыми органами или случайной травме, что возможно даже при мастурбации.

Клитор — это неразвившийся в процессе эмбриогенеза половой член, находится в верхнем углу половой щели. Его анатомическое строение в основе соответствует строению мужского полового члена, но гораздо меньших размеров и без мочеиспускательного канала внутри него. Клитор, как и половой член, богато снабжен кровеносными сосудами и нервами, что иной раз представляет опасность в плане кровопотери и развития шока при его травме. В своей практике мы наблюдали опасную для жизни кровопотерю с шоком тяжелой степени при разрыве клитора и большой половой губы от действия твердого тупого предмета. Тело клитора покрыто передними частями малых половых губ, а головка свободно выдается их концами. Размеры клитора различны, варьируются от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров длиной, изредка встречаются клиторы, позволяющие вводить головку клитора во влагалище другой женщины. При половом возбуждении клитор реагирует увеличением своего диаметра, а менее чем в 10 % случаев — удлинением [15].

Промежность — в узком смысле это участок тканей между передним краем заднего прохода и задним краем половой щели (у мужчин — до корня мошонки).

Повреждения промежности подразделяются на:

- а) изолированные центральные,
- б) распространяющиеся с девственной плевы,
- в) сочетающиеся с повреждениями прямой кишки [6, 7].

Половым членом человека или иным твердым тупым предметом, по форме и размерам подобным мужскому половому члену или несколько превышающем его, причиняются разрывы промежности (и влагалища), распространяющиеся с девственной плевы на заднюю спайку половых губ и шов промежности. Такие разрывы, как правило, за исключением редких случаев, прямую кишку не задействуют. Изолированные центральные разрывы причиняются не половым членом, а иными предметами.

Повреждения прямой кишки и промежности возможны при введениях в прямую кишку относительно крупных предметов (бутылка, крупный овощ, кулак); например, при так называемом «фистинге» (fisting) руку вводят в прямую кишку и далее до уровня нижней или средней трети предплечья [10]. Fisting, как и вставление в кишечник разнообразных инородных предметов, может приводить к смертельным случаям [28, 35]. В нашей практике наблюдался фатальный случай аноректальной аутомастурбации мужчины с помощью рукоятки кочерги, которой была перфорирована прямая кишка на границе с сигмовидной.

Преддверие влагалища — это пространство между малыми половыми губами, представляющее собой небольшую впадину, ограниченную спереди клитором, сзади — уздечкой (местом слияния) малых половых губ, а с боков — внутренними поверхностями малых половых губ. В преддверии влагалища, ниже клитора открываются различной величины отверстия — устья правого и левого окольных мочеиспускательных протоков, устья протоков больших и малых желез преддверия. Ямка преддверия влагалища может быть хорошо выражена, особенно у нерожавших женщин и детей, иметь вид воронки, на дне которой находится девственная плева. М.Г. Сердюков [21], ссылаясь на Тельмуш, указывает, что при развратных действиях от постоянных давлений головкой полового члена ворон-

ка в ямке преддверия выражена, в состав такой воронки входит и промежность с задней спайкой, кожа там атрофирована, истончена, белесоватого цвета, напоминает пергамент.

Если имело место только приставление полового члена к женским половым органам без введения головки полового члена за границу девственной плевы, т. е. во влагалище, то такие действия нельзя считать половым актом даже и в случаях семяизвержения. Полового акта в преддверие влагалища не бывает; так называемый «вестибулярный половой акт» (трение половым членом по наружным половым органам, в том числе и по преддверию влагалища) с современных позиций сексологии и уголовного права половым актом не является [1, 11, 15].

Влагалище представляет собой трубчатый орган, уплощенный в переднезаднем направлении. Средняя длина влагалища у зрелых женщин составляет 8–10 см, бывает короткое влагалище размерами 5–6 см и длинное — до 12–14 см. При врожденной патологии встречаются разные варианты недоразвития влагалища, вплоть до его отсутствия, например, при врожденной аплазии матки и отсутствии влагалища при синдроме Майера – Рокитанского – Кюстера.

И.Д. Кирпатовский и И.В. Голубева [9] сообщают, что диагноз «аплазия влагалища» иногда ставится лишь при оказании экстренной помощи в связи с разрывами промежности, повреждениями прямой кишки и даже мочевого пузыря при попытках полового сношения, что обычно связано с дремучим невежеством населения в вопросах пола. Известный философ Ламетри [12] описал случай аплазии влагалища у крестьянки, который он наблюдал, будучи полковым врачом. Обращение к врачам было вызвано бесплодием при интенсивной половой жизни с супругом в течение нескольких лет. Выяснилось, что супруги совершали анально-генитальные сношения, не подозревая о необходимости наличия влагалища. Нам довелось наблюдать указанный синдром у малолетней девочки с олигофренией в стадии дебильности. Ее большие половые губы представлялись укороченными, а промежность — необычайно высокой, вход во влагалище отсутствовал, уретра находилась на обычном месте.

Высота промежности, а следовательно, расположение входа во влагалище ближе к симфизу или анусу, и наклон оси влагалища создают удобства или неудобства для сношения в той или иной позиции

(спереди или сзади). Неудачная позиция при сношении повышает риск травматизации половых органов обоих половых партнеров. При сексуальных действиях влагалище наиболее часто страдает у детей от несоответствия размеров половых органов, когда мужской половой член значительно превосходит его по размерам; а также при введениях во влагалище цилиндрических предметов, значительно превосходящих размерами естественный половой член (например, бутылки и т.п.), либо при рубцах влагалища или его атрофии в пожилом возрасте. В подобных случаях в процессе совершения полового акта могут происходить не только разрывы стенок влагалища (обычно задней), но и отрывы сводов влагалища от шейки матки.

При половом акте, особенно насильственном, наиболее рискованными в отношении опасности разрывов влагалища и промежности, а также отрывов сводов влагалища от шейки матки являются позиции, ведущие к укорочению длины влагалища (сильное поднятие ног, сидение верхом на половом члене, у некоторых еще и коленно-локтевое положение). Особенно опасны насильственный или бурный половой акт при судорожном сокращении всей мускулатуры малого таза, вагинизме [8]. В медицинской литературе прошлых веков имеется множество сообщений о смертельных кровотечениях, полученных при дефлорациях. Вероятно, в данных случаях разрывы девственной плевы сочетались с разрывами влагалища.

Повреждения, причиняемые половым членом, у девственниц распространяются на влагалище с разрыва девственной плевы. Иными словами, разрыв девственной плевы продолжается в разрыв влагалища (в зависимости от условий, только слизистой оболочки или всех слоев стенки) и соответствует ему относительно локализации по условному циферблату часов. Такой разрыв идет вдоль влагалища, чаще по задней его стенке, до заднего свода, при этом в области заднего свода иногда можно наблюдать его поперечные отрывы. Этот же разрыв по направлению к анусу проходит по задней спайке больших половых губ, но на прямую кишку переходит редко. Разрывам при половом акте подвержены все своды влагалища, кроме переднего [8]. Разрыв влагалища у детей образуется от равномерного, но чрезмерного перерастяжения его стенок. Края разрыва неровные. Как правило, эти разрывы в брюшную полость не проникают [7], но в литературе описан уникальный случай разрыва брюшины поло-

вым членом при изнасиловании зрелой женщины с семяизвержением в брюшную полость [29].

Подобные фаллосу цилиндрические предметы, примерно одинаковые с ним или большие, чем он по размерам, равномерно перерастягивают влагалище и повреждают его вместе с промежностью, как повреждал бы их половой член; иногда в этих случаях могут формироваться поперечные разрывы сводов (кроме переднего) [8].

Из хулиганских и садистских побуждений преступники нередко вводят в женские половые органы инородные предметы: бутылки, кулаки, крупные овощи и другие цилиндрические предметы, значительно превышающие по диаметру половой член, причиняя тем самым, даже зрелым женщинам, разрывы промежности, влагалища. Горлышко бутылки, упираясь в задний свод, травмирует его, там формируется кровоизлияние или разрыв. Выщербленное, сколотое горлышко бутылки способно оставлять резаные раны на наружных половых органах и стенке влагалища. На месте происшествия при обширных и сразу заметных повреждениях половых органов необходимо обратить внимание на окружающие предметы, которые могли использоваться для нанесения травмы.

Повреждения влагалища, причиненные не половым членом, а иными предметами, часто сочетаются с повреждениями наружных половых органов (раны, кровоподтеки, ссадины), они могут проникать в клетчатку таза, в брюшную полость, где иногда и обнаруживаются травмирующие предметы. Известны случаи введения руки преступника через влагалище в брюшную полость с извлечением наружу петель тонкого кишечника, органов малого таза. При большом диаметре инородного предмета возможны отрывы девственной плевы от основания (чаще в ректальном ее отделе) с разрывами слизистой оболочки влагалища или даже отрывы задней стенки влагалища от тазового дна. В последнем случае нельзя исключить одновременные повреждения влагалища и прямой кишки с образованием в дальнейшем ректо-вагинальных свищей. К образованию ректо-вагинального или уретро-вагинального свища может привести и длительное нахождение во влагалище инородного предмета, оказывающего давление на стенки влагалища.

Если предмет внешне не подобен половому члену, то повреждения могут располагаться на любом участке влагалища, в том числе

и на переднем своде, чего никогда не бывает при воздействии полового члена, иметь любое направление, множественность, изолированность по отношению к повреждениям девственной плесвы или промежности. При разрыве влагалища пальцем разрыв локализуется в нижней трети влагалища и сочетается с иными повреждениями наружных половых органов [7].

Увидеть повреждения влагалища (разрывы, кровоизлияния), иную патологию влагалища и шейки матки можно лишь используя инструментальные методы обследования, причем как можно раньше после насилия. Пункт 3.2.10. Приказа № 161, запрещающий судебным медикам осмотр влагалища в зеркалах при наличии свежего дефлорационного разрыва, следует признать ошибочным.

Живые потерпевшие после повреждения влагалища обычно поступают в ближайшее лечебное учреждение, где, еще до осмотра потерпевшей судебно-медицинским экспертом, врач, оказывающий медицинскую помощь, ушивает разрывы, как правило, не заботясь об изъятии доказательств биологического происхождения, чем наносится большой ущерб следствию. К тому же следует признать, что оформление врачами медицинской документации оставляет желать лучшего, во многих случаях, она не содержит доказательного описания повреждений.

Уретра (мочеиспускательный канал) у женщин короткая, не более 3–4 см, но широкая — в 1,5 раза превышает диаметр мужского мочеиспускательного канала. Это дает возможность лицам женского пола вводить себе в уретру с целью мастурбации инородные тела с относительно небольшим поперечным сечением (ручки, карандаши, градусники, шпильки, спагетти и пр.), которые иногда там и остаются или даже попадают в мочевой пузырь. Мальчики и мужчины также иногда вводят в уретру предметы, которые могут повреждать ее или застревать там, но в мочевой пузырь у лиц мужского пола эти предметы не попадают.

Большая ширина уретры и близкое ее расположение к влагалищу дает возможность сперме попадать в уретру при семяизвержении в преддверие влагалища, что необходимо учитывать при поисках спермы в случаях сексуальных убийств. У живых лиц мочеиспускание ведет к быстрому механическому удалению спермы из уретры.

2.3. Девственная плева и ее повреждения

Гимен — это складка стенки влагалища на границе между его преддверием и полостью, покрытая слизистой оболочкой, содержащая волокнисто-соединительную ткань, отдельные пучки мышечной ткани и эластические волокна. Основанием плевы является влагалище, свободный ее край обращен в просвет влагалища и образует отверстие плевы. В плеве различают уретральный и ректальный отделы.

За внешней схожестью форм, каждая девушка имеет индивидуальные, только ей присущие особенности девственной плевы. Плева у них варьирует по толщине, плотности, эластичности, высоте, форме, индивидуальным особенностям формы, наличию естественных выемок и их локализации, насыщенности кровеносными сосудами; по величине гименального отверстия и количеству самих отверстий; различается рельефом поверхности, состоянием свободного края, степенью растяжимости. В отечественной литературе существует не одна классификация девственной плевы (В.О. Мержеевского, М.Д. Никитина, Н.С. Бокариуса, М.Г. Сердюкова, А.Н. Самойличенко), при этом В.О. Мержеевский в своей первой отечественной классификации выделял 14 форм плевы, остальные авторы — около 20 (табл. 1). Наиболее распространены кольцевидная и полулунная формы девственной плевы [18, 19, 21].

Таблица 1

Классификация девственной плевы по М.Д. Никитину
с дополнениями М.Г. Сердюкова (1964)

Род девственной плевы	Вид девственной плевы и ее морфология
1. Обычная, часто встречающаяся плева, характеризующаяся очертанием ее поверхности	1. кольцевидная 2. полулунная 3. трубчатая 4. воронкообразная 5. губовидная 6. килевидная 7. валикообразная (тесемчатая) 8. подковообразная (тождественная полулунной)
2. Необычная, реже встречающаяся плева, характеризующаяся неровностью свободного края	1. дольчатая (лоскутная) 2. бахромчатая 3. спиральная 4. лепестковидная 5. зубчатая 6. колончатая

Род девственной плевы	Вид девственной плевы и ее морфология
3. Редкая плева, характеризующаяся отсутствием отверстия или наличием в ней более одного отверстия	1. двухокончатая (перегородчатая) 2. полуперегородчатая 3. непробитаемая (слепая) 4. решетчатая

Кольцевидная плева имеет форму кольца с отверстием круглой или овальной формы.

Полулунная плева в задней ее половине содержит больше ткани, а рога этого полумесяца соприкасаются возле уретрального отверстия.

Трубчатая плева представляет собой разновидность кольцевидной плевы, края которой несколько приподняты над входом.

Воронкообразная плева имеет вид усеченного конуса с отверстием на вершине.

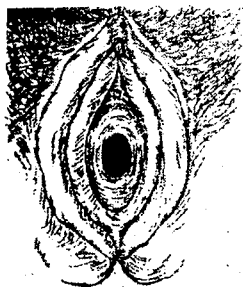
Губовидная плева имеет низкие передний и задний сегменты, а боковые сегменты на их фоне представляются высокими, напоминают третью пару половых губ.

Килевидная плева имеет очертания киля корабля.

Валикообразная (тесемчатая) плева имеет вид толстого мясистого низкого валика, расположенного по окружности входа во влагалище с большим отверстием. Эта форма плевы обычно позволяет плеве не разрываться до родов.

Подковообразная плева сходна с полулунной, но в уретральном отделе она не имеет ткани.

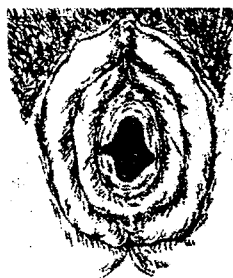
Дольчатая (лоскутная) плева состоит из трех, четырех или пяти лоскутов, обособленных друг от друга естественными выемками, доходящими до основания плевы (влагалищной стенки). Представ-



Кольцевидная плева



Полулунная плева



Дольчатая плева

ляет сложности для диагностики бывших разрывов плевы и позволяет совершать половые акты без ее повреждения.

Бахромчатая плева чаще имеет кольцевидную форму, напоминает бахрому с нитями разной длины, тесно расположенных друг к другу. Бахромки расположены и на поверхности, и на свободном крае плевы. Позволяет совершать половые акты без ее разрывов.

Спиральная плева винтообразно огибает вход во влагалище в виде узкой каемки.

Лепестковидная плева имеет утолщенный и раздвоенный свободный край. При растягивании плевы образуются подобия лепестков, расположенных в разных плоскостях. Экспертиза бывших разрывов крайне затруднительна. После свежей травмы плевы важно обнаружить разрывы или рубцы, поэтому для достоверности через две недели целесообразно провести контрольный осмотр плевы.

Зубчатая плева имеет по свободному краю множественные неглубокие выемки. Иногда свободный край бывает волнистым или гофрированным, тогда классификация проводится по форме плевы с отметкой характера края. Например, девственная плева кольцевидной формы с волнистым краем.



Зубчатая плева

Колончатая плева имеет разное количество сосочков, напоминающих колонки. Если на свободном крае имеется 1–2 сосочка, то целесообразно говорить о такой-то форме плевы с сосочками там-то, например, кольцевидная плева с сосочком, расположенным соответственно 5 часам условного циферблата.



Перегородчатая плева

Двухокончатая (перегородчатая) плева имеет два овальных или округлых, одинаковых либо разных по размерам отверстия. Если отверстия малы, а перегородка толстая, то целесообразно говорить о перегородчатой плеве, а если наоборот — об окончатой. Неповрежденная перегородка является признаком абсолютной интактности девственной плевы.

Полупергородчатая плева имеет длинные отростки, которые можно рассматривать как неполную, несформировавшуюся перегородку.

Непрободаемая (слепая) плева полностью перекрывает вход во влагалище и служит препятствием для оттока менструальной крови, дефлорации, требует оперативного вмешательства для формирования отверстия. При попытках дефлорации несовершеннолетней обычно образуются отрывы плевы от основания, чаще в ректальном отделе, с разрывами, переходящими на слизистую оболочку влагалища.



Дефлорированная
плева

Решетчатая плева имеет большое количество мелких отверстий.

У младенцев еще различается *двойная* плева с образованием верхней и нижней полулуночных плев. По мере развития обе половины сближаются, их рога сливаются, и ко времени наступления пубертатного периода образуется одна плева с наличием естественных выемок на месте слияния половинок (соответственно 3 и 9 часам условного циферблата).

По Л.Л. Окинчицу, девственная плева, претерпевающая изменения, с возрастом переходит из формы в виде каймы в форму в виде заслонки. Свободный край девственной плевы, будучи толстоват у новорожденных и детей раннего возраста, постепенно, к пубертатному возрасту становится тоньше и острее, и эластичнее, но в зрелом возрасте снова утолщается, плева вновь приобретает форму «заслонки». Этим объяснялось отсутствие или незначительность кровотечения и боли при дефлорации в юном возрасте, и обильное кровотечение, требующее иной раз медицинского вмешательства, и выраженную болезненность при дефлорации в достаточно зрелом возрасте [21]. Нам неоднократно приходилось наблюдать интактную девственную плеву в возрасте свыше 40 и 50 лет. Вход во влагалище при этом представляется узким, плева утолщена, плотная, совершенно нерастяжимая, в толще плевы усматриваются хорошо развитые сосуды. Дефлорация в таком возрасте затруднительна, потенциально чревата повреждением белочной оболочки кавернозных тел полового члена или его вывихом, и может сопровождаться повреждениями влагали-

ща, промежности по типу «детских» разрывов, когда разрыв гимена продолжается на стенку влагалища и промежность.

В приведенной классификации форм девственной плевы не учтен ряд деталей, имеющих существенное значение для экспертной оценки состояния плевы:

- 1) метрические параметры (высота, толщина, величина гименального отверстия, рельеф поверхности и состояние свободного края);
- 2) функциональное состояние (степень эластичности и растяжимости ткани девственной плевы).

А.Н. Самойличенко [19] предложил морфофункциональную классификацию девственной плевы, которая более полно отвечает практическим задачам экспертной деятельности, дает возможность объективно и аргументированно решать сложные вопросы экспертизы девственности и ее нарушения, возможности или невозможности совершения полового акта без дефлорации (табл. 2).

Таблица 2

**Морфофункциональная классификация девственной плевы
(по А.Н. Самойличенко, 1994)**

Анатомический вид	Характеристика высоты	Характеристика толщины	Степень эластичности	Степень растяжимости	Конфигурация свободного края	Величина отверстия
<i>Часто встречающиеся формы девственной плевы</i>						
1. Кольцевидная	Высокая (0,5–0,6 см и более), средняя (0,5–0,4 см), низкая (менее 0,4 см)	Толстая (0,25–0,3 см и более), тонкая (менее 0,25 см)	Слабо эластичная, умеренно эластичная. Эластичная	Слабая, умеренная, значительная	Ровный, крупноволнистый, зубчатый, бахромчатый, с выемками, с выступающими сосочками	Большое (более 2,5 см), среднее (1,5–2,5 см), малое (0,5–1,5 см)
2. Полулунная	Высокая, средняя, низкая	Толстая, тонкая	Слабо эластичная, умеренно эластичная, эластичная	Слабая, умеренная, значительная	Ровный, с выемками, с выступающими сосочками	Большое, среднее, малое

Анатомический вид	Характеристика высоты	Характеристика толщины	Степень эластичности	Степень растяжимости	Конфигурация свободного края	Величина отверстия
<i>Редко встречающиеся формы девственной плевы</i>						
1. Бахромчатая	Высокая, средняя, низкая	Толстая, тонкая	Слабо эластичная, умеренно эластичная, эластичная	Слабая, умеренная, значительная	С выемками, с выступающими сосочками	Большое, среднее, малое
2. Лепестковидная	- « -	- « -	- « -	- « -	- « -	- « -
3. Подковообразная	- « -	- « -	- « -	- « -	- « -	- « -
4. Трубовидная	- « -	- « -	- « -	- « -	- « -	- « -
5. Губовидная	- « -	- « -	- « -	- « -	- « -	- « -
6. Килевидная	- « -	- « -	- « -	- « -	- « -	- « -
7. Спиралевидная	- « -	- « -	- « -	- « -	- « -	- « -
8. Валикообразная	-	-	-	-	-	-
9. Перегородчатая (двуокончатая)	-	-	-	-	-	-
10. Окончатая (3-х и более)	-	-	-	-	-	-
11. Решетчатая	-	-	-	-	-	-

Указать точный возраст, когда половые органы девушки способны к совокуплению, затруднительно, так как эта способность зависит от темпа индивидуального развития организма, от индивидуальных анатомических особенностей половых органов обоих партнеров. Считается, что девочки без патологии темпа полового созревания до 8-летнего возраста всегда являются не способными к

половому сношению не только со взрослыми мужчинами, но и с подростками, способны к половому сношению лишь со своими ровесниками [13]. Введение полового члена взрослого во влагалище такого ребенка приведет к тому, что разрыв девственной плевы перейдет на заднюю или, реже — заднебоковую стенку влагалища (при этом пострадают все слои стенки до заднего свода), заднюю спайку больших половых губ и промежность. Обязателен разрыв промежности 2-й или 3-й степени [6]. Мы наблюдали подобные разрывы даже у 9-летних девочек. Разрыв только девственной плевы без повреждения иных анатомических образований половых органов у девочек, не достигших 8-летнего возраста (а иногда и у более старших девочек) свидетельствует о том, что пенильно-вагинального контакта со взрослым у нее не было. Плева была повреждена гораздо меньшим по диаметру предметом, чем половой член взрослого человека, например, пальцем или половым членом ровестника.

Возможность совокупления с подростком без травмы половых органов может появиться уже с 9–10 лет. Мы наблюдали случай множественных насильственных половых сношений 13–14-летних подростков с 10-летней девочкой. При осмотре половых органов этой девочки были обнаружены лишь старые разрывы девственной плевы, рубцов на иных анатомических образованиях половых органов не выявлено. Способность к половому акту со взрослым мужчиной появляется с 11–13 лет, иногда раньше [13]. При этом добровольный половой акт всегда менее травматичен, чем насильственный, и даже в этом возрасте добровольный акт влечет за собой лишь разрыв девственной плевы без повреждений других анатомических образований половых органов.

Обычно нарушение целостности девственной плевы при половом акте сопровождается небольшой болезненностью и незначительным кровотечением, при этом в юном возрасте дефлорация происходит легче и с меньшей кровопотерей, чем в более зрелом. Кровотечение может быть столь незначительным, что оно вовсе не обнаруживается или же обнаруживает себя весьма мало и лишь в ближайшее после дефлорации время. Низкая плева с широким отверстием и эластичными, легко растяжимыми краями нередко даст возможность совершать половые акты без нарушения ее целостности. Обладая соответствующими навыками, нередко вполне возможно осмотреть

девушку и ребенка соответствующими по размерам зеркала Куско без опасений нарушения целостности девственной плевы. Однако следует соблюдать осторожность при осмотре девственниц, так как недостаточно опытный врач легко переоценить свои возможности и нарушить целостность девственной плевы.

В различные возрастные периоды происходит значительная перестройка соединительнотканной основы плевы с последующим (в возрасте старше 20–22 лет) склерозированием волокнистого каркаса и уменьшением количества эластических волокон, со снижением пластических свойств плевы в целом [19]. Поэтому в юном возрасте (от 14 до 19 лет) дефлорация обычно происходит легче и с меньшей кровопотерей, чем в зрелом, нередко случаи совершения половых актов и без разрыва плевы. Так, по нашим данным [4], первый добровольный половой акт был безболезненным у 13,9 % лиц женского пола, сопровождался незначительной болезненностью у 47,7 %, умеренной — у 16,9 %, резкой болезненностью — у 21,5 %. Дефлорационное кровотечение наблюдалось у 61,3 % женщин, при этом 47,2 % оценили кровотечение как незначительное, 14,1 % — как умеренное, в 38,7 % случаев кровотечение отсутствовало, что могло быть либо при сохранении целостности гимена, либо при его незначительной травме (неглубоких надрывах). В 38,5 случаев дефлорационное кровотечение продолжалось от нескольких минут до 1 часа, в 43,1 % — 1–10 часов, в 18,4 % — 1–3 дней, одна женщина, дефлорированная в 22 года, наблюдала кровотечение в течение 5 дней. Отметились достоверно более выраженные болезненность, увеличение длительности и интенсивности кровотечения при дефлорации в возрасте 21–22 лет, снижение времени и интенсивности кровотечения или его отсутствие при дефлорации до 17–18 лет ($p < 0,05$). Дефлорация после достижения девушкой 22-летнего возраста всегда была болезненной и сопровождалась многочасовой кровоточивостью плевы. Таким образом, с морфофункциональной точки зрения наиболее благоприятный для дефлорации возраст — 15–19 лет.

Дефлорация при половом акте происходит вследствие давления головки полового члена на девственную плеву и ее перерастяжения при проникании головки члена в отверстие плевы, при этом возникают либо полные разрывы плевы по всей ее высоте до основания, либо неполные разрывы (надрывы), не доходящие до основа-

ния плевы. Изредка, при малом или отсутствующем гименальном отверстии, либо множестве маленьких отверстий, наблюдаются отрывы плевы от ее основания, как правило, в ректальном отделе, без образования разрывов плевы по ее высоте [8]. Отрывы плевы от основания сопровождаются повреждением слизистой оболочки влагалища.

Количество разрывов плевы индивидуально, чаще бывает один или два разрыва, но может быть и больше. Чаще они локализируются в ректальном отделе плевы, но могут быть где угодно, в том числе и в уретральном ее отделе. Любая свежая прижизненная травма сопровождается образованием кровоизлияний, поэтому при свежей травме плевы обязательно наличие кровоизлияния в ней. Первые двое суток кровоизлияние имеет насыщенный темно-красный, красно-фиолетовый, красно-синий цвет, чаще располагается по всей окружности плевы либо локализуется только возле разрывов. Плева приобретает травматический отек либо вся, либо лишь по краям разрывов. Кровоизлияния в плеве быстро бледнеют и полностью разрешаются через 1–1,5 недели. Чем тоньше плева, тем быстрее исчезают кровоизлияния. К концу 2-й недели после дефлорации изредка можно увидеть лишь следы бывшего кровоизлияния в виде чередований участков плевы неоднородной красноватой тональности.

Первые двое суток после дефлорации по краям разрывов плевы можно усмотреть мелкие свертки крови, следы крови у входа во влагалище. В дальнейшем, на 3–5 сутки на краях разрывов усматривается белесовато-желтоватый фибринозный налет. Через 1,5–2 недели края разрывов обычно зарубцовываются. Тонкая плева рубцует всего 5–7 дней. Толстая и мясистая плева заживает дольше — к концу 2-й и даже на 3-й неделе. Присоединение гнойной инфекции увеличивает сроки заживления плевы.

Первые 2–3 дня после дефлорации края разрывов могут разойтись и начать кровоточить при манипуляциях по исследованию плевы. Осуществление полового акта в эти сроки после дефлорации также может вызвать кровоточивость краев свежих разрывов.

Дефлорация обычно происходит при половом сношении, но не у всех девушек половые сношения сопровождаются дефлорацией. Нередко молодая женщина ведет половую жизнь, но целостность ее девственной плевы, благодаря индивидуальным особенностям и раннему

началу половой жизни, сохранена. В таких случаях повреждение девственной плевы произойдет лишь при родах. При решении вопроса о возможности совершения полового акта без нарушения целостности девственной плевы, следует учитывать ее строение, диаметр гименального отверстия, а также реальные размеры полового члена насильника в состоянии эрекции. Нарушение целостности девственной плевы может произойти при травмах, различных манипуляциях с половыми органами, в том числе при развратных действиях, мастурбации, детских сексуальных играх, даже во сне, особенно при расчесывании зудящих поражений кожи в области половых органов, а также при использовании влагалищных тампонов во время менструации (как правило, в процессе извлечения разбухшего тампона). Но относительно последнего момента наблюдаются противоречивые точки зрения.

Сама по себе дефлорация не является телесным повреждением, так как изолированное нарушение целостности девственной плевы представляет собой естественный природный процесс, необходимый для продолжения рода, т. е. дефлорация физиологически необходима, а физиологическую потребность абсурдно рассматривать как телесное повреждение. Иной раз целостность девственной плевы нарушается при травмах половых органов. Травма, как правило, ведет к повреждению различных анатомических образований половых органов и рассматривается как телесное повреждение, повлекшее (или не повлекшее) причинение конкретного вреда здоровью.

Причинение серьезной травмы различных анатомических образований половых органов возможно и при половом сношении. Если гименальное отверстие мало, к тому же края гимена мясистые, утолщены, плотные, нерастяжимые, то болезненность и кровотечение при дефлорации могут быть значительными, возможно повреждение влагалища (слизистой оболочки или даже всех слоев задней стенки), может быть разрыв промежности 2-й и реже 3-й степени. Очень тяжелые повреждения половых органов при половых актах возможны не только у девиц, но и у женщин, давно занимающихся сексом, а изредка даже и у рожавших. Главной причиной подобных повреждений являются грубость и насилие. Грубая дефлорация, изнасилование, разница в величине половых органов (ребенок — взрослый), патологическое состояние тканей половых органов женщины (инфантилизм, старческая атрофия, рубцы, пороки

развития и пр.), неудобное, вычурное положение женщины во время полового акта могут привести к печальным последствиям.

Разрывы девственной плевы и кровоизлияния в плеву не подтверждают факт полового сношения, они лишь свидетельствуют о травме плевы твердым тупым предметом, среди которых может быть напряженный половой член человека, животного, пальцы руки, вибратор, овощ, палка и т.п. Факт полового сношения может подтвердить только совокупность объективных доказательств, среди них важное место занимают вещественные доказательства биологического происхождения. Поэтому судебно-медицинскому эксперту в своих выводах не следует утверждать, что разрыв плевы произошел от воздействия полового члена человека. Более целесообразно высказаться, что разрыв плевы образовался в результате равномерно растягивающего действия твердого тупого предмета, по форме и размерам, напоминающего напряженный половой член человека.

Приступая к осмотру потерпевшей, следует помнить, что к Приказу МЗ РФ № 161 (2003 г.) надо относиться критически, исходя из принципа разумности и целесообразности. Так, например, часть 1-я пункта 3.1.1. гласит, что «судебно-медицинские акушерско-гинекологические исследования может проводить только врач — судебно-медицинский эксперт, имеющий соответствующую специальную подготовку». В соответствии со ст. 54 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», специальная подготовка судебно-медицинского эксперта по вопросам судебного акушерства и судебной гинекологии должна быть подтверждена соответствующим сертификатом. Однако большинство судебных медиков не имеют специальной подготовки по вопросам судебного акушерства и судебной гинекологии. Данные вопросы изучаются ими в процессе прохождения первичной специализации, но явно в недостаточном объеме, если говорить именно об акушерстве и гинекологии. По сложившейся практике, основное внимание при такой подготовке обращается лишь на вопросы осмотра наружных женских половых органов в случаях изнасилований или развратных действий, при этом многие эксперты не владеют навыками инструментального исследования влагалища ни у детей, ни у взрослых, никогда не используют даже зеркало Куско.

Если исходить из вышеизложенного пункта Приказа, получается, что большинство районных и городских экспертов в нашем государстве не имеют права единолично проводить «экспертные исследования» жертв сексуального насилия женского пола, но вынуждены их проводить. Насколько, в таких случаях, полноценны и научно обоснованны заключения экспертов?

Часть 2-я пункта 3.1.1. Приказа № 161 сформулирована следующим образом: «Если для проведения этих исследований требуются иные специальные медицинские познания, то их проводят комиссионно с участием необходимых специалистов». Статья 200 УПК РФ регламентирует, что «комиссионная судебная экспертиза производится не менее, чем двумя экспертами одной специальности». Судебно-медицинский эксперт, работающий в отдаленном от областного центра сельском районе (особенно на Севере, в Сибири), как правило, по многим причинам не имеет возможности участвовать в проведении комиссионной экспертизы с другим судебным медиком — сертифицированным специалистом в области судебного акушерства и судебной гинекологии. Да и не во всех областных центрах в нужное время могут оказаться данные специалисты. Логичнее было вести речь о проведении комплексной судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы (ст. 201 УПК РФ) с участием судебного медика и гинеколога, который есть в каждой ЦРБ.

Из п. 3.1.3. Приказа № 161 следует, что «судебно-медицинские экспертные исследования лица женского пола проводят... при естественном дневном освещении (в отдельных экстренных случаях допускается проведение исследования при достаточном искусственном освещении)». Но в случаях сексуального насилия наиболее криминогенным временем является поздний вечер и начало ночи. Лишь около 10 % изнасилований совершается днем, особо же криминогенным является период времени от 22 часов вечера до 2 ночи [5, 30]. На обнаружение доказательств сексуального насилия большое влияние оказывает временной фактор — время, прошедшее между нападением и врачебным обследованием. Это зависит не только от реагирования жертвы на случившееся, но и от реагирования правоохранительных органов на поступившие заявления о совершении сексуальных преступлений. По нашим наблюдениям, в первые сутки после совершения преступлений к судебным медикам

были доставлены 53,4 % жертв сексуального насилия и 48,0 % подростков в их совершении. Таким образом, поскольку известно, что максимальные шансы выявления доказательств биологического происхождения (и иных) при изнасилованиях присутствуют в первые часы после совершения преступления, судебный медик вынужден использовать искусственное освещение не «в отдельных экстренных случаях», а систематически. К тому же следует учитывать, что с осени до наступления весны на территориях несколько севернее Москвы дневное освещение в помещениях не позволяет даже читать. Остается сделать вывод, что исследование женских половых органов необходимо проводить с хорошим направленным искусственным освещением без образования теней.

Пункт 3.2.10. регламентирует, что при свежих повреждениях девственной плевы исследование слизистой оболочки влагалища, шейки матки, матки и придатков (если это необходимо) можно производить только после заживления повреждений (не ранее 10–12 суток) с помощью зеркала Куско или Симса малого размера и осторожного двуручного исследования. Но без применения зеркала в случаях свежих повреждений девственной плевы судебно-медицинский эксперт (иной врач) может допустить ошибку относительно механизма причинения повреждений, не увидит возможных повреждений влагалища, признаков ЗППП, иной патологии. По нашему мнению, применение зеркал при свежих повреждениях плевы не только возможно, но даже обязательно.

Осмотр плевы проводится при хорошем искусственном освещении без образования теней на гинекологическом кресле, а при его отсутствии — в аналогичном положении обследуемой на краю стола (пятки на краю стола приведены друг к другу, ноги максимально разведены). Целесообразно применение оптических средств и специальных инструментов. По нашим наблюдениям, судебные медики при изучении индивидуальных особенностей гимена и влагалища в большинстве случаев неоправданно отказываются от инструментальных методов исследования. Первопричиной нарушения процедуры осмотра следует признать не отсутствие в бюро СМЭ соответствующих приборов и инструментов, а недостаточное осознание врачами и юристами важности полноты гинекологических исследований для нужд правоохранения, для объективности и полноцен-

ности экспертиз. Следствием такой позиции является отсутствие у экспертов стремления к приобретению необходимых навыков гинекологических исследований.

Для осмотра плевы рекомендуется захватить щипкообразным движением указательного и большого пальцев каждой руки обе большие половые губы вместе с малыми в верхней их трети у основания и растянуть их в стороны и вниз, по направлению к креслу. Обычно плева после таких действий становится доступна для осмотра. Однако при ином положении оси влагалища иногда после указанных действий надо потянуть половые губы вперед, по направлению к себе. В том или ином положении половых губ девственная плева растягивается и становится доступной для осмотра.

В принципе диаметр плевы является и диаметром входа во влагалище, но все дело в том, что размеры входа во влагалище постоянно изменяются даже у одной и той же женщины, что связано с изменением тонуса мышц, окружающих влагалище. Наличие вагинизма, а также страха гинекологического осмотра ведут к резкому сокращению гименального кольца, невозможности судить об истинном диаметре входа во влагалище и истинном диаметре гименального отверстия. Напротив, в начальный период полового возбуждения диаметр входа во влагалище изменяется в сторону его увеличения. То же самое можно сказать и о диаметре отверстия плевы. При необходимости установления истинных параметров девственной плевы и гименального отверстия можно провести повторный осмотр через несколько дней в условиях применения седативной терапии.

В случаях вагинизма осмотр наружных половых органов и влагалища при обычных условиях невозможен. При необходимости можно осмотреть половые органы с применением наркоза, но обязательно получение добровольного информированного письменного согласия потерпевшей или ее законных представителей на эту процедуру.

Иногда тяжелый приступ вагинизма случается в процессе совершения полового акта: наступает так называемое «пленение полового члена», при котором мужчина не имеет возможности извлечь его из влагалища, что приводит к отеку полового члена и еще большему затруднению его выведения. В.И. Здравомыслов [8] предложил способ освобождения полового члена, опубликованный им в 1937 году. Женщина как можно сильнее напрягает брюшной пресс,

пытаясь совершить дефекацию, а «плененный» мужчина или иной человек вводит указательный палец в прямую кишку женщины и сильно оттягивает ее кзади. В этот момент спазм проходит, и половой член освобождается.

У девственниц при осторожном введении кончика незащищенного мизинца исследователя в отверстие плевы ощущается кольцевидное схватывание мизинца плевой — «кольцо сокращения» или охвата (так называемый «симптом кольца»). Дефлорация приводит к нарушению целостности соединительнотканной основы плевы, что приводит к утрате этого признака. При явной дефлорации нецелесообразно устанавливать наличие или отсутствие этого признака. Ценность этого симптома относительна, так как он основан на субъективных ощущениях эксперта, при этом симптом может отсутствовать у девственниц (низкая, лоскутная плева, плева с отверстием большого диаметра и пр.) и симулироваться произвольным сокращением мышц входа во влагалище у женщин, например, при вагинизме.

За более чем столетнюю историю развития судебной медицины разработано много способов и приспособлений для исследования девственной плевы, но, к сожалению, как правило, все инструменты были изготовлены их авторами лишь в единичных экземплярах, в серийное производство не запускались. При отсутствии каких-либо инструментов исследовать плевую удобнее всего стеклянной глазной палочкой с маленькой лопаткой. Свет, направленный на плевую, не должен образовывать тени. Лопатку глазной палочки (или подобный предмет) вводят через отверстие плевы за нее, а затем, расправляя на ней различные участки плевы, исследуют ее, обращая внимание на индивидуальные особенности, естественные выемки, разрывы, надрывы, рубцы. Когда малолетние дети, опасаясь процедуры осмотра половых органов, напрягаются, гименальное отверстие может быть визуально неразличимо, прикрыто девственной плевой, но это обстоятельство не препятствует введению за плевую палочки и ее обычному осмотру. «Слепая» плева без отверстия — редкость.

Естественные выемки на плеве надо уметь отличать от травматических углублений (свежих и старых разрывов, надрывов). Естественные выемки никогда, кроме лоскутной плевы, не доходят до основания гимена, не располагаются на шести часах условного циферблата, концы их закруглены, края и концы ничем не отличаются

от остальных участков плевы по цвету и консистенции. Кроме того, выемки часто (но не обязательно) симметричны, особенно на 3 и 9 часах условного часового циферблата.

Разрывы — напротив, обычно асимметричны, иногда разрывы могут быть симметричными, начинаться в области выемок. Там, где плева подвергается естественному растяжению собственными эластичными волокнами, старые разрывы подобны выемкам, но доходят до основания плевы, концы их остроугольные. На концах старых разрывов можно видеть нежную белесоватую рубцовую ткань. Края старых разрывов также могут отличаться по толщине, цвету и консистенции от остальных участков плевы. Надрывы плевы не доходят до ее основания, напоминают естественные выемки, но отличаются от них вышеуказанными характеристиками.

Другой вариант старых разрывов может быть представлен рубцом, не имеющим описанного углубления, проходящим от свободного края плевы до ее основания. Такой рубец чаще образуется в ректальном отделе плевы, идет по направлению к 6 часам условного циферблата. Рубцовая ткань у живых лиц всегда отличается от неизменных участков плевы своей консистенцией и бледностью, очень хорошо визуально различается на трупе. В ультрафиолетовых лучах лампы ВУД'а или другого источника рубцы имеют вид участков, люминесцирующих голубым светом. Смазывание плевы раствором Люголя в области рубца также выявляет неоднородность окраски [17]. Хорошие результаты дает кольпоскопия при 15-кратном увеличении [23], при этом становятся заметными признаки микротравмы плевы, неразличимые невооруженным глазом. А.Н. Самойличенко [17] предлагает производить фотосъемку девственной плевы, а детали и некоторые особенности повреждений плевы изучать с помощью стереомикроскопа. Для определения высоты и толщины плевы, глубины разрывов рекомендуется использовать стандартный, несколько модифицированный штангенциркуль средних размеров. Гистологическое исследование плевы у живых лиц обычно исключено. Локализацию образований и повреждений плевы принято указывать относительно часов условного часового циферблата.

Признаки микротравмы девственной плевы в виде микрокровоточиваний у ее основания и микроразрывов свободного края могут возникать даже в случаях эластичной, легко растяжимой

девственной плевы, допускающей совершение половых актов без нарушения ее целостности, особенно при групповом изнасиловании. Эти микроповреждения проходят бесследно уже через 2–3 дня после насилия [16].

Сомнения относительно давнего нарушения целостности мясистой и толстой плевы, возникшие при исследовании ее ректального отдела, можно разрешить путем подвыворачивания пальцем через анус задней стенки влагалища вместе с плевой. Эта процедура легко осуществляется (указательный палец левой руки правше следует смазать жиросодержащим веществом, вводить палец надо нежно, не форсированно), практически безболезненная при аккуратном ее выполнении, ректальный отдел плевы становится хорошо доступным для обозрения.

Таблица 3

**Вероятные сроки давности дефлорации
в зависимости от анатомического строения
и метрических данных девственной плевы
(по А.Н. Самойличенко, 1994)**

Вид разрыва	Морфологическая характеристика разрыва	Особенности анатомического строения и метрических данных девственной плевы		
		Кольцевидная, полулунная и др. формы высотой более 0,5 см и толщиной 0,3 см	Кольцевидная, полулунная и др. формы высотой менее 0,5 см и толщиной 0,25–0,2 см	Кольцевидная и др. формы, тонкая (0,15 см)
		Давность дефлорации в сутках		
1. Свежий, кровото-чащий	Раневая поверхность кровото-чит, покрыта свертками крови. Поверхности краев разрыва отечны, вокруг них множество очаговых и мелкоочечных кровоизлияний. Ткани плевы у границ раневой поверхности умеренно или значительно ги-перемированы.	3–4	2–3	1–2

Вид разрыва	Морфологическая характеристика разрыва	Особенности анатомического строения и метрических данных девственной плевы		
		Кольцевидная, полулунная и др. формы высотой более 0,5 см и толщиной 0,3 см	Кольцевидная, полулунная и др. формы высотой менее 0,5 см и толщиной 0,25–0,2 см	Кольцевидная и др. формы, тонкая (0,15 см)
		Давность дефлорации в сутках		
2. Гранулирующийся	Поверхность краев разрыва красного цвета, они отечны, кровоподтечны, на раневых поверхностях серозно-гнойные и гнойно-фибринозные наложения, под ними грануляционная ткань. При механическом раздражении может появиться кровотечение. Очаговые и мелкоточечные кровоизлияния менее яркие. Иногда отмечается белесоватость краев разрыва.	5–8	4–6	2–4
3. Свежерубцующийся	Поверхности краев разрыва уплотненные и утолщенные, имеют белесоватый оттенок, закруглены, не кровоточат при механическом раздражении. Может выявляться незначительная гиперемия, бледные очаговые и мелкоточечные кровоизлияния.	8–10	7–9	4–5
4. Зарубцевавшийся	Поверхности краев разрыва неровные, закругленные, уплотненные, утолщенные, четко выявляется их белесоватый цвет.	10–12	9–10	5–7
5. Давний	Края разрыва неровные, закругленные, уплотненные, белесоватого цвета, выявляется наличие выраженной рубцовой ткани. Поверхность края разрыва в виде площадок с ребрами, края свободно расходятся.	10–15 и более	10–12 и более	8–10 и более

Источники и механизмы дефлорации
(по А.Н. Самойличенко, 1994)

№	Источники дефлорации	Механизмы дефлорации
1	При совершении полового акта	Введение полового члена во влагалище
2	При совершении развратных действий	Введение пальцев рук, других инородных предметов во влагалище
3	При родах	Прохождение плода через родовые пути
4	При медицинских манипуляциях	Оперативные вмешательства, производство аборт, введение инструментов
5	При случайных самоповреждениях	Собственными руками при мастурбации, зуде (глистная инвазия, кожные и венерические болезни)
6	При общей механической травме	Травма таза (падение с высоты, автотравма и другие механические повреждения)
7	При каких-либо казуистических случаях	При случайных ударах о тупые или острые предметы

Таблица 5

Критерии для дифференциальной диагностики давнего разрыва и природной выемки девственной плевы
(по А.Н. Самойличенко, 1994)

Диагностические признаки	Характеристика признаков	
	Давний разрыв	Природная выемка
Топография	наиболее типичен в заднем сегменте плевы	наиболее типична в переднем, боковых сегментах плевы
Отношение к основанию плевы	большинство доходит до основания плевы	большинство не доходит до основания плевы
Симметричность расположения	редко симметричное расположение	часто симметричное расположение
Форма	наиболее часто треугольная	наиболее часто полуовальная
Форма дна (конца)	остроугольная	полуовальная
Состояние ткани в области краев: - консистенция - цвет	 плотная белесоватый	 одинаковая с консистенцией других отделов плевы; одинаковый с цветом других отделов плевы

Диагностические признаки	Характеристика признаков	
	Давный разрыв	Природная выемка
Рельеф краев: - толщина - закругленность - состояние поверхности	утолщенные менее выражена неровная, с втяжениями, в виде площадок с ребрами	тонкие более выражена ровная, гладкая
Соотношение краев: - расхождение - сопоставимость	расходятся сопоставляются	не расходятся не сопоставляются
Ультрафиолетовая люминесценция	бледно-голубоватая люминесценция по краям разрыва	люминесценция отсутствует

2.4. Обнаружение и сохранение вещественных доказательств полового насилия

Осмотр женских половых органов завершается изъятием возможных вещественных доказательств биологического происхождения. При врачебном осмотре следует обратить внимание на одежду потерпевшего, на его нижнее белье, а по возможности — и на постельное, где могут быть следы спермы в виде специфических пятен. Их характеризуют крахмальная плотность, извилистые очертания, жестковатость, беловато-желтоватый или сероватый цвет на текстильных тканях, беловатые корочки на негигроскопичных поверхностях. Пятна не следует ощупывать из-за опасности нанесения на них собственных антигенов.

Врачу нельзя самостоятельно изымать одежду и белье из квартиры, где проживает жертва насилия, следует лишь обратить внимание сотрудников правоохранительных органов на это обстоятельство, а в случаях экстрасемейного насилия над ребенком — родителей ребенка, предупредив их о недопустимости застирывания одежды, находившейся на пострадавшем в момент насилия.

При поступлении жертвы сексуального насилия в больницу, каждый предмет одежды, снятой с пострадавшего, надо упаковать отдельно от других, при этом упаковке подлежит только просушенная вдали от источников тепла и прямых солнечных лучей ткань. В дальнейшем, в случаях возбуждения уголовного дела, эта одеж-

да должна быть изъята следователем с обязательным оформлением протокола выемки (ст.ст. 182–183 УПК РФ).

На коже жертвы (особенно внимательно надо осмотреть бедра) в случаях бывшего семяизвержения иногда можно обнаружить подсохшую слизь, которую надо изъять для последующего лабораторного исследования. Вся процедура изъятия выполняется в чистых резиновых перчатках для предупреждения возможного заноса в изымаемый материал с потожировыми выделениями собственных антигенов.

Для изъятия используется чистый бинт (марля), от которого отрезают кусочек для контрольных серологических исследований и помещают его в чистый бумажный конверт (пакетик). Двумя другими кусочками, отрезанными от того же бинта (марли), делают смывы: одним — обнаруженного объекта, другим — контрольный смыв с незапятнанного участка кожи якобы потерпевшего или потерпевшей или иного предмета — носителя следа. Сначала делается контрольный смыв, затем — смыв объекта.

Марля для всех смывов и контрольный участок обязательно должны браться от одного куска бинта. Размеры кусочков для смывов объектов должны иметь размеры примерно 2×2 см или 3×3 см. Для очень малых следов из куска марли берут нитку или пучок ниток. Перед смывами марлю слегка увлажняют водой, отжимают пальцами. Обнаруженное пятно тщательно протирают разными сторонами кусочка марли, стараясь полностью перевести его в марлю. Незапятнанный участок кожи (иного предмета — носителя следа) также протирают разными сторонами слегка увлажненного кусочка марли. Аналогичным образом изымают пятно крови.

Марля с изъятиями объектами перед упаковкой просушивается вдали от источников тепла и прямых солнечных лучей; только затем все кусочки марли упаковываются по отдельности друг от друга в обычную белую неворсистую бумагу. Пакеты подписываются, опечатываются, к ним прилагается направление в судебно-медицинскую лабораторию с изложением обстоятельств изъятия объектов, описью изъятых, вопросом о наличии в смывах спермы (в случаях изъятия крови — о ее групповой принадлежности).

В некоторых случаях с предметов (не с кожи) вместо смыва можно изъять соскоб объекта с обязательным контрольным соскобом в отдельный бумажный пакет. Малые предметы, опачканные биоло-

гическими выделениями, можно изъять целиком. Для обнаружения доказательств сексуального преступления в подногтевом содержимом с кистей жертвы насилия и предполагаемого виновника делают срезы свободных краев ногтей, с каждой руки в отдельный бумажный пакетик.

При получении сведений о семяизвержении в рот потерпевшего, содержимое полости рта на предмет обнаружения сперматозоидов забирают путем протирания кусочком марли (бинта) слизистой преддверия и полости рта, зубов и десневых карманов (примерные размеры кусочка марли — 3 × 3 см). С марли желательно приготовить мазок на чистом, предварительно обезжиренном спиртом и просушенном предметном стекле. Процедура выполняется лишь в первые часы после семяизвержения до приема пищи. После еды сперма в полости рта не обнаруживается. В лабораторию посылают марлю с содержимым полости рта, чистый контрольный кусок от этой же марли и мазок.

Содержимое влагалища на предмет обнаружения сперматозоидов забирают лишь первые 5–6 суток после полового акта. Большой срок или спринцевание с применением каких-либо химических веществ делают изъятие материала нецелесообразным.

Процедура, как и все процедуры, связанные с изъятием биологических объектов, выполняется врачом в чистых резиновых перчатках. Марлевый бинт, обернутый вокруг пинцета или иного фиксирующего его предмета (марлевый тампон), после осмотра половых органов вводится во влагалище на всю его глубину без применения зеркал. Длина марлевого тампона должна соответствовать примерной длине влагалища (10–12 см у взрослой женщины). Далее тампон проворачивается по сводам влагалища и извлекается. С дистальной, средней и проксимальной частей тампона готовятся мазки на 3–6 предметных стеклах. Мазки вместе с высушенным тампоном и чистым контрольным участком марли упаковываются отдельно друг от друга, опечатываются, после чего их направляют в судебно-медицинскую лабораторию. Представители правоохранительных органов могут содействовать этому. Принципы оформления упаковки объектов и направления аналогичны вышеуказанным.

При разрывах влагалища и промежности требуется их ушивание. Первый туфик, который врач вводит во влагалище для просушивания

влагалища от крови, должен быть сохранен, и вместе с контрольным туфиком из того же бикса передан следователю, с соответствующим процессуальным оформлением. Объекты могут и самостоятельно направляться врачом в судебно-медицинскую лабораторию.

Предметные стекла для мазков должны быть неиспользованными, или относительно новыми, но хорошо отмытыми. Их необходимо обезжиривать содержанием в смеси Никифорова (96 %-ный этиловый спирт пополам с этиловым эфиром), просушивать. Изъятые объекты перед упаковкой надо полностью просушить при обычной комнатной температуре вдали от источников тепла и прямых солнечных лучей. Высушенные объекты не следует упаковывать в полиэтилен или герметично закрывающуюся стеклянную посуду без предварительной их упаковки в гигроскопичные бумажные пакеты, так как даже небольшая влажность предметов приводит к загниванию объектов, что делает невозможным обнаружение доказательств и установление их групповых свойств. Изъятый объект, контрольный образец предмета-носителя (смывы или соскобы), контрольный, чистый участок марли, которая использовалась для смывов, всегда надо упаковывать по отдельности друг от друга.

Чем раньше после преступного события производится изъятие объектов от участников происшествия на предмет обнаружения доказательств биологического происхождения, тем больше шансов в их обнаружении; в первые часы наблюдается наибольшая выявляемость доказательств, далее шансы быстро сокращаются.

2.5. Задний проход, его повреждения и изменения

Задний проход является объектом сексуального внимания не только при гомосексуальных, но и при гетеросексуальных контактах, а также при развратных действиях, мастурбации; у детей он может быть объектом познания, озорства и эротизированных игр. Ввиду своей хорошей растяжимости задний проход половым членом травмируется редко. Наиболее травматично насильственное форсированное введение полового члена (подобных ему предметов) в прямую кишку без применения смазки, а также введение крупных предметов. Слизистую оболочку способны травмировать и ногти пальцев рук при брахиопроктии.

Пункт 4.2.5.5. Приказа № 161 регламентирует, что перед осмотром обследуемых выясняют, не страдают ли они каким-либо желудочно-кишечным заболеванием, сопровождающимся запорами или поносами, не было ли у них заболеваний прямой кишки (геморроя, проктита, дизентерии, выпадения прямой кишки) и оперативных вмешательств по поводу заболеваний в области заднепроходного отверстия. Последствия, остающиеся после указанных заболеваний и оперативных вмешательств, могут быть ошибочно приняты за изменения, связанные с систематическим пассивным мужеложством.

Особо надо думать о возможности гонорейного проктита и гонорейного фарингита, которыми мужчины заражаются (за исключением казуистических случаев) только при анально-генитальных или орально-генитальных контактах. У лиц женского пола гонококки могут попасть в прямую кишку путем затекания гнойных выделений из половой щели. При этом поражаются только дистальный отдел прямой кишки и область анального сфинктера. Гонорейный проктит редко протекает остро, чаще наблюдается малосимптомное течение заболевания. В остром периоде могут ощущаться боль при дефекации или зуд в заднем проходе; окружность ануса с гиперемией, в анальных синусах скапливается гной, подтекающий при анальной дисфункции в радиальные складки кожи. Эрозии в перианальной области и трещины в области сфинктера дают примесь крови к калу, но все эти признаки не являются специфическими. В хроническом периоде заболевания жалобы отсутствуют, заболевание внешне ничем не проявляется, кроме способности заражать новых половых партнеров. Гонорейный фарингит и тонзиллит протекает подобно катаральному воспалению банальной этиологии; гонококки обнаруживаются лишь при бактериологическом исследовании, применение которого при соответствующем подозрении целесообразно.

Любое обследование потерпевших или подозреваемых в случаях половых преступлений необходимо начинать с осмотра кожи на наличие сыпи, а также с исследования лимфатических узлов (подчелюстных, шейных, кубитальных, паховых), так как всегда есть риск столкнуться с наличием сифилиса. Шанкр или рубец от разрешившегося шанкра указывает на входные ворота сифилитической инфекции. Важно выявление экстрагенитальных шанкров. Шанкры

на стенках прямой кишки указывают на бывший анально-генитальный контакт; шанкры в области анального сфинктера или на коже межягодичной складки могут образоваться и без анально-генитального контакта, например, при заражении в процессе анилингуса. Шанкры в полости рта могут появиться в результате инфицирования при поцелуях, фелляции, а также после бытового заражения. Для сифилиса также специфично образование в перианальной области широких кондилом.

Для облегчения введения полового члена или иных предметов в задний проход обычно применяется смазка (любое жиросодержащее вещество, крем, мыло, слюна, сперма), которая может длительно оставаться в складках кожи перианальной области и имеет криминалистическое значение. Изъятие смазки с кожи перианальной области производится на марлю (сухую или слегка увлажненную, в зависимости от состояния кожи) путем протирания кожи перианальной области. Экспертизу изъятых материалов в таком случае необходимо проводить либо в судебно-медицинской, либо в криминалистической лаборатории или совместно, в зависимости от предполагаемого объекта (объектов) обнаружения.

Равномерное перерастяжение заднего прохода эрегированным мужским половым членом или иным, подобным ему твердым тупым цилиндрическим предметом, может приводить к возникновению продольных разрывов — трещин слизистой оболочки на границе с кожей, с кровоизлияниями в их основании. Кровоизлияния в области заднего прохода свидетельствуют о свежей травме, их выявление важно и доказательно. Трещины чаще располагаются на передней и частично на боковых стенках заднего прохода, но встречаются литературные данные и о частой локализации их на задней стенке. Быстро, к концу первой недели они заживают, оставляя после себя рубцовую ткань. Иногда разрывы слизистой заднего прохода продолжаются на слизистую оболочку примыкающего к заднему проходу отдела прямой кишки. Изредка, особенно при форсированном введении в прямую кишку твердого тупого предмета без предварительного применения уменьшающих трение смазок, встречаются разрывы, имеющие вид прямых углов с лучами в продольном и поперечном направлениях. Более серьезные повреждения заднего прохода и прямой кишки от действия полового члена не образуются.

Травматические разрывы надо дифференцировать с анальными трещинами (идеопатическими или вторичными), что в случае наличия кровоизлияний в основании разрывов сделать легко. Если гранулирующая трещина покрыта фибринозным налетом, у живых лиц дифференциация затруднена, но серия повторных осмотров через 4–5 дней обычно проясняет картину.

Кожа перианальной области имеет лучеобразные складки, радиально сходящиеся к заднему проходу. Половой член ссадин на складках никогда не оставляет. Если ссадины обнаружены, то следует думать о травмировании кожи ребром твердого тупого предмета. Часто этим предместом является ноготь пальца, но возможно воздействие и другого предмета, например, палки, выцербленного горлышка бутылки и т.п. Изолированные единичные ссадины от травматических воздействий следует отличать от эрозий при перианальном дерматите. Кровоизлияния в подкожную клетчатку перианальной области проявляются кровоподтеками.

Аноректальные повреждения в последнее десятилетие стали встречаться все чаще и имеют тенденцию к распространению [35]. Травма прямой кишки возможна при гомо- или гетеросексуальном контакте, мастурбации, но вторична по отношению к пенильным методам удовлетворения, причиняется, как правило, не половым членом. Большинство пострадавших имеют лишь разрывы слизистой оболочки кишки, реже встречаются случаи разрывов анального сфинктера, ректосигмоидные перфорации. При поступлении в больницу, более чем у трети таких пациентов в прямой кишке обнаруживаются различные инородные тела, они могут также находиться в брюшной полости и в тазовой клетчатке [24]. Эти инородные тела обычно представляют собой бутылки, огурцы, морковь, деревянные и резиновые предметы, напоминающие по форме половой член. Типичным для всех застрывших инородных тел является их большой размер (более 6 см в диаметре и более 15 см длиной) [40].

Как уже говорилось, чрезвычайно опасно и травматично для прямой кишки, влагалища и промежности явление, получившее название «фистинг» («fisting» — кулак), при котором во влагалище, но чаще в прямую кишку и далее вводят руку до уровня средней трети предплечья, иногда дальше [28, 36], в том числе есть сведения о крайне редких и чрезвычайно травматичных случаях фистин-

га взрослых с детьми [35], а также о фистинге со стороны серийных сексуальных убийц [27]. Ректальный и влагалищный фистинг, как и вставление в кишечник или во влагалище разнообразных иностранных, относительно крупных предметов (например, бутылки, крупного овоща и т.п.), могут приводить к смертельным случаям [28, 31, 35, 36].

Актуально выявление доказательств анально-генитальных контактов, которые могут иметь место при гомо- или гетеросексуальном насилии, а также доказательств различных манипуляций с задним проходом, совершаемых садистами, хулиганами, развратниками. По данным A.R. De Jong et al. [26] попытка анально-генитального контакта имела место в 78 % случаев гомосексуального насилия над подростками и юношами, телесные повреждения в перианальной области после таких нападений были обнаружены в 24 % случаев. По данным H.B. Lacey [32], количество повреждений заднего прохода при насильственных анально-генитальных контактах было значительно выше: какие-либо повреждения в области заднего прохода имели 73 % жертв.

Единичные акты мужеложства, как правило, не оставляют стойких изменений в области заднего прохода и прямой кишки, кроме значительных повреждений, оставляющих после себя рубцы. Считается, что для лиц, систематически совершающих акты мужеложства в качестве пассивных партнеров, характерны следующие изменения в области заднего прохода и прямой кишки (п. 4.2.5.9.7. Приказа № 161): воронкообразная втянутость, зияние заднепроходного отверстия, сглаженность лучеобразных складок в перианальной области и слизистой прямой кишки, расслабление сфинктеров и багрово-красная с синюшным оттенком окраска слизистой (табл. 6). Но часть этих признаков может отсутствовать. На одежде пассивного партнера могут находиться следы спермы, кала. Если есть основания полагать, что они возникли при акте мужеложства, то проводят судебно-биологическое исследование одежды в бюро судебно-медицинской экспертизы с целью установления групповой принадлежности спермы от активного партнера и выявления частиц кала в пятнах спермы (п. 4.2.5.10. Приказа № 161).

(Приложение № 3 к Инструкции по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы)

Характерные признаки бывшего мужеложства

Признаки активного партнерства	Признаки пассивного партнерства
<i>Ранние признаки</i>	
1. Наличие кала на половом члене	1. Гиперемия и наличие повреждений (кровоточивости, ссадин, разрывов в области заднепроходного отверстия и на слизистой оболочке прямой кишки)
2. Наличие свободных волос на половом члене	2. Наличие твердого шанкра в прямой кишке или гонорейного проктита
3. Наличие следов крови на половом члене при отсутствии повреждений	3. Наличие спермы в прямой кишке
4. Повреждения на половом члене	<i>Давние признаки</i>
	1. Воронкообразная форма заднепроходного отверстия
	2. Сглаженность складчатости заднепроходного отверстия
	3. Грубая складчатость в области прямой кишки
	4. Багрово-красная или багрово-синюшная окраска слизистой оболочки прямой кишки
	5. Наличие рубцов на слизистой оболочке прямой кишки
	<i>Функциональные признаки</i>
	1. Понижение тонуса сфинктера прямой кишки
	2. Зияние заднепроходного отверстия
	3. Произвольное открытие ануса
	4. Изменение функциональных величин тонуса запирающего жома
	5. Феномен общего возбуждения при массаже предстательной железы

Давно уже ясно, что термин «признаки систематического мужеложства» (в качестве пассивных партнеров) устарел, так как такие же признаки, в принципе, должны быть и у лиц женского пола, прибегающих к анально-генитальным контактам (по литературным данным, к таким контактам прибегает не менее 7 % состоящих в браке

женщин [14]), они должны быть и у лиц обоих полов, занимающихся анаректальной мастурбацией. Поэтому в случаях анально-генитальных контактов у обоих полов следует использовать принятый в сексологии термин «анально-генитальный контакт».

Общеизвестно, и следует признать, что атония и слабость сфинктера бывает у немолодых людей, а также у лиц с нарушениями иннервации, подвергшихся операциям на прямой кишке, хотя бы по поводу геморроя; а пигментация, цвет слизистой оболочки в области сфинктера и кожи в перианальной области зависят от наличия или отсутствия воспалений любой этиологии, в частности перианального дерматита — довольно частого явления у нечистоплотных людей.

На всем протяжении тазового отдела прямой кишки слизистая оболочка образует три (а иногда и больше) поперечные складки, охватывающие кишку по окружности. Половой член эти складки не травмирует. Слизистая оболочка прямой кишки и анального канала образует до 10 продольных складок («анальных столбов»), утолщающихся книзу. Еще ниже имеется выступающий кольцевой участок с гладкой поверхностью слизистой оболочки — промежуточная зона, которая ограничивает снизу продольные складки, образуя вместе с ними карманы (анальные синусы), в которых и находится попавшая в прямую кишку сперма. Ниже промежуточной зоны слизистая переходит в кожу. Кожа заднего прохода имеет радиально расположенные складки. Р.Д. Синельников [22] отмечает, что в пожилом возрасте количество и величина складок уменьшаются, происходит их сглаживание.

Кроме того, складки кожи и слизистой оболочки заднего прохода довольно быстро подвергаются атрофии и уплощаются под воздействием инфильтрации и лихенификации в случаях перианальных дерматитов и экзематизации. Данная патология кожи нередко влечет за собой смазывание заднего прохода гормональными мазями, оказывающими, в свою очередь, при длительном их применении, необратимые трофические влияния. В том числе, происходит изменение цвета кожи и слизистой за счет пожизненного паралитического расширения капилляров. Анатомическое разнообразие делает сомнительным мнение относительно воронкообразности заднего прохода (с кожи или со слизистой начинается воронка) как признака систематических анально-генитальных контактов в качестве пассивного партнера.

Рубцы в области заднего прохода могут образоваться при его травмах, медицинских манипуляциях, детских сексуальных играх.

Несомненно, что задний проход претерпевает те или иные изменения в результате систематических анально-генитальных контактов или иных сексуальных действий с ним. Степень выраженности и особенности комплекса изменений зависят от возраста человека, его «стажа» в качестве пассивного партнера и интенсивности анально-генитальных контактов. В.М. Мусаелян (1980) считал, что длительное отсутствие анально-генитальных контактов ведет к полному исчезновению признаков «пассивного партнерства», а в ряде случаев даже длительные, многолетние гомосексуальные сношения, при условии начала их совершения в зрелом возрасте, могут не оставлять четких изменений заднего прохода.

Согласно п. 4.2.5.9.3. Приказа № 161 обследование прямой кишки начинают с исследования состояния ее наружного и внутреннего сфинктеров. Сфинктер, обладающий хорошим тонусом, плотно охватывает введенный палец (симптом кольца), расслабленный сфинктер охватывает палец слабо, допуская в ряде случаев возможность смещения пальца в вертикальной плоскости. При исследовании тонуса сфинктера прямой кишки необходимо иметь в виду возможность их искусственного, волевого сокращения, однако такое сокращение сфинктеров долго удерживаться не может. Кроме того, следует помнить, что пальцевое исследование тонуса сфинктера основано на субъективных ощущениях эксперта, а нарушение тонуса сфинктера неспецифично для мужеложства, может встречаться при анальной мастурбации, различных патологических состояниях.

Чтобы объективно оценить функцию анального сфинктера, необходимо провести ряд исследований с перфузионной манометрией, что, в принципе, уже делается некоторыми зарубежными коллегами, выявившими достоверную разницу ($P < 0,01$) в давлении расслабленного сфинктера между гомо- и гетеросексуалами ($70,7 \pm 3,2$ mm Hg



Воронкообразность, изменение цвета и зияние заднего прохода как результат систематических, пассивных анально-генитальных контактов

и $91,4 \pm 5,2$ mm Hg) и отсутствия разницы в давлении при напряжении мышц тазового дна; кроме того, выявлено достоверное снижение электрочувствительности слизистой заднего прохода у лиц с «анальными злоупотреблениями» ($P < 0,05$) [25, 34].

Данные И.Г. Блюмина и Л.С. Гельфенбейна, приведенные в приказе № 161, отличаются от вышеуказанных (табл. 7), что, вероятно, связано с различиями в методиках и приборах. К сожалению, бюро СМЭ не имеют унифицированной методики измерения тонуса анального сфинктера и серийно выпускаемого прибора.

Таблица 7

(Приложение № 4 к Инструкции по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы)

Средние показатели тонуса анального сфинктера у гетеросексуалов и пассивных гомосексуалов (по И.Г. Блюмину и Л.С. Гельфенбейну)

Состояние сфинктера	Показатели тонуса сфинктера, мм рт. ст.	
	Гетеросексуалы	Пассивные гомосексуалы
Фоновый тонус сфинктера	$24 \pm 1,3$	$13 \pm 2,3$
Волевые сокращения сфинктера	$12 \pm 1,2$	$18 \pm 1,9$
Максимальная сила сфинктера (сумма фонового тонуса сфинктера и волевого сокращения)	$36 \pm 1,2$	$31 \pm 2,6$

Одно анальное расширение само по себе у живых лиц (и тем более у трупов) без каких-либо иных признаков не может использоваться как маркер предшествующих сексуальных действий с задним проходом (категоричная форма выводов здесь неуместна, несобоснованна), но в предусмотренных законом случаях должно заинтересовать правоохранительные органы с целью выявления возможных противоправных сексуальных действий [33].

Согласно п. 4.2.5.8. Приказа № 161 при осмотре и обследовании потерпевших отмечают:

- наличие каких-либо повреждений на теле (в частности, кровоподтеков на ягодицах от давления пальцами);
- состояние межягодичной щели (глубокая, неглубокая);
- состояние лучеобразных складок (выраженные, невыраженные, сглаженные, мягкие, грубые), их окраску;

– наличие повреждений в области заднепроходного отверстия и прямой кишки (кровоподтеки, ссадины, надрывы и разрывы слизистой оболочки и др.) и их локализацию;

– при обнаружении рубцов указывают их характер (линейные, неправильной формы, втянутые, невтянутые, плотные, неплотные и т.д.) и локализацию (по аналогии с циферблатом часов, с учетом положения обследуемого при осмотре);

– состояние области заднепроходного отверстия (в виде небольшого углубления, широкой или втянутой воронки, не зияет, зияет незначительно, значительно).

При глубокой межягодичной складке осмотр заднего прохода следует выполнять в коленно-локтевом положении обследуемого на кушетке. Спина обследуемого должна быть прогнута, а ягодицы приподняты над уровнем прогнутой спины. Врач укладывает свои ладони на ягодицы осматриваемого, большие пальцы рук приближает непосредственно к самому заднему проходу по обе стороны от него. Ягодицы раздвигаются, задний проход растягивается, при этом потерпевшей или потерпевшему можно предложить немного потужиться. Таким образом, задний проход открывается достаточно глубоко. При неглубокой межягодичной складке осмотр заднего прохода можно провести и на гинекологическом кресле.

В процессе осмотра заднего прохода указывают наличие и выраженность анального рефлекса, состояние кожи, ее складок и видимой части слизистой оболочки заднего прохода (выраженность, сглаженность складок, их консистенция, окраска, наличие повреждений и рубцов, наличие или отсутствие кровоподтеков, их характер и цвет, наличие кондилом, язв, другой патологии). При обнаружении рубцов или разрывов описывают их характер (форму, направление, консистенцию, инфильтрацию, возвышение или западение, цвет, состояние краев, концов и дна разрыва), локализацию по аналогии с условным циферблатом часов с указанием положения обследуемого (коленно-локтевое или лежа на спине).

Далее отмечают наличие или отсутствие воронкообразной втянутости и зияния заднего прохода, цвет слизистой оболочки, тонус сфинктера. В необходимых случаях (при введении в прямую кишку различных предметов, кроме полового члена, при жалобах на боли в прямой кишке, при анально-генитальных контактах с малолетними детьми),

но только после изъятия содержимого прямой кишки на предмет обнаружения сперматозоидов, проводят исследование слизистой и стенок прямой кишки с помощью ректоскопа. Считается, что для судебно-медицинских целей ректоскопическое исследование производят на глубину, не превышающую 10 см (п. 4.2.5.9.6. Приказа № 161), но ректосигмоидальные перфорации могут располагаться и выше.

На различных участках кожи тел обоих партнеров, особенно вблизи половых органов (низ живота, лобок, бедра, ягодицы), можно заметить подсохшую слизь, возможно сперму. Ее надо изъять путем смыва на увлажненную марлю, не забывая сделать контрольный смыв с незапятнанного участка кожи и об обязательном чистом контрольном кусочке марли. Кроме того, в области ягодиц и промежности пассивного партнера могут быть обнаружены волосы с лобка и микрочастицы с одежды активного партнера, подлежащие изъятию в бумажные пакетики или на дактилоскопическую пленку (липкую ленту).

Забор содержимого прямой кишки на предмет обнаружения сперматозоидов осуществляют только после осмотра заднего прохода, так как эта процедура сама по себе травматична. Для изъятия содержимого прямой кишки на предмет обнаружения сперматозоидов пинцет оборачивается тонким слоем марли (бинта), после чего этот тампон вводят в задний проход на глубину преодоления анального сфинктера (3–5 см). После появления ощущения преодоления сфинктера углубление тампона в прямую кишку прекращается, что, как правило, позволяет избежать опачкивания тампона калом. Далее движением, расправляющим складки анальных синусов, с некоторым нажимом производится забор содержимого синусов на дистальный конец тампона. С тампона готовят мазки на трех предметных стеклах, ранее не использованных, обезжиренных смесью спирта пополам с эфиром и просушенных. Вся процедура выполняется в чистых резиновых перчатках. Изъятие содержимого прямой кишки на предмет обнаружения сперматозоидов целесообразно лишь в течение первых суток после анально-генитального контакта и только до акта дефекации.

Мазки высушивают при комнатной температуре и направляют в судебно-медицинскую лабораторию областного бюро СМЭ, где их исследуют после окрашивания фуксином. Запрещена упаковка непросушенного материала во избежание его гниения. Лишь при имсью-

шейся договоренности срочного исследования, в условиях непосредственной близости от лаборатории допустимо направление судебным биологам непросушенного материала. Обязательно направление в лабораторию в бумажном пакете чистого контрольного кусочка марли для проведения контрольных серологических реакций. Если в мазках сперматозоиды не обнаруживаются, то будет исследован тампон.

На трусах и другой одежде жертвы сексуального преступления может находиться сперма, волосы преступника, микрочастицы с его одежды, частицы кала. Надо позаботиться о сохранении этих доказательств и передаче их следователю. Бесспорным доказательством мужеложства будет являться только обнаружение в содержимом прямой кишки сперматозоидов.

При обследованиях по поводу развратных действий в отношении несовершеннолетних также обращают внимание на повреждения и изменения в области половых органов и заднепроходного отверстия.

Литература

1. *Авдеев М.И.* Судебно-медицинская экспертиза живых лиц. М.: Медицина, 1968. С. 376.
2. *Ботнева И.Л.* Семиотика расстройств нейрогуморальной составляющей у женщин // Сексопатология. М.: Медицина, 1990. С. 240–245.
3. *Глебов В.Н.* Некоторые особенности проведения судебно-медицинской экспертизы в случаях мужеложства // Суд. мед. экспертиза. М., 1992. № 2. С. 20–21.
4. *Дерягин Г.Б., Сидоров П.И., Соловьев А.Г.* Феномен поздней девственности // Социальные и клинические проблемы сексологии и сексопатологии. М., 2003. С. 53–57.
5. *Дерягин Г.Б., Сидоров П.И., Соловьев А.Г.* Сексуальное насилие на европейском Севере России // Сексология и сексопатология. 2003. № 7. С. 28–32.
6. *Дынкина И.З.* К вопросу о механизме повреждений девственной плевы и промежности при преступлениях, связанных с нарушением половой неприкосновенности; Повреждения влагалища в случаях убийств на сексуальной почве // Вопросы судебной медицины. Саратов, 1969. С. 150–154.
7. *Дынкина И.З.* Методические указания к судебно-медицинской экспертизе трупов женщин в случаях лишения их жизни на сексуальной почве. Л., 1970. С. 23.

8. *Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С.* Функциональная женская сексопатология. Пермь, 1994. С. 272.
9. *Кирпатовский И.Д., Голубева И.В.* Патология и коррекция пола. М.: Изд-во РУДН, 1992. С. 229.
10. *Кон И.С.* Лунный свет на заре. Лики и маски однополой любви. М.: Олимп; ООО «Фирма «Издательство АСТ», 1998. С. 496.
11. *Кришталь В.В., Григорян С.Р.* Сексология: Учеб. пособие. М.: ПЕР СЭ, 2002. С. 879.
12. *Ламетри Ж.* Сочинения. М.: Мысль, 1983. С. 509.
13. *Лисакович М.В.* О времени появления способности к совокуплению у девочек // Первый Всесоюзный съезд судебных медиков. Киев, 1976. С. 639–640.
14. *Лосева О.К., Бобкова И.Н.* Сексуальное поведение мужчин и женщин, состоящих в браке; Ценностные ориентации мужчин и женщин в сексуальной сфере // Сексуальное здоровье человека на рубеже веков: проблемы, профилактика, диагностика и лечение / Материалы Международной конференции. М., 1999. С. 19–21.
15. *Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р.* Основы сексологии / Пер. с англ. М.: Мир, 1998. С. 692.
16. *Пиголкин Ю.И., Федченко Т.М., Дмитриева О.А.* Изнасилование: Судебно-медицинский аспект. Владивосток: Интертех, 2001. С. 92.
17. *Самойличенко А.Н.* О комплексном экспертном исследовании повреждений девственной плевы // Первый Всесоюзный съезд судебных медиков. Киев, 1976. С. 639.
18. *Самойличенко А.Н.* О классификации девственной плевы // Суд. мед. экспертиза. 1990. № 1. С. 33–35.
19. *Самойличенко А.Н.* Судебно-медицинская гименология. Караганда, 1994. С. 101.
20. *Свядоц А.М.* Женская сексопатология. СПб.: Питер Паблишинг, 1998. С. 288.
21. *Сердюков М.Г.* Судебная гинекология и судебное акушерство. М.: Медицина, 1964. С. 302.
22. *Синельников Р.Д.* Атлас анатомии человека. М.: Медицина, 1979. С. 81.
23. *Сорокина Р.Н.* К вопросу определения давности нарушения девственной плевы // Вопросы судебной медицины. Л., 1977. С. 85–87.
24. *Barone J., Yee J., Nealon T.* Management of foreign bodies and trauma of the rectum // Surg. Gynecol. Obstet. 1983. Apr. Vol. 156. No 4. P. 453–457.

25. *Chun A., Rose S., Mitrani C., Silvestre A., Wald A.* Anal sphincter structure and function in homosexual males engaging in anoreceptive intercourse // *Am. J. Gastroenterol.* 1997. Mar. Vol. 92. No 3. P. 465–468.
26. *De Jong A.R., Emmett G.A., Hervada A.A.* Epidemiologic factors in sexual abuse of boys // *Am. J. Dis. Child.* 1982. Nov. Vol. 136. No 11. P. 990–993.
27. *Eckert W.G., Katchis S., Donovan W.* The pathology and medicolegal aspects of sexual activity // *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 1991. Mar. Vol. 12. No 1. P. 3–15.
28. *Fain D.B., McCormick G.M.* Vaginal «fisting» as a cause of death // *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 1989. Mar. Vol. 10. No 1. P. 73–75.
29. *Haney A.F.* Vaginal evisceration after forcible coitus with intraabdominal ejaculation // *J. Reprod. Med.* 1978. Oct. Vol. 21. No 4. P. 254–256.
30. *Hillman R., O'Mara N., Tomlinson D., Harris J.* Adult male victims of sexual assault: an underdiagnosed condition // *Int. J. STD AIDS.* 1991. Jan–Feb. Vol. 2. No 1. P. 22–24.
31. *Ikeda N., Hulewicz B., Knight B., Suzuki T.* Homicide by rectal insertion of a walking stick // *Nippon Hoigaku Zasshi.* 1991. Aug. Vol. 45. No 4. P. 341–344.
32. *Lacey H.B.* Sexually transmitted diseases and rape: the experience of a sexual assault centre // *Int. J. STD AIDS.* 1990. Nov. Vol. 1. No 6. P. 405–409.
33. *McCann J., Reay D., Siebert J., Stephens B.G., Wirtz S.* Postmortem perianal findings in children // *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 1996. Dec. Vol. 17. No 4. P. 289–298.
34. *Miles A., Allen-Mersh T., Wastell C.* Effect of anoreceptive intercourse on anorectal function // *J. R. Soc. Med.* 1993. Mar. Vol. 86. No 3. P. 144–147.
35. *Orr C.J., Clark M.A., Hawley D.A., Pless J.E., Tate L.R., Fardal P.M.* Fatal anorectal injuries: a series of four cases // *J. Forensic Sci.* 1995. Mar. Vol. 40. No 2. P. 219–221.
36. *Reay D.T., Eisele J.W.* Sexual abuse and death of an elderly lady by «fisting» // *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 1983. Dec. Vol. 4. No 4. P. 347–349.
37. *Reiner S.C.* Colorectal laceration after manual-anal intercourse // *Ann. Emerg. Med.* 1984. Feb. Vol. 13. № 2. P. 130–132.
38. *Shook L.L., Whittle R., Rose E.F.* Rectal fist insertion. An unusual form of sexual behavior // *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 1985. Dec. Vol. 6. No 4. P. 319–324.
39. *Sohn N., Weinstein M., Gonchar J.* Social injuries of the rectum // *Am. J. Surg.* 1977. Nov. Vol. 134. No 5. P. 611–612.
40. *Subbotin V.M., Davidov M.I., Fainshtein A.V., Abdrashitov R.R., Rylov I.L., Sholin N.V.* Foreign bodies of the rectum // *Vestn. Khir. Im. I. I. Grek.* 2000. Vol. 159. No 1. P. 91–95.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ДОСТИЖЕНИЯ ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ ЛИЦАМИ ЖЕНСКОГО ПОЛА

3.1. Особенности полового созревания подростков на севере России

В СССР, а затем в странах СНГ было предусмотрено уголовное наказание за половые сношения с лицом, не достигшим половой зрелости. В РФ с 1997 года вместо этого положения УК введено понятие «возраст согласия», планка которого с июля 1998 г. была опущена до 14 лет, а с декабря 2003 г. вновь поднята до 16 лет. В то же время Уголовные законы некоторых государств бывшего СССР, как и прежде, предусматривают наказание за половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости. Достижение половой зрелости в этих государствах (например, в Украине (Приказ № 6 МОЗ Украины от 17.01.1995 г.) [3]) фактически определяется по ранее действовавшим на всей территории СССР общесоюзным «Правилам судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы» 1966 года [16]. Этот момент указывает на необходимость изучения судебно-медицинских аспектов полового созревания, освещения указанной проблемы студентам медицинских вузов.

Кроме того, в плане возможности добросовестного заблуждения подозреваемого (обвиняемого) относительно возраста своего сексуального партнера, важно четкое представление:

- 1) о половом созревании лиц женского и мужского полов;
- 2) о влиянии различных факторов на процесс полового созревания;
- 3) о последовательности изменений при физиологическом и патологическом течениях созревания;
- 4) о признаках полового развития организма.

Представляется абсурдным преследование совершеннолетнего за половое сношение с лицом, достигшим половой зрелости. Только при недостижении половой зрелости можно предполагать состав преступления, предусмотренного ст. 134 УК РФ (см. комментарий к ст. 134 УК РФ).

На протяжении многих лет в литературе высказывается мнение, что на темп полового созревания большое влияние оказывают социальные и экономические факторы, условия быта, перенесенные и имеющиеся заболевания, характер питания, климатогеографические условия, наследственные особенности, расовая и национальная принадлежность. Например, считается, что разнообразное и сбалансированное питание с достаточным содержанием животных белков, различных витаминов и микроэлементов способствует более быстрому половому созреванию, чем обедненное и однообразное питание преимущественно продуктами растительного происхождения. Созревание особенно задерживается в сочетании обедненного и недостаточного питания с влиянием таких неблагоприятных факторов, как ранняя алкоголизация, курение, употребление токсических веществ, наличие хронических заболеваний и т.п. [13, 18]. Есть в научной литературе и противоположное мнение об одном возрасте полового созревания независимо от климатогеографических, расовых и национальных факторов [5].

Несомненное влияние взаимосвязи социальных факторов (условий быта, материального достатка, образованности и общей культуры) на темп и возраст полового созревания хорошо прослеживается в работе П.П. Смидовича (1877). При проведенном им опросе 2157 женщин из различных социальных слоев выяснилось, что разница между наступлением первых менструаций у крестьянок и женщин привилегированного сословия составила более двух лет (задержка менструаций наблюдалась у крестьянок). Такую же разницу — более двух лет в наступлении менархе у девушек привилегированного сословия и небогатых сельских жительниц отметил в 1876 году М.И. Горвиц [9]. По исследованиям Вебера, девушки привилегированных слоев Санкт-Петербурга начинали менструировать примерно на 1,5 года раньше, чем девушки из семей городской бедноты [14].

Со второй половины XIX века в европейских и в других развитых странах отмечается акселерация. Так, в XIX веке в Европе менструации у девушек появлялись в среднем в 16–17 лет, а теперь это происходит в среднем в 12–13 лет. В России возраст наступления первых менструаций снизился за столетие в среднем на три года [9]. По данным В.Г. Властовского [7], проводившего свои исследования

во второй половине XX века, средний возраст менархе у москвичек за 35 лет снизился с 15,1 до 13 лет.

Ю. Кратер в 1928 году опубликовал данные [14], по которым в начале XX века у народов, живущих в арктических областях, менструации появлялись только два – четыре раза в году, а эскимоски менструировали только летом (что нашло подтверждение в нашем интервьюировании двух пожилых ненок новоземельского происхождения, которые указывали на трех–четырёхмесячную зимнюю задержку у них менструаций в 40–50-е годы XX века). Менархе у крестьянок Архангельской губернии появлялись, в среднем, в 15 лет 9 месяцев, а у крестьянок из менее зажиточной средней полосы России — в возрасте от 16 лет 3 месяцев до 16 лет 11 месяцев. Причина этого, по мнению исследователей того времени, заключалась в более благоприятном материальном обеспечении жителей Архангельской губернии, несмотря на ее более суровый климат [14].

Т.С. Нореико [13, 14], изучая в судебно-медицинском плане половое созревание девушек, родившихся и выросших в Карелии, пришла к выводу, что оно наступает позже, чем в ряде городов, расположенных южнее, и раньше, чем у девушек Заполярья. Она считала, что в скорости полового созревания определенное место занимают климато-географические факторы, а также большое влияние на скорость полового созревания оказывают социальные условия и материальное обеспечение.

И.И. Усокин и Ж.Ж. Рапопорт [18], исследовав половое развитие девушек в условиях Заполярья, заключили, что комплекс экологических факторов Крайнего Севера задерживает становление половой функции и наступление менструаций. На Севере отмечается сезонность в становлении менструальной функции у девочек, что, вероятно, предопределено влиянием климато-экологических факторов, в том числе ультрафиолетовым излучением, качеством питания, которое во многих семьях обычно разнообразится лишь летом. У большинства девочек, проживающих на Севере, первые менструации начинаются в период с июня по сентябрь. Что касается детей, прибывших на Север из более южных областей, то если период адаптации совпадал с началом полового созревания, у большинства девочек наблюдалась существенная задержка полового развития наряду с некоторой задержкой физического развития. Экстремальные

влияния внешней среды проявляются и в повышении количества ановуляторного характера уже установившихся менструаций. Авторы расценили это как охранительную реакцию организма в отношении генеративной функции при отсутствии благоприятных условий для потомства. Они показали, что при улучшении материально-бытовых условий жизни на Севере значительно уменьшается разница в сроках наступления полового созревания между девочками Заполярья и их сверстницами в средних широтах.

В.И. Пашкова и Д.С. Цандеков [15], проанализировав некоторые анатомо-физиологические и морфологические особенности развития лиц женского пола коренных народностей Камчатки и русской национальности, проживающих в тех же районах, выявили заметное отставание в развитии лиц коренных национальностей Камчатки от русских девушек.

Как известно, на фенотип влияют условия среды, в которых развивается организм при его взаимодействии с наследственной основой. Однако условия жизни в любом государстве претерпевают те или иные изменения, а в хаотичной России они на протяжении XX века несколько раз изменялись коренным образом. Явление, которое имело место в начале XX века, могло отличаться от подобного в середине столетия, а конец века мог внести в явление иную новизну. Это касается и рассматриваемых здесь проблем. Например, антропометрические данные, полученные от русских девушек в середине XX века, когда генофонд нации был существенно подорван истреблением интеллигенции, и в наследственной основе общества преобладали крестьянские корни, достоверно отличаются по многим показателям от данных, полученных от русских девушек в конце XX века (табл. 1).

Мы усомнились в правильности применения указанных «Правил...», для чего провели собственные исследования. С целью сравнения антропометрических параметров достижения половой зрелости лицами женского пола, предложенных в свое время указанными «Правилами...» с таковыми в условиях Севера России на современном этапе мы методом случайной выборки обследовали 70 студенток Северного государственного медицинского университета 21–25-летнего возраста. Исходя из тех соображений, что Север России представлен не только европеоидами, а населен за Полярным

Кругом и даже южнее его социальными и биологическими изолятами — представителями древнего населения — уральскими и арктическими монголоидами, нами выполнено обследование 20 женщин в возрасте 26–53 лет — этнически чистых ненок, преимущественно новоземельского происхождения, постоянно проживающих на о. Колгуев (НАО). При этом обследовались только женщины умеренной упитанности, без признаков ожирения (большинство зрелых женщин имеют большую массу тела за счет ожирения в результате специфики метаболизма), без европеоидных черт внешности.

Несмотря на относительно устойчивую связь с «Большой землей» (учеба, служба в армии и т.п.), основная часть коренных жителей острова до сих пор живет достаточно изолированно и сохраняет специфические морфофункциональные особенности: несколько (но не сильно) приплюснутые носы; прямые, достаточно мягкие темно-русые волосы; относительно узкие глазные щели с нависающими на глаза верхними веками, выраженным «третьим веком»; смуглую, слегка или умеренно желтоватую кожу. Большинство женщин — этнически чистых ненок имеют большую массу тела за счет ожирения, цилиндрическую грудную клетку, массивные ягоды при небольшом росте. Длина размаха рук во всех проведенных нами измерениях превышала длину тела на 3–9 см. Однако хорошо заметны признаки ассимиляции: не менее трети населения имеют выраженные европеоидные признаки внешности (вплоть до голубых радужек и светло-русых волос), соответственно, изменяющими морфометрические показатели.

Результаты антропометрического исследования сведены в сравнительную таблицу (табл. 1).

Таблица 1

Антропометрические параметры достижения половой зрелости лицами женского пола, используемые в судебной медицине

Параметры достижения половой зрелости	Минимальные показатели по Правилам СМЭ (1966)	Средние показатели у достигших половой зрелости (М ± м)		Минимальные показатели у достигших половой зрелости	
		Студентки 21–25 лет (n = 70)	Ненки 26–53 лет (n = 20)	Студентки 21–25 лет	Ненки 26–53 лет
Рост стоя, см	150	164,6 ± 0,7 1***	148,7 ± 0,5 1***, 2***	150	146

Параметры достижения половой зрелости	Мини- мальные показатели по Прави- лам СМЭ (1966)	Средние показатели у достигших половой зрелости (М ± м)		Минимальные показате- ли у достигших половой зрелости	
		Студентки 21–25 лет (n = 70)	Ненки 26–53 лет (n = 20)	Студентки 21–25 лет	Ненки 26–53 лет
Рост сидя, см	80	86,3 ± 0,8 1***	-	68	-
Вес, кг	-	56,6 ± 0,7	-	45	-
Высота ноги, см	-	87,8 ± 0,7	76,4 ± 6,1 2***	78	74
Окружность грудной клетки, см:					
- в покое	78–80	77,9 ± 0,5	77,3 ± 1,0	69	72
- при максимальном выдохе	73–76	75,1 ± 0,6	76,0 ± 1,1	64	71
Межплечевая дис- танция, см	-	38,3 ± 0,3	38,4 ± 0,6	33	35
Длина размаха рук, см	-	164,3 ± 0,9	152,6 ± 1,0 2***	146	149
Длина туловища, см	56–58	57,6 ± 0,6	46,7 ± 0,4 1***; 2***	47	45
Окружность плеча, см	30–31	25,3 ± 0,3 1***	25,0 ± 0,7 1***	21	22
Окружность голени, см	40–41	34,1 ± 0,3 1***	29,8 ± 0,9 1***; 2***	29	27
Размеры таза, см:					
- между вертелами	29	31,3 ± 0,2		27	
- между остями	23	24,9 ± 0,5	-	20	-
- между гребешками	26	26,6 ± 0,3		23	
Наружная конъюгата	18	18,8 ± 0,2		17	
Размеры молочных желез, см:			2**		
- вертикальный	-	16,2 ± 0,4	14,0 ± 0,5	10	11
- горизонтальный	-	19,4 ± 0,4	16,0 ± 0,5	12	13
Диаметр околосос- ковых полей молоч- ных желез, см	-	3,8 ± 0,1	3,6 ± 0,2	2,5	2,5

Примечание. Различия статистически достоверны при:

* — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$.

1 — изменение показателя, в сравнении с показателем Правил СМЭ (1966);

2 — изменение показателя у ненок, в сравнении с показателем студенток европеоидной расы.

По специально разработанной нами методике для установления дополнительных данных относительно аспектов полового созревания мы анонимно опросили 614 студенток, 428 студентов вузов в возрасте 21–28 лет, 50 курсантов Архангельского мореходного училища (АМУ), 20 этнических ненков, проживающих на о. Колгуев, а также 263 школьника и 340 школьниц в возрасте 14–17 лет — учащихся общеобразовательных школ, расположенных на «рабочих» окраинах и в пригородах Архангельска.

В результате проведенного анонимного опроса вышеуказанных респондентов выявлено, что средний возраст появления менархе у 21–28-летних студенток вузов ($n = 585$) составил $12,8 \pm 0,05$, у колгуевских ненков — $15,2 \pm 0,6$ лет; возраст появления первых эякуляций у студентов из группы 21–28-летних ($n = 375$) — $13,6 \pm 0,08$ лет, у юношей, получающих среднее специальное образование — $14,1 \pm 0,3$ лет. У лиц, получающих среднее специальное образование, пубертатный период наступал позже ($p < 0,01$), чем у студентов вузов — выходцев из более благополучной и более образованной социальной среды.

Дети из семей с низким социо-экономическим уровнем, особенно мальчики, в целом, имеют явную задержку полового созревания. Многие 15–16-летние мальчики внешне выглядят значительно младше. Так, из обследованных нами 340 школьниц и 263 школьников в возрасте 14–17 лет — учащихся периферийных школ, 6,2 % девушек и 28,5 % мальчиков не имели менархе или ойгархе, при этом задержка ойгархе среди юношей, достигших 16–17-летнего возраста, составила 24,6 %.

Возрастная динамика появления менархе и ойгархе у респондентов отражена на рисунках 1 и 2.

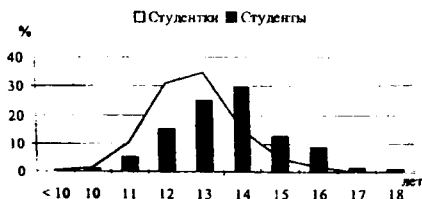


Рис. 1. Возрастная динамика появления менархе и ойгархе у респондентов, получающих высшее образование, %

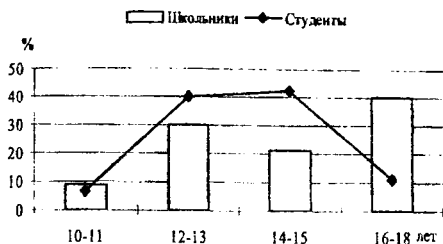


Рис. 2. Возрастная динамика появления ойгархе у школьников пролетарских окраин и студентов университета (Архангельск), %

В целом, среди лиц мужского пола, вышедших из относительно благополучной и образованной социальной среды, отмечалось более раннее начало полового созревания, что может свидетельствовать о значительном влиянии на половое созревание социальных и материальных факторов — социально-экономического благополучия.

Кроме того, нельзя отрицать и влияние климато-географических условий на возраст начала и завершения полового созревания, но не индивидуумов, а популяции в целом, существующей в течение многих веков на определенных территориях, о чем красноречиво свидетельствуют данные обследования малых народностей Крайнего Севера, выполненные не только нами, но и другими исследователями [2, 18]. Общеизвестно, что при длительном проживании поколений в определенных условиях фенотипологические признаки способны закрепляться генетически.

Сезонность становления менархе и ойгархе у наших респондентов представлена на рис. 3.

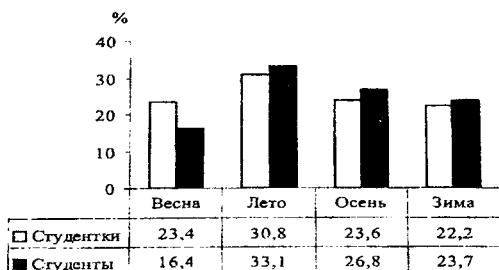


Рис. 3. Сезонная динамика появления менархе и ойгархе, %

На основании вышеизложенного, можно заключить, что особенности темпа полового созревания, а, следовательно, и иных проблем, касательно половых проявлений общественной жизни, зависят не только от климато-географических, но и от социально-экономических, культуральных, экологических и других условий.

Возможно, что применение критерия половой зрелости, а не возрастного ценза при правовой защите половой неприкосновенности малолетних и несовершеннолетних лиц более логично. Но в любом случае, повсеместное механистическое использование каких-либо введенных в закон или в ведомственные приказы величин, разработанных когда-то, в каком-либо одном регионе страны, на представителях одной расы или одной этнической группы способно приводить к ошибкам. По нашему мнению, ярким примером такого ошибочного использования в течение предшествующих десятилетий является использование раздела уже упомянутых общесоюзных «Правил судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы» (1966) [16], посвященного установлению достижения половой зрелости лицами женского пола в СССР. Очевидно, что в каждом регионе должны разрабатываться свои средние и минимальные антропометрические показатели соотносительно других параметров достижения половой зрелости в определенных временных рамках. Стандартные антропометрические параметры достижения половой зрелости требуют региональной коррекции. Многие из этих параметров в современном обществе существенно отличаются от регламентированных «Правилами...» [16] в сторону достоверного уменьшения длины окружности плеча и голени, длины туловища при увеличении роста.

Представители малых северных народностей, несмотря на современное изменение социальных условий жизни, достоверно отличаются по своим антропометрическим параметрам от европеоидных жителей Севера: имеют достоверные различия по росту, длине туловища, пропорциям тела, значительно позже вступают в период полового созревания, что необходимо учитывать при производстве судебно-медицинских экспертиз, в первую очередь, экспертиз достижения половой зрелости и возраста. Все это касается и других регионов.

3.2. Судебно-медицинская экспертиза достижения половой зрелости лицами женского пола

Под состоянием половой зрелости в судебной медицине понимается такая сформированность женского организма, когда половая жизнь, зачатие, беременность, роды и вскармливание ребенка являются нормальной функцией, не расстраивающей здоровья, и свидетельствуемая способна к выполнению материнских обязанностей. При определении половой зрелости необходимо учитывать совокупность следующих признаков развития организма:

- 1) общее развитие организма;
- 2) развитие половых органов и способность к совокуплению;
- 3) способность к зачатию;
- 4) способность к вынашиванию плода;
- 5) способность к родоразрешению;
- 6) способность к вскармливанию.

Каждый из этих признаков в отдельности не является решающим, только оценка их совокупности даст возможность правильно ответить на вопрос о достижении половой зрелости.

На темп полового созревания оказывают влияние внешние и внутренние факторы. Внутренние факторы обусловлены наследственностью и состоянием здоровья. Внешние факторы, задерживающие половое созревание: ранние вредные привычки; обедненное животными белками, однообразное, недостаточное и невитаминизированное питание; неблагоприятные экологические, климато-географические и социально-экономические условия.

Последовательность изменений, происходящих в период полового созревания при физиологическом его тчении, включает: расширение таза, округление бедер, развитие молочных желез, появление оволосения на лобке и в подмышечных впадинах, наступление менструации. Параллельно этим признакам растут матка и яичники. Вторичные половые признаки появляются на фоне изменения внешнего облика девочки, причем в определенной последовательности. В первую очередь должны увеличиваться молочные железы, лишь затем появляется оволосение на лобке и в подмышечных впадинах, наступают менструации. Любая иная последовательность изменений свидетельствует об отклонении от нормы, должна на-

сторожить эксперта. Очень важно учитывать время появления того или иного признака, темпы и очередность появления вторичных половых признаков.

Акселерация вносит изменения в характеристику возрастных границ полового созревания, вероятно, воздействует на параметры полового созревания, но не отменяет признаков полового созревания. Процесс акселерации идет непрерывно, но не равномерно, то затихая, то делая новые резкие скачки, связанные с улучшением условий жизни в обществе. В связи с позитивно изменяющимися условиями жизни многих мировых культур, в том числе и народов Европы, России, сохраняется и тенденция к акселерации.

При сборе анамнеза особое внимание обращают на моменты, которые могут повлиять на скорость полового созревания (социальная среда, экономические условия, питание, заболевания, интоксикации), в необходимых случаях изучают имеющуюся медицинскую документацию.

Молочные железы (Ma) в своем развитии проходят несколько стадий: Ma_0 — молочная железа отсутствует, сосок маленький, без пигментации; Ma_1 — железа не выдается, сосок поднимается над околососковым кружком; Ma_2 — сосок и околососковый кружок образуют конус, сосок не возвышается; Ma_3 — юношеская грудь округлой формы, околососковый кружок пигментирован, но сосок и околососковый кружок еще образуют конус; Ma_4 — молочная железа округлая, «зрелая», хорошо развита, как у взрослой женщины, сосок поднимается над околососковым кружком. Оценка Ma по Таннеру, цитируемая М.И. Авдесевым (1968), несущественно отличается от указанной оценки [1].

Наличие оволосения, степень его выраженности на лобке и в подмышечных впадинах также оценивают по общепринятой шкале, в которой лобок обозначают буквой «Р», а подмышечные впадины — буквами «Ах».

P_0 — волосы отсутствуют; P_1 — единичные прямые волосы в центре лобка; P_2 — множественные волосы с промежутками, расположены в вентральной части лобка; P_3 — лобок, большие половые губы покрыты вьющимися волосами с горизонтальной верхней линией, могут заходить на бедра; P_4 — волосы очень густые, заходят на живот по средней линии, иногда с гипертрихозом.

Ax_0 — волосы отсутствуют; Ax_1 — отдельные волоски; Ax_2 — достаточно выраженный волосяной покров в центре подмышечной впадины; Ax_3 — волосяной покров достиг полного развития, занимает всю подмышечную впадину [5, 11, 17].

На фоне развития вторичных половых признаков появляется первая менструация — менархе (Me). Судебно-медицинский эксперт должен четко определять степень полового созревания по формуле Ma, P, Ax, Me . Например, указанная в заключении эксперта формула $Ma_2P_3Ax_3Me_{12}$ обозначает соответствующие степени развития молочных желез и оволосения с наступлением менархе в 12 лет. Здесь, вероятно, целесообразно привести оценку признаков полового развития девочек по данным различных авторов (таблицы 2-8) [8].

Таблица 2

Оценка стадии полового развития здоровых девочек
(J. Tanner, 1969; S. Frasier, 1980)

Стадия полового развития	Молочные железы (Ma)	Оволосение		Менархе (Me)	Возраст, лет
		Лобковое (Pb)	Подмышечное (Ax)		
I	Ma I	Pb I	Ax I	Me ₀	До 9 лет
I	Ma II	Pb I	Ax I	Me ₀	9-10
II	Ma III	Pb II	Ax I	Me ₀	10-11
III	Ma IV	Pb III	Ax II	Me ₁ Менархе	12-13
IV	Ma IV	Pb III	Ax III	овуляция	14-15
V	Угри, снижение тембра голоса, остановка роста				15-17

Примечание: начиная с IV стадии полового развития у девушек регистрируются непостоянные, а в V стадии — более регулярные овуляторные циклы.

Таблица 3

Половое развитие девочек
(по данным Л.А. Самородиновой и М.Е. Уквальберг, 1997)

Возраст, лет	Развитие молочных желез	Развитие лобкового оволосения	Развитие подмышечного оволосения	Менструации	Средний балл полового развития
8	Ma ₀	P ₀	Ax ₀	Me ₀	-
9	Ma ₀	P ₀	Ax ₀	Me ₀	0
10	Ma ₁ — Ma ₁	P ₀	Ax ₀	Me ₀	1,2

Возраст, лет	Развитие молочных желез	Развитие лобкового оволосения	Развитие подмышечного оволосения	Менструации	Средний балл полового развития
11	$Ma_0 - Ma_2$	$P_0 - P_3$	$Ax_0 - Ax_1$	$Me_0 - Me_1$	1,66
12	$Ma_0 - Ma_3$	$P_0 - P_4$	$Ax_0 - Ax_2$	$Me_0 - Me_2$	3,15
13	$Ma_1 - Ma_3$	$P_1 - P_3$	$Ax_0 - Ax_3$	$Me_0 - Me_3$	6,8
14	$Ma_2 - Ma_3$	$P_2 - P_3$	$Ax_1 - Ax_3$	$Me_1 - Me_3$	11
15	Ma_3	$P_2 - P_3$	Ax_3	$Me_1 - Me_3$	12
16	Ma_3	P_3	Ax_3	$Me_2 - Me_3$	12

Таблица 4

Становление ритма менструаций у девушек
(по данным Л.А. Самородиновой и М.Е. Уквальберг, 1997)

Становление ритма менструаций	%
Сразу	76,5
До 6 месяцев	10,1
От 6 месяцев до 1 года	5,5
От 1 года до 1,5 лет	5,2
Не установились более 1,5 лет	2,7

Таблица 5

Показатели развития половых органов
у практически здоровых девочек и девушек
(Н.С. Мартыш, И.А. Киселева, 1990)

Возраст	Размеры при УЗИ - исследовании				
	Длина тела матки	Длина шейки матки	Ширина матки	Передне-задний размер	Яичники
2-7	3,2		1,5	0,9	1,7- 1,3-1,6
8-9	3,6		1,7	1,1	1,9-1,4-1,8
10-11	4-4,9		2,0-2,3	1,5-1,7	2,0-1,6-2,0
12	3,7-3,9	2,4	2,6-3,3	2,2-2,6	3,0-2,1-3,0
13	4,0	2,0-2,5	3,2-3,7	2,1-2,5	3,5-2,0-2,3
14-16	4,2	2,6	3,8	2,8	3,0-2,0-2,0
17-19	4,8	2,6	4,1	3,3	3,2-2,0-3,0

Таблица 6

**Нормативные показатели физического развития девочек 10–17 лет, см
(по А.Н. Баранову, 1998)**

	Возраст, лет							
	10	11	12	13	14	15	16	17
Длина тела	140,7	147,1	155,1	158,0	161,6	162,9	164,2	164,7
Масса тела	33,9	39,2	43,2	47,0	51,2	53,4	54,6	56,4
Окружность груди	64,2	66,1	69,0	71,5	73,5	75,9	77,4	77,7
Размах рук	142,8	147,8	156,3	160,7	164,5	165,4	166,9	167,1
Длина тела сидя	70,6	73,8	78,5	81,2	83,1	84,5	85,3	85,6
Длина ноги	75,7	76,8	79,3	80,4	81,1	82,2	82,3	82,3
Ширина плеч	31,1	32,2	33,4	34,1	35,5	36,1	36,8	37,3
Distantia spinarym	19,2	21,0	22,4	23,1	24,3	24,9	25,1	25,5
Distantia cristarum	21,1	22,6	24,8	25,4	26,1	26,8	26,9	26,9
Distantia trochanterica	23,7	25,3	27,8	28,8	29,7	30,2	30,4	30,5
Conjugata externa	15,6	15,8	16,9	17,4	17,7	17,9	18,1	18,4

Таблица 7

**Оценка физического развития девочек (средние данные)
(по данным Л.А. Самородиновой и М.Е. Уквальберг, 1997)**

Возраст, лет	Рост, см	Масса, кг	Окружность грудной клетки, см
8	128	27,5	61
9	133,5	30	62
10	138	31	64,5
11	144	35,5	68,5
12	149	39	70,5
13	154	44,5	75
14	160	50	78
15	162	52	81
16	162	53,5	81,5

Размеры таза у девочек (средние данные)
(по данным Л.А. Самородиновой и М.Е. Уквальберг, 1997)

Возраст, лет	Distantia spinarym	Distantia cristarum	Distantia trochanterica	Conjugata externa
8	16,1	18,5	22,3	13,6
9	17,4	20,7	23,0	13,8
10	18,3	20,8	24,2	14,2
11	18,5	21,5	24,5	14,6
12	19,2	22,3	25,5	15,2
13	21,2	23,1	26,3	16,1
14	22,8	26,2	28,4	17,0
15	23,6	26,3	29,8	17,2
16	24,6	26,5	29,9	17,6

Общее развитие организма. При установлении достижения половой зрелости необходимо проведение антропометрических исследований, так как размеры и пропорции тела зависят от функции гипоталамо-гипофизарной системы и половых желез. Половые гормоны в первую очередь влияют на рост и процессы окостенения, причем подчиняясь закону чередований. Наибольшая прибавка роста в препубертатный период происходит за счет удлинения ног, а с переходом в пубертатный — за счет удлинения туловища. Окончательное соматическое телосложение закладывается в пубертатный период, гормональные расстройства до наступления половой зрелости отражаются в пропорциях измеряемых сегментов тела. Так, например, для первичного гипогонадизма характерно свнухоидное телосложение с удлинением конечностей относительно роста, а при вторичном гипогонадизме отмсчается укорочение ног; естественно, в сочетании с другими признаками гипогонадизма.

Французские антропологи Декурт и Думик выделили нормальные половые биотипы европеоидов, когда длина верхней части тела (границей является линия, соединяющая большие вертелы бедер) равна длине нижней половины тела, т. е. — высоте ноги, а размах рук равен всей длине тела. Нарушения отношения роста к высоте ноги (трохантерный индекс) свидетельствуют только о наличии раннего нарушения пубертатного развития, прежде всего связанного с патологией гонад [6]. Таким образом, по антропометрическим данным, а

также по выраженности вторичных половых признаков, по состоянию наружных и внутренних половых органов можно судить о гормональной насыщенности организма, о его половом созревании.

Перед антропометрическими исследованиями следует выяснить у свидетельствуемой ее социальное происхождение, материальное положение в родительской семье, характер, достаточность и сбалансированность питания, курение, употребление алкогольных напитков, лекарственных и токсических веществ, наличие хронических заболеваний, характер и давность менструаций, выраженность предменструального синдрома, наличие и интенсивность половой жизни, наличие беременностей, аборт, родов. Считается, что более или менее интенсивная половая жизнь способствует ускорению полового созревания.

При антропометрии следует отразить упитанность свидетельствуемой, ее телосложение, рост стоя и сидя (с помощью ростомера, которого касаются тремя точками: пятками, ягодицами и межлопаточной областью). Высоту ноги измеряют от большого вертела до площади опоры. Окружность грудной клетки измеряют в спокойном состоянии сантиметровой лентой при максимальном выдохе и вдохе под молочными железами на уровне мечевидного отростка грудины и нижних углов лопаток. Межплечевая дистанция измеряется спереди при опущенных руках свидетельствуемой с помощью тазомера, без нажима на него между наиболее выступающими поверхностями дельтовидных мышц. Сантиметровой лентой также измеряются длина размаха рук, длина туловища от остистого отростка VII шейного позвонка до копчика, окружность плеча и голени в средних их третях, размеры молочных желез (горизонтальный и вертикальный от края до края через сосок). При измерении диаметра околососковых полей и высоты эрегированных сосков применяется линейка.

Измерение таза производится тазомером, применяемыми в акушерстве методами. Ветви тазомера берут в руки таким образом, чтобы большие и указательные пальцы держали пугови. Шкала с делениями должна быть обращена к исследователю — вверх. При измерении расстояния между большими вертелами бедренных костей отыскивают наиболее выдающиеся точки больших вертелов, пугови тазомера прижимают к наружным их поверхностям. Далее измеряют расстояние между передне-верхними осями подвздошных костей,

прижимая пуговки тазомера к наружным краям этих остей. Для измерения расстояния между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей пуговки тазомера передвигают от передне-верхних остей по наружным краям гребней подвздошных костей до тех пор, пока не определяют наибольшее расстояние. В норме разница между дистанциями остей и гребешков — 3 см; если разница меньше, это указывает на отклонение от нормы в строении таза [4].

Последний, определяемый размер таза, — наружная конъюгата. Пуговку одной ветви тазомера прижимают к середине верхне-наружного края симфиза; пуговку другой ветви прижимают к надкрестцовой ямке, которая находится между остистым отростком V поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня. Ямка легко определяется под выступом остистого отростка последнего поясничного позвонка и совпадает с верхним углом пояснично-крестцового ромба.

Развитие половых органов и способность к совокуплению. Девушки без патологии темпа полового созревания, развивающиеся усредненно, соответственно возрасту, способны к совершению нормального полового акта со взрослым мужчиной с 13–14 лет. Некоторые девочки обладают этой способностью и в более раннем возрасте — с 11–12 лет, а отдельные девочки — с 9–10 лет [11].

Способность к зачатию. Видимые проявления циклических изменений — это регулярные менструации. Однако нерегулярность менструаций может быть обусловлена не только влиянием гормонов, и при оценке достижения половой зрелости регулярность менструаций не играет решающей роли. Ряд достоверных данных указывает, что у зрелых женщин может быть нерегулярная менструальная функция и это не является препятствием к зачатию и дальнейшему вынашиванию беременности [17].

Способность к зачатию появляется с наступлением овуляций, которые могут совершаться и без менструального проявления (лактационная аменорея, аменорея «военного времени», при посттравматических стрессовых расстройствах), но менструации являются внешним проявлением овуляций, указывают судебно-медицинскому эксперту на способность свидетельствуемой к зачатию. Однако известно, что в процессе становления менструальной функции ановуляция в первые 1–2 года после менархе является довольно распро-

странсным физиологическим явлением, а способность к зачатию появляется лишь при наличии двухфазного менструального цикла.

Двухфазность менструального цикла свидетельствует о наличии овуляций и определяется следующими тестами:

1) температурный тест, при котором необходимо ежедневное, в течение не менее чем одного менструального цикла, измерение утренней (базальной) ректальной температуры в одно и то же время в постели, одним и тем же медицинским термометром. По полученным данным вычерчивается график изменения температуры («базальная кривая»);

2) симптом «зрачка»;

3) феномен кристаллизации слизи цервикального канала, при ее подсыхании на предметном стекле (феномен «листа папоротника»).

Однако в судебно-медицинской практике применение этих трех диагностических критериев представляется малоперспективным из-за отсутствия возможности проверки последних двух тестов при неповрежденной целостности девственной плевы, а также из-за отсутствия возможности обоснования заключения или выводов данными анамнеза. В основе же применения этих методов лежат данные анамнеза о менструальном цикле, базальной температуре со слов свидетельствующей, причем исследования должны проводиться неоднократно на протяжении всего менструального цикла, а при получении отрицательных данных — на протяжении двух – трех менструальных циклов, иначе о достоверности в судебно-медицинской практике говорить не представится возможным.

В возрасте 10–14 лет овуляции наблюдаются у 16,3 % девочек [18]. С повышением возрастной планки повышается и способность к зачатию. М.В. Лисакевич [12] считает, что к 16 годам практически все (99,09 %) становятся способными к зачатию. Благоприятные условия жизни ускоряют наступление двухфазных циклов [14, 18].

Динамическое исследование гонадотропных гормонов в моче и в сыворотке крови радиоиммунологическим методом, УЗИ яичников представляет практический интерес и перспективно в плане решения вопроса о способности к зачатию. Например, при овуляторных менструальных циклах в пубертатный период развития средний уровень экскреции гонадотропинов с мочой составляет $19,6 \pm 1,5$ МЕ/сут, а при ановуляторных циклах — $12,1 \pm 0,8$ МЕ/сут. Кольпози-

тограммы могут обладать погрешностями из-за нарушений техники забора материала.

Следовательно, исходя из понятия презумпции невиновности, если нет (не получено или не предоставлено) никаких доказательств ановуляторного менструального цикла, необходимо считать, что после появления менархе девушка к зачатию способна.

Способность к вынашиванию плода тесно связана с развитием матки. Тело зрелой матки составляет $\frac{2}{3}$ от длины всей матки, а шейка — $\frac{1}{3}$. Более длинная шейка указывает на недоразвитость матки. Равномерно недоразвитая гипопластическая матка с соотношением $\frac{2}{3}$ тела к $\frac{1}{3}$ шейки также указывает на недостижение половой зрелости. Шейка зрелой матки обычно цилиндрическая, а незрелой — удлинённая, коническая, меньше 2 см в диаметре. У зрелой матки появляется угол между телом и шейкой, открытый вперед.

Гормональная активность влияет на рост матки. Ее рост находится в соответствии с постепенным увеличением яичников. Незрелая матка не приспособлена к вынашиванию плода, беременность в таких случаях часто заканчивается выкидышем [17]. Если беременность не заканчивается выкидышем, то возрастает риск гипотрофии плода и перинатальных потерь. Иногда интенсивная половая жизнь и наступление беременности способствуют быстрому созреванию матки, но судебно-медицинский эксперт должен высказывать суждение о достижении половой зрелости лишь на момент проведения экспертизы или освидетельствования. Недоразвитая матка является неоспоримым критерием недостижения половой зрелости, даже если другие признаки соответствуют достижению половой зрелости. Нормально развитая зрелая матка указывает на достаточную эстрогенную насыщенность организма.

По Л.Л. Окинчицу, к 8–10 годам матка имеет размеры матки новорожденного ребенка. По мере приближения к половой зрелости рост матки резко ускоряется, и к 16 годам длина всей матки становится 7,5 см, длина шейки — 2,5 см, длина тела — 5 см, поперечный размер шейки — 2 см, поперечный размер тела матки — 3 см, длина яичников — 4 см, толщина яичников — 1,5 см [17].

У лиц с нарушенной целостностью девственной плевы шейку матки можно рассмотреть в створчатых зеркалах Куско, а у девственниц для исследования размеров матки и яичников формы шейки матки

целесообразно использовать УЗИ. Нормальная беременность возможна уже в 14–15 лет.

Способность к родоразрешению связана с размерами таза, допускающими рождение плода средних размеров. Минимальные размеры таза, допускающие нормальное родоразрешение: между вертелами 29 см, между остями 23 см, между гребешками 26 см, наружная конъюгата 17,5–18 см [16]. Меньшие размеры таза у несовершеннолетних являются неоспоримыми критериями недостижения половой зрелости, даже если другие признаки соответствуют ее достижению.

Анатомически узкий таз может быть и у совершеннолетних, оставаться таким всю жизнь, но у совершеннолетних такой таз рассматривается как отклонение от анатомической нормы, не связанное с достижением или недостижением половой зрелости. У несовершеннолетних же размеры таза могут еще увеличиваться, завершение формирования поперечных размеров таза происходит к 18 годам [11].

Способность к вскармливанию зависит от способности к полноценной функции молочных желез и формы соска, позволяющей ребенку захватить его ртом при кормлении. Цилиндрические и конические соски вполне пригодны для кормления, в отличие от плоских, втянутых и изрытых, но последние две формы обычно являются следствием патологических процессов в молочных железах.

Ценность данного признака относительна и сомнительна, так как полноценная функция молочных желез не связана с определенными их размерами. И поэтому для оценки достижения половой зрелости важен факт наличия самих желез, а соски должны обладать способностью к эрекции и не быть плоскими после их пальцевого раздражения (Ma_3 или Ma_4). В связи с функциональным состоянием железы (беременность, кормление) ее размеры и форма значительно изменяются.

Судебно-медицинский эксперт не может оценивать уровень умственного развития и социальной зрелости (способности к выполнению материнских обязанностей) — это вне его компетенции.

Неоспоримыми критериями признаков достижения половой зрелости являются минимальные, вышеуказанные размеры таза, зрелая матка, наличие начавших более или менее контурироваться молочных

желез, наличие овуляций, внешним проявлением которых являются менструации, достаточная эстрогенная насыщенность организма.

Об уровне эстрогенной насыщенности можно судить по общему развитию организма, развитию половых органов, по выраженности оволосения на лобке и в подмышечных впадинах, диаметру и цвету околососковых полей (чем больше диаметр и интенсивнее цвет, тем выше насыщенность), пигментации и консистенции больших половых губ, цвету слизистой оболочки влагалища и вульвы, рельефу и размерам влагалища. Так, уменьшение пигментации, дряблость больших и малых половых губ характерны для эстрогенной недостаточности, а повышенная, чрезмерно интенсивная пигментация половых губ свидетельствует о повышенной эстрогенной насыщенности. При резко выраженной недостаточности эстрогенов слизистая оболочка вульвы и влагалища бледная, рельеф ее стерт, влагалище и вход во влагалище, узкие, стенки влагалища нерастяжимые, своды влагалища уплощены. Гипертрофия клитора, тенденция к мужскому типу оволосения, иногда с гипертрихозом, указывают на повышенную андрогенную насыщенность [5].

Помогает ориентироваться в гормональном балансе у женщин кольпоцитологическое исследование. Метод основан на особенностях влагалищного эпителия реагировать пролиферацией и последующим ороговением его поверхностных слоев под воздействием эстрогенов. Чем более выражено воздействие эстрогенов на эпителий, тем больше созревающих и созревших, т. е. ороговевших клеток в мазке. Для объективизации исследования подсчет проводится по разным индексам:

- 1) индекс созревания представляет собой численное соотношение в процентах базальных, промежуточных и ороговевших клеток;
- 2) кариопикнотический индекс — процент ороговевших клеток с пикнотическими ядрами;
- 3) эозинофильный индекс — процент эозинофильных (зрелых) к базофильным (промежуточным) клеткам.

Материал для судебно-цитологического исследования необходимо брать из верхнебокового свода влагалища. Исследованию подлежит материал, свободно отделяющийся от стенки влагалища, а не соскоб, который способен травмировать слизистую и приводить к забору базальных клеток, указывающих на незрелость. Объекты

забираются кусочком марли размерами 3 × 3 см, который затем расправляется на чистом предметном стекле, обезжиренном смесью спирта пополам с эфиром, высушивается вдали от солнечных лучей и источников тепла, упаковывается в белую бумагу, маркируется и опечатывается. Для исследования пригоден материал, изъятый в середине менструального цикла -- на 10–14-й день. Иной раз необходим повторный забор материала через 7–10 дней. В направлении цитологу следует указать полностью ФИО свидетельствуемой, возраст, регулярность менструального цикла, его длительность, начало и конец последней менструации, лечение гормонами.

По нашим наблюдениям, в условиях Европейского Севера России на современном этапе половой зрелости в 16-летнем возрасте достигает более половины девушек, а в 17-летнем возрасте половой зрелости достигает подавляющее большинство. Возможны случаи достижения половой зрелости и в 14–15-летнем возрасте, при этом существенной разницы между горожанами и жителями села при достижении половой зрелости не прослеживается. Более чем в 80 % случаев недостижение половой зрелости устанавливается по нескольким признакам. В остальных случаях один неоспоримый критерий (незрелые таз или матка) указывает на недостижение половой зрелости (таз или матка).

Для достоверного и объективного определения достижения половой зрелости у лиц женского пола необходимо использовать указанный комплекс исследований с тщательным сбором анамнеза, антропометрией, изучением гормональной насыщенности организма по общему развитию, развитию и состоянию половых органов, вторичных половых признаков, диаметру околососкового поля с контрольным применением кольпоцитодиагностики, а также УЗИ с целью изучения развития внутренних половых органов. В противном случае о достоверности и объективности не может быть и речи.

Ответы на вопросы следствия относительно достижения половой зрелости лицами женского пола могут быть даны врачом в следующих формулировках:

1. Половой зрелости полностью достигла. По общему физическому развитию, выраженности вторичных половых признаков, развитию половых органов может соответствовать лицам, достигшим 16-летнего возраста.

2. Половой зрелости не достигла, но по выраженности вторичных половых признаков, развитию половых органов, общему физическому развитию может соответствовать лицам, достигшим 16-летнего (14-летнего) возраста.

3. Половой зрелости не достигла; по общему физическому развитию, выраженности вторичных половых признаков и развитию половых органов, не может соответствовать достижению 16-летнего (14-летнего) возраста.

Преждевременное соматосексуальное развитие

Появление признаков полового созревания у девочек до наступления 8 лет свидетельствует о преждевременном соматосексуальном созревании. Оно классифицируется следующим образом [10]:

1) истинное преждевременное развитие, включающее в себя конституциональную и церебральную формы;

2) ложное преждевременное развитие эндогенного генеза (надпочечникового или гонадного) и экзогенного (медикаментозного, травматического и т.п.) генеза.

Конституциональная форма наблюдается в нескольких поколениях без признаков какой-либо патологии, при этом у девочек половое созревание с развитием вторичных половых признаков начинается уже в старшем дошкольном или младшем школьном возрасте.

При церебральной форме в результате внутриутробного поражения ЦНС вторичные половые признаки начинают формироваться даже у грудных детей.

При ложном преждевременном развитии наблюдается не соответствующая возрасту, ранняя продукция половых гормонов надпочечниками или в результате опухоли гонад. Дети начинают преждевременно внезапно расти, обгоняют в росте своих сверстников, рано проявляются вторичные половые признаки, гиперсексуальность, но затем рост также рано прекращается и эти девочки в дальнейшем остаются низкорослыми.

Задерживающееся соматосексуальное развитие

Оно связано с нейрогуморальной недостаточностью. Вначале девочки сильно отстают в развитии от сверстников, затем в конечном итоге перегоняют их в росте. Либи́до просыпается поздно, сни-

жено. Формируются диспропорции тела с длинными ногами и относительно коротким туловищем. Интеллект, как правило, несколько снижен, что не исключает усвоение учебных программ за счет механической памяти, эмоциональная сфера инфантильная.

Преждевременное психосексуальное развитие

Может быть связано с биологическими факторами, но иногда психические аномалии приводят к ранней фиксации сексуальных интересов. Большую роль в этом играют социальные факторы. Здесь все очень индивидуально, так как зависит от той социальной среды, в которой растет ребенок. Эротизация под воздействием старших, ранний просмотр порнофильмов с мастурбаторной активностью начинают доставлять удовольствие. Такие дети сами склонны искать сексуальных контактов с более опытными партнерами.

Задержка психосексуального развития

Ретардация (задержка) психосексуального развития также может обуславливаться соматогенными, психогенными и социогенными факторами, иногда влиянием комплекса указанных факторов. Из биологических факторов следует выделить изначальную гомосексуальность, которая входит в противоречие с социальными стереотипами, поэтому осознается поздно. Из социальных факторов — пуританское воспитание, относительная социальная изоляция от сверстников. Психогенная задержка также во многом образуется под воздействием социального окружения со своеобразным воспитанием, формирующим психопатию, поэтому уместнее говорить о влиянии психосоциальных факторов.

Нарушение темпов полового созревания в ту или иную сторону нередко ведет к развитию в дальнейшем различных сексуальных дисфункций.

Литература

1. Авдеев М.И. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц. М.: Медицина, 1968. С. 376.
2. Агаджанян Н.А., Жвавый Н.Ф., Ананьев В.Н. Адаптация человека к условиям Крайнего Севера (эколого-физиологические механизмы). М.: КРУК, 1998. С. 238.

3. *Бабанин А.А., Соколова И.Ф.* Судебно-медицинская экспертиза половых состояний. Практич. руководство. Симферополь, 2001. С. 206.
4. *Бодяжина В.И., Жмакин К.Н.* Акушерство. М.: Медицина, 1977. С. 487.
5. *Ботнева И.Л.* Семиотика расстройств нейрогуморальной составляющей у женщин // Сексопатология. М.: Медицина, 1990. С. 240–245.
6. *Васильченко Г.С.* Пубертатный период; Объективное обследование сексологического больного // Сексопатология. М.: Медицина, 1990. С. 52–55; 145–158.
7. *Властовский В.Г.* Акцелерация роста и развития детей. М.: Изд-во МГУ, 1976. С. 279.
8. *Гуркин Ю.А.* Гинекология подростков: Руководство для врачей. СПб.: ИКФ «Фолиант», 2000. С. 574.
9. *Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С.* Функциональная женская сексопатология. Пермь: ТОО «Репринт», 1994. С. 272.
10. *Кришталь В.В., Григорян С.Р.* Сексология: Учеб. пособие. М.: ПЕР СЭ, 2002. С. 879.
11. *Кузнецова М.Н.* Физиология и патология периода полового созревания // Справочник по акушерству и гинекологии. М.: Медицина, 1978. С. 298–300.
12. *Лисакевич М.В.* О времени появления способности к совокуплению у девочек // Первый Всесоюзный съезд судебных медиков. Киев, 1976. С. 639–640.
13. *Норейко Т.С.* О половом созревании девушек Карелии // Сб. трудов Научного общества судебных медиков Литовской ССР. Каунас, 1965. Т. 2. С. 132–134.
14. *Норейко Т.С.* Менструации как признак половой зрелости // Сб. научно-практических работ судебных медиков и криминалистов. Петрозаводск, 1966. С. 13–21.
15. *Пашкова В.И., Цандеков Д.С.* Критерии возраста лиц женского пола некоторых коренных народностей Камчатки // Суд.-мед. эксперт. 1989. № 1. С. 25–27.
16. Правила судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы / МЗ СССР. М., 1966. С. 24.
17. *Сердюков М.Г.* Судебная гинекология и судебное акушерство. М.: Медицина, 1964. С. 302.
18. *Усоскин И.И., Рапопорт Ж.Ж.* Половое развитие девочек в условиях Заполярья // Адаптация ребенка на Севере. Л.: Медицина, 1979. С. 56–67.

**ОБЩИЕ И ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА**

Глава 1.

**НОРМАТИВНАЯ РЕГЛАМЕНТАЦИЯ
ЭКСПЕРТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА**

Судебно-медицинская экспертиза лиц мужского пола в случаях половых преступлений ранее производилась в соответствии с «Правилами судебно-медицинской экспертизы половых состояний мужчин», утвержденными 18 октября 1968 года начальником Главного управления лечебно-профилактической помощи МЗ СССР А. Сафоновым и согласованными с Верховным Судом СССР, с Прокуратурой СССР, с Министерством охраны общественного порядка СССР [14]. В настоящее время данная экспертиза проводится в соответствии с разделом IV («Экспертные исследования лиц мужского пола при преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности и по гражданским делам») Приказа МЗ РФ № 161 от 24.04.2003 г. («Об утверждении инструкции по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы»).

Раздел IV Приказа 161 МЗ РФ от 24.04.2003 г.:

**«Экспертные исследования лиц мужского пола
при преступлениях против половой неприкосновенности
и половой свободы личности и по гражданским делам»**

4.1. Общие положения

4.1.1. Судебно-медицинские экспертные исследования лиц мужского пола при расследовании половых преступлений проводят в соответствии с действующим уголовно-процессуальным законодательством и при рас-

смотрении гражданских дел (с целью решения вопросов спорного отцовства и других вопросов сексологического характера).

4.1.2. При проведении экспертных исследований по указанным поводам устанавливают: способность к половому сношению и оплодотворению; признаки, характеризующие совершение насильственного полового акта; мужеложства; факт заражения венерическими болезнями и ВИЧ-инфекцией.

Установление заражения венерическими болезнями и ВИЧ-инфекцией проводят при расследовании дел, связанных с привлечением к уголовной ответственности лиц, виновных в заражении венерическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией.

4.1.3. Экспертные исследования лиц мужского пола при половых преступлениях и по гражданским делам проводят врачи — судебно-медицинские эксперты, получившие соответствующую специальную подготовку.

4.1.4. При необходимости, экспертные исследования проводят комиссионно с участием врачей — сексопатологов, урологов, эндокринологов, венерологов и врачей других специальностей.

4.1.5. Обследование потерпевших и подозреваемых проводят, как правило, в специально оборудованных и оснащенных для этой цели кабинетах бюро судебно-медицинской экспертизы при достаточном освещении.

4.1.6. Исследования подозреваемого и потерпевшего (участников одного происшествия) рекомендуется проводить одному врачу — судебно-медицинскому эксперту. Если по каким-либо причинам выполнение этого условия невозможно, то каждый врач — судебно-медицинский эксперт, принимающий участие в таких исследованиях, предварительно знакомится с материалами обследований, проведенных по этому делу другими экспертами, и учитывает их в своих выводах.

4.1.7. При проведении экспертных исследований врач — судебно-медицинский эксперт устанавливает личность обследуемого при предъявлении паспорта или иного заменяющего его документа.

4.1.8. Экспертное исследование несовершеннолетних лиц производят при предъявлении свидетельства о рождении или паспорта; при проведении обследования допускаются только лица одного пола с обследуемым.

4.1.9. Основные сведения об обстоятельствах происшествия врач — судебно-медицинский эксперт, проводящий обследование, получает из постановления (определения) о его назначении. Уточнение необходимых дополнительных медицинских данных может быть осуществлено путем непосредственного опроса обследуемого.

Сведения, полученные от несовершеннолетнего, записывают по возможности дословно и оценивают с учетом всех других известных обстоятельств происшествия.

4.1.10. Если при опросе обследуемого возникает сомнение в его психической полноценности, ставят в известность лицо или орган, назначивший экспертное исследование.

4.1.11. Предметы одежды, находившиеся на подозреваемом и потерпевшем в момент происшествия, на которых могли быть волосы, следы крови, спермы и других выделений, подлежат исследованию в соответствующих структурных подразделениях отдела судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств бюро судебно-медицинской экспертизы.

4.1.12. В случаях, когда одежда подозреваемого и потерпевшего к моменту проведения экспертного исследования не была изъята, врач — судебно-медицинский эксперт ставит в известность лицо или орган, назначивший исследование, о необходимости направления предметов одежды на лабораторные анализы, не допуская ее чистки и стирки.

4.1.13. Врач — судебно-медицинский эксперт по согласованию с лицом или органом, назначившим экспертное исследование, осуществляет взятие и направление на лабораторные анализы объектов биологического происхождения (мазки из прямой кишки, с головки полового члена, семенная жидкость, смывы с головки полового члена и др.). В целях предупреждения возможного заражения медицинского персонала ВИЧ-инфекцией и венерическими заболеваниями должна быть обеспечена их безопасность при проведении указанных манипуляций.

4.1.14. При подозрении на заражение венерическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией врач — судебно-медицинский эксперт ставит в известность лицо или орган, назначивший судебно-медицинское экспертное исследование.

4.1.15. Если при проведении экспертного исследования возникает необходимость в решении вопроса о половой принадлежности, то врач — судебно-медицинский эксперт информирует лицо или орган, назначивший это исследование, о целесообразности дополнительного сексологического обследования.

4.1.16. Врач — судебно-медицинский эксперт излагает данные из представленных медицинских документов; результаты объективного обследования: общие антропометрические показатели; выраженность вторичных половых признаков; состояние наружных половых органов; состояние области заднепроходного отверстия и прямой кишки; жалобы обследуемого; специальный анамнез, в котором отражают сведения о физическом развитии, перенесенных болезнях (венерических, инфекционных, эндокринных и др.), травмах и операциях; сведения о времени появления полового влечения, его характера и изменениях, о половом развитии (время появления поллюций и спонтанных эрекций); сведения об онанизме и половой жизни — ее начале и последующем характере; данные о семейном положе-

нии в прошлом и настоящем (причины разводов, если они были, характер половой жизни с женой); дату последнего полового акта; сведения о длительности полового воздержания (если оно имело место) и его причинах; наличие профессиональных вредностей; сведения о вредных привычках (курение, употребление алкоголя, наркотических средств и др.) и т.д.

4.1.17. Повреждения на теле, половых органах и в области заднепроходного отверстия могут быть иллюстрированы схемами или масштабными фотографиями (с разрешения обследуемого).

4.2. *Специальная часть*

4.2.1. Установление способности к половому сношению

4.2.1.1. Необходимость в установлении способности к половому сношению лиц мужского пола возникает, как правило, при судебно-медицинских экспертных исследованиях, связанных с расследованием половых преступлений, при установлении тяжести вреда здоровью при травмах, рассмотрении гражданских дел о спорном отцовстве, а также при бракоразводных процессах.

4.2.1.2. Способность к половому сношению у лиц мужского пола зависит от нормального анатомического развития половых органов, отсутствия болезненных изменений половых органов и болезненных состояний (органических или функциональных) организма, затрудняющих физическую возможность совершения половых актов или влияющих на половую потенцию.

4.2.1.3. При проведении таких исследований, у обследуемых путем опроса выясняют:

- имеются ли в анамнезе венерические, инфекционные, эндокринные заболевания, болезни центральной и периферической нервной систем, половых органов, травмы половых органов и костей таза с нарушением функции половых органов (с целью уточнения полученных сведений запрашивают документы из учреждений здравоохранения, в которых лечатся или лечились обследуемые);

- наличие профессиональных вредностей и вредных привычек (радиоактивное облучение, длительные контакты со свинцом, ртутью, употребление наркотиков, транквилизаторов, гормональных препаратов и алкоголя, курение и т.п.);

- данные о половом развитии, половой жизни в добрачный и брачный периоды: время появления поллюций, их частота, занятие онанизмом (продолжительность, активность);

- время начала половой жизни, регулярность и частота половых сношений, наличие сексопатологии (по данным учреждений здравоохранения и по мнению обследуемого), характер половой жизни в браке (ко-

личество браков, наличие детей, семейные конфликты на почве половой жизни и т.д.).

4.2.1.4. Если при опросе обследуемый заявляет о своей импотенции, а при обследовании не были установлены объективные причины, подтверждающие его заявление, то наряду с изучением медицинских документов из учреждений здравоохранения, в которые по указанному поводу обращался обследуемый, следует также ознакомиться с протоколами допроса его жены и потерпевшей и в случае необходимости привлечь к консультации врачей соответствующих специальностей.

4.2.1.5. У обследуемых устанавливают:

- общее физическое развитие — телосложение, питание (его особенности), рост стоя и сидя, окружность грудной клетки, наличие и количество постоянных зубов и зубов мудрости;

- выраженность вторичных половых признаков: степень и характер оволосения на лице, в подмышечных впадинах и лобковой области, форму щитовидного хряща, тембр голоса;

- состояние рефлексов (брюшных, кремастерных, ягодичных, анальных);

- развитие наружных половых органов, ширину (в средней трети и в наиболее широкой части головки) и окружность (в области короны головки) ненапряженного полового члена (при возникновении эрекции производят измерение напряженного полового члена); состояние пещеристых тел (наличие уплотнений, их количество, величина, местоположение и характер), вид крайней плоти, ее подвижность, вид уздечки; расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала, состояние его наружных губок, наличие или отсутствие пороков развития (гипоспадия, эписпадия и др.);

- форму и вид мошонки (морщинистость, пигментация), наличие яичек в мошонке, их консистенцию (мягкая, мягкоэластичная, эластичная), характер поверхности (гладкая, бугристая), наличие болезненности, размеры (длина, ширина, толщина) и состояние придатков (бугристость), наличие уплотнений в области головки, тела или хвоста;

- при исследовании яичек и придатков яичко захватывают рукой в резиновых перчатках таким образом, чтобы оно находилось на ладонной поверхности между сложенными вместе вторым — пятым пальцами. Правое яичко исследуют левой рукой, левое — правой. Для измерения полового члена и яичек удобно использовать малый акушерский циркуль с вмонтированными в его концевые шарики металлическими стержнями длиной 2,5 см;

- исследование предстательной железы и семенных пузырьков производят в резиновой перчатке через прямую кишку, смазанным вазелином указательным пальцем, в коленно-локтевом положении обследуемого или в положении на правом боку с подтянутыми к груди ногами. При этом оп-

ределяют: консистенцию предстательной железы (дряблая, мягкоэластичная, эластичная, плотноэластичная), ее величину, характер поверхности (гладкая, бугристая), выраженность срединной бороздки, равномерность или неравномерность долей.

4.2.1.6. Если при проведении экспертного исследования наряду с указанным обследованием необходимы более сложные инструментальные исследования (переднюю и заднюю уретроскопию, ректоскопию), то их проведение должно осуществляться в профильных учреждениях здравоохранения.

4.2.1.7. Если в процессе экспертного исследования по поводу установления способности к половому сношению возникают вопросы, связанные с половой принадлежностью обследуемых, то к исследованию привлекают врачей-сексопатологов, и при необходимости — врачей других специальностей.

4.2.1.8. При оценке результатов обследования имеют в виду, что наряду с аномалиями, травматическими повреждениями и заболеваниями наружных и внутренних половых органов причиной утраты способности к половому сношению у лиц мужского пола могут быть различные заболевания нервной системы, эндокринные расстройства и болезни внутренних органов. Поэтому при проведении экспертного исследования суждение о сохранении или утрате способности к половому сношению должно основываться на результатах всестороннего обследования и изучения медицинских документов.

4.2.2. Установление способности к оплодотворению

4.2.2.1. Необходимость в установлении способности к оплодотворению возникает при расследовании уголовных дел, связанных с изнасилованием; половыми сношениями с лицами женского пола; с развратными действиями; с уклонением от уплаты алиментов на содержание детей; с определением вреда здоровью при нанесении повреждений, сопровождающихся утратой производительной способности, а также при рассмотрении гражданских дел о спорном отцовстве.

4.2.2.2. Экспертное исследование в таких случаях проводят с целью получения сведений и объективных данных, на основании которых можно судить о сохранении или нарушении способности к оплодотворению. Особое внимание при этом уделяют получению анамнестических данных, дающих представление о состоянии оплодотворяющей способности обследуемых, целенаправленному объективному их обследованию и исследованию семенной жидкости.

4.2.2.3. Путем опроса выясняют сведения о половом развитии, половой жизни, перенесенных в прошлом и имеющихся в настоящее время заболеваниях, травмах, вредных привычках и профессиональных вредностях, ока-

зываются отрицательное воздействие на способность к оплодотворению, к которым относят:

- венерические и прочие воспалительные заболевания предстательной железы, семенных пузырьков, яичек, их придатков и мочеиспускательного канала;

- инфекционные болезни — паротит, малярия, туберкулез, бруцеллез, тифы и др.;

- заболевания, травмы центральной и периферической нервной систем, эндокринные заболевания, травмы половых органов и костей таза, сопровождающиеся нарушением функции половых органов;

- употребление наркотиков и их суррогатов, транквилизаторов, гормональных препаратов, злоупотребление алкоголем, курение, радиационное облучение, отравление свинцом, ртутью, мышьяком, ядохимикатами и т.п.

4.2.2.4. При оценке данных состояния половых органов учитывают:

- двустороннее поражение яичек и придатков (наличие уплотнений и бугристости), возникшее вследствие перенесенных воспалений или травмы, являющееся, как правило, объективным свидетельством утраты способности к оплодотворению в результате непроходимости семявыносящих путей или нарушения сперматогенеза;

- поражение только одного яичка обычно не приводит к потере производительной способности, в то время как одностороннее воспаление придатков может быть причиной аспермии вследствие облитерации также противоположного семявыносящего протока в результате сопутствующего эпидидимиту воспалительного процесса в предстательной железе;

- прикорневая и мошоночная эпи- или гипоспадия не являются безусловным признаком неспособности к оплодотворению;

- рубцовые изменения в области семенных пузырьков и предстательной железы являются частой причиной утраты способности к оплодотворению;

- для установления возможности прохождения спермы при сужении мочеиспускательного канала необходимо проведение инструментального обследования в специализированных учреждениях здравоохранения.

4.2.2.5. Исследование семенной жидкости (эякулята) является основным методом в установлении оплодотворяющей способности:

- в норме объем эякулята составляет 2–5 мл; уменьшение объема указывает на функциональные нарушения в предстательной железе, придатках яичек или семенных пузырьках; избыточное количество эякулята (более 7–8 мл) обычно сопровождается уменьшением концентрации сперматозоидов;

- получать эякулят следует путем виброеякуляции, а в случае невозможности ее применения — путем мастурбации. У несовершеннолетних

получение спермы допустимо только с помощью массажа предстательной железы и семенных пузырьков;

- при получении эякулята необходимо соблюдать меры по обеспечению безопасности медицинского персонала из-за возможного заражения его ВИЧ-инфекцией или венерическими болезнями;

- целесообразно брать эякулят на лабораторное исследование не ранее 3–4 суток после предшествовавшего семяизвержения и зафиксировать данные о дате эякуляции, предшествовавшей получению спермы для исследования.

4.2.2.6. При получении эякулята и его доставке в судебно-биологическое отделение отдела судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств необходимо исключить факторы, оказывающие неблагоприятное воздействие на биохимические характеристики спермы и подвижность сперматозоидов, чрезвычайно чувствительных к влиянию воздуха, колебаниям температуры и механическим воздействиям.

Для предотвращения «холодового шока» сперматозоидов и исключения какого-либо влияния на биохимическую характеристику спермы эякулят собирают только в чистую и сухую стеклянную посуду, нагретую до нормальной температуры тела.

4.2.2.7. Для анализа берут весь эякулят, в том числе наиболее ценный его первый миллилитр, в котором содержится до 70–75 % наиболее зрелых и активных сперматозоидов.

Обязательно производят исследование и «последней капли» после эякуляции. Для ее получения с помощью легкого массажа полового члена от корня к головке из мочеиспускательного канала выдавливают и наносят на предметное стекло каплю спермы для последующего микроскопического исследования. Наличие в «последней капле» подвижных сперматозоидов при их отсутствии в эякуляте, представленном обследуемым, указывает на его подмену или добавление к нему каких-либо веществ, обездвиживающих сперматозоиды.

4.2.2.8. Лабораторное исследование эякулята следует производить как можно быстрее (не позднее трех часов с момента его получения) и должно включать:

- исследование физических характеристик: цвета, прозрачности, вязкости, объема;

- определение pH;

- микроскопическое исследование — в свежем виде для установления числа подвижных сперматозоидов, а также после окрашивания для выявления патологических форм сперматозоидов и форменных элементов эякулята.

4.2.2.9. При оценке результатов исследования спермы учитывают ее качественные показатели:

– нормоспермией считают концентрацию сперматозоидов от 40 до 119 млн./мл эякулята; количество сперматозоидов с поступательным движением (хорошо подвижных) — 40 % и более, морфологически измененных — менее 40 %. Эякулят с содержанием сперматозоидов 20–30 млн/мл считается условно нормальным;

– к олигоспермии 1-й степени относят случаи с содержанием сперматозоидов 10–19 млн/мл; олигоспермии 2-й степени — менее 10 млн/мл сперматозоидов. К наиболее частым причинам олигоспермии относят: гонорею, трихомонадный уретрит, травму мошонки, расширение вен семенного канатика, орхиты, односторонний крипторхизм, вирусную инфекцию;

– азооспермия и аспермия характеризуются отсутствием в эякуляте семенных нитей. При азооспермии в эякуляте имеются клетки сперматогенеза, из которых происходит образование сперматозоидов (незрелые формы). При аспермии в эякуляте отсутствуют сперматозоиды, клетки сперматогенеза и клетки Сертоли. Причиной азооспермии могут являться: гонорея, трихомонадный орхит, орхит и эпидидимит любой этиологии, крипторхизм, туберкулезная и химическая интоксикация, все виды радиоактивного облучения, травма мошонки. Аспермия является следствием непроходимости семявыносящих путей или атрофии канальцев яичек;

– астеноспермия — в эякуляте содержится менее 40 % активно подвижных сперматозоидов. Астеноспермия может быть следствием гонореи, трихомонадного уретрита, контакта с этилированным бензином, эпидидимита;

– некроспермия — отсутствие подвижных сперматозоидов в эякуляте. Для исключения ложной некроспермии, обусловленной допущенными погрешностями при получении и доставке спермы, следует проводить повторное исследование. Необходимо также учитывать, что неподвижность сперматозоидов не всегда свидетельствует об их гибели и может устраняться при слабом нагревании или добавлении питательного раствора Бакера (3 г левулезы, 0,6 г двузамещенного натрия фосфата, 0,01 г однозамещенного калия фосфата, 100 мл дистиллированной воды), в подобных случаях правильнее указывать на акиноспермию (отсутствие подвижности);

– тератоспермия — повышенное содержание в эякуляте морфологически измененных и дегенеративных форм сперматозоидов. Возможные причины тератоспермии — гонорея, трихомонадный орхит, алкоголизм, туберкулезная интоксикация, травма мошонки.

4.2.2.10. Вывод о способности обследуемых к оплодотворению основывается на совокупности всех данных, полученных при опросе, объективном обследовании и исследовании семенной жидкости.

При этом необходимо иметь в виду, что наличие в эякуляте даже небольшого количества подвижных сперматозоидов не может являться основанием для категорического исключения возможности к оплодотворению.

4.2.3. Методика исследования эякулята

В норме эякулят сероватого цвета с белесоватым оттенком, мутный (красный цвет может быть обусловлен наличием эритроцитов, желтый — лейкоцитов; бурый или коричневый оттенок эякулята может быть связан с возрастными изменениями или свидетельствует о давнем сроке получения спермы).

Вязкость эякулята определяют спустя 30 минут после его получения при хранении в условиях комнатной температуры, когда наступает разжижение спермы. Для определения вязкости (после разжижения эякулята) сперму берут стеклянной палочкой. При нормальной вязкости на ней должна остаться капля эякулята. Если эякулят тянется нитями, то его вязкость повышена; если же капелька эякулята стеклянной палочкой не поднимается, то вязкость его понижена. Повышение вязкости эякулята может указывать на заболевание предстательной железы, а понижение вязкости часто сопутствует азооспермии, аспермии и олигоспермии.

Объем семенной жидкости определяют в мерной пробирке после разжижения.

4.2.3.1. Определение pH не имеет большого значения для оценки качества эякулята, но позволяет ориентироваться в локализации воспалительных очагов.

Концентрация водородных ионов зависит от времени, прошедшего после выделения спермы: чем оно больше, тем ниже pH.

В нормальном свежем эякуляте pH в среднем составляет $7,8 \pm 0,05$.

При воспалительных процессах в предстательной железе и семенных пузырьках pH может повышаться.

Снижение pH до 5,5 дает основание заподозрить закупорку выводящих протоков обоих семенных пузырьков. В таких случаях эякулят состоит в основном из более кислого секрета предстательной железы.

Определяют pH при помощи универсальной индикаторной бумаги. Нормальной для спермы является слабощелочная среда.

4.2.3.2. Микроскопическое исследование эякулята включает обзорный осмотр капли эякулята в нативном препарате, подсчет количества сперматозоидов и форменных элементов спермы, исследование окрашенного мазка с целью выявления патологических форм сперматозоидов.

При обзорном осмотре нативного препарата устанавливают подвижность сперматозоидов при малом и большом увеличении микроскопа.

Число сперматозоидов определяют путем подсчета их в камере Горяева. Вначале подсчитывают общее количество сперматозоидов в 1,0 мл

спермы. Для этого в смеситель (применяемый для подсчета лейкоцитов) набирают подвергшийся разжижению эякулят до метки «0,5» (или «1,0» — при малом числе сперматозоидов) и разбавляют каким-либо раствором, вызывающим неподвижность сперматозоидов, например содо-формалиновой жидкостью (5 г двууглекислого натрия, 1,0 мл формалина и 100 мл дистиллированной воды). Раствор набирают до метки «11», встряхиванием смесителя перемешивают эякулят, выпускают первую каплю на марлю, а вторую каплю вводят в счетную камеру. В пяти больших квадратах по диагонали сосчитывают все находящиеся в них сперматозоиды, головки которых лежат внутри квадратов. Полученная сумма, умноженная на 1 000 000 (при разведении спермы в 20 раз, т.е. наборе до метки «0,5»), составляет количество сперматозоидов в 1,0 мл спермы.

Количество неподвижных сперматозоидов в эякуляте подсчитывают указанным выше образом, однако эякулят разводят физиологическим раствором (в другом смесителе), в квадратах учитывают неподвижные сперматозоиды. Полученная сумма, умноженная на 1 000 000 (при разведении в 20 раз), составит число неподвижных сперматозоидов в 1,0 мл спермы.

Количество подвижных сперматозоидов определяют по разности между общим количеством при их обездвиживании и числом неподвижных сперматозоидов, полученным при разведении спермы физиологическим раствором.

4.2.3.3. Выявление патологических форм сперматозоидов производят в окрашенных мазках. Высушенный на воздухе и фиксированный на пламени мазок спермы обрабатывают 1 %-ным раствором хлорамина (для удаления слизи), промывают водой и 95 %-ным этанолом. Затем окрашивают в течение 2–5 минут смесью фуксина с эозином (2 части карболового фуксина Циля, 1 часть насыщенного спиртового раствора эозина, 1 часть 95 %-ного алкоголя), подкрашивают синькой Леффлера и исследуют под микроскопом с применением иммерсионной системы. При наличии большого количества атипических форм сперматозоидов (деформированные головки и хвосты и т.д.) необходимо провести тщательное повторное исследование эякулята.

Наличие атипических форм сперматозоидов может быть обусловлено как нарушением сперматогенеза, так и предшествующими исследованием неоднократными половыми актами или мастурбацией.

4.2.3.4. Форменные элементы эякулята подсчитывают в поле зрения микроскопа (малое увеличение, объектив — 20 или 40, окуляр — 10 или 15). К ним относятся эритроциты и лейкоциты, эпителиальные клетки, лецитиновые зерна, амилоидные тельца. В норме в эякуляте обнаруживают единичные лейкоциты, эпителиальные клетки, амилоидные тельца и большое количество лецитиновых зерен. Увеличение количества лейкоци-

тов свидетельствует о воспалительном процессе в мочеполовых органах. Уменьшение количества лецитиновых зерен указывает на понижение функции предстательной железы.

4.2.4. Установление признаков полового сношения

4.2.4.1. Установление признаков полового сношения производят при судебно-медицинском обследовании лиц мужского пола, подозреваемых в совершении изнасилования; обследование следует проводить максимально оперативно и по возможности одним и тем же врачом — судебно-медицинским экспертом.

4.2.4.2. В задачу врача — судебно-медицинского эксперта в таких случаях входит выявление характерных признаков, возникающих при совершении насильственных половых актов или попытках к их совершению. Важное значение имеет не только обследование участников происшествия, но и осмотр их одежды.

4.2.4.3. При осмотре одежды подозреваемого обращают внимание на ее повреждения (разрывы, отсутствие пуговиц и т.д.), пятна, подозрительные на кровь, кал, сперму, а также на наличие на одежде волос, волокон тканей, загрязнение почвой, растениями и т.д. Характер загрязнений может указывать на особенности происшествия и на их региональное происхождение, что в совокупности с другими объективными обстоятельствами дела может иметь большое значение для расследования. Обнаруженные повреждения и загрязнения одежды фиксируют и указывают их характер, размеры, форму, цвета и точную локализацию.

4.2.4.4. Предметы одежды с пятнами, подозрительными на кровь, слюну и сперму, направляют в судебно-биологическое отделение отдела судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств бюро судебно-медицинской экспертизы для решения вопросов о наличии крови, слюны, спермы и установление их групповой принадлежности. При наличии крови может быть проведено исследование и для установления ее половой принадлежности.

4.2.4.5. Установление групповой принадлежности спермы в пятнах на одежде потерпевших имеет особенно важное значение при групповых изнасилованиях, так как в таких случаях сперма может принадлежать нескольким лицам, участвовавшим в изнасиловании.

4.2.4.6. На лабораторное исследование направляют содержимое из-под ногтей рук подозреваемого и потерпевшей, так как в нем могут находиться кровь, клетки эпидермиса влагалища и волокна одежды.

4.2.4.7. При осмотре подозреваемого устанавливают:

- общее физическое развитие: рост, массу тела, телосложение и т.д.;
- половое развитие: выраженность вторичных половых признаков, развитие и состояние наружных и внутренних половых органов, размеры

полового члена в «спокойном» и, по возможности, в напряженном состоянии;

– наличие, количество и характер смегмы на головке полового члена с закрытой крайней плотью или в венечной борозде при открытой головке полового члена;

– наличие крови, волос, кала на теле;

– наличие крови, клеток эпителия, кала и других посторонних частиц в области головки и тела полового члена;

– наличие повреждений на языке, лице, спине, на других частях тела (кровоподтеки, следы укусов, ссадины, царапины, раны) и на половых органах (повреждения на головке полового члена, крайней плоти, уздечке и др.) и решают вопрос о сроке возникновения обнаруженных телесных повреждений и механизме их образования.

4.2.5. Установление признаков мужеложства

4.2.5.1. При судебно-медицинском экспертном исследовании по поводу мужеложства осмотр потерпевших производят в соответствии с приложением № 3 к настоящей Инструкции.

4.2.5.2. При осмотре полового члена обращают внимание на наличие и характер имеющихся на нем повреждений, а также крови, волос, кала и других посторонних частиц. Особенно тщательно следует обследовать область венечной борозды и карманы по обе стороны уздечки, в которых эти частицы дольше всего задерживаются.

4.2.5.3. Обнаруженные на половом члене какие-либо посторонние частицы или их наложения переносят на предметные стекла путем отпечатков для последующего исследования в судебно-биологическом отделении бюро судебно-медицинской экспертизы на наличие частиц кала (растительная клетчатка, мышечные волокна, яйца глист и др.) и крови (в случае повреждений в области заднепроходного отверстия и прямой кишки у пассивного партнера). При наличии возможности следует проводить также бактериологическое исследование отпечатков с полового члена на наличие кишечной палочки.

4.2.5.4. Если возникает предположение, что половой член смазывали вазелином или каким-либо другим жироподобным веществом, то его обтирают тампоном из ваты или марли, который направляют в судебно-химическое отделение бюро судебно-медицинской экспертизы для исследования.

4.2.5.5. При установлении признаков, характерных для пассивного мужеложства, путем опроса обследуемых выясняют, не страдают ли они каким-либо желудочно-кишечным заболеванием, сопровождающимся запорами или поносами, не было ли у них заболеваний прямой кишки (геморроя, проктита, дизентерии, выпадения прямой кишки) и оперативных

вмешательств по поводу заболеваний в области заднепроходного отверстия. Последствия, остающиеся после указанных заболеваний и оперативных вмешательств, могут быть ошибочно приняты за изменения, связанные с систематическим пассивным мужеложством.

В процессе опроса необходимо также выяснить, не болеют ли обследуемые в настоящее время и не болели ли в прошлом какими-либо венерическими заболеваниями.

В необходимых случаях из учреждений здравоохранения запрашивают документы, в которых могут содержаться сведения о последствиях имевшихся ранее сношений через задний проход (наличие в прошлом твердого шанкра в области заднепроходного отверстия или гонорейного проктита).

4.2.5.6. С целью выявления объективных признаков, характерных для пассивных партнеров, производят осмотр и детальное обследование области заднепроходного отверстия и прямой кишки. Осмотр производят в резиновых перчатках на жесткой кушетке в коленно-локтевом положении. При этом устанавливают наличие или отсутствие каких-либо повреждений на ягодицах, отмечают состояние межягодичной щели. Затем ягодицы слегка разводят руками и осматривают область заднепроходного отверстия, обращая внимание на его форму, выраженность лучеобразных складок, наличие повреждений и их характер. Для дальнейшего осмотра большими пальцами рук, расположенных параллельно по обеим сторонам заднепроходного отверстия на расстоянии 2-2,5 см, раздвигают ягодицы и осматривают анальное отверстие и видимую часть слизистой оболочки прямой кишки. Затем определяют тонус сфинктеров и состояние предстательной железы путем введения в прямую кишку указательного пальца руки, смазанного вазелином. Если возникает подозрение о возможности наличия повреждений прямой кишки на уровне, недоступном для визуального осмотра, то должно быть проведено ректоскопическое обследование врачом-специалистом, владеющим этим методом.

4.2.5.7. В области заднепроходного отверстия и промежности пассивного партнера (потерпевшего) в свежих случаях мужеложства могут находиться приставшие лобковые волосы активного партнера и следы засохшей спермы. Их берут и направляют для исследования в судебно-биологическое отделение бюро судебно-медицинской экспертизы.

4.2.5.8. При осмотре и обследовании потерпевших устанавливают:

- имеются ли какие-либо повреждения на теле (в частности, кровоподтеки на ягодицах от давления пальцами);
- отмечают состояние межягодичной щели (глубокая, неглубокая);
- устанавливают состояние лучеобразных складок (выраженные, невыраженные, сглаженные, мягкие, грубые), их окраску;

— наличие повреждений в области заднепроходного отверстия и прямой кишки (кровоподтеки, ссадины, надрывы и разрывы слизистой оболочки и др.) и их локализацию;

— при обнаружении рубцов указывают их характер (линейные, неправильной формы, втянутые, невтянутые, плотные, неплотные и т.д.) и локализацию (по аналогии с циферблатом часов, с учетом положения обследуемого при осмотре);

— состояние области заднепроходного отверстия (в виде небольшого углубления, широкой или втянутой воронки, не зияет, зияет незначительно, значительно).

4.2.5.9. После осмотра заднепроходного отверстия производят обследование прямой кишки.

4.2.5.9.1. В тех случаях, когда пассивный партнер (или потерпевший) после сношения через задний проход не имел акта дефекации, то перед началом исследования прямой кишки следует взять ее содержимое для лабораторного исследования на наличие сперматозоидов. Содержимое прямой кишки берут с помощью марлевого или ватного тампона, которым делают мазки на предметных стеклах.

4.2.5.9.2. Мазки высушивают при комнатной температуре и исследуют после окрашивания фуксином.

Если в мазках сперматозоиды не обнаруживают, то надлежит исследовать и тампон. Если тампон исследуют сразу же после получения содержимого из прямой кишки, то его направляют в судебно-биологическое отделение в пробирке, в свежем виде, а при несрочном исследовании — высушенным при комнатной температуре.

4.2.5.9.3. Обследование прямой кишки начинают с исследования состояния ее наружного и внутреннего сфинктеров. Исследование можно проводить с помощью инструментального метода сфинктерометрии (приложение № 4 к настоящей Инструкции), а при невозможности его применения — ручным методом.

Сфинктер, обладающий хорошим тонусом, плотно охватывает введенный палец (симптом кольца), расслабленный сфинктер охватывает палец слабо, допуская в ряде случаев возможность смещения пальца в вертикальной плоскости.

При исследовании тонуса сфинктера прямой кишки необходимо иметь в виду возможность их искусственного сокращения, однако такое «волевое» сокращение сфинктеров долго удерживаться не может.

4.2.5.9.4. Осмотр слизистой оболочки прямой кишки с целью выявления возможных повреждений (трещин, ссадин, разрывов) начинают с периферической складки (граница анальной области и слизистой оболочки прямой кишки).

Наиболее частыми повреждениями в этой области являются трещины, которые располагаются, как правило, продольно между складками слизистой оболочки на передней и частично на боковых стенках прямой кишки.

4.2.5.9.5. При обследовании состояния прямой кишки отмечают ее цвет (бледноватая, розовая, красноватая, красная, багрово-красная, багрово-синюшная). Для сношений через задний проход характерным признаком является раздражение слизистой оболочки прямой кишки, интенсивность которого зависит от частоты и систематичности сношений, а также ряда других причин, связанных с пассивным мужеложством (повреждения слизистой оболочки, внесение инфекции и др.).

У пассивных партнеров и потерпевших наряду с раздражением слизистой оболочки прямой кишки, могут отмечаться и свежие ее повреждения в виде кровоподтеков, трещин, ссадин и ран. При наличии таких повреждений описывают их характер, форму и локализацию.

Ссадины, расположенные на вершинах складок слизистой оболочки, характерны для действия твердого предмета, конец которого образует грань. Такой предмет при введении в прямую кишку как бы соскабливает складки слизистой оболочки; половой член подобные повреждения на слизистой оболочке не образует.

В ряде случаев, преимущественно у детей, с которыми совершен акт мужеложства, наблюдаются ссадины овальной формы, находящиеся на вершинах складок и в пространстве между ними.

На слизистой оболочке прямой кишки могут также встречаться разрывы с завернутыми внутрь краями, имеющими вид прямых углов, одна из сторон которых располагается поперечно по отношению к прямой кишке, а другая имеет продольное направление. Такие повреждения характерны для насильственного введения полового члена в прямую кишку без предварительного смазывания его веществами, уменьшающими трение (вазелин и т.п.).

4.2.5.9.6. Обследование слизистой оболочки прямой кишки на более высоком ее уровне (если это необходимо) производят с помощью ректоскопа.

Для судебно-медицинских целей ректоскопическое исследование производят на глубину, не превышающую 10 см.

Единичные акты мужеложства, как правило, не оставляют стойких изменений в области заднепроходного отверстия и прямой кишки (исключение составляют только случаи, сопровождающиеся значительными повреждениями, после заживления которых остаются рубцы). Возникающие при этом поверхностные повреждения слизистой оболочки и кожных покровов в области заднепроходного отверстия и слизистой оболочки прямой кишки обычно проходят бесследно.

4.2.5.9.7. Для лиц, систематически совершающих акты мужеложства в качестве пассивных партнеров, характерны следующие изменения в области заднепроходного отверстия и прямой кишки: воронкообразная втянутость, зияние заднепроходного отверстия, сглаженность лучеобразных складок в окружности заднепроходного отверстия и слизистой оболочки прямой кишки, расслабление сфинктеров и багрово-красная с синюшным оттенком окраска слизистой оболочки прямой кишки.

4.2.5.10. На одежде пассивного партнера могут находиться следы спермы, кала. Если есть основания полагать, что они возникли при акте мужеложства, то проводят судебно-биологическое исследование одежды в бюро судебно-медицинской экспертизы с целью установления групповой принадлежности спермы от активного партнера и выявления частиц кала в пятнах спермы.

4.2.5.11. При обследованиях по поводу развратных действий в отношении несовершеннолетних обращают внимание на повреждения и изменения в области половых органов и заднепроходного отверстия.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА

Судебно-медицинскому эксперту необходимо представлять себе процесс полового созревания лиц мужского пола, так как при возбуждении уголовных или гражданских дел могут появиться вопросы:

- о возрасте;
- о соответствии общего физического развития, развития половых органов мальчика или подростка, его календарному возрасту;
- способности к совершению половых актов, анально-генитальных контактов в качестве активного или пассивного партнера;
- способности к семяизвержению;
- способности к оплодотворению;
- о достижении соматической половой зрелости.

Ответы на эти вопросы относительно лиц мужского пола могут быть даны врачом в следующих формулировках:

1. Соматической половой зрелости полностью достиг, может совершать половые акты (анально-генитальные контакты), способен к оплодотворению; по общему физическому развитию и прочим признакам может соответствовать лицам, достигшим 16-летнего (иного) возраста.

2. Соматической половой зрелости не достиг, но может совершать половые акты или анально-генитальные контакты (с семяизвержением, без семяизвержения); по общему физическому развитию, развитию половых органов может соответствовать лицам, достигшим 14-летнего (16-летнего) возраста.

3. Соматической половой зрелости не достиг, половые акты или анально-генитальные контакты в качестве активного партнера без семяизвержения совершать может; по общему физическому развитию не может соответствовать достижению 14-летнего (иного) возраста, соответствует достижению стольких-то лет.

Вопрос о психосексуальном развитии адресуется судебным психологам и психиатрам.

Начинать всегда целесообразно со сбора анамнеза. Особое внимание обращают на моменты, которые могут повлиять на скорость соматического полового созревания (среда, питание, заболевания, интоксикации), анализируют сексологический анамнез, в необходимых случаях изучают имеющуюся медицинскую документацию.

Общее развитие организма тесно взаимосвязано с развитием наружных и внутренних половых органов. Эти признаки требуют индивидуального подхода, проведения региональных антропометрических исследований с учетом расовой принадлежности и соматотипов (этот момент в судебной медицине является большим «белым пятном»), и сравнения с ними антропометрических параметров обследуемого лица, а также оценки выраженности вторичных половых признаков, которые напрямую зависят от гормональной насыщенности организма.

На достижение половой зрелости указывают:

- выраженные вторичные половые признаки (хорошо заметный при глотательных движениях щитовидный хрящ, низкий тембр голоса, выраженная растительность на лице, в подмышечных впадинах (занимает всю их поверхность — Ax_3), на лобке с распространением на мошонку и внутреннюю поверхность верхней трети бедер);

- достаточное развитие наружных и внутренних половых органов, правильно развитый половой член с извилистыми, слабо наполненными подкожными венами, морщинистая кожа мошонки с пигментацией, нормальные по размерам и эластичные яички с четко отграниченными придатками, эластичная предстательная железа с отчетливыми границами, долями и срединной бороздой [14].

Интересны средние возрастные показатели и последовательность появления отдельных признаков пубертатного развития мальчиков, приведенные Г.С. Васильченко [3]. В 9–11 лет начинается рост яичек и полового члена. В 11–12 лет появляется активность секреции предстательной железы, единичные волосы у корня полового члена. В 12–13 лет отмечается значительное увеличение яичек и полового члена, волосы начинают окружать корень полового члена, начало роста гортани по мужскому типу. В 13–14 лет быстро растут яички и половой член, увеличивается и уплотняется околососковая область, начинает изменяться голос, появляются отдельные прямые волосы в подмышечных впадинах, становится замет-

ным легкое оволосение над углами верхней губы, могут появиться поллюции. 14–15 лет — возраст появления ойгархе, при этом у не мастурбирующих мальчиков появляются поллюции, а у мастурбирующих — семяизвержение при мастурбации. В этом возрасте у подростков должно наблюдаться свободное выведение головки полового члена, появляется выраженное изменение голоса, образование складчатости и пигментации мошонки, сама мошонка начинает становиться отвислой, заметно пушковое оволосение верхней губы. В 15–16 лет появляются зрелые сперматозоиды (в среднем зрелые сперматозиды появляются к 15 годам; амплитуда появления зрелых сперматозоидов колеблется от 11 до 17 лет), оволосение на лобке уже ромбовидное с четкой горизонталью роста.

В 16–17 лет наблюдается рост волос по всему телу и от лобка к пупку, на внутреннюю поверхность бедер, густое оволосение в подмышечной впадине, причем наиболее обильный рост отмечается у людей с кавказскими и семитскими генами, а наименьший — у коренных северян-европеоидов. Развивается оволосение щек, обеих губ, подбородка. Яички находятся на дне пигментированной, складчатой мошонки, на коже мошонки появляются волосы (пушковое оволосение мошонки может появляться у некоторых лиц и много раньше). Соски эрегируют при раздражении, пигментированы. Происходит окончательное оформление «мужского» голоса. Выраженно контурируются подкожные вены на половом члене.

Максимальное ускорение роста (до 10–11 см в год) наблюдается в возрасте 12–13 лет, дальше идет постепенное замедление роста: 6–8 см за год в 13–15 лет, 3–5 см — в 15–16 лет, 2–3 см — в 16–18 лет за год.

В.Г. Сидамон-Эристава (1975) нашла, что скорость развития отдельных признаков полового созревания имеет свои «пики». Например, мутация голоса происходит в возрасте 12–14 лет с наибольшим темпом к 13 годам, оволосение лобка и увеличение щитовидного хряща гортани — в 13–15 лет с наибольшим темпом к 14 годам, оволосение подмышечных впадин — в 14–16 лет с максимальным темпом к 15 годам и оволосение лица — в 15–17 лет [3]. Юношеские угри обычно появляются с 15–17 лет.

Сравнение последовательности появления признаков полового созревания у девочек и мальчиков и ее средние возрастные показа-

тели по Н. Seckel (1946) с коррекцией Г.Б. Дерягина представлены в таблице 1 [5, 12].

Таблица 1

Возрастные показатели последовательности появления признаков полового созревания у девочек и мальчиков

Возраст, лет	Девочки	Мальчики
9-10	Начало быстрого роста костей таза, округление ягодиц, увеличение сосков.	
10-11	Начало роста молочных желез. Появление волос на лобке.	Ускорение роста полового члена и развития яичек.
11-12	Интенсификация роста наружных и внутренних половых органов. Массовое появление менструаций (в среднем в 12,8 лет, колебания от 9 до 17 лет), которые могут несколько лет быть ановуляторными или сразу стать овуляторными.	Появление активности предстательной железы. Ойгархе у мальчиков с ранним созреванием.
12-13	Увеличение молочных желез, появление пигментации сосков. Менструации у большинства девочек. Возможность беременности	Начало роста волос на лобке.
13-14	Интенсивный рост волос в подмышечных впадинах.	Увеличение околососковой области. Быстрый рост яичек и полового члена. Массовое появление ойгархе (в среднем в 13,8 лет, колебания от 10 до 18 лет).
14-15	Возможность самой ранней нормальной беременности.	Рост волос в подмышечных впадинах. Появление пушковых волос на верхней губе. Изменение голоса.
15-16	Появление угрей, более высокого голоса. Окончательное установление регулярности менструаций. Возможность нормальных родов.	Появление в сперме зрелых сперматозоидов (в среднем в 15 лет, колебания от 11 до 18). Формирование низкого голоса.
16-17	Завершение полового созревания. Остановка роста скелета.	Рост волос на лице и туловище. Формирование оволосения на лобке по мужскому типу. Появление угрей.
20-21		Остановка роста скелета.

Для оценки соответствия полового развития мальчика календарному возрасту можно ориентироваться на цифровые показатели полового развития по А.Н. Демченко и И.А. Черкасову [4] (табл. 2), а также данные Я.Ю. Иллес с соавт. (табл. 3, 4) [8].

Таблица 2

Ориентировочные цифровые показатели
полового развития мальчиков ($M \pm m$), см
(по А.Н. Демченко и И.А. Черкасову)

Возраст	Рост стоя	Длина полового члена в покое	Длина яичек
11 лет	142 ± 6	$4 \pm 1,0$	$1,5 \pm 0,5$
12 лет	147 ± 7	$5 \pm 1,0$	$2,0 \pm 0,5$
13 лет	152 ± 8	$6 \pm 1,5$	$2,5 \pm 0,5$
14 лет	160 ± 8	$7 \pm 2,0$	$3,0 \pm 0,5$
15 лет	167 ± 8	$7 \pm 2,0$	$4,0 \pm 0,5$
16 лет	171 ± 8	$8 \pm 1,5$	$4,0 \pm 0,5$
17 лет	173 ± 6	$9 \pm 2,0$	$4,5 \pm 0,5$
18 лет	175 ± 6	$10 \pm 2,0$	$4,5 \pm 1,0$

Таблица 3

Размеры наружных половых органов у 17-летних юношей
с разным соматотипом ($M \pm m$)

Показатели	Юноши с мезосоматическим типом телосложения	Юноши с микросоматическим типом телосложения	Юноши с макросо- матическим типом телосложения
Размеры полового члена в спокойном состоянии:			
Длина, см	$8,0 \pm 0,2$	$7,7 \pm 0,3$	$8,4 \pm 0,4$
Диаметр, см	$2,5 \pm 0,1$	$2,2 \pm 0,1$	$2,9 \pm 0,2$
Размеры левого яичка:			
Длина, см	$4,1 \pm 0,1$	$3,6 \pm 0,1$	$4,4 \pm 0,2$
Диаметр, см	$2,6 \pm 0,1$	$2,3 \pm 0,1$	$2,8 \pm 0,1$
Объем, см ³	$8,5 \pm 0,2$	$7,3 \pm 0,2$	$9,1 \pm 0,4$
Размеры правого яичка:			
Длина, см	$4,2 \pm 0,1$	$3,6 \pm 0,1$	$4,4 \pm 0,1$
Диаметр, см	$2,6 \pm 0,1$	$2,1 \pm 0,1$	$2,9 \pm 0,2$
Объем, см ³	$8,7 \pm 0,1$	$7,4 \pm 0,2$	$9,0 \pm 0,3$

**Частота выявления и степень выраженности
вторичных половых признаков у юношей с разным соматотипом ($M \pm m$)**

Показатели	Юноши с мезосоматическим типом телосложения	Юноши с микросоматическим типом телосложения	Юноши с макросоматическим типом телосложения
Р — рост волос на лобке:			
Частота встречаемости, %	100	95,0	100
Степень выраженности, баллы	$2,14 \pm 0,08$	$1,63 \pm 0,12$	$2,4 \pm 0,15$
Ах — рост волос в подмышечных впадинах:			
Частота встречаемости, %	96,9	80,0	100
Степень выраженности, баллы	$2,68 \pm 0,08$	$2,25 \pm 0,21$	$2,8 \pm 0,22$
F — рост волос на лице:			
Частота встречаемости, %	89,2	60,0	100
Степень выраженности, баллы	$2,62 \pm 0,11$	$2,58 \pm 0,35$	$2,47 \pm 0,3$
L — рост щитовидного хряща по мужскому типу:			
Частота встречаемости, %	100	90	100
Степень выраженности, баллы	$1,61 \pm 0,03$	$1,39 \pm 0,06$	$1,67 \pm 0,07$
У — изменение тембра голоса по мужскому типу:			
Частота встречаемости, %	100	95	100
Степень выраженности, баллы	$1,6 \pm 0,03$	$1,31 \pm 0,06$	$1,73 \pm 0,07$

Г.С. Васильченко [3] предлагает использовать комплексный антропометрический показатель величин полового члена, находящегося в покое, в котором сумма значений длины и длины окружности полового члена корригируется делением на рост. Средняя арифметическая величина полового члена, корригированного по росту — 0,115. Максимальное значение корригированной величины полового члена (0,15) характеризует группу практически здоровых людей (с пра-

вильным развитием), а наименьшее значение (0,07) — группу с задержкой пубертатного развития, за которой следует первичный гипогонадизм. Практически здоровые имеют скорригированные величины полового члена 0,07–0,15. Судебно-медицинский эксперт получает возможность использовать в своей практике этот объективный показатель. Длина полового члена измеряется по дорсальной поверхности от корня до окончания головки без учета выступления крайней плоти за окончание головки. Измерение половых органов должно проводиться в достаточно теплом помещении, так как холод влияет на длину спокойного полового члена в сторону его уменьшения.

Запоздалое половое развитие встречается при гипогонадотропии. Часто у таких людей в анамнезе есть указания на перенесенный в детстве орхит (паротический, туляремийный и т.д.). Телосложение свидетелюемого дает хорошее представление о его эндокринном статусе. Кроме того, этот статус отражается на состоянии кожи, подкожной клетчатки, характере оволосения и состоянии костно-мышечной системы. Так, чрезмерное отложение жира на бедрах, ягодицах, широкий таз и узкие плечи, треугольная форма оволосения лобка «по женскому типу» являются признаками недостаточной андрогенной насыщенности организма. Поэтому обязательны антропометрические исследования роста, высоты ноги от верхнего края большого вертела бедра до площади опоры, окружности грудной клетки в спокойном состоянии на уровне нижней границы сосков и нижних углов лопаток, межвертельной дистанции, межакромиальной дистанции, длины размаха рук, высчитывание трохантерного индекса — отношения роста свидетелюемого к высоте его ноги. В норме у правильно сформированных мужчин трохантерный индекс имеет минимальную величину — 1,84; максимальную — 2,16; среднюю арифметическую величину — 1,97. Иные величины трохантерного индекса свидетельствуют о наличии раннего нарушения пубертатного развития, связанного с патологией гонад [3].

При нормальных морфограммах по Ж. Декуру и Ж. Думику размах рук равен длине тела, высота ноги в 2 раза меньше роста. Межвертельное расстояние должно быть на 10 см меньше межакромиального [23]. Уменьшение отношения длины тела к высоте ноги, увеличение межвертельного расстояния при малом межакромиальном, малые величины окружности грудной клетки в сочетании с высоким

значением межвертельного расстояния свидетельствуют о женском типе телосложения, который развивается у млекопитающих при гипоандрогении.

Для оценки андрогенной функции организма чрезвычайно важными являются результаты объективного исследования наружных и внутренних половых органов, изучение степени их развития и соответствия возрасту их размеров, обнаружение аномалий в положении яичек и нарушения их трофики, что встречается при варикоцеле, крипторхизме, грыжах. И.Ф. Юнда [23] обращает внимание на форму предстательной железы, важность выявления симптома «серпа». При андрогенной недостаточности предстательная железа имеет уплощенный и западающий верхний сегмент, а нижний, в виде валика, как бы окаймляет снизу образовавшуюся впадину. Если диаметр западавшей части составляет 2,5–3 см — андрогенная функция снижена примерно в три раза (резко положительный симптом «серпа»); 1,5 см — андрогенная функция снижена в 1,5–2 раза (положительный симптом «серпа»); если еще меньше, то имеется лишь снижение резервной андрогенной функции (начальный симптом «серпа»). Отсутствие предстательной железы указывает на тяжелый порок развития мужских половых органов. Если при этом еще есть запустение мошонки, в таком случае следует предполагать анорхизм.

Л.М. Скородок и О.Н. Савченко [18] выделили четыре основные формы задержки полового развития у мальчиков. В настоящем руководстве целесообразно привести для экспертов лишь их внешние проявления, так как исчерпывающую консультацию в необходимых случаях можно получить у андролога или эндокринолога.

1-я форма — конституционально-соматогенная выражается в значительном запаздывании увеличения яичек, мошонки, полового члена, развития вторичных половых признаков в сочетании с отставанием в физическом развитии и задержкой окостенения скелета. У таких мальчиков еще в допубертатном возрасте наружные половые органы несоответственно маленькие, иногда имеется крипторхизм или псевдокрипторхизм, а после 13 лет отчетливо выявляются все признаки задержки полового развития. Выраженной диспропорциональности телосложения у этих мальчиков обычно нет.

2-я форма — ложная адипозогенитальная дистрофия характеризуется развитием ожирения, часто еще в препубертатном возрасте,

с феминизацией фигуры, и последующей ложной гинекомастией в пубертатном возрасте, выраженной задержкой полового развития. У 15-16-летних подростков формируется гиноидно-евнухоидный тип телосложения. Нередко на коже в области груди, живота и бедер наблюдаются розоватые стрии. У многих мальчиков имеется нейроциркуляторная дистония.

3-я форма — микропенис характеризуется недоразвитием полового члена при удовлетворительных размерах яичек и почти своевременным появлением вторичных половых признаков. Половой член резко уменьшен, а мошонка и яички нормальных размеров и консистенции.

4-я форма — синдром непоследовательного пубертата проявляется: с одной стороны — ранним (в 8-10 лет) появлением полового оволосения, ускорением роста и дифференцировки скелета, ожирением, часто с розовыми стриями на коже; с другой стороны — значительным уменьшением размеров полового члена и яичек, иногда иной их патологией.

Эти же авторы привели следующие показатели нормального развития полового члена, которые лишь немногим отличаются от данных иных исследователей проблемы (табл. 5):

Таблица 5

Динамика возрастного развития полового члена у мальчиков
(по Л.М. Скородок и О.Н. Савченко, 1984 г.)

Возраст, лет	Размеры полового члена в покое, см	
	длина	диаметр
7	$3,3 \pm 0,9$	$1,3 \pm 0,2$
8	$3,2 \pm 0,8$	$1,3 \pm 0,2$
9	$3,3 \pm 0,6$	$1,5 \pm 0,2$
10	$3,5 \pm 0,7$	$1,6 \pm 0,2$
11	$3,5 \pm 0,6$	$1,6 \pm 0,2$
12	$3,8 \pm 0,9$	$1,9 \pm 0,3^*$
13	$6,3 \pm 1,7^*$	$2,3 \pm 0,4$
14	$6,3 \pm 1,5$	$2,6 \pm 0,5^*$
15	$7,2 \pm 1,3^*$	$2,9 \pm 0,4$
16	$7,6 \pm 1,3$	$2,9 \pm 0,4$
17	$7,7 \pm 0,5$	$3,1 \pm 0,3$

Примечание:

* — достоверные различия с группой лиц, имеющих микропенис ($p < 0,05$).

Избыточное питание у мальчиков в сочетании с малоподвижным образом жизни ведут к ожирению, тормозящему половое созревание [17]. Вообще, запаздывание признаков полового развития на два года и больше должно расцениваться как задержка полового созревания.

Иллюстрацией сказанного может служить следующая оценка клинических признаков андрогенной недостаточности, предложенная Г.С. Васильченко [3]:

1. Отклонения возрастных параметров отдельных функциональных проявлений сексуальности:

а) преждевременность, задержка или отсутствие пробуждения сексуального компонента либидо;

б) отклонения в сроках появления первых эякуляций.

2. Нарушение формирования уrogenитального аппарата:

а) аномалии формирования гонад (анорхизм, крипторхизм, гипоплазия яичек и др.);

б) отклонения от нормы при формировании полового члена (гипоспадия, эписпадия, фимоз, микропенис);

в) гипоплазия, серповидная атрофия предстательной железы.

3. Недоразвитие вторичных половых признаков:

а) изменения морфогаммы с отклонениями по евнухоидному и гинойдному типу, инверсия супинаторной пробы Жерико. Суть пробы заключается в следующем: свидетельствуемый стоит перед столом, опираясь ладонями на край стола таким образом, чтобы запястья его соприкасались, были обращены сгибательной поверхностью вперед и образовывали прямой, открытый вперед угол. У мужчин срединная линия, проведенная по сгибательной поверхности плеча и предплечья должна быть прямая, а у женщин она образует тупой, открытый наружу угол;

б) нарушения оволосения тела, в том числе лобка, лица и подмышечных впадин;

в) атония, отсутствие складчатости и депигментация мошонки;

г) высокий голос.

Отмеченные признаки андрогенной недостаточности выявляются в начальных периодах сексуального развития. Если же она развивается после завершения пубертата, в ее клинической картине пре-

обладают черты астении, имеется утрата тургора мошонки, ценно выявление симптома «серпа» [23].

В.В. Кришталь и С.Р. Григорян [12] следующим образом обобщили *клинические признаки андрогенной недостаточности*:

I. Мальчики от 14–15 лет до 16–17 лет:

1. Изменение половых органов:

- гипоплазия яичек;
- нарушения опускания яичек в мошонку;
- отставание в развитии полового члена;
- гипоплазия, атрофия мошонки;
- поздняя дифференцировка или отсутствие дифференцировки предстательной железы.

2. Нарушение вторичных половых признаков:

- нарушение последовательности появления вторичных половых признаков у мальчиков;
- последовательное, но запоздалое появление вторичных половых признаков у мальчиков;
- запаздывание окостенения эпифизов трубчатых костей — несоответствие костного возраста паспортному;
- отсутствие пубертатной гинекомастии.

II. Мужчины 18–55 лет:

1. Изменение половых признаков:

- гипоплазия яичек;
- недоразвитие полового члена;
- атрофия мошонки;
- атония мошонки;
- гипоплазия предстательной железы, ее серповидная деформация — симптом «серпа».

2. Нарушение возрастных параметров появления и проявления сексуальности (в том числе нарушение фаз копулятивного цикла).

3. Недостаточное развитие вторичных половых признаков:

- несоответствие тембра голоса;
- изменение антропометрии по евнухоидному типу;
- распределение жира по женскому типу;
- нарушение андрогенного оволосения;
- гинекомастия;
- депигментация мошонки, околососковых ореол.

4. Изменения других органов и систем:
 - гипотония и недоразвитие мышечной системы;
 - остеопороз грудных и поясничных позвонков;
 - астенизация нервной системы;
 - общая слабость соединительной ткани (плоскостопие, X-образные ноги, «разболтанные» суставы);
 - изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (гипотония, склонность к варикозному расширению вен, стенокардический синдром);
 - нарушение функции печени, почек.
5. Антропометрические показатели.

Способность к совершению половых актов у мальчиков напрямую зависит от выраженности эрекции, необходимой для введения полового члена во влагалище (в прямую кишку). Эта способность появляется задолго до наступления половой зрелости, может появляться не только уже в 10–12 лет [1, 20], но зачастую и много раньше, устанавливается способом, описанном в соответствующей главе.

Способность к оплодотворению устанавливается способом, указанным в соответствующем разделе Приказа МЗ РФ № 161.

При гормонально активных опухолях яичек, которые иногда возникают в детском возрасте, происходит раннее половое созревание с усиленным половым влечением. В зрелом возрасте опухоли яичек склонны к злокачественному перерождению.

При судебно-медицинской экспертизе способности к оплодотворению предусмотрено получение эякулята путем мастурбации (п. 4.2.2.5. Приказа № 161). Для правильной диагностики бесплодия, а не только при каких-либо отклонениях от нормального значения спермы, необходимо исследовать именно эякулят, а не секрет, добытый при массаже простаты и семенных пузырьков [1, 14, 16]. В судебно-медицинской практике эякулят следует получать мастурбаторным путем под контролем эксперта; при отсутствии жесткого контроля врача доказательным является лишь метод Гусарова – «остаточной капли» (п. 4.2.2.7. Приказа № 161).

Указание Приказа № 161 на недопустимость получения спермы от несовершеннолетних самым простым и привычным для них путем — мастурбаторным можно объяснить живучестью пуританских

воззрений. Регламентированный массаж предстательной железы и семенных пузырьков у несовершеннолетних для многих, вероятно, менее приемлем из-за ассоциации с анально-генитальным контактом и комплекса весьма специфичных ощущений, нередко с положительным их восприятием. Кроме того, семенные пузырьки не всегда можно достичь пальцем. При массаже предстательной железы следует ожидать не эякулят, а секрет, который необходимо отделить от мочи путем центрифугирования. Процедура имеет некоторые особенности, не указанные в Приказе № 161, без знания которых можно прийти к недостоверным результатам.

ВРАЧЕБНЫЙ ОСМОТР ПОДОЗРЕВАЕМОГО В СОВЕРШЕНИИ ПОЛОВОГО ПРЕСТУПЛЕНИЯ ИЛИ ЖЕРТВЫ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ МУЖСКОГО ПОЛА

Освидетельствование или экспертиза лиц мужского пола обычно проводится в случаях подозрения на совершение этими лицами половых преступлений. В таких случаях обязательно разрешаются вопросы о наличии на теле подозреваемого каких-либо наложений, телесных повреждений, их характере, локализации, механизме и давности образования, степени тяжести; кроме того, всегда важно разрешение вопроса о способности к половому сношению, а также изъятие с тела подозреваемого объектов, которые могут свидетельствовать о совершении преступления. В необходимых случаях разрешаются и иные вопросы.

Лица мужского пола могут являться и жертвами преступного полового посягательства, как со стороны мужчин, так и со стороны женщин. Это ведет к необходимости разрешения вопросов о наличии на теле жертвы повреждений, признаков совершения с потерпевшим анально-генитального или орально-генитального контакта, способности к активному совершению полового акта или к анально-генитальному контакту в качестве пассивного партнера. В случаях некоторых уголовных и гражданских дел разрешаются вопросы о способности к оплодотворению, о половой принадлежности, заражении венерическим заболеванием, другие специфические вопросы.

В сельской местности при наличии бездорожья, больших расстояний, проблем с судебно-медицинским экспертом, сотрудники правоохранительных органов, установив подозреваемого в совершении сексуального преступления, могут (и должны сразу) обратиться к ближайшему врачу с просьбой о проведении врачебного осмотра тела подозреваемого на предмет обнаружения и фиксации в медицинских документах (карта амбулаторного или стационарного больного) имеющихся доказательств совершенного правонарушения, а также для изъятия возможных доказательств преступления биологического и небиологического происхождения.

По нашим данным, почти половина жертв сексуального насилия осматривается в сроки, исключающие обнаружение доказательств биологического происхождения, а виновные, в целом, осматриваются значительно позже жертв ($p < 0,001$). Это обычно объясняется не временем, необходимым для поиска преступника, а встречающейся практикой назначения экспертизы лишь для разрешения вопроса о способности к совершению половых актов. Такая экспертиза нередко назначается непосредственно перед судебным заседанием и проводится в следственном изоляторе областного центра спустя не только дни, но и недели после преступления, особенно при совершении преступлений в отдаленной сельской местности. Понятно, что доказательства биологического происхождения к этому времени утрачиваются безвозвратно.

Есть еще одна сторона недостатка взаимодействия правоохранительных органов и судебно-медицинских экспертов. Так, практически в 10 % случаев судебно-медицинские эксперты формально подходят к разрешению вопросов следствия, «забывая» свое право указать в выводах на обстоятельства, относительно которых следствием не были поставлены вопросы, но которые, по мнению эксперта, представляют важность для дела. Тем самым следствие лишается существенных доказательств. Ярким примером сказанному может служить следующее наше наблюдение. Экспертиза подозреваемого проводилась через несколько часов после изнасилования, следователь вынес на разрешение эксперта всего лишь один вопрос — о наличии телесных повреждений. Эксперт, зная из постановления о назначении экспертизы, что осматривает подозреваемого в изнасиловании, ответил лишь на поставленный вопрос, половые органы не осмотрел, мазки-отпечатки и смыв с них не сделал. Половые органы виновного этот же эксперт осмотрел через 5 дней при дополнительной экспертизе, но смыв с полового члена уже не делался ввиду нецелесообразности за давностью происшедшего; столь важные доказательства были утрачены. В другом аналогичном случае эксперт, зная обстоятельства происшедшего, но не обнаружив в постановлении соответствующего вопроса, в первые часы после гомосексуального насилия не осмотрел задний проход потерпевшего и не изъяс содержимого прямой кишки.

Подобные случаи имеют место частично из-за отсутствия адекватных вопросов следователей в постановлениях, частично по вине экспертов. Это может свидетельствовать о недостаточной подготовке юристов и врачей по вопросам криминальной сексологии, о низком уровне их взаимодействия при расследовании эпизодов сексуального насилия. Подтверждением сказанному может служить проведенный нами анализ дефектов постановлений о назначении экспертизы (табл. 1), при этом более половины постановлений, вынесенных в случаях половых преступлений, имеют существенные дефекты оформления.

Таблица 1

**Структура дефектов в постановлениях прокуратуры и МВД
о назначении судебно-медицинских экспертиз
в случаях половых преступлений**

Виды дефектов постановлений	Абсолютное число дефектов в постановлениях (n = 233)	%
Крайняя неясность обстоятельств дела	29	12,5
Полное отсутствие вопросов к эксперту	7	3,0
Отсутствие необходимых, целесообразных для следствия вопросов	71	30,5
Наличие нецелесообразных вопросов к эксперту	18	7,7
Наличие вопросов, выходящих за пределы компетенции эксперта	21	9,0
Иные дефекты оформления	87	37,3
Всего дефектов	233	100,0

Осматривая тело подозреваемого, надо обратить внимание на наличие или отсутствие на нем телесных повреждений, специфических загрязнений и наложений (слизи, крови, частиц растений, грунта и т.д.), особых и бросающихся в глаза примет (татуировок, рубцов, родимых пятен, бородавок, иной патологии кожи, физических недостатков), признаков венерических заболеваний. Кроме того, у следствия и в суде в случаях половых преступлений всегда возникает вопрос о способности субъекта к совершению полового акта, поэтому важно понять, есть ли какие-нибудь отклонения от анатомической и физиологической нормы со стороны половых органов свидетельствуемого, а при

выявлении отклонений — оценить их. Вся процедура осмотра обычным образом, с максимальной подробностью должна фиксироваться в медицинской документации.

При проведении судебно-медицинской экспертизы подозреваемых в совершении сексуальных преступлений следует учитывать возможность наличия у них телесных повреждений, полученных вне акта сексуального насилия, что требует дифференцирования повреждений в ходе предварительного следствия и в суде. Так, нашими исследованиями установлено, что 11,1 % насильников обращали внимание судебно-медицинских экспертов на то, что они подвергались противоправным физическим воздействиям со стороны сотрудников правоохранительных органов и имели на теле следы этих воздействий в виде кровоподтеков и ссадин.

Осмотр начинают со сбора анамнеза. При сборе анамнеза у подозреваемых в совершении полового преступления следует вести себя столь же тактично и вежливо, как и при подобных беседах с потерпевшими, иными людьми; проявление каких-либо эмоций излишне. Данные анамнеза должны подробно освещать вопросы половой жизни мужчины, при этом следует выяснить моменты, которые могут оказывать влияние на половое созревание, способность к половому сношению, оплодотворению. Важно выяснить наличие в прошлом и в настоящем различных заболеваний и травм (в том числе и половых органов), эндокринных расстройств, операций, травм с поражением головного или спинного мозга, хронических интоксикаций (курение, алкоголизация, употребление токсических веществ), профессиональных вредностей, инородных тел в тканях половых органов и их происхождение, отклонений от анатомической и физиологической нормы со стороны половых органов.

В доступной для понимания подозреваемого разговорной форме выясняют особенности его полового созревания и половой жизни:

- 1) возраст появления первых семяизвержений, ночных поллюций, их частота в первое, последующее и настоящее время;
- 2) частота появления эрекций в возрастной динамике до настоящего времени, спонтанность и ситуационность эрекций, наличие ночных и утренних эрекций, выраженность напряжения полового члена в различных сексуальных ситуациях, его форма, наличие болезненности при эрекциях;

3) возраст начала мастурбаций, и частота мастурбаций во временной динамике, наличие мастурбаторных эксцессов в прошлом и в настоящее время, частота мастурбаторных актов в настоящее время, их мотивации и содержание сексуальных фантазий;

4) использование для мастурбации заднего прохода, различных предметов и приспособлений;

5) возраст появления выраженного полового влечения, предпочтительные объекты его направленности в возрастной динамике;

6) возраст начала половой жизни, ее регулярность, половая активность в настоящее время, гетеро-, гомо-, бисексуальность, максимальное количество половых актов в течение суток, которые подозреваемый совершал ранее и считает, что может совершить в настоящее время, частота и продолжительность коитальных эксцессов в возрастной динамике;

7) наличие и скорость наступления семяизвержений при половых и мастурбаторных актах, что влияет в сторону задержки или ускорения эякуляций;

8) сколько раз был женат, сколько своих детей имеет, если разведен, то причина развода с женой (сексуальные проблемы, алкоголизм, осуждение с лишением свободы и т.д.);

9) когда были последний и предпоследний половые акты;

10) как давно подозреваемый мыл свой половой член;

11) наличие сексуальных проблем и отклонений от сексуальной нормы с точки зрения обследуемого.

Далее следует попытаться получить сведения, относящиеся к преступному половому посягательству. При этом надо учитывать, что даже ослабленная эрекция не всегда препятствует введению полового члена во влагалище и тем более — в рот. Для введения полового члена в прямую кишку необходимо преодолеть тонус анального сфинктера, что возможно лишь при наличии выраженной (полной) эрекции.

Обычно виновные в совершении сексуальных преступлений в меру своих интеллектуальных возможностей простодушно рассказывают о своей сексуальной жизни и редко склонны симулировать наличие сексуальных расстройств, наоборот — есть опасность преувеличения сексуальных возможностей. Однако подозреваемые склонны отрицать свою причастность к преступному половому

посягательству, и почти всегда они при первичном врачебном осмотре отрицают наличие девиантного сексуального поведения и мастурбацию.

При сообщении подозреваемым, что он не может совершать половые акты из-за отсутствия эрекций или преждевременного семяизвержения, по каким-либо другим причинам, следствию необходимо в дальнейшем позаботиться о назначении судебной комплексной медико-сексологической экспертизы с участием судебно-медицинского эксперта, судебного психиатра, сексопатолога, а при необходимости — уролога, невропатолога, эндокринолога, других специалистов.

Существующий в настоящее время порядок судебно-медицинского установления способности к совершению половых актов весьма упрощен и поэтому недостоверен, так как не учитывает таких явлений, как половое самосознание, сексуальные девиации и парафилии, при которых расстройства копулятивных функций могут быть обусловлены психогенно, а способность к эрекции появляется ситуационно при наличии соответствующего сексуального раздражителя. Таким раздражителем далеко не обязательно является лицо противоположного пола, им может быть любой неодушевленный фетиш. Проведение упрощенных судебно-медицинских экспертиз половой способности, при которых даже не всегда исследуются рефлексы и предстательная железа, чревато необоснованными и ошибочными выводами. Тем не менее, даже при существующем порядке проведения указанных экспертиз врачи могут оказать существенную помощь правоохранительным органам в установлении истины.

При осмотре подозреваемого врачом фиксируются телосложение, развитие скелетной мускулатуры, упитанность, имеющиеся дефекты развития, специфические загрязнения и наложения, особые приметы внешности, отмечается тип и степень развития оволосения на лице, половых органах, других участках тела по общепринятым стандартам, выстояние щитовидного хряща, тембр голоса. Далее осматриваются кожные покровы, полость рта, волосистая часть головы, одновременно пальпируются подчелюстные, шейные, подмышечные, кубитальные и паховые лимфоузлы. Полость рта осматривается не только у жертв полового преступления, но и у подозреваемых в преступлении, так как иной раз на губах или языке преступника обнаруживаются повреждения от укусов жертвы. Кро-

ме того, возможно обнаружение сифилитических шанкров, папул, иной патологии.

Особое внимание необходимо обратить на лицо, руки, передние поверхности коленных суставов и голени подозреваемого, которые склонны травмироваться при сопротивлении жертвы насилия. Начинать осмотр целесообразно с волосистой части головы, последовательно изучая нижележащие участки тела. Повреждения от зубов целесообразно зафиксировать масштабным фотографированием для последующего криминалистического сравнительного исследования.

Телосложение мужчины дает хорошее представление о его эндокринном статусе. Этот статус отражается на состоянии кожи, подкожной клетчатки, костно-мышечной системы, характере оволосения. Чрезмерное отложение жира на бедрах, ягодицах, широкий таз и узкие плечи, треугольная форма оволосения лобка «по женскому типу» являются признаками гипогонадизма. Следовательно, для установления способности к совершению половых актов обязательны антропометрические исследования роста, длины ноги от верхнего края большого вертела бедра до площади опоры, окружности грудной клетки в спокойном состоянии на уровне нижней границы сосков и нижних углов лопаток, межвертельного, межакромиального расстояний, длины размаха рук, вычисление трохантерного индекса (отношение роста человека к высоте его ноги), который в норме у мужчин в среднем составляет 1,97 и варьирует в пределах 1,84–2,16.

При нормальных морфограммах размах рук равен росту, высота ноги в два раза меньше роста, межвертельное расстояние должно быть на 10 см меньше межакромиального. Уменьшение трохантерного индекса, увеличение межвертельного расстояния при малом межакромиальном, малые величины окружности грудной клетки в сочетании с высоким значением межвертельного расстояния, инверсия супинаторной пробы Жерико, высокий голос свидетельствуют о наличии раннего нарушения пубертатного развития, связанного с патологией гонад, о женском типе телосложения в результате гипогонадизма [3].

Кроме того, для оценки андрогенной функции организма чрезвычайно важными являются результаты объективного исследования наружных и внутренних половых органов, изучение степени их развития и соответствия размеров возрасту, обнаружение аномалий в

положении яичек и нарушения их трофики при варикоцеле, крипторхизме, грыжах. Например, со стороны наружных половых органов при андрогенной недостаточности могут наблюдаться аномалии формирования гонад (анорхизм, крипторхизм, гипоплазия яичек и т.п.), полового члена (гипоспадия, эписпадия, фимоз, микро пенис), атония, отсутствие складчатости и депигментация мошонки [13].

Со стороны предстательной железы при андрогенной недостаточности обнаруживается так называемый «симптом серпа» — уплощенный и западающий верхний сегмент, при этом нижний в виде валика как бы окаймляет снизу образовавшуюся впадину. По диаметру западения верхнего сегмента можно примерно определить уровень снижения андрогенной функции [3, 23]. Так, при диаметре западения до 2,5–3 см — андрогенная функция снижена примерно в 3 раза; до 1,5 см — в 1,5–2 раза; если меньше 1,5 см — наблюдается лишь снижение резервной андрогенной функции. Отсутствие предстательной железы указывает на тяжелый порок развития половых органов.

Половые органы исследуются после осмотра всех остальных участков тела и полости рта. Отмечается правильность их развития, соответствие возрасту, наличие повреждений, заболеваний, индивидуальных особенностей. На половых органах насильника иногда могут возникать повреждения в виде ссадин, кровоизлияний, надрывов уздечки крайней плоти. Эти повреждения могут быть обусловлены как насильственным половым сношением, например, интенсивным трением головкой члена о густые и жесткие волосы половых органов жертвы, ее одежду, иные предметы, так и воздействием ногтей, зубов жертвы. Мы наблюдали случай надрыва уздечки крайней плоти у подростка в процессе насильственной мастурбации.

В принципе насильнику можно причинить серьезную травму, переломив (книзу) двумя руками его эрегированный половой член. В таком случае возможен разрыв белочной оболочки пещеристых тел и самих пещеристых тел члена. Травматичны и крайне болезненны сдавливания и рывки мошонки при полном захвате ее рукой от основания. Особо серьезные повреждения причиняются зубами. Однако подобные случаи встречаются крайне редко, видимо, из-за отсутствия возможности или решительности у запуганной жертвы, незнания указанных моментов.

Далее приступают к измерению полового члена, которое должно проводиться в достаточно теплом помещении, так как холод влияет на длину ненапряженного члена в сторону его рефлекторного уменьшения.

Длина полового члена измеряется по его дорсальной поверхности в спокойном, ненапряженном состоянии от корня до окончания головки без учета выступления крайней плоти за окончание головки. Кроме того, измеряется длина окружности ствола ненапряженного члена в средней трети и головки в наиболее ее широкой части, а также измеряется диаметр указанных частей члена. Сумма значений длины полового члена и длины окружности его ствола делится на рост обследуемого. Нормальные скорректированные величины полового члена находятся в пределах 0,07–0,15. Наименьшее значение свидетельствует о некотором гипогонадизме и задержке полового развития. Значение менее 0,07 указывает на первичный гипогонадизм [3].

Исследование полового члена в состоянии эрекции, когда удается достичь ее, целесообразно практически во всех случаях, так как оно дает представление не только об истинных размерах члена, но и о его форме, которая может нарушаться вследствие некоторых патологических процессов; кроме того, эрекция неопровержимо доказывает способность свидетельствуемого совершать половые акты. Состояние эрекции иногда легко достигается мастурбаторными воздействиями без просмотра или с просмотром стимулирующих снимков соответствующего содержания.

Различается 4 формы эрегированного полового члена: остроконечный (конический, или собачий), грибовидный с массивной головкой, цилиндрический и бочонковидный. Считается, что остроконечный половой член наименее травматичен для партнера, грибовидный — наиболее [7].

После первого измерения полового члена, которое осуществляется в спокойном его состоянии, надо попросить обследуемого оттянуть крайнюю плоть к корню члена, открыть головку, препуциальный мешок, внутренний листок и уздечку крайней плоти полового члена. При этом обращается внимание на наличие свободного выведения головки и содержимое препуциального мешка, где могут обнаруживаться волосы с половых органов жертвы преступления,

волокна тканей одежды и ложа насилия, которые, в случаях их лабораторной идентификации, свидетельствуют о соприкосновении обнаженного члена с конкретными объектами. Микрочастицы целесообразно искать не только в случаях окончанных изнасилований, но и при покушениях на изнасилование.

При введении полового члена во влагалище микрочастицы одежды и волосинки с половых органов преступника могут внедряться туда и смешиваться с влагалищным секретом, поэтому целесообразно исследовать на наличие волос и микрочастиц содержимое влагалища, складок наружных половых органов.

Представляет интерес нечастое обнаружение разрывов уздечки крайней плоти полового члена. С одной стороны, это обстоятельство может быть косвенным подтверждением бывшего полового акта; с другой стороны, в ряде случаев можно судить о давности образования разрыва. Кроме того, при разрывах уздечки возможно обнаружение крови подозреваемого (обвиняемого) на месте происшествия и на одежде жертвы преступного полового посягательства.

Э.Н. Ростошинский (1966) [16] сообщает, что в его наблюдениях свежие разрывы уздечки (на 2-е сутки после преступления) располагались поперечно, имели линейную форму, ровные края, влажную, красную, иногда кровоточащую поверхность, глубину до 0,2–0,3 см. Окружающие ткани имели отек, были гипермированы. Обнажение головки вызывало резкую болезненность, смегма отсутствовала во всех случаях. На третьи сутки признаки воспаления и болезненность уменьшались, поверхность разрывов становилась тускловатой, бледно-серо-розоватого цвета, натяжение уздечки влекло за собой слабую болезненность. На 6–7–8-е сутки явления воспаления исчезали с появлением мягкого белесоватого рубчика, внешний вид которого уже не отличался от давнего рубца.

У нечистоплотных лиц, не вступавших некоторое время в половые контакты, в препуциальном мешке под крайней плотью накапливается смегма. Она образуется из секрета тизоновых желез, бактерий, распадающихся отмерших клеток кожи и представляет собой беловатую творожистую массу, иногда сухую крошковидную, но чаще влажную, сметанообразную, которая покрывает головку и внутренний листок крайней плоти, имеет специфический, резкий запах. У людей с удаленной крайней плотью смегма никогда не об-

разуется, равно, как и у тех лиц, которые имеют крайнюю плоть, но не прикрывают ею головку члена.

В.Г. Бернард (1940) [2] установил, что после туалета полового члена в препуциальном мешке уже через 3—4 дня появляется небольшое количество смегмы. Через 5—6 дней она уже отчетливо заметна. Через 7—10 дней у лиц, не имевших половых связей и не мывших половой член, смегма накапливается в большом количестве; в дальнейшем она начинает заполнять весь препуциальный мешок, нередко вызывает острые или хронические, периодически обостряющиеся баланопоститы. В.Г. Бернард подчеркивал, что при половом сношении смегма полностью удаляется с полового члена. Поэтому выраженное нахождение смегмы в препуциальном мешке, по его мнению, является доказательством того, что половое сношение в ближайшие 4—5 суток до осмотра подозреваемый не совершал. В.Т. Смольков [19] и Н.Г. Шалаев [22] считают, что при половом сношении смегма с головки и шейки полового члена удаляется не всегда.

Мы считаем, что при половом сношении с множественными фрикциями смегма с полового члена обычно удаляется. Если фрикции были единичными, удаление может быть неполным, однако эти остатки смегмы должны плохо отходить и при смывах с члена. Тем не менее, выраженное наличие смегмы в препуциальном мешке является доказательством того, что в ближайшие 4—5 суток до осмотра подозреваемый половое акта не совершал. Отсутствие смегмы указывает либо на совершенный половой акт (орально- или анально-генитальный контакт) со множественными фрикциями, либо на бывший туалет полового члена, чистоплотность. При кандидозном воспалении подобие смегмы в препуциальном мешке может появиться уже к концу первых суток.

Далее врач обращает внимание на наличие или отсутствие сыпи на половом члене, шанкров, эрозий, инородных тел в крайней плоти. Последние встречаются, в основном, у лиц, отбывавших наказание в местах лишения свободы. «Операция» по вживлению инородных тел между листками крайней плоти делается чрезвычайно просто: крайняя плоть растягивается на какой-нибудь поверхности и травмируется острым предметом, затем через рану внутрь крайней плоти вводят шарики из стекла или из пластмассы, либо из другого материала. Если «послеоперационный» период протекает без

осложнений, то каких-либо изменений половых функций эти ино-родные тела не вызывают.

Иногда между листками крайней плоти с помощью шприца или небольшой трубочки вводят вазелиновое масло, даже размягченный парафин и т.п. Это приводит к более или менее выраженному парафимозу со всеми вытекающими из него последствиями: изъязвлением, инфицированием, некрозом крайней плоти, а иногда — и головки полового члена. Если ущемления головки не происходит, то в дальнейшем в крайней плоти развивается так называемая «олеогранулема». На ощупь она плотная, бугристая, с эрозиями и язвами на поверхности, что требует дифференциальной диагностики с сифилисом. Эрекции при этом становятся болезненными; способность совершать половые акты может сохраняться, но обычно копулятивные функции снижаются.

Осматривая половой член подозреваемого, врачу надо обратить внимание на расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала относительно центра головки (по центру головки или в ином месте), есть ли воспаление его губок, свободные выделения из уретры и парауретральных ходов. При этом уретру пальпируют и массируют с выдавливанием ее содержимого от корня к головке, пытаясь определить наличие в стенках уретры инфильтратов и узелковых уплотнений.

После этой процедуры приступают к пальпации всего полового члена от промежностной части до головки в поисках болезненных участков, инфильтратов, узелков и бляшек, увеличенных лимфоузлов на спинке члена, которые при воспалении имеют вид плотного тяжа, идущего к коже спинки по срединной линии. Если при пальпации происходит рефлекторное изменение объема и величины полового члена, это обстоятельство необходимо отразить в документации.

Описывая мошонку, следует отметить ее форму, величину, состояние кожи (морщинистость, пигментация, оволосение, гиперемия, отечность, сглаженность, наличие узлов, инфильтратов), наличие в ней яичек, их форму, величину (обязательно измерение длины), консистенцию, подвижность, характер поверхности, наличие болезненности.

В норме яички слегка чувствительны к осторожному давлению пальцами, поверхность их гладкая, консистенция упруго-эластич-

ная, смещаемость свободная. Яички имеют мягко-эластичные придатки, которые часто страдают при воспалительных процессах. Прощупывая семенной канатик, устанавливают выявляемость его отдельных частей (семявыносящего протока, сосудов, оболочки), наличие или отсутствие узлов и инфильтратов. В норме семенные канатики имеют вид гладких, безболезненных тяжей. Пальпация органов мошонки позволяет обнаружить признаки острого или перенесенного воспаления (инфильтраты, рубцы, спайки), наличие водянки, сперматоцеле, пахово-мошоночной грыжи.

После исследования органов мошонки уместно проверить ряд рефлексов, в первую очередь кремастерные рефлексы с обеих сторон. Для этого углом твердого тупого предмета производят штриховые раздражения снизу вверх внутренней поверхности верхней половины бедер. В норме поднимающая яичко мышца (кремастер) сокращается, при этом отмечается незначительное или оживленное, значительное приподнимание яичка (положительный рефлекс).

Мошоночный рефлекс, являющийся аксонным и местным, часто возникает при раздевании мужчины в холодной комнате. Рефлекторная реакция, заключающаяся в медленном червеобразном сокращении гладкой мышечной оболочки яичка, вызывается прикосновением холодного предмета к мошонке, промежности или верхней части внутренней поверхности бедра. Мошоночный рефлекс может отсутствовать у больных с миелопатией.

Обязательна проверка состояния кавернозных рефлексов, дуга которых замыкается в 1–4 крестцовых сегментах спинного мозга. Для их исследования врач заводит пальцы своей левой руки за мошонку обследуемого, прижимая их ладонной поверхностью к его промежности (к местам прикрепления седалищно-пещеристых и луковично-пещеристых мышц), а с помощью правой руки наносит притупленной иглой укол в спинку и головку полового члена с частотой не более одного укола в секунду. Возникающие при этом сокращения кавернозных мышц улавливаются пальцами, находящимися на промежности. Если сокращения не улавливаются, следует применить сенсibilизацию рефлекса путем активного 5–6-кратного сокращения обследуемым анального сфинктера [3].

У женщин исследование кавернозных рефлексов производится следующим образом. Женщина лежит в гинекологическом кресле с

согнутыми в коленях и широко раздвинутыми ногами. Средний и безымянный пальцы левой руки врача ладонной поверхностью помещаются в правую и левую складки между большой и малой половыми губами так, что не достигают клитора на 5–6 мм, слегка прижимаются. Концевые фаланги пальцев обращены к крестцу. Уколы наносятся в головку клитора и у его основания (справа, спереди и слева), при этом пальцы исследователя ощущают сокращение кавернозных мышц [6].

Поверхностный анальный рефлекс — это двусторонний, двигательный и поверхностный рефлекс, центр которого находится во втором, третьем и четвертом крестцовых сегментах. Он вызывается поглаживанием кожи в области промежности, что приводит к сокращению наружного сфинктера анального отверстия.

Внутренний анальный рефлекс имеет центр, предположительно расположенный в первом и втором поясничных сегментах спинного мозга. Он может быть использован для оценки состояния симпатических элементов, входящих в состав подчревного нерва и предкрестцового сплетения. Вызывается введением пальца руки в перчатке внутрь анального отверстия и выражается в сокращении внутреннего сфинктера анального отверстия. Сохранность генитальных рефлексов дает уверенность в нормальной нервной регуляции сексуальной функции [12].

После вышеуказанных исследований приступают к осмотру заднего прохода (см. выше), а лишь затем изучают состояние предстательной железы, семенных пузырьков, желез Купера.

Предстательную железу пальпируют в коленно-локтевом положении обследуемого. Рекомендованное иногда положение, лежа на боку с согнутыми и приведенными к животу ногами, нежелательно из-за неизбежного отклонения центральной борозды предстательной железы и опасности ложного впечатления об ассиметричности органа. Исследование лучше выполнять вскоре после мочеиспускания, так как при наполненном мочевом пузыре оттесненная в сторону просвета прямой кишки предстательная железа может показаться увеличенной.

Указательный палец правой руки, находящийся в резиновой перчатке, смазывают вазелином или другим нераздражающим жировым веществом, медленно вводят в прямую кишку, где на расстоянии

4–5 см от ануса через стенку кишки нащупывается нижний полюс предстательной железы. Осторожно скользя пальцем по поверхности железы, оценивают четкость ее границ, величину, форму, выраженность центральной борозды, симметричность левой и правой долей, вид поверхности и консистенцию; обращают внимание на наличие инфильтратов, узлов, флюктуирующих очагов, западений, конкрементов, на локализацию и выраженность болевых ощущений.

В норме поверхность предстательной железы гладкая, слегка выпуклая или плоская; центральная борозда разделяет железу на две одинаковые доли, четко выделяющиеся среди окружающих тканей. Неизмененную предстательную железу обычно принято сравнивать по величине и форме с небольшим каштаном, обращенным закругленной верхушкой вниз. Палец, как правило, свободно должен доставать до верхней границы неувеличенной железы. Ее средняя длина у взрослых лиц колеблется от 3 до 4,5 см, ширина — от 3,5 до 5 см.

Семенные пузырьки расположены над предстательной железой. В норме, более чем в трети случаев они часто не прощупываются, порой их просто не удается достичь пальцем даже тогда, когда наполненный мочевой пузырь оттесняет пузырьки вниз. Нормальные пузырьки легче найти при бимануальной пальпации, если они заполнены содержимым, а брюшная стенка тонкая. Под пальцем семенные пузырьки имеют вид удлиненных образований тестоватой консистенции, расположенных чуть выше предстательной железы по обе стороны от нее.

Железы Купера исследуют в положении обследуемого на спине с согнутыми в коленях, разведенными и прижатыми к животу ногами. Указательный палец правой руки вводят за сфинктер прямой кишки и сгибают его книзу, а большой палец той же руки прижимают к промежности около ануса. Железы пытаются найти в клетчатке промежности, но в норме они не прощупываются. Воспаленные железы обнаруживаются по бокам от срединной линии промежности в виде узловатых болезненных уплотнений.

Осмотр половых органов завершается изъятием следов, которые могут находиться в подногтевом содержимом, на половом члене и остальных участках тела после совершенного преступления и иметь доказательное значение.

Кроме подногтевого содержимого, эти доказательства можно обнаружить на половом члене виновного (кровь, сперма, слюна, эпидермис, влагалищный, прямокишечный или ротовой эпителий, элементы кала, яйца глист, микрочастицы с одежды жертвы). Материал с полового члена целесообразно изымать лишь в первые трое суток после полового акта (*per vaginum, per os, per rectum*).

Для изъятия материала с полового члена берут кусочек марли размерами 3 × 3 см или чуть больше, но не более 5 × 5 см, слегка увлажняют его водой; затем протирают марлей все участки полового члена на головке подальше от уретры, за головкой, внутренний листок крайней плоти и ствол полового члена. Руки врача должны быть покрыты чистыми резиновыми перчатками.

После проведения смыва марлю расправляют на чистом обезжиренном предметном стекле вверх поверхностью, которой проводили смыв, и высушивают. Высушенный материал покрывают другим обезжиренным предметным стеклом, упаковывают в белую неворсистую бумагу, маркируют, опечатывают и направляют, вместе со срезами ногтей подозреваемого, в судебно-цитологическое отделение судебно-медицинской лаборатории или передают следователю с надлежащим процессуальным оформлением.

Вместо смыва на марлю материал с полового члена можно забирать путем отпечатков на предметные стекла. Для этого слегка увлажненные водой предметные стекла (3-5 штук) прижимают круговыми движениями к различным участкам полового члена, кроме области головки, прилегающей к уретре. Предметные стекла для мазков должны быть не использованными или хорошо отмытыми, их необходимо обезжиривать содержанием в смеси Никифорова (96 %-ный этиловый спирт пополам с этиловым эфиром), просушивать. Грязные объекты перед упаковкой надо полностью просушить при обычной комнатной температуре вдали от источников тепла и прямых солнечных лучей.

В исследовательское время некоторые эксперты-цитологи высказывают мысль, что лучшие результаты можно получить, исследуя объекты с полового члена, изъятые одновременно обоими способами (мазко-отпечатками с последующим смывом).

Высушенные объекты не следует упаковывать в полиэтилен или герметично закрывающуюся стеклянную посуду без предваритель-

ной их упаковки в гигроскопичные бумажные пакеты, так как даже небольшая влажность предметов приводит к загниванию объектов, что делает невозможным обнаружение доказательств и установление их групповых свойств. Изъятый объект, контрольный образец предмета-носителя (смывы или соскобы), контрольный, чистый участок марли, которая использовалась для смывов, всегда надо упаковывать по отдельности друг от друга.

Чем раньше после преступного события производится изъятие объектов от участников происшествия на предмет обнаружения доказательств биологического происхождения, тем больше шансов в их обнаружении; в первые часы наблюдается наибольшая выявляемость доказательств, далее шансы быстро сокращаются.

НЕКОТОРАЯ ПАТОЛОГИЯ МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Когда эксперт встречается с аномалией развития мужских половых органов, а также с приобретенной их патологией, перед ним встают следующие вопросы:

- 1) способен ли субъект к эрекции;
- 2) степень выраженности эрекции;
- 3) форма полового члена в момент эрекции;
- 4) способен ли субъект к введению полового члена в естественное отверстие другого человека и совершению фрикционных движений половым членом;
- 5) способен ли субъект к семяизвержению, не происходит ли семяизвержение вне естественного отверстия полового партнера;
- 6) содержит ли семенная жидкость сперматозоиды?

Только четкое знание ответов на эти вопросы может направить следствие по верному пути и исключить судебную ошибку. В этой главе кратко приводятся лишь основные сведения о некоторой, наиболее часто встречающейся патологии мужских половых органов.

Крипторхизм — состояние, при котором одно или оба яичка не опустились в мошонку. Различают истинный и ложный крипторхизм [23]. При ложном крипторхизме яички в определенных условиях (тепло, ванна) иногда самопроизвольно выходят в мошонку. По локализации различают односторонний и двухсторонний крипторхизм; паховый, брюшной и комбинированный. Кроме того, выделяют эктопию яичка, когда яичко отклоняется от обычного пути и опускается не через паховый канал. Эктопию различают лобковую, подвздошную, бедренную, промежностную, перекрестную (оба яичка в одной половине мошонки). Встречается и приобретенный крипторхизм, возникающий чаще всего при травматических воздействиях, когда яичко уходит в паховый канал или даже в брюшную полость. К этому предрасположено мигрирующее яичко с широким паховым каналом или его атрофия.

Крипторхизм часто является причиной гормональных нарушений, сопровождается задержкой полового созревания, нарушениями копулятивной и репродуктивной функций из-за тестикулярной недостаточности. Характерны евнухоидные пропорции тела, гинекомастия, ожирение, оволосение по женскому типу. Субъект с такой патологией чаще всего способен совершать половые акты, но при явлениях более или менее выраженного ослабления эрекции, более, чем у половины таких людей во время половых актов появляются боли в области половых органов и другие неприятные ощущения.

Имеются нарушения сперматогенеза, так как яички находятся при крипторхизме в условиях повышенной температуры, но нельзя исключать возможность обнаружения спермы на вещественных доказательствах. При двухстороннем крипторхизме нарушения потенции и сперматогенеза более выражены, чем при одностороннем, такие больные бесплодны и не всегда способны совершать половые акты. При гормональном и оперативном лечении до полового созревания удается достичь способности даже к оплодотворению [12, 13, 23]. Таким образом, экспертиза свидетелеваемого, страдающего крипторхизмом, требует самого тщательного и комиссионного подхода.

Анорхизм — врожденное отсутствие яичек. По клиническому проявлению различают два типа анорхизма:

- 1) анорхизм с рудиментарным строением наружных половых частей;
- 2) анорхизм с мужскими половыми органами [23].

Чаще встречается первый тип анорхизма, при котором телосложение евнухоидное, вторичные половые признаки отсутствуют даже у взрослых, наружные половые органы рудиментарны (полное отсутствие мошонки, вульвы, половой член длиной до 1 см, предстательная железа отсутствует). При наличии мошонки и более развитого полового члена анорхизм следует отличать от двухстороннего брюшного крипторхизма. Выводы эксперта должны решительно указать на неспособность свидетелеваемого совершать половые акты и выделять сперму.

Монорхизм — врожденная патология с полным отсутствием одного яичка. Второе яичко часто компенсаторно увеличено в размерах, поэтому общее развитие организма и сексуальные функции могут

оставаться нормальными. Изредка единственное яичко бывает недоразвитым со всеми вытекающими последствиями гипогонадизма.

Синдром Клайнфельтера — врожденная хромосомная патология, причем генотипы 48 XXXY и XXXXY сопровождаются олигофренией в стадии дебильности. Наиболее распространенный вариант — евнухоидные пропорции тела, гинскомастия, азооспермия. Фенотип мужской, но при определении полового хроматина в соскобе эпителия слизистой оболочки полости рта находят тельца Барра, характерные для женского пола. Оволосение на лице может быть скудным, даже пушковым, не требующим бритья, но может быть удовлетворительным, требующим бритья один — два раза в неделю, даже с выраженной грубой щетиной. Тембр голоса достаточно низкий, мужской. Половой член, как правило, нормальной величины, но может быть и уменьшен. Часто встречаются явления микроорхидии, консистенция яичек дряблая, реже — плотно-эластическая, иногда яички лишь слегка уменьшены в размерах, но консистенций их отличается повышенной плотностью [23]. Наблюдается бесплодие, но эрекции обычно сохранены, совершать половые акты такие субъекты способны, эякуляции чаще всего затруднены, отсутствуют или запаздывают. Бесплодие вылечить не удается.

Некоторые авторы (Тетер Е., 1969; Юнда И.Ф., 1989) выделяют *ложный синдром Клайнфельтера* (почти по всем параметрам с ним схож синдром де ля Кастилья), который развивается в результате орхита, перенесенного в раннем детстве, чаще всего — паротического орхита. Возникает гипогонадное состояние с клиникой, напоминающей синдром Клайнфельтера, однако врожденная хромосомная патология отсутствует, тельца Барра не определяются, отцовство невозможно.

Вообще, гипогонадизм различают первичный и вторичный. Первичный гипогонадизм является следствием поражения яичек врожденного или приобретенного происхождения. При вторичном гипогонадизме на первый план выступают заболевания гипофиза, щитовидной и поджелудочной желез, надпочечников и пр., приводящие к снижению гормональной функции яичек. Вопросы о способности совершать половые акты, семяизвержение, о способности к оплодотворению должны решаться осторожно, с участием специалистов.

Гипоспадия — порок развития мочеиспускательного канала. Различают следующие формы гипоспадии: головочную, стволовую, мошоночную и промежностную.

Головочная форма гипоспадии — самая частая и наиболее легкая, при которой наружное отверстие уретры открывается на месте уздечки крайней плоти полового члена. Крайняя плоть с вентральной стороны полового члена отсутствует, а с дорзальной не полностью прикрывает головку члена. Половой член в состоянии эрекции прямой, лишь иногда отмечается небольшое отклонение головки книзу. Половые функции полностью сохранены.

При стволовой форме гипоспадии отверстие мочеиспускательного канала открывается на вентральной поверхности тела полового члена. Половой член деформирован фиброзным тяжем — хордой, идущей от головки до гипосподического отверстия уретры, имеет форму крючка, что особенно выражено при эрекции. Деформация полового члена с возрастом увеличивается, эрекции болезненные. Половой акт возможен, но сперма часто не попадает во влагалище, изливаясь наружу.

Мошоночная форма гипоспадии сопровождается еще более выраженной деформацией и недоразвитием полового члена. Наружное отверстие уретры открывается на уровне мошонки, которая расщеплена и больше напоминает половые губы. Мочеиспускание в сидячем положении по женскому типу, половой акт невозможен.

При промежностной форме гипоспадии вид половых органов резко изменен, возникают сомнения в половой принадлежности. Половой член по форме и по размерам похож на гипертрофированный клитор, мошонка расщеплена и напоминает половые губы, уретра открывается на промежности, часто имеется крипторхизм.

Встречается так называемая гипоспадия без гипоспадии. При этой патологии уретра открывается, как и в норме — по центру головки, однако, уретра врожденно короткая, во время эрекции деформируются кавернозные тела полового члена, возникает боль. Половой акт невозможен.

Эписпадия — врожденное расщепление передней стенки мочеиспускательного канала в дистальном его отделе или на всем протяжении. Различают эписпадию головки полового члена, тела полового члена и тотальную.

При эписпадии головки наружное отверстие уретры открывается на дорзальной поверхности головки возле венечной борозды. При эрекции отмечается незначительное искривление полового члена кверху. Совершать половые акты субъект способен.

Эписпадия тела полового члена сопровождается уплощением, укорочением и искривлением его кверху. Голова и пещеристые тела расщеплены, по дорзальной поверхности свободны от крайней плоти. Наружное отверстие уретры открывается на теле или у корня полового члена. От наружного отверстия до головки тянется уретральный желоб. Половой акт изредка возможен, но крайне затруднен, при эрекциях возникает выраженная деформация полового члена. Излияние спермы наружу.

При тотальной эписпадии имеется полное отсутствие передней стенки мочеиспускательного канала, расщепление на всем протяжении пещеристых тел полового члена. Половой член недоразвит, изогнут кверху, подтянут к животу, постоянно подтекает моча. Половой акт невозможен.

Фимоз — сужение крайней плоти, препятствующее освобождению головки из препуциального мешка, внутри которого в большом количестве накапливается смегма. Часто сопровождается баланопоститами. Половой акт субъект совершать способен. Иногда половой акт может привести к парафимозу — ущемлению головки внезапно сместившейся за нее крайней плотью.

Короткая уздечка полового члена может сопутствовать фимозу или встречаться самостоятельно, вызывает искривление полового члена книзу при эрекциях. При половых сношениях такая уздечка нередко рвется (см. выше). Обнаружение крови свидетельствуемого в таких случаях на месте происшествия и на одежде жертвы преступления является важным вещественным доказательством.

Болезнь Пейрони — фибропластическая индурация полового члена. Различают болевой и функциональный периоды заболевания. В первом периоде при эрекциях и половых актах в половом члене появляются боли. Во втором периоде развивается искривление полового члена, а в далеко зашедших случаях это приводит к затрудненности и иногда даже невозможности осуществления интродукции и фрикций. В это время в белочной оболочке полового члена, чаще по тыльной его поверхности, определяются узелки или бляшки

хрящевой консистенции, обычно продолговатой формы, длиной до 1,5 см и толщиной около 0,2–0,3 см. Бляшки располагаются в белочной оболочке проксимальнее венечной борозды. Кавернозные тела полового члена в дальнейшем также вовлекаются в процесс. Уретра и ее кавернозное тело в процесс не вовлекаются, остаются свободными. Вне эрекции половой член имеет нормальный вид. Бляшки хорошо определяются пальпаторно, а при их кальцификации обнаруживаются и рентгенологически. Вопрос о способности совершать половые акты решается после наблюдения у свидетельствуемого полового члена в состоянии эрекции.

На способность совершать половые акты и эякулировать сперму также могут влиять различные травмы, ожоги, отморожения половых органов, их последствия.

Приапизм — стойкая, не проходящая патологическая, часто болезненная эрекция полового члена, не связанная с половым возбуждением. В процесс задействуются только кавернозные тела ствола полового члена, а кавернозное тело уретры и головки остается не напряженным, поэтому член представляется уплощенным, изогнутым дугообразно по дорсальной поверхности, по направлению к животу. Начинается внезапно, обычно во время сна. Половые сношения не приносят облегчения, половой акт обычно без семяизвержения. Способность к мочеиспусканию сохраняется. Приапизм без лечения может длиться от нескольких часов до нескольких месяцев, патологическая эрекция исчезает постепенно, усиливаясь, каждый раз после полового акта, постепенно восстанавливается эякуляторная функция.

Перемежающийся ночной псевдоприапизм возникает в любом возрасте, схож с истинным приапизмом, мешают полноценному сну, но характеризуется исчезанием эрекции после пробуждения и мочеиспускания. Тем не менее, подобное состояние возникает все чаще, с усилением эрекций после половых актов. Отмечается повышенная возбудимость полового члена и днем с появлением неадекватных ситуаций эрекций.

УСТАНОВЛЕНИЕ СПОСОБНОСТИ К СОВЕРШЕНИЮ ПОЛОВЫХ АКТОВ

Способность к совершению половых актов у мальчиков напрямую зависит от выраженности эрекции, необходимой для введения полового члена во влагалище (в прямую кишку). Эта способность появляется задолго до наступления половой зрелости, может появляться уже в 10–12 лет, а иногда и много раньше. Детские сексуальные игры с имитацией и даже совершением коитуса отмечаются в дошкольном возрасте.

Сексуальную реакцию человека можно описать как цикл, состоящий из четырех фаз: возбуждение, плато, оргазм и разрешение. Фаза возбуждения характеризуется внешне проявляемыми реакциями общего возбуждения с повышением мышечного тонуса, частоты сердцебиения, дыхания, увеличением кровяного давления. Прилив крови к тазу приводит к увеличению и эрекции полового члена, увеличению половых губ и клитора у женщин, приподниманию яичек в мошонке, отмечается увлажнение влагалища, а у мужчин из отверстия мочеиспускательного канала появляется слизь, увлажняющая головку — секрет Куперовых желез. Возбуждение нарастает до уровня плато. Продолжительность фазы плато сильно варьирует. В процессе совершения полового акта в этой фазе у женщин происходит набухание влагалища с его сужением на треть, формируется так называемая оргастическая манжетка (или платформа), обхватывающая половой член. Клитор резко оттягивается назад, прячась за крайнюю плоть (ретракция клитора). Малые половые губы увеличиваются в два – три раза. В конце фазы плато происходит резкое усиление мышечного тонуса, сердцебиения, дыхания, приближается оргазм.

Оргазм может протекать по-разному, не только у разных людей, но и у конкретного человека, в зависимости от множества условий. У мужчин он обычно связан с семяизвержением, но может быть и психологический оргазм без семяизвержения, приносящий достаточную психосексуальную разрядку. У детей, стареющих лиц, а также у мужчин, страдающих парафилиями, может иметь место «сухой» оргазм. Непосредственно перед наступлением оргазма у

мужчин происходит резкое подтягивание и поворачивание яичек таким образом, что их задние поверхности прижимаются к промежности. Чем резче подтягиваются, поворачиваются и плотнее прижимаются к телу яички, тем сильнее эякуляционное давление, мощный выброс спермы. У некоторых женщин в процессе оргазма может быть недержание мочи.

В отличие от мужчин, женщины далеко не всегда испытывают оргазм. По нашим данным, имеется прямая корреляционная связь между нарушениями коитальной оргазмической способности и наличием той или иной сексуальной девиантности. У достаточно большого количества женщин способность к достижению оргазма находится вне коитальной активности [5]. Большинство женщин достигают способности к переживанию оргазмических ощущений после завершения полового созревания, что, вероятно, обусловлено биологически, в отличие от юношей, у которых, как известно, эта способность обычно появляется вместе с эякуляциями, но может быть и не связана с ними. У женщин, вовсе не переживающих оргазма, развиваются вторичные невротические расстройства общего плана с истерически-неврастеническими проявлениями.

Сексуальные реакции мужчин и женщин в фазе разрешения могут сильно различаться. Некоторые женщины способны к мультиоргастичности, переживают серию повторных оргазмов через очень короткие интервалы времени. При этом качественные характеристики оргазмов могут варьировать по степени выраженности длительности и глубины.

У мужчин после семяизвержения, как правило, наступает период рефрактерности с быстрым угасанием полового возбуждения и эрекции. Дальнейшая сексуальная стимуляция некоторос время бесполезна и даже болезненна в результате повышения чувствительности головки члена, не может вызвать новую эрекцию. Длительность рефрактерного периода индивидуальна, зависит от влияния различных факторов. Лишь некоторые мужчины способны сохранять после семяизвержения несколько ослабевающую эрекцию, быстро восстанавливая ее, если половой член продолжает оставаться во влагалище. К мультиоргастичности мужчины в качестве активных партнеров не способны. Если гомосексуальный мужчина является пассивным партнером при добровольном анально-генитальном кон-

такте (акте мужеложства), он способен, как и женщина, переживать серию оргазмов за короткий период времени.

К. Имелинский [10] считает, что по мере эмоционального и сексуального развития человека все большую роль в сексуальных реакциях и сексуальном поведении начинает играть процесс формирования условных сексуальных рефлексов как особой формы процесса научения новым реакциям на сексуальные раздражители. Особенно прочные условно-рефлекторные связи сексуального характера образуются в период созревания и в юности, особенно у людей с высокой сексуальной возбудимостью. Комплекс систематизированных условно-рефлекторных сексуальных связей формирует стереотип реакций (синдром закодированных сексуальных реакций).

Закрепление определенных стереотипов (например, в связи с часто повторяющимися соматическими раздражителями и представлениями при мастурбации) создает своеобразный «код», в соответствии с которым и протекает весь цикл сексуальных реакций у человека. У некоторых людей код оказывается настолько прочным, что сексуальные реакции могут нормально проявляться только в случаях, когда комплекс сексуальных раздражителей по своему набору последовательности действует в точном соответствии с кодом. Любое отступление от «закодированного» стереотипа сексуальных реакций тормозит эти реакции или искажает их. Но поскольку в состав кода сексуальных реакций, например, у женщины, могут входить исключительно специфические раздражители (в виде физических факторов или представлений), предъявляющие очень высокие требования к мужчине, воссоздание этих раздражителей мужчиной может быть крайне затруднено или даже невозможно. В таких случаях женщина, несмотря на высокую сексуальную возбудимость, не получает сексуального удовлетворения в партнерстве с мужчиной (несмотря на то, что при мастурбации она достигает оргазма), что влечет за собой появление различных вторичных невротических и соматических реакций, а также нежелание продолжать сексуальные контакты и вступать в супружеские конфликты.

Эрекция — рефлекторно-сосудистый акт, характеризующийся увеличением полового члена в объеме от состояния покоя, и приобретение им твердости, необходимой для совокупления. Рефлекторная природа эрекций доказывается возможностью вызывания

эрекции раздражением полового члена у животных с пересрезанным спинным мозгом [3]. Нервные центры, регулирующие оральные реакции, тесно связаны с центрами, регулируемыми генитальными реакциями, поэтому у животных и человеческих младенцев эрекции нередко наблюдаются уже в грудном возрасте во время кормления [11], задолго до появления полового влечения и периода полового созревания. Стимуляция генитальных реакций воздействием на рецепторы полости рта отмечается и в зрелом возрасте. Когда мы задаем вопрос, во сколько лет человек стал замечать эрекции, тем самым мы отмечаем возраст обращения внимания этого человека на свои сексуальные реакции, на вопросы, связанные с проявлениями сексуальности.

Нарушение эрекции (эректильная дисфункция) — наиболее распространенное сексуальное расстройство у мужчин. Около 50 % зрелых мужчин испытывают те или иные затруднения с эрекцией, причем на органической основе эти затруднения возникают только в 15 % случаев. По данным З. Старовича [21], способствующими факторами возникновения эректильных дисфункций в 5 % случаев является доминирование в семье матери мальчика, в 3 % — доминирование отца, в 20 % — гомосексуальные тенденции, а в 15 % случаев — религиозные факторы.

К причинам появления эректильных дисфункций могут быть отнесены семь органических факторов (травмы, послеоперационные осложнения, сосудистые нарушения, неврологические заболевания, гормональные расстройства, метаболические нарушения, последствия употребления алкоголя, наркотиков и некоторых лекарств), а также четыре психогенных фактора (партнерские проблемы, стрессы, страх, психопатология). Наиболее частые причины нарушения эрекции — немолодой возраст, тучность, употребление некоторых лекарств, алкоголизм. Некоторые авторы считают, что нарушения эрекции — типичные сексуальные расстройства в культурах Запада; развиваются они в результате повального сексуального невежества на фоне репрессированной и нереализованной сексуальности, различных фобий [21].

Существуют мужчины, у которых нормальная, выраженная эрекция возникает лишь при девиантных формах полового поведения или в результате соответствующих мастурбаторных (или во время

полового акта) фантазий. В судебно-медицинской практике с нарушениями эрекции чаще приходится сталкиваться в случаях виргогамии (девственного брака), при бракоразводных делах, девиантном сексуальном поведении, а также в случаях сексуальных преступлений, особенно со стороны лиц, страдающих парафилиями.

В сексологической практике различают два основных типа эрекции — адекватные и спонтанные. Из наиболее часто встречающихся разновидностей адекватных эрекций И.Ф. Юнда [23] выделяет:

- 1) адекватную полную эрекцию, при которой основные кавернозные тела не сгибаются, величина члена максимальная;
- 2) адекватную неполную эрекцию с обычным по величине половым членом, но главные кавернозные тела поддаются слабому сгибанию;
- 3) адекватную неполную ослабленную эрекцию, при которой член несколько меньше по величине, чем при полной эрекции, а кавернозные тела легко сгибаются во все стороны;
- 4) адекватную прерывистую эрекцию, характеризующуюся тем, что через несколько фрикций наступает почти полное ослабление напряжения полового члена, и акт прерывается без семяизвержения.

В других случаях половой акт не прерывается, так как после короткого отдыха эрекция возобновляется в половых путях женщины, и половой акт может продолжаться. Такая эрекция характерна для инволюционной эндокринной копулятивной дисфункции.

По скорости возбудимости адекватная эрекция разделяется на три вида [23]: быстрая, средняя, медленная.

Первый вид характерен для подростков и молодых мужчин; продолжительность полового акта в таких случаях минимальная (1–2 минуты), возможно и преждевременное семяизвержение, характерны эксцессы.

Второй вид характерен для мужчин 35–55 лет, отличается стабильными, продолжительными актами; эксцессы не характерны.

Третий вид — адекватные эрекции медленной возбудимости наблюдаются в условиях андрогенной недостаточности у молодых и зрелых мужчин, а также в пожилом и старческом возрасте. Половые акты при этом протекают продолжительно, могут наблюдаться прерывистые ослабления эрекции.

Вышеизложенное следует учитывать при предварительном определении возраста преступника, однако здесь есть особенность: употребление алкоголя угнетает эрекции 1-го и 2-го вида, а у лиц с эрекцией 3-го вида происходит стимуляция ее устойчивости и продолжительности. При полном психоматическом здоровье мужчины копулятивная функция обычно сохраняется до глубокой старости [23].

Спонтанные эрекции обычно возникают ночью или под утро. Судебно-медицинскому эксперту относительно спонтанных эрекций стоит ограничиться лишь выяснением наличия или отсутствия их. Отсутствие спонтанных эрекций при нормальном состоянии копулятивной функции может рассматриваться как вариант нормы. При копулятивной дисфункции такой симптом чаще всего указывает на эндокринную дисфункцию [13, 23].

При половом возбуждении во время эрекции из мочеиспускательного канала начинает появляться в небольшом количестве бесцветная прозрачная слизь, предназначенная природой для химической нейтрализации содержимого уретры и облегчающая введение полового члена во влагалище — секрет Куперовых желез.

Особой формой нарушения эрекций является приапизм — стойкая патологическая эрекция полового члена, которая может продолжаться довольно долго, иногда несколько дней и даже недель, сопровождаясь болевыми ощущениями (см. выше). Без врачебного вмешательства приапизм проходит постепенно, оставляя фиброзные изменения тканей кавернозных тел полового члена. В результате этого, половой член может искривляться в какую-либо сторону при эрекции; может развиваться эректильная дисфункция той или иной степени выраженности.

Эякуляция — семяизвержение также является рэфлекторным актом. За выброс спермы отвечает спинной мозг, но его травма не всегда расстраивает эрекцию и эякуляцию. При возникновении соответствующих вопросов необходимо изучение медицинской документации и консультации специалистов. Регуляция акта эякуляции осуществляется симпатическим и парасимпатическим отделами нервной системы и воздействием импульсов, следующих из 12-го грудного — 4-го поясничного и 2–4-го крестцового сегментов спинного мозга. За эрекцию отвечают крестцовые и поясничные отделы спинного мозга [13].

Эякуляторные расстройства, как и расстройства эрекции, относятся к числу наиболее распространенной сексуальной патологии. Нарушения эякуляции подразделяют на следующие виды [21]:

- 1) чересчур преждевременная эякуляция (семяизвержение наступает до начала совершения полового акта в период предварительных сексуальных ласк при отсутствии эрекции полового члена);
- 2) преждевременная эякуляция (семяизвержение наступает непосредственно перед введением полового члена во влагалище);
- 3) слишком ранняя эякуляция (семяизвержение наступает либо непосредственно в момент имиссии полового члена во влагалище, либо после совершения первых фрикций);
- 4) задержка эякуляции (семяизвержение наступает только после длительного, порой изнурительного полового акта);
- 5) сперматорея (истечение спермы происходит вне связи с сексуальным возбуждением и обстановкой полового акта);
- 6) болезненная эякуляция;
- 7) эякуляция без оргазма;
- 8) эякуляторный рефлюкс (семяизвержение наступает, но сперма выводится не наружу, а забрасывается в обратную сторону и попадает в мочевой пузырь).

Наиболее частой причиной возникновения семяизвержений без оргазма является наличие послевоспалительных изменений мужской половой системы. Немаловажную роль при этом играют и возраст человека, и наличие у него сосудистой патологии.

Первые три варианта преждевременной эякуляции могут наблюдаться и без наличия какой-либо патологии у подростков и молодых мужчин в результате сексуального перевозбуждения или длительного воздержания. У подростков семяизвержение может произойти даже при поцелуях, при прикосновении к половым органам, в момент раздевания. В некоторых, патологических случаях семяизвержение может происходить без появления эрекции, но чаще в таких случаях речь идет о сперматорее вследствие пареза семявыносящих путей или сфинктеров. В таких случаях семенная жидкость подтекает постоянно или часто, иногда выделяются лишь продукты придаточных желез, без сперматозоидов.

Задержка семяизвержения относится к редко встречающимся эякуляторным расстройствам и может быть обусловлена как органичес-

кими, так и психическими причинами. Одной из причин нарушения эякуляторной функции является алкоголизация или наркотизация.

По данным З. Старовича [21], эякуляторные расстройства отмечаются у 71 % алкоголиков, у 85 % наркоманов и лишь у 16 % мужчин из контрольной группы. Старение мужчин ослабляет, но не препятствует репродуктивной функции. Продукция спермы после наступления 40-летнего возраста уменьшается, но сохраняется даже у 80–90-летних мужчин.

Если со стороны половых органов свидетельствуемого нет никаких отклонений от анатомической и физиологической нормы, следовательно, нет никаких доказательств неспособности совершать им половые акты. Вывод о способности совершать половые акты можно сформулировать следующим образом:

«Каких-либо отклонений от анатомической и физиологической нормы со стороны половых органов свидетельствуемого не обнаружено. Совершать половые акты свидетельствуемый способен».

Можно сформулировать вывод иным образом — «морфофункциональных препятствий к совершению половых актов нет», что будет более верным, так как к возникновению эректильных дисфункций могут приводить различные причины, связанные с конкретными ситуациями или психической деятельностью, сексуальным самосознанием.

В любом другом случае, при обнаружении отклонений от нормы со стороны половых органов и эндокринной сферы, необходимы консультации соответствующих специалистов.

УСТАНОВЛЕНИЕ СПОСОБНОСТИ К ОПЛОДОТВОРЕНИЮ

Способность к оплодотворению устанавливается способом, указанным в соответствующем разделе Приказа МЗ РФ № 161. Необходимость судебно-медицинской экспертизы способности лиц мужского пола к оплодотворению возникает не только при возбуждении уголовных, но и гражданских дел. Разрешение этого вопроса обязательно при установлении достижения половой зрелости, иногда при установлении отцовства.

При судебно-медицинской экспертизе способности к оплодотворению предусмотрено получение эякулята путем мастурбации (п. 4.2.2.5. Приказа № 161). Для правильной диагностики бесплодия, а не только при каких-либо отклонениях от нормального значения спермы, необходимо исследовать именно эякулят, а не секрет, добытый при массаже простаты и семенных пузырьков [3, 13, 23]. В судебно-медицинской практике эякулят следует получать мастурбаторным путем под контролем эксперта. При отсутствии жесткого контроля врача доказательным является лишь метод Гусарова — «остаточной капли» (п. 4.2.2.7. Приказа № 161).

Указание Приказа № 161 на недопустимость получения спермы от несовершеннолетних самым простым и привычным для них путем — мастурбаторным можно объяснить живучестью пуританских воззрений. Регламентированный массаж предстательной железы и семенных пузырьков несовершеннолетних для многих, вероятно, менее приемлем из-за ассоциации с анально-генитальным контактом и комплекса весьма специфичных ощущений, нередко с положительным их восприятием. Кроме того, семенные пузырьки не всегда можно достичь пальцем. При массаже предстательной железы следует ожидать не эякулят, а секрет, который необходимо отделить от мочи путем центрифугирования. Процедура имеет некоторые особенности, не указанные в Приказе № 161, без знания которых можно прийти к недостоверным результатам.

Полное формирование сперматогенеза в норме завершается к 15–16 годам, но способность к оплодотворению может появиться и

значительно раньше. Если свидетельствуемый развит правильно, соответственно возрасту, и по всем остальным признакам должен бы выделять нормальную сперму, но является бесплодным, обязательны консультации специалистов с целью выяснения причины бесплодия, которая, может быть, и не связана с половым созреванием.

Освидетельствование проводится в обычном порядке с детальным исследованием половых органов, с предварительным, тщательным сбором анамнеза. Собирая анамнез, следует уделить особое внимание данным, по которым можно судить о нарушении способности к оплодотворению. Для оплодотворения женщины не обязательно совершение законченного полового акта, бывает достаточно лишь попадание спермы на наружные половые органы (например, затекание после ректального полового акта, семяизвержение при развратных действиях и т.п.). Возможность оплодотворения не исключается даже при значительных дефектах в развитии половых органов мужчины и расстройствах в его половой сфере, при отсутствии одного яичка, лишь была бы сохранена способность выделять нормальную сперму.

И.Ф. Юнда [23] предложил следующую классификацию бесплодия у мужчин:

1. Секреторное бесплодие: А — секреторно-эндокринное (на почве первичной, вторичной и дискорреляционной недостаточности половых желез); Б — секреторно-токсическое (вследствие экзогенной интоксикации).

2. Экскреторное бесплодие: А — экскреторно-токсическое (на почве воспалительной интоксикации семявыносящих путей); Б — экскреторно-обтурационное (при обструкции семявыносящих путей врожденного или приобретенного характера).

3. Сочетанное бесплодие — секреторная недостаточность половых желез разного генеза в сочетании с явлениями обструкции или интоксикации.

4. Прочие формы бесплодия — относительное, аутоиммунное, асперматизм.

И.М. Порудоминский и В.В. Михайличенко [13] асперматизм относят к экскреторному бесплодию.

Таким образом, основными причинами мужского бесплодия являются отсутствие или неправильное течение сперматогенеза,

нарушения свободного прохождения семенной жидкости по семявыносящим путям.

Преклонный возраст также не исключает способности к оплодотворению, но только исследование спермы позволяет решить вопрос о возможности сохранения этой способности.

К диагнозу некроспермии следует относиться очень осторожно, так как он может быть ошибочным. При подозрении на некроспермию необходимы контрольные (2–3 раза) исследования эякулята. В этом плане В.И. Пухнаревич [15] имел чрезвычайно любопытные наблюдения. Так, исследовав сперму более чем у тысячи человек, он лишь в двух случаях обнаружил неподвижных сперматозоидов. В одном из этих случаев в сперме была выявлена добавленная туда свидетельствуемым соляная кислота, второй случай остался неясным. Анализируя другие случаи «некроспермии» и проведя ряд опытов, В.И. Пухнаревич установил, что среди причин ошибочных диагнозов некроспермии наибольшее значение имеют две: получение и хранение спермы в презервативе, а также подогревание спермы до температуры свыше 37 градусов. Иногда эякулят исследовался через 5–15 минут после его получения, но в очень густой сперме, вскоре после эякуляции сперматозоиды часто неподвижны. Лишь по мере разжижения спермы сперматозоиды начинают активно двигаться.

Нагревание сперматозоидов выше 38 градусов губительно для них, да и сперматогенез нормально протекает лишь при температуре на 2–3 градуса ниже температуры тела. Повышенная температура тела (общая или местная) серьезно угнетает сперматогенез, что наблюдается при лихорадочных состояниях, варикоцеле, пахово-мошоночной грыже [13]. Из химических веществ на подвижность сперматозоидов вредно влияет добавление к сперме кислот, особенно неорганических, а также прием внутрь некоторых лекарственных веществ, например хинина [15].

Сперматозоиды легче переносят некоторое понижение температуры среды, чем ее повышение. Так В.И. Пухнаревич много раз наблюдал движение сперматозоидов в сперме, сохранявшейся в стеклянной пробирке при обычной комнатной температуре до 70 и больше часов. В содержимом семенных пузырьков трупов он находил подвижных сперматозоидов через 20–28 и даже 45 часов после наступления смерти. И.Ф. Юнда [23] считает, что при комнатной темпера-

туре в стеклянной пробирке сперматозоиды сохраняют подвижность 12–24 и больше часов. Обычно в комнатных условиях после 5 часов их подвижность уменьшается наполовину. В шейке матки и в маточной трубе подвижность сперматозоидов сохраняется до 48 часов, а в полости матки — до 25 часов.

Естественно, что лучшие результаты дает исследование спермы в ближайшее время после ее получения. Правила судебно-медицинской экспертизы половых состояний мужчин (1968) [14] предписывали исследовать эякулят не позднее трех часов после его получения, но при условии 7–10-дневного воздержания обследуемого от половых сношений. В.И. Пухнарович [15] считал, что достаточно 3–4-дневного воздержания, что сейчас и закреплено Приказом 161. Конечно, при половых эксцессах с множественными семяизвержениями на протяжении одних суток количество эякулята, число сперматозоидов в нем, морфология и подвижность сперматозоидов могут изменяться, иногда приводят к временному асперматизму и азооспермии. Однако то, что для одних считается эксцессами, требующими значительного напряжения функционирования, для других может быть обыденным нормальным явлением. Тем более, что нет никаких оснований доверять свидетельствуемому относительно сроков его воздержания от эякуляций, так как свидетельствуемый часто заинтересован в доказательствах его неспособности к оплодотворению.

В судебно-медицинской практике нельзя доверять и принесенной на экспертизу сперме. Сперму необходимо получать под контролем врача, отследив ее путь до микроскопа во избежание подмены порции спермы, подмешивания в нее химических веществ. Эякулят удобнее всего получить путем мастурбации. Семяизвержение производится в чистую чашку Петри или в пробирку, слегка подогретую до температуры тела для предотвращения «холодового шока».

Если свидетельствуемый отказывается мастурбировать под «неназойливым» контролем врача, можно произвести массаж семенных пузырьков и предстательной железы. Массаж производится указательным пальцем правой руки через резиновую перчатку. Перед массажем уретра промывается путем мочеиспускания. Массаж начинается поглаживающими движениями с прилегающей к предстательной железе дистальной части (шейки) семенных пузырьков, где

расположен семявыносящий проток, постепенно усиливая давление пальца. Только после этого переходят к массажу тела и дна пузырьков вращательными движениями кончика пальца вверх и снаружи.

Семенные пузырьки массируют поочередно по 1–1,5 минуты каждый. Заканчивают массаж семенных пузырьков двумя – тремя давящими движениями сверху вниз по направлению к предстательной железе. Далее массируют предстательную железу, сначала одну, а затем другую долю предстательной железы движениями пальца от периферии к центральной борозде железы. Заканчивают массаж надавливанием на центральную борозду сверху вниз. Продолжительность массажа предстательной железы не должна превышать одной минуты (техника массажа приведена по И.И. Ильину, 1983) [9]. Выделяющийся из уретры секрет собирают на чистое обезжиренное предметное стекло для анализа. Все стекла, применяемые для изъятия доказательств, должны быть чистыми и храниться в смеси Никифорова (спирт пополам с эфиром). Нативный препарат можно посмотреть самому эксперту в висячей или раздавленной капле в темном или затемненном поле. Для лабораторного исследования секрет следует собрать в пробирку.

Нередко секрет не попадает в переднюю уретру и не выделяется из уретры, в таких случаях свидетельствуемый должен выпустить первую мочу в пробирку. Отделение содержимого семенных пузырьков и предстательной железы от мочи производится центрифугированием. После центрифугирования секрет будет располагаться внизу пробирки, а моча сливается.

При мастурбаторной эякуляции без жесткого контроля врача доказательным является лишь метод «остаточной капли», предложенный Гусаровым. Суть этого метода состоит в том, что врач забирает для исследования каплю спермы, оставшуюся после семяизвержения в уретре. Капля выдавливается из мочеиспускательного канала свидетельствуемого проведением пальцем врача по уретральной поверхности полового члена от корня к головке. Указанные манипуляции гарантируют отсутствие подмены спермы, подмешивания к сперме химических веществ. Для правильного подхода к диагностике бесплодия необходимо исследовать именно эякулят, а не секрет, полученный путем массажа, причем эякулят должен быть получен полностью. Однако в судебно-медицинской практике для

выводов о способности к оплодотворению бывает достаточно и «последней капли», или секрета, полученного вышеуказанным способом, если в них не обнаруживается никаких отклонений от нормального значения спермы.

Методика исследования эякулята и нормальные его значения указаны в разделе IV Приказа МЗ РФ № 161 от 24.04.2003 г. Все исследования спермы должны проводиться в лаборатории подготовленными специалистами. При патологических спермограммах необходимы консультации андролога или уролога с более детальным исследованием спермы, иначе выводы судебно-медицинского эксперта о способности к оплодотворению не могут быть категоричными и достоверными.

При малом количестве подвижных сперматозоидов в заключении эксперта (акте судебно-медицинской экспертизы) можно только указывать, что вероятность оплодотворения снижена, но полностью исключить способность к оплодотворению нельзя.

Литература

1. *Авдеев М.И.* Судебно-медицинская экспертиза живых лиц. М.: Медицина, 1968. С. 376.
2. *Бернард В.Г.* О значении смегмы при половых преступлениях // Сб. работ НИИ судебной медицины. М., 1940. С. 88–90.
3. *Васильченко Г.С.* Феноменология сексуальной сферы; Половая жизнь человека; Пубертатный период; Объективное обследование сексологического больного; Семиотика расстройств нейрогуморальной составляющей у мужчин // Сексопатология. М.: Медицина, 1990. С. 11–31; 41–45; 52–55; 145–158; 226–240.
4. *Демченко А.Н., Черкасов И.А.* Диспансеризация и реабилитация лиц с задержкой мужского пубертата. Харьков: МЗ УССР, 1978. С. 19.
5. *Дерягин Г.Б., Сидоров П.И., Соловьев А.Г.* Информированность детей по вопросам пола и сексуальная активность молодежи на европейском Севере России // Сексология и сексопатология. 2003. № 5. С. 33–39.
6. *Загородный П.И.* Физиология и патология половой функции. М.: Медицина, 1976.
7. *Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С.* Функциональная женская сексопатология. Пермь: ТОО «Репринт», 1994. С. 272.

8. *Иллек Я.Ю., Сухих Н.К., Битеев В.Х., Галкин В.Н.* Показатели полового развития юношей с разным соматотипом, проживающих в г. Кирове // Вятский медицинский вестник. 2001. № 1 (8). С. 36–38.
9. *Ильин И.И.* Негонококковые уретриты у мужчин. М.: Медицина, 1983. С. 256.
10. *Имелинский К.* Сексология и сексопатология / Пер. с польск. М.: Медицина, 1986. С. 424.
11. *Кон И.С.* Введение в сексологию. М.: Медицина, 1988. С. 320.
12. *Кришталь В.В., Григорян С.Р.* Сексология. М.: ПЕР СЭ, 2002. С. 879.
13. *Михайличенко В.В.* Физиология мужских половых органов; Эмбриология и пороки развития мужских половых органов // Руководство по андрологии. Л.: Медицина, 1990. С. 19–50.
14. Правила судебно-медицинской экспертизы половых состояний мужчин / МЗ СССР. М., 1968. С. 29.
15. *Пухнаревич В.И.* Определение способности к оплодотворению у мужчин в судебно-медицинской практике // Сб. научных работ по судебной медицине и пограничным областям. М.: Медгиз, 1955. С. 223–226.
16. *Ростошинский Э.Н.* К вопросу определения бывшего полового акта у мужчин // Вопросы травматологии, токсикологии, скоропостижной смерти и деонтологии в экспертной практике. М., 1966. С. 387–389.
17. *Сильницкий П.А.* Задержки полового развития и мужской гипогонадизм // Руководство по андрологии. Л.: Медицина, 1990. С. 275–296.
18. *Скородок Л.М., Савченко О.Н.* Нарушения полового развития у мальчиков. М.: Медицина, 1984.
19. *Смольков В.Т.* О смегме в судебно-медицинском отношении // Сб. трудов Научного общества судебных медиков и криминалистов. Алма-Ата, 1963. Вып. 5. С. 165–167.
20. *Смольянинов В.М.* Половая зрелость // БМЭ. М.: Сов. энцикл., 1962. Т. 25. С. 887–889.
21. *Старович З.* Судебная сексология / Пер. с польск. М.: Юрид. лит., 1991. С. 336.
22. *Шалаев Н.Г.* Судебно-медицинская характеристика повреждений половых органов у подозреваемых в половых преступлениях; О диагностическом значении смегмы как признаке, исключающем недавнее половое сношение у мужчин // Вопросы судебной медицины. Саратов, 1969. С. 154–158.
23. *Юнда И.Ф.* Болезни мужских половых органов. Киев: Здоровье, 1989. С. 272.

**КЛАССИФИКАЦИИ ФОРМ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ
И НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ
ПОЛОВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Глава 1.

**ПОНЯТИЕ «ПОЛ», ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ
НАРУШЕНИЯ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ И ЗДОРОВЬЯ**

В медицинской и судебной практике возникает необходимость объективной оценки половой принадлежности конкретного человека. Дело в том, что по внешним признакам этого с достаточной гарантией сказать нельзя. Человек с женской внешностью может иметь мужской генетический пол, и наоборот. С другой стороны, половая самоидентификация также может полностью не соответствовать соматическим признакам пола.

Выделяют следующие основные компоненты, определяющие пол:

- 1) генетический;
- 2) гонадный;
- 3) гормональный;
- 4) соматический (морфологический);
- 5) церебральный пол (половая дифференциация головного мозга);
- 6) гражданский;
- 7) паспортный;
- 8) воспитательный;
- 9) психологический (половая аутоидентификация, направленность полового влечения).

Пять первых компонентов определяют понятие биологического пола, четыре последних — социального. При выяснении вопроса о половой принадлежности бывает весьма сложно решить, какие компоненты доминируют [1, 5].

Генетический пол предопределяется набором половых хромосом (XX — у женщин и XY — у мужчин). При нарушении числа половых хромосом или дефекта их структуры возникает патология формирования гонад (агнезия и дисгенезия гонад).

Гонадный пол формируется под влиянием соответствующего набора хромосом, которые и определяют, кто будет развиваться из изначально двуполового, морфологически бисексуального эмбриона — лицо мужского или женского пола. Гонадный пол обуславливает продукцию яйцеклеток или сперматозоидов. Гонады являются основным источником половых гормонов, поэтому они определяют и гормональный пол. Патология формирования гонад отражается на гормональной насыщенности организма.

Гормональный пол известный сексолог Джон Мани подразделяет на: 1) внутриутробный и 2) периода полового созревания. Гормональный пол характеризуется уровнями андрогенов и эстрогенов, которые, в свою очередь, формируют соматический (морфологический) пол человека. Половые органы зародыша продуцируют половые гормоны и очень чувствительны к влияниям извне. Мужской эмбрион более уязвим к внешним воздействиям, т. е. к изменениям во внешней среде, к стрессам, которые испытывает женщина во время беременности, к препаратам, сильнодействующим и токсическим веществам, которые она принимает. Нарушение гормонального баланса оказывает существенное воздействие на развитие головного мозга эмбриона, его дифференциацию по мужскому или женскому типу, что в дальнейшем будет влиять на сексуальное влечение и сексуальное поведение человека.

Эстрогены ведут к феминизации организма, с проявлением соответствующего фенотипа, частью которого является женский тип телосложения, жировотложения, лобкового оволосения (горизонтальный уровень роста волос на лобке, без признаков восхождения волос к пупку). У лиц мужского пола женский тип оволосения является нормальным явлением в пубертатном периоде, а в зрелом возрасте указывает на андрогенную недостаточность.

Повышенный уровень андрогенов, что может быть и у женщин, вызывает маскулинизацию с развитием скелетной мускулатуры, мужского типа телосложения, мужского типа лобкового оволосения (верхняя граница волос имеет форму пирамиды, с захождением на

живот по направлению к пупку), рост волос на лице, груди, бедрах и голени. Однако здесь следует учитывать, что на указанный тип оволосения тела большое влияние оказывают расовые признаки. Например, лица, имеющие генетические корни в Передней Азии, в любом случае, по наличию и густоте оволосения на теле будут резко отличаться от монголоидов, коренных северян европеоидного происхождения, не имеющих выраженного оволосения туловища и конечностей. Кроме того, анрогенное влияние заметно сказывается на рост хрящей гортани с изменением голоса на низкий, при этом у лиц мужского пола происходит развитие мошонки и кавернозных тел полового члена, у лиц женского пола увеличивается клитор, вплоть до пенисообразного.

Уровень половых гормонов у молодых людей подвержен значительным суточным и циклическим колебаниям, более того, он подвержен ситуационно-психологическим воздействиям, что наблюдается как у людей, так и у животных. Например, у конкурирующих самцов уровень тестостерона растет, но стоит одному из самцов оказаться побежденным, как уровень тестостерона у него резко падает, что позволяет ему выбрать другой стиль поведения, и, в конце концов, остаться живым, заняв в стаде иную нишу.

Гормональный пол не всегда соответствует фенотипу, что, например, наблюдается при синдроме тестикулярной феминизации. Препубертатный или пубертатный гипогонадизм ведут к недоразвитию вторичных половых признаков и половых органов, препятствуют нормальному формированию скелета, в результате чего развиваются евнухоидные признаки со стороны скелета и голоса. Проявления гормонально обусловленной патологии развития пола могут быть самые различные. В таких случаях при проведении экспертизы к ней необходимо подключить специалистов соответствующих профилей (эндокринолога, уролога или гинеколога и т.д.).

Соматический (морфологический) пол — совокупность строения половых органов и развития вторичных половых признаков, характерных для данного биологического пола. Внешне пубертатный период у девушек, в целом, наступает раньше, чем у мальчиков примерно на три года, но фактически половое созревание, по сравнению с мальчиками у них более затягивается. Вторичные половые признаки у мальчиков развиваются на более позднем этапе в срав-

нии с девушками, но по репродуктивным функциям; в целой своей массе, лица мужского пола взрослеют раньше. Причем во многих культурах, в том числе и в России, мальчики достоверно раньше начинают половую жизнь, чем девушки, о чем будет сказано ниже, в главе, посвященной половому поведению молодежи.

Церебральный пол. Процесс формирования церебрального пола получил название — *половая дифференциация головного мозга*. К концу третьего месяца жизни, максимум, в начале четвертого месяца, зародышевые половые гормоны оказывают мощное воздействие на головной и спинной мозг эмбриона, дифференцируя их по мужскому или женскому типу, что впоследствии будет сказываться на продукции женских или мужских половых гормонов, на работу функциональных механизмов. В результате отдельные структуры мозга, в частности гипоталамус, формируются различным образом у мужчин и женщин. Важно заметить, что в функции гипоталамуса входит контроль деятельности гипофиза. А гипофиз, в свою очередь, оказывает контролирующее воздействие на гормональную секрецию всех остальных желез внутренней секреции у человека. Хотя сам гипоталамус секретирует лишь несколько гормонов, но, по сути, регулирует всю гормональную активность организма человека благодаря контролю над гипофизом. Кроме того, сексуальное поведение мужчин и женщин связано с деятельностью промежуточного ядра передней доли гипоталамуса, а его размеры у мужчин с маскулинным поведением больше, чем у мужчин с феминным поведением или гомосексуалов. Существуют и другие отличия, например, мужской мозг более латерализован, чем женский, через мозолистое тело головного мозга мужчины проходит меньше связей, соединяющих оба полушария и т.д. [1, 2].

Гражданский пол определяется при рождении ребенка по первичным половым признакам, изредка ошибочно. Он, как правило, подтверждается *паспортным* полом.

Пол по воспитанию иногда может не соответствовать морфологическому полу, половой дифференциации головного мозга ребенка. Он обычно формируется в соответствии с гражданским полом, но может быть и как своеобразная «причуда» родителей, а также являться следствием специфических культуральных традиций, когда мальчика сознательно воспитывают как девочку, например при бердачизме.

В дальнейшем происходит становление полового самосознания и психосексуальной ориентации, полоролевого поведения, что не всегда зависит от воспитания. Благодаря влиянию многих факторов формируется *психологический (социальный) пол*, который может полностью не соответствовать биологическому полу или соответствовать ему лишь частично, входить в противоречие с половой принадлежностью «по паспорту».

В отличие от животных, люди обычно обладают отчетливым или частичным осознанием своей принадлежности к мужскому или женскому полу по анатомическому строению тела. Дело усложняется при осознании несоответствия своих сексуальных потребностей своему социально одобряемому биологическому предназначению в качестве воспроизводителя потомства, что бывает при гомобисексуальности, транссексуальности. Внутреннее восприятие своего социального пола обозначается как гендерная идентичность, при этом под гендером узко понимается социальный, а не биологический пол.

В принципе, гендер — это социокультурный термин, обозначающий социальные аспекты взаимоотношений между полами. В психологии и сексологии под этим термином понимают психологические и поведенческие характеристики, связанные с маскулинностью или феминностью, отличающие женщин от мужчин. Внешнее, публичное выражение гендера называется гендерной ролью. Социально детерминированные роли идентичности и сферы деятельности мужчин и женщин зависят не от морфологических половых различий, а от «нормативных» предписаний культуры, общества. Гендерная идентичность вырабатывается в результате сложного взаимодействия природных задатков человека и соответствующей гендерной социализации. Все начинается еще в утробе матери, когда гормональные влияния оказывают существенное и необратимое влияние на мозг плода, что отразится на гендерной идентичности в период полового созревания. В каждой культуре присутствуют свои, характерные или специфичные гендерные стереотипы, поэтому по внешнему виду нельзя со стопроцентной гарантией определить гендерный пол человека [1, 4].

Необходимый аспект психосексуального развития ребенка — половая социализация. При этом ребенок — не пассивный объект

половой социализации. Опираясь на собственные наблюдения жизни взрослых и сверстников, собственный жизненный опыт и собственное подсознание, проявляющее его биологические задатки, он выбирает из предлагаемых ему образцов свою половую идентификацию, соответствующую его самосознанию и самооценке.

Следует подчеркнуть, что половая идентичность не является делом свободного выбора или воспитания, так как имеет жесткие биологические предпосылки. В качестве примера можно рассмотреть случай, описанный Gorman С. и Peyser М. в 1997 году:

В 1963 году в США половой член одного из мальчиков-близнецов в процессе неправильного обрезания был необратимо поврежден. Медики посоветовали родителям хирургически удалить у мальчика яички и изменить гениталии в сочетании с приемом эстрогена, чтобы он мог быть воспитан как девочка. Была проведена операция по формированию женского пола. Ребенок стал воспитываться как девочка. Его одевали в женское платье, дарили кукол и обучали исключительно девичьим манерам, но он срывал с себя украшения, отказывался от кукол, предпочитал играть с мальчиками, а вместо косметики подражал тому, как бреется отец. В школе, будучи вынужденным одеваться как девочка, ребенок мочился стоя, и девочки из школы в конце концов вынудили ее (его) пользоваться мужским туалетом.

В 12 лет «девочке» стали делать инъекции эстрогенов, в результате чего у нее начали расти груди, молочные железы, но ребенок отказался продолжать эти процедуры, и у него появились мысли о самоубийстве. В 14 лет «девочка» заявила, что так больше жить не может и хочет стать мальчиком. Потрясенный отец рассказал правду. К его удивлению, ребенок был счастлив, в его сознании все стало на свои места, и он стал стремиться к повторной идентификации себя в качестве мужчины. Пройдя через сложную операцию, он вступил в брак с женщиной и усыновил ее детей от первого брака.

Надо сказать, что в процессе половой идентификации слишком жесткие полоролевые стереотипы обычно не оправдываются. Например, гипертрофированная ориентация только на победу в любом деле часто оборачивается фрустрацией из-за несоответствия притязаний реальным достижениям, что, как правило, невротизирует человека, вгоняет его в психо-соматическую патологию, нередко с печальным исходом.

Люди обычно, так или иначе, демонстрируют окружающим свою мужскую, женскую или бисексуальную идентичность, напри-

мер, своими высказываниями, поведением, внешностью и т.п. При гомозотизме или транссексуализме человек может испытывать конфликт между гендерной идентичностью и гендерной ролью. Одни люди однозначно принимают свою половую идентичность, другие чувствуют себя в ней неуютно и дискомфортно. В этом случае человек не может принять свой пол, испытывая гендерную дисфорию. Это состояние, при котором индивид не может принять свой половой статус и испытывает острую неудовлетворенность им. Гендерная дисфория может иметь разные причины, внешние проявления и длительность. Самая глубокая, всеобъемлющая форма гендерной дисфории — транссексуализм — означает, что человек полностью отвергает свой половой статус и добивается его перемены, включая соответствующую хирургическую операцию, смену паспортного пола и т.д.

Тем не менее, биологически архетип человека определяется как бисексуальный (двуполой). Биологически каждая личность содержит в себе зачатки обоих полов, в любом возрасте имеется возможность развития или регресса организма в сторону того или иного морфологического пола.

В плане воспроизводства женский организм оказывается базовым, консервативным, более устойчивым к влияниям внешней среды, своего рода хранителем генетической памяти вида. Например, для того, чтобы из зародыша с мужским генотипом развился мужской организм — необходимы значительные энергетические усилия (активация специального участка Y-хромосомы, запуск цепи гормональных реакций, направленных на развитие мужских половых органов и редукцию зачаточных женских и прочее), тогда как женский организм развивается как исходная данность. В мужских особях проявляется поисковая активность природы. Все новые эволюционные признаки вначале возникают у самцов, а затем лишь передаются в поколения и закрепляются в женских особях как нечто базовое. Именно поэтому у самок обычно сохраняется больше архаичных рудиментарных признаков, а мужчины более склонны к развитию парафилий, которые биологически оправданны с эволюционной точки зрения, экспериментальны, но часто входят в противоречие с социальными нормами [2].

Основные формы нарушения полового развития. Формы патологии полового развития можно разделить на:

- внутриутробные,
- препубертатные,
- пубертатные,
- постпубертатные.

В зависимости от звена поражения клинические формы патологии развития делят на нарушения генетические (патология половых хромосом), гонадные (патология формирования и развития гонад), гормональные (патология биосинтеза гормонов и патология чувствительности тканей к половым гормонам, гипоталамо-гипофизарные нарушения регуляции гонадотропной функции).

Вся патология внутриутробного полового развития до 20-й недели может быть объединена в понятия различных форм ложного мужского и женского гермафродитизма и интерсексуализма, встречающихся относительно редко, требующих привлечения к проведению экспертизы многих специалистов, поэтому подробно здесь нами не рассматриваемых.

Под гермафродитизмом понимают врожденную патологию полового развития, при которой в строении наружных половых органов наблюдаются черты двуполости. Различают истинный и ложный гермафродитизм. При истинном гермафродитизме у человека одновременно имеется мужская и женская половые железы (овотестис). Строение наружных половых органов в этом случае может характеризоваться разнообразными переходными формами от женского до мужского типа строения. Ложный гермафродитизм (мужской или женский) характеризуется наличием половых хромосом и половых желез какого-либо одного пола, в то время как наружные и внутренние половые органы имеют строение противоположного пола (бисексуальное развитие). При ложном мужском гермафродитизме наружные половые органы представляют собой либо женский допубертатный тип строения, либо черты незавершенной маскулинизации. В случаях ложного женского гермафродитизма отмечаются повышение уровней андрогенов, маскулинизация наружных половых органов и внешнего облика — пенисообразный клитор, мошонкообразные половые губы, мужские черты лица, мужское строение скелета, рост усов и бороды.

Интерсексуализм — понятие более широкое. В него включаются нозологические формы, при которых имеется расхождение между основными компонентами, составляющими понятие «пол», хотя строение наружных гениталий при рождении не вызывает сомнений в половой принадлежности. Эти формы диагностируются обычно в пубертатном возрасте на основании отсутствия или несоответствия развития вторичных половых признаков определенному при рождении полу [3].

Патология полового развития препубертатного и пубертатного периодов обычно выражается в задержке или ускорении полового созревания. В норме пубертатный период начинается не ранее 8–10 лет и заканчивается к 16–18 годам. Появление вторичных половых признаков у девочек ранее достижения 8-летнего возраста, а у мальчиков — 10 лет расцениваются как преждевременное половое развитие. Оно может быть обусловлено либо патологией надпочечников, либо половых желез (как правило, гормонопродуцирующими опухолями). Преждевременный пубертат или незавершенность полового созревания позднее 18 лет являются признаками патологии. Патология темпа полового созревания нередко характеризуется отклонениями со стороны психики, поэтому иногда целесообразно назначение судебно-психиатрической экспертизы.

Патология пола, проявляющаяся у зрелых лиц, выражается либо снижением репродуктивных возможностей, ослаблением выраженности вторичных половых признаков, либо проявлением гетеросексуальных признаков (феминизация мужчин и вирилизация женщин). Причинами этого могут быть поражения половых желез (травматические, воспалительные, опухолевые) или вторичное гормонально обусловленное нарушение их функции при заболеваниях гипофиза, гипоталамуса.

Первичные и вторичные нарушения сексуального здоровья у мужчин и женщин разнообразны. Судебным медикам и юристам необходимо знание основных из них, в первую очередь для преломления в криминалистическом плане. Для облегчения задачи изучения расстройств сексуального здоровья мы свели наиболее важные формы патологии в таблицы 1 и 2.

Нарушения сексуального здоровья у мужчин, имеющие криминалистическое значение

Форма нарушения	Проявления
1. Паторефлекторная форма сексуальной дисфункции	Расстройства потенции, обусловленные ситуационными моментами, например, эмоциональным напряжением, внезапно возникшим сильным внешним раздражителем. При сексуальном насилии эти обстоятельства могут быть причиной невозможности совокупления или его внезапного прекращения.
2. Абстинентная форма сексуальной дисфункции	Расстройство потенции обусловлено длительным половым воздержанием. У молодых мужчин при изнасиловании возможно преждевременное семяизвержение, а у немолодых — отсутствие эрекции или ее явное ослабление с отсутствием семяизвержения.
3. Конституционно-генетическая форма сексуальной дисфункции	В результате врожденного нарушения нейрогуморальной регуляции половых функций, имеются низкие половая потребность и активность, узкий диапазон сексуальной приемлемости, слабая половая конституция, феминизация пропорций тела. Могут быть склонны к сексуальным контактам с детьми из-за психологических затруднений в общении со взрослыми. Асоциальные личности имеют склонность к сексуальному насилию в результате подсознательной потребности доказательства своей мужской состоятельности.
4. Сексуальный фобический невроз	Сексуальные фобии проявляются навязчивыми страхами, например, полового акта, потери эрекции, преждевременной эякуляции, «ужасных» последствий онанизма, сексуальных девиаций и т.п. В результате указанных проблем некоторые из таких людей могут быть склонны к сексуальным контактам с детьми.
5. Невроз ожидания	Фобический невроз с навязчивым опасением неудачи при половом контакте со зрелым половым партнером. Невроз может приводить к развитию виргогамии с заместительными формами половой активности, например, с детьми.
6. Эропатическая форма сексуальной дисфункции	По разным причинам происходит сублимация сексуальной энергии в творческую деятельность или карьеру. Человек много работает, сексуально-эротическая мотивация поведения уходит на второй план, что, так или иначе, нарушает супружеские взаимоотношения. Полороловое поведение, как правило, маскулинное или даже гипермаскулинное. Тип сексуальной мотивации обычно гомеостатизирующий или шаблонно-регламентированный. Мотив сексуального контакта — снятие полового напряжения.

Форма нарушения	Проявления
	Гомеостабилизирующий тип сексуальной мотивации для получения психосексуальной разрядки в комбинации с алкоголизацией для снятия психоэмоционального напряжения способен приводить к ненормативным сексуальным контактам и сексуальным деликтам.
7. Инволюционная форма сексуальной дисфункции	С началом биологического увядания сексуальное влечение мужчин трансформируется в сторону угасания стремлений к физиологическим коитусам. Эрекция неустойчивая, эякуляция задерживается. У асоциальной, агрессивной личности на первый план начинают выступать деструктивные черты характера (см. гл. «Деструктивная сексуальность»)
8. Сосудистая форма сексуальной дисфункции	Склеротическое поражение артерий ведет к ослаблению эрекций, периодическому нарушению эякуляций. Эрекция обычно длится недолго, может пропасть во время полового акта.
9. Патологическая мастурбация	(см. гл. «Судебно-медицинские аспекты мастурбации»)
10. Сексуальная дисфункция вследствие патологии гипоталамуса	Причины патологии и ее проявления различны. Развивается гипогонадизм. Характерны задержка полового развития, скудное оволосение на лице, оволосение лобка по женскому типу, небольшой диаметр околососковых полей, небольшие размеры полового члена и яичек.
11. Сексуальная дисфункция вследствие гипоталамо-гипофизарной патологии	Причины поражения гипоталамуса различны. В патологический процесс вовлекаются и другие эндокринные железы. Возникает ожирение. Половое созревание задерживается. Имеются проявления пограничных психических аномалий с психосексуальной неудовлетворенностью.
12. Сексуальная дисфункция вследствие патологии гипофиза	<p>1. При гипофизарном нанизме (микросомии) рост карликовый, половые органы резко недоразвиты, мошонка без пигментации и складчатости, вторичные половые признаки чаще отсутствуют. Сексуальное влечение появляется поздно, обычно лишь на фоне лечения. Отцовство возможно лишь в крайне редких случаях.</p> <p>2. При акромегалии изменяется внешний облик с расширением и утолщением кистей и стоп. Отмечается непропорционально большой череп с большим и непропорциональным лицом, выдвинутой вперед нижней челюстью, большим языком. Характеризуется ускорением темпа полового созревания, повышением либидо, но в дальнейшем также быстро прогрессирует ослабление полового функционирования.</p>

Форма нарушения	Проявления
	3. Гигантизм характеризуется преждевременным половым созреванием, пропорциональным ростом, но в зрелом возрасте проявляются диспропорции скелета, развивается гипогонадизм с присущими ему признаками.
13. Сексуальная дисфункция вследствие нарушения функции надпочечников	Характеризуется различными нарушениями соматосексуального и психосексуального развития.
14. Сексуальная дисфункция вследствие патологии половых желез	<p><i>Гипогонадизм</i> — состояние, характеризующееся снижением функции половых желез. Проявляется недоразвитием вторичных половых признаков, половых органов, снижением сексуальных и репродуктивной функций. Первичный гипогонадизм развивается при поражении яичек, может быть врожденным или приобретенным (травма, опухоль, инфекционное поражение яичек, наличие крипторхизма). Вторичный возникает при поражении желез внутренней секреции, в результате чего появляется недостаток биохимической стимуляции половых желез (см. главу «Некоторая патология мужских половых органов»).</p> <p>Эмбриональный и допубертатный гипогонадизм характеризуется отсутствием или слабой выраженностью вторичных половых признаков, развитием евнухоидизма. Оволосение лобка, лица, подмышечных впадин по женскому типу, слабое или отсутствует, голос высокий, «писклявый», ноги длинные при относительно коротком туловище с трохантерным индексом ниже 1,84, наружные половые органы небольших размеров. Имеется задержка психосексуального развития (см. главу «Судебно-медицинские аспекты полового созревания лиц мужского пола»).</p> <p>При постпубертатном гипогонадизме происходит регресс вторичных половых признаков, уменьшение размеров яичек, ослабление эрекции, снижение или инверсия либидо относительно пола и возраста объекта влечения. Может появляться склонность к психосексуальному удовлетворению «нестандартными» способами.</p>
15. Сексуальные дисфункции вследствие органических поражений нервной системы	Могут быть дисфункции в результате органических поражений головного мозга, спинного мозга, периферической нервной системы. Их причины и проявления разнообразны. В необходимых случаях требуется подключение к производству судебно-медицинской экспертизы специалистов соответствующего профиля.

Форма нарушения	Проявления
16. Сексуальные расстройства при психопатиях	Они могут быть тесно связаны с личностью, устойчивыми по времени (континуальными) или лишь включаться в психопатию при декомпенсаторных ее проявлениях (дискретные). Например, первичные или вторичные сексуальные расстройства изначально не связаны с психопатией, но ее наличие накладывает на имеющиеся расстройства свой отпечаток, как и их наличие включается в картину психопатии.
17. Сексуальная дисфункция при психопатии эпилептоидного типа	Отмечаются раннее психосексуальное созревание, с ранними мастурбаторными фантазиями, нередко мстительно-садистского плана, склонность к мастурбаторным эксцессам, лидерству, агрессии и садизму. Патология усугубляется неблагоприятными социальными условиями жизни. В состоянии психического дискомфорта возможны проявления жестокости по отношению к окружающим или животным. Акты агрессии доставляют психофизиологическую разрядку, сопровождаются положительными эмоциями, к которым постепенно присоединяется сексуальный компонент. Более половины таких психопатов начинают половую жизнь в 12–13 лет. Они склонны как к гетеро-, так и к гомосексуальному насилию, причем деликты сопровождаются чрезмерной жестокостью. Социальные стереотипы допускают гомосексуальные контакты со стороны психопатов лишь в роли активных агрессоров, так как это поведение воспринимается как мужское. Подростки всегда считают себя гетеросексуалами, ведут себя гипермаскулинно и эгоистично, повторяя упрощенные поведенческие схемы, принятые в люмпен-пролетарской среде. Мотивами сексуальных актов, асоциального поведения и деликтов является самоутверждение, поэтому пол и возраст объекта сексуального насилия не имеет существенного значения.
18. Сексуальная дисфункция при истероидной психопатии	Характерны психосексуальный инфантилизм, промискуитет и нарциссизм. Поведение в обществе подчеркнуто гипермаскулинное. Подростковые и юношеские гетеросексуальные неудачи формируют поведение, избегающее гетеросексуальных контактов, к платоническому фантазированию, формированию нарциссизма с аутоэротизмом и фетишизма, проявлению гомоэротизма. Сексуальное самоутверждение может проходить через агрессивное подавление партнера.

Форма нарушения	Проявления
19. Сексуальная дисфункция при психоастении	Характеризуется ранним пробуждением либидо при задержке психосексуального развития в результате психогенных и социогенных влияний пуританской среды. Возникают обсессивные сексуальные фантазии с их реализацией в интенсивной мастурбации, вплоть до патологической, так как коммуникативные свойства таких лиц снижены. Таким подросткам и мужчинам свойственны феминное поведение, мнительность и нерешительность с избеганием гетеросексуальных контактов. Гетеросексуальные неудачи способны направлять влечение на партнеров своего пола, с которыми легче установить межличностные отношения.
20. Сексуальная дисфункция при астенической психопатии	Характеризуется слабой половой конституцией с поздним пробуждением либидо, низкой сексуальной активностью, но с ускоренным интеллектуальным развитием. Поведение часто феминное или интерсексуальное. Мастурбаторная практика предпочтительна, но без выраженного фантазирования. Интерес к активным мальчишеским играм со сверстниками обычно отсутствует или ослаблен из-за остракизма ввиду явного отличия поведения таких субъектов от маскулинных схем. Гораздо легче устанавливаются отношения с младшими мальчиками. Из-за развитого интеллекта начинают осознаваться изначально заложенные гомозротические тенденции. При примирении с собственным гомозротизмом предпочитается пассивное положение в партнерской паре. Нередко возникает педофильная направленность влечения.
21. Сексуальная дисфункция при психопатии шизоидного типа	Характеризуется аутизмом, чрезмерной робостью, застенчивостью и чувствительностью при равнодушии к проблемам других, эмоциональной холодности. Имеется сочетание внешне демонстрируемой асексуальности, и гиперсексуальных внутренних потребностей. Ввиду нарушения игровой коммуникации со сверстниками, сексуальные игры у большинства таких лиц переносятся на более поздние сроки, легче реализуются в однополой среде. Однако гомосексуальное поведение чаще всего имеет ситуационный или транзиторный характер, так как есть стремление к формальному следованию социальным стереотипам, т. е. к маскулинному гетеросексуальному поведению независимо от истинной психосексуальной ориентации, которая может быть любой.

Форма нарушения	Проявления
22. Сексуальные расстройства при алкоголизме	Характерны эректильные и эякуляторные дисфункции, гормональный дисбаланс, ведущий уже во II стадии к некоторой фемининизации организма, дисгармония партнерских отношений. Появляется асоциальность при реализации сексуальных потребностей, растормаживаются обычно подавленные «Сверх-Я» арханчные сексуальные потребности (садизм, гомосексуальность и пр.). Сексуальная неудовлетворенность ведет к присмму новых доз алкоголя и еще более усиливается по типу «замкнутого круга», что может привести к делинктам при большой вероятности неразличения сексуального объекта по полу и возрасту.

Различные сексуальные дисфункции могут возникать при разнообразных неврозах и психических заболеваниях. Здесь всегда необходимо проведение судебной психиатрической экспертизы. Следует лишь предостеречь от распространенного в нашем обществе стремления (в том числе и со стороны психиатров) приписывать наличие каких-либо сексуальных девиаций (например, любовь к групповому сексу, орально- или анальногенитальным контактам, гомосексуальное поведение и пр.) к неоспоримым проявлениям психической патологии. Наличие такого стремления берет свои истоки в пуританстве и тоталитаризме, может привести к следственным и судебным ошибкам, противоправным действиям введенных в заблуждение лиц.

Таблица 2

Первичные нарушения сексуального здоровья у женщин, имеющие криминалистическое значение

Форма нарушения	Проявления
1. Агенезия гонад	Формирование половой системы независимо от кареотипа происходит без участия гонад, в результате чего наружные половые органы у женщин похожи на детские, влагалище, матка и ее придатки рудиментарны, вторичные половые признаки отсутствуют. Характерны высокий рост, евнухоидное строение тела, трохантерный индекс ниже 1,85; менструаций при отсутствии лечения нет, имеется стойкое бесплодие.

Форма нарушения	Проявления
2. Синдром Шерешевского – Тернера	Патология генетическая. Без лечения вторичные половые признаки не развиваются, менструации не появляются, молочные железы не формируются. Оволосение на лобке скудное, матка, яичники, малые половые губы, девственная плева, влагалище и клитор недоразвиты. Промежность высокая, большие половые губы мошонкообразные, рост низкий, трохантерный индекс выше 2,0. Некоторые больные имеют гипертрофию клитора с маскулинным характером оволосения тела. Имеется стойкое бесплодие.
3. Синдром дисгенезии яичников	Различают две формы: дисгенезию нефункционирующих и дисгенезию функционирующих яичников. Первая характеризуется резким отставанием в пубертатный период в развитии от сверстников, отсутствием вторичных половых признаков и менструаций, молочные железы не увеличиваются, внутренние половые органы инфантильные. В дальнейшем и без того неразвитые гонады склерозируются, зачатие невозможно. Вторая форма протекает более мягко, но имеется задержка полового созревания, некоторый инфантилизм половых органов, бесплодие.
4. Синдром Майера – Рокитанского – Кюстера	Врожденное отсутствие влагалища и матки.
5. Врожденный адреногенитальный синдром	Вирильная форма синдрома в результате дисфункции коры надпочечников приводит к патологически раннему половому созреванию в возрасте до 12–14 лет, после чего девочки перестают расти, и остаются низкорослыми, молочные железы не развиваются, происходит маскулинизация с огрубением голоса и оволосением по мужскому типу. Наружные половые органы напоминают несколько мужские с пенисообразным клитором и мошонкообразными большими половыми губами. Постоянное гормональное лечение может способствовать фемининизации, вплоть до появления ранее отсутствовавших менструаций и даже способности к зачатию.
6. Нарушения темпов полового созревания	См. ниже.

Многообразные вторичные нарушения сексуального здоровья у женщин могут быть обусловлены наличием эндокринных заболеваний, органических поражений нервной системы, психической патологией. Здесь могут быть проявления как гиперсексуальности, так и гипосексуальности с искажением психического восприятия и субъективной интерпретации действительности, что чревато неверной оценкой такими лицами событий, асоциальным поведением лиц женского пола, наветами с их стороны на невиновных. При подозрении на наличие соматогенной или психогенной сексуальной патологии у женщин необходимо проведение комплексных судебных экспертиз с привлечением не только судебных медиков, но и иных специалистов, в первую очередь гинекологов, эндокринологов, психиатров.

Литература

1. *Бутовская М.Л.* Тайны пола. Мужчина и женщина в зеркале эволюции. Фрязино: Век 2, 2004. С. 368.
2. *Бухановский А.О., Андреев А.С.* Структурно-динамическая иерархия пола человека. Ростов н/Д.: Феникс, 1993. С. 152.
3. *Кирпатовский И.Д., Голубева И.В.* Патология и коррекция пола. М.: Изд-во РУДН, 1992. С. 229.
4. *Кон И.С.* Ребенок и общество. М.: ACADEMIA, 2003. С. 335.
5. *Кришталь В.В. Григорян С.Р.* Сексология: Учеб. пособие. М.: ПЕР СЭ, 2002. С. 879.

КЛАССИФИКАЦИИ ФОРМ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ

Каких-либо общепринятых классификаций форм половой жизни, полового поведения и половых расстройств не существует. Классификации сексуальных расстройств, обычно применяемые в клинической деятельности урологов, гинекологов и психиатров, отражают соответствующую специфику специальностей, во многом противоречивы и всегда дают поводы для их критики. Если попытаться свести их воедино, то будет выполнена задача запутывания читателя и отвращения его от данного труда. Для нас же важно и несомненно, что все формы полового поведения можно подразделить на:

- относительно объекта влечения;
- относительно возраста объекта влечения;
- относительно пола объекта влечения;
- по способу реализации сексуальных потребностей.

В группу полового поведения относительно объекта влечения включают: сексуальную зоофилию, фетишизм, трансвестизм и транссексуализм.

Относительно возраста объекта влечения — педофилию, геронто- или граофилию.

Относительно пола объекта влечения — гомосексуализм и бисексуальность, а также гетеросексуальность.

Способов реализации сексуальных потребностей существует много. Среди них выделяются физиологическая и патологическая мастурбация, эксгибиционизм, садомазохизм, визионизм (вуайеризм), эксаудиризм, фроттажизм, скатолалия, салиромания и т.д. Способ сексуальной реализации часто определяется объектом влечения, который фетишизируется.

С исторической точки зрения представляются интересными классификации сексуальных расстройств В.М. Тарновского (1885), З. Фрейда (1914), П.Б. Посвянского (1969), с которыми мы предлагаем ознакомиться в начале этой главы лишь для понимания общей картины, но без подробных комментариев к ним, так как наш труд не

представляет собой работу, относящуюся к судебной сексологии психиатрического профиля. К тому же, история развития судебной психиатрической мысли находится вне нашей компетенции.

Классификация сексуальных расстройств В.М. Тарновского (1885):

А. Извращение полового чувства на почве наследственности:

- врожденное;
- периодическое;
- эпилептическое;
- эротомания;
- сатириазис.

Б. Извращение полового чувства вне влияния наследственности:

- приобретенное половое извращение;
- половое извращение старческого слабоумия;
- половое извращение паралитического слабоумия;
- изменение полового отправления вследствие страдания спинного мозга;
- приапизм.

В. Сложные формы извращенного полового чувства.

Классификация сексуальных перверсий З. Фрейда (1914):

I. Отклонение относительно объекта:

А. Инверсия.

Б. Животные и незрелые.

II. Отклонения по отношению к сексуальной цели:

А) выход за анатомические границы:

- переоценка сексуального объекта;
- сексуальное использование слизистой оболочки рта и губ;
- сексуальное использование заднего прохода;
- сексуальное использование других частей тела;
- несоответствующее замещение сексуального объекта — фетишизм.

Б) остановка (фиксация предварительных сексуальных целей):

- возникновение новых намерений;
- ощупывание и разглядывание;
- садизм и мазохизм.

Классификация сексуальных перверсий П.Б. Посвянского (1969):

I. *Перверситеты*: аномальное, ложное сексуальное поведение, выступающее в роли переходной формы.

II. *Факультативные*, психогенно-функциональные, нажитые перверсии, в том числе ситуационные, или «перверсии по нужде».

III. *Истинные* перверсии, обусловленные конституционально, в основе которых лежат особенности церебральной и нейрогуморальной регуляции.

Клинические формы перверсий:

A. Искажение влечения и способов его удовлетворения, являющееся доведенным до гротеска, иногда и до качественного искажения тех элементов либидо и осуществления половой близости, которые в зачатке или в какой-то форме наличествуют в широкой норме:

1) количественные изменения влечения:

а) усиление полового влечения (сатириазис у мужчин, нимфомания, нимфоманическая фригидность у женщин);

б) ослабление или угасание полового влечения;

2) аутоэротизм: нарцизм, патологический онанизм;

3) алголагии: садизм, мазохизм, садомазохизм;

4) заместительные способы удовлетворения сексуального влечения, при которых сексуальное удовлетворение достигается вне полового акта:

а) вуайеризм (визионизм, миксоскопия);

б) фетишизм (включая пигмалионизм).

B. Сексуальные перверсии, представляющие собой качественное искажение влечения, совершенно чуждое нормальной половой жизни человека:

- эксгибиционизм;

- гомосексуализм (лесбиянство, сафизм у женщин): активный гомосексуализм с «мужской идентификацией», пассивный гомосексуализм с «женской идентификацией»;

- трансвестизм;

- педофилия.

В. Перверситеты:

- инцест;
- донжуанизм;
- содомия;
- фроттеризм;
- парадоксальные формы влечения (геронтофилия, пажизм, псевдолизм).

К. Имелинский [4] в течение двух десятилетий несколько раз изменял классификацию сексуальных расстройств. В русскоязычной монографии 1996 года он следующим образом классифицировал их:

I. Сексуальные дисфункции:

А. Индивидуальные:

- 1) нарушения течения полового акта;
- 2) нарушения оргазма;
- 3) нарушения либидо.

Б. Обоюдные:

- 1) сексуальная дисгармония;
- 2) диспареуния;
- 3) сексуальная аверсия.

II. Сексуальные девиации:

- 1) сексуальные отклонения;
- 2) сексуальные извращения.

III. Симптоматические дисфункции и девиации:

- 1) при психических заболеваниях;
- 2) при соматических заболеваниях.

3. *Старович* [8] сексуальные девиации подразделил:

а) по объекту сексуального влечения (фетишизм, пигмалионизм, нарциссизм, аутомоносексуализм, апотемнофилия, гетерохромофилия, ретифизм, экскрементофилия, некрофилия, трансвестизм, цисто-вестизм, гомесвестизм, педофилия, геронтофилия, зоофилия);

б) по способу реализации сексуальных потребностей (садизм, вампиризм, флагелляция, салиромания, мазохизм, танатофилия, эксгибиционизм, кандаулезизм, фроттаж, вуайеризм, апотемнофилия, клизмофилия); и выделил

в) сложные сексуальные девиации.

Кроме того, к «нетипичным сексуальным отклонениям» он отнес: патологический аутоэротизм, орализм, анализм, гомосексуализм, бисексуализм, инцест, сексуальное насилие, проституцию. К «нарушениям половой аутоидентификации» — транссексуализм и синдром неразличения сексуального объекта.

Г.С. Васильченко [1] различные формы половой жизни классифицирует следующим образом:

А. Экстрагенитальные формы половой жизни — платоническая любовь, танцы, гейшизм.

Б. Генитальные формы половой жизни:

1. Суррогатные и викарные (заместительные) формы половой активности — поллюция, мастурбация, петтинг.

2. Суррогатные формы коитуса (полового акта) — вестибулярный, между бедер, между молочных желез, подмышечный и др., ректальный (гетеросексуальный, гомосексуальный).

3. Нормативный гетеросексуальный коитус (во влагалище).

4. Орогенитальные контакты.

5. Сексуальные действия с животными.

Платоническая влюбленность и танцы чаще всего играют роль переходных форм, обеспечивающих знакомство, первые этапы предварительной адаптации к сексуальному партнеру. Изредка для некоторых людей так называемая «платоническая любовь» составляет единственную форму половой активности даже в течение всей жизни, а танец — единственную форму сексуального телесного общения.

Гейшизм — это получение удовольствия от духовного общения, при этом сексуальное общение второстепенно и даже не всегда желательное.

Поллюции — произвольные эякуляции, не имеющие связи с половым актом или актом мастурбации. Они чаще появляются во сне, и обычно сопровождаются сновидениями эротического содержания, но могут быть и днем в процессе бодрствования. Поллюции — нормальное физиологическое явление, обеспечивающее освобождение половых органов от накопившейся спермы у не мастурбирующих или редко мастурбирующих подростков. Однако в странах Востока поллюции обычно воспринимаются трагично из-за сакральных воззрений на сперму как на источник жизненной силы, что ведет к обращению к врачам с требованием лечения «сперматореи».

В большинстве случаев во время поллюции или сразу после нее происходит пробуждение от сна. Первые поллюции обычно появляются в возрасте 14–15 лет, но могут наблюдаться и раньше или позже, в зависимости от темпа полового созревания. Частота первых поллюций выше, чем в последующие годы, и у каждого своя. Они могут наблюдаться каждую ночь, даже по несколько раз за ночь у лиц с сильной половой конституцией (при условии отсутствия мастурбаций). У взрослых поллюции появляются только при длительном половом воздержании, если отсутствует заместительная мастурбация, и наблюдаются редко.

Женские поллюции также облегчают проявления сексуальной абстиненции и физиологичны.

Мастурбация (онализм, рукоблудие) — получение полового удовлетворения путем искусственного раздражения эрогенных зон; чаще половых органов, заднего прохода, молочных желез. Обычно раздражаются собственные эрогенные зоны, но может иметь место и взаимная мастурбация между половыми партнерами.

Г.С. Васильченко [1] различает семь клинических типов мастурбации:

- 1) фрустрационную псевдомастурбацию (эффект ограничивается появлением эрекции, не приводит ни к эякуляции, ни к оргазму);
- 2) раннюю допубертатную мастурбацию (до пробуждения либидо);
- 3) мастурбацию периода юношеской гиперсексуальности (обычно — после первых поллюций, является наиболее часто встречающейся формой);
- 4) заместительную мастурбацию (при воздержаниях после начала половой жизни);
- 5) персевераторно-обсессивную мастурбацию (навязчивую, помимо желания мастурбирующего);
- 6) подражательную мастурбацию (в компаниях);
- 7) особые случаи мастурбации, не поддающиеся классификации.

Т. Бостанджиев [1] предложил свою классификацию по группировке названных типов:

- 1) физиологическая мастурбация (типы 3 и 4), облегчающая проявления сексуальной абстиненции;
- 2) симптоматическая мастурбация (типы 2 и 5), при которой желательно устранение причин, провоцирующих мастурбацию;

3) псевдомастурбация (типы 1 и 6), требующая воспитательно-корректирующих мер.

Физиологическая мастурбация не причиняет никакого вреда, является естественным и распространенным явлением, снимающим сексуальную напряженность, застойные явления в половых органах, полезным для хорошего самочувствия и психического равновесия, но встречаются и случаи патологической мастурбации, имеющие как клиническое, так и криминалистическое значение.

В различные времена и в различных обществах взгляды людей на мастурбацию колебались от решительного осуждения до поощрения. Мастурбация мало распространена лишь в примитивных культурах, где период между началом биологического созревания и сексуальной инициацией очень короткий, и нет проблем в установлении сексуальных контактов [5].

Существует множество способов мастурбации, различных предметов для мастурбации (можно приобрести в любом секс-шопе), приспособлений, а также разнообразных воздействий практически на все органы чувств. Здесь стоит сказать о несчастных смертельных случаях при мастурбациях, когда непосредственной причиной смерти становится странгуляционная асфиксия. Дело в том, что сдавливание шеи с развитием странгуляционной асфиксии влечет за собой судорожные сокращения мышц, в частности, таза, мышц, окружающих влагалище, напоминающие оргастические сокращения матки с выталкиванием слизистой пробки из шейки, у мужчин может возникать эрекция и семяизвержение, идет обостренное восприятие ощущений. Изредка, занимаясь мастурбацией, люди сдавливают (при помощи пегли, петли-закрутки, рук и т.п.) свою шею или шею своего сексуального партнера, что чревато смертельным исходом (см. гл. «Аутоасфиксифилия, и особенности осмотра места происшествия при сексуальных самоубийствах»).

В процессе изнасилования преступник может сдавливать шею своей жертвы во избежание криков, закрывать ей лицо мягким предметом, собственной рукой. У жертвы начинает развиваться асфиксия, которая закономерно влечет за собой и обострение ощущений у преступника.

Петтинг — имитация полового акта без соприкосновения гениталий, получение полового удовлетворения искусственным

возбуждением эрогенных зон в условиях двухстороннего контакта, исключая взаимодействие гениталий. Различают поверхностный и глубокий петтинг. Наиболее частый случай поверхностного петтинга — сознательное форсирование поцелуев и тесных объятий до получения оргазма. Глубокий петтинг предполагает непосредственное воздействие рукой на прикрытые одеждой половые органы партнера, т. е., глубокий петтинг может быть расценен как частный случай взаимной мастурбации. Петтинг обычно встречается среди малолетних и несовершеннолетних, некоторое время может предшествовать коитальной активности.

Вестибулярный коитус — трение половым членом по наружным половым органам женщины без введения члена во влагалище. Эта форма половой жизни применяется в следующих случаях:

- как средство предотвращения нарушения целостности девственной плевы у молодежи;
- при развратных действиях;
- когда оргазм у женщины наступает при интенсивном воздействии на клитор и вульву;
- когда ослабленная эрекция не даст возможности введения полового члена во влагалище;
- при выраженном сопротивлении жертвы в процессе покушения на изнасилование.

С судебно-медицинской и юридической точки зрения вестибулярный коитус нельзя расценивать как совершение полового акта. Коитус между бедер, молочных желез, в подмышечной впадине — это трение половым членом по указанным частям тела. В правовой практике применение этих форм, обычно встречаемых при развратных действиях, нельзя расценивать как совершение полового акта даже в случаях, закончившихся семяизвержением.

Нормативный гетеросексуальный коитус (физиологический половой акт, пенильно-вагинальный контакт) — принятая большинством людей форма половой жизни с введением полового члена во влагалище.

Орально-генитальные контакты — воздействие на половые органы губами и анатомическими образованиями полости рта. В христианских культурах орально-генитальные контакты считаются грязными и постыдными, кое-где — даже преступными и уголовно наказуемыми.

мыми. Однако в последнее время, сначала в городской среде, а затем и повсеместно они получили широкое распространение. К орально-генитальным контактам люди обычно прибегают с целью получения полового удовлетворения и доставления удовольствия своему половому партнеру, а также как средство предохранения от беременности при завершении обычного полового акта во влагалище. Иногда орально-генитальная стимуляция предваряет половое сношение, так как нервные центры, регулирующие оральные реакции, тесно связаны с центрами, регулирующими генитальные реакции.

При *фелляции (минете)* происходит воздействие анатомическими образованиями полости рта на мужской половой член, мошонку.

При *куннилингусе* половое удовлетворение вызывается воздействием языка, губ и носа на наружные половые органы женщины.

При *анилингусе* происходит воздействие языка на область заднего прохода.

Фелляция в социальных низах и в уголовной среде применяется лицами мужского пола не только с целью получения полового удовлетворения, а больше с целью получения удовольствия от возможности унижить своего «сексуального партнера», осуществляющего фелляцию, т.е. исполняющего женскую, подчиненную роль. В местах лишения свободы на эту роль обычно попадают молодые, физически слабые лица, не выдержавшие «прописки», «соблазненные», или совершившие половые преступления. Сексуальные действия в уголовной среде являются средством, подчеркивающим и регулирующим социальную иерархию. Лиц, осуществляющих фелляцию (минет), называют «вафлерами», метят специальными татуировками.

Кроме того, Г.С. Васильченко с соавт. разработали классификацию сексуальных расстройств (1983), получившую в России широкое распространение не только у клиницистов-сексопатологов, но и имеющую серьезное ориентирующее и практическое значение при проведении судебно-медицинских экспертиз половых состояний.

Классификация сексуальных расстройств по Г.С. Васильченко с соавт. (1983)

1. Расстройства нейротуморальной составляющей:
 - 1) врожденная патология полового развития;
 - 2) патология мозгового звена.

- 3) нарушение функций гипофиза;
- 4) нарушение функций половых желез;
- 5) нарушение функций надпочечников;
- 6) заболевания щитовидной железы;
- 7) первично-сексологические перигландулярные синдромы.

II. Расстройства психической составляющей:

- 1) нарушение психосексуального развития;
- 2) психопатологические расстройства с преобладанием конституционально-эндогенных факторов;
- 3) психопатологические расстройства с преобладанием экзогенных факторов.

III. Расстройства эякуляторной составляющей:

- 1) урологическая патология;
- 2) синдром парацентральных долек;
- 3) патология спинного мозга.

IV. Расстройства эрекционной составляющей:

- 1) патология спинного мозга;
- 2) патология периферической нервной системы;
- 3) приапизм;
- 4) перемежающийся ночной псевдоприапизм;
- 5) сосудистая недостаточность;
- 6) фибропластическая индукция полового члена.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С СЕКСУАЛЬНОСТЬЮ ЧЕЛОВЕКА

(извлечение из МКБ-10)

Расстройства, связанные с физиологическими нарушениями

F52.0 Отсутствие или потеря полового влечения

Отсутствие или потеря полового влечения у взрослых лиц (гиполибидемия), чаще в результате фригидности, является основной проблемой, а не вторичной по отношению к другим сексуальным затруднениям, таким, как отсутствие эрекции или диспареунии. Отсутствие полового влечения не исключает сексуального удовлетворения или возбуждения, но делает инициацию половой активности менее вероятной.

Гиполибидомия может иметь функциональный характер (например, как результат разочарования в сексуальном партнере), развиваться на органическом фоне (например, при хроническом алкоголизме, наркомании, токсикомании, лекарственной зависимости, гиперпролактинемии, гипогликемии и т.д.), а может быть и одним из симптомов различных психических и психосоматических заболеваний [8].

В отечественной литературе нет единого мнения, что надо понимать под термином «фригидность», нет и единой терминологии относительно половой холодности и связанных с ней явлений. Фригидность чаще определяют как отсутствие или снижение полового влечения, половой возбудимости и невозникновение оргазма [7]. Исходя из этого определения, становится ясно, что не все девственницы являются фригидными, так как наличие анатомической целостности девственной плевы не является препятствием для полноценного полового влечения и возможности получения оргазма во снах или при мастурбации, петтинге.

Сопровождающие фригидность проявления могут иметь разную степень выраженности:

I – сексуальная потребность сохранена, но при большинстве половых актов оргазм не наступает, имеется некоторая удовлетворенность половой жизнью;

II – сексуальная потребность отсутствует либо сохранена на незначительном уровне, оргазм отсутствует при всех половых актах, половая жизнь удовлетворения не приносит;

III – полное отсутствие сексуальной потребности, стойкая аноргазмия, отвращение к сексуальному партнеру;

IV – полное отсутствие сексуальной потребности, стойкая аноргазмия, отвращение вызывает не только актуальный сексуальный партнер, но и вообще все мужчины.

Находящаяся в начале своего развития транскультуральная сексология дает нам понимание истоков данного феномена как своеобразного невроза, блокирующего чувственные отношения, в основе которого лежат сложные взаимосвязи между национальными и семейными традициями, воспитанием и общей культурой. Вместе с тем, фригидность эмансипированных женщин иногда объясняется хорошей сексуальной адаптацией и образованием, а также высоким уровнем общей культуры, поднимающим пороговую планку сексуального пробуждения, что в плане личных и социальных успехов не всегда рассматривается однозначно и может использоваться как позитивный психотерапевтический момент.

В Европе пуританская мораль ранее представляла асексуальность как желаемый образец победы духа над телом, а сексуальность отождествляла с низменностью и деструктивностью. С современных позиций (общественных и медицинских) фригидность уже не столь желанна, она связывается с физической или психической патологией, рассматривается как явное отклонение от нормы. МКБ-10 отсутствие или потерю сексуального влечения (фригидность, снижение сексуального влечения) рассматривает как основную, а не вторичную проблему по отношению к другим сексуальным проблемам.

Люди (чаще женщины), которые никогда не испытывали полового влечения (асексуальность), встречаются редко. Причинами асексуальности могут быть нейроэндокринные нарушения, хронические интоксикации (отравления), патология головного или спинного мозга, половых органов, неосознанный гомосексуализм.

F52.1 Отвращение к половым сношениям и отсутствие сексуального удовольствия

Перспектива гетеросексуального сношения вызывает такой страх или тревогу, что заставляет избегать полового акта (отвращение к половым сношениям). Во втором случае сексуальная реакция оказывается нормальной и переживается оргазм, но отсутствует соответствующее приятное ощущение (половое удовольствие). Эта жалоба намного чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Причиной этого состояния могут быть неосознанный гомосексуализм, перенесенное сексуальное насилие, психическая патология, патология половых органов, психологическое отвержение партнера.

F52.2 Недостаточность или отсутствие генитальной реакции

У мужчин основная проблема заключается в эректильной дисфункции, т. е. затруднении в наступлении или поддержании эрекции, достаточной для удовлетворительного полового акта. Если в некоторых случаях эрекция возникает нормально, например, при мастурбации, во время сна или с другим партнером, то причина нарушения, скорее всего, является психогенной.

У женщин основная проблема заключается в сухости влагалища или недостатке его увлажнения. Причина может быть психогенной или патологической (например, инфекционной), или речь идет об эстрогенной дефицитарности (например, после менопаузы). Женщины редко жалуются на первичную вагинальную сухость, если только она не выступает как симптом эстрогенной дефицитарности после менопаузы.

F52.3 Оргазмическая дисфункция

Оргазм не возникает или заметно задерживается. Это может иметь ситуационный характер (т. е. возникает лишь в определенных ситуациях), и в таком случае этиология, скорее всего, является психогенной. Оргазмическая дисфункция чаще наблюдается у женщин, чем у мужчин.

F52.4 Преждевременная эякуляция

Неспособность задерживать эякуляцию на период, достаточный для удовлетворения от полового акта обоих партнеров. В тяжелых случаях эякуляция может наступить перед введением полового чле-

на во влагалище или при отсутствии эрекции. Надо отметить, что при начале половой жизни в период подростковой гиперсексуальности преждевременная эякуляция наблюдается достаточно часто из-за психического перевозбуждения молодого человека, но в норме это явление наблюдается недолго. Органические причины преждевременной эякуляции маловероятны, чаще она может возникать как психологическая реакция.

Эякуляция может также представляться преждевременной, если эрекция требует пролонгированной стимуляции, что укорачивает интервал между удовлетворительной эрекцией и эякуляцией; первичная проблема в таком случае заключается в задержанной эрекции.

F52.5 Вагинизм неорганического происхождения

Вагинизм — рефлекторный, судорожный и болезненный спазм мышц преддверия влагалища и тазового дна, сопровождающийся сведением бедер, защитными движениями всего тела, что препятствует введению полового члена или иных предметов, например, гинекологических инструментов, во влагалище. При проведении гинекологического осмотра возникают большие проблемы. Причины вагинизма чаще психогенные (истинный вагинизм). К таким причинам относятся страх перед дефлорацией, перенесение насильственных действий сексуального характера, развратных действий с грубыми манипуляциями развратителя с половыми органами жертвы, или грубые, болезненные и неприятные половые акты. Кроме того, причинами истинного вагинизма могут быть психологическое отвержение сексуального партнера, скрытый гомосексуализм, психическая патология.

Ложный вагинизм развивается при местной патологии половых органов.

Иногда тяжелый приступ вагинизма наступает в процессе совершения полового акта, наступает так называемое пленение полового члена, при котором мужчина не имеет возможности извлечь его из влагалища. В такой ситуации происходит отек плененного члена, что еще больше препятствует его выведению. В.И. Здравомыслов [3] предлагает способ освобождения полового члена, опубликованный им в 1937 году. Женщина должна как можно сильнее напрячь брюшной пресс, пытаясь совершить акт дефекации. Мужчина при

этом полностью вводит указательный палец в задний проход женщины и сильно оттягивает его кзади. В этот момент спазм проходит, и половой член освобождается.

В случаях необходимости проведения судебно-медицинского осмотра половых органов предполагаемой жертвы сексуального насилия, страдающей вагинизмом, допустим осмотр с применением наркоза, но с условием обязательного получения предварительного, информированного, добровольного письменного согласия освидетельствуемой или ее законного представителя на эту процедуру.

F52.7 Повышенное половое влечение

Повышенное половое влечение у лиц обоих полов обычно возникает в юношеском и молодом возрасте, что может соответствовать норме, но может приобретать и патологический характер в виде нимфомании (у женщин) или сатириазиса (у мужчин).

Нимфомания или сатириазис проявляются выраженными импульсивными, часто неконтролируемыми, навязчивыми стремлениями к разнообразным половым контактам с разными партнерами. При этом наблюдается высокая степень неразличимости сексуального объекта: часто пол, возраст и внешность «подвернувшегося под руку» партнера имеют мало значения. Способность контролировать свое поведение в отборе партнера отличают остальных людей от лиц, страдающих нимфоманией или сатириазисом. Кроме того, нимфомания, как правило, связана с недостижением оргазма (нимфоманическая фригидность), поэтому половые контакты полного удовлетворения не приносят. Возбуждение носит субъективный характер без адекватных физиологических реакций со стороны половых органов. Навязчивый характер полового влечения, без вовлечения в процесс возбуждения половых органов, указывает на наличие психопатологии, в отличие от патологической гиперсексуальности при органических поражениях головного мозга.

Несколько демонстративная гиперсексуальность может развиваться и в результате психогенных воздействий, например как форма компенсации чувства собственной неполноценности [8]. Гиперсексуальность с широким диапазоном сексуальной приемлемости влечет за собой хроническое недополучение биологических удовольствий, что нередко замещается алкоголизацией, а в подростковом и

юношеском возрасте употреблением токсических или наркотических веществ. Это еще больше растормаживает неудовлетворенную сексуальность, опасно асоциальным поведением [2].

Расстройства зрелой личности

F64 Расстройства половой идентификации

F64.0 Транссексуализм

Желание жить и быть принятым в обществе в качестве лица противоположного пола, обычно сочетающееся с чувством неадекватности или дискомфорта от своего анатомического пола и желанием получать гормональное и хирургическое лечение с целью сделать свое тело как можно более соответствующим избранному полу.

Для диагностики данного расстройства необходимо существование стойкой транссексуальной идентификации, по крайней мере, в течение 2 лет, что не должно быть симптомом другого психического заболевания, такого, как шизофрения, или дополнительным признаком каких-либо межполовых, генетических или хромосомных аномалий.

F64.1 Трансвестизм двойной роли

Трансвестизм двойной роли — постоянное ношение одежды противоположного пола как часть образа жизни, но без малейшего желания изменения пола. Переодесвание не сопровождается возбуждением, что отличает данное расстройство от фетишистского трансвестизма. Это может быть нарушением половой идентификации нетранссексуального характера в подростковом и зрелом возрасте.



Юноша-трансвестит с детства хотел быть женщиной. Привлечен к ответственности за проституцию.

F64.2 Расстройство половой идентификации у детей

Детское расстройство половой идентификации впервые появляется в раннем детстве, до начала пубертата. Оно характеризуется постоянной, интенсивной неудовлетворенностью по поводу заре-

гистрированного пола вместе с настойчивым желанием принадлежать или убежденностью в принадлежности к противоположному полу. Такие дети стойко озабочены одеждой и занятиями, свойственными противоположному полу, они отказываются от поведения и одежды, присущих своему биологическому (зарегистрированному) полу, даже могут отвергать свои анатомические половые признаки. Например, у девочек это может проявляться в виде периодических утверждений о том, что у них имеется или вырастет половой член; в отказе мочиться в сидячем положении; или утверждениях, что у них не будет молочных желез и менструаций. У мальчиков — периодическими утверждениями, что когда они вырастут, то превратятся в женщину; что половой член и яички отвратительны и они исчезнут.

Диагноз предполагает наличие глубокого нарушения чувства принадлежности к мужскому или женскому полу, при этом явного мальчишеского поведения у девочек или девчачьего поведения у мальчиков для этого недостаточно.

Больше известно о таких расстройствах у мальчиков, чем у девочек. Мальчики могут иметь сильное желание участвовать в играх и развлечениях девочек; куклы женского пола часто являются их любимыми игрушками; в качестве партнеров своих игр они постоянно выбирают девочек. Общественный остракизм чаще возникает в период обучения ребенка в младших классах школы и достигает максимума в среднем школьном возрасте в связи с унижительными насмешками со стороны других мальчиков. Откровенное женское поведение может уменьшаться в период ранней юности, но позже у мальчиков с расстройством половой идентификации в 1/3–2/3 случаев проявляется гомосексуальная ориентация. Большинство взрослых с транссексуализмом сообщают, что в детстве у них существовала проблема половой идентичности.

Девочки обычно не подвергаются социальному остракизму в такой же степени, как мальчики, хотя могут страдать от насмешек в позднем детстве или юности.

Существуют и другие расстройства половой идентификации.

F65 Расстройства сексуального предпочтения

Включаются парафилии.

Исключаются проблемы, связанные с сексуальной ориентацией.

Фетишизм — использование какого-либо неодушевленного предмета в качестве стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения. Многие фетиши являются дополнениями к человеческому телу, такие, как предметы одежды или обуви. Другая часть характеризуется особым материалом, таким, как резина, пластик или кожа. Фетиши могут варьировать в их значимости для индивидуума. В некоторых случаях они просто служат для повышения сексуального возбуждения, достигаемого обычным путем (например, одевание партнера в специфическую одежду). В принципе фетишизироваться могут не только какие-либо предметы одежды, но и манера одеваться, части тела и весь облик фетишизируемого объекта, манеры его поведения.

Фетишистские фантазии встречаются часто, но они не считаются расстройством до тех пор, пока не приводят к ритуальным действиям, которые являются столь непреодолимыми и неприемлемыми, что препятствуют осуществлению полового акта и вызывают страдания у самого индивидуума.

Считается, что фетишизм встречается почти исключительно у мужчин, однако нам это представляется неверным утверждением.

F65.1 Фетишистский трансвестизм

Надевание одежды противоположного пола, главным образом для достижения сексуального возбуждения.

Это расстройство необходимо дифференцировать от простого фетишизма на основании того, что фетишистские предметы и одежда не только надеваются, но используются таким образом, чтобы сделать внешность субъекта похожей на внешность, свойственную противоположному полу. Обычно надевается больше одного предмета и часто полный комплект одежды, включая парик и косметику. Фетишистский трансвестизм отличается от транссексуального трансвестизма своей четкой связью с сексуальным возбуждением и сильным желанием снять одежду после достижения оргазма и снижения сексуального возбуждения. О фетишистском трансвестизме обычно сообщается как о ранней фазе у транссексуалов и, вероятно, в этих случаях он представляет собой стадию в развитии транссексуализма.

Периодическая или постоянная склонность к демонстрации собственных половых органов незнакомым людям (обычно лицам противоположного пола) или в общественных местах, без предложений или намерений более близкого контакта. Обычно, но не всегда во время демонстрации имеет место половое возбуждение, которое часто сопровождается мастурбацией. Эта склонность может проявляться только в периоды эмоционального стресса или кризиса, перемежаясь длительными периодами без подобного поведения (см. главу «Эксгибиционизм»).

F65.3 Вуайеризм

Периодическая или постоянная склонность наблюдать за людьми, занимающимися сексом или «интимными делами», такими, как раздевание. Это обычно приводит к половому возбуждению и мастурбации и осуществляется тайно от наблюдаемой особы. Болезненное состояние отличается от естественного любопытства незрелой личности своей навязчивостью, компульсивностью.

F65.4 Педофилия

Сексуальная тяга к детям обычно препубертатного или раннего пубертатного возраста. Некоторых педофилов привлекают только девочки, других — только мальчики, а третьи интересуются детьми обоего пола.

Педофилия чаще проявляется у мужчин, чем у женщин. Контакты между взрослыми и половозрелыми лицами юношеского возраста являются социально не одобряемыми, особенно если их участники одного пола, но они не обязательно связываются с педофилией. Отдельный случай, особенно если виновник сам юношеского возраста, не свидетельствует о наличии постоянной или доминирующей склонности, необходимой для постановки диагноза. Однако в число педофилов включены мужчины, которые, предпочитая взрослых сексуальных партнеров, из-за постоянных фрустраций при установлении соответствующих контактов, а также при невозможности их установления, например, со стороны стариков, инвалидов, привычно обращаются к детям в качестве замены. То есть, существует истинная и заместительная педофилия. Обязательным для установления

диагноза считается достижение субъектом, по меньшей мере, 16-летнего возраста, и наличие 5-летней разницы с объектом посягательства. Мужчины, которые сексуально посягают на собственных детей препубертатного возраста, иногда обращаются также к другим детям и в обоих случаях их поведение определяется как педофилия.

F65.5 Садомазохизм

Сексуальная тяга к действиям, которые связаны с причинением боли или вызыванием унижения и зависимости. Если индивид предпочитает быть объектом такой стимуляции, речь идет о мазохизме, если исполнителем ее, то о садизме. Часто индивид достигает сексуального возбуждения и от садистских, и от мазохистских действий.

Слабые проявления садомазохистской стимуляции обычно применяются для усиления нормальной в остальных частностях сексуальной активности. Эта категория может использоваться лишь в тех случаях, когда садомазохистская активность является наиболее значительным источником сексуальной стимуляции или необходима для сексуального удовлетворения. Сексуальный садизм часто трудно отграничить от проявлений в сексуальных ситуациях жестокости или гнева, не связанных с половым чувством. Диагноз легко устанавливается там, где насилие необходимо для эротического возбуждения.

С садомазохизмом связаны следующие явления:

Флагелляция — сексуальная девиация, далеко не безобидная, проявляющаяся возникновением полового возбуждения и психосексуальной разрядкой при бичевании кого-либо или самого себя (аутофлагелляция). Флагелляция может быть активной и пассивной, но это не препятствует смене ролей партнеров. Флагелляция, вероятно, появилась с обязательным введением порки детей в школах в Римской империи, но массовый характер она приняла в Средние века, когда обычным наказанием за «грехи» являлось бичевание прихожан приходским священнослужителем. Тогда тысячи людей двигались по дорогам Европы в Рим в безумии массовых плясок Святого Вита, или в массовых самобичеваниях и бичеваниях впереди идущих. Сотни обнаженных и полуобнаженных мужчин и женщин ждали милости Спасителя. Она приходила к ним в виде психосексуальной разрядки в процессе грандиозных, произвольных сексуальных оргий. Да и сейчас встречаются сообщения о бичеваниях и даже

распятиях внутри монастырских стен с целью «изгнания бесов» из «одержимых» ими. В условиях правоохранительной деятельности речь может идти о причинении вреда здоровью и о вменяемости виновного (виновных).

Диппольдизм — крайняя форма флагелляции, в которой сексуальное возбуждение и психосексуальная разрядка достигаются физическим истязанием (поркой и т.п.) учителем своего ученика (воспитанника). Название произошло от фамилии студента Диппольда, который, будучи домашним учителем, получал психосексуальную разрядку от порки своих учеников, одного из которых заперол до смерти. Явление достаточно распространено, но обычно выпадает из поля зрения правоохранительных органов. Его в обязательном порядке надо связывать с сексуальностью виновного, проводя соответствующие оперативно-следственные мероприятия и экспертизы.

Пажизм — комбинация мазохизма с геронтофилией или граофилией, когда младший партнер склонен или должен играть роль пажа — верного и беспрекословного слуги.

Скатолалия — непристойные телефонные звонки с признаком серийности этих действий можно рассматривать как разновидность садомазохизма. Они иногда могут сочетаться с какими-либо угрозами в адрес жертвы, сообщением заведомо ложных сведений, направленных на стрессирование жертвы.

Салиромания — разновидность садизма и фетишизма. Сексуальное возбуждение и удовлетворение достигается опачкиванием посторонних людей чем угодно и обычно излюбленным способом, например, дорожной грязью, чернилами, краской, мочой, калом и т.п. После опачкивания прохожих, неподалеку, обычно в укромном месте следует мастурбаторная разрядка. Такие действия салироман совершает серийно. Поскольку это психическая патология, дело не должно ограничиваться привлечением салиромана к ответственности по КоАП.

Вариантом салиромании является стремления наносить уколы (колоть иглами, гвоздями, шилом и т.п.) своим жертвам, прижигать их горящими сигаретами, прожигать их одежду.

Ф65.6 Множественные расстройства сексуального предпочтения

Часто у одного человека наблюдается более одного нарушения сексуального предпочтения без четкого преобладания одного из

них. Наиболее часто сочетаются фетишизм, трансвестизм и садомазохизм.

F65.8 Другие расстройства сексуального предпочтения

Может встречаться множество других видов нарушения сексуального предпочтения и сексуальной активности, каждое из которых встречается относительно редко. Они включают такие виды, как непристойные телефонные звонки, прикосновение к людям и трение о них в многолюдных общественных местах для сексуальной стимуляции (т.е. фроттеризм), сексуальные действия с животными; сдавливание кровеносных сосудов или удушение для усиления полового возбуждения; отдача предпочтения партнерам с какими-либо особыми анатомическими дефектами, например с ампутированной конечностью.

Эротическая практика также является разнообразной и многие ее отдельные виды встречаются слишком редко, чтобы было целесообразным использовать специальный термин для каждого из них. Глотание мочи, пачканье испражнениями или уколы кожи или сосков могут быть частью поведенческого репертуара при садомазохизме. Часто встречаются различного рода мастурбаторные ритуалы, однако крайние степени такой практики, такие, как вставление предметов в прямую кишку или в мочеиспускательный канал полового члена или неполное самоудушение, когда это происходит при обычных сексуальных контактах, относятся к патологии. В данную рубрику также включена некрофилия.

F66 Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией

Примечание: Сама по себе сексуальная ориентация не рассматривается как расстройство.

F66.0 Расстройство полового созревания

Пациент страдает от сомнений в собственной половой принадлежности или сексуальной ориентации, что приводит к тревоге или депрессии. Наиболее часто это имеет место в юношеском возрасте у лиц, которые не уверены в том, являются ли они гомосексуальными, гетеросексуальными или бисексуальными; или у лиц, кото-

рые после периода явно стабильной сексуальной ориентации, часто со стабильными отношениями, обнаруживают, что их сексуальная ориентация изменяется.

F66.1 Эгодистоническая сексуальная ориентация

Половая принадлежность или сексуальное предпочтение не вызывают сомнения, однако индивидуум хочет чтобы они были другими по причине дополнительно имеющихся психологических и поведенческих расстройств и может искать лечение с целью изменить их. Например, человек ощущает себя гомосексуальным мужчиной, но в силу своих социальных стереотипов, религиозных воззрений, остракизма со стороны общества не приемлет собственную гомосексуальность. В таком случае человек вынужден приспосабливаться к социальным требованиям, не получая требуемого удовлетворения. Это приводит к невротизации, развитию психопатологии. Если человек приемлет свою гомосексуальность, она его вполне устраивает, то ориентация не вызывает эгодистонического состояния; такое состояние называют эгосинтоническим. При этом гомосексуализм рассматривается как естественное, не патологическое явление.

F66.9 Расстройство психосексуального развития не уточненное

Границы сексуальной нормы и патологии

Относительно границ сексуальной нормы и патологии вопрос достаточно сложный, мы будем еще возвращаться к нему. Стоит лишь сказать, что попытки сформулировать основные определения сексуальной нормы предпринимались давно и неоднократно, но они могут быть приемлемы только в определенных культуральных условиях. В настоящее время в западном мире популярны критерии сексуальной нормы, предложенные Гамбургским сексологическим институтом, но они касаются только партнерской нормы и основаны на иудейско-христианских воззрениях. Вот они:

- 1) различие пола;
- 2) зрелость;
- 3) взаимное согласие;
- 4) стремление к достижению обоюдного наслаждения;
- 5) отсутствие ущерба здоровью;
- 6) отсутствие ущерба другим людям, т. е. обществу.

Несколько позднее были разработаны критерии индивидуальной нормы, в которых акцентируется биологический аспект, но к нему также надо относиться критически. Исходя из того, что границы «нормального» и «отклоненного» (девиантного) сексуального поведения обусловлены культурально, изменчивы исторически и территориально, то в определении сексуальной нормы, принятой в конкретном обществе, необходим междисциплинарный подход. И здесь, по нашему мнению, нельзя ориентироваться на логику отдельных интеллектуалов из-за того, что она может существенно отличаться от взглядов большинства членов общества. Однако не следует целиком полагаться в этом вопросе и на общественное мнение из-за вероятности наличия общественной психопатологии, стигматизирующей любые отклонения от нее и расценивающейся в определенных исторических рамках членами деструктивного общества как норма. Поэтому очевидно, что сексуальная норма не может быть абсолютной, незыблемой и приемлемой всеми обществами или всеми слоями конкретного общества в качестве эталона нравственности и общественного идеала из-за динамики общественного развития, поэтому целесообразно говорить о некой «условной сексуальной норме».

Данное понятие искусственно соединяет популярные и научные воззрения, но резко сужает границы «нормального» вследствие несовпадения отношений к понятию нормы. То, что может выходить за пределы «условной сексуальной нормы», далеко не всегда является медицинской патологией. К примеру, признаваемая современной сексологией и психиатрией естественность, т. е. нормальность гомогендерной ориентации, не соответствует общественному мнению; гомо- и бисексуалы, в силу выраженной стигматизации со стороны общества, испытывают психологические проблемы, но явно, что эти проблемы берут истоки в общественной психопатологии, лишенной конструктивизма. Анальногенитальные и оральногенитальные контакты некоторые юристы предлагают толковать как «извращенные половые акты» для квалификации содеянного при сексуальных правонарушениях, в то время как оральный секс имеет широкое распространение среди населения, и многие люди, как вне брака, так и семейные пары практикуют анальный секс.

Понятие «условная сексуальная норма» не может быть полным без правовых критериев, нашедших отражение в действующем УК РФ (1996):

- 1) отсутствие нарушений установленных законодательством возрастных цензов сексуальных партнеров, желательность их физической зрелости, вменяемости и дееспособности;
- 2) наличие взаимного добровольного предварительного согласия партнеров на те или иные сексуальные действия;
- 3) отсутствие нарушения прав партнера или иных людей, в том числе отсутствие умышленного причинения вреда здоровью.

Ввиду относительности характеристик явлений социальной и сексуальной жизни, считаясь с медицинскими аспектами нормы и патологии, изложенными в МКБ-10 и DSM-IV, научным мнением ведущих сексологов, мы определили сексуальную норму как *среднестатистическую величину наиболее приемлемых и употребляемых форм полового поведения представителями конкретного общества, существующего в определенных этно-культуральных и исторических рамках*. По нашему мнению, исходящего из собственных статистических данных, к «условной сексуальной норме» современного молодежного поведения европеоидов в России можно отнести физиологическую мастурбацию, физиологические половые акты, ранее «запретные» гетеросексуальные орально-генитальные и, возможно, анальногенитальные контакты. Однако повторяем, что многие иные формы сексуального поведения, не отраженные в МКБ-10, также не являются медицинской патологией.

С другой стороны, отраженные в МКБ-10 формы полового поведения, проявляясь у человека, не всегда расцениваются как патология. Например, стремление к подглядыванию у молодых людей может быть проходящим, расценивается как естественная возрастная особенность. Однако это стремление к подглядыванию может принять навязчивый, болезненный характер, вытеснить все иные формы полового удовлетворения ввиду их малозначимости для одержимого навязчивыми фантазиями человека. Тогда можно говорить о том, что человек впал в патосексуальное состояние, у него развилась парафилия (в данном случае — вуайеризм). Поэтому надо знать критерии парафилий, т. е. болезненного извращения сексуального чувства (полового извращения).

Критерии парафилий

1. За период, по меньшей мере, 6 месяцев повторяющееся интенсивное сексуальное возбуждение и сексуально активированные фантазии, включающие соответствующую им сексуальную активность.

2. Эти фантазии, сексуальные побуждения или действия причиняют человеку страдание и способствуют ухудшению социального, профессионального и другого функционирования.

3. Эти симптомы не подпадают под другие классификации психических расстройств (маниакальный эпизод, бредовые расстройства, эротомания).

4. Эти симптомы не возникают вследствие употребления токсических веществ (злоупотребление наркотиками, алкоголем или лекарственными средствами), хотя и могут усиливаться вследствие их употребления.

5. Восстановление психо-социального благополучия личности достигается через так называемую компульсивную, внезапно возникшую, неуправляемую агрессию, выливающуюся в те или иные обсессивно-компульсивные сексуальные действия, несмотря на осознаваемую опасность наказания за такие действия. То есть, существенным признаком парафильного поведения является утрата контроля над своими импульсами, снижение прогнозирования неблагоприятных последствий для субъекта вследствие резкого сужения сознания в момент деликта. Если судебный психиатр или судебный сексолог выявляет эти признаки, речь идет о парафилии, об ограниченной вменяемости или полной невменяемости. Если этих признаков нет, можно говорить только о сексуальной девиации (отклонении) в социальном плане, т. е. о таком поведении, которое не приемлемо в конкретном обществе.

Парафилии связаны с нарушениями контроля импульса, т.е. влечений, с тревожными и обсессивно-компульсивными расстройствами. В МКБ-10 парафилии выделены в самостоятельную группу психических расстройств в разделе «Расстройства зрелой личности и поведения». То есть, они могут выступать в роли отдельного медицинского критерия невменяемости или ограниченной вменяемости. Но парафилии могут быть и симптомами других психических расстройств, в том числе и при органических поражениях головного мозга, особенно его височной доли и лимбических структур.

Для парафилий характерна возможность изменения сознания, появления инстинктивности действий, о чем говорил еще Р. Крафт-Эбинг. Исследователи отмечают связь аномальной сексуальной активности по типу автоматических, произвольных действий с эпилептическими припадками. Описаны случаи сочетания эпилептических припадков с неадекватным сексуальным возбуждением, эксгибиционизмом, мастурбацией, педофильными и гомосексуальными действиями, как с применением насилия, так и без него, трансвестизмом, садомазохизмом, иногда с причинением телесных повреждений кому-либо или себе, вплоть до суицида.

Возможны и другие варианты аномальной сексуальной активности по типу зависимого поведения, вплоть до неконтролируемых краж фетишизируемых предметов, пироманических поджогов. Припадок как бы является активатором изменения сознания и эмоций, связанных с произвольными сексуальными действиями. Кроме того, эпилептические приступы обычно протекают либо с эрекцией полового члена или клитора, иногда и с эякуляцией, оргазмическими переживаниями, как у мужчин, так и у женщин. Все происходит после некоторого периода «предвестников» при измененном и суженном сознании.

В момент совершения внешне направленных, осмысленных, но на самом деле произвольных действий больные люди даже не замечают свидетелей, окружающей обстановки, что можно выразить формулой: «Есть только Я и Моя жертва». После деликта наступает частичная или полная амнезия содеянного. Иногда воспоминание событий, относящихся к асоциальному поведению, происходит спустя дни и даже недели, но здесь надо учитывать возможность ложных воспоминаний. J. Money (1992) для таких состояний предложил термин — «парафилические fugи».

Далее рассмотрим некоторые понятия, связанные с парафилиями.

1. Эгодистония – эгосинтония

Под эго-дистоническим отношением к своему либидо понимают неприятие его направленности и способов реализации, борьбы с ним. Существует внутренний психический конфликт с самим собой, нередко приводящий к невротизации, депрессии. В психопатологическом аспекте речь идет о навязчивом, obsessивном характере влечения.

Понятие *эго-синтонии* отражает согласие личности с направленностью своего сексуального влечения и способами его реализации. Внутренний психический конфликт с самим собой при этом отсутствует. Психопатологии может не быть, но при ее наличии действия часто приобретают характер импульсивных.

2. Компульсивность – импульсивность

Под сексуальной *компульсивностью* понимают чуждость возникающих побуждений, их произвольный, насильственный характер. Человек осознает асоциальность и даже болезненность своих сексуальных влечений и соответствующих фантазий. Однако влечение имеет навязчивый характер, возникает произвольно, часто на фоне стрессовых ситуаций, переутомления, быстро приобретает характер доминирующей идеи, имеет выраженную побудительную силу, препятствуя осуществлению привычных действий, сопровождается борьбой мотивов. Реализация влечения, своих болезненных фантазий сопровождается субъективным чувством облегчения, психосексуальной разрядки. Это чувство вскоре сменяется ощущением неадекватности совершенного поступка, появлением чувства вины, раскаяния, появляются снижение настроения, вялость, физический дискомфорт, вегетативные расстройства.

При *импульсивных* расстройствах сексуальное влечение возникает внезапно для больного, его реализации не предшествуют внутренняя проработка и борьба мотивов. Не будучи даже осознанным, оно часто реализуется без учета ситуации и обстановки. Этап выхода из этого состояния характеризуется кратковременным чувством облегчения и одновременно состоянием вялости, протрации.

3. Регрессивность

Под *регрессивностью* понимают появление черт поведения, характерных для более ранних этапов возрастного развития, чем тот, в котором в настоящее время находится данный человек. Выбор объекта сексуального влечения, в результате коммуникативной сущности сексуального контакта, может осуществляться на любом из незавершенных этапов индивидуального развития. При возникновении препятствия для взрослого, зрелого функционирования развивается «детская», инфантильная сексуальная активность, склонность к пройденным этапам становления сексуальности, начиная с младенчества.

4. Фиксация

Фиксироваться могут не только врожденные, но и приобретенные в индивидуальном опыте формы поведения. Механизмом фиксации может являться импринтинг (реакция запечатлевания, возникающая в результате сильного впечатления от впервые увиденного, испробованного). Импринтинг обладает силой мотивационного научения и формирует сексуальную реакцию на конкретную стимуляцию. Половое импринтирование происходит до достижения половой зрелости, в допубертатном или раннем пубертатном периоде. Фиксация предполагает стереотипность, ритуализацию сексуального поведения, что характерно для парафилий. Фиксация выражается в предсказуемости поведения человека, проявляется в стремлении осуществить одни и те же, строго определенные действия. Это важно понимать при расследовании случаев серийных сексуальных преступлений.

Другое выражение ритуализации поведения — его связь с определенной территорией. У некоторых серийных сексуальных преступников отмечается феномен неоднократного возвращения на место преступления, так как обстановка при этом играет роль возбудителя воспоминаний, которые восстанавливают чувство реальности происшедшего, позволяют вспомнить подзабытые моменты и вновь пережить преступное событие.

5. Диссоциация

Диссоциация проявляется сужением сознания, при этом ведущую роль начинают играть внутренние информационные структуры, отражающие мир фантазий, в первую очередь выкристаллизованных мастурбаторных фантазий. Поэтому не случайна аналогия парафильного поведения с игровым. Элементы игры наблюдаются и при серийных сексуальных преступлениях.

6. Процессуальность

Процессуальность — фиксация на процессе, а не на результате деятельности, которая приобретает незавершенный характер. Например, внешне явное сексуальное действие не завершается семяизвержением или даже происходит без введения полового члена в какое-либо естественное отверстие жертвы. Этого обладателю парафилии часто и не надо — он получает мощнейшую психосексуальную разрядку и без этого, поскольку в процессе аномальных сексу-

альных действий происходит реализация индивидуальных мастурбаторных фантазий.

Именно процессуальность определяет так называемый симптом «охоты», заключающийся в самостоятельной значимости поиска необходимого объекта, жертвы. Причем иногда само по себе длительное блуждание в поисках подходящего объекта удовлетворения своего сексуального влечения, сочетающееся с соответствующим эмоциональным состоянием, оказывается достаточным для психосексуальной разрядки (А.А. Ткаченко).

7. Пролонгация

Пролонгация — намеренное продление парафильных действий, что достигается зачастую их усложнением и затруднением с помощью использования достаточно длительного и стереотипного ритуала. Целью подобной активности может являться продление восприятия и усиление ощущений, необходимых для получения психосексуальной разрядки. К. Имелинский метко подметил, что сутью садизма является переживание времени.

Синдром неразличения сексуального объекта

По З. Старовичу, этот синдром проявляется в удовлетворении субъектом своих сексуальных потребностей путем контактов с различными сексуальными объектами. Актуальным для этих лиц является тот объект, который наиболее доступен в настоящий момент времени, а его сексуальная привлекательность элементарно достаточна для обеспечения необходимого уровня сексуального возбуждения. Практически лица с этим синдромом совершают все многообразие возможных форм сексуальных действий — педофильные, геронто-граофильные, инцестные, зоофильные, гетеро- или гомосексуальные контакты. В принципе во время сексуального возбуждения при суженном сознании не имеют значения ни пол, ни возраст, ни биологический вид сексуального объекта. Часто важно лишь одно, что объект физически слабее субъекта, вполне доступен для демонстрации субъектом силы и собственной социальной «состоятельности», или маскулинной либо феминной состоятельности. Важную роль играет и ситуационное возникновение сексуального импульса. Сексуальные действия выступают не только как способ достижения психосексуальной разрядки, но и как способ самоут-

верждения. Наличие этого синдрома присуще лицам, впадшим в патосексуальное состояние, причем не только деградировавшим алкоголикам, серийным сексуальным насильникам и убийцам, но и некоторым жертвам сексуального насилия, лицам, обладающим высокой степенью виктимности и широким диапазоном сексуальной приемлемости (полидевиантным личностям).

Литература к гл. 2, 3

1. *Васильченко Г.С.* Половая жизнь человека // Сексопатология. М.: Медицина, 1990. С. 41–45.
2. *Дерягин Г.Б., Сидоров П.И., Соловьев А.Г.* Психосоциальные предпосылки сексуально-виктимного и криминогенного поведения молодежи // Сексология и сексопатология. 2003. № 6. С. 30–37.
3. *Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С.* Функциональная женская сексопатология. Пермь, ТОО «Репринт», 1994. С. 272.
4. *Имелинский К.* Сексология и сексопатология / Пер. с польск. М.: Медицина, 1986. С. 424.
5. *Лев-Старович З.* Секс в культурах мира / Пер. с польск. М.: Мысль, 1991. С. 255.
6. МКБ-10. СПб.: «АДИС», 1994. С. 300.
7. *Свядоц А.М.* Женская сексопатология. СПб.: Питер Паблишинг, 1998. С. 288.
8. *Старович З.* Судебная сексология / Пер. с польск. М.: Юрид. лит., 1991. С. 336.

ФЕТИШИЗМ

Фетишизм (идолизм, сексуальный символизм, сексуальный парциализм) — возведение предмета в культ идола (фетиша), символизирующего сексуального партнера, что оказывает возбуждающее влияние на фетишиста (По МКБ-10 — использование какого-либо неодушевленного предмета в качестве стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения, с чем нельзя полностью согласиться, так как фетишизироваться могут и одушевленные предметы).

Фетишизм является достаточно распространенным, известным с древности явлением, которое в некоторых случаях соответствует социальной и медицинской норме (например, сверхценное, временное увлечение певцом, актером и т.д.), а в других случаях фетишизм представляет собой явную медицинскую патологию, может приводить к асоциальным поступкам. Например, если для получения психосексуальной разрядки достаточно только взаимодействий с фетишем, обладание этим фетишем является навязчивым стремлением, действия с фетишем носят характер компульсивных, то налицо явная медицинская патология. Считается, что фетишизм чаще встречается среди мужчин, но, по нашим данным и данным других исследователей, он также часто проявляется и у женщин [27, 34]. Наиболее часто встречающимися женскими фетишами являются мужские половые органы, мужское оволосение на различных участках тела (грудь, руках). У женщин реже, чем у мужчин встречаются иные разновидности фетишизма, но практически все те, что и у мужчин.

Р. Крафт-Эбинг [4] в психопатологической области обнаружил взаимоотношение между религиозным и половым чувствами, он одним из первых обратил внимание «на пеструю смесь религиозного и полового бреда», на сладострастно-жесткие самооскопления, самобичевания, самораспятия, «производимые под влиянием религиозно-полового экстаза». Р. Крафт-Эбинг писал, что «религиозное и половое состояния аффекта обнаруживают на высоте своего развития тождественность в отношении количества и качества возбуждения и поэтому могут при подходящих обстоятельствах замещать друг дру-

га. Оба они при патологических условиях могут переходить в жестокость». В полной мере это относится и к рассматриваемой здесь теме, однако, автор подчеркивал, что религиозный фетишизм отличается от изначально полового фетишизма тем, что религиозный фетишист изначально убежден в божественных и чудотворных свойствах религиозной реликвии, амулете, изображениях Бога, святых и т.д.

Нередко внимание исследователей и общественности обращается на «бельевой» фетишизм, при котором роль фетиша играют предметы туалета, как правило, лиц противоположного пола (трусы, чулки, бюстгалтеры, обувь и т.п.). «Бельевой» фетишист стремится переодеться в вожаделенные предметы одежды, носить их, т. е. речь идет о трансвеститском фетишизме. По данным шведских исследователей, подобный фетишизм встретился в их выборке (2450 мужчин и женщин) у 2,8 % мужчин и 0,4 % женщин [26]. По данным наших исследований, подобного рода фетишизм обнаружился у 3,5% архангельских студентов ($n = 428$) и 2,4 % студенток ($n = 614$) [2].

Фетишизироваться могут и части тела человека (волосы, половые органы, например, половой член в состоянии эрекции, молочные железы, ягодицы, маскулиная внешность с оволосением груди, рук, инфантильные черты внешности, ноги, руки, глаза, различные аномалии частей тела и т.п.), их фотографические изображения, фотографии актеров, политических деятелей. Кроме того, роль фетиша могут играть объекты, относящиеся живой природе, например, разновидностью фетишизма являются дендрофилия — сверценная любовь к деревьям, зоофилия с фетишизацией животных определенного вида и т.д. У педофила детское тело, облик с чертами незрелости, инфантильные, ребяческие манеры поведения также играют роль фетиша [3].

В принципе любая часть человеческого тела, рубцы, татуировки, степень оволосения, любой предмет одежды, любая ткань, кожа, резиновые изделия, любые объекты живого и неживого мира, любые черты поведения, облик человека в целом, даже голос могут стать фетишем. При этом у каждого фетишиста, возможно, почти у каждого человека, в результате индивидуальности сексуального и социального опытов имеется свой фетиш, который может удивлять непосвященных своей неожиданностью, неординарностью.

Определенное наслаждение уже может доставлять кража фетиша. В патологических случаях предметы фетиша, когда их не дарят, могут тайно похищаться (кража), сниматься с убитого человека, а определенные части тела, например, косы, половые органы, молочные железы фетишисты иногда отрезают и уносят с собой после убийства жертвы. Это делается потому, что фетишист следует своим подсознательным импульсам, которые требуют обладания фетишем. Фетишист может возбуждаться и получать психосексуальное удовлетворение от разнообразных действий с фетишем. Он может его осязать, нюхать, прикладывать к половым органам, переодеваться в него, укладывать рядом с собой, мастурбировать перед ним, спать с ним или съесть его. История серийных сексуальных убийц дает нам много примеров этому. Так, знаменитый серийный сексуальный убийца барон Жиль де Рэ окружил свою постель головами особо красивых детей, которых он жестоко убил. Графиня Батори фетишизировала кровь девственниц, в которой купалась с целью омоложения.

Паряду с фетишизмом, существует антифетишизм, заключающийся в том, что определенная часть тела, запах, часть одежды, манеры поведения партнера или иного лица могут оказывать тормозящее влияние на сексуальность конкретного человека, вплоть до отвращения [3]. Вспоминается поэма Овидия «Лекарство от любви», в которой поэт описывает способы выработки отвращения к предмету безответного сексуального вожделения.

Существует много вариантов фетишизма, которые мы рассмотрим ниже.

Нарциссизм (аутоэротизм, аутофилия, аутомоносексуализм) — направленность полового влечения на самого себя можно рассматривать как разновидность фетишизма [5]. Наибольшее значение в развитии нарциссизма является социальная изоляция от сверстников в период полового созревания, в возрасте 14–18 лет, особенно у детей творческих, акцентуированных, имеющих пограничные аномалии психики. Нарцисс любит, когда им восхищаются другие люди, любит быть в центре внимания, агрессивно, болезненно, иногда чрезмерно мстительно воспринимая насмешки над ним, пренебрежительные высказывания [6].

Половое удовлетворение достигается самолюбованием, самосозерцанием и ласками своего тела (часто перед зеркалом) в сочета-

нии с мастурбацией. Возможны фото- и видеосъемки самого себя в обнаженном виде, актов мастурбации с последующим просмотром отснятого материала. Нарцисса возбуждает свое тело, собственные половые органы, собственные коитальные движения. Для нарцисса собственное тело является фетишем. Нарцисс может прибегать к аноректальной мастурбации, к аутосадомазохизму; может опачкивать себя своими выделениями, в частности спермой, пить свою мочу, сперму. При аутосадомазохизме возможны несчастные случаи с причинением самому себе телесных повреждений и вреда здоровью различной тяжести, даже смерти. Действия нарцисса могут привести к ущемлению полового члена, травме прямой кишки и даже к ректо-сигмоидальным перфорациям. Нарцисс способен наносить себе резаные, колотые или колото-резаные раны, вызывать у себя церебральную гипоксию, вплоть до асфиксии и т.д.

Аутомоносексуализм часто отождествляется с нарциссизмом, но имеет отличия от него. При аутомоносексуализме объектом полового влечения также является собственное тело (чаще зеркальное его отражение), но имеющее сходство с телом другого субъекта, например, противоположного пола, что достигается при помощи одежды, косметики, манерности, разнообразия поз. Аутомоносексуал мысленно совершает с зеркальным объектом какие-либо сексуальные действия. Эти действия обычно сопровождаются мастурбацией. Таким образом, мы видим здесь элементы трансвестизма и навязчивой мастурбации [3, 5].

Пигмалионизм (монументофилия, иконолагия) — разновидность фетишизма. Под пигмалионизмом понимают получение полового удовлетворения от созерцания, осязания некоторых предметов искусства и от обладания ими. В узком понятии — это половое влечение к статуям.

Термин происходит из древнего греческого мифа о царе Пигмалионе, который изваял из слоновой кости статую девушки и настолько влюбился в нее, что Афродита (Венера), сжалившись, оживила статую (*Овидий П.Н. Метаморфозы*. X. 243–299). Это не единственный случай в античной литературе. Подобные случаи фетишизма описаны Лукианом, Филостратом Тианским, Элианом, Плинием. Вот что написал Элиан: «Некий афинский юноша благородного происхождения воспылал пламенной страстью к статуе Благой судьбы,

стоящей вблизи Пританея (городского совета). Он обнимал ее, покрывал поцелуями и, потеряв рассудок и обезумев от любви, явился к членам Совета с просьбой продать ему статую за любые деньги. Так как из этого ничего не вышло, юноша украсил предмет своей страсти лентами, венками, драгоценностями, совершил жертвоприношение и покончил с собой» (9.39).

Фетишами при пигмалионизме могут быть любые произведения визуального искусства, в том числе фотографии, которые имеют явно эротическое содержание или эротизируются обладателем фетиша. Характер влечения пигмалиониста также может быть любой (гетеро- гомосексуальный, педофильный, зоофильный). Подобные фетишисты в настоящее время много часов могут проводить в Интернете, в большом количестве «скачивая» интересующую их визуальную продукцию, составляя большие коллекции, раскрывающие характер их влечения. Близко к пигмалионизму примыкает *порнографомания*.

Садистский пигмалионизм — стремление уничтожить (символически убить) или испортить произведение искусства, обладание которым невозможно.

Апотемнофилия — разновидность фетишизма, при котором роль фетиша являются уродства тела, чаще культя в результате перенесенной ампутации конечности. Некоторые апотемнофилы сами стремятся к ампутации своих здоровых конечностей, к проведению операций без соответствующих показаний, что вполне возможно в условиях теневого медицинского бизнеса, где все решают деньги [18]. С одной точки зрения, подобные операции — преступление, с другой — некоторые, вероятно, заинтересованные врачи полагают, что ампутация — единственный способ лечения столь своеобразной психической патологии [23]. Подобные ампутации касаются не только конечностей, но и полового члена, при этом есть сведения о подчинении психически больных людей соответствующим командам при общении в Интернете [31].

Некоторые апотемнофилы преднамеренно, нередко повторно повреждают себе одну и ту же часть тела, требуя ее ампутации, иногда отрицая самоповреждение, что вовлекает правоохранительные органы в соответствующую деятельность [9]. Естественно, что такие самоповреждения должны насторожить хирургов отно-

сительно психической патологии пациента, к лечению необходимо привлечь психиатра.

Гетерохромофилия — разновидность фетишизма, при котором объектом влечения является партнер только всегда с другим цветом кожи. В данном случае фетишизируется цвет кожи.

Ретифизм — разновидность фетишизма, сочетающегося с садомазохизмом, при котором роль фетиша играют изделия из кожи (в том числе из кожи человека), при этом могут быть преобладания фетишистских интересов в каких-либо предметах или в коже определенного вида животных. Научной литературы по ретифизму крайне мало [25]. Иногда ретифизм связывается с фетишизацией обуви и стоп.

Фетишистский трансвестизм — разновидность фетишизма, при котором психосексуальная разрядка достигается переодеванием в одежду противоположного пола, ношением ее, наложением соответствующего макияжа (см. гл. «Трансвестизм и транссексуализм»).

Цисвестизм — разновидность трансвестизма, при которой имеется стремление к надеванию одежды своего пола, но типичной для иного возраста или иной социальной группы. Например, зрелая женщина посредством одежды и манер старается соответствовать ребенку; богатый человек носит лохмотья, «прибедняется», может побираться.

Гомесвестизм — разновидность трансвестизма в сочетании с фетишизмом одежды своего пола, но другого, конкретного человека, например, эстрадного кумира, выдающейся личности или объекта гомосексуального влечения. Обладание фетишом, включающее ношение на себе этого фетиша, мастурбации с ним и прочие действия — смысл жизни фетишиста. Данная патология ведет к кражам весьма дорогостоящих и уникальных эстрадных нарядов поп-звезд, иных предметов их туалета. Гомесвестисты нередко являются завсегдатями различных ток-шоу, телестудий, скрыто сопровождают своих кумиров в их гастролях, однако их цель, как правило, очевидна — кража фетиша. Гомесвестисты могут обмениваться фетишами, весьма дорого продавать их [32, 33]. Данную патологию психики надо отличать от банальных краж с целью сбыта украденного фетишистам.

Эксcrementофилия (пикацизм) — разновидность фетишизма в сочетании с мазохизмом, при которой человеческие выделения

(моча, кал, слюна, сопли, менструальные выделения) играют роль фетиша. Экскрементофилия может проявиться куннилинкусом во время менструации или вылизывания половых органов не подмытой женщины, просьбами плевать (или харкать) ему в рот, либо слизыванием слювок с какой-либо поверхности, слизистых выделений из носа.

При урофилии (уролагнии) или урофагии возбуждение и удовлетворение доставляет вид, обоняние или питье мочи. Урофил любит разнообразные сексуальные действия с мочой: так называемый «мокрый секс», получает удовольствие от мочеиспускания в трусы, брюки, просит мочиться на него, ему в рот, а также совершать акт мочеиспускания в его присутствии [16].

При копрофилии (копролагнии) сексуальное возбуждение и удовлетворение происходит при виде испражнений, акта дефекации, обонянии запаха кала, размазывании кала по телу. Поедание кала называется копрофагия.

Копрофагия наблюдается и у животных, нередко можно наблюдать ее у щенков собак, в вивариях у мышей и крыс. Нередко это явление объясняется недостатком в организме животных каких-либо микроэлементов и витаминов. Есть наблюдения за осиротевшими шимпанзе в Национальном парке Конго, которые поедали экскременты, содержащие семена *Dialium*, только эффект предварительного прохода через кишечник давал возможность разжевывать и глотать эти семена [24].

Пикацизм, в частности с поеданием кала, у людей связывается с серьезными проблемами психики, гетеро- и аутоагрессивным поведением по типу компульсивных действий, деменцией с развитием булимии, энцефалопатией в результате токсических воздействий, например, алкоголя, или перенесенной черепно-мозговой травмы, а также с дефицитом железа у младенцев. При этом поедание кала, хотя бы однократно, может быть широко распространено у маленьких детей, хотя бы как экспериментальное действие [14, 21]. Описана копрофилия с размазыванием кала по телу у фетишиста, переходящая в копрофагию, как компульсивное действие после злоупотребления алкоголем в период депрессии [13, 15, 30].

По мнению К. Имелинского, экскрементофилия может представлять собой заместительную или переходную форму некрофи-

лии и некрофагии [3], проявляется при суженном сознании, часто в процессе иных парафильных действий, в том числе и при случаях сексуального садизма.

Некрофилия — половое влечение к трупам и совершению с ними каких-либо сексуальных действий. Некрофилия — разновидность фетишизма, при которой роль фетиша играет мертвое тело или его части. Может встречаться как у мужчин, так и у женщин. В научной литературе, начиная с Р. Крафт-Эбинга, чаще обращается внимание на некрофилию мужчин, но описаны случаи некрофилии и у лиц женского пола [19]. Совершение с трупом пенильно-вагинального, анально-генитального или орально-генитального контакта правильнее бы называть труположством. Женщины, по вполне понятной причине — из-за отсутствия полового члена не могут совершать лишь труположства. Близко к некрофилии сладострастное убийство в процессе совершения полового акта, совершение акта с агонирующей жертвой.

Геродот [1] сообщает, что бальзамировщиков в Древнем Египте не допускали к трупам красивых или уважаемых женщин, пока не проходило три или четыре дня, так как за это время трупы начинали загнивать. Геродот поясняет, что так поступали для того, чтобы бальзамировщики не совокуплялись с ними. Он ссылается на ставший всем известный случай, в котором бальзамировщик совокупился со свежим трупом женщины и был разоблачен по доносу своего товарища. Кроме того, Геродот поведал, что правитель Коринфа Перандр убил свою жену Мелиссу и совокупился с ее трупом.

Весьма интересные случаи некрофилии и некрофильного садизма описаны у Р. Крафта-Эбинга [4]. Например, он сообщает о двух случаях некрофилии, касавшихся монахов, читавших молитвы над умершими. В другом случае речь идет о насильнике, помещенном в «дом умалишенных», где он осквернял женские трупы в морге лечебницы. Классический случай с сержантом Бертраном, пожалуй, следует привести полностью.

* * *

Сержант Бертран — человек нежного телосложения, странного характера, с детства замкнутый, непопулярный, любящий уединение. Состояние здоровья его родных недостаточно точно известно, но достоверно установлены

случаи душевных заболеваний в восходящем поколении. Еще ребенком он обнаруживал ничем не объяснимую склонность к разрушению и ломал все, что попадалось под руку. В раннем детстве он, без всякого постороннего внушения, стал заниматься онанизмом. На 9-м году он начал испытывать склонность к лицам другого пола. В 13 лет в нем пробудилось сильное стремление к половому сношению с женщинами; в это время он усиленно предавался онанизму, причем воображение рисовало ему каждый раз комнату, наполненную женщинами, с которыми он имел сношение и затем мучил их. Вслед за этим он представлял себе их трупы, которые он подвергал осквернению. Иногда при этом в фантазии его возникало и представление о сношении с мужскими трупами, но картины эти вызывали в нем отвращение. С течением времени он стал испытывать стремление проделывать то же самое и с настоящими трупами. За отсутствием человеческих трупов он доставал трупы животных, распарывал им живот, вырывал внутренности и при этом мастурбировал, что доставляло ему чувство несказанного наслаждения.

В 1846 году он перестал уже довольствоваться трупами и стал убивать собак, проделывая с ними вышеозначенные манипуляции. К концу этого года в нем впервые пробудилось страстное желание воспользоваться для своих целей человеческими трупами. Вначале он, однако, боялся этого, но в 1847 году, когда он случайно заметил на кладбище только что засыпанную могилу, желание это, сопровождаясь головной болью и сердцебиением, овладело им с такой силой, что, несмотря на близость людей и опасность быть застигнутым врасплох, он вырыл труп. За неимением подходящего орудия, которым он мог бы рассечь труп, он схватил могильную лопату и с яростью стал наносить трупу удары.

В 1847 и 1848 годах, примерно через каждые две недели, у него, при появлении сильной головной боли, пробуждалось желание надругаться над трупом. Невзирая на большие опасности и преодолевая значительные трудности, он около 15 раз удовлетворял эту потребность. Он вырывал трупы руками и под влиянием испытываемого возбуждения не чувствовал даже получаемых при этом повреждений. Овладев трупом, он разрезал его саблей или карманным ножом, вынимал внутренности и при этих условиях мастурбировал. Пол трупа, по его словам, не играл для него никакой роли, хотя следствием было установлено, что этот современный вампир выкопал больше женских трупов, нежели



Сексуальное убийство

мужских. Во время совершения этих актов он испытывал неизъяснимое половое возбуждение. Изрезав труп, он каждый раз снова закапывал его.

В июле 1848 г. он случайно добыл труп 16-летней девушки. Тут впервые его охватило страстное желание совершить совокупление с трупом. «Я покрыл его поцелуями и бешено прижимал его к сердцу. Все, что можно испытать при сношении с живой женщиной, ничто в сравнении с полученным мною наслаждением. Через четверть часа после этого я по обыкновению рассек тело на куски, вынул внутренности, а затем опять закопал труп».

Лишь после этого преступления Бертран, по его словам, почувствовал потребность перед тем, как рассечь труп, совершать с ним половое сношение. Так он поступил впоследствии с тремя женскими трупами. Но собственно мотивом выкапывания трупов было, как и прежде, их рассечение, которое доставляло ему несравненно большее наслаждение, чем совокупление с ними. Последнее являлось всегда только эпизодом главного акта и никогда не утоляло его страсти, вследствие чего он неизменно после совокупления с трупом рассекал его или какой-либо другой труп. Военный суд приговорил Бертрана к тюремному заключению на один год.

* * *

По Г. фон Гентингу, некрофилия проявляется следующим [6]:

- 1) различного рода сексуальными действиями в отношении трупа;
- 2) половым возбуждением при виде мертвого тела;
- 3) острым влечением к предметам погребения, к погребальной символике;
- 4) актами расчленения трупов;
- 5) желанием лицезреть, трогать, нюхать что-то разлагающееся, зловонное.

Встречаются случаи не только совершения с трупом гетеро- или гомосексуальных генитальных контактов, но и случаи петтинга, мочеиспускания, испражнения на мертвое тело. Некрофилы отрезают и откусывают от трупа или в процессе сладострастного убийства части тела, в первую очередь половые органы, молочные железы; пачкают себя кровью и выделениями трупа, вводят или запинывают через влагалище или прямую кишку трупа в брюшную полость или тазовую клетчатку инородные предметы (чаще бутылки); переоделяются в окровавленную одежду трупа, испытывая при этом половое удовлетворение. Встречаются случаи введения полового члена

в полости трупа через искусственные отверстия в брюшной или грудной стенке.

Некрофильные потребности могут проявляться в наклонности к сексуальным действиям со спящими людьми, с лицами, находящимися в бессознательном состоянии или даже умирающими. Социально более адаптированная форма некрофилии выразится в повышенной заинтересованности кладбищами, умершими, ритуальной атрибутикой, но без надругательства над трупами. Лица с некрофильными потребностями могут принуждать своих сексуальных партнеров, проституток к изображению умершей. Ранее в некоторых публичных домах существовали специально оборудованные, с соответствующим убранством комнаты, в которых проститутка играла роль умершей [3]. Р. Крафт-Эбинг привел подобные случаи в своей знаменитой книге [4], которые заинтересуют и нашего читателя:

* * *

Весьма интересной является история одного прелата, сообщенная Таксилем (*Taxil. La prostitution contemporaine. P. 171*). Этот прелат эпизодически являлся в Париж в дом терпимости и заказывал себе проститутку, которая должна была ложиться на парадную постель, изображая из себя труп; для довершения сходства он заставлял ее сильно белиться. Какое-то время в комнате, как бы превращенной в покойницкую, он, облачившись в траурную одежду, совершал печальный обряд, читал отходную, затем совокуплялся с молодой женщиной, которая все это время должна была изображать усопшую.

Аналогичный этому случай сообщает Нери (*Archivio delle psicopatie sessuali. 1896. P. 109*). Один господин, 50 лет, пользовался в публичном доме только теми девушками, которые соглашались, одетые в белую одежду, лежать недвижно, симулируя мертвых. Он же осквернил труп родной сестры, введя половой член в рот умершей вплоть до семяизвержения! Кроме того, он обнаружил фетишистские склонности к волосам молодых женщин и к отрезанию ногтей у девушек.

* * *

Э. Фромм [6] утверждал, что «гнетущая, лишенная радости мрачная атмосфера в семье часто способствует возникновению элементов некрофилии». Он предлагал диагноз «некрофильская личность». Дополняя фон Гентинга, Э. Фромм на основе своей клинической практики утверждал, что тяга к расчленению — весьма

характерная черта некрофильской личности. Эта тяга может проявляться в мягкой форме у многих людей. Такие люди любят рисовать на бумаге фигурку обнаженной женщины, а потом отрывать у рисунка руки, ноги, голову и т.д., играя с этими отдельными частями рисунка. Некрофилия также может проявляться в соответствующих снах, фантазиях, в чрезмерном увлечении техникой с явным пренебрежением к живой природе, в отношении к цвету. Некрофилы предпочитают темные тона, поглощающие свет: черный, коричневый. Это предпочтение проявляется в соответствующем подборе одежды, интерьера, красок, обоев и т.п., причем цветовое предпочтение является постоянным, в отличие от лиц, находящихся в депрессивном состоянии. Некрофил практически не умеет смеяться, часто его лицо обеднено мимикой, как маска, он не умеет одновременно говорить и улыбаться.

Доступ к трупам для большинства населения ограничен, поэтому некрофилы могут ходить на похороны внешне приятных особ, прощаясь, целовать их, устраиваться на работу санитарями в морги и даже раскапывать могилы, чаще молодых женщин. J.P. Rosman & P.J. Resnick [28] проанализировали 122 случая некрофилии, проявившиеся некрофильными действиями или фантазиями. Они предложили отличать подлинную некрофилию от псевдонекрофилии и классифицировали некрофилию следующим образом:

- 1) некрофильное убийство;
- 2) регулярные некрофильные действия с мертвыми телами;
- 3) некрофильные фантазии без некрофильных действий.

Авторы исследования считают, что некрофилии, как правило, не свойственны ни интеллектуальная недостаточность, ни садизм. Некрофила обычно привлекает лишь отсутствие какого-либо сопротивления и эмоционального контакта со стороны мертвого «партнера». Некрофилы предпочитают выбирать профессии, облегчающие им доступ к трупам, однако некоторые некрофилы, даже имея профессиональный доступ к трупам, совершают некрофильные убийства с целью совершения сексуальных действий с уже убитым человеком.

Вероятно, можно согласиться с мнением о нехарактерности для некрофилии садизма, но лишь в случаях «рафинированной» некрофилии, без склонности некрофила к убийствам и расчленениям трупного материала. Это мнение опровергается случаями серийных

сексуальных убийств, для которых, как раз, садизм является весьма характерной чертой. Кроме того, некоторые серийные убийцы склонны не только к разнообразным некрофильным действиям, от труположства до расчленений трупов, от фетишистских отчленений половых органов или молочных желез до каннибализма [22].

Некрофил может быть ориентирован как гетеросексуально, так и гомосексуально или быть бисексуалом, что затрудняет очерчивание круга подозреваемых [8]. Не исключено, что гетеросексуальное функционирование в быту при наличии выраженных гомосексуальных потребностей может выливаться в случаи гомосексуального труположства. Описаны случаи некрофилии (труположства) в состоянии патологического опьянения [20].

Здесь целесообразно уделить внимание еще одному случаю, описанному З. Старовичем:

Эдмунд К. родился 24 октября 1947 г. в семье рабочих вторым из двух сыновей, имеет неполное среднее образование, по профессии слесарь. Семейный анамнез не отягощен. С 6 лет наблюдался у психоневролога в связи с «чрезмерной нервной возбудимостью». Проведенным неврологическим и психиатрическим обследованием органических поражений центральной нервной системы у него выявлено не было. Также отсутствовали и признаки умственной отсталости или психического инфантилизма. Либи́до появилось в возрасте около 10 лет. В этом же возрасте стал практиковать мастурбацию, частично реализуя ее в контактах с другими мальчиками. Эти действия происходили при особых обстоятельствах — мальчики мастурбировали на старом кладбище среди могил и разбитых гробов, либо ходили подсматривать за вскрытием трупов, производившимся в ближайшем морге, и в это время мастурбировали поодиночке или всей группой.

В 16 лет подэкспертный имел несколько неудачных попыток совершения полового акта с ровесницами, после чего стал красть женскую одежду, использовать ее при мастурбации в качестве фетиша. Иногда при этом сам одевался в украденную женскую одежду. Тогда же впервые был осужден за совершение развратных действий с девочками. Во время отбывания наказания в тюрьме дважды был насильственно использован в качестве пассивного партнера при мужеложстве.

В 1969 году после освобождения из тюрьмы была очередная неудачная попытка совершения полового акта — отреагировал на нее попыткой самоубийства (вскрыл ножом брюшную полость). Закончив лечение, встретил зрелую женщину, которая обучила его технике полового сношения.

В 1970 году впервые совершил сексуальные действия с трупом — воспользовался доступностью трупа умершей соседки по квартире (старой женщины), ощупывал его, вводил палец во влагалище и при этом мастурбировал. Затем, в том же году, случайно познакомился с женщиной и договорился с ней о совершении полового акта. Женщина пригласила его к себе домой. По пути, проходя через лес, К. убил ее, вырезал у трупа половые органы, которые затем использовал в качестве фетиша при мастурбации. Позднее стал нападать на незнакомых женщин, которых поджидал в укромных местах, под угрозой ножа ощупывал их половые органы, а после достижения полового возбуждения убегал и совершал мастурбаторный акт. Одновременно продолжал красть женское белье, также используемое в качестве фетиша при мастурбации.

В 1972 году впервые раскопал могилу, вскрыл гроб, в котором оказался частично разложившийся труп старой женщины. Пытался совершить с трупом половой акт, но поскольку это было технически невозможно, то удовлетворился ощупыванием трупа и мастурбацией. Вскоре после этого случая был задержан за нападение на женщину и направлен на обследование в психиатрическую больницу. Во время нахождения в больнице неоднократно безуспешно пытался проникнуть в больничный морг. Был осужден на 9 лет, из которых в заключении находился только семь. Гомосексуальных контактов при отбытии этого наказания не имел.

После освобождения короткий период времени вел нормальную половую жизнь с несколькими женщинами, а в 1980 году решился на поиски очередного трупа. С этой целью незаметно проник в часовню на сельском кладбище, вырезал у находящегося там трупа женщины половые органы и молочные железы, которые затем дома пришил к изготовленному из тряпья манекену. Во время мастурбации постепенно снимал одетую на манекен женскую одежду, ощупывал пришитые к нему груди и половые органы, одновременно нежно разговаривал с манекеном, как с живой женщиной. После неоднократного такого использования половые органы выбрасывал или сжигал, а манекен размонтировал. Подобным образом поступал и в каждом последующем случае, когда добывал половые органы из трупа.

В 1981 году, прогуливаясь по Варшаве среди ночи, увидел на улице одиноко идущую женщину и решил вырезать у нее



Сексуальное убийство

половые органы. Убил женщину несколькими ударами и осуществил свой замысел.

В 1982 году вновь проник в кладбищенскую часовню и вырезал половые органы у находившегося там трупа женщины. В тех же целях спустя 9 месяцев опять вернулся на это кладбище, но трупа не нашел и тогда убил случайно встреченную 11-летнюю девочку и вырезал половые органы из ее трупа. По прошествии нескольких недель вскрыл свежую могилу и вырезал у трупа молочные железы и половые органы. Аналогичные действия осуществил тремя месяцами позже.

В мае 1983 г. ощутил сильное половое возбуждение и ближайшей ночью вновь отправился на кладбище. Раскопал могилу, вскрыл гроб и с помощью перекинутой через ограду веревки вытащил из могилы труп женщины. Решил снять с трупа всю кожу передней поверхности туловища вместе с молочными железами и половыми органами и для этого стал отделять ее с уровня плеч, но в это время был замечен нарядом милиции, от которого убежал. Придя домой, убил первую зашедшую в квартиру женщину и снял с нее кожу. Через несколько дней был арестован.

Судебными психиатрами были сформулированы следующие выводы:

1. Сексуальные потребности Эдмунда К. имеют гетеросексуальную направленность, сила их проявления находится в пределах физиологической нормы.

2. У обследуемого отмечаются обширные нарушения в области реализации сексуальных потребностей, имеющие характер сексуальных отклонений, обозначаемых как фетишизм и некрофилия.

3. Обследуемый не утратил способности к нормальной половой жизни, имеющиеся у него отклонения сексуального поведения не обусловлены половым бессилием.

4. В основе совершенных Эдмундом К. убийств лежат сексуальные мотивы.

5. В момент совершения убийств Эдмунд К. был вменяемым.

* * *

Возраст некрофилов может быть не только зрелый, но и весьма юный. Так, описаны случаи некрофилии со стороны 13-летнего мальчика [10]; 15-летнего юноши, который неоднократно совершал некрофильные действия, а дома хранил коллекцию одежды покойных, которая использовалась им при мастурбаторных актах и некрофильных фантазиях [17]; 17-летней девушки [19]; некрофильное убийство собственной матери 16-летним сыном, который, предвари-

тельно удавив мать, совершил с ней пенильно-вагинальный и анально-генитальный контакты [29].

Речь об уголовной ответственности (в случаях отсутствия убийства) и возмещении морального ущерба может пойти лишь при совершении полового акта в присутствии посторонних, при обнаружении спермы подозреваемого и других доказательств в полостях и на теле трупа, клеток и крови трупа на половом члене подозреваемого; в случаях раскапывания могилы. Ответственность наступает в соответствии со ст. 244 УК РФ (надругательство над телами умерших и местами их захоронения). Во всех подобных случаях необходимо проведение судебной психиатрической экспертизы.

С некрофилией и садизмом связан *сексуальный вампиризм*, своеобразная форма фетишизации крови. Большое количество мифов про вампиров и их бессмертие могут иметь место в начальной стадии формирования этого извращения полового чувства. При этой форме для полового возбуждения надо увидеть кровь своего партнера, что в легких случаях уже может привести к психосексуальной разрядке. В тяжелых случаях вампир пьет кровь, отрезает или вырывает половые органы, извлекает наружу через разрывы промежности кишечник. Вырезанные половые органы могут сразу пожираться на месте (антропофагия) или преступник уносит их с собой, чтобы приготовить из них блюдо. Унесенные половые органы могут и не съедаться, а высушиваются или консервируются иным способом, сохраняются как фетиш, чтобы в дальнейшем использовать этот фетиш для сексуального возбуждения, мастурбации. Известны случаи составления целых коллекций подобных фетишей.

Откушенные или отрезанные губы, кончик языка, половой член, органы мошонки, молочные железы, уши, глубокие укусы, вскрытый живот, вырезанные женские половые органы, извлеченный наружу кишечник указывают на тяжелый случай вампиризма с большим количеством уже имеющих или будущих жертв. Описаны болес



Глубокие укусы

редкие случаи аутовампиризма, что свидетельствует о преобладании у субъекта мазохистских потребностей [12].

Пиромания. Огонь является своеобразным фетишем, при этом часть компульсивных пироманов-поджигателей испытывает психосексуальное возбуждение и удовлетворение, совершая акт пиромании и наблюдая действия пожарных; для пироманов привлекательны не только сами пожарные, но и их форма, пожарная техника [7, 11].

Литература

1. *Геродот.* История в девяти книгах / Пер. с древнегреч. М.: НИЦ «Ладомир», 1993. С. 560.
2. *Дерягин Г.Б., Сидоров П.И., Соловьев А.Г.* Информированность детей по вопросам пола и сексуальная активность молодежи на европейском Севере России // Сексология и сексопатология. 2003. № 5. С. 33–39.
3. *Имелинский К.* Сексология и сексопатология / Пер. с польск. М.: Медицина, 1986. С. 424.
4. *Крафт-Эбинг Р.* Половая психопатия, с обращением особого внимания на извращение полового чувства / Пер. с нем. М.: Республика, 1996. С. 591.
5. *Старович З.* Судебная сексология / Пер. с польск. М.: Юрид. лит., 1991. С. 336.
6. *Фромм Э.* Анатомия человеческой деструктивности. М.: ООО «Изд-во АСТ-ЛТД», 1997. С. 672.
7. *Balachandra K., Swaminath S.* Fire fetishism in a female arsonist? // Can. J. Psychiatry. 2002. Jun. Vol. 47. № 5. P. 487–488.
8. *Bartholomew A.A., Milte K.L., Galbally F.* Homosexual necrophilia // Med. Sci. Law. 1978. Jan. Vol. 18. No 1. P. 29–35.
9. *Bensler J.M., Paauw D.S.* Apotemnophilia masquerading as medical morbidity // South. Med. J. 2003. Jul. Vol. 96. No 7. P. 674–676.
10. *Bierman J.S.* Necrophilia in a thirteen-year-old boy // Psychiatr. Q. 1962. Jul. Vol. 31. P. 329–340.
11. *Bourget D., Bradford J.* Fire fetishism, diagnostic and clinical implications: a review of two cases // Can. J. Psychiatry. 1987. Aug. Vol. 32. No 6. P. 459–462.
12. *Bourguignon A.* Status of vampirism and autovampirism // Ann. Med. Psychol. (Paris). 1977. Feb. Vol. 1. No 2. P. 181–196.

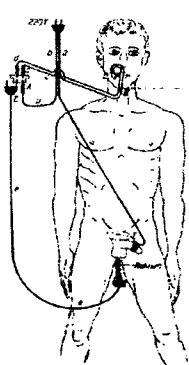
13. *Bugle C., Rubin H.B.* Effects of a nutritional supplement on coprophagia: a study of three cases // *Res. Dev. Disabil.* 1993. Nov-Dec. Vol. 14. No 6. P. 445-456.
14. *Byard R.W.* Coprophagic cafe coronary // *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 2001. Mar. Vol. 22. No 1. P. 96-99.
15. *Chaturvedi S.K.* Coprophagia in a schizophrenic patient: case report // *Psychopathology.* 1988. Vol. 21. No 1. P. 31-33.
16. *Collacott R.A., Cooper S.A.* Urine fetish in a man with learning disabilities // *J. Intellect Disabil. Res.* 1995. Apr. Vol. 39 (Pt 2). P. 145-147.
17. *Ehrlich E., Rothschild M.A., Pluisch F., Schneider V.* An extreme case of necrophilia // *Leg. Med. (Tokyo).* 2000. Dec. Vol. 2. No 4. P. 224-226.
18. *Everaerd W.* A case of apotemnophilia: a handicap as sexual preference // *Am. J. Psychother.* 1983. Apr. Vol. 37. No 2. P. 285-293.
19. *Foerster K., Foerster G., Roth E.* Necrophilia in a 17 year old girl // *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiatr.* 1976. Vol. 119. No 1. P. 97-107.
20. *Gromska J., Smoczynski S., Bardzik S.* A case of necrophilia committed in a state of pathological alcoholic intoxication // *Psychiatr. Pol.* 1969. Vol. 3. No 2. P. 207-209.
21. *Haoui R., Gautie L., Puisset F.* Pica: a descriptive study of patients in a speciality medical center // *Encephale.* 2003. Sep-Oct. Vol. 29. No 5. P. 415-424.
22. *Jentzen J., Palermo G., Johnson L.T., Ho K.C., Stormo K.A., Teggatz J.* Destructive hostility: the Jeffrey Dahmer case. A psychiatric and forensic study of a serial killer // *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 1994. Dec. Vol. 15. No 4. P. 283-294.
23. *Johnston J., Elliott C.* Healthy limb amputation: ethical and legal aspects // *Clin. Med.* 2002. Sep-Oct. Vol. 2. No 5. P. 431-435.
24. *Krief S., Jamart A., Hladik C.M.* On the possible adaptive value of coprophagy in free-ranging chimpanzees // *Primates.* 2004. Apr. Vol. 45. No 2. P. 141-145.
25. *Kunjukrishnan R., Pawlak A., Varan L.R.* The clinical and forensic psychiatric issues of retifism // *Can. J. Psychiatry.* 1988. Dec. Vol. 33. No 9. P. 819-825.
26. *Langstrom N., Zucker K.J.* Transvestic fetishism in the general population: prevalence and correlates // *J. Sex. Marital. Ther.* 2005. Mar-Apr. Vol. 31. No 2. P. 87-95.
27. *Raphling D.L.* Fetishism in a woman // *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1989. Vol. 37. No 2. P. 465-491.
28. *Rosman J.P., Resnick P.J.* Sexual attraction to corpses: a psychiatric review of necrophilia // *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law.* 1989. Vol. 17. No 2. P. 153-163.

29. *Schlesinger L.B.* Adolescent sexual matricide following repetitive mother-son incest // *J. Forensic Sci.* 1999. Jul. Vol. 44. No 4. P. 746–749.
30. *Wise T.N., Goldberg R.L.* Escalation of a fetish: coprophagia in a nonpsychotic adult of normal intelligence // *J. Sex. Marital. Ther.* 1995. Winter. Vol. 21. No 4. P. 272–275.
31. *Wise T.N., Kalyanam R.C.* Amputee fetishism and genital mutilation: case report and literature review // *J. Sex. Marital. Ther.* 2000. Oct.–Dec. Vol. 26. No 4. P. 339–344.
32. *Zavitzianos G.* Homeovestism: perverse form of behaviour involving wearing clothes of the same sex // *Int. J. Psychoanal.* 1972. Vol. 53. No 4. P. 471–477.
33. *Zavitzianos G.* The object in fetishism, homeovestism and transvestism // *Int. J. Psychoanal.* 1977. Vol. 58. No 4. P. 487–495.
34. *Zavitzianos G.* The perversion of fetishism in women // *Psychoanal. Q.* 1982. Jul. Vol. 51. No 3. P. 405–425.

АУТОАСФИКСИОФИЛИЯ И СЕКСУАЛЬНЫЕ САМОУБИЙСТВА. ОСОБЕННОСТИ ОСМОТРА ТРУПА И МЕСТА ПРОИСШЕСТВИЯ

В следственной и судебно-медицинской практике иногда можно встретиться с несчастными смертельными случаями при аномальной сексуальной активности. Подобные случаи наиболее часто являются результатом асфиксии, но могут быть при использовании электричества, введении инородных тел в различные отверстия и опасных для жизни игр [3, 8, 9, 11, 11, 16].

Например, в случае, описанном Otto Procor, обнаружен труп 15-летнего мальчика, который лежал на животе нагишом в собственной кровати. В его заднем проходе находилась рукоятка чайной ложки, соединенной с электрическим проводом. Вокруг пениса была обвита алюминиевая лента, связанная с электрической цепью. Вокруг предплечий был обвит кожаный ремень подобно наложению оков мазохистом. Во рту находилось приспособление из проволоки в качестве включателя электрической цепи со следами короткого замыкания. Плохо изолированная проводка шла через включенную в цепь неоновую лампу, использовавшуюся как сопротивление для снижения напряжения. Один провод шел к половому члену, другой — к штепсельной розетке



радио. От втулки второго полюса розетки провод шел к заднему проходу. Смерть произошла от короткого замыкания, включившего полный переменный ток в 220 В при исключении и испортившейся цепи неоновой лампы. Очевидно, что он не ожидал смертельного исхода. Родители погибшего изменили обстановку места происшествия, спрятав порнографическую литературу до приезда полиции [13].

Некоторая часть сексуальных смертей может происходить и в присутствии сексуального партнера, вовлеченного в опасную игру. Опасные эротические игры встречаются не только у взрослых, но и у подростков и даже детей, находящихся в препубертате, чему есть литературные подтверждения [7, 15,], при этом самый низкий возраст погибших от асфиксии детей при осуществлении аногенитальных контактов был 7 и 8 лет. Связь сексуальной асфиксии с другими сексуальными аномалиями не определена [3].

Об использовании церебральной гипоксии для получения мощной психофизиологической сексуальной разрядки известно давно. Например, сексуальное самоповешение описал еще в XVIII веке маркиз де Сад в романе «Жюстина» [1], вложив в уста фальшивомонетчика Ролана слова относительно испытанного: «...О, какие невыносимые, неопишуемые ощущения». В последние годы и в научной литературе стали появляться публикации о смертях в результате несчастных случаев при тех или иных проявлениях сексуальности. При этом наиболее часто используются термины: «сексуальная асфиксия», «асфиксиофилия», «аутоасфиксиофилия», встречаются и другие.

Распространенность явлений сексуальных самоубийств достоверно не изучена. Оценки ученых по этому поводу весьма приблизительны. Так, в США ежегодно может быть от 200 до 500 и даже 1000 смертей по причине асфиксиофилии [11, 14]. Перепроверка этих данных могла бы показать большее количество подобных смертей. Например, при опросе проституток в Дурбане (ЮАР) выяснено неожиданно широкое применение гипоксии для сексуального возбуждения, значительно превышающее количества в прежних представлениях [5]. По России, как и по многим другим странам, сведений о распространенности сексуальных смертей мы не встретили.

Судебным медикам известны 4 основных метода достижения сексуальной асфиксии (гипоксии):

- strangуляционный (повешение, сдавление петель);
- компрессионный (сдавление грудной клетки, живота);
- закрытия дыхательных отверстий или помещения головы в воздухонепроницаемые емкости ограниченного объема (полиэтиленовый пакет, противогаз и т.п.);
- использования химических веществ.

В некоторых случаях можно наблюдать комбинацию указанных методов. Все они могут быть использованы при убийствах, самоубийствах, или сексуальной деятельности. Судебному медику и представителям правоохранительных органов, во избежание ошибки, важно знать некоторые отличительные особенности смертей, наступивших в результате несчастных случаев при аутоэротизме.

Анализ мировой литературы по вопросам асфиксииофии показывает [3], что преобладающее большинство жертв аутоасфиксииофии — мужчины. По R. Hazelwood et al. (1983), средний возраст асфиксииофилов был 26,5 лет. По данным некоторых авторов, в настоящее время асфиксииофилы почти в половине случаев представлены подростками. Обращает на себя внимание достаточно высокий процент явно мазохистских тенденций у асфиксииофилов. Так, примерно 11 % их используют мазохистские приспособления и осуществляют садомазохистские действия (прижигают гениталии и иные части тела сигаретами, наносят другие самоповреждения, ущемляют клипсами и бельевыми прищелками соски молочных желез, половые губы, клитор, половой член и мошонку. Почти в половине случаев имеет место лигоггизм (кордофилия) — сексуальное поведение, связанное с самоограничениями, самосвязываниями. (Садомазохистские фотографии с указанными явлениями можно свободно обнаружить в сети Интернет.) Более чем в 20 % случаев жертвы мужского пола были переодеты в женскую одежду. Имеется сцепленность аутоасфиксииофии с садомазохизмом, фетишизмом и трансвестизмом. Некоторые выжившие асфик-



Трансвестизм аутоасфиксииофила

сифилы сообщали в беседах со своими врачами, что они использовали асфиксию как прелюдию к мастурбации, другие утверждали, что асфиксия сопровождается оргазмом.

Относительно этиологии данного явления нам в литературе встретилось лишь одно упоминание о раннем пробуждении сексуальности в сочетании с наличием физических наказаний и ранних сексуальных злоупотреблений [10].

Мы предполагаем, что у людей, испытавших далеко зашедшую асфиксию с эротическим наполнением, которой она часто сопрово-

ждается [2, 3, 4, 14], но избежавших смертельного исхода, формируется психоасфигтическая зависимость с императивными позывами на повторение эпизодов церебральной гипоксии для получения психофизиологической разрядки, при этом достижение мощного эффекта возможно лишь через сексуальное стимулирование. (По аналогии с некоторыми сексуальными потрясениями, долго желанными, но испытанными впервые, с положительным восприятием, давшими столь мощную «встряску», психофизиологическую разрядку, что иные формы полового поведения становятся для индивидуума уже несущественными, малозначимыми). Становящиеся известными случаи покушений (особенно, повторных) на самоубийство через асфиксию без смертельного исхода как раз и могут быть не распознанными случаями аутоасфигиофилии.



Фетишистский трансвестизм аутоасфигиофила. Труп в стадии гниения, с гнилостными пузырями на руке



Аутоэротическое удушье является чрезвычайно скрытым синдромом, в котором смерть наступает случайно при одиночной сексуальной активности из-за неудачи в функционировании приспособлений и приборов, разработанных аутоасфиксифилом с целью достижения гипоксии, при этом нередко обнаруживают приспособления для дозированного сдавливания шеи. В зарегистрированных случаях сексуальных смертей у лиц мужского пола наблюдается сходство в разработке достаточно сложных приспособлений и устройств для вызывания не только асфиксии, но и реальной боли или ее имитации по аналогии с порнографическими материалами, в использовании фетишистских объектов. Женские жертвы напротив — обнаруживаются обнаженными с единственной петлей, без каких-либо причудливых приспособлений [9].

Родственники и друзья асфиксифилов обычно бывают удивлены обстоятельствами смерти; им чаще всего не были известны факты сексуальных аномалий и патологии психики. Они, осознав «позорящее» их семью происшествие, могут препятствовать установлению истины, изымают с места происшествия сексуальные принадлежности [3].

Признаки сексуальной асфиксии надо оценивать в совокупности. Обычно отсутствует свободное висение тела, вокруг шеи может иметься защитная мягкая прокладка, которая использовалась неоднократно (подтверждается наблюдением авторов). Петля может проходить через подмышечные впадины, может находиться в едином комплексе со связками рук и ног, замыкаясь на шее таким образом, чтобы имелась возможность напряжением мышц рук регулировать степень натяжения петли, усиливая или ослабляя степень удушья. Совершенно не обязателен охват петлей передней поверхности шеи, иногда петля охватывает лишь заднюю и боковые поверхности, пережимая сонные артерии, чем достигается так называемый «скарфинг» — оргазмические ощущения в результате пережатия сонной артерии [2, 3, 9]. Сложность некоторых посмертных сцен и использование различных приспособлений сви-



Самосвязка аутоасфиксифила

детельствуют о подготовке и тщательной разработке девиантного стереотипа в течение длительного периода времени [3].

Рядом с трупом могут быть найдены вибраторы, фаллоимитаторы, презервативы, иной ассортимент из секс-шопов, предметы одежды противоположного пола, фетиши, а также овощи, бутылки, которые использовались для введения во влагалище или задний проход. Указанные предметы могут быть обнаружены введенными в прямую кишку, влагалище, уретру, надетыми на половой член. В сексуальных фантазиях пострадавшим обычно помогает зеркало, порнопродукция [3, 9, 13].

Представляет интерес публикация на эту тему сотрудников Ганноверского института судебной медицины (ФРГ), которые за 20 лет наблюдали 17 аутоэротических смертей — 0,49 случаев на миллион человек в год. Средний возраст жертв был 36,8 лет, большинство жертв находились в возрасте 20–29 лет. Пятеро были полностью обнажены, пятеро обнажены ниже талии, двое выставили наружу лишь гениталии, остальные переоделись в женское белье. На местах происшествий обнаружены обычные для аутоасфиксифилов атрибуты. В 10 случаях в тканях трупов обнаружили этанол (4 случая), хлороформ, кетамин, смесь пропана и бутана, кокаин, морфий. Причинами смерти были не только странгуляционная асфиксия или асфиксия внутри полиэтиленовых пакетов, но и переохлаждение, утопление, отравление, сердечно-сосудистая патология [6].

В Северной Германии между 1983 и 2003 годами зафиксировано 40 аутоэротических смертельных случаев, оцененных как несчастные. Аутопсии подверглось только 20 трупов. Все жертвы были лицами мужского пола в возрасте от 13 до 79 лет, среди них было пять детей и подростков. Аутоасфиксифилы использовали большой диапазон фетишистских атрибутов: средств для стимуляции или имитации боли, предметы женской одежды, цепочки, ошейники, иную атрибутику БДСМ-отношений, самосвязывания, порнографические журналы, презервативы, химические анестетики. В 17 случаях смерть наступила от свободного зависания в петле, в 3 — от далеко зашедшей асфиксии при использовании удавки-закрутки, в 8 — от асфиксии внутри пластмассовых мешков, в 3 — от асфиксии внутри масок, в 2 — от сжатия груди; в 1 случае наблюдалась асфиксия в результате принятия сложной позиции. Лишь в од-

ном случае обнаружилось опьянение кокаином. Остальные случаи остались неясными из-за отсутствия морфологических и токсикологических результатов [12].

Иногда на трупах повешенных обнаруживается ущемление пальцев рук петлей. Ю.А. Молин [2] считает, что этот признак при наличии «щадающих» условий повешения указывает на попытку самоспасения. Не исключено, однако, что ущемление пальцев рук, кистей и запястий может явиться результатом не попытки самоспасения, а вовлечением руки в механизм дозированного сдавления шеи. Странгуляционные борозды на предплечьях и кистях могут рассматриваться как один из признаков сексуальной асфиксии.

Вопросом о возможности самоспасения при асфиксии интересовался М.И. Федоров [4]. При анализе известных случаев так называемого «самоспасения» от странгуляционной асфиксии им установлено, во всех случаях имели место неполное висение тела, боковое или заднебоковое положение петли на шее, плавное затягивание петли. Автор считал, что самоспасению подверглись психически больные люди, центральная нервная система которых неадекватно реагировала на асфиксию. Однако нельзя исключать возможность того, что за случаи «самоспасения» автор, вероятно, мог принимать и случаи аутоасфиксии. Таким образом, в случаях смертей от асфиксии целесообразно запрашивать для изучения не только протокол осмотра места происшествия, но и психиатрическую медицинскую документацию.

При подозрении на смерть от аномальной сексуальной активности можно порекомендовать назначение посмертной Комплексной судебной сексолого-психиатрической экспертизы (КССПЭ) для установления степени соответствия обстоятельств, приведших к смерти лица, предположительно покончившего жизнь самоубийством, клинической картине поведения, связанного с девиантным способом реализации сексуального влечения.

Вопрос, при этом, может быть сформулирован следующим образом:

Имеются ли в обстоятельствах дела признаки, которые позволили бы в качестве причины смерти предположить несчастный случай, происшедший в результате использования аномального способа удовлетворения сексуальной потребности?

На основании литературных данных мы разработали и предлагаем для практического использования алгоритм поиска особенностей, выявляемых на трупе и месте происшествия при сексуальных самоубийствах (табл. 1).

Таблица 1

Алгоритм поиска особенностей, выявляемых на трупе и месте происшествия при сексуальных самоубийствах

Признаки	Особенности
Пол	Обычно мужской
Возраст	Обычно молодой
Наличие характерных предметов рядом с трупом	Мягкие прокладки под петлю; предметы для мастурбации рядом с трупом или в прямой кишке, влагалище, уретре, на половом члене; презерватив на половом члене; бельевые прищепки на частях тела или рядом с трупом; порнопродукция; какой-либо фетиш; иногда нож.
Поведение перед смертью	Нанесение самоповреждений; самосвязывание; обнажение половых органов; переодевание мужчин в женскую одежду.
Особенности петли и других технических приспособлений, участвовавших в процессе достижения смерти	Наличие возможности управления процессом сдавливания шеи петлей при помощи руки, ноги или иным способом; Наличие возможности самоосвобождения от петли; Наличие петли на руке; Наличие сложных механизмов и комплексных самосвязок, сдавливающих шею и (или) иные части тела; Наличие на голове полиэтиленового пакета (пустого или с токсичным веществом), противогаса; Наличие охвата петлей иногда лишь боковых и задней поверхности шеи; Отсутствие свободного висения; Присоединение половых органов, заднего прохода к электрической цепи.

Литература

1. *Маркиз де Сад. Жюстина, или несчастная судьба добродетели.* М.: Изд. СП «Интербук», 1991. С. 336.
2. *Молин Ю.А. Судебно-медицинская экспертиза повешения* // СПб.: НПО «Мир и семья-95», 1996. С. 336.
3. *Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексологическая экспертиза.* М.: ГНЦ СиСП им. Сербского, 1999. Т. 2. С. 312.
4. *Федоров М.И. Судебно-медицинское и клиническое значение постасфиксических состояний.* Казань, 1967. С. 312 с.

5. *Book R., Perumal G.* Sexual asphyxia: a lesser epidemic // *Med. Law.* 1993. Vol. 12. No 6-8. P. 687-698.
6. *Breitmeier D., Mansouri F., Albrecht K., Bohm U., Troger H.D., Kleemann W.J.* Accidental autoerotic deaths between 1978 and 1997 // *Forensic Sci. Int.* 2003. Oct. 14. Vol. 137. No 1. P. 41-44.
7. *Burch P.M., Case M.E., Turgeon R.* Sexual asphyxiation: an unusual case involving four male adolescents // *J. Forensic Sci.* 1995. May. Vol. 40. No 3. P. 490-491 (о мальчиках)
8. *Byard R.W., Bramwell N.H.* Autoerotic death in females: An underdiagnosed syndrome? // *Am. J. forensic Med. pathol.* 1988. Vol. 9. No 3. P. 252-254.
9. *Byard R.W., Hucker S.J., Hazelwood R.R.* A comparison of typical death scene features in cases of fatal male and autoerotic asphyxia with a review of the literature // *Forensic Sci Int.* 1990. Dec. Vol. 48. No 2. P. 113-121.
10. *Friedrich W.N., Gerber P.N.* Autoerotic asphyxia: the development of a paraphilia // *J. Amer. Acad Child. Adolesc. Psychiatry.* 1994. Sep. Vol. 33. № 7. P. 970-974.
11. *Imami R., Kemal M.* Vacuum cleaner use in autoerotic death // *Am. J. forensic Med. Pathol.* 1988. Vol. 9. No 3. P. 246-248.
12. *Janssen W., Koops E., Anders S., Kuhn S., Puschel K.* Forensic aspects of 40 accidental autoerotic deaths in Northern Germany // *Forensic Sci. Int.* 2005. Jan. Vol. 17. P. 61-64.
13. *Klitschar M., Grabuschnigg P., Beham A.* Death from electrocution during autoerotic practice: case report and review of the literature // *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 1998. Jun. Vol. 19. No 2. P. 190-193.
14. *Rosenblum S.* The adolescent sexual asphyxia syndrome // *J. Am. Acad. of Child Psychiatry.* 1979. Vol. 18. № 3. P. 446-558.
15. *Sabo R.A., Hanigan W.C., Flessner K., Rose J., Aaland M.* Strangulation injuries in children. Part 1. Clinical analysis // *J. Trauma.* 1996. Jan. Vol. 40. No 1. P. 68-72.
16. *Sung-ook B., Uku J.M.* Ligature strangulation of a women during sadomasochistic sexual activity // *Am. J. forensic Med. Pathol.* 1988. Vol. 9. No 3. P. 249-251.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ МАСТУРБАЦИИ

Мастурбация — это *процесс получения сексуального удовольствия и психосексуальной разрядки путем намеренного, чаще мануального само- или взаимного стимулирования эrogenных зон и (или) сексуального самостимулирования психики* [2]. Она сопутствует человеческой жизни с раннего детства; большинство людей занимается ею на протяжении всей жизни, то чаще, то реже, периодически забрасывая или возобновляя ее, часто независимо от доступности или недоступности сексуального партнера. Мастурбация — явление многоаспектное, имеющее культуральные, социальные, психиатрические, клинические, правовые и судебно-медицинские стороны. С судебно-медицинскими аспектами мастурбации судебные медики обычно встречаются в двух случаях: при мастурбаторных травмах, а также при необходимости проведения экспертиз половых состояний и при половых преступлениях. Приказ МЗ РФ № 161 от 24.04.2003 г. в разделах III и IV предусматривает получение судебно-медицинским экспертом сведений об онанизме подэкспертных; кроме того, применение мастурбации предполагается при проведении судебно-медицинских экспертиз лиц мужского пола (п.п. 3.2.7, 4.2.1.5, 4.2.2.5, 4.2.2.7).

Длительное время мастурбация считалась крайне вредным явлением, что вытекало из древних сакральных воззрений. В XIX столетии пуританская кампания против мастурбации стала медицинской манией. Медицинские и иные издания пестрели сообщениями об ужасных последствиях мастурбации, поллюций и «чрезмерных» сексуальных отношений. Например, Р. Крафт-Эбинг [11], как и многие его современники, однозначно считал мастурбацию явлением нездоровым, ведущим к импотенции, гомосексуализму, безнравственности, нарушению этических и эстетических норм и чувств; явлением, сопутствующим психическим расстройствам, либо вызывающим их, и, несомненно, отягощающим наследственность. Примечательно, однако, обращение автором внимания на склонность к мастурбации практически у всех обладателей парафилий. Для сни-

жения сексуальной и мастурбаторной активности рекомендовались: кастрация, электрошок, прижигания клитора раскаленным железом и т.п., что, впрочем, не всегда удерживало «пролеченных» детей от «порочной привычки».

Исследованиями конца XX века установлено, что заместительная мастурбация взрослых и подростковая мастурбация периода юношеской гиперсексуальности не являются вредными относительно биологического и социального компонентов качества жизни, а со стороны психоэмоциональной разрядки и профилактики заболеваний тазовых органов признан ее положительный эффект [41]. Даже мастурбаторные эксцессы не ведут к изменению качества сперматозоидов, снижая лишь их количество в последующих эякулятах, но это снижение никак не влияет на оплодотворяющую способность спермы и здоровье потомства [42]. Относительно связи мастурбации с темпом полового созревания следует отметить, что частая мастурбация и раннее половое созревание являются признаками сильной половой конституции, обычно присущей сексуальным насильникам [4].

Впрочем, давно известно, что иногда мастурбация может быть проявлением каких-либо психических проблем, иногда принимает характер навязчивого влечения, причем не обязательно в уединении. Например, И.Л. Каспер [7] сообщает, что одна молодая женщина убила мужа после того, как прожила с ним три года, так и оставшись девственницей: муж ни разу не совокуплялся с нею, а находясь подле нее на постели, занимался мастурбацией. Общеизвестна мастурбация эксгибиционистов, обычно привлекаемых к ответственности за развратные действия или хулиганство.

У некоторых людей мастурбация сопровождается определенным ритуалом, включающим соответствующее убранство комнаты, сценарий процесса самовозбуждения, применение специальных приспособлений. Ритуалы порой достигают такой сложности, что моменту эякуляции могут предшествовать несколько часов всевозможных манипуляций. Усложненно-ритуальная мастурбаторная практика с использованием всевозможных атрибутов обычно присуща лицам с садомазохистскими тенденциями [6]. Непревзойденно обширные описания подобного рода практики содержатся в романах маркиза де Сада.

Существует несколько классификаций мастурбации, имеющих клиническое значение, но они не содержат юридически значимой информации. Для правовой и судебно-медицинской оценки более подходит классификация мастурбации, основанная на мотивациях субъектов и условиях мастурбаторных проявлений [2]:

I. Физиологическая мастурбация (подростковая и заместительная взрослых):

а) без аноректальной вовлеченности;

б) с аноректальной вовлеченностью:

А. простая;

Б. усложненно-травматогенная.

II. Партнерская мастурбация (при партнерских гетеро- или гомосексуальных взаимодействиях).

III. Заместительно-перверсионная мастурбация (при парафильных фантазиях или как ритуал при парафильных действиях).

IV. Ритуально-культовая мастурбация (подражательная у детей, ритуальная в религиозно-сексуальных сектах, как обрядовый элемент в развивающихся малых обществах, например при обрядах инициации).

V. Симптоматическая мастурбация (как симптом заболеваний или пограничных состояний, в том числе и как условно-сексуальная привычка у детей допубертатного возраста).

VI. Эксгибционистская мастурбация (в процессе акта эксгибционизма).

VII. Аутоасфиксифильная мастурбация.

VIII. Медицинская мастурбация (донорство спермы, диагностические исследования спермы, урологические, судебно-медицинские исследования).

Сексуальная активность людей обычно начинается с мастурбаторных актов. Пик вовлеченности в них мальчиков приходится на возраст появления первых семяизвержений. Первое время после ойгархе треть мальчиков мастурбирует ежедневно. У лиц женского пола вовлечение в мастурбацию носит платообразный характер, продолжаясь и после 20 лет. В дальнейшем частота мастурбаторных актов прямо зависит от наличия «отклоненных» сексуальных потребностей. Мастурбаторные фантазии, отражая нереализованные сексуальные потребности, генерируют сексуальные образы и действия для их после-

дующего воплощения в реальности, что необходимо учитывать в судебно-медицинской и психиатрической практике, особенно в случаях сексуального насилия. Би- и гомосексуальные фантазии в процессе мастурбации появлялись у 20,2 % девушек и 13,6 % юношей, что однозначно свидетельствует о соответствующих сексуальных потребностях не менее чем у данного количества людей в популяции [3].

Данных о распространенности мастурбации мало, наиболее достоверные из них мы свели в сравнительную таблицу (табл. 1).

Таблица 1

Распространенность мастурбации в странах мира, %

Страна, года исследований	Женщины		Мужчины	
	Возраст	%	Возраст	%
Австралия, 1990-е [52]	Сельские жители 15–18 лет	42,7	Сельские жители 15–18 лет	58,5
Дания, 1970-е [9]	-	-	До 20 лет	93
Колумбия, 1970-е [18]	Студентки университета	68,1	-	-
Мексика, 1990-е [55]	14 лет 20 лет	51,8 63,5	-	-
Пакистан, 1990-е [45]	-	-	18–30 лет	80
Польша, 1980-с [12]	Подростки	30–45	Подростки	90–92
РФ, 1998–2001 [3]	Студентки университета	62,3	Студенты университета	82,5
США, 1940-е (данные Кинзи) [9]	Зрелый	62	Зрелый	93
США, 1970-е [32]	Студентки колледжей	74	-	-
США, 1980-с [13, 24, 28, 57]	Старики	Более 30	Старики	Около 50
США, 1990-е [8]	Студентки колледжей	60	Студенты колледжей	88
ФРГ, 1973 [9]	17 лет	53	17 лет	94
Чехия, 1989 [46]	-	-	16–18 лет	90
Южная Корея, 1990-е [30]	-	-	Солдаты 19–27 лет	98,1

Мастурбаторные повреждения

Миру с древности известно множество мастурбаторных способов и используемых при этом предметов. Клинической, следствен-

ной и судебно-медицинской практике известны несчастные мастурбаторные случаи, вплоть до смертельных, которые могут возникать при использовании с целью самостимуляции электричества, введении инородных тел в различные отверстия тела (вагина, анус, уретру) или быть результатом асфиксии как случайности [25, 26, 56]. Описаны случаи потери члена при его электростимуляции [27], разрывов уретры, повреждений кожи полового члена, разрывов его белочной оболочки и пещеристых тел, включая потерю головки члена, при использовании для мастурбации пылесоса [21, 49, 58].

Мастурбаторные повреждения уретры введенными в нее предметами относительно редки. Для уретральной мастурбации потерпевшие использовали отрезки электропровода, бумаги, пинцет, шпильки, карандаши, спагетти и даже мелкую гальку. Часть предметов у лиц женского пола попадало в мочевой пузырь и вело к необходимости цистотомии [19, 37, 44]. Опасность заключается еще в том, что некоторые предметы иногда имеют свойство застревать в уретре, и большинство людей с застрявшими в уретре предметами из-за стыда обращаются за помощью к врачу не сразу, а спустя некоторое время, после развития осложнений [17]. Кроме того, потерпевшие зачастую не всегда верно информируют врача и представителей правоохранительных органов по поводу обстоятельств травмирования. Например, в нашей практике был случай возбуждения уголовного дела по факту причинения тяжкого телесного повреждения мужчине средних лет — разрыва прямой кишки кочергой. Выяснилось, что пострадавший при аутомастурбации ввел в прямую кишку рукоятку кочерги по форме и размерам напоминающую половой член, но не смог извлечь ее. Из-за стыдливости он заявил врачу и представителю правоохранительных органов, что терял сознание от нанесенного хулиганами удара по голове, а очнувшись обнаружил себя в таком положении.

Перелом полового члена встречается относительно редко и заключается в разрыве *tunica albuginea corpora cavernosa*, иногда уретры; происходит, когда член максимально эрегирован. В Medline существует около 200 публикаций о 1331 случае пенильных переломов в XX веке. Большинство переломов члена случались во время добровольных, но бурных половых актов с внезапными попытками изменения позиций от воздействия на эрегированный член *perineum* или лобкового симфиза, а также при мастурбации. Усложнение мас-

турбаторных воздействий влечет за собой повышение риска травмы члена. Кроме того, наблюдались случаи переломов члена в процессе борьбы во время сексуального насилия [29, 35]. Показательно, что из 10 случаев переломов члена, наблюдавшихся в одной японской клинике за 20 лет, 4 произошло во время мастурбации, 2 — при сексуальных извращениях с партнером, 3 — при обычном коитусе, 1 — во время переворачивания спящего человека в постели [38]. Также сообщается о возможности повреждений девственной плевы при аутомастурбации, и даже во сне, что может наблюдаться у детей [15].

Чрезвычайно травматично для прямой кишки, влагалища и промежности явление, получившее название «фистинг» (fisting — кулак), при котором в прямую кишку вводят руку до уровня нижней трети предплечья, а при партнерских взаимодействиях — и дальше [10]. Алкоголь или наркотики, способствуя релаксации анального сфинктера, ослабляют дискомфорт от анального перерастяжения, увеличивая тем самым силу и глубину травматического воздействия, что обычно приводит не только к разрывам в области анального сфинктера, но и к разрывам слизистой оболочки прямой кишки, ректосигмоидальным перфорациям [47, 51, 53]. Fisting, а также вставление в кишечник разнообразных инородных, относительно крупных предметов (например, бутылки, крупного овоща и т.п.), могут приводить к смертельным случаям [43]. Описана ректосигмоидальная перфорация при аноректальной мастурбации с бильярдным кием [20]. Крупные предметы вводятся и во влагалище, в результате чего могут быть его повреждения, вплоть до разрывов промежности II (реже III) степени [36]. Подобные действия могут иметь место как в гомо- или гетеросексуальной, так и в аутоэротической практике.

Аноректальную мастурбацию практикуют 3 % женщин и 3 % мужчин [3], но лишь единицы используют для этого специальные анальные пробки и безопасные насадки на вибраторы. Иные предметы могут быть опасными для здоровья и застрять в прямой кишке. Ими бывают бутылки, аэрозольные баллончики, лампочки, огурцы, морковь, деревянные и резиновые предметы, напоминающие по форме половой член. Типичным для застрявших предметов является их большой размер (более 6 см в диаметре и более 15 см длиной) [54]. Повреждения слизистой в области анального сфинктера и ссадины в перианальной области могут образоваться и при

брахиопроктии. Одним из старейших, но относительно редких и менее травматичных предметов для сексуального стимулирования является клизма; сексуальные действия с ней даже получили свое название — *klismaphilia*. Не исключено, что клизма у клизмофила приобретает значение фетиша. Элементы клизмофилии встречаются иногда в гомосексуальных или садомазохистских игровых отношениях или в групповом сексе [33].

Аноректальная мастурбация встречается не только у взрослых, но и у психически здоровых детей. Ее признаком являются систематические фекальные опачкивания постельного белья и одежды [31]. Приобретенные в секс-шопах приспособления для мастурбации или иные используемые для мастурбации предметы имеют определенное криминалистическое значение, причем не только в случаях сексуального насилия, но и причинения вреда здоровью при иной сексуальной активности. На поверхности этих предметов целесообразен поиск биологических объектов.

Бутылка является не только предметом для вагинальной или аноректальной мастурбации, она служит имитатором естественного отверстия. В ее горлышко вводят половой член, иногда с ущемлением его, что приводит к дальнейшему отеку члена и потенциально опасно его повреждением осколками стекла при попытках освобождения [40]. Описания ущемлений члена различного рода кольцами (металлическими, волосяными, резиновыми, из ниток, гайками и т.п.) можно встретить в руководствах по урологии. Особенно опасно сдавление члена кольцом из влажных и растянутых волос, так как при высыхании волосы укорачиваются и буквально врезаются в плоть. Описан случай ампутации полового члена кольцом из высохших человеческих волос [12].

Крайним, деструктивным вариантом мастурбаторной активности является аутоасфиксифилия с применением удавки или замкнутого пространства, изредка — электричества, с самосвязыванием, трансвестизмом, завязыванием рта, затыканием его кляпом, ущемлением сосков, половых органов, иных частей тела и т.п.

В случаях самосъемки сексуальной активности асфиксифила на видеокамеру, анализ отснятого материала позволяет отличить несчастный случай от преднамеренного самоубийства или убийства. Подобные анализы видеоматериалов уже имели место и доказали

неспособность асфиксифилов к самостоятельному освобождению после аварийного зависания в петле и потерю ими сознания в течение нескольких секунд [22, 34, 48].

Кроме того, в литературе описаны случаи самокастрации и повреждений полового члена под влиянием сильного чувства вины из-за влечения к мастурбации. Подобные явления характерны лишь для членов сексуально репрессивных обществ и выходцев из семей с выраженными пуританскими установками [50].

Мастурбация в ходе судебно-медицинских исследований

В судебно-медицинской практике приходится проводить исследования, в процессе которых мужской половой член должен приводиться в состояние эрекции мастурбаторным путем. Из таких исследований следует выделить: установление способности к половому сношению, способности к оплодотворению, размеров и формы полового члена, соответствия размеров половых органов потерпевшей и подозреваемого, иных особенностей, исключение некоторых патологических состояний члена (например, болезни Пейрони, «гипоспадии без гипоспадии», короткой уздечки и пр.).

Эрекция показывает некоторые особенности полового члена (его искривление, степень и сторону искривления, татуировки). Это имеет криминалистическое значение, хотя бы потому, что потерпевшие иногда обращают внимание на столь интимные индивидуальные особенности преступников. Кроме того, полная эрекция, при отсутствии заявления об эректильной дисфункции, может доказывать способность свидетельствуемого к половому сношению. Состояние эрекции иногда достаточно легко достигается мастурбаторными воздействиями без просмотра или с просмотром стимулирующих снимков либо видеоматериалов соответствующего содержания.

При судебно-медицинской экспертизе способности к оплодотворению предусмотрено получение эякулята путем мастурбации (п. 4.2.2.5 Приказа № 161). Для правильной диагностики бесплодия, а не только при каких-либо отклонениях от нормального значения спермы, необходимо исследовать именно эякулят, а не секрет, добытый при массаже простаты и семенных пузырьков [1, 14, 16]. В судебно-медицинской практике эякулят следует получать мастурбаторным путем под контролем эксперта. При отсутствии жесткого

контроля врача доказательным является лишь метод Гусарова — «остаточной капли» (п. 4.2.2.7 Приказа № 161).

Указание Приказа № 161 на недопустимость получения спермы от несовершеннолетних самым простым и привычным для них путем — мастурбаторным можно объяснить живучестью пуританских воззрений. Регламентированный массаж предстательной железы и семенных пузырьков у несовершеннолетних для многих, вероятно, менее приемлем из-за ассоциации с анально-генитальным контактом и комплекса весьма специфичных ощущений, нередко с положительным их восприятием. Кроме того, семенные пузырьки не всегда можно достичь пальцем. При массаже предстательной железы следует ожидать не эякулят, а секрет, который необходимо отделить от мочи путем центрифугирования. Процедура имеет некоторые особенности, не указанные в Приказе № 161, без знания которых можно прийти к недостоверным результатам.

А.Н. Самойличенко [15] обращает внимание судебных медиков на важный момент: для правильного обоснования экспертного суждения о возможности полового акта без дефлорации необходима оценка метрических параметров не только гимена, но и окружности эрегированного полового члена подозреваемого. Автором предложен условный средний коэффициент увеличения длины окружности полового члена в состоянии эрекции. Для этого к полученной величине окружности полового члена в покое надо прибавить $2,59 \pm 0,31$ см (Приказ № 161 указывает, что надо прибавить $2,5 \pm 0,31$ см). Полученная величина — есть приблизительная длина окружности полового члена при эрекции. Несомненно, однако, что к данной методике следует прибегать только при невозможности добиться эрекции мастурбаторным путем, так как автором, при очевидных достоинствах проведенной работы, не учитываются индивидуальные анатомические особенности члена (его форма обнаруживается только при эрекции), половая конституция, возраст свидетельствуемых (размеры члена с возрастом изменяются). Кроме того, на изменение размеров полового члена, находящегося в состоянии относительного покоя, влияют температура (холод рефлекторно уменьшает размеры ненапряженного члена, тепло способствует их увеличению), психо-эмоциональное состояние свидетельствуемого, механические раздражения половых органов, особенно у подростков и юношей.

Свой оригинальный метод определения размеров эрегированного полового члена по его размерам в спокойном состоянии предлагает О.А. Дмитриева [5]. Метод учитывает возраст, половую конституцию подозреваемых, наличие заболеваний, влияющих на эректильную функцию, первоначальный размер обмеряемого члена. Однако не учитывается форма члена, например, у конического члена окружность ствола может быть больше окружности головки.

Таким образом, исследование полового члена в состоянии эрекции, когда удастся ее достичь, целесообразно практически во всех случаях проведения экспертиз половых состояний лиц мужского пола, так как эрекция дает представление о степени ее выраженности, об истинных размерах члена и его форме, которая может нарушаться вследствие некоторых патологических процессов, вплоть до невозможности совокупления. Эрекция также обычно свидетельствует о способности к пенильно-вагинальным и анально-генитальным контактам.

Литература

1. *Васильченко Г.С.* Объективное обследование сексологического больного; Семиотика расстройств нейрогуморальной составляющей у мужчин // Сексopatология / Под ред. Г.С.Васильченко. М.: Медицина, 1990. С. 145–158; 226–240.
2. *Дерягин Г.Б., Сидоров П.И., Соловьев А.Г.* Мастурбация: реальный секс с виртуальным партнером // Российский психиатрический журнал. 2002. № 2. С. 76–80.
3. *Дерягин Г.Б., Сидоров П.И., Соловьев А.Г.* Мастурбация как проявление реалистично-виртуального секса // Сексология и сексopatология. 2003. № 1. С. 38–42.
4. *Дерягин Г.Б., Сидоров П.И., Соловьев А.Г.* Психосоциальные предпосылки сексуально-виктимного и криминогенного поведения молодежи // Сексология и сексopatология. 2003. № 6. С. 30–37.
5. *Дмитриева О.А.* Совершенствование судебно-медицинской экспертизы половых состояний мужчин: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2004.
6. *Имешинский К.* Сексология и сексopatология / Пер. с польск. М.: Медицина, 1986. С. 424.
7. *Каспер И.Л.* Практическое руководство к судебной медицине. Часть первая, биологическая. СПб., 1872.

8. *Келли Г.* Основы современной сексологии / Пер. с англ. СПб.: Питер, 2000. С. 896.
9. *Кон И.С.* Введение в сексологию. М.: Медицина, 1988. С. 320.
10. *Кон И.С.* Лупный свет на заре. Лики и маски однополой любви. М.: Олимп; ООО «Фирма «Издательство АСТ», 1998. С. 496.
11. *Крафт-Эбинг Р.* Половая психопатия, с обращением особого внимания на извращение полового чувства / Пер. с нем. М.: Республика, 1996. С. 591.
12. *Лев-Старович З.* Нетипичный секс / Пер. с польск. М.: Советский спорт, 1995. С. 368.
13. *Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р.* Основы сексологии / Пер. с англ. М.: Мир, 1998. С. 692.
14. *Михайличенко В.В.* Бесплодие у мужчин // Руководство по андрологии. Л.: Медицина, 1990. С. 297–334.
15. *Самойличенко А.Н.* Основы судебно-медицинской гименологии. Караганда, 1994. С. 105.
16. *Юнда И.Ф.* Болезни мужских половых органов. Киев: Здоровье, 1989. С. 272.
17. *Aliabadi H., Cass A.S., Gleich P., Johnson C.F.* Self-inflicted foreign bodies involving lower urinary tract and male genitals // *Urology*. 1985. Vol. 26. No 1. P. 12–16.
18. *Alzate H.* Sexual behavior of Colombian female university students // *Arch. Sex. Behav.* 1978. Jan. Vol. 7. No 1. P. 43–54.
19. *Bacci M., Porena M.* Masturbation injury resulting from intraurethral introduction of spaghetti // *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 1986. Sep. Vol. 7. No 3. P. 254–255.
20. *Baltsen A., Hovgaard C.* Perforation af colon rectosigmoideum efter autoerotisk transanal manipulation // *Ugeskr. Laeger*. 1989. Mar. T. 151. No 10. S. 637.
21. *Benson R.C.* Vacuum cleaner injury to penis: a common urologic problem? // *Urology*. 1985. Vol. 25. No 1. P. 41–44.
22. *Blanchard R., Hucker S.* Age, transvestism, bondage, and concurrent paraphilic activities in 117 fatal cases of autoerotic asphyxia // *Br. J. Psychiatry*. 1991. Sep. Vol. 159. P. 371–377.
23. *Breitmeier D., Mansouri F., Albrecht K., Bohm U., Troger H.D., Kleemann W.J.* Accidental autoerotic deaths between 1978 and 1997 // *Forensic Sci. Int.* 2003. Oct. 14. Vol. 137. No 1. P. 41–44.
24. *Bretschneider J.G., McCoy N.L.* Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102-year-olds // *Arch. Sex. Behav.* 1988. Vol. 17. P. 109–129.

25. Byard R.W., Bramwell N.H. Autoerotic death in females: An underdiagnosed syndrome? // *Am. J. forensic Med. pathol.* 1988. Vol. 9. No 3. P. 252–254.
26. Byard R.W., Hucker S.J., Hazelwood R.R. A comparison of typical death scene features in cases of fatal male and autoerotic asphyxia with a review of the literature // *Forensic Sci Int.* 1990. Dec. Vol. 48. No 2. P. 113–121.
27. Catalano G., Morejon M., Alberts V., Catalano M. Report of a case of male genital self-mutilation and review of the literature, with special emphasis on the effects of the media // *J. Sex. Marital. Ther.* 1996. Vol. 22. No 1. P. 35–46.
28. Catania J.A., White C.B. Sexuality in an aged sample: cognitive determinants of masturbation // *Arch. Sex. Behav.* 1982. Vol. 11. P. 237–245.
29. Cecchi M., Pagni G.L., Ippolito C., Summonti D., Sepich C.A., Fiorentini L. Frattura del pene: descrizione di due casi // *Arch. Ital. Urol. Androl.* 1997. Jun. Vol. 69. No 3. P. 137–139.
30. Choi Y.J., Lee W.H., Rha K.H., Xin Z.C., Choi Y.D., Choi H.K. Masturbation and its relationship to sexual activities of young males in Korean military service // *Yonsei Med. J.* 2000. Apr. Vol. 41. No 2. P. 205–208.
31. Clark A.F., Tayler P.J., Bhate S.R. Nocturnal faecal soiling and anal masturbation // *Arch. Dis. Child.* 1990. Dec. Vol. 65. No 12. P. 1367–1368.
32. Clifford R. Development of masturbation in college women // *Arch. Sex. Behav.* 1978. Nov. Vol. 7. No 6. P. 559–573.
33. Denko J.D. Amplification of the erotic enema deviance // *Am. J. Psychother.* 1976. Apr. Vol. 30. No 2. P. 236–255.
34. Du Chesne A., Kaupert A., Prokop A., Schropfer D., Hofmann V. Autocrotische Unfälle // *Z. Arztl. Fortbild. (Jena).* 1978. Feb. Vol. 72. No 3. P. 136–139.
35. Eke N. Fracture of the penis // *Br. J. Surg.* 2002. May. Vol. 89. No 5. P. 555–565.
36. Fain D.B., McCormick G.M. Vaginal «fisting» as a cause of death // *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 1989. Mar. Vol. 10. No 1. P. 73–75.
37. Garcia Riestra V., Vareal Salgado M., Fernandez Garcia L. Cuerpos extraños de uretra. A proposito de dos casos // *Arch. Esp. Urol.* 1999. Jan–Feb. Vol. 52. No 1. P. 74–76.
38. Hirasawa S., Tsuboi N., Abe H., Kawamura N., Kanamori S., Okumura S., Nishimura T., Akimoto M. Fracture of the penis: report of 10 cases and a review of 231 cases in Japan // *Hinyokika Kyo.* 1983. Sep. Vol. 29. No 9. P. 1047–1052.
39. Janssen W., Koops E., Anders S., Kuhn S., Puschel K. Forensic aspects of 40 accidental autoerotic deaths in Northern Germany // *Forensic Sci. Int.* 2005. Jan. Vol. 17. P. 61–64.

40. *Kamizuru M., Nakatani T., Maekawa M., Asakawa M., Yasumoto R.* A case of incarceration of the penis // *Hinyokika Kiyo*. 1988. Mar. Vol. 34. No 3. P. 514–516.
41. *Leitenberg H., Detzer M.J., Srebnik D.* Gender differences in masturbation and the relation of masturbation experience in preadolescence and/or early adolescence to sexual behavior and sexual adjustment in young adulthood // *Arch. Sex. Behav.* 1993. Apr. Vol. 22. No 2. P. 87–98.
42. *Nnatu S.N., Giwa-Osagie O.F., Essien E.E.* Effect of repeated semen ejaculation on sperm quality // *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* 1991. Vol. 18. No 1. P. 39–42.
43. *Orr C.J., Clark M.A., Hawley D.A., Pless J.E., Tate L.R., Fardal P.M.* Fatal anorectal injuries: a series of four cases // *J. Forensic Sci.* 1995. Mar. Vol. 40. No 2. P. 219–221.
44. *Oscá J.M., Broseta E., Server G., Ruiz J.L., Gallego J., Jimenez-Cruz J.F.* Unusual foreign bodies in the urethra and bladder // *Br. J. Urol.* 1991. Nov. Vol. 68. No 5. P. 510–512.
45. *Qidwai W.* Sexual knowledge and practice in Pakistani young men // *JPMMA J. Pak. Med. Assoc.* 1999. Oct. Vol. 49. No 10. P. 251–254.
46. *Raboch J.Jr., Zverina J., Raboch J., Sindlar M.* Masturbation in adolescents // *Cesk Psychiatr.* 1994. Apr. Vol. 90. No 2. P. 97–100.
47. *Reiner S.C.* Colorectal laceration after manual-anal intercourse // *Ann. Emerg. Med.* 1984. Feb. Vol. 13. No 2. P. 130–132.
48. *Risse M., Weiler G.* Agonale und supravitale Bewegungsabläufe beim Erhängen // *Beitr. Gerichtl. Med.* 1989. Vol. 47. S. 243–246.
49. *Rossi M., Cascini F., Torcigliani S.* Penile injuries caused by masturbation with a vacuum cleaner. Description of a case and review of the literature // *Minerva Urol. Nefrol.* 1992. Vol. 44. No 1. P. 43–45.
50. *Shimizu A., Mizuta I.* Male genital self-mutilation: a case report // *Br. J. Med. Psychol.* 1995. Jun. Vol. 68. Pt 2. P. 187–189.
51. *Shook L.L., Whittle R., Rose E.F.* Rectal fist insertion. An unusual form of sexual behavior // *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 1985. Dec. Vol. 6. No 4. P. 319–324.
52. *Smith A.M., Rosenthal D.A., Reichler H.* High schoolers masturbatory practices: their relationship to sexual intercourse and personal characteristics // *Psychol. Rep.* 1996. Oct. Vol. 79. No 2. P. 499–509.
53. *Sohn N., Weinstein M., Gonchar J.* Social injuries of the rectum // *Am. J. Surg.* 1977. Nov. Vol. 134. No 5. P. 611–612.
54. *Subbotin V.M., Davidov M.I., Fainshtein A.V., Abdrashitov R.R., Rylov I.L., Sholin N.V.* Foreign bodies of the rectum // *Vestn. Khir. Im. I. I. Grek.* 2000. Vol. 159. No 1. P. 91–95.

55. *Sueiro E., Dieguez J.L., Gonzalez A.* Jovenes que realizan estudios universitarios: salud sexual y reproductiva // *Aten. Primaria.* 1998. Mar. Vol. 21. No 5. P. 283-288.
56. *Sung-ook B., Uku J.M.* Ligature strangulation of a women during sadomasochistic sexual activity // *Am. J. forensic Med. Pathol.* 1988. Vol. 9. No 3. P. 249-251.
57. *Weizman R., Hart J.* Sexual behavior in healthy married elderly men // *Arch. Sex. Behav.* 1987. Feb. Vol. 16. No 1. P. 39-44.
58. *Wenderoth U., Jonas U.* Curiosity in urology? Masturbation injuries // *Eur. Urol.* 1980. Vol. 6. No 5. P. 312-313.

ЭКСГИБИЦИОНИЗМ

Эксгибиционизм (от лат. ex-hibeo — выставлять, показывать) — периодическая или постоянная склонность к демонстрации собственных половых органов незнакомым людям (обычно лицам противоположного пола) или в общественных местах без предложения и без намерений более близкого контакта. Следует различать ложный и истинный эксгибиционизм. Ложный эксгибиционизм проявляется «шалостью» со стороны молодых людей, нередко в группе, «на спор» и т.д. Стойкой, навязчивой потребности в совершении эксгибиционистских актов у них нет, т. е. нет данной парафилии. При истинном эксгибиционизме акты эксгибиционизма следует рассматривать как парафильные, так как они происходят по типу обсессивно-компульсивных действий, им предшествуют продромальные явления (предвестники).

Не всегда, но иногда во время демонстрации имеет место половое возбуждение с видимой эрекцией у мужчин, которое может сопровождаться мастурбацией. Эта склонность обостряется в периоды эмоционального стресса или кризиса, после долгой напряженной работы, перемежаясь длительными периодами без подобного поведения. Иногда нельзя проследить связь актов эксгибиционизма с вышеуказанными явлениями. Эксгибиционизм наблюдается как у мужчин, так и у женщин, но со стороны мужчин акты эксгибиционизма более известны.

В типичных случаях эксгибиционист мужского пола неожиданно начинает демонстрировать свои половые органы перед детьми или женщинами, иногда мастурбируя перед ними. В правоохранительной практике возникает необходимость дифференцировать такие действия с развратными, хулиганством, покушением на насильственные действия сексуального характера.

Цель эксгибициониста — эпатаж с наблюдением ответной эмоциональной реакции жертвы, в которой бы удивление смешивалось с испугом и любопытством. Наличие комплекса этих реакций может привести к продолжению демонстрации половых органов, но уже с мастурбацией. Отсутствие всякой реакции ведет к неудовлетворен-

ности эксгибициониста с возможностью развития фрустрационной агрессии и к поиску новой жертвы. Важнейшим компонентом удовлетворения эксгибициониста являются его собственные эмоции и вегетативные реакции, связанные не только с эмоциями жертвы, но и со страхом преследования, что прекрасно отразил в своей «Исповеди» Ж. Ж. Руссо [7].

Понятно, что в древности это явление было очень редким и зародилось как сексуальная патология с началом постоянного ношения одежды. Знаток античной литературы — профессор Ганс Лихт ссылается лишь на один известный ему отрывок, принадлежащий Феофрасту (Характеры, 11), свидетельствующий об истинном эксгибиционизме в античном обществе: «Этот бесстыдный, встречая женщин, любил задира́ть свой хитон и показывать им то, что находится под ним».

Антисексуальные установки и незнание сути эксгибиционизма приводят к тому, что неожиданное столкновение с актом эксгибиционизма вызывает психическое потрясение, негодование «зрителя», да и сам акт эксгибиционизма в некоторых странах Запада расценивается как сексуальное насилие. Подобные реакции, желанные для эксгибиционистов, являющиеся их целью, только благоприятствуют увеличению частоты случаев эксгибиционизма [2]. Понятно, что страх жертвы более связан с опасностью физического насилия, но он обычно необоснован. Однако нет правил без исключения — изредка встречаются случаи перехода эксгибициониста к физической сексуальной агрессии. В таких случаях уместно говорить о сексуальном насилии, предваренном актом эксгибиционизма. Субъект такого преступления, по своей сути, является не эксгибиционистом, а насильником. Если дело ограничилось только избиением жертвы, более уместно говорить о хулиганстве (ст. 139 УК РФ), о причинении конкретного вреда здоровью. Акт эксгибиционизма в данном случае целесообразно квалифицировать как хулиганство, что не исключает возможности проведения судебной психиатрической экспертизы.

К проявлениям мужского эксгибиционизма общество более нетерпимо, чем к проявлению женского. Более того, пуританские традиции сформировали поощрение женского эксгибиционизма для удовольствия мужской части общества, загнав их в общественно приемлемые рамки стриптиза, либо клубного, либо кинематографи-

ческого. В последнее время получил развитие и мужской стриптиз. На некоторых курортах развивающихся стран достаточно распространен «завлекательный» эксгибиционизм со стороны аборигенов, проявляющийся в демонстрации гениталий с целью меркантильной вербовки сексуального партнера.

Достаточно упрощенным представляется бытующий взгляд, что эксгибиционизм является манифестацией общей психопатологии, характеризующейся полным пренебрежением к моральным и этическим общественным ограничениям в поведении [14]. Природа этого явления, вероятно, имеет изначально коммуникативно-смысловой, знаковый характер, принятый в животном мире, в частности у приматов — зеленых обезьян, павианов, горилл, шимпанзе [3]. Пока детеныш мал, на его эрегированный член никто не обращает внимания, но как только он вступает в пору полового созревания, взрослые самцы воспринимают эрекцию его члена как жест вызова и жестоко бьют подростка, который вынужден усвоить, таким образом, значение этой физиологической реакции и регулировать ее. Демонстрация эрегированного полового члена самцу означает агрессию, и если тот, кому адресован столь вызывающий жест, не проявит готовность к подчинению, он немедленно подвергнется нападению. В случае схватки двух конкурирующих самцов, побежденный, чтобы избежать больших потерь, быстро поворачивается к победителю спиной и принимает так называемую «позу подставки», выставляя навстречу ему свой зад. Победитель, наскочив на противника, совершает коитальные движения (применительно к человеческому уголовному обществу, «опускает» побежденного) и успокаивается. В научной литературе также описано кормление и отдых у павианов и зеленых обезьян [3]. Самцы-караульные при этом сидят на видных местах, расставив ноги и демонстрируя чужакам частично эрегированный половой член, т.е. свою готовность к переходу к оборонительной агрессии. Демонстрация полового члена является символом силы и власти.

В человеческом обществе мужские гениталии также являются символом силы и власти, что закреплено в некоторых непристойных, часто агрессивных жестах, имеющих фаллическое значение. Н. Mester [20] считает, что эксгибиционизм может быть объяснен проявлением реликтового инстинкта, имеющего достаточно широ-

кое распространение и в современности. Комплексы, порождающие подсознательные сомнения в своей мужской полноценности, являются основой фаллической демонстрации, предпринимаемой для самоутверждения. Посредством акта эксгибиционизма человек пытается восстановить в своих глазах и восстанавливает на некоторое время свой престиж.

Исходя из сказанного, можно сказать, что акт эксгибиционизма у человека является своеобразной формой подсознательного самоутверждения, соединен с эмоциональным напряжением, дающим разрядку в столь своеобразной агрессии, наблюдении ответных эмоциональных реакций, а также в собственных эмоциональных реакциях, связанных с архаичным страхом предстоящей схватки, символизирующейся возможностью преследования и наказания.

Человеческий обычай прикрывать свои гениталии произошел не от чувства стыда, а в результате появления коммуникативной необходимости украшать себя различными предметами. Набедренная повязка у мужчин предохраняла половые органы от травм. Футляр из высушенной кожи удлинненной тыквы, надетый на половой член, у современных папуасов до сих пор является единственным элементом одежды, при этом по длине футляра, зафиксированного на половом члене в символично эрегированном положении, определяется иерархический статус его владельца. Вплоть до позднего средневековья европейцы вполне естественно обнажались друг перед другом; фаллос практически у всех народов в свое время являлся символом, имеющим культовое значение. Следуя точке зрения В. Райха [6], эксгибиционизм, как он есть в современном обществе, явился порождением пуританских сексуальных запретов и репрессий, обычая прикрывать тело одеждой. В рамках культур, где не принято тщательно укрывать половые органы, и нагота является обыденной и повседневной, эксгибиционизм как явление не наблюдается.

Э. Крафт-Эбинг [4], проанализировав множество случаев эксгибиционизма, высказал мнение, «что эксгибиционизм в качестве сексуальной демонстрации имеет психопатологическое значение», является симптомом какой-либо психической патологии, органического поражения головного мозга, алкоголизма. По сообщению З. Старовича [8], в 30–50 % случаев эксгибиционисты демонстрировали свои гениталии посторонним в состоянии алкогольного опья-

яснения. Но существует и противоположное утверждение редкого опьянения эксгибиционистов во время деликта [21], что, вероятно, культурально обусловлено. Р. Bowden [9] отметил и прокомментировал случаи взаимосвязи эксгибиционизма с лунатизмом. Отмечены случаи развития эксгибиционистских импульсивных потребностей после черепно-мозговой травмы [23, 25].

Актам эксгибиционизма в большинстве случаев предшествуют продромальные явления, которые характеризуются беспокойством, генерализованной тревожностью, рассеянностью внимания, раздражительностью, повышением двигательной активности, появлением интенсивных мастурбаторных фантазий с кристаллизацией в них объекта влечения [12]. Возникает навязчивая потребность в эксгибиционистском акте, вначале слабо осознаваемая, затем вполне сознательная. Однако эта потребность не всегда осознается, акт эксгибиционизма может быть выполнен как компульсивное действие, неожиданно и для эксгибициониста, по велению внезапно возникшего импульса, которому невозможно противостоять. Деликт всегда осуществляется при сильном сужении сознания с нарушением способностей руководить своими поступками в полной мере, прогнозировать ситуацию и замечать внешнюю опасность со стороны посторонних. Ввиду этого эксгибиционист не может запомнить посторонние для него объекты (людей, обстановку и т.д.). После совершения деликта интеллектуальное и физическое благополучие эксгибициониста восстанавливается. Период ремиссии (благополучия) индивидуален, зависит от сочетания многих факторов.

Большинство эксгибиционистов молоды, эксгибиционистов старше 40 лет мало. Типичные эксгибиционисты состоят в браке, обеспечены хорошей работой, обладают довольно высоким интеллектом, но есть и противоположные наблюдения [5]. В быту они бывают робкими, стыдливými, безынициативными, инфантильными, неагрессивными и неконфликтными людьми, с некоторым комплексом своей неполноценности, сниженным чувством самосознания. Они имеют затруднения в общении с женщинами, характеризуются отсутствием стремления к установлению с ними сексуальных контактов, хотя в мечтах это стремление может быть высказано. Обычно ничем другим, кроме эксгибиционизма, они не проявляют своей асоциальности. Из всех сексуальных правонарушителей эксгибици-

онисты, пожалуй, являются самыми безобидными. Однако описаны редкие случаи избиения эксгибиционистами потерпевших из-за неадекватной их ожиданиям реакции жертв [5].

Эксгибиционизм может быть связан не только с патологией психики, встречаются случаи эксгибиционизма из хулиганских побуждений. Так, например, клиническая оценка 19 юношей — сексуальных правонарушителей, совершивших множественные акты эксгибиционизма или непристойных телефонных звонков (скатофилия), показала, что большинство их воспитывались в мульти-проблемных семьях, но их психический статус не соответствовал критериям для диагноза *paraphilia* (сексуальное извращение), однако, это не исключало наличие каких-либо сексуальных проблем и отклонений [22].

P. Snaith [24] также считает эксгибиционизм не только проявлением различных психических расстройств, нарушений личности, но также результатом закрепленных с детства стереотипов сексуального поведения, связанного с приобретением положительных эмоций от наблюдения эксгибиционистских актов или участия в них, в иных сексуальных играх в детских компаниях в препубертатном возрасте. Свои эксгибиционистские приключения в раннем юношеском возрасте, и связанные с ними ощущения весьма детально изложил в знаменитой «Исповеди» Жан-Жак Руссо [7]. Будущий великий философ не имел явно выраженной психической патологии, но имел достаточно мульти-проблемные условия формирования личности в период полового созревания; акты эксгибиционизма он совершал более из хулиганских побуждений, краткий период времени. Стойкой потребности в эксгибиционизме в дальнейшем у него не было.

В практике чаще приходится сталкиваться с проявлениями мужского эксгибиционизма, поэтому существует ложное мнение, что эксгибиционизм — типично мужская девиация. Однако о случаях женского эксгибиционизма сообщают многие исследователи проблемы, при этом причины эпатажных обнажений схожи с таковыми у мужчин. Женский эксгибиционизм в своей основе, как и мужской, имеет стремление к самоутверждению [10, 11, 15, 16]. По данным наших собственных исследований, склонность к эксгибиционизму обнаружили у себя 4,2 % студенток ($n = 614$) и 1,6 % студентов ($n = 428$) [1].

A. Jaffe et al. [17] сообщили, что половина случаев эксгибиционизма перед детьми происходит летом, из них половина случаев

приходится на время от 14 до 18 часов. Средний возраст жертв в их исследованиях составил 10,7 лет, 88 % от всех жертв были девочки. Правонарушителями чаще являлись мужчины около 30 лет.

К. Freund & M. Seto [13] считают, что эксгибиционизм может служить своеобразным маркером склонности к половому насилию, с чем вряд ли можно согласиться из-за наличия ряда оговорок. По распространенному мнению, акт эксгибиционизма в присутствии детей может сигнализировать о наличии педофильных отклонений у правонарушителя. Однако дело обстоит не совсем так.

В результате исследований, проведенных с помощью фаллоплетизмографии, выяснилось, что более чем в половине случаев эксгибиционисты не дифференцировали возраст гетеросексуального объекта. Лишь 12 % эксгибиционистов имели четко выраженную гетеросексуальную педофильную ориентацию, и только незначительная часть эксгибиционистов обнаруживали педофильную гомосексуальную ориентацию [26]. По данным R. Langevin et al. [18], эксгибиционисты при фаллоплетизмографии также более всего показывали пенильные реакции на представительниц женского пола и были сравнимы с «нормальными» людьми в своих пенильных ответах на мальчиков и мужчин.

К случаям эксгибиционизма не следует подходить прямолинейно и поверхностно, всегда стремясь квалифицировать содеянное как мелкое хулиганство или развратные действия. Во всех случаях возбуждения уголовных или административных дел (по КоАП) обязательно назначение судебно-психиатрической экспертизы, которая поможет отличить эксгибиционизм вследствие имеющегося расстройства психики от банального хулиганства или развратных действий. Назначение судебно-психиатрической экспертизы предусмотрено не только в случаях возбуждения уголовных дел, но и при административных правонарушениях. Во многих случаях вместо сурового наказания несчастных, целесообразным и гуманным деянием будет подать им помощь психиатра и психолога для коррекции полового поведения. Эксгибиционистов более целесообразно доставлять не в отделение милиции, подвергая их всем ужасам поистине пыточного содержания под стражей, а к психиатру.

Современные методы лечения позволяют управлять сексуальным поведением человека, влиять на его мастурбаторную актив-

ность и связанные с ней сексуальные фантазии в сторону их уменьшения, полностью пресекать потребность в эксгибиционистском поведении. Как правило, это связано с блокадой мужских половых гормонов и психотерапией. Однако проведенное лечение не будет исключать рецидивность эксгибиционизма после прекращения медикаментозного воздействия, а его рецидивность достаточно высока [19], поэтому необходимо проведение долгосрочных реабилитационных мероприятий в доброжелательном контексте.

К особой форме эксгибиционизма, сочетающейся с мазохизмом, относят кандаулезизм — получение полового удовольствия от показа посторонним своего обнаженного полового партнера и даже сексуальных действий с ним.

Литература

1. *Дерягин Г.Б., Сидоров П.И., Соловьев А.Г.* Информированность детей по вопросам пола и сексуальная активность молодежи на европейском Севере России // Сексология и сексопатология. 2003. № 5. С. 33–39.
2. *Имелинский К.* Сексология и сексопатология / Пер. с польск. М.: Медицина, 1986. С. 423.
3. *Кон И.С.* Введение в сексологию. М.: Медицина, 1988. С. 320.
4. *Крафт-Эбинг Р.* Половая психопатия, с обращением особого внимания на извращение полового чувства / Пер. с нем. М.: Республика, 1996. С. 591.
5. *Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р.* Основы сексологии / Пер. с англ. М.: Мир, 1998. С. 692.
6. *Райх В.* Сексуальная революция / Пер. с нем. СПб.–М.: «Университетская книга», АСТ, 1997. С. 352.
7. *Руссо Ж-Ж.* Исповедь; Прогулки одинокого мечтателя. Избр. соч / Пер. с франц. М.: Гослитиздат, 1961. Т. 3. С. 82–84.
8. *Старович З.* Судебная сексология / Пер. с польск. М.: Юрид. лит., 1991. С. 336.
9. *Bowden P.* Sleepwalking and indecent exposure // Med. Sci. Law. 1991. Oct. Vol. 31. No 4. P. 359.
10. *Cassell D., Gomez J.* Indecent exposure: a report of a female // Br. J. Psychiatry. 1987. Dec. No 151. P. 867.
11. *Comings D.E., Comings B.G.* Tourette syndrome: clinical and psychological aspects of 250 cases // Am. J. Hum. Genet. 1985. May. Vol. 37. No 3. P. 435–450.

12. *Dandescu A., Wolfe R.* Considerations on fantasy use by child molesters and exhibitionists // *Sex. Abuse.* 2003. Oct. Vol. 15. No 4. P. 297–305.
13. *Freund K., Seto M.C.* Preferential rape in the theory of courtship disorder // *Arch. Sex. Behav.* 1998. Oct. Vol. 27. No 5. P. 433–443.
14. *Glasser M.* The role of the superego in exhibitionism // *Int. J. Psychoanal. Psychother.* 1978–79. Vol. 7. P. 333–353.
15. *Grob C.S.* Female exhibitionism // *J. Nerv. Ment. Dis.* 1985. Apr. Vol. 173. No 4. P. 253–256.
16. *Hollender M.H., Brown C.W., Roback H.B.* Genital exhibitionism in women // *Am. J. Psychiatry.* 1977. Apr. Vol. 134. No 4. P. 436–438.
17. *Jaffe A.C., Dynneson L., ten Bensel R.W.* Sexual abuse of children. An epidemiologic study // *Am. J. Dis. Child.* 1975. Jun. Vol. 129. No 6. P. 689–692.
18. *Langevin R., Paitich D., Ramsay G., Anderson C., Kamrad J., Pope S., Geller G., Pearl L., Newman S.* Experimental studies of the etiology of genital exhibitionism // *Arch. Sex. Behav.* 1979. Jul. Vol. 8. No 4. P. 307–331.
19. *Lindsay W.R., Marshall I., Neilson C., Quinn K., Smith A.H.* The treatment of men with a learning disability convicted of exhibitionism // *Res. Dev. Disabil.* 1998. Jul–Aug. Vol. 19. No 4. P. 295–316.
20. *Mester H.* Der Exhibitionismus: Kritik nur biologisch orientierter Interpretationen dieser Sexualstörung // *Z. Psychosom. Med. Psychoanal.* 1985. T. 31. No 2. S. 156–171.
21. *Myers R.G., Berah E.F.* Some features of Australian exhibitionists compared with pedophiles // *Arch. Sex. Behav.* 1983. Dec. Vol. 12. No 6. P. 541–547.
22. *Saunders E.B., Awad G.A.* Male adolescent sexual offenders: exhibitionism and obscene phone calls // *Child. Psychiatry Hum. Dev.* 1991. Spring. Vol. 21. No 3. P. 169–178.
23. *Simpson G., Blaszczyński A., Hodgkinson A.* Sex offending as a psychosocial sequela of traumatic brain injury // *J. Head. Trauma. Rehabil.* 1999. Dec. Vol. 14. No 6. P. 567–580.
24. *Snaith P.* Exhibitionism: a clinical conundrum // *Br. J. Psychiatry.* 1983. Sep. Vol. 143. P. 231–235.
25. *Spinella M.* Hypersexuality and dysexecutive syndrome after a thalamic infarct // *Int. J. Neurosci.* 2004. Dec. Vol. 114. No 12. P. 1581–1590.
26. *Tichý P.* Falopletismografické nálezy u pachatelů pedofilních exhibicionistických deliktů // *Cas. Lek. Cesk.* 1996. Vol. 135. No 16. P. 521–524.

СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ В МИРОВЫХ КУЛЬТУРАХ

Изучение сексуальной активности человека невольно приводит нас к необходимости анализа негативных ее сторон, в частности, противоправной сексуальной агрессии. Существующая в животном мире необходимость добиваться в некоторых случаях возможности воспроизводства потомства путем насилия почти всегда неприемлема в человеческом обществе из-за социальной обусловленности. Тем не менее, многие люди попадают в ситуации, в которых присутствуют либо элементы домогательств, либо имеет место откровенное грубое насилие с сексуальной окраской. Однако достоверных научных данных о степени распространенности сексуального насилия в мусульманских странах Азии, в большинстве стран Африки, Восточного блока Европы, республик бывшего СССР, практически нет (по СССР с середины 1980-х годов в научной литературе имеются сведения лишь относительно зарегистрированных случаев изнасилований, что не может отражать истинный уровень сексуальной преступности). Сексуальное насилие может быть направлено не только против женщин, но и против мужчин, однако главное внимание исследователей обычно направлено на насилие над лицами женского пола. rАналогично из внимания исследователей обычно выпадают проблемы мужской проституции и проституции подростков.

Вообще, проблема сексуального насилия до последнего времени была областью, которой исследователи пренебрегали, а в некоторых обществах существовал и до сих пор существует негласный запрет, явные противодействия изучению всех проблем, связанных с сексуальностью. Проводя свои исследования, мы также сталкивались с теми или иными противодействиями со стороны представителей Православной церкви и системы школьного образования, не говоря уже о непонимании и об откровенных насмешках со стороны многих людей, опасности привлечения к уголовной ответственности за развратные действия. Этой опасности нам удалось избежать только потому, что в свои исследования мы включали лишь детей, достигших 14-летнего возраста, и успели провести опрос школьников до

декабря 2003 г., т. е. до принятия откровенно неумной первой поправки к ст. 135 УК РФ.

В своей работе мы ориентировались лишь на признаки сексуального насилия, отраженные в ст. 131 и 132 УК РФ (применение физического насилия, угроз физической расправы, использование беспомощного состояния жертвы с целью получения сексуального удовлетворения преступником), т. е. на самые brutальные формы противоправных сексуальных действий. Все остальное и неясные случаи, при отсутствии четкой их очерченности, нами были исключены из исследования.

Сексуальное насилие существует во всем мире, на всех социально-экономических уровнях, во всех возрастных группах, начиная со старшего дошкольного и младшего школьного возраста. Оно может происходить при разнообразии обстоятельств, но его распространенность в конкретном обществе, несомненно, зависит от социального здоровья последнего, политической и экономической обстановки, вероисповедания, этнической принадлежности. Кроме того, имеются мнения о влиянии на половое поведение населения и других факторов. Так, например, считается, что возрастающая солнечная активность существенно повышает не только инцидентность злоупотребления токсическими препаратами (лекарствами, наркотиками), но и сексуального насилия. Снижение мужской сексуальности также связывается с уменьшением солнечной активности, что особенно наблюдается осенью. Кроме того, на сексуальную активность людей влияет личное экономическое благополучие [89]. Действительно, количество изнасилований повсеместно резко увеличивается летом, независимо от основных сезонных возможностей для сексуального контакта даже на территориях с постоянно теплым климатом [67]. Закономерным является и то, что большинство изнасилований происходит вечером и ночью [2, 44], лишь несовершеннолетние сексуальные убийцы предпочитают совершать свои преступления во второй половине дня [69].

Бедность и низкий уровень образования в аспекте сексуального насилия относятся к факторам риска. Дети и подростки из неблагополучных семей с низким уровнем дохода, в которых родители злоупотребляют алкоголем или наркотиками, имеют в несколько раз больше шансов стать жертвами противоправной сексуальной

агрессии, чем дети из благополучных семей (чем больше показателей социального риска, тем больше шансов подвергнуться половому насилию) [68], при этом старшие дети чаще испытывают более серьезные формы сексуального насилия по сравнению с младшими. То же самое в полной мере относится к взрослым представителям низкого социо-экономического уровня обоих полов. Чем ниже материальный и образовательный уровень, тем обычно ниже самосознание, что приводит к покорности, неумению противостоять противоправной сексуальной агрессии даже в семейных или иных партнерских отношениях. Экстрасемейное сексуальное насилие отличается от внутрисемейного тем, что, в основном, ограничивается единственным эпизодом, но с большей степенью физического насилия, и чаще регистрируется в полиции, при этом жертвы мужского пола подвергаются большей физической травме [27].

Подобная закономерность касается и насильников: сексуальные правонарушители достоверно чаще остальных граждан воспитывались в дисфункциональных семьях, испытывали в детстве эмоциональное отвержение с гиперопекой, жесткую дисциплину и минимум самостоятельности [14]. Имеется обратная корреляционная зависимость между уровнем материального благосостояния и склонностью к совершению сексуального насилия: чем ниже доход, тем выше эта склонность [50]. Бедность порождает психологические комплексы, связанные с низким уровнем самосознания, в том числе гомофобию и проблемы сексуальной идентификации. В свою очередь, это ведет к потребности самоутверждения через гипермаскулинное поведение. Утверждение значимости своего «Я» в своих глазах и подобного окружения проще всего достигается путем насилия над более слабым. Сексуальные насильники в общей массе имеют более низкий интеллект по сравнению с преступниками, совершившими ненасильственные преступления [81]; у первых, как правило, наблюдаются низкий уровень образования и низкий социо-экономический статус, они более подвержены социальной изоляции [24]. Молодые люди, имеющие склонность к половому насилию и теоретически допускающие его возможность со своей стороны, более традиционны во взглядах на женщин (пуритане) и имеют минимум сексуальных знаний [32].

~~Ученые~~ африканского континента лишь частично освещают ~~проблему~~ сексуального насилия, но насыщают ее экзотическим

содержанием. Так, *Камерун* заселен представителями более 60 народов, из них 35 % — мусульмане, 58 % — христиане, остальные придерживаются традиционных языческих верований. 25 % случаев изнасилований в Камеруне происходит внутри семейств в результате традиционного статуса женщин в африканском обществе и своеобразной фаллоκραтии отцов и дядей. Сексуальное нападение обычно совершается на детей, вступивших в возраст полового созревания, треть изнасилований совершается до достижения жертвой 10-летнего возраста. В зрелом возрасте изнасилованию подвергаются лишь 7,8 % женщин. Мальчики становятся жертвами полового насилия менее, чем в 5 % случаев [64], при этом дело редко доводится до суда; предпочтительны примирение в традициях своей всры или иное урегулирование проблемы, базирующиеся на экономических стимулах [62].

По дополняющим картину данным других авторов, в Камеруне большинство насильников, изнасиловавших детей 7–15-летнего возраста, были соседями, родственниками или друзьями семейства; изнасилования детей обычно происходили в бедных городских кварталах [51]. В Адис-Абебе (*Эфиопия*) жертвами изнасилований также, главным образом, являются дети младше 15-летнего возраста, преимущественно малообразованные. В 42,9 % случаев насильниками были незнакомцы, а в 27,1 % случаев — соседи [52].

В основе сексуальных преступлений против детей, по единодушному мнению многих авторов, лежат культуральные влияния с доминированием мужчин в социальной жизни и общественном признании того факта, что мужчина не может управлять своими сексуальными желаниями, определенную роль играет и колдовство. Например, от представителей племени *Gusii* (*Кения*) заявлений о сексуальном насилии властям обычно не поступает, так как *Gusii* убеждены, что такое мужское поведение не является преднамеренным, виновник насилия не преступник — в момент насилия он был одержим духами или на него наведена порча соседями либо родственниками [56]. То же самое наблюдается и в *Зимбабве*, где большинство сексуальных правонарушителей — известные или даже близкие ребенку люди. К тому же, во многих африканских племенах (да и не только в Африке) существует поверье, что совокупление с девственным ребенком избавляет от заболеваний половых органов,

в том числе и от венерических болезней, HIV, поэтому совершенно не удивительно, что половина случаев изнасилования детей обнаруживается через передачу половых инфекций [63, 66].

В *Бенин (Нигерия)* основными жертвами изнасилования были девочки и девушки в возрастной группе от 6 до 19 лет, причем на долю девочек, не достигших 13-летнего возраста, приходилось 48,2 %. Взрослые жертвы, в отличие от детей, подвергались почти в половине случаев (47 %) групповому изнасилованию [76].

О влиянии на показатель насилия местных традиций красноречиво свидетельствует еще один факт: в *Центральной Африканской Республике* почти 22 % (!) женщин в 1989 году сообщили, что их первый сексуальный акт явился результатом изнасилования [20] (для сравнения, в *Архангельске (РФ)* к концу 1990-х годов этот показатель составил 6,0 % [2]).

Подобное влияние культуральных традиций на уровень сексуального насилия прослеживается и в другой части света — в *Новой Зеландии*, где 25,3 % университетских студенток последнего курса при анонимном опросе сообщили, что являются жертвами покушения на изнасилование или оконченного изнасилования [35]. Однако в этой стране наибольшему риску изнасилования подвергались молодые девушки и женщины этнического меньшинства *Маори*, при этом только 7,3 % изнасилованных женщин были старше 30 лет. Изнасилования детей обычно происходили в их домах, в роли преступников чаще оказывались знакомые и родственники; и лишь 15 % сексуальных преступлений против детей совершили незнакомые лица [37].

Сексуальное насилие в странах Запада распространено не чаще, чем в государствах Восточной Европы, Африки, Азии, но более исследовано. Проанализированы и такие явления, как насилие над мужчинами и сексуальная преступность лиц женского пола. Так, обследование мужских жертв сексуального насилия в Лондоне показало, что 60 % их не достигли возраста 16 лет, 44 % неоднократно подвергались сексуальному насилию. В 14 % случаев насильник был известен жертве, анальный коитус имел место в 76 % случаев: 23 % жертв во время нападения боялись за свою жизнь, заявили же о перенесенном насилии в полицию только 15 % потерпевших. Для большинства лиц младше 16 лет это был первый сексуальный опыт, они менее всего были склонны сообщать о нем полиции [49]. В слу-

чаях сексуального насилия над взрослыми мужчинами в Англии (средний возраст жертв — 21,7 лет), они, как правило, были групповыми и сопровождались анальнотелесными контактами в 89 % случаев, в 18 % такое насилие повлекло за собой приобретение жертвами инфекций, передающихся половым путем [44].

При анализе сексуальной преступности со стороны женщин в Англии установлено, что в 63 % случаев их жертвами стали дети. При этом в 14,5 % случаев половые акты совершала с ребенком его собственная мать. 3 % женщин были осуждены за обычно мужское публичное проявление сексуальности — эксгибиционизм, однако, 40 % сексуальных преступниц привлекались к ответственности как соучастники мужского преступления [74]. Здесь следует отметить ту особенность, что многие авторы из стран Запада к жертвам насилия причисляют не только пострадавших от изнасилования или покушения на него, но и жертв эксгибиционистов, развратных действий, непристойных предложений, понуждений к вступлению в половую связь путем шантажа. Поэтому мы в своем исследовании рассматривали только первые — как четко обозначенные случаи.

На североамериканском континенте сексуальная преступность и, в частности, сексуальное насилие также достаточно хорошо изучена (намного лучше, по сравнению с другими странами), что, вероятно, лежит в основе относительно высоких показателей распространенности сексуального насилия в обществе. Кроме того, повышенному уровню сексуального насилия в США могут способствовать негативные стороны высокого уровня урбанизации, миграционный образ жизни значительной части населения, этнокультуральные особенности, отличия законов разных штатов, определяющих показатели распространенности порнографии, сексуального неравенства мужчин и женщин, социальной защищенности, эффективности действия правоохранительных органов. Так, по данным FBI, количество изнасилований на душу населения в штатах Аляска, Невада, Калифорния ежегодно регистрируется намного больше, чем в штатах Северная Дакота, Мэн и Айова [13]. Изнасилованиям подвергаются, в основном, молодые незамужние англо-американки, при этом наиболее виктимным является возраст 16–18 лет [50]. Изнасилования пожилых женщин старше 60 лет происходят менее, чем в 3 % от всех случаев, при этом, как правило, жертва белая, а на-

сильник — черный, что обычно связывается с комплексом расовой неполноценности; такое изнасилование, возможно, имеет в корне не сексуальный импульс, а необходимость самоутверждения [19]. Наиболее криминогенный возраст, в плане сексуального насилия, в США — 16–19 лет [10]. В научной литературе описан казуистический случай сексуального насилия над собственной матерью со стороны 8-летнего мальчика [11].

При сексуальном насилии над мальчиками и юношами в США только 14 % жертв были чуть старше 18 лет, остальные были младше. 59 % жертв ранее в той или иной степени знали насильника, при этом, чем моложе была жертва, тем выше оказывался процент знакомства с преступником. Одиночные нападения зафиксированы в 87 % случаев, попытка анально-генитального контакта имела место в 78 % случаев гомосексуального насилия над подростками и юношами, телесные повреждения после таких нападений были обнаружены в 24 % случаев [25].

Как правило, сексуальное насилие над юношами и более старшими лицами мужского пола редко регистрируется правоохранительными органами. Заявления обычно поступают от жертв гомосексуального насилия лишь при получении ими угроз будущих расправ, заражения ВИЧ-инфекцией, сифилисом, при получении значительных телесных повреждений, а также при высоковероятных опасениях повторного насилия. Насильники чаще всего ранее были знакомы с жертвой, при этом пострадавшие, как правило, не думали о возможности гомосексуальной ориентации своего обидчика [43].

Однако в случаях сексуального насилия над лицом мужского пола насильник может быть гетеросексуальным, и примерно половина таких насильников отрицает гомосексуализм, так как активное сексуальное поведение даже в гомосексуальном контакте многие считают мужским поведением. Групповое изнасилование женской или мужской жертвы может быть своеобразной попыткой доказать себе и окружающим свое «истинно мужское поведение», что возможно при латентных гомоэротических чувствах (латентном гомосексуализме) [22, 54]. Групповое изнасилование часто рассматривается соучастниками как вполне правильное. Подсознательное чувство вины обычно оправдывается «провоцирующим» поведением жертвы, которая, например, была в короткой юбке, упогребляла

алкоголь, шла по улице поздно вечером и т.п. Такие случаи и в общественном сознании могут представляться так, что «санитары общества» справедливо наказали жертву за «аморальное» поведение. Примитивные представители культур бедности не терпят проявлений индивидуалистичности, отклонений от примитивных стереотипов поведения и мышления.

Научных данных о распространенности и ликах сексуального насилия в государствах Центральной и Южной Америки относительно мало. Это, вероятно, объясняется не отсутствием или незначительностью данной проблемы, а осторожностью ученых в вопросах, связанных с сексуальностью, так как эти страны традиционно являются оплотом католицизма, а население придерживается достаточно пуританских нравов, всегда препятствовавших научным сексологическим исследованиям. Некоторые данные все же проливают свет на уровень сексуального насилия в латиноамериканском обществе, который и не может быть низким, так как снижению уровня насилия содействуют хорошие социально-экономические условия жизни и высокий уровень образования [17]. Так, в конце 1980-х годов в Сан-Антонио (*Мексика*) изнасилованию подверглись 11–16 % университетских студенток, при этом уровень насилия имел зависимость от этнической принадлежности. Высший уровень инцидентности изнасилования приходится на этнически «белых» жертв [48].

Еще выше уровень насилия в среде безработных и низкооплачиваемых, особенно над детьми, причем здесь крайне распространено внутрисемейное сексуальное насилие. В Мексике в таких семьях 5–14-летние мальчики находятся даже в большом риске сексуального нападения со стороны старших взрослых, чем девочки этого возраста [34]. В мексиканских «кварталах бедности» половое насилие со стороны подростков не поддается точному учету, при этом значительная его часть совершается по отношению к знакомым им жертвам. Риск передачи половых инфекций в таких случаях определяется в пределах до 20 %, а возникновения беременности — до 10 % [60].

В *Никарагуа* потерпевшие также находились преимущественно в подростковом и юношеском возрасте. Жертв покушений на изнасилование или оконченного изнасилования до достижения 19 лет среди лиц женского пола было 15 %, а мужского — 7 %. Жертв иных

сексуальных злоупотреблений было несравненно больше. 33 % потерпевших мальчиков и 66 % девочек испытали различные виды сексуальных злоупотреблений от членов семейств [75].

Молодежной сексуальной преступности способствует упрощенность и стереотипность восприятия мужского и женского поведения, отношений полов, что выражается в молодежной сексуальной культуре Латинской Америки понятиями «machos» (настоящий, стопроцентный мужчина) и «sluts» — «потаскушки» (сучки). В этой стереотипной модели сексуальной культуры увековечено гетеросексуальное мужское преобладание и культ сексуального насилия, которое должно являться неотъемлемым признаком настоящего «мачос» [6, 12]. Несомненно, что для снижения уровня сексуального насилия в обществе необходима ломка в сознании подрастающего поколения этого стереотипа.

Необычайную остроту приобретает проблема изнасилования женщин и молодых мужчин солдатами в военных конфликтах, а также в поселениях беженцев. Изнасилование может быть использовано и используется даже как военная стратегия, как орудие этнического возмездия или «этнических чисток». Так в *Либерии* во время гражданской войны в 1989–1994 годах солдатами было изнасиловано не менее 15 % молодых женщин, принадлежащих к другим этническим группам или политическим фракциям [95]. Война в прежней *Югославии* сфокусировала общественное внимание на использование изнасилования как преднамеренной, гласно или негласно санкционированной стратегии в отношении этнически «нелюбимого» населения [94]. Изнасилования, использованные в качестве военной тактики сербов в *Боснии*, оказались очень мощным средством воздействия на жизненный уклад семей пострадавших мусульман, их психическое состояние, социальные взаимоотношения внутри этнических групп [80]. Случаи сексуального насилия (в том числе и гомосексуального) по отношению к местному населению со стороны представителей так называемых «силовых» структур РФ наблюдались в *Чеченской республике* [4], есть многочисленные упоминания о них и в Интернете. Несомненно, что «дело полковника Буданова» является лишь верхушкой айсберга.

Внутришкольное сексуальное насилие также является острой, но обычно невидимой проблемой, требующей детального ее изуче-

ния. К примеру, в общеобразовательных школах Волгограда сексуальное насилие в середине 1990-х годов находилось на уровне 4 % [8]. В Адис-Абебе (столица *Эфиопии*) 5 % школьников подвергаются оконченному изнасилованию в школах и 10 % — покушению на изнасилование (85 % жертв — старшеклассницы); 17 % изнасилованных забеременели от насильника, 33 % — подверглись социальной изоляции, 6 % — предпринимали попытки самоубийства [70]. При опросе старшеклассников, проведенном в 79 общеобразовательных школах США, 10 % юношей и девушек сообщили, что другие ученики (изредка учителя или воспитатели) вынуждали их совершать какие-либо сексуальные действия, но сведений об оконченных изнасилованиях или покушениях на них в данном опросе нет [3]. Вероятно, подобное положение дел наблюдается в общеобразовательных школах и других стран, но мы более не встретили в научной литературе данных, посвященных изучению этой серьезной проблемы, требующей разработки соответствующих программ полового образования с обучением школьников правильным подходам к сексуальности и разъяснением ответственности за противоправные сексуальные действия.

Сексуальное насилие над больными со стороны медицинского персонала имеет место практически везде, но обладает высокой латентностью. В таких случаях обычно используется беспомощное состояние пациентов медицинских стационаров при отсутствии свидетелей. Имеются разрозненные, недостоверные сведения о случаях склонения к сексуальным контактам психически больных людей психотерапевтами, психиатрами.

Особое, практически неисследованное место в статистике изнасилований занимает супружеское насилие, насилие со стороны женщин и ритуальное насилие в сектах. Мы не касаемся здесь и важной, вечной правовой проблемы — гомосексуального насилия в местах лишения свободы.

Сведения о распространенности преимущественно латентных случаев сексуального насилия в странах мира представлены в таблице 1.

Распространенность сексуального насилия в странах мира, %

Страна, год публикации, источники	Женский пол			Мужской пол	
	Характеристика жертв насилия	Покушения и оконченные изнасилования, %	Только оконченные изнасилования, %	Характеристика жертв насилия	Гомосексуальное насилие, %
Австралия, 1996 [61]	Жительницы Мельбурна	-	13,0	-	-
Англия, 1992 [98]	-	-	-	Мужское население Лондона	2-5
Англия, 1994 [42]	-	-	-	Гомосексуалы	27,6
Германия, 1993 [79]	Студентки	25,2	-	Студенты	6,2
Камерун, 1998 [64]	Зрелые женщины	-	7,8	Мальчики	5,0
Канада, 1998 [73]	Студентки университета Онтарио	-	15,0	-	-
Малайзия, 1996 [87]	Студентки медицинского колледжа	-	8,3	Студенты медицинского колледжа	2,1
Мексика 1990 [48]	Студентки университета Сан-Антонио	-	11-16	-	-
Новая Зеландия, 1991 [35]	Студентки последнего курса университета	25,3	-	-	-
Норвегия, 1994 [85]	Студентки университета Трондхейма	-	5,0	Студенты университета Трондхейма	1,0
Норвегия, 1996 [77]	Девушки до 19 лет	17,0	-	Юноши до 19 лет	1,0
РФ, 2002 [2]	21-28-летние студентки университета в Архангельске	27,5	10,6	Студенты университета в Архангельске	0,7
США, 1987 [90]	Белые англоамериканки с университетским образованием	26,3	13,0	-	-
США, 1991 [86]	Американки	25,0	13,0	-	-
США, 1992 [97]	Студентки университетов	25-28	-	-	-

Страна, год публикации, источники	Женский пол		Мужской пол		
	Характеристика жертв насилия	Покушения и оконченные изнасилования, %	Только оконченные изнасилования, %	Характеристика жертв насилия	Гомосексуальное насилие, %
США, 1993 [83]	Американки старше 16 лет	26,0	-	-	-
США, 1994 [40]	Студентки университетов старше 16 лет	25,0	-	-	-
США, 1995 [36]	Бездомные женщины с психической патологией	97,0	-	-	-
США, 1995 [31]	Студентки колледжа	-	5,0	-	-
США, 1997 [17]	Бездомные женщины	-	61,0	-	-
США, 1997 [96]	Женщины-наркоманки, из них неоднократно	-	75,0 45,0	-	-
США, 1998 [65]	Женщины-рекруты ВМФ США до службы (в юности)	45,5	36,1	-	-
США, 1998 [29]	Проститутки в Сан-Франциско, из них в детстве	- 57,0	68,0 -	-	-
США, 1998 [59]	Женщины – военнослужащие армии США до службы (в детстве и юности)	-	22,6	-	-
США, 1999 [39]	Американки в целом, из них до 18 лет	-	11,0 8,5	-	-
США, 1999 [16]	Студентки университетов США	-	20,0	-	-
США, 1999 [92]	Американки	-	13,0	Американцы	3,0
Франция, 1997 [21]	Ученицы общеобразовательных школ	-	9,0	Ученики общеобразовательных школ	6,0
Чехия, 1999 [99]	Женское население в целом, из них неоднократно	-	11,6 3,4	-	-

Страна, год публикации, источники	Женский пол			Мужской пол	
	Характеристика жертв насилия	Покушения и оконченные изнасилования, %	Только оконченные изнасилования, %	Характеристика жертв насилия	Гомосексуальное насилие, %
Швеция, 2000 [28]	1. Школьницы 17 лет 2. Девушки 17 лет, не посещающие школу	7,1 28,0	3,1 13,8	1. Школьники 17 лет 2. Юноши 17 лет, не посещающие школу	1,2 4,0
Эфиопия, 1998 [70]	Школьницы в Адис-Абебе	15,0	5,0	-	-

Все половые преступления являются высоколатентными, в уголовной статистике отражена лишь их небольшая часть [1, 15, 96] (табл. 2.).

Таблица 2

Количество лиц, заявивших властям о сексуальном насилии, %

Страна, год, источники	Характеристика жертв насилия	Частота заявлений
Англия, 1997 [49]	Подростки и юноши до 16 лет, жители Лондона	15,0
РФ, 2002 [2]	Студентки в Архангельске	4,1
США, 1983 [82]	Несовершеннолетние жительницы Сан-Франциско, пострадавшие от внутрисемейного насилия	2,0
США, 1995 [100]	Подростки и юноши мужского пола	2,0
США, 1997 [96]	Женщины-наркоманки	20,0
США, 1999 [39]	Жительницы Калифорнии	11,9
Чехия, 1999 [99]	Женское население в целом	3,4

Есть несколько причин, по которым люди, пострадавшие от сексуального насилия, редко делают об этом заявления. Прежде всего — это стыд и боязнь огласки, страх перед насильниками, недоверие правоохранительным органам. Имеет широкое распространение и откуп — материальное возмещение морального ущерба на основе договоренности преступника с жертвой [1, 7]. Кроме того жертвы

насилия нередко подвергаются общественному ostrакизму. Семьи и друзья насильников могут оказывать сильное давление на потерпевших, угрожая им в случаях заявлений в правоохранительные органы. В некоторых культурах мужа могут наказывать, вплоть до убийства, и даже отказываться от своих жен, если те подверглись изнасилованию. В своей практике на территории России мы также наблюдали такие ситуации.

Следует учитывать, что психическая травма у жертв сексуального насилия зачастую усугубляется неграмотными и нетактичными действиями сотрудников правоохранительных органов и медицинских работников [9]. Представители правоохранительных органов могут невнимательно и даже насмешливо относиться к заявлениям об изнасиловании. Там, где имеет место коррупция, жертвам насилия трудно противостоять сложившейся системе. С другой стороны, коррумпированные сотрудники правоохранительных органов способны вымогать деньги у заведомо невиновных лиц, обвиняя их в сексуальных преступлениях. Эти обстоятельства могут способствовать нежеланию потерпевших доводить дело до суда. Кроме того, неподготовленные в вопросах сексологии врачи и юристы могут находиться в плену своих сексуальных стереотипов, что способно приводить к заблуждениям относительно чужой сексуальности и оказывать психотравмирующее влияние на потерпевших [30, 93]. Таким образом, колебания количества зарегистрированных половых преступлений могут преимущественно определяться изменением практики реагирования жертвами и правоохранительными органами на такие преступления, а не их истинным уровнем [1].

Некоторые женщины, подвергшиеся изнасилованию, предпочитают обращаться за помощью первоначально или только к своим семейным докторам, но те зачастую бывают не в состоянии помочь им из-за отсутствия необходимых знаний, в результате чего доказательства насилия бывают безвозвратно утрачены. Так, в Мельбурне (Австралия) при опросе женщин, посещающих врачей различных специальностей, выяснилось, что 13 % оказались жертвами изнасилования или покушения на него, из них только 9 % сообщили об этом врачу [61]. В Финляндии, наоборот, большинство жертв сексуального насилия не сообщают о насилии в полицию и судебным медикам, а при наличии повреждений обычно контактируют с врачами

общего профиля [47]. Существует мнение, что к врачам жертв сексуального насилия заставляет обращаться наличие у них каких-либо травм, опасение наличия половых инфекций или беременности [57, 78]. Но даже в государствах с развитым правоохранением около 20 % изнасилованных не смогли получить от своих докторов никакой помощи по сохранению доказательств насилия [18].

Относительно степени родства или знакомства жертвы с насильником существуют немногочисленные, но противоречивые сведения, что, вероятно, зависит от культуральных особенностей общества, условий быта и социальной среды (табл. 3).

Таблица 3

**Распространенность сексуального насилия в странах мира
со стороны знакомых или родственников, %**

Страна, год, источники	Характеристика жертв насилия	Степень родства или знакомства с преступником	Частота встречаемости, %
Англия, 1997 [49]	Подростки и юноши до 16 лет, жители Лондона (латентные случаи)	Знакомые	14,0
Камерун, 1998 [64]	Малолетние и несовершеннолетние девочки (неясные случаи)	Близкие родственники, друзья семейств	25,0
Малайзия, 1996 [87]	Подростки, девушки и юноши (латентные случаи)	Братья Другие родственники Семейные друзья	14,2 24,5 24,5
Новая Зеландия, 1989 [37]	Дети Маори – коренного населения Новой Зеландии (латентные случаи)	Знакомые и родственники	85,0
Норвегия, 1990 [84]	Девочки-подростки (зарегистрированные случаи)	Близкие родственники	7,0
РФ, 1991 [5]	Девушки и молодые женщины – жительницы Санкт-Петербурга (зарегистрированные случаи)	Незнакомые Знакомые Близкие родственники	56,1 40,7 1,6
РФ, 2002 [2]	Жительницы европейского севера России (латентные случаи)	Родственники Знакомые Малознакомые Незнакомые	12,3 26,3 42,1 19,3
США, 1982 [25]	Несовершеннолетние девушки (латентные случаи)	Знакомые	59,0
США, 1983 [82]	Несовершеннолетние жительницы Сан-Франциско (латентные случаи)	Близкие родственники	16,0

Страна, год, источники	Характеристика жертв насилия	Степень родства или знакомства с преступником	Частота встречаемости, %
США, 1986 [91]	Малолетние мальчики (зарегистрированные случаи)	Знакомые	85,0
США, 1987 [90]	Англо-американские студентки университетов («белые») (латентные случаи)	Знакомые	75,0
США, 1988 [23]	Несовершеннолетние до 17 лет (латентные случаи)	Знакомые	58,1
США, 1988 [46]	Девушки-подростки (зарегистрированные случаи)	Незнакомые водители попутных машин	5,0
США, 1990 [53]	Жительницы Манчестера (латентные случаи)	Знакомые	53,0
США, 1994 [33]	Женщины с олигофренией (зарегистрированные случаи)	Знакомые, родственники, обслуживающие	92,0
США, 1994 [3]	Американские жены (латентные случаи)	Муж	9,0
США, 1994 [55]	Малолетние девочки (латентные случаи)	Знакомые	29,0
		Старший брат	9,0
		Отчим	7,0
		Отец	7,0
		Иные родственники	29,0
		Незнакомые	7,0
	Малолетние мальчики (латентные случаи)	Знакомые	40,0
		Старший брат	4,0
		Отчим	1,0
		Отец	1,0
		Иные родственники	13,0
		Незнакомые	4,0
США, 1995 [71]	Несовершеннолетние юноши (латентные случаи)	Знакомые	64,0

Совершению изнасилований в немалой степени способствует поведение потерпевших; почти в каждом третьем случае оно носит социально нежелательные формы (алкоголизация, двусмысленные высказывания и т.п.), что может провоцировать будущего преступника на противоправные сексуальные действия [5]; прослеживается прямая связь между злоупотреблением алкоголем или психотропными препаратами и виктимным поведением [38, 41, 45, 58] (табл. 4).

**Распространенность употребления алкоголя потерпевшими
перед сексуальным насилием, %**

Страна, год, источники	Характеристика жертв насилия	Частота встречаемости, %
Норвегия, 1995, [72]	Жительницы Трондхейма	40,0
РФ, 1991 [5]	Жительницы Санкт-Петербурга: - в возрасте до 13 лет - в возрасте 14-17 лет - в возрасте 18 лет и старше	3,8 26,5 29,4
РФ, 2002 [2]	Студентки университета в Архангельске	44,6
США, 1983 [26]	Американки – жертвы сексуальных убийств	40,0
США, 1994 [40]	Студентки университетов	55,0
США, 1995 [71]	Несовершеннолетние юноши	47,0

Преступление во многом характеризуется местом его совершения (на улице, дома у жертвы, преступника или его знакомых, в иных местах), что может свидетельствовать об отсутствии должной осторожности у потерпевших, нередкой их вины в создании обстановки и ситуации, провоцирующих половое насилие. Однако в литературе имеются лишь немногочисленные сведения относительно данного аспекта (табл. 5).

Таблица 5

Характеристика мест сексуального насилия

Страна, год, источники	Характеристика жертв насилия	Места насилия
Англия, 2000 [88]	Знакомые с насильником	Преимущественно в помещениях (у себя дома или дома у насильника)
	Незнакомые с насильником	Преимущественно на улице
Новая Зеландия, 1989 [37]	Дети коренного населения	Преимущественно у себя дома
РФ, 1991 [5]	Девушки и женщины – жительницы Санкт-Петербурга	У себя дома в 34,1 % случаев
РФ, 2002 [2]	Жительницы Архангельска: - знакомые с насильником	Преимущественно в помещениях (у себя дома или дома у насильника)
	- незнакомые с насильником	Преимущественно на улице

Страна, год, источники	Характеристика жертв насилия	Места насилия
США, 1983 [26]	Молодые жертвы сексуальных убийств Пожилые жертвы сексуальных убийств	Пригороды У себя дома
США, 1988 [46]	Девушки-подростки	Попутный автомобиль в 5 % случаев
США, 1994 [33]	Женщины с олигофренией	Присмущественно у себя дома

Таким образом, несмотря на достаточно сильные этнокультуральные влияния, сексуальное насилие практически во всех странах мира имеет ряд закономерностей. Так, повышение преступной сексуальной активности обуславливается низкими образовательным и социально-экономическим уровнями, традиционным пуританским отношением к жснщине, повышенной алкоголизацией, сезонным увеличением солнечной активности. При этом подавляющее большинство преступлений происходят в темное время суток.

Наиболее виктимным является подростковый и юношеский возраст, а криминогенным — период завершения полового созревания. Оконченному изнасилованию в развитых странах мира до наступления зрелого возраста подвергается в среднем около 13 % женщин и 2–5 % юношей, еще столько же или несколько большее количество становятся жертвами покушений на изнасилование. Заявляют властям о сексуальном преступлении не более 12–20 % потерпевших, в основном, травмированные или инфицированные в процессе насилия, при этом наиболее латентными остаются внутрисемейные и гомосексуальные преступления. Незнакомые жертвам преступники совершают меньшую часть изнасилований, чем знакомые и родственники жертв вместе взятые. Анализ мест насилия, поведения потерпевших перед изнасилованием и других обстоятельств свидетельствует о значительной доле провоцирующего влияния со стороны самих пострадавших, что, возможно, зависит от наличия уже сформированной сексуальной девиантности и соответствующих внутренних предпосылок, подсознательной потребности насилия в структуре личности примерно у половины будущих жертв.

Представленный анализ многосторонних аспектов сексуального насилия показывает необходимость их учета в процессе междисциплинарной координации исследовательских программ, для повышения эффективности расследования и объективности рассмотрения дел о половых преступлениях в суде, а также для профилактики деструктивного сексуального поведения как среди групп потенциального риска, так и широких масс населения.

Для решения конкретных практических задач правоохранения представляет несомненный интерес анализ механизма социальной детерминации преступности, частью которого являются составные элементы структуры преступных событий. Сказанное в полной мере относится и к сексуальному насилию. Что сближает жертву с насильником, при каких обстоятельствах и где; какие условия взаимодействия различных сред должны быть соблюдены, чтобы состоялось оконченное изнасилование или покушение на него? Является ли преступный результат случайностью или закономерным элементом в системе определенных действий не только насильника, но и его жертвы?

Может быть, жертвенное перенесение изнасилования изначально является программным элементом уже сформированного и реализуемого саморазрушения, внутренней, подсознательной потребностью жертвы, результатом имеющегося комплекса отклоненных сексуальных нужд? Какие внутренние предпосылки в структуре личности будущей жертвы, неминуемо сводят ее с насильником? Что отличает жертву и насильника от остальных людей; жертву оконченного изнасилования — от жертв покушений на изнасилование?

Чтобы понять феномен сексуального насилия, надо изучать не только зарегистрированные случаи, но, в первую очередь, — латентное насилие. Сексуальное насилие существует во всем мире, на всех социо-экономических уровнях, во всех возрастных группах, начиная со старшего дошкольного и младшего школьного возраста. Оно может происходить при разнообразных обстоятельствах, но его распространенность в конкретном обществе, несомненно, зависит от социального здоровья последнего, политической и экономической обстановки, вероисповедания, этно-культуральной принадлежности.

С целью изучения основных составляющих элементов преступного сексуального насилия, социальных и психосексуальных осо-

бенностей потерпевших от изнасилований и покушений на них, а также склонных к совершению сексуального насилия мужчин, мы провели собственные исследования зарегистрированных и латентных случаев сексуального насилия в европейской части России.

Наши данные [2] подтвердили имеющееся мнение о влиянии на сексуальную агрессию солнечной активности с увеличением продолжительности светового дня. Нами выявлена выраженная сезонность изнасилований, их пик (38,7 %) приходился на лето; весной и осенью совершалось, соответственно, 26,4 % и 24,1 % изнасилований, зимой — 10,8 %. При этом в зарегистрированных случаях весной наиболее криминогенными были апрель (50,0 %), летом — июнь (38,7 %), осенью — сентябрь (45,5 %), зимой количество преступлений распределились по месяцам в равном количестве (по 33,3 %). Распределение латентных случаев по месяцам года не имело существенных отличий от зарегистрированных. Вероятно, в регионах с резкими сезонными колебаниями светового дня, например, на севере, сезонность насилия более выражена.

По времени суток наиболее криминогенными оказались поздний вечер (38,4 % зарегистрированных и 51,0 % латентных изнасилований) и ночь (48,3 % и 37,7 %, соответственно). Около 10 % изнасилований совершалось днем (с 10 до 17 часов), не более 3 % — в период с 7 до 10 часов утра. Особо криминогенным оказался период времени от 22 часов вечера до 2 ночи, что, в целом, соответствует литературным данным.

Виктимный и криминогенный возраст. В латентных случаях сексуального насилия средний возраст жертв покушений на изнасилование составил $16,5 \pm 0,4$ лет, возраст жертв оконченного изнасилования — $18,4 \pm 0,4$ лет ($p < 0,05$). Преступная активность насильников в зарегистрированных случаях была наиболее высокой в возрасте 18–25 лет (40,8 %); 19,1 % составляли несовершеннолетние. После 25–35 лет количество насильников резко сокращалось, практически исчезая к началу возраста биологического увядания. Средний возраст насильников в латентных покушениях на изнасилование и в оконченных изнасилованиях был, соответственно, $23,9 \pm 0,7$ и $24,5 \pm 1,0$ лет. Средний возраст насильников в зарегистрированных случаях не имел никаких достоверных отличий от латентной преступности, составляя $24,5 \pm 0,8$ лет (рис. 1 и 2).

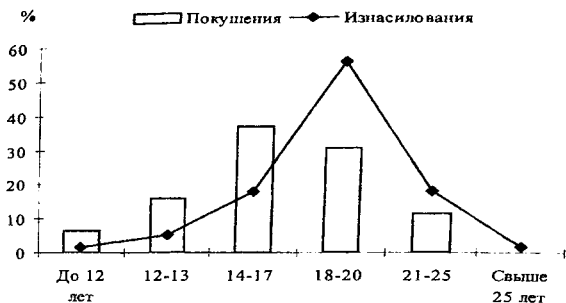


Рис. 1. Возраст потерпевших в момент насилия в латентных случаях, %

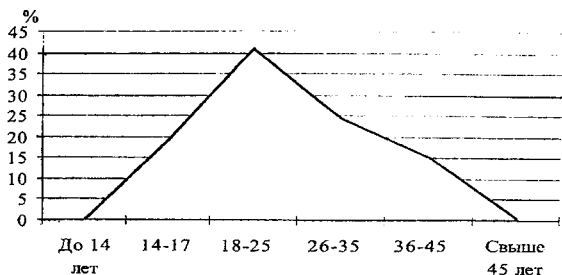


Рис. 2. Возраст насильников, %

В целом, половые преступления, как в зарегистрированных, так и в латентных случаях, совершаются более старшими по возрасту людьми по отношению к более младшим. Школьницы также достоверно чаще ($p < 0,001$) подвергались насилию со стороны, как правило, неженатых молодых мужчин рабочих профессий, чем сверстников. О преобладании среди насильников неженатых или разведенных мужчин с низким образовательным уровнем, в отличие от лиц, совершивших развратные действия, свидетельствуют и другие авторы.

Социальная характеристика жертв зарегистрированных изнасилований указывает на преобладание среди них представителей физического и иного малоквалифицированного труда, не имеющих высшего образования — 46,5 %, и школьников — 35,8 %. Имеется от-

носителем небольшой процент лиц, получающих среднеспециальное и высшее образование — 6,6 %; не работающих и не учащихся лиц — 8,9 %; служащих среднего звена без высшего образования — 1,8 %; представителей интеллигенции — 0,4 %. Незначительный процент зарегистрированных изнасилованных среди студенток вузов, и почти полное отсутствие зарегистрированных случаев изнасилований представителей интеллигенции можно объяснить повышенной латентностью изнасилований среди лиц, имеющих более высокий социальный статус.

Высокий процент изнасилованных среди школьниц мы объясняем особым вниманием насильников именно к этой возрастной группе в результате наличия у насильников комплекса сексуальных девиаций. В нем не последнюю роль играют педофильные, садистские и скрытые гомоэротические наклонности, а также потребность самоутверждения в своей маскулинности и социальной значимости. Кроме того, несовершеннолетние жертвы, по сравнению с более старшими женщинами, обладают повышенной виктимностью из-за выраженного неосознанно-провоцирующего поведения, связанного, главным образом, с наличием уже заложенного в структуру личности комплекса отклоненных сексуальных потребностей, что усугубляется сочетанием с юношеским нигилизмом, отсутствием жизненного опыта и элементарных сексологических знаний, в том числе — по сексуальной безопасности. Очевидно, что научно обоснованное половое просвещение могло бы явиться препятствием для социально негативной трактовки сексуальности, барьером для провоцирования криминогенных ситуаций или активного участия в них.

Социальная характеристика насильников. Среди насильников в зарегистрированных случаях также преобладали лица с низким образовательным уровнем: 10,8 % школьников и учащихся иных учебных заведений, 75,4 % представителей физического и иного малоквалифицированного труда, 13,8 % не работающих и не учащихся, интеллигенции не встретилось. Более 60 % насильников проявляли противоправную сексуальную агрессию в состоянии алкогольного опьянения.

Степень знакомства. Половые преступления, как в латентных, так и в зарегистрированных случаях, достоверно чаще ($p < 0,001$) совершались преступниками по отношению к знакомым им людям,

при этом не отмечалось различий между количеством совершения ими групповых или одиночных изнасилований. Совершенно незнакомые насильники совершили лишь 19,3 % изнасилований, как правило, на улице; с их стороны преобладали неудачные попытки изнасилований — покушения (40,9 % от всех покушений). Среди насильников наибольшая доля приходилась на малознакомых лиц (42,1 % изнасилований и 35,2 % покушений). Хорошо знакомые совершили 26,3 % изнасилований и 19,3 % покушений на изнасилование, при этом со стороны хорошо знакомых прослеживалась тенденция в сторону увеличения случаев группового насилия, чаще в квартире одного из насильников.

Сексуальное насилие со стороны родственников (12,3 % изнасилований и 4,5 % покушений на изнасилование) распределилось примерно поровну между отцами и отчимами, братьями, дядями. Как казуистику, вероятно, следует рассматривать случаи полиинцестного насилия, а также изнасилования матерей. Сексуальное насилие со стороны деда, по данным литературы, может встречаться чаще — до 10 % всех инцестных случаев, при этом такое насилие нередко бывает перенесением бывшей ранее связи отец-дочь на новый объект. Супружеское насилие также не редкость; по нашим данным, оно имело место в 2–3 % случаев.

Места сексуального насилия. Вопреки общественному мнению о преобладании уличного сексуального насилия, более 60 % групповых и 55 % одиночных изнасилований совершались в жилых помещениях: дома у потерпевшей, у насильника или их знакомых, что может свидетельствовать об отсутствии должной осторожности у потерпевших, их участии в создании обстановки и ситуации, способствующих половому контакту и провоцирующих половое преступление. Уличное групповое и одиночное изнасилование (как правило, со стороны незнакомцев) встречалось, соответственно, в 12,5 % и 20,8 % случаев, достоверно реже, чем изнасилование в жилых помещениях ($p < 0,001$). Групповое насилие отличалось от одиночного ($p < 0,001$) тем, что преобладающим местом одиночного изнасилования (как правило, со стороны малознакомых) была квартира жертвы (31,5 % против 14,8 % группового насилия), а группового (как правило, со стороны хорошо знакомых) — квартира одного из насильников (47,7 % против 24,2 % одиночного насилия).

В остальных местах достоверных различий уровней одиночного и группового насилия не отмечалось. Так, например, в подвалах, подъездах и на чердаках в зарегистрированных случаях произошло 6,0 % одиночных и 9,1 % групповых изнасилований, в иных местах (бани, катера, поезда, служебные и подсобные помещения, и т.п.) — 10,1 % и 9,1 %, соответственно.

Покушения на изнасилования, в отличие от окончанных изнасилований, чаще ($p < 0,001$) происходили на улице (35,5 % и 12,7 %, соответственно), при этом в 84,9 % случаев уличных нападений преступниками являлись незнакомцы, а при нападениях в квартирах преступники, как правило, ранее были знакомы с потерпевшими. Следует обратить внимание, что 12,7 % латентных окончанных изнасилований происходили в местах летнего отдыха: на турбазах и в гостиницах, тогда как в зарегистрированных случаях изнасилования в местах отдыха практически не встречались, что свидетельствует о практически полной безнаказанности преступников при изнасилованиях приезжих.

Исходя из анализа мест и времени сексуального насилия, становится ясным, что в немалой степени созданию условий для преступления и развитию преступных событий способствовали сами жертвы.

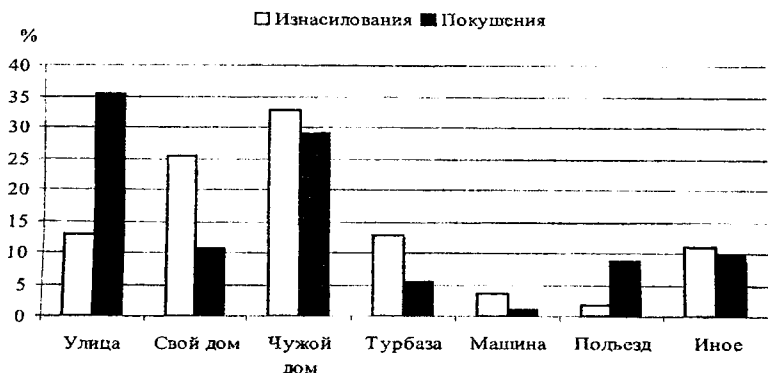


Рис. 3. Частота встречаемости мест совершения сексуального насилия в латентных случаях, %

Провоцирующее насилие поведение жертв чаще наблюдается в случаях окончанных изнасилований ($p < 0,001$). Так, 44,6 % жертв

латентных оконченных изнасилований и 34,6 % латентных покушений на изнасилование в момент насилия находились в алкогольном опьянении. 40,0 % и 26,9 % потерпевших, соответственно, ретроспективно оценивая события, были уверены, что насилие спровоцировали они сами своим «наивным», «неправильным» или иным нежелательным поведением, как правило, связанным с совместным с насильником употреблением алкоголя и флиртом. Естественно, что эти обстоятельства не снимают вины с преступника. К тому же, судя по действующим законам, женщина имеет право одеваться, как она желает, ходить там, где и когда хочет, а также употреблять алкоголь и вести себя свободно в установленных обществом рамках. Достоверно большее формирование чувства вины у жертв оконченных изнасилований, чем у жертв покушений, может быть связано с заниженной самооценкой изнасилованных.

Способы совершения преступлений. В 24,6 % случаев оконченных латентных изнасилований преступники воспользовались беспомощным состоянием потерпевших в результате их сильного алкогольного опьянения; в остальных случаях насильники использовали физическую силу (64,6 %), иногда с угрозами расправы или только угрозы физической расправы (10,8 %). По литературным данным, причинами беспомощного состояния потерпевших также в большинстве случаев является сильное алкогольное опьянение, в значительно меньшей степени — наличие заболеваний, малолетний возраст и другие обстоятельства.

Причины заявлений о сексуальном насилии. Обратил на себя внимание тот факт, что при латентном сексуальном насилии телесные повреждения у потерпевших, как правило, отсутствовали или были малочисленными, незначительными (единичные кровоподтеки, ссадины), тогда как в заявленных случаях 73,1 % жертв сексуального насилия (и 35,1 % насильников) имели экстрагенитальные телесные повреждения, 10,4 % — генитальные и (или) перианальные (1,3 % насильников также имели генитальные повреждения). У 60,8 % потерпевших повреждения располагались на лице и волосистой части головы, как правило, были множественными и сочетались с повреждениями на других частях тела.

О преступлении заявили правоохранительным органам лишь 4,1 % потерпевших, в основном — жертвы покушений; часть дел не

была доведена до суда. Учитывая наличие телесных повреждений, нередко множественных, более, чем у 2/3 жертв зарегистрированного сексуального насилия с наиболее частой локализацией повреждений на лице и волосистой части головы, а также вышеуказанные отличия от повреждений в латентных случаях насилия, можно сказать, что одним из первостепенных факторов подачи заявления об изнасиловании является фактор чрезмерной физической жестокости насильника. По нашему мнению, заявления о сексуальном насилии, по нашему мнению, инициируются в результате:

1) причинения множественных телесных повреждений, особенно на видимых участках тела, причинения вреда здоровью;

2) ситуативной или ролевой виктимности, т. е. в случаях, когда жертва изначально не имеет личностной предрасположенности к виктимному поведению;

3) в случаях мести, шантажа, вымогательства материальных ценностей, желания материального возмещения морального ущерба со стороны истинной или ложной жертвы по отношению к преступнику или заведомо невиновному лицу;

4) добросовестных заблуждений в оценке происшедшего со стороны родителей малолетних или несовершеннолетних детей.

Из очевидных причин сокрытия полового насилия жертвами покушений и оконченных изнасилований можно выделить:

1) боязнь огласки, чувство стыда и некоторой степени своей вины, желание быстрее забыть обиду;

2) правовую неграмотность (незнание, что сексуальное насилие, особенно покушение на изнасилование, являются преступлениями или незнание о возможности заявить) с ощущением беспомощности, растерянности, наблюдавшиеся, как правило, при насилии в чужих населенных пунктах, других странах, при отсутствии или наличии незначительных телесных повреждений, а также в подростковом возрасте;

3) недоверие правоохранительным органам и страх мести со стороны насильника (что, в принципе, взаимосвязано);

4) самосуд — физическое наказание насильника при помощи друзей или родственников, иногда с материальным возмещением вреда потерпевшим;

5) другие причины.

Скорее всего, имеет место комплекс причинных факторов.

Выводы. Таким образом, исследованиями выявлено, что противоправному сексуальному насилию на европейской части России в течение жизни подвергается не менее 30 % женщин, при этом данный вид преступности преобладает, в основном (более, чем в 90 % случаев), в латентном состоянии.

Наиболее виктимным является возрастной период с 16 до 20 лет, а криминогенным — с 18 до 26 лет, т.е. репродуктивно полноценный возраст.

Отмечена выраженная сезонность изнасилований, связанная с периодом наибольшей солнечной активности, при этом большинство изнасилований совершается в ночное время и в жилых помещениях.

Среди насильников наибольшая доля приходится на малознакомых жертве лиц. Половина потерпевших в момент насилия находится в состоянии алкогольного опьянения.

В зарегистрированных случаях насилия, как среди жертв, так и среди виновников, преобладают выходцы из малообразованной среды, что может свидетельствовать о повышенной латентности сексуального насилия в относительно благополучных социальных группах.

Одним из наиболее важных факторов подачи заявления об изнасиловании является чрезмерная физическая жестокость насильника.

Психосоциальные предпосылки сексуально виктимного и криминогенного поведения молодежи

Общезвестно, что истоки саморазрушительных тенденций находятся в детстве. Это применительно и к жертвам сексуального насилия. Нами выявлены достоверные отличия жертв сексуального насилия и насильников от представителей обоих полов из группы «условной нормы» по многим показателям социальной и сексуальной жизни. Так, прослеживается тенденция более сильной половой конституции у насильников, о чем могут свидетельствовать более раннее наступление у них оигархе ($13,2 \pm 0,3$ против $13,7 \pm 0,2$ лет у «условно нормальных» юношей), достоверно большая вовлеченность в мастурбацию, и ее частота ($p < 0,01$), более ранний половой дебют и высокие уровни промискуитета.

Кроме того, у жертв и насильников наблюдаются повышенные уровни осознанного гомозротизма и собственной бисексуальности.

Этот момент важен тем, что осознание собственной бисексуальности ввиду ее изначальной, архаичной естественности может свидетельствовать о сильном влиянии на сексуальное поведение данных лиц комплекса скрытых архаичных потребностей, заложенных в биологическую основу.

Ощущение насильниками и жертвами насилия своей бисексуальности, следовательно, и некоторой своей феминности первыми и маскулинности вторыми, способно приводить к полоролевому конфликту, способом «бегства» от которого может быть подчеркнутая компенсаторная гипермаскулинность у насильников и гиперфеминность у жертв насилия. С этой точки зрения, акт сексуального насилия нужен обеим сторонам, так как совершается с целью доказательств самим себе своей мужской или женской состоятельности в угоду бытующим в обществе сексуальным стереотипам. Представляется, что своевременное разрушение стереотипов в процессе полового образования могло бы сыграть роль в устранении этого криминогенного фактора.

Интересно, что в родительских семьях жертв оконченных изнасилований и насильников *уровень полового просвещения* был минимальный, по сравнению с лицами «условной нормы» ($p < 0,01$), что компенсировалось более ранним ознакомлением с порнопродукцией ($p < 0,05$). Моментом, объединяющим жертв сексуального насилия и насильников, оказалось не только более *положительное восприятие порнографии*, но и более частое ее использование ($p < 0,01$) нежели в группах «условной нормы».

Средний возраст полового дебюта у изнасилованных достоверно ниже ($p < 0,001$), чем у жертв покушений на изнасилование и «условно нормальных» женщин. При этом 8,0 % изнасилованных начали половую жизнь до 14 лет, еще 8,0 % — в 14 лет, тогда как лица из группы «условной нормы» до 16 лет половую жизнь не начинали вовсе.

Вредные привычки. Жертвы насилия достоверно чаще ($p < 0,001$) курили табак, употребляли спиртные напитки и различные токсические вещества, по сравнению с «условно нормальными» женщинами, что согласуется с данными научной литературы и позволяет говорить о прямой зависимости между количеством потребления спиртных напитков и виктимным сексуальным поведением.

Сексуальные девиации. 26,2 % изнасилованных и 18,3 % жертв покушений в тот или иной период жизни совершали половые акты за предварительно обусловленное материальное вознаграждение, т. е. проституировали.

Более половины жертв насилия, а также более 60 % потенциальных насильников являются обладателями комплекса отклоненных сексуальных потребностей.

По мнению некоторых ученых, физические наказания детей и эмоциональное отвержение их в семьях являются базой для формирования асоциальности, отклоненного сексуального поведения и поэтому уже сами по себе оказывают виктимизирующее влияние. Наши данные находятся в соответствии с мнением, что наличие физических наказаний детей несет в себе потенциальную опасность сделать часто наказываемых детей жертвами изнасилований, формирует садомазохистские наклонности, расширяет диапазон их сексуальной приемлемости. Достоверно более широкий диапазон сексуальной приемлемости насильников и потерпевших от насилия, следовательно, и их сексуальных потребностей делает маловероятной возможность удовлетворения всего диапазона, всех имеющихся психосексуальных потребностей. Если рассматривать табакокурение, употребление алкоголя, наркотиков как поиск удовольствий, можно предположить, что указанные вредные привычки у сексуальных девиантов изначально призваны компенсировать недополучение биологических удовольствий и неудовлетворенность от сексуальной стороны жизни.

Таким образом, обладатель неудовлетворенных сексуальных потребностей склонен искать удовлетворения в искусственных стимуляторах (что мы и видим при анализе рассматриваемых групп респондентов), которые, в свою очередь, растормаживают «отклоненные» влечения и делают их еще более неудовлетворенными. Кроме того, наличие и проявления сексуально «отклоненного» поведения противоречат социальной норме, что еще в большей степени усугубляет неудовлетворенность девианта. Развивается и усугубляется по типу «замкнутого круга» комплекс сексуально-социальной неудовлетворенности, который, по нашему мнению, относительно вредных привычек, следует рассматривать как первичный, т. е. речь может идти о *синдроме первичной сексуальной зависимости от не-реализованных психосексуальных потребностей.*

В поисках психосексуального удовлетворения жертвы сексуального насилия мастурбировали достоверно чаще, чем лица «условной нормы» ($p < 0,01$), были склонны к мастурбаторным эксцессам, отличались наличием ярких обсессивных мастурбаторных фантазий, в ряде случаев с элементами мазохизма и пюэрализма, с присутствием выраженных внешних признаков маскулинности виртуальных партнеров. Здесь уместно привести наиболее показательные фрагменты мастурбаторных фантазий некоторых потерпевших.

1. Жертва оконченного изнасилования (в автомобиле), 22 г.: «Мужчина 35–40 лет. Секс оральный и вагинальный совершается против моей воли где-нибудь далеко от жилых домов, может быть в машине, поздно вечером. У мужчины обязательно должны быть борода и усы».

2. Жертва оконченного изнасилования, 26 лет: «Мужчина 45 лет, с волосатыми грудью и руками овладевает мной без слов. Половой акт долгий, до одури. Смена спокойного и агрессивного секса, пошлые слова сменяются стыдливо-наивными вопросами. Вся ночь без души. Запах его спермы возбуждает. Нравятся садомазохистские действия и связывание».

3. Жертва оконченного изнасилования, 22 г.: «Групповой секс в неожиданных местах и непредсказуемых ситуациях, орально-генитальный. Тела должны быть ухоженными, физически развитыми».

4. Жертва покушения на изнасилование, 22 г.: «Я хочу, чтобы меня изнасиловал мужчина 35 лет, абсолютно не бритый, с щетиной на щеках, но лысый, немного полноватый. Может быть, это нельзя совсем назвать изнасилованием, просто половой акт с элементами садизма с его стороны, я при этом должна сопротивляться. Я представляю, как он меня связывает, завязывает мне глаза и бьет кожаным ремнем по ягодицам».

5. Жертва неоднократного сексуального насилия, проституировавшая, 23 г.: «Очень много лиц мужского пола совершают со мной половые акты в различных формах, унижая меня. Реже бывает фантазия сексуальных действий с одним человеком, но обязательно с тем, кто мне не нравится или даже противен (кроме бомжей)».

6. Жертва развратных действий и насильственного сиблинг-инцеста, 22 г.: «Мужчина старше меня на 10–15 лет, применяет насилие. Иногда групповое насилие. Но эти люди, в основном, приличные».

7. Жертва развратных действий, 23 г.: «Групповой секс с насилием надо мной. Разные люди меня берут в плен и принуждают».

Некоторые, склонные к мазохизму лица (не только женщины, но и бисексуальные мужчины), утвердительно отвечали на прямой вопрос о наличии у них выраженной потребности в жертвенном перенесении сексуального насилия.

Обращает на себя внимание, что более 40 % жертв оконченого изнасилования имеют в анамнезе перенесенные половые инфекции (закономерный результат промискуитета), что необходимо учитывать при проведении судебно-медицинских экспертиз и решении вопроса о заражении венерическим заболеванием, избегая стереотипных взглядов на насильника как на источника инфекции. Наоборот, нередко происходит заражение насильников от своих жертв.

16,9 % изнасилованных и 6,7 % жертв покушений ($p < 0,05$) в случаях латентного насилия подвергались развратным действиям до 14-летнего возраста. По 18,5 % лиц из обеих групп испытали сексуальное насилие неоднократно через 1–2 годовые интервалы, некоторые по 3–4 раза (напрашиваются термины: «серийные жертвы», «виктимофилия» — специфичная подсознательная парафильная потребность в жертвенном перенесении сексуального насилия). Всех их характеризует обязательное, 100 %-ное наличие комплекса сексуальных девиаций (среди которых выделялись садомазохистские наклонности и проституирование), по сравнению с остальными жертвами насилия, что не противоречит научным данным других исследователей проблемы. Это обстоятельство, в свою очередь, поднимает требующие своего изучения вопросы об ограниченной вменяемости или невменяемости жертвы.

Повышенные уровни алкоголизации, табакокурения, мастурбации у жертв насилия и насильников, промискуитет, большой диапазон сексуальной приемлемости, по нашему мнению, являются внешними проявлениями саморазрушительных тенденций, сопутствуют виктимному и криминогенному поведению, являются их маркерами. При этом внешние проявления следует рассматривать как вторичные по отношению к нерас реализованным психосексуальным потребностям.

Факторный анализ. Основным фактором формирования сексуальности жертв оконченого изнасилования являются агрессивные

стерсотины семейного воспитания, ведущие к формированию аутоагрессивности. Вторым по значимости фактором, оказывающим виктимизирующее влияние, является проблема сексуального партнерского взаимодействия с отсутствием сексуального удовлетворения, аноргазмией, что, вероятно, служит основой для высоких уровней промискуитета.

Жертвы покушений на изнасилование имеют сходную с жертвами оконченных изнасилований структуру первого фактора психосексуального статуса. Структура второго фактора — внешних проявлений аутоагрессии указывает на саморазрушительные уровни индивидуальности. Выраженная индивидуальность в сочетании с сильным типом высшей нервной деятельности способна, с одной стороны, выраженно провоцировать сексуальное насилие, а с другой — предотвращать его.

Таким образом, на склонность к совершению сексуального насилия или возможность стать жертвой этого вида насилия большое влияние оказывают социально-негативные традиции внутрисемейного воспитания, благодаря которым у детей формируется саморазрушительное сексуальное поведение.

Вероятно, большинство жертв сексуального насилия, равно как и многие из насильников, имеют пагубную (аутоагрессивную) зависимость от своих «отклоненных» сексуальных потребностей, т. е. находятся в патосексуальном состоянии. Патосексуальное состояние внешне проявляется:

- 1) широким диапазоном сексуальной приемлемости;
- 2) частой мастурбацией с эпизодами эксцессов;
- 3) яркими обсессивными сексуальными фантазиями, компенсирующими отсутствие адекватного потребностям удовлетворения, нередко с элементами агрессии или откровенно садомазохистского плана;
- 4) положительным восприятием порнографии, с частым ее использованием;
- 5) так называемыми вредными привычками, играющими компенсаторную роль в недополученных биологических удовольствиях.

Вышеперечисленные внешние проявления патосексуального состояния и психосексуальных особенностей жертв и насильников

можно использовать как маркеры сексуальной виктимности и криминогенности.

От сексуального насилия невольно страдают обе стороны — жертва и насильник, так как насилие усугубляет уже заложенные в структуру их личности агрессивные и аутоагрессивные тенденции. Здесь надо выделить внешние проявления саморазрушительных тенденций, которые сопутствуют виктимному и криминогенному поведению — это:

- 1) рано сформировавшиеся нарушения взаимоотношений с близкими, начиная с физических наказаний в детском возрасте;
- 2) большой диапазон сексуальной приемлемости;
- 3) промискуитет;
- 4) повышенные уровни мастурбации, алкоголизации, табакокурения, наркомании, суицидального риска;
- 5) социальная дезадаптация;
- 6) стереотипизация сексуальных реакций в подсознательных поисках испытанной ранее мощной психофизиологической разрядки;
- 7) пренебрежение морально-нравственными устоями общества и общественным мнением.

При этом аутоагрессивность (как насильника, так и жертвы) изначально, вероятно, является провокатором насилия, а в дальнейшем, лишь после состоявшегося нападения, — его результатом.

Анализ структуры преступных событий показал биологическую подоплеку сексуального насилия. Принимая во внимание все указанные обстоятельства, можно сказать, что поведение и поступки многих жертв и склонных к насилию лиц подсознательно или, может быть, даже частично осознанно направляются на одностороннюю или взаимную провокацию сексуального насилия, создание благоприятных условий для его осуществления, так как, вероятно, в некоторых случаях только оно и позволяет получить психосексуальную разрядку при стремительном всплеске архаичных инстинктов и подсознательных потребностей не только преступнику, но и жертве, способно принести психофизиологическое удовлетворение не в фантазиях, а при межличностном взаимодействии. Однако ввиду социальных установок жертва далеко не всегда осознает это, воспринимая насилие как нарушение ее прав, ущерб достоинству из-за расхождения фантазий с реальностью.

Структура личности жертв и насильников

Результаты психологических исследований с применением тестов ММРІ (СМИЛ), Т. Лири, Ч. Спилбергера, Я. Стреляу также показывают достоверные отличия женщин, подвергавшихся сексуальному насилию, от остальных. Жертвы покушений на изнасилование, в свою очередь, достоверно отличаются от жертв оконченных изнасилований, которые по своим личностным характеристикам занимают промежуточное положение между жертвами покушений и «условной нормой».

Наиболее существенными и важными отличиями, приводящими к возможности завершения преступных событий половыми актами, являются высокие уровни ригидности (6-я шкала ММРІ) со снижением тревожности (7-я шкала) в личностных качествах жертв оконченных изнасилований (у жертв покушений все с точностью до наоборот). Значимым моментом являются и отличия по 8-й шкале — индивидуалистичности (табл. 6).

Таблица 6

Усредненные профили жертв сексуального насилия и лиц из женской группы «условной нормы» по тесту ММРІ (СМИЛ), Т-баллы

Шкалы ММРІ	«Условная норма»	Жертвы изнасилований	Жертвы покушений на изнасилование
L	47,4 ± 0,7	44,3 ± 1,1 1**	46,7 ± 1,3
F	63,0 ± 1,2	68,1 ± 1,4 1***	68,1 ± 2,2 1**
K	54,3 ± 0,9	50,5 ± 1,2 1*	52,6 ± 1,5
1	55,4 ± 0,8	54,5 ± 1,3	57,3 ± 2,0
2	57,7 ± 1,0	56,9 ± 1,4	55,0 ± 2,2
3	52,2 ± 0,9	50,3 ± 1,6	55,3 ± 1,8
4	58,7 ± 1,1	65,3 ± 1,5 1***	67,6 ± 1,8 1***
5	55,7 ± 1,0	54,1 ± 1,2	56,9 ± 1,6
6	55,2 ± 1,2	60,0 ± 1,8 1**	57,2 ± 2,5
7	55,3 ± 1,1	56,2 ± 1,4	60,8 ± 1,9 1*
8	59,6 ± 1,3	62,9 ± 1,5 1***	69,8 ± 2,5 1*** 2*

Шкалы ММРІ	«Условная норма»	Жертвы изнасилований	Жертвы покушений на изнасилование
9	$59,1 \pm 1,1$	$66,1 \pm 2,1$ 1*	$66,4 \pm 1,5$ 1**
0	$56,9 \pm 0,9$	$55,9 \pm 1,3$	$52,8 \pm 1,1$

Примечание:

1 — сравнение показателей жертв сексуального насилия и лиц из группы «условной нормы»;

2 — сравнение показателей жертв оконченных изнасилований и покушений на изнасилование.

Следует подчеркнуть, что жертвы сексуального насилия отличаются высокими уровнями индивидуалистичности, выходящими у подавляющего большинства жертв покушений на изнасилование (более 80 %) за пределы верхней границы нормы (Т 70), достигая в некоторых случаях уровней Т 100 и 110. Относительно 7-й шкалы можно добавить, что детальный анализ по тесту Ч. Спилбергера показывает преобладание личностной тревожности над ситуативной. Кроме того, выявлены достоверные отличия в процессах возбуждения и торможения в сторону их повышения у жертв покушений, а также большую подвижность нервных процессов у них в отличие от «условно нормальных» лиц. Жертвы насилия также менее скрытны и более импульсивны по сравнению с представителями «условной нормы».

Анализ профилей ММРІ склонных к сексуальному насилию молодых людей выявил повышение у них показателей по шкалам 4 (импульсивность), 6 (ригидность), 8 (индивидуалистичность). Вероятно, это характеризует их тенденцию к эксплозивным (импульсивно-взрывным) реакциям в ситуациях, задевающих самолюбие и престиж личности. У лиц такого типа увеличен риск агрессивного поведения, как правило, имеется сложившееся убеждение в несправедливости и враждебности по отношению к ним окружающих, что является фундаментом для устранения чувства вины и оправдания своих агрессивных действий в их собственных глазах. Высокие уровни ригидности являются основой для формирования и устойчивости пуританских взглядов.

В то время как профили «условно нормальных» мужчин и женщин по многим шкалам ММРІ имеют достоверные различия, обна-

руживается явное сближение профилей насильников и жертв сексуального насилия, без каких-либо достоверных различий. Это, с учетом вышеизложенных психосоциальных характеристик указанных групп, позволяет говорить о сходстве их структуры личности, а о жертвах сексуального насилия, в целом, — как об особом биопсихосоциальном феномене; а применительно к понятию «виктимность» — о преобладании личностной виктимности.

Тест межличностных отношений Т. Лири по оценке «Я — реальное» показал:

1. Жертвы оконченных изнасилований имеют достоверно более низкий коэффициент доминирования по сравнению с жертвами покушений на изнасилование ($p < 0,001$), по коэффициенту дружелюбия они практически не отличаются от лиц из группы «условной нормы». В целом, характеризуя все 8 октантов психогаммы жертв изнасилований, можно сделать вывод о преобладании у них конформных установок, неуверенности в себе, податливости к мнению окружающих, склонности к компромиссам, что, вероятно, и облегчает влияние насильника на свою жертву.

2. Жертвы покушений на изнасилование отличаются максимальным коэффициентом доминирования по сравнению со всеми остальными ($p < 0,001$), и минимальным — дружелюбия ($p < 0,01$), обладают сниженными уровнями уступчивости и доверчивости по сравнению с жертвами оконченных изнасилований и «условной нормой». Высокие значения 1-го октанта указывают на преобладание властно-лидирующего типа межличностных отношений на фоне низкой застенчивости и удовлетворительно выраженной способности к сотрудничеству с окружающими.

Анализ варианта «Я — идеал» показал, что все исследуемые группы женщин хотели бы видеть себя более доминирующими в межличностных взаимоотношениях и более дружелюбными. Требовательная агрессивность у жертв изнасилований в идеале снижается, у лиц из группы «условной нормы» не изменяется, а у жертв покушений, напротив, повышается. Данный факт иллюстрирует большую потребность в неконформном поведении и склонность к конфликтным, противопоставительным (дизъюнктивным) проявлениям у жертв покушений на изнасилование.

Оценка женщинами своих реальных половых партнеров продемонстрировала, что максимальным коэффициентом доминирования ($p < 0,01$) и минимальным — дружелюбия ($p < 0,001$) обладают партнеры жертв покушений на изнасилование. У партнеров жертв оконченных изнасилований на фоне выраженных стенических паттернов межличностных отношений (1-й и 2-й октанты) отмечаются тенденции к достаточно конформному поведению. У реальных партнеров жертв покушений на изнасилование стенические характеристики поведения явно доминируют при тенденции к низкой конформности. Характеристики реальных партнеров «условно нормальных» лиц занимают промежуточное место по сравнению с партнерами жертв изнасилований и покушений на изнасилование: стенические тенденции компенсируются тенденцией к гармоничным отношениям с окружающими. Представители «условной нормы» обоих полов вообще проявляют достаточно гармоничные сочетания своих характеристик, что, несомненно, указывает на подсознательный выбор постоянных партнеров по принципу зеркального копирования самого себя.

Своих идеальных половых партнеров женщины — жертвы изнасилований и покушений на изнасилование хотели бы видеть практически с теми же стеническими чертами, каковы присутствуют в собственном идеальном представлении, а женщины из группы «условной нормы» — с более выраженным лидерством и уверенностью. В принципе, в идеале все группы женщин стремятся к еще большему доминированию своих партнеров, что, в отличие от животного мира, может быть обусловлено не только биологически, но и социально. Следовательно, несмотря на современный, достаточно эмансипированный стиль жизни, женщины, в целой их массе, нуждаются в мужском покровительстве. Стоит заметить, что степень идеальных притязаний к партнерам у женщин гораздо ниже по сравнению с требованиями к себе, что, возможно, заложено в биологических предпосылках женской психологии. Повышенная требовательность к партнерам в животном мире затрудняла бы выполнение репродуктивных функций.

Склонные к сексуальному насилию мужчины в реальности имеют минимальный коэффициент доминирования при отрицательном коэффициенте дружелюбия, и эта реальность входит в

явное противоречие с идеальными представлениями, в которых они хотели бы видеть себя социально более доминирующими, чем все остальные (в 8 раз). В этой же группе отмечается преобладание стенических черт реагирования над способностью к конформности. У лиц из группы «условной нормы», напротив, отмечается отсутствие склонности к конфликтам, тревожности и болезненной недоверчивости в отличие от потенциальных насильников. Склонность к конформному поведению уступает стеничности. *В данном случае также наблюдается психологическое сходство жертв насилия и насильников.*

Важно отметить, что в представлении «условно нормальных» мужчин их идеальные партнеры не имели существенных различий по отношению к реальным, т. е. наблюдается гармония реальности и идеала. А склонные к насилию лица по уровню конформности видят своих идеальных партнеров значительно менее конформными, чем в реальности. Это может быть объяснено:

1) биологической составляющей: архаичными неосознанными представлениями о партнере как о конкуренте, заставляющем самореализовываться и самоутверждаться посредством сексуального насилия и сексуальных способностей;

2) социальной составляющей — необходимостью самосохранения, что для обладателей деструктивных форм сексуальности возможно только при поддержке извне посредством партнерского на-
правления к нормативности поведения.

Сексуальная виктимность

Вышеизложенное позволяет глубже подойти к осмыслению сексуальной виктимности.

По нашему мнению, виктимность можно определить как *жественную предрасположенность личности к провоцированию или облегчению преступного поведения против себя, созданию условий для совершения преступления или аутоагрессии.*

Виктимная личность обладает виктимным поведением — *специфическим типом поведения с подсознательным или частично осознанным провоцированием преступления против себя.*

К развитию виктимного поведения приводят виктимизирующие факторы — *личностно значимые моменты воспитания, образова-*

ния, условий жизни человека, оказывающие свое виктимизирующее воздействие на него на подсознательном уровне.

Поскольку существуют преступления на сексуальной почве, в частности, сексуальное насилие, логично выделить особый вид виктимности — сексуальную виктимность.

На основании анализа полученных нами данных, потенциальных и реальных жертв сексуального насилия можно подразделить на три основные группы по признаку обладания конкретным типом виктимности:

1) обладатели *личностной* сексуальной виктимности — сексуальные девианты с наличием или отсутствием отклоненного социального поведения;

2) обладатели *ролевой* сексуальной виктимности — лица без выраженной сексуальной девиантности с высоким социально-экономическим статусом, обитатели социального «дна», дети, беспомощные лица, случайные «жертвы-фетиши»;

3) обладатели *ситуативной* сексуальной виктимности — все, случайно оказавшиеся во внезапно развившейся виктимно неблагоприятной ситуации.

В принципе любой человек может стать жертвой сексуального насилия, но лишь треть женщин и незначительное количество мужчин становятся ими, причем пятая часть потерпевших подвергается изнасилованиям неоднократно. Это, как и все вышесказанное, может свидетельствовать о том, что в сексуальной виктимности первую роль, как правило, играют личностные качества жертвы, которые провоцируют условия для развития преступления. Обладатели *личностной сексуальной виктимности* составляют наибольшую группу жертв сексуального насилия. Лишь изредка случайная ситуация, облегчающая сексуальное насилие, является первичной к процессу виктимизации; реже всего жертвами насилия становятся случайные люди.

Второй по численности жертв является группа обладателей *ролевой сексуальной виктимности*, которая обусловлена не структурой личности жертвы, а фетишистскими, педофильными и садистскими наклонностями насильника, при этом, вероятно, социальный статус, внешний облик жертвы, элементы ее одежды и т.п. играют роль специфического сексуального фетиша, что согласуется с литературными

ми данными. Кроме того, ролевая сексуальная виктимность может быть обусловлена повышенной доступностью жертвы при практически полной безнаказанности преступника (например, обитатели социального «дна», дети, беспомощные или зависимые лица).

Реже всего встречается *ситуативная сексуальная виктимность*, обусловленная попаданием во внезапно развившуюся криминогенную ситуацию.

Выводы

Таким образом, установлено:

1) присутствие предпосылок виктимного поведения в структуре личности большинства жертв сексуального насилия, т.е. в сексуальной преступности отмечается преобладание личностного типа виктимности, при этом «жертвенное перенесение сексуального насилия» — один из способов достижения психосексуальной разрядки обладателями личностной виктимности;

2) существование достоверных психосексуальных отличий жертв оконченных изнасилований от жертв покушений на изнасилование;

3) наличие схожести личностных, психосексуальных характеристик жертв насилия и насильников.

При сравнении жертв насилия с «условно нормальными», не имеющими сексуальных девиаций и не подвергавшимися насилию женщинами, определено, что жертвы насилия:

1) достоверно чаще и более жестоко наказывались в детстве, (особенно жертвы неоднократных изнасилований);

2) достоверно раньше вступали в половую жизнь, раньше начинали мастурбировать и достигать оргастической разрядки;

3) достоверно чаще мастурбировали, имели яркие и разнообразные сексуальные фантазии с агрессивной техникой коитуса;

4) достоверно раньше и чаще курили, употребляли спиртные напитки и различные токсические вещества;

5) достоверно чаще меняли половых партнеров, имели в несколько раз больший диапазон сексуальной приемлемости;

6) в половине случаев обладали комплексом отклоненных сексуальных потребностей;

7) характеризовались наличием выраженных мазохистских наклонностей (все, неоднократно подвергавшиеся сексуальному насилию);

8) достоверно чаще заражались инфекциями, передаваемыми половым путем (жертвы оконченных изнасилований);

9) имели достоверно повышенные уровни импульсивности, тревожности и индивидуалистичности (жертвы покушений на изнасилование);

10) имели достоверно повышенный уровень ригидности при низком уровне тревожности (жертвы изнасилований);

11) проявляли активное сексуально провоцирующее поведение, прямо или косвенно подстрекающее (большинство жертв сексуального насилия, особенно покушений на изнасилование);

12) в целом, имели более сильный и подвижный тип нервной системы.

Жертвы покушений на изнасилование, в целом, ввиду акцентуации своих личностных качеств, по нашему мнению, в большинстве случаев являются своеобразными «провокаторами» насилия. Их конституционально заданные личностные качества, вероятно, являются предпосылкой для социально негативного восприятия, виктимности и, в то же время, способности избежать опасности в кризисной ситуации, в отличие от жертв оконченных изнасилований, находящихся по своим конституциональным личностным качествам между жертвами покушений на изнасилование и представителями «условной сексуальной нормы».

Внешние проявления саморазрушительных тенденций (садомазохизм, промискуитет, плюрализм, большой диапазон сексуальной приемлемости, мастурбаторная активность, вредные привычки), обычно сопутствующие виктимному поведению, следует рассматривать как вторичные по отношению к глубинным и не всегда реализованным психосексуальным потребностям сексуальных девиантов. Сексуальная виктимизация или девиктимизация общества напрямую согласованы с ростом или снижением сексуальной девиантности внутри популяции; по распространенности «отклоненных» сексуальных потребностей можно судить об уровнях сексуальной виктимности.

1. *Аргунова Ю.Н., Юцкова Е.М.* Насильственная преступность // Криминология / Под. ред. А.И.Долговой. М.: ИНФРА*М-НОРМА, 1997. С. 439–463.
2. *Дерягин Г.Б.* Судебно-медицинские аспекты полового насилия на европейском Севере России: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Архангельск, 2002. С. 43.
3. *Келли Г.* Основы современной сексологии / Пер. с англ. СПб.: Питер, 2000. С. 896.
4. Людей в Чечне по-прежнему пытаются и насилуют (из пресс-релиза Международной Амнистии 08/06/2000) // Независимый психиатрический журнал. 2000. № 3. С. 55.
5. *Мазуренко М.Д., Беликов В.К., Егоришин В.М., Соловьева Н.Н.* Некоторые вопросы судебно-медицинской экспертизы случаев изнасилований и развратных действий в условиях большого города // Судебная медицина и экология. Л., 1991. С. 69–71.
6. *Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р.* Основы сексологии / Пер. с англ. М.: Мир, 1998. С. 692.
7. *Серебрякова В.А.* Женская преступность // Криминология / Под ред. А.И. Долговой. М.: ИНФРА*М-НОРМА, 1997. С. 668–685.
8. *Сибирияков С.Л.* Насилие в школе // Серийные убийства и социальная агрессия. Ростов н/Д.: Феникс, 1998. С. 209–211.
9. *Цымбал Е.И., Дьяченко А.П.* Защита интересов детей — жертв сексуальных посягательств // Сексуальное здоровье человека на рубеже веков: проблемы, профилактика, диагностика и лечение / Материалы Междунар. конф. М., 1999. С. 32–34.
10. *Allard-Dansereau C., Haley N., Hamane M., Bernard-Bonnin A.* Pattern of child sexual abuse by young aggressors // Child. Abuse Negl. 1997. Oct. Vol. 21. No 10. P. 965–974.
11. *Arroyo W., Eth S., Pynoos R.* Sexual assault of a mother by her preadolescent son // Am. J. Psychiatry. 1984. Sep. Vol. 141. No 9. P. 1107–1108.
12. *Asencio M.W.* Machos and sluts: gender, sexuality, and violence among a cohort of Puerto Rican adolescents // Med. Anthropol. Q. 1999. Mar. Vol. 13. No 1. P. 107–126.
13. *Baron L., Straus M.* Rape and its relation to social disorganization, pornography and inequality in the USA // Med. Law. 1989. Vol. 8. No 3. P. 209–232.
14. *Bass B.A., Levant M.D.* Family perception of rapists and pedophiles // Psychol. Rep. 1992. Aug. Vol. 71. No 1. P. 211–214.

15. Beckman L.J., Ackerman K.T. Women, alcohol, and sexuality // *Recent Dev Alcohol*. 1995. Vol. 12. P. 267-285.
16. Brener N.D., McMahon P.M., Warren C.W., Douglas K.A. Forced sexual intercourse and associated health-risk behaviors among female college students in the United States // *J. Consult. Clin. Psychol*. 1999. Apr. Vol. 67. No 2. P. 252-259.
17. Browne A., Bassuk S. Intimate violence in the lives of homeless and poor housed women: prevalence and patterns in an ethnically diverse sample // *Am. J. Orthopsychiatry*. 1997. Apr. Vol. 67. No 2. P. 261-278.
18. Caralis P., Musialowski R. Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims // *South. Med. J*. 1997. Nov. Vol. 90. No 11. P. 1075-1080.
19. Cartwright P.S., Moore R.A. The elderly victim of rape // *South. Med. J*. 1989. Aug. Vol. 82. No 8. P. 988-989.
20. Chapko M., Somse P., Kimball A., Hawkins R., Massanga M. Predictors of rape in the Central African Republic // *Health. Care Women Int*. 1999. Jan-Feb. Vol. 20. No 1. P. 71-79.
21. Choquet M., Darves-Bornoz J., Ledoux S. et al. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey // *Child. Abuse Negl*. 1997. Sep. Vol. 21. No 9. P. 823-832.
22. Cohen-Addad G. Rape and homosexuality // *Med. Law*. 1990. Vol. 9. No 1. P. 751-754.
23. Cupoli J.M., Sewell P.M. One thousand fifty-nine children with a chief complaint of sexual abuse // *Child. Abuse Negl*. 1988. Vol. 12. No 2. P. 151-162.
24. Curtin F., Niveau G. Psychosocial profile of Swiss sexual offenders // *J. Forensic Sci*. 1998. Jul. Vol. 43. No 4. P. 755-759.
25. De Jong A.R., Emmett G.A., Hervada A.A. Epidemiologic factors in sexual abuse of boys // *Am. J. Dis. Child*. 1982. Nov. Vol. 136. No 11. P. 990-993.
26. Deming J.E., Mittleman R.E., Wetli C.V. Forensic science aspects of fatal sexual assaults on women // *J. Forensic Sci*. 1983. Jul. Vol. 28. No 3. P. 572-576.
27. Dube R., Hebert M. Sexual abuse of children under 12 years of age: a review of 511 cases // *Child. Abuse Negl*. 1988. Vol. 12. No 3. P. 321-330.
28. Edgardh K., Ormstad K. Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls // *Acta Paediatr*. 2000. Mar. Vol. 89. No 3. P. 310-319.
29. Farley M., Barkan H. Prostitution, violence, and posttraumatic stress disorder // *Women Health*. 1998. Vol. 27. No 3. P. 37-49.

30. *Finkel K.C.* Sexual abuse and incest. What can you do? // *Can Fam. Physic.* 1994. May. Vol. 40. No 5. P. 935-944.
31. *Finkelson L., Oswalt R.* College date rape: incidence and reporting // *Psychol. ReP.* 1995. Oct. Vol. 77. No 2. P. 526.
32. *Fischer G.J.* College student attitudes toward forcible date rape: I. Cognitive predictors // *Arch. Sex. Behav.* 1986. Vol. 15. No 6. P. 457-466.
33. *Furey E.M.* Sexual abuse of adults with mental retardation: who and where // *Ment. Retard.* 1994. Jun. Vol. 32. No 3. P. 173-180.
34. *Garza-Aguilar de la J., Diaz-Michel E.* Elementos para el estudio de la violacion sexual // *Salud Publica Mex.* 1997. Nov-Dec. Vol. 39. No 6. P. 539-545.
35. *Gavey N.* Sexual victimization prevalence among New Zealand university students // *J. Consult. Clin. Psychol.* 1991. Jun. Vol. 59. No 3. P. 464-466.
36. *Goodman L., Dutton M., Harris M.* Episodically homeless women with serious mental illness: prevalence of physical and sexual assault // *Am. J. Orthopsychiatry.* 1995. Oct. Vol. 65. No 4. P. 468-478.
37. *Goodyear-Smith F.A.* Medical evaluation of sexual assault findings in the Auckland region // *N. Z. Med. J.* 1989. Sep. Vol. 102. No 876. P. 493-495.
38. *Gross W.C., Billingham R.E.* Alcohol consumption and sexual victimization among college women // *Psychol. ReP.* 1998. Feb. Vol. 82. No 1. P. 80-82.
39. *Hanson R.F., Resnick H.S., Saunders B.E. et al.* Factors related to the reporting of childhood rape // *Child. Abuse Negl.* 1999. Jun. Vol. 23. No 6. P. 559-569.
40. *Harrington N., Leitenberg H.* Relationship between alcohol consumption and victim behaviors immediately preceding sexual aggression by an acquaintance // *Violence Vict.* 1994. Vol. 9. No 4. P. 315-324.
41. *Harrison P.A., Hoffmann N.G., Edwall G.E.* Differential drug use patterns among sexually abused adolescent girls in treatment for chemical dependency // *Int. J. Addict.* 1989. Jun. Vol. 24. No 6. P. 499-514.
42. *Hickson F.C., Davies P.M., Hunt A.J. et al.* Gay men as victims of nonconsensual sex // *Arch. Sex. Behav.* 1994. Jun. Vol. 23. No 3. P. 281-294.
43. *Hillman R., O'Mara N., Taylor-Robinson D., Harris J.* Medical and social aspects of sexual assault of males: a survey of 100 victims // *Br. J. Gen. Pract.* 1990. Dec. Vol. 40. No 341. P. 502-504.
44. *Hillman R., O'Mara N., Tomlinson D., Harris J.* Adult male victims of sexual assault: an underdiagnosed condition // *Int. J. STD AIDS.* 1991. Jan-Feb. Vol. 2. No 1. P. 22-24.
45. *Hughes T.L., Johnson T., Wilsnack S.C.* Sexual assault and alcohol abuse: a comparison of lesbians and heterosexual women // *J. Subst. Abuse.* 2001. Vol. 13. No 4. P. 515-532.

46. *Jenny C.* Adolescent risk-taking behavior and the occurrence of sexual assault // *Am. J. Dis. Child.* 1988. Jul. Vol. 142. No 7. P. 770-772.
47. *Karhunen P.J.* Svagt rattsskydd for misshandlade finlandska kvinnor // *Nord. Med.* 1992. Vol. 107. No 5. P. 144-145.
48. *Kiernan J.E., Taylor V.L.* Coercive sexual behavior among Mexican-American college students // *J. Sex. Marital. Ther.* 1990. Vol. 16. No 1. P. 44-50.
49. *King M., Woollett E.* Sexually assaulted males: 115 men consulting a counseling service // *Arch. Sex. Behav.* 1997. Dec. Vol. 26. No 6. P. 579-588.
50. *Klein P., Gerberich S., Gibson R.* et al. Risk factors for work-related violent victimization // *Epidemiology.* 1997. Jul. Vol. 8. No 4. P. 408-413.
51. *Koki Ndombo P., Biyong I., Eteki Tamba N.* et al. Les enfants victimes de services sexuels au Cameroun // *Ann. Pediatr. (Paris).* 1992. Feb. Vol. 39. No 2. P. 111-114.
52. *Lakew Z.* Alleged cases of sexual assault reported to two Addis Ababa hospitals // *East. Afr. Med. J.* 2001. Feb. Vol. 78. No 2. P. 80-83.
53. *Lacey H.B.* Sexually transmitted diseases and rape: the experience of a sexual assault centre // *Int. J. STD AIDS.* 1990. Nov. Vol. 1. No 6. P. 405-409.
54. *Lacey H., Roberts R.* Sexual assault on men // *Int. J. STD AIDS.* 1991. Vol. 2. No 4. P. 258-260.
55. *Laumann E.O., Gagnon J.H., Michael R.T., Michaels S.* The social organization of sexuality. Chicago: University of Chicago Press, 1994.
56. *Levine S.* Crime or affliction? Rape in an African community // *Cult. Med. Psychiatry.* 1980. Jun. Vol. 4. No 2. P. 151-165.
57. *Linden J.A.* Sexual assault // *Emerg. Med. Clin. North. Am.* 1999. Aug. Vol. 17. No 3. P. 685-697.
58. *Martin S.L., Clark K.A., Lynch S.R.* et al. Violence in the lives of pregnant teenage women: associations with multiple substance use // *Am. J. Drug. Alcohol. Abuse.* 1999. Aug. Vol. 25. No 3. P. 425-440.
59. *Martin L., Rosen L., Durand D.* et al. Prevalence and timing of sexual assaults in a sample of male and female U.S. Army soldiers // *Mil. Med.* 1998. Apr. Vol. 163. No 4. P. 213-216.
60. *Martinez-Ayala H., Villanueva L.A., Torres C., Garcia-Lara E.* Agresion sexual en adolescentes. Estudio epidemiologico // *Ginecol. Obstet. Mex.* 1999. Sep. Vol. 67. P. 449-453.
61. *Mazza D., Dennerstein L., Ryan V.* Physical, sexual and emotional violence against women: a general practice-based prevalence study // *Med. J. Aust.* 1996. Jan. Vol. 164. No 1. P. 14-17.

62. *Mbassa Menick D., Ngoh F.* Reconciliation and/or mediation settlements in cases of sexual abuse of minors in Cameroon // *Med. Trop. (Mars)*. 1999. Vol. 59. No 2. P. 161–164.
63. *Meel B.L.* The myth of child rape as a cure for HIV/AIDS in Transkei: a case report // *Med. Sci. Law*. 2003. Jan. Vol. 43. No 1. P. 85–88.
64. *Menick D., Ngoh F.* Sexual abuse in children in Cameroon // *Med. Trop. (Mars)*. 1998. Vol. 58. No 3. P. 249–252.
65. *Merrill L.L., Newell C.E., Milner J.S.* et al. Prevalence of premilitary adult sexual victimization and aggression in a Navy recruit sample // *Mil. Med.* 1998. Apr. Vol. 163. No 4. P. 209–212.
66. *Meursing K., Vos T., Coutinho O.* et al. Child sexual abuse in Matabeleland, Zimbabwe // *Soc. Sci. Med.* 1995. Dec. Vol. 41. No 12. P. 1693–1704.
67. *Michael R., Zumpe D.* An annual rhythm in the battering of women // *Am. J. Psychiatry*. 1986. May. Vol. 143. No 5. P. 637–640.
68. *Moore K.A., Nord C.W., Peterson J.L.* Nonvoluntary sexual activity among adolescents // *Fam. Plann. Perspect.* 1989. May–Jun. Vol. 21. No 3. P. 110–114.
69. *Myers W.C., Burgess A.W., Nelson J.A.* Criminal and behavioral aspects of juvenile sexual homicide // *J. Forensic Sci.* 1998. Mar. Vol. 43. No 2. P. 340–347.
70. *Mulugeta E., Kassaye M., Berhane Y.* Prevalence and outcomes of sexual violence among high school students // *Ethiop. Med. J.* 1998. Jul. Vol. 36. No 3. P. 167–174.
71. *Muram D., Hostetler B., Jones C., Speck P.* Adolescent victims of sexual assault // *J. Adolesc. Health*. 1995. Dec. Vol. 17. No 6. P. 372–375.
72. *Muus K., Moen M.* Medisinske og rettslige aspekter av voldtekt. Henvendelser til voldtektsteamet ved Regionsykehuset i Trondheim i perioden 1989–92 // *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* 1995. Jan. Vol. 115. No 1. P. 30–33.
73. *Newton-Taylor B., DeWit D., Gliksman L.* Prevalence and factors associated with physical and sexual assault of female university students in Ontario // *Health. Care Women Int.* 1998. Mar–Apr. Vol. 19. No 2. P. 155–164.
74. *O'Connor A.* Female sex offenders // *Br. J. Psychiatry*. 1987. May. Vol. 150. P. 615–620.
75. *Olsson A., Ellsberg M., Berglund S., Herrera A., Zelaya E., Pena R., Zelaya F., Persson L.A.* Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based anonymous survey // *Child. Abuse Negl.* 2000. Dec. Vol. 24. No 12. P. 1579–1589.
76. *Olusanya O., Ogbemi S., Unuigbo J., Oronsaye A.* The pattern of rape in Benin City, Nigeria // *Trop. Geogr. Med.* 1986. Sep. Vol. 38. No 3. P. 215–220.

77. *Pedersen W., Skrondal A.* Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls // *Addiction*. 1996. Apr. Vol. 91. No 4. P. 565-581.
78. *Petter L.M., Whitehill D.L.* Management of female sexual assault // *Am. Fam. Physician*. 1998. Sep. Vol. 58. No 4. P. 920-926, 929-930.
79. *Raupp U., Eggers C.* Sexueller Missbrauch von Kindern. Eine regionale Studie über Prävalenz und Charakteristik // *Monatsschr. Kinderheilkd.* 1993. Apr. Vol. 141. No 4. P. 316-322.
80. *Rojnik B., Andolsek-Jeras L., Obersnel-Kveder D.* Women in difficult circumstances: war victims and refugees // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 1995. Mar. Vol. 48. No 3. P. 311-315.
81. *Ruff C.F., Templer D.I., Ayers J.L.* The intelligence of rapists // *Arch. Sex. Behav.* 1976. Jul. Vol. 5. No 4. P. 327-329.
82. *Russell D.E.* The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children // *Child. Abuse Negl.* 1983. Vol. 7. No 2. P. 133-146.
83. *Santello M., Leitenberg H.* Sexual aggression by an acquaintance: methods of coping and later psychological adjustment // *Violence Vict.* 1993. Vol. 8. No 2. P. 91-104.
84. *Schei B.* Prevalence of sexual abuse history in a random sample of Norwegian women // *Scand. J. Soc. Med.* 1990. Vol. 18. No 1. P. 63-68.
85. *Schei B., Muus K., Bendixen M.* Forekomst av seksuelle overgrep blant studenter i Trondheim // *Tidsskr. Nor. Lægeforen.* 1994. Sep. Vol. 114. No 21. P. 2491-2494.
86. *Schwartz I.L.* Sexual violence against women: prevalence, consequences, societal factors, and prevention // *Am. J. Prev. Med.* 1991. Nov-Dec. Vol. 7. No 6. P. 363-373.
87. *Singh H.S., Yüing W.W., Nurani H.N.* Prevalence of childhood sexual abuse among Malaysian paramedical students // *Child. Abuse Negl.* 1996. Jun. Vol. 20. No 6. P. 487-492.
88. *Smith A.D.* Offence characteristics of psychotic men who sexually assault women // *Med. Sci. Law*. 2000. Jul. Vol. 40. No 3. P. 223-228.
89. *Snoyman P., Holdstock T.* The influence of the sun, moon, climate and economic conditions on crisis incidence // *J. Clin. Psychol.* 1980. Oct. Vol. 36. No 4. P. 884-893.
90. *Sorenson S.B., Stein J.A., Siegel J.M. et al.* The prevalence of adult sexual assault. The Los Angeles Epidemiologic Catchment Area Project // *Am. J. Epidemiol.* 1987. Dec. Vol. 126. No 6. P. 1154-1164.
91. *Spencer M., Dunklee P.* Sexual abuse of boys // *Pediatrics*. 1986. Jul. Vol. 78. No 1. P. 133-138.

92. *Spitzberg B.H.* An analysis of empirical estimates of sexual aggression victimization and perpetration // *Violence Vict.* 1999. Vol. 14. No 3. P. 241–260.
93. *Stone L.E., Tyler R.P., Mead J.J.* Law enforcement officers as investigators and therapists in child sexual a training model // *Child. Abuse Negl.* 1984. Vol. 8. No 1. P. 75–82.
94. *Swiss S., Giller J.* Rape as a crime of war. A medical perspective // *JAMA.* 1993. Aug. Vol. 270. No 5. P. 612–615.
95. *Swiss S., Jennings P., Aryee G. et al.* Violence against women during the Liberian civil conflict // *JAMA.* 1998. Feb. Vol. 279. No 8. P. 625–629.
96. *Teets J.* The incidence and experience of rape among chemically dependent women // *J. Psychoactive Drugs.* 1997. Oct.–Dec. Vol. 29. No 4. P. 331–336.
97. *Walch A.G., Broadhead W.E.* Prevalence of lifetime sexual victimization among female patients // *J. Fam. Pract.* 1992. Nov. Vol. 35. No 5. P. 511–516.
98. *Watkins B., Bentovim A.* The sexual abuse of male children and adolescents: a review of current research // *J. Child Psychol. Psychiatry.* 1992. Jan. Vol. 33. No 1. P. 197–248.
99. *Weiss P., Zverina J.* Experiences with sexual aggression within the general population in the Czech Republic // *Arch. Sex. Behav.* 1999. Jun. Vol. 28. No 3. P. 265–269.
100. *Young S.M., Boyle H.M., Curry K.M.* Prior sexual assault reported by male attenders at a department of genitourinary medicine // *Int. J. STD AIDS.* 1995. Mar–Apr. P. 62. P. 95–100.

СЕРИЙНЫЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ УБИЙСТВА

Сексуальные убийства, т. е. убийства, имеющие в своей изначальной основе те или иные сексуальные импульсы, связанные с достижением или попыткой достижения преступником психосексуальной разрядки, известны уже много десятков столетий. Судя по мифологии, одним из первых серийных сексуальных насильников был сам Зевс. Ветхий Завет повествует нам о том, что, несомненно, имело место в процессе становления патриархального общества — о массовых изнасилованиях. Так, в ханаанских Содоме и Гоморре горожане имели обычай коллективно насиловать пришельцев, несущих с собой не всегда ясную, но всегда потенциальную опасность (Быт. 19:4-9). Аналогичное явление существовало и в иудейском городе Гиве, где горожане, окружив дом с гостями, также требовали от хозяина дома: «...выведи человека, вошедшего в дом твой, мы познаем его»; но удовлетворились насилием над наложницей гостя: «Они познали ее, и ругались над нею всю ночь до утра», до наступления смерти женщины (Суд. 19:16-28). Светоний донес до нас жизнеописание императора Нерона, который, надев на себя звериную шкуру, терзал гениталии связанных мужчин, насиловал мальчиков и юношей. В мрачно-жизнерадостном Средневековье всех, пожалуй, превзошел Маршал Франции барон Жиль де Ре, растерзавший несколько сотен мальчиков, собиравший коллекцию детских голов. Не уступала ему в сексуально-садистских жестокостях и печально известная вампирша графиня Батори. Впрочем, каждая эпоха славилась своими сексуальными садистами и серийными убийцами, при этом войны и революции более обнажали патологические страсти людей. История прошлого и современности показывает нам, что недобросовестные политики всегда с легкостью и в большом количестве находили, и будут находить «творческих» исполнителей своих кровавых замыслов, независимо от страны, вероисповедания и прочих обстоятельств.

Ранее И.З. Дынкина [8], предлагала относить к понятию «сексуальное убийство» лишь «случаи лишения жизни женщин, сопря-

женные с нарушением или попыткой нарушения их половой неприкосновенности и связанные с удовлетворением половой сгратии преступника». Она справедливо считала, что к сексуальным убийствам нельзя относить бытовые убийства из ревности или мести, например, за «измену», так как сексуальные убийцы, и их преступные деяния имеют принципиальные, резко обозначенные отличия от так называемых бытовых. Однако данное определение несколько устарело, так как объектами столь специфичных преступлений являются не только женщины, но и лица мужского пола или обоих полов, а иногда даже и животные.

Можно выделить следующие виды сексуальных убийств [9]:

- 1) убийство как следствие преодоления сопротивления жертвы при попытке изнасилования;
- 2) убийство с целью лишения жертвы возможности призвать на помощь;
- 3) убийства с целью обострения сладострастных, сексуальных переживаний (сладострастное убийство);
- 4) убийство в момент неконтролируемого переживания оргазма (которое надо отличать от вышеупомянутого);
- 5) убийство жертвы (и свидетелей) для сокрытия сексуального преступления;
- 6) убийство по другим мотивам, напоминающее сексуальное убийство, но таковым не являющееся.

При сексуальном убийстве убийца далеко не всегда совершает пенильно-вагинальный контакт, во многих случаях он даже не стремится к этому. Имитацией генитального проникновения мо-



Сексуальное убийство

гут быть повреждения естественных отверстий, разрезание иных частей тела, манипуляция с ножом (неким символом всемогущего фаллоса). Такое убийство предопределено, спланировано и в высшей степени ритуализировано. В других случаях убийства яв-

ляются внезапными актами неконтролируемой агрессии, эмоциональных взрывов при различных обстоятельствах [9].

Считается, что количество убийств с изначально сексуальной мотивировкой в последние десятилетия во всем мире все возрастает; при этом они нередко характеризуются своей серийностью, т.е. тем, что число преступных эпизодов с убийством людей достигает двух и более. Возраст сексуальных убийц имеет тенденцию к омоложению, а сами сексуальные убийства — к усложнению [61]. В научной литературе описан случай сексуального убийства, совершенного 13-летним мальчиком, имевшего дисфункциональное семейство и психолого-психиатрические проблемы. Убийство он совершил в процессе сексуального насилия, повторив эпизоды только что просмотренного эротического фильма [52].

Термин «серийное убийство» («serial killer», «serial murderer», «serial homicider») впервые был предложен сотрудником FBI, полковником R.K. Ressler, организовавшим в 1978 году в FBI Отдел бихевиористики [5]. Ressler подчеркнул, что термин «серийное убийство» он ввел для обозначения преступлений, совершенных лицами, *одержимыми сексуальными фантазиями садистского плана*. Неосуществленность последних, по мнению R.K. Ressler, как бы подталкивает человека к преступлению. Действительно, все начинается с обсессивных детских фантазий мстительно-компенсаторного плана, которые в дальнейшем получают мастурбаторное подкрепление и развитие [56]. Обсессивные мастурбаторные фантазии предшествуют деликту, нарастая по частоте и интенсивности, и, как правило, появляются после деликта с переживанием соответствующей новизны, что способствует закреплению парафилии [30]. Деликт совершается как обсессивно-компульсивное действие при суженном сознании и является реальным воплощением выкристаллизованных мастурбаторных фантазий. Некоторые авторы сразу отметили важность дифференциации серийных сексуальных убийств от иных преступлений, сопровождаемых множественностью жертв, в частности, от массовых убийств [33, 40].

Действительно, все начинается с детских обид, с обсессивных, произвольно возникающих, навязчивых детских фантазий мстительно-компенсаторного плана, которые в дальнейшем получают мастурбаторное подкрепление и развитие. Кристаллизация фан-

тазий идет много лет, проходя через фазу жестокого отношения к животным. Деликт, сначала по отношению к животным, а затем, по мере созревания фантазий, и по отношению к человеку, совершается как обсессивно-компульсивное действие при суженном сознании и является реальным воплощением выкристаллизованных мастурбаторных фантазий. Обсессивные мастурбаторные фантазии предшествуют деликту, нарастая по частоте и интенсивности, и, как правило, вновь появляются после деликта с восприятием соответствующей новизны, качественно обогащаясь свежими воспоминаниями, что способствует закреплению парафилии.

Проблема серийных сексуальных убийств имеет биологические, психологические, этно-культуральные и социальные аспекты. Транскультуральный анализ серийных убийств показывает, что местные социо-культурные факторы играют важную роль в формировании специфической психопатологии, облегчающей трансформирование сексуально-агрессивных побуждений в фактически физические действия, или же наоборот — препятствуют столь специфической сексуальной агрессии. Почти в половине случаев при транскультуральном анализе ведущими в формировании склонности к сексуальным убийствам оказались четыре фактора [31]:

- 1) политическое, экономическое и общекультурное неблагополучие государства;
- 2) повышенный уровень милитаризма;
- 3) поощрение нетерпимости и карательного насилия со стороны политических сил;
- 4) опыт участия в боевых действиях.

По крайней мере, исследования многих авторов обращают внимание на наличие связи опыта участия в военных действиях и облегчения серийного гомицидного поведения ветеранов боевых действий [28], что весьма прискорбно относительно прогнозов гомицидного поведения в России. Так, по расчетам профессора А.О. Бухановского [4], ввиду крайне нездорового макросоциума в РФ, распространенность серийных убийств в России намного выше официально зарегистрированной и должна значительно превышать подобный показатель в странах Запада. Вероятность дальнейшего интенсивного роста серийных убийств в РФ в связи с сохранением крайне неблагоприятных в этом плане макросоциальных тенден-

ций высока. Пик серийных сексуальных убийств ориентировочно следует ожидать через 15–20 лет (и даже несколько раньше), когда младшее поколение «униженных и оскорбленных», поколение безнадзорных детей 1990-х годов созреет до усредненного возраста сексуального киллера (начала биологического увядания).

Этимологически под серией (series — от латинского — ряд) понимается последовательный ряд, группа неких сходных, обладающих общим признаком, объединенных одним названием событий [15]. Таким образом, серию убийств надо отличать от двойного или массового убийства, тем более, уже второе деяние, как правило, позволяет заметить криминальный почерк убийцы. Серийные сексуальные убийства, как правило, совершаются одиночками, лишь подростковая склонность к образованию группировок может допускать групповые серийные убийства.

Большое количество жертв серийных сексуальных убийц свидетельствует лишь о малой изученности специфики этой агрессии теми, кто по долгу службы обязан охранять общественную безопасность. В деятельности специалистов юридического профиля и судебных медиков нередко отмечается стереотипность и поверхностность мышления, что приводит к неспособности проведения углубленного анализа случаев смерти, телесных повреждений, иных обстоятельств, позволяющих связывать разные эпизоды друг с другом. Например, при обнаружении трупа, висящего в петле, обычно используется жаргонизм «висельник», настраивающий мышление представителей правоохранительных органов и судебных медиков на то, что здесь имеет место самоубийство. Отсюда и поверхностный подход к случаю, с некачественным осмотром места происшествия (чаще без него), с ускоренно-формализованным максимум получасовым исследованием трупа. То же самое можно сказать и о случаях, которые стереотипно принимают за «скоропостижную смерть», «утопление» и т.п. В противоположных случаях, благодаря предварительно сформированному общественному мнению, и наличию каких-либо телесных повреждений, происходит гипердиагностика «криминальных» причин смерти.

Отсутствие концептуальных представлений о клинико-патогенетических закономерностях аномального сексуального поведения приводит к затруднению в решении как диагностических и терапев-

тических, так и экспертных вопросов [19]. Немаловажно и решение вопросов профилактики нежелательного сексуального поведения, тем более, что в последние три десятилетия отмечается неуклонный рост неортодоксального сексуального поведения, связанного с сексуальным насилием, в том числе и с сексуальными убийствами. При этом некоторые случаи сексуального насилия могут быть связаны с некоторыми религиозными культами [37]. Смертная казнь не может быть профилактической мерой серийных сексуальных убийств, так как она основана на устрашении вменяемых людей, не отягощенных столь сложной психопатологией, которая присуща лицам, впадшим в патосексуальное состояние. Любое наказание для этих людей является неэффективной и неадекватной замсой медико-социальных воздействий [50].

Большинство сексуальных убийств в результате предварительной и длительной мастурбаторной их кристаллизации хорошо планируются, с тщательным продумыванием мест их осуществления, разнообразия сексуальных действий, пыток, процесса причинения смерти, чаще путем удушения жертвы или причинения ей колото-резаных ран, забивания твердыми тупыми предметами, т. е. теми способами, которые позволяют войти в близкий физический контакт [60]. Истоки патологии убийц-снайперов следует искать не в сексуальности, а в компьютерных играх-«стрелялках».

Ключевой характеристикой серийной сексуальной преступности является отнесение ее к зависимому (парафильному) поведению. Как мы уже говорили, рассматривая критерии парафилий, восстановление психо-социального благополучия личности достигается через так называемую компульсивную агрессию, через обсессивно-компульсивные сексуальные действия, например, раптофильные, педофильные, гомоцидные и т.д., несмотря на осознаваемую опасность наказания за такие действия. То есть, существенным признаком парафильного поведения является утрата контроля над своими импульсами, практически полное снижение прогнозирования неблагоприятных последствий для субъекта вследствие резкого сужения сознания в момент деликта. Резкое сужение сознания в момент деликта может приводить к тому, что преступник перестает замечать посторонних и грозящую ему опасность извне. Есть только он и его жертва, другого мира нет.

Стиль и качество жизни молодых сексуальных убийц, их психо-социальные характеристики, аналогичные характеристики микро- и макросоциума (ближнего и отдаленного социального окружения) имеют резкие отличия от таковых у остальных людей. Так, большинство подростков-убийц до гомицидного поведения имели проблемы с законом и школьной дисциплиной, воспитание их было жестоким. При этом половина юных убийц до и после гомицидного поведения отметили появление интенсивных обсессивных сексуальных фантазий садистского характера [51]. Начало появления сексуальных садистских фантазий в среднем приходится на 16,9 лет; первыми жертвами юношей, как правило, были знакомые девушки (48 % случаев), сестры или подруги (по 25 % случаев). В поведении юношей – сексуальных насильников нередко отмечались кражи фетишизируемых предметов [26]. Фетишизм у серийных сексуальных убийц в дальнейшем закрепляется. Они нередко фиксируют свои преступные действия различными способами: путем записей на бумаге или кино- видеопленке, а также собирают коллекции некоторых предметов из личных вещей своих жертв [36].

Профессор А.О. Бухановский и О.А. Бухановская на основании изучения мировой научной литературы и собственного практического опыта провели интереснейшие клинико-криминалистические сопоставления, часть из которых здесь целесообразно вкратце привести и, естественно, прокомментировать, так как они дают специфическую информацию о признаках серийных сексуальных убийств, об особенностях психического неблагополучия личности убийцы [5]:

1. *Суточное время* совершения серийных сексуальных убийств несколько отличается от единичных эпизодов сексуального насилия. Так, если единичные эпизоды сексуального насилия приходятся преимущественно на поздний вечер и начало ночи [7], то серийные сексуальные убийства обычно не имеют четкой временной обозначенности в суточных рамках [5]. Сексуальные убийства со стороны подростков и юношей вообще обычно совершаются днем, после окончания занятий в школе, при этом также типично применение в качестве орудий убийств ножей и дубинок [51].

2. *Места совершения серийных сексуальных убийств* также имеют резкие отличия от единичных эпизодов бытового сексуального насилия. Если при единичных эпизодах преобладают жилые поме-

щения, то серийные сексуальные убийства чаще совершаются вне жилых помещений, при этом жертвами обычно становятся ранее незнакомые женщины, реже — дети и мужчины [46]. Лишь сексуальные убийства пожилых 60–90-летних белых женщин в странах смешанного расового проживания (например, США) со стороны негроидов совершаются преимущественно в домах жертв, что расценивается как проявление комплекса расовой неполноценности убийц, а само сексуальное насилие в таких случаях более продиктовано необходимостью самоутверждения путем выражения своей власти над жертвой. Тем не менее, случаи совершения сексуальных убийств встречаются преимущественно со стороны белых, а если черных, то, как правило, когда чернокожий убийца вырос в окружении белых [27]. Не является ли феномен серийных сексуальных убийств культурально и религиозно обусловленным, результатом сексуальной аскезы, пуританской подавленности естественного сексуального начала?

С другой стороны, в научной литературе нам встретилось сообщение о 22-летнем олигофроне — серийном сексуальном убийце афро-американского происхождения, который убил шесть исключительно незнакомых афро-американских женщин. История его детства включала не только физическое, но и сексуальное злоупотребление, наблюдения половых актов и порнопродукции, содержащей сцены сексуального насилия [48].

3. *Неочевидность преступления* с отсутствием свидетельской базы, малым количеством вещественных доказательств, внешней неясностью мотивов чрезмерной жестокости. При этом преступник, не имея корыстных мотивов, ценности обычно оставляет при жертве, но может взять с собой в качестве трофея, фетиша для коллекции какую-либо малозначащую для остальных людей вещь, например, губную помаду, зеркальце и т.п., а также иногда трусы, колготки, которые в нестиранном виде пополняют его коллекцию. Коллекция фетишей крайне важна для серийного убийцы, так как она помогает воспоминаниям, возвращению чувства реальности содеянного, участвует в дальнейшей кристаллизации патологических сексуальных фантазий.

4. *Стереотипный характер преступных действий* — стремление к повторению сексуальной агрессии в сходных обстоятельствах

и местах, однотипным способом при высокой степени сходства жертв, что позволяет выделять индивидуальный патосексуальный почерк преступника [2]. Например, при одновременном действии двух серийных убийц на одной территории независимо друг от друга, именно индивидуальный патосексуальный почерк позволяет отличать жертв одного преступника от жертв другого, не приписывая их одному преступнику.

5. *Чрезмерная жестокость* способов сексуального удовлетворения и надругательства над телом жертвы. Наличие признаков вампиризма и каннибализма с глубокими укусами и откусываниями. Нередкое повреждение ножом или пальцами глазных яблок, отрезание или откусывание элементов лица, кончиков пальцев, отрезание половых органов, молочных желез, вырезание матки, что вызывает удивление и непонимание у неспециалистов. Иногда генитальное проникновение в тело жертвы происходит через искусственно сформированные ножом отверстия в грудной или брюшной полости. Отрезанные части тела могут пожираться на месте или уноситься домой, где преступник их либо съедает, либо консервирует каким-нибудь способом (высушивание, засаливание, копчение, заливка спиртом или формалином) и использует в дальнейшем как фетиш.

6. Иногда *театрализация и декорирование* места и обстоятельств убийства. Обычно серийный убийца оставляет тело в положении, в котором произошло убийство. Однако некоторые преступники [2, 36] специально подготавливали и оформляли обстановку места происшествия, реквизит, костюмы, разрабатывали развернутый сценарий своих действий и действий жертвы. Например, один убийца, удалив у трупа глаза, усаживал тела своих жертв в кресло перед зеркалом таким образом, чтобы жертвы как бы смотрели на себя пустыми глазницами. Подобные действия носят ритуальный характер, в котором заключен патопсихологический смысл. Наличие этих признаков почти исключительно является проявлением серийных убийств, и должно служить основанием не только для выдвижения следственной гипотезы о начале или продолжении серии сексуальных убийств, но и о прогрессировании психических расстройств у преступника [12].

7. Частое *использование негенитальных способов проникновения в естественные отверстия* жертвы и в ее тело (руками, ножом,

палками, бутылками, иными предметами), с разрывами влагалища, кишечника, извлечения руками кишечника, иных органов наружу.

8. *Достаточно молодой (до 30 лет) возраст дебюта сексуальной агрессии.* При этом дебют насилия не обязательно сопровождается гомоцидом. До первого убийства может пройти серия изнасилований. Возраст серийных сексуальных убийц различен, вероятно, он зависит от преобладания конкретных парафильных влияний. Сексуальные садисты и педофилы достоверно старше несадистских насильников, их средний возраст соответствует возрасту начала биологического увядания [32]. По другим данным, начало преступной деятельности серийных убийц также относится к зрелому возрасту (около 30 лет и старше), а фиксированные педофилы совершают первые убийства в возрасте 45–55 лет [14]. Вероятно, при естественном возрастном угасании гиперсексуальности на первый план в биологической сути человека постепенно выдвигается агрессивность, перерастающая у асоциальной личности в деструктивность. Однако в научной литературе описаны клинические случаи сексуально-садистских гомоцидных фантазий, обычно характерных для стадии их реализации, у 14–18-летних подростков и юношей [43]. Таким образом, парафильный комплекс может стремительно формироваться уже в подростковом возрасте. Алкоголики проявляют противоправную агрессию позже, в зависимости от возраста развития хронического алкоголизма.

9. *Совершение серийных сексуальных убийств взрослыми в одиночку.* Только подростки склонны к групповой агрессии. Встречаются и казуистические случаи соучастия в серийных убийствах близких убийце людей (мать, жена). Соучастники могут заманивать жертв к убийце, помогать ему прятать трупы, а иногда и то, что осталось от съеденных жертв.

10. *Абсолютное преобладание контактных способов убийств с применением асфиксии, нанесением колото-резаных ран.* Возможны применение твердых тупых предметов, а также разрывания мягких тканей руками и зубами, иногда с проникновениями в полости тела. Встречается комбинация указанных способов, что приводит к конкурирующим причинам смерти. Смысл такого насилия заключается в максимальном слиянии с жертвой, в подсознательно-архаичном характере взаимодействий. Нередко изменяется и характер

ударов руками, подобно животному, бьющему не кулаком, а всей лапой, наотмашь.

11. *Социальный статус серийных сексуальных убийц весьма различен.* Среди них встречаются хорошо образованные люди (тот же маршал Франции барон Жиль де Ре), но преобладают малообразованные субъекты, выходцы из малообразованной пролетарской и люмпен-пролетарской среды, из среды малообразованных мелких служащих. Многие авторы обращают внимание на склонность к насилию представителей социальных низов. Но, что здесь взять за эталон хорошего образования? Доскональное знание своего ремесла? Заслуженный учитель Сливко, записавший на кинолентку собственные убийства мальчиков, был достаточно образованным человеком с точки зрения современного российского общества, как и педагог Чикатило.

12. *Как правило, жертвами серийных сексуальных преступников чаще становятся более физически слабые лица* — молодые женщины, а также дети обоих полов, особенно делинквентные, как наиболее уязвимые из-за раскованности в общении и сниженного социального контроля за ними. Интересно, что серийные сексуальные преступники в момент начала деликта обладают хорошей контактностью, умеют налаживать доверительные отношения с жертвами, почему те без опаски следуют за ними к месту убийства.

13. *Объектом садистских сексуальных актов может стать не только человек, но и животное.* По сравнению с другими группами сексуальных дэвиантов, сексуальные убийцы еще в школе проявляли склонность к жестокому обращению к животным, вплоть до живодерства, пиромании, фетишизму и вуайеризму, нередко были членами асоциальных группировок, злоупотребляли сильнодействующими и токсическими веществами. В самом начале развития патологии садистские убийства обычно совершаются по отношению к животным, но, как правило, серийно и весьма жестоко. Деликт порождает «разрядку», доставляет успокоение, ремиссию. Серийные убийства животных со стороны подростков — раннее, но уже реальное проявление будущего гомицидного поведения. Изобличенных в живодерстве подростков необходимо немедленно направлять психиатру, знающему проблему серийных убийств. Только таким путем можно с достаточной степенью вероятности профилактировать будущее гомицидное поведение.

14. Отмечается четко очерченная ориентация на «свой» тип жертв с предпочтением одних и тех же внешних признаков. Для серийного убийцы важны признаки внешности и одежды жертвы, так как они фетишизируются, присутствуют в мастурбаторных фантазиях. Поэтому, несмотря на нередко выраженный синдром неразличения сексуального объекта, в частности пола жертвы, жертвы в женской и мужской половых группах похожи друг на друга либо признаками внешности, либо одеждой. Возраст жертвы нередко важен для убийцы, но не всегда. Убийства совершаются взрослыми чаще по отношению к ранее неизвестным жертвам, в некоторой удаленности от жилья убийцы, хотя некоторая часть жертв может выслеживаться и недалеко от места обитания убийцы, особенно в начале гомицидной деятельности. Очертив круг разброса трупов жертв, можно предположить, что жилище убийцы находится примерно в центре этого круга.

15. *Деперсонализированный характер отношений с жертвами при внешней любезности.*

16. *Нередкое отсутствие раскаяния в содеянном, жалости к своим жертвам.* При этом подсознательно возникающее чувство вины обычно вытесняется оправданиями своего преступления необходимостью борьбы с проституцией, нищенством, пьянством, гомосексуализмом и т.д. Серийный сексуальный убийца вполне серьезно может считать себя санитаром общества.

17. *Неодинаковые промежутки времени между отдельными эпизодами, которые со временем учащаются.* Например, в течение месяца может быть совершено три убийства, затем в течение нескольких месяцев и даже лет убийств может не быть, после чего они вновь возобновляются. Длительность ремиссии зависит от качества жизни киллера в определенный период времени.

18. *Среди серийных сексуальных убийств преобладают лица мужского пола, но изредка встречаются и женщины, причем не как соучастники преступлений, а как самостоятельные убийцы-одиночки.* Если серийные убийцы мужского пола обычно ценностями не интересуются, но могут взять с места происхождения что-то малоценное, представляющее лишь ценность в их глазах как фетиш (колготки, губная помада, трусы и т.п.), то при всех сериях, совершенных женщинами, надо дифференцировать наличие первоначально

корыстного импульса (например, грабежа) или первоначального сексуального импульса. При преобладании первого, сексуальные действия выступают как вознаграждение за «труд», но здесь нельзя исключать и наличие архаичной символизации самоутверждения посредством сексуального унижения противника.

В этом плане показателен случай Эйлин Вуорнос, казненной во Флориде 9 октября 2002 г. после убийства семи мужчин, которых она расчетливо-хладнокровно убивала в процессе выполнения обычных сексуальных действий, а затем грабила [25, 53].

Нередко при серийных убийствах сексуальность становится средством компенсации чувства неполноценности и служит для выражения силы, авторитета, половой идентификации и мужских способностей. Треть сексуальных насильников мужского пола осознают свои гомоэротические потребности [6].

Основной мотив насилия у серийных убийц направлен не столько на удовлетворение сексуального влечения (пятая часть убийц отмечает эректильную дисфункцию, около половины — отсутствие стремления к введению полового члена в естественные отверстия жертвы), сколько на реализацию потребности в господстве над жертвой и на причинение ей моральных и физических страданий. Поэтому, когда мы говорим об удовлетворении сексуальных потребностей, надо подразумевать — об удовлетворении психосексуальных потребностей, так как человеку, впавшему в патосексуальное состояние, важно именно удовлетворение своих болезненных психических фантазий.

Существует ряд факторов, которые влияют на степень риска возникновения агрессивного сексуального поведения, в том числе серийного. Фактически речь идет не о причинах, а о предрасполагающих к тому условиях, сводимых то к органическому поражению мозга (биологизаторские модели), то к особенностям личности, чаще психопатической (личностные модели), то к давлению макро-, мезо-, милли- и/или микросоциума (социологизаторские модели). Категоричность здесь несостоятельна. К тому же, predisposition чаще наблюдается сочетанная. В качестве факторов predisposition могут быть названы: мужской пол и психопатологическая отягощенность, патология беременности и родов, морфо-церебральная патология (поражения лимбической области, кортикальных и субкорти-

кальных отделов мозга), негативная микросоциальная ситуация и психологическая обстановка в семье, дисгармоничность привязанностей и затруднения общения, насилие в детстве и дезинтеграция психосексуального развития, неспособность создания и несостоятельность брака, преобладание шизоидных и эпилептоидных черт характера, отклоняющееся поведение и агрессия [5].

Источником сексуальных фантазий нередко бывает бульварная детективная литература и детективные комиксы садистской направленности, которые служат своеобразными учебными пособиями для сексуальных садистов [34, 35]. По сравнению с другими группами сексуальных девиантов, сексуальные убийцы отличались по психосоциальным показателям и поведению еще в школьном возрасте. При этом они проявляли склонность к жестокому обращению к животным, вплоть до живодерства, пиромании, фетишизму и вуайеризму, нередко были членами асоциальных группировок, злоупотребляли сильнодействующими и токсическими веществами [47].

Обобщая материалы литературы, можно сказать, что психические расстройства у серийных опасных сексуальных преступников, в том числе убийц, представлены не только садизмом, но и иными парафилиями — педофилией, эксгибиционизмом, геронтофилией, трансвестизмом, множественными расстройствами сексуального предпочтения. Однако «стержневым» их проявлением все же являются садистские тенденции. Это позволяет говорить о существовании садистского типа многих парафилий [5]. Основной мотив насилия у этих лиц направлен не столько на удовлетворение сексуального влечения, сколько на реализацию потребности в господстве над жертвой и на причинение ей моральных и физических страданий.

Здесь более подробно следует остановиться на социогенезе парафильного поведения, который обычно связан с выраженным дисфункционированием родительской семьи в период психосексуального созревания и социализации личности ребенка. Оценка мировой научной литературы [44, 48, 49, 57] позволяет сделать вывод, что серийными сексуальными убийцами становятся «униженные и оскорбленные» (термин Достоевского) в детстве люди (в том числе и сексуально униженные [26]), при этом прослеживается связь между детским аутизмом и последующим серийным гомицидным поведением [58].

На это обстоятельство обращали внимание многие известные философы прошлого, начиная с Аристотеля, который писал: «Способности у нас от природы (врожденные), а добродетельными или порочными от природы мы не бываем» (1106a10). Например, одни люди имеют «звероподобный» (крайне жестокий) склад души «вследствие болезней, причем у некоторых от помешательства..., другие — «от привычки, как, например, у тех, *кто с детства* терпел насилие» (1148b25-30) [3]. В этом плане показателен случай Yukio Mishima, который в детстве потерял родителей и был вынужден пребывать в социальной изоляции вместе с буйно-жестокой, психически больной бабушкой в течение двенадцати лет, т. е. до начала полового созревания. Этого было достаточно для формирования стойкого отвращения к женщинам с идеализацией мужской силы и красоты. Ненависть к слабому и позорному самообразу изживалась в сексуально-садистских фантазиях, которые преображали Yukio Mishima в гомицидном сексуальном слиянии с объектами гомоэротических устремлений. Серия убийств красивых мужчин и ритуальное самоубийство явились результатом кристаллизации фантазий перерождения и возрождения через свой приоритет в гомицидных сексуальных действиях [55].

При современных анализах личности сексуальных насильников и убийц установлено, что в детстве к ним телесные наказания и психические унижения применялись чаще, чем к правопослушным людям. Преступники, совершившие изнасилование или убийство, чаще находятся в конфликте с окружающими, с самими собой, обладают повышенным уровнем тревожности, незначительные психотравмирующие переживания способны вызвать у них выраженную агрессию, при этом прослеживаются прямые корреляции между суровостью внутрисемейного наказания и выраженностью агрессивности у детей. Воспитание будущих серийных сексуальных насильников и убийц, как правило, включало скрытое или явное эмоциональное отвержение. Практически все эти дети подвергались вне- и внутрисемейному физическому насилию, а более половины из них — еще и сексуальному. Существенными факторами в формировании сексуального гомицидного поведения и садизма являются нарциссизм, аутомоносексуализм, аутизм, недостаток и неопределенность самоидентификации. Сексуальное убийство нередко и предпринимает-

ся как попытка самоидентификации, идентификации себя в новом качестве [59]. У сексуальных насильников выявляются повышенная ранимость, обидчивость, постоянное переживаемое чувство «униженности и оскорбленности», враждебности окружающего мира с желанием непосредственного мщения или мщения в генерируемых ими садистских фантазиях [1, 16, 39]. Естественно, что эти аутистические и крайне жестокие («зверообразные» по Аристотелю) фантазии мстительного характера являются компенсаторными. Такая личность не имеет психосоциальных ресурсов для продуктивной и конструктивной самореализации в различных видах деятельности и социальных отношениях; ее социальная дезадаптация будет нарастать. Постепенно у такой личности развивается погранично аномальное садистически-сексуальное зависимое поведение. Это поведение характеризуется obsessивными садистическими фантазиями, иногда реализуемыми в соответствующих obsessивно-компульсивных действиях при суженном сознании, сниженном прогнозировании последствий, малой степенью замечасности опасности со стороны окружения. Причем в самом начале развития патологии садистские убийства обычно совершаются по отношению к животным, но, как правило, серийно. Деликт порождает «разрядку», доставляет успокоение, ремиссию.

Патологическое зависимое поведение отличается от погранично аномального наличием эпизодов измененных состояний сознания при реализации психической и физической зависимости, непреодолимостью и компульсивностью, стереотипизацией криминального патосексуального стиля жизни, синдромом отмены.

Сексуальное насилие изначально заложено в биологическую природу человека, однако далеко не каждый становится насильником, и даже не каждый случай насилия является деструктивным. Не существует «насилия вообще» вне конкретной реальности, не существует ни «плохого», ни «хорошего», ни «доброго», ни «злого», «нравственного» или «безнравственного» вне нашего мышления, вне оценочных категорий конкретных людей и человеческих сообществ. Лишь мышление конкретных людей, преломление ими какой-либо информации придает объективно существующему явлению природы, общественной или сексуальной жизни ту или иную окраску. Не познав явление, нельзя влиять на него. Лишь научные

знания дают нам возможность воздействовать на явление в сторону усиления или ослабления его свойств. Но полностью уничтожить вечно существующее явление нельзя, поскольку, как бы мы ни старались, нам никогда не постичь абсолютной истины, возможно только приблизиться к ней.

Насилие одного животного над другим в природе биологически всегда оправданно, поэтому человеческие понятия жестокости и деструктивности здесь неуместны. Так, Аристотель крайнюю испорченность в человеке называл «зверство», «пороком не человеческим», объясняя при этом, что «мы так называли порочность, которая проявляется не в звере, а в человеке... Почему только в человеке? Не по какой иной причине, как по той, что в звере нет дурной первоосновы», так как нет разума [3].

Известно, что любая личность является продуктом социальных отношений. Новорожденного иногда сравнивают с чистым листом бумаги, на котором окружающая его среда оставляет свои письмена. Следовательно, при должном воспитании биологическая предрасположенность к сексуальному насилию лиц мужского пола так бы и осталась нереализованной предрасположенностью, но исторические знания показывают нам бесконечную череду самого изощренного, почти тотального физического и сексуального деструктивного насилия, практически во всех более или менее развитых культурах. Лишь примитивные первобытные общества в этом отношении почти всегда невинны.

В животном мире действует дилемма — либо съешь сам, либо съедят тебя. С одной стороны, в биологическом понимании, человек — существо, выделившееся из животного мира. С другой стороны, нельзя игнорировать огромную и, скорее всего, преимущественную роль социальных факторов, так как человек — существо социальное. Половые гормоны у человека являются лишь основой полового влечения, агрессии, степени их выраженности, но сами по себе не влияют на содержание психической и физической их реализации. Люди, формируясь в разных социальных, климато-географических, культуральных условиях, приобретают и разный набор страстей, различные характерологические особенности, о чем еще в V веке до н.э. говорил Геродот. Условия формирования человека, его быт предопределяют, какие страсти начнут доминировать над ним.

Несомненно, что агрессивное поведение имеет гормональную и генетическую «подпитку». Так, выявлена устойчивая взаимосвязь между агрессивным поведением и андрогенами, на уровень которых может влиять ряд природных факторов, вплоть до фотопериодизма. Выявлено достоверное повышение уровня гестостерона, надпочечниковых андрогенов и существенное снижение индекса эстрадиол/тестостерон у мужчин и женщин с агрессивным поведением, снижение содержания андрогенов у лиц с повышенной внушаемостью и конформностью. Агрессивность изменяет биохимические процессы в организме, трансформирует метаболизм, соответственно, меняется и внешний облик агрессивных и неагрессивных особей [38, 42, 45, 62]. Отмечая биологическую обусловленность агрессии, мы не можем не замечать и значительного влияния на нее социальных и ситуационных факторов (провокация со стороны других лиц, социальная фрустрация, негативное влияние средств массовой информации и массовой культуры, алкоголь, наркотики и т.д.). Более того, оказалось, что гормональная регуляция поведения даже у животных зависит от социальных факторов.

По Э. Фромму, возникновение агрессивного поведения всегда обусловлено наличием фрустрации, и, наоборот, наличие фрустрации всегда влечет за собой какую-нибудь форму агрессивности [23]. В настоящее время общеизвестно, что агрессия является типичной эмоциональной реакцией на действия фрустраторов, в том числе в виде так называемых замещающих действий, нередко направляемая на совершенно посторонние, даже случайные объекты (реакция замещения). В этой закономерности нередко кроется объяснение так называемой немотивированной агрессии, отличающейся непонятностью с точки зрения здравого смысла, а также зачастую особой жестокостью.

Удовлетворение половой потребности насильственным путем может провоцироваться фрустрационной невозможностью найти добровольного полового партнера в нужный момент, оторванностью правонарушителя от обычного своего сексуального партнера или фрустрацией в семейных взаимоотношениях. Однако следует учитывать, что не все половые преступления совершаются под воздействием сексуальной мотивации. Преступление может совершаться из чувства мести, стремления преступника самоутвердиться

любым путем, а также в подражание друзьям, киногероям, из страха насмешек над ним в молодежной группе. Фрустрация может вызывать и множество других реакций, например, уход от реальности в мир фантазий, в том числе и мстительного характера, коренную смену занятий, депрессию с острым чувством вины, самообвинениями, перерастающими в аутоагрессию, вплоть до суицида.

Применительно к нашей теме можно привести примеры агрессивной фрустрации с отвержением сексуальных предложений предметом вожделения, прерывание в силу каких-либо обстоятельств начавшихся, но незавершенных сексуальных действий и т.п. Особо опасными представляются внезапные вспышки ярости у нарцисса, уязвленного в сексуальном чувстве, подвергнутого насмешкам со стороны вожделенного сексуального объекта. Э. Фромм [23] утверждал, что человек, ущемленный в своем нарциссизме, может испытывать такую жажду мести, которая ни в какое сравнение не идет с реакцией на любой другой ущерб. Страсть возмездия часто доходит до безумия, до готовности самому погибнуть, лишь бы такой гибели не избежал и враг, считал И. Кант [10]. Нарцисс постоянно восхищается собой и требует этого от других, однако при отсутствии талантов или обстоятельств для их проявления, он не может ловить восхищенные взгляды, слушать восторженные речи, самолюбие его глубоко уязвляется. Стремление к восстановлению психического равновесия может найти выход в деструктивности, вплоть до сексуально-садистского насилия.

Один из ключей к пониманию истоков деструктивной сексуальности дает нам изучение фундаментального труда Э. Фромма «Анатомия человеческой деструктивности» [23]. Размышляя над трудами З. Фрейда, Э. Фромм пришел к выводу, что агрессивность, имея разную причинную обусловленность, может быть доброкачественной и злокачественной. *Доброкачественной агрессии* свойственны оборонительные установки, она является ответной реакцией на реальную или мнимую угрозу (можно добавить, что доброкачественная сексуальная агрессия имеет изначальной целью продолжение рода). Но здесь снова стоит оговориться: то, что всегда применимо к животному миру, не всегда справедливо в отношении человека — в юридической практике можно встретить немало случаев, когда оборонительная агрессия у лиц с повышенным уровнем тревожно-

ти являлась неадекватной угрозой, чрезмерной, т. е. деструктивной (злокачественной). *Злокачественная агрессия* (деструктивность) проявляется как страсть человека к господству над другим живым существом и желание разрушать.

К формам злокачественной агрессии (деструктивности) Э. Фромм отнес садизм и мазохизм, некрофилию, нарциссизм, считая, что они основываются не в биологической природе человека, а в его разуме, в интеллекте. Обоснование этого выглядит следующим образом: «Каждый человек вынужден преодолевать свой страх, свою изолированность в мире, свою беспомощность и заброшенность, искать новые формы связи с миром, в котором он хочет обрести безопасность и покой. Я определяю эти психические потребности как «экзистенциальные», так как их причины кроются в условиях человеческого существования. Они свойственны всем людям, и их удовлетворение необходимо для сохранения душевного здоровья... Различные способы удовлетворения экзистенциальных потребностей проявляются в таких страстях, как любовь, нежность, стремление к справедливости, независимости и правде, в ненависти, садизме, мазохизме, деструктивности, нарциссизме. Я называю их просто человеческими страстями». Иными словами, характер человека есть совокупность этих страстей, а стремление к восстановлению психического равновесия связано с потребностью в возбуждении. Это достигается при помощи простых и сложных стимулов [23]. Простые стимулы — секс, еда, накопительство, садизм, нарциссизм. Сложные стимулы, по мнению Э. Фромма, заложены в творчестве. Но «оказывается, у человека гораздо более сильное возбуждение вызывают гнев, бешенство, жестокость или жажда разрушения, чем любовь, творчество или другой какой-то продуктивный интерес... Для этого не надо учиться концентрировать свое внимание, бороться со своими сомнительными желаниями, отказываться от своего нарциссизма. Людей с низким духовным уровнем всегда выручают простые раздражители; они всегда в изобилии... Можно и себе самому создать аналогичные (простые) раздражители: ведь всегда найдется причина кого-то ненавидеть, кем-то управлять, а кому-то вредить».

Вышеизложенное чрезвычайно важно для понимания истоков сексуальной деструктивности, в частности серийных убийств, со-

вершенных на сексуальной почве. При этом следует отметить, что привычный простой стимул не может возбуждать бесконечно. Для того чтобы он действовал долго, необходимо введение элементов новизны, надо что-то менять в раздражителе (содержание, форму, интенсивность воздействия). Со временем элемент новизны также становится привычным, необходим новый элемент, обостряющий чувства. Именно таким образом серийные сексуальные убийцы постепенно становятся все более изощренными в своих жестокостях. Вероятно, сродни этому тяга человека к жестоким зрелищам.

Справедливо полагать, что возбуждение, несомненно, обостряется при присоединении сексуального компонента. Иное дело, что присоединение этого компонента или его отсутствие зависит от степени сиюминутной потребности человека и соответствующих условий. Следует учитывать и наличие в любом проявлении сексуальной агрессии некоторую обязательную долю садизма (активного начала) и мазохизма (пассивного начала), что предопределено биологической, изначально бисексуальной [21] сутью человека. Однако социальная его суть должна влиять с той или иной энергией на степень проявления этих явлений. Сверхдостаточное проявление садизма или мазохизма является деструктивным.

Согласно З. Фрейду в основном человеком руководит не сознание, а импульсы, идущие из глубин подсознания. Человек далеко не всегда адекватно осознает, почему он совершает то или иное действие, что даже приводит к добросовестному заблуждению относительно своих поступков. Так что же лежит у истоков деструктивных подсознательных импульсов? Почему развивается и как трансформируется сексуальная деструктивная агрессия?

Многие авторы обращают внимание на склонность к насилию представителей социальных низов. Еще К. Маркс и Ф. Энгельс [11, 24] первопричиной деструктивной асоциальности считали низкий уровень образования и почти полное отсутствие нравственного воспитания в социальных низах, что взаимосвязано с «интеллектуальным одичанием», тяжелым физическим трудом или безработицей, «страшным пьянством», крайней бедностью, *отсутствием родительской любви и заботы о детях*: «Опустившиеся родители только и думают о том, как бы побольше выколотить из своих детей... дети, естественно, не ставят родителей ни в грош» [11]. Пренебре-

жение общественным устройством, по мнению указанных авторов, крайне характерно «для морально искалеченных в детстве людей». При этом довольно часто в мотивации насилия лежит алкогольный импульс. Влияние алкоголя на растормаживание сексуальной агрессии с утратой духовного и эстетического интереса к объекту сексуального вожделения общеизвестно; алкоголь, наркотики, ослабляя социальные запреты, выработанные обществом, выпускают на свет зверя, природа которого остается загадкой и для самого обладателя этого зверя.

По мнению Э. Фромма [23], на формирование деструктивности и, в частности сексуально-садистского поведения, в первую очередь влияет эмоциональное отвержение ребенка, безрадостная социальная атмосфера «черствости и душевной глухоты», с детства окружающая человека, в которой «нет никого, кто бы ему ответил на вопрос или хотя бы выслушал его. И тогда в его душе поселяется чувство отчаяния и полного бессилия». Однако, по Фромму, «человек не желает утратить свое «Я». А для этого он постоянно поддерживает в себе и создает у окружающих его людей ощущение своей состоятельности. Есть много разных способов такого доказательства». Когда, например, убийца получает власть над другими людьми, он наблюдает смертельный страх на лице жертвы и чувствует себя *способным* доставлять людям страдание, вселять в них ужас. Более того, в сознании садиста в этот момент он становится всемогущим, даже подобным богу: он может в любой момент усилить страдания жертвы, прервать чью-то жизнь, а может великодушно подарить ее объекту своего внимания.

Ф. Ницше [13] еще раньше писал по этому же поводу: «Злоба имеет своей целью не страдание другого человека само по себе, а наше собственное наслаждение, например наслаждение чувством мести или сильным нервным возбуждением. Нам доставляет удовольствие испытывать нашу силу на другом и приобретать радостное чувство собственного превосходства». Данное действие приносит удовольствие и поэтому совершается, «чтобы сохранить благополучие личности»; то есть, борьба за удовольствие есть борьба за жизнь, а способы ведения этой борьбы определяются мерой и устройством интеллекта «борца», структурой его личности, наличием той или иной психопатологии.

Еще З. Фрейд [22], подметил в агрессивности одну из компонент полового инстинкта: «Сексуальность большинства мужчин содержит примесь агрессивности, склонности к насильственному преодолению, биологическое значение которого состоит, вероятно, в необходимости преодолеть сопротивление сексуального объекта еще и иначе, не только посредством актов ухаживания». В таком виде, как представил З. Фрейд, сексуальная агрессия не деструктивна, так как изначально направлена природой на продолжение рода. Это действительно так практически во всех случаях, если речь идет о животном мире. Но проявления агрессии в человеческом обществе могут быть чрезмерными и деструктивными, могут повлечь за собой нарушение чьих-либо прав, оставив болезненный след в психике не только жертвы агрессии, но и самого правонарушителя, особенно «при сдвиге на главное место именно агрессивного компонента сексуального влечения», при котором активная аллопатия становится самостоятельной. При этом З. Фрейд [20] не сразу пришел к признанию связи агрессивности с сексуальностью. Но уже в «Продолжении лекций по введению в психоанализ» [21] он четко высказал мысль, что «агрессивные влечения никогда не существуют сами по себе, а *всегда* сопряжены с эротическими».

Если агрессивность действительно связана с сексуальностью, то нельзя быть уверенным, что эта взаимосвязь является врожденной. Когда же происходит слияние Эроса и агрессии? Когда закладывается в человека асоциальность и жестокость? Иными словами, необходимо знать, когда в результате каких-то условий среды начинается, а может быть, и полностью формируется деструктивная сексуальность, которая, развиваясь в индивидууме, логично завершается тем или иным преступным результатом. Ответ на этот вопрос можно частично найти у того же З. Фрейда [21]: «Мы можем полагать, что жестокие душевные движения происходят из влечения к овладению и проявляются в сексуальной жизни в такое время, когда гениталии еще не получили своего позднейшего значения». Таким образом, З. Фрейд допускал происхождение деструктивности не из сексуальности, но, судя по всему, в его понимании деструктивность соединяется с сексуальностью на *ранних стадиях развития ребенка* (в допубертате или в раннем пубертате).

Интересна и представляется важной мысль З. Фрейда [21] о первоначальном разрушительном влечении: «Мы можем его воспринять лишь при двух условиях — если оно соединяется с эротическими влечениями в мазохизме (аутоагрессия) или если оно как агрессия направлено против внешнего мира (гетероагрессия) — с большим или меньшим эротическим добавлением. Напрашивается мысль о значимости невозможности найти удовлетворение агрессии во внешнем мире... Тогда она, возможно, отступит назад, увеличив силу господствующего внутри саморазрушения. Не нашедшая выхода агрессия может означать тяжелое повреждение; все выглядит так, как будто нужно разрушить другое и других, чтобы не разрушить самого себя».

При современных анализах личности сексуальных насильников и убийц установлено, в детстве к ним телесные наказания, психические и сексуальные унижения применялись чаще, чем к правопослушным людям. Впрочем, еще Э. Фромм [23] в следующей форме донес до нас мысли Аристотеля: «Подрастая, ребенок находит разные возможности оплатить за поражение (капитуляцию перед превосходящими силами взрослых), при этом он сам осуществляет *те самые действия, от которых он страдал*, будучи младенцем: если в детстве от него требовали подчинения, он стремится господствовать, если его били, он сам становится драчуном, — словом, он делает то, что был вынужден терпеть, или же то, что раньше ему запрещали. Практика психоанализа дает огромный фактический материал, подтверждающий, что многие неврозы, навязчивые идеи и сексуальные аномалии являются *следствием определенных запретов в раннем детстве*».

В. Райх [17] также считал, что сексуальная асоциальность закладывается существующим общественным воспитанием и вытекает из неудовлетворенности естественных притязаний. Еще в 1930 году он высказал интересную мысль о том, что репрессивное регулирование естественных биологических притязаний людей, начинающееся с подавления детской мастурбации, порождает в результате неудовлетворения биологических и социальных потребностей «вторичные, судорожные, асоциальные влечения». В. Райх предложил различать врожденные биологические влечения от заложенных воспитанием вторичных социальных или асоциальных влечений.

По его мнению, в основе профилактики асоциального сексуального поведения должны лежать доброжелательность и одобрение проявлений детской сексуальности, разъяснение ее проявлений и возникающих вопросов, помощь в ее развитии, а не кары, начинающиеся *с подавления детской мастурбации*. Стоит оговориться, что изложенное не следует понимать примитивно и вульгарно, как совершение совместных сексуальных действий с ребенком. Здесь речь идет лишь о половой социализации ребенка, основанной на классической платоновской модели эротизации педагогической дружбы по схеме «наставник — ученик».

Наблюдения показывают, что для большинства серийных сексуальных насильников убийство является своеобразной эмоциональной разрядкой, высвобождающей глубоко подавленные, тщательно скрываемые (даже от самого себя) переживания. Жертва служит как бы пусковым механизмом, пробуждая воспоминания о том, что кто-то давно (в детстве или юности) унизил, оскорбил будущего киллера, каким-то образом надругался над ним. Убивая, киллер восстанавливает душевное равновесие. Совершенное им преступление — это акт возмездия, которому, как правило, находится рациональное оправдание (борьба с проституцией, гомосексуализмом, иными общественными пороками), избавляющее преступника от чувства вины [14].

Есть еще небольшой, но существенный аспект: у лиц, совершивших сексуальные преступления, длительное заключение усиливает агрессию; насильники начинают воспринимать женщину (или юношу, ребенка) как виновника наказания, унижения и сексуальной фрустрации. У осужденных за сексуальные преступления лишение свободы часто приводит лишь к закреплению девиации и появлению или росту агрессивности по отношению к объектам их сексуального предпочтения, опыт отбывания наказания за совершенное сексуальное насилие усиливает их агрессивные сексуальные позиции [18]. При этом патологическое зависимое поведение отличается от погранично аномального наличием эпизодов измененных состояний сознания при реализации психической и физической зависимости, непреодолимостью и компульсивностью зависимости, стереотипизацией криминального патосексуального стиля жизни, синдромом отмены. В исходе субъекта ожидает тотальная *социальная дезадап-*

тация. Такая личность, сталкиваясь даже с банальными жизненными трудностями, может испытывать разнообразные социально-стрессовые расстройства, которые и запускают процесс формирования первичного парафильного паттерна у зависимой личности. Появляются яркие реалистические садистические реминисценции и фантазии на фоне инфантильности и внушаемости, простодушия, чувственной непосредственности, любопытства или высокой половой активности, максимализма и эгоцентризма, впечатлительности и нетерпеливости, склонности к риску и вызову опасности. Существенными факторами в формировании сексуального гомоцидного поведения и садизма являются нарциссизм, аутомоносексуализм, аутизм, недостаток и неопределенность самоидентификации. Сексуальное убийство нередко и предпринимается как попытка самоидентификации, идентификации себя в новом качестве [59].

Зависимые личностные расстройства характеризуются оскудением нормативной сексуальности, деформированием личности и эмоциональным выгоранием, неспособностью самостоятельно принимать решения за пределами патосексуального криминального стиля жизни, сочетанием шизоидных черт личности с плохой переносимостью одиночества, что поддерживает развитие тревожной депрессии. Снятие напряжения дает только патосексуальный деликт с сексуально-садистским поведением, дающим временную психо-эмоциональную разрядку. Признаки психо-соматической зависимости при сексуальном садизме обуславливают повторы опасных агрессивных сексуальных действий. Они проявляются в следующих синдромах:

1) *синдром измененной реактивности* представлен учащением деликтов с сокращением периодов ремиссий, ростом патосексуальной толерантности, оскудением внеэпизодной нормативной сексуальности;

2) *синдром психической зависимости* проявляется навязчивым влечением, состоянием психического комфорта в патосексуальной ситуации, изменением формы переживания деликта;

3) *синдром физической зависимости* представлен компульсивным влечением, состоянием физического комфорта в патосексуальной ситуации, изменением формы проявления деликта, «синдромом отмены».

2. Психические особенности сексуальных садистов оказывают влияние на выбор паттерна сексуальной агрессии, пола, возраста, иных характеристик жертв и прочих признаков, относимых к криминальному патосексуальному стилю жизни. Рост патосексуальной толерантности выступает психопатологической основой нарастания степени агрессивности и тяжести повторно совершаемых садистских действий. Синдромы психической и физической зависимости детерминируют многоэпизодность и принудительность садистского поведения, произвольность его возникновения, трудность преодоления аномального влечения в начавшемся эпизоде, влияют на степень свободы при выборе садистского паттерна и, тем самым, выступают психопатологической основой серийности опасных действий [5]. Яркой иллюстрацией к сказанному здесь может служить случай крайнего проявления гетероагрессии по отношению друг к другу, среди трех убийц в одной из максимально охраняемых тюрем штата Висконсин, оказавшихся в условиях переполненности тюрьмы вместе. В результате довольно известный серийный сексуальный убийца убил двух других [54], что, конечно, должно учитываться при содержании людей со столь специфичной психопатологией в местах лишения свободы.

Человеку свойственно стремиться за пределы своей повседневности, за пределы самого себя в мечтах или в реальности. Уход в особое состояние своей психики (пограничное или болезненное), в алкоголизм, тревожно-депрессивное состояние, даже банальное употребление алкоголя или сильнодействующих препаратов, ненормативный сексуальный контакт, грезы с книгой в руках или перед экраном телевизора и т.п. — все это осознанное или неосознанное желание бегства через опустылевшие границы своего утомительного бытия; бегства, порой грубо и бесцеремонно обрывающего связи с реальностью, но часто вынужденного, являющегося своеобразной защитой для души (разума), *парадоксальной саморазрушительной защитой*.

Отрешившись, насколько это можно, от быта, от самого себя «реального», человек неизбежно попадет в смутно желанный им мир — мир своих, сгенерированных им, и, может быть, не до конца осознанных фантазий (в первую очередь, мастурбаторных). Мир, который дает возможность проявить свое «Я» иными гранями и удовлетвориться неожиданными для окружающих (часто и для са-

мого беглеца) способами. А способы удовлетворения, исходя из всего вышеизложенного, зависят от того, насколько *в детстве* эмоционально комфортно чувствовал себя человек, сколько обид затаил он в себе, насколько правильно была направлена в допубертате и раннем пубертате, чтобы реализоваться впоследствии, его природная сексуальность и связанная с нею агрессивность.

«Что было, то и будет; и что делалось, то и будет делаться, и нет ничего нового под солнцем. Бывает нечто, о чем говорят: «смотри, вот это новое»; но это было уже в веках, бывших прежде нас» (Еккл. 1:9,10). Природа вечного насилия известна людям давно, новый научный уровень каждый раз добавляет лишь частности. Но именно эти частности, будь они из области психофизиологии, криминологии, психиатрии, судебной медицины или каких-нибудь иных разделов научных знаний, играют роль в удержании вечного зла.

Литература

1. Антоян Ю.М. Психология убийства. М.: Юристъ, 1997. С. 304.
2. Антоян Ю.М., Могачев М.И., Шостакович Б.В. Серийные изнасилования. Аналитический обзор. М., 2000. С. 32.
3. Аристотель. Никомахова этика // Аристотель. Сочинения: В 4-х т. М.: Мысль, 1984. Т. 4. С. 53–294.
4. Бухановский А.О. Серийные убийства: региональная модель и российские экспектации. // Серийные убийства и социальная агрессия / Материалы 2-й Междунар. науч. конф. Ростов н/Д.: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 1998. С. 55–60.
5. Бухановский А.О., Бухановская О.А. Психические расстройства у серийных сексуальных преступников. Аналитический обзор. Ростов н/Д.: Феникс, 2003. С. 72.
6. Дерягин Г.Б., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Психосоциальные предпосылки сексуально-виктимного и криминогенного поведения молодежи // Сексология и сексопатология. 2003. № 6. С. 30–37.
7. Дерягин Г.Б., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Сексуальное насилие на европейском Севере России // Сексология и сексопатология. 2003. № 7. С. 28–32.
8. Дынкина З.И. Методические указания к судебно-медицинской экспертизе трупов в случаях лишения их жизни на сексуальной почве. Л., 1970. С. 23.

9. *Имелинский К.* Сексология и сексопатология / Пер. с польск. М.: Медицина, 1986. С. 424.
10. *Кант И.* Антропология с прагматической точки зрения // *И. Кант. Собр. соч.* В 6 т. / Пер. с нем. М.: Мысль, 1966. Т. 6. С. 349–588.
11. *Маркс К.* Капитал // *Маркс К., Энгельс Ф.* Полн. собр. соч. Т. 23. С. 472–483.
12. *Михайлова О.Ю.* Криминальная сексуальная агрессия: теоретико-методологический подход / Под ред. П.Е. Ермакова. Ростов н/Д.: РГУ, 2000. С. 150.
13. *Ницше Ф.* Человеческое, слишком человеческое // *Ницше Ф. Сочинения* в 2 т. / Пер. с нем. М.: Мысль, 1990. Т. 1. С. 231–490.
14. *Образцов В.А.* Выявление и изобличение преступника. М.: Юристъ, 1997. С. 336.
15. *Ожегов С.И.* Словарь русского языка / Под ред. Н.Ю. Шведовой. М.: Рус. яз., 1986. С. 797.
16. *Позднякова С.П.* Клинические и социальные характеристики лиц, обвиняемых в совершении половых преступлений // *Суд.-мед. эксперт.* 1989. № 2. С. 37–39.
17. *Райх В.* Сексуальная революция / Пер. с нем. СПб.; М.: Университетская книга; АСТ, 1997. С. 352.
18. *Старович З.* Судебная сексология / Пер. с польск. М.: Юрид. лит., 1991. С. 336.
19. *Ткаченко А.А.* Сексуальные извращения – парафилии. М.: Триада-Х, 1999. С. 461.
20. *Фрейд З.* Анализ фобии пятилетнего мальчика // *Психология бессознательного.* М.: Просвещение, 1989. С. 117.
21. *Фрейд З.* Введение в психоанализ. Лекции. М.: Наука, 1995. С. 456.
22. *Фрейд З.* Три статьи по теории сексуальности // *Основной инстинкт.* М.: Олимп; ООО «Изд. АСТ-ЛТД», 1997. С. 15–122.
23. *Фромм Э.* Анатомия человеческой деструктивности. М.: ООО «Изд-во АСТ-ЛТД», 1997. С. 672.
24. *Энгельс Ф.* Положение рабочего класса в Англии // *Маркс К., Энгельс Ф.* Полн. собр. соч. Т. 2. С. 17–438.
25. *Arrigo B.A., Griffin A.* Serial murder and the case of Aileen Wuornos: attachment theory, psychopathy, and predatory aggression // *Behav. Sci. Law.* 2004. Vol. 22. No 3. P. 375–393.
26. *Burgess A.W., Hazelwood R.R., Rokous F.E., Hartman C.R., Burgess A.G.* Serial rapists and their victims: reenactment and repetition // *Ann. N Y Acad. Sci.* 1988. No 528. P. 277–295.

27. *Cartwright P.S., Moore R.A.* The elderly victim of rape // *South Med. J.* 1989. Aug. Vol. 82. No 8. P. 988–989.
28. *Castle T., Hensley C.* Serial killers with military experience: applying learning theory to serial murder // *Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol.* 2002. Aug. Vol. 46. No 4. P. 453–465.
29. *Cohen L.J., Gans S.W., McGeoch P.G., Poznansky O., Itskovich Y., Murphy S., Klein E., Cullen K., Galyner J.I.* Impulsive personality traits in male pedophiles versus healthy controls: is pedophilia an impulsive-aggressive disorder? // *Compr. Psychiatry.* 2002. Mar–Apr. Vol. 43. No 2. P. 127–134.
30. *Dandescu A., Wolfe R.* Considerations on fantasy use by child molesters and exhibitionists // *Sex. Abuse.* 2003. Oct. Vol. 15. No 4. P. 297–305.
31. *DeFronzo J., Prochnow J.* Violent cultural factors and serial homicide by males // *Psychol. Rep.* 2004. Feb. Vol. 94. No 1. P. 104–108.
32. *Dickey R., Nussbaum D., Chevolleau K., Davidson H.* Age as a differential characteristic of rapists, pedophiles, and sexual sadists // *J. Sex. Marital. Ther.* 2002. May–Jun. Vol. 28. No 3. P. 211–218.
33. *Dietz P.E.* Mass, serial and sensational homicides // *Bull. N. Y. Acad. Med.* 1986. Jun. Vol. 62. No 5. P. 477–491.
34. *Dietz P.E.* Dangerous information: product tampering and poisoning advice in revenge and murder manuals // *J. Forensic Sci.* 1988. Sep. Vol. 33. No 5. P. 1206–1217.
35. *Dietz P.E., Harry B., Hazelwood R.R.* Detective magazines: pornography for the sexual sadist? // *J. Forensic Sci.* 1986. Jan. Vol. 31. No 1. P. 197–211.
36. *Dietz P.E., Hazelwood R.R., Warren J.* The sexually sadistic criminal and his offenses // *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law.* 1990. Vol. 18. No 2. P. 163–178.
37. *Eckert W.G., Katchis S., Donovan W.* The pathology and medicolegal aspects of sexual activity // *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 1991. Mar. Vol. 12. No 1. P. 3–15.
38. *Eley T.C., Lichtenstein P., Stevenson J.* Sex differences in the etiology of aggressive and nonaggressive antisocial behavior: results from two twin studies // *Child. Dev.* 1999. Jan–Feb. Vol. 70. No 1. P. 155–168.
39. *Firestone P., Bradford J., McCoy M., Greenberg D., Curry S., Larose M.* Recidivism in convicted rapists // *J. Am. Acad. Psychiatry Law.* 1998. Vol. 26. No 2. P. 185–200.
40. *Geberth V.J.* Mass, serial and sensational homicides: the investigative perspective // *Bull. N.Y. Acad. Med.* 1986. Jun. Vol. 62. No 5. P. 492–496.
41. *Green R.* Is pedophilia a mental disorder? // *Arch. Sex. Behav.* 2002. Dec. Vol. 31. No 6. P. 467–471; discussion – P. 479–510.

42. *Hines M.* Abnormal sexual development and psychosexual issues // *Baillieres Clin. Endocrinol. Metab.* 1998. Apr. Vol. 12. No 1. P. 173–189.
43. *Johnson B.R., Becker J.V.* Natural born killers?: the development of the sexually sadistic serial killer // *J. Am. Acad. Psychiatry Law.* 1997. Vol. 25. No 3. P. 335–348.
44. *Kallian M., Bar-el Y.C., Durst R., Witztum E.* Jacob – the case of a serial killer // *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.* 1996. Vol. 33. No 4. P. 221–227.
45. *Kharlamova A.V., Faleev V.I., Trapezev O.V.* Effect of selection for behavior on the cranial traits of the American mink // *Genetika.* 2000. Jun. Vol. 36. No 6. P. 823–828.
46. *Kraemer G.W., Lord W.D., Heilbrun K.* Comparing single and serial homicide offenses // *Behav. Sci. Law.* 2004. Vol. 22. No 3. P. 325–343.
47. *Langevin R.* A study of the psychosexual characteristics of sex killers: can we identify them before it is too late? // *Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol.* 2003. Aug. Vol. 47. No 4. P. 366–382.
48. *Leach G., Meloy J.R.* Serial murder of six victims by an African-American male // *J. Forensic Sci.* 1999. Sep. Vol. 44. No 5. P. 1073–1078.
49. *Lewis D.O., Yeager C.A., Swica Y., Pincus J.H., Lewis M.* Objective documentation of child abuse and dissociation in 12 murderers with dissociative identity disorder // *Am. J. Psychiatry.* 1997. Dec. Vol. 154. No 12. P. 1703–1710.
50. *Money J.* Forensic sexology: paraphilic serial rape (biastophilia) and lust murder (erotophonophilia) // *Am. J. Psychother.* 1990. Jan. Vol. 44. No 1. P. 26–36.
51. *Myers W.C., Burgess A.W., Nelson J.A.* Criminal and behavioral aspects of juvenile sexual homicide // *J. Forensic Sci.* 1998. Mar. Vol. 43. No 2. P. 340–347.
52. *Myers W.C., Eggleston C.F., Smoak P.* A media violence-inspired juvenile sexual homicide offender 13 years later // *J. Forensic Sci.* 2003. Nov. Vol. 48. No 6. P. 1385–1390.
53. *Myers W.C., Gooch E., Meloy J.R.* The role of psychopathy and sexuality in a female serial killer // *J. Forensic Sci.* 2005. May. Vol. 50. No 3. P. 652–657.
54. *Palermo G.B., Palermo M.T., Simpson D.J.* Death by inmate-multiple murder in a maximum security prison // *Med. Law.* 1996. Vol. 15. No 3. P. 455–466.
55. *Piven J.* Phallic narcissism, anal sadism, and oral discord: the case of Yukio Mishima. Part I // *Psychoanal. Rev.* 2001. Dec. Vol. 88. No 6. P. 771–791.
56. *Prentky R.A., Burgess A.W., Rokous F., Lee A., Hartman C., Ressler R., Douglas J.* The presumptive role of fantasy in serial sexual homicide // *Am. J. Psychiatry.* 1989. Jul. Vol. 146. No 7. P. 887–891.

57. *Silva J.A., Ferrari M.M., Leong G.B.* The case of Jeffrey Dahmer: sexual serial homicide from a neuropsychiatric developmental perspective // *J. Forensic Sci.* 2002. Nov. Vol. 47. No 6. P. 1347–1359.
58. *Silva J.A., Leong G.B., Ferrari M.M.* A neuropsychiatric developmental model of serial homicidal behavior // *Behav. Sci. Law.* 2004. Vol. 22. No 6. P. 787–799.
59. *Turco R.* Child serial murder-psychodynamics: closely watched shadows // *J. Am. Acad. Psychoanal.* 2001. Summer. Vol. 29. No 2. P. 331–338.
60. *Warren J.I., Hazelwood R.R., Dietz P.E.* The sexually sadistic serial killer // *J. Forensic Sci.* 1996. Nov. Vol. 41. No 6. P. 970–974.
61. *Wilson P.R.* Stranger child-murder: issues relating to causes and controls // *Forensic Sci. Int.* 1988. Feb. Vol. 36. No 3–4. P. 267–277.
62. *Wynn R.* Polar day and polar night: month of year and time of day and the use of physical and pharmacological restraint in a north Norwegian university psychiatric hospital // *Arctic. Med. Res.* 1996. Oct. Vol. 55. No 4. P. 174–181.

ТАТУИРОВКИ «ОПУЩЕННЫХ»

Уголовное общество в местах лишения свободы живет в соответствии с жесткими законами иерархии и делится на определенное количество каст. Одним из способов сделать различия между кастами более явными является нанесение татуировок. Татуировка означает принадлежность ее владельца к рангу тюремной элиты или «шестерок», «петухов» и т.д. Татуировки могут наносить себе «по наивности» и подростки, даже не понимая их значения, так как вне уголовной субкультуры их тематика рассматривается как совершенно безобидная. Однако в уголовной среде татуировки имеют строго определенное значение, определяющее место носителя татуировки в иерархической лестнице уголовного мира. Например, лагерным изгоям, так называемым «обиженным» или «опущенным», после акта сексуального насилия над ними татуировки наносят насильно, в любом случае, против воли отверженного. В то время, когда многие современные уголовники стараются не иметь особых примет, от нанесения татуировок «опущенному» нельзя отказаться. В этом и заключается криминалистическая ценность выявления таких татуировок.

Сексуальное насилие в местах лишения свободы существовало всегда, но в нашей стране этот вид преступлений процветает благодаря отсутствию соответствующей поправки к УК РФ, которая предусматривала бы сексуальное насилие в местах лишения свободы какотягчающее вину обстоятельство. Процветает также благодаря равнодушию или негласному одобрению представителей правоохранительных органов, администраций колоний, отсутствию должной правоохранительной деятельности общественных организаций.

По данным В.И. Овчинникова, в исправительном учреждении строгого режима 65 % от общего числа осужденных лиц мужского пола вступали в гомосексуальные связи. Из них активных гомосексуальных партнеров было 78 %, а пассивных — 28 %. Для первых характерны маскулинные черты внешности и строения тела, повышенная стеничность, лидерские тенденции, жестокость, ревность. Для вторых — астенические или феминные формы тела, конформ-

ность. Межличностные отношения на гомосексуальной почве являлись жестокими, заострённо-ревностными, вплоть до жестоких убийств.

Негласный статус гомосексуальных группировок строго регламентирован, как в мужских, так и в женских колониях. Осужденные, прибегающие к гомосексуальным контактам в качестве активных партнеров, обычно не считают себя гомосексуалами или бисексуалами. В их понятии, они выполняют мужскую роль, и это не роняет мужского достоинства, позволяет испытывать чувство высокого самоуважения и оставаться на высоком уровне лагерной иерархии. В отличие от них, пассивные партнеры (часто гетеросексуалы в обычной жизни) являются презренными и униженными, в местах лишения свободы они выполняют самые грязные и тяжелые работы, убирают помещения, обстирывают других. Часть из них подвергается сексуальному насилию уже в СИЗО, другая часть — в колониях.

Пассивных, т. е. «опущенных» мужчин можно подразделить на четыре, иерархически неравные группы:

1) «Открытые» — «девки», т.е. гомосексуальные проститутки. Они обычно молоды, обладают красивой, привлекательной внешностью и нередко находятся в фаворе у «авторитетов», могут влиять на их решения, на жизнь отряда или колонии в целом. Так называемым «мужикам» это обидно, и мы наблюдали весьма жестокие убийства таких «фавориток».

2) «Пстухи» — презренные, наказанные за нарушение негласных лагерных либо воровских законов. Например, так называемые «крысы» — ворующие у своих, поднимающие оброненные кем-то предметы и вещи и т.п. Осужденные за совершение половых преступлений всегда, за исключением редких случаев, «опускаются» и становятся «петухами». Кроме того, в эту категорию входят бывшие сотрудники милиции, осужденные и оказавшиеся в общих местах лишения свободы, а также «стукачи» в случае их разоблачения, если после разоблачения они остаются в живых.

3) «Законтаченные» — наказанные за «беспредел» авторитеты или «шестерки», как правило, прежде пребывавшие на верхних



**МЕНТОВСКАЯ
ИЗ ПРЕССХАТЫ**

Татуировка
«опущенного» стукача

ступенях иерархической лестницы. Наказание может исходить от самих «петухов», от отчаявшихся осужденных, над которыми издевается «беспредельщик», и которые, объединившись, сообща применяют сексуальное насилие над «беспредельщиком». Есть и другие способы «опускания», например, можно ночью помочиться на спящего, провести по его губам половым членом и т.п. «Беспредельщиков» «контачат» и по негласному указанию лагерной администрации, которая вступает в преступный сговор — своего рода торг с другими осужденными, выбранными для этой роли. «Законтаченный» теряет свой, некогда высокий статус, с ним перестают считаться, он изгоняется со своих бытовых и рабочих мест к «петухам». Отныне его дело сексуально обслуживать других.

4) «Скрытые» — тайно сожительствующие под маской крепкой мужской дружбы. Отношения партнеров основаны на взаимном доверии, порядочности и осторожности, так как разоблачение этой связи приведет к немедленному переводу разоблаченных в разряд «опущенных».

Мужские татуировки

Татуировки у осужденных мужчин указывают на гомосексуальную активность носителя татуировки или на принадлежность к пассивным («опущенным»).

Татуировки, указывающие на активность, иногда наносят заранее, до лишения свободы, в надежде сохранить этот статус в уголовной среде, однако этот трюк не всегда уберегает владельца татуировки от «опускания». Так, советский «знак качества», нанесенный на поло-



Татуировка «кочегаров духовки»
(ст. 121 УК РСФСР — «Мужеложство»).



Татуировка «Дьявол,
раздевающий женщину»

вой член или в его основание (у женщин — на лобок), обозначает активного гомосексуала, а нанесенный на ягодицы, — пассивного.

Татуировками обычно помечают «опущенного», при этом татуировку чаще наносят сразу после опускания «натурала», причем в принудительном порядке. Встречаются своего рода и зачатки демократии. Например, человек, предпочитающий орально-генитальный контакт анальному, может попросить сделать татуировку «Маэстро минета», а не какую-нибудь другую, менее удобную ему. Татуировка «опущенного» может изображать кровоподтек на нижнем веке глаза; розеточки, звезды, пчелинный улей или черта-кочегара (так называемый «Кочегар духовки») на ягоди-



цах; дьявола, раздевающего женщину (на бедре) или черта за иным занятием, «кокцнутую», т. е. специально продырявленную посуду.

Осужденным за сексуальное насилие или развратные действия, чаще на ягодицы или иные участки тела (на спину, грудь) наносятся изображения чертей, головы свиньи, нередко с указанием соответствующей статьи Уголовного кодекса и ее части (ранее УК РСФСР, ныне — УК РФ). Так, в РСФСР насильника маркировали ст. 117 УК РСФСР, например, ч. 3 ст. 117 УК обозначала, что человек осужден за изнасилование несовершеннолетней и т.д.



Татуировки продырявленной (кокцнутой) посуды и улья с пчелами



Татуировки перстней «опущенных»

Кроме того, насильникам нередко на кистях рук татуируется нецензурная надпись, на основной фаланге одного из пальцев рук изображается перстень с пиковой мастью или с тремя крупными точками на диагонально идущей по

центру перстня белой полосе, по краям же этого перстня прорисовываются карточные пики. После выхода на свободу такой перстень подвергается изменениям — обладатель перстня стремится сделать его сплошным.



Татуировка насильника



Татуировка
«Маэстро минета»

Татуировка точки на губе (возле угла рта) означает «вафлёр, открой рот!»; подобная точка может быть у наружного угла глаза. Скрипка со смычком означает: «Маэстро минета». Эта же татуировка встречается и у женщин, чаще всего — у проституток. Несколько музыкальных инструментов означают «игру в ансамбле», т. е. приемлемость группового секса. Духовые инструменты указывают на группового минетчика — «автопоилку».

На спине или конечность лицу, вступающему в преимущественные анально-генитальные контакты в качестве пассивного партнера, наносят татуировку, изображающую обнаженную женщину в накидке, обвитую змеей. Аналогичный смысл имеет изображение на спине рукопожатия с цветком между ладонями.



«Универсалу» на спину или бедро насильственно наносится

корона с

изображением четырех карточных мастей («Король всех мастей»).



Татуировка «крысы»

За воровство у своих «опускают» и татуируют рисунок крысы.

Женские татуировки

В женских колониях существует примерно та же ситуация, что и в мужских. Мужеподобные активные лесбиянки («коблы») насилуют приглянувшихся им молодых девушек и женщин («ковырялок»), которые исполняют подчиненную роль. «Кобёл» принадлежит к лагерным авторитетам, а «ковырялка» — к лагерным низам. Есть мнение, что до 1970-х годов под «ковырялками» понимались



Татуировки «кобла»

обычно этот рисунок наносится на спину. Спасательный круг и яхта внутри него — также признак кобла. Активные лесбиянки также любят наносить себе татуировку с изображением обнаженной женщины, иногда глаза в треугольнике (наносится на ягодицу) или глаза без треугольника, наносимого на руку.

Используемые в качестве пассивных партнеров женщины метят-ся татуировками цветка лилии на плече или бедре, розы с шипами на бедре. Встречаются изображения закованных в кандалы рук, которые тянутся к цветку мака. Татуировка, нанесенная на бедро, означает пассивную лесбиянку, как и изображение на животе женщины с гитарой. Обвитое змеей сердце на передней части бедра означает несчастную любовь.



1956

Татуировки «ковырялок»

Также наносится пассивным лесбиянкам. Роза, опутанная колючей проволокой, означает, что ее владелице, «ковырялке», 18 лет исполнилось в местах лишения свободы.

После освобождения из мест лишения свободы, обладатель насильственной татуировки чаще всего пытается от нее избавиться. Для этого пользуются разными методами, например, удаляют часть кожи, после чего формируется рубец с плохо различимыми элемен-

тами татуировки, по которым уже нельзя понять первоначальный смысл; или рисунок дополняется новыми деталями с целью маскировки его первоначального смысла, либо на старую татуировку наносит новую с целью ее маскировки. В настоящее время существует множество салонов пирсинга и тату, что облегчает задачу «опущенного». Наличие рубцов на типичных местах локализации соответствующих татуировок, заявление обладателя этих рубцов, что татуировку сделал «по молодости, по глупости», а сейчас решил избавиться от нее, с большой долей вероятности указывают на уголовное прошлое этого человека и его самое низкое положение в уголовной иерархии.



Литература

1. *Дубягин Ю.П.* Руководство по розыску и расследованию неочевидных убийств. М.: БУКВИЦА, 1997. С. 480.
2. *Мильяненко Л.А.* По ту сторону закона. Энциклопедия преступного мира. СПб: Ред. журнала «Дамы и господа», 1992. С. 318.
3. *Овчинников В.И.* Особенности гомосексуализма в местах лишения свободы // Психиатрия на рубеже тысячелетий. Ростов н/Д.: Феникс. С. 449–451.
4. *Пирожков В.Ф.* Криминальная психология. М.: «Ось-89», 2001. С. 704.

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

Проблема сексуального насилия волнует нас в связи с тем, что оно существует вопреки нашим желаниям, порой доходя до крайних проявлений, таких, как серийные сексуальные убийства, серийное сексуальное насилие над детьми. Насилие вечно, оно всегда существовало, как в природе, так и в человеческом обществе, и всегда будет существовать. При этом социальная агрессия является детерминантом сексуальной деструктивности, и этому также есть немало примеров в истории, особенно в истории народных восстаний и войн. Задача цивилизованного общества заключается лишь в снижении уровня общей социальной и, следовательно, сексуальной агрессии, в направлении агрессивности отдельных личностей по конструктивному, социально приемлемому руслу.

Это невозможно без достаточного познания личностных качеств насильников и их жертв. В свою очередь, изучение личностных особенностей не только сексуальных насильников, но и потерпевших от такого рода насилия крайне важно для разработки и внедрения в жизнь профилактических программ, программ реабилитации агрессоров и их жертв. Безопасность общества во многом определяется реабилитацией лиц, склонных к насилию. Поэтому в изучении феномена сексуального насилия необходим социально-медицинский подход. Этот подход при разработке и реализации комплексных мер по профилактике сексуального насилия должен быть направлен на профилактику любых форм сексуальной эксплуатации людей обоих полов различного возраста, в том числе на предотвращение сексуальной эксплуатации детей.

Целью профилактической программы должно быть создание и практическое применение мер по предотвращению формирования девиантного сексуального поведения молодежи, сексуального насилия, ненасильственного вовлечения малолетних в сексуальную деятельность взрослых, вовлечения молодежи в занятие проституцией, любых проявлений сексуальной дискриминации, в том числе по признакам половой принадлежности и сексуальной ориентации;

а также — создание системы оказания комплексной помощи пострадавшим от сексуального насилия и сексуальной эксплуатации, реабилитации жертв насилия, виновников и лиц, склонных к сексуальному насилию или противоправным педофильным действиям, но не совершивших их.

Реализация программы будет способствовать оздоровлению общества, снижению сексуальной преступности, других форм отклоненного и извращенного сексуального поведения, а также связанных с сексуальной девиантностью алкоголизма и наркомании, предотвращению распространения половых инфекций, реальному равноправию представителей обоих полов. Таким образом, речь может идти о перспективе развития сексологической превентологии как научно-профилактического направления виктимологии.

Программа сексологической превентологии может включать в себя спектр научно-образовательных, социальных, медицинских и правовых мер, в которых целесообразно выделить три основных направления:

1) предупреждение любых форм сексуальной эксплуатации и отклоненного сексуального поведения;

2) оказание квалифицированной комплексной медицинской, юридической, психологической и социальной помощи жертвам сексуальной эксплуатации и лицам, склонным к насилию;

3) реабилитация потерпевших от сексуального насилия, насильников, а также лиц, склонных к сексуальному насилию и противоправным педофильным действиям.

Задачи профилактического направления деятельности:

1) проведение широкомасштабных научных медико-сексологических и гендерных исследований, в том числе в области проблем сексуального насилия и сексуального принуждения, девиантного сексуального поведения, психологических и поведенческих расстройств, связанных с сексуальным развитием и ориентацией;

2) создание медико-правовых Центров профилактики сексуального насилия и комплексной помощи жертвам сексуальной эксплуатации с привлечением на постоянной и консультативной основе юристов, специалистов в области различных медицинских направлений (судебный медик, гинеколог, психиатр, венеролог и др.), а также психологии, социальной помощи, педагогов;

3) организация учебно-методических сексологических центров для обучения специфическим вопросам сексологии врачей, педагогов, психологов, социальных работников, юристов, священнослужителей;

4) разработка образовательных сексологических программ для обучения вышеуказанных категорий специалистов с учетом специфики их деятельности;

5) разработка современных образовательных сексологических программ для учебно-педагогического процесса в общеобразовательных школах, училищах и высших учебных заведениях с учетом возраста, пола, общего образовательного и культурного уровня, профессиональных интересов обучаемых. Сексуальное образование необходимо для изменения социальных и культурных моделей поведения мужчин и женщин, искоренения предрассудков, обычаев и любой другой практики, основанных на модели «двойного стандарта», идеях превосходства одного из полов или на стереотипных представлениях о роли мужчин и женщин;

6) проведение с детьми в системе полового образования виктимологических тренингов с обращением особого внимания на социально обездоленных детей и слабоумных;

7) издание учебно-методической и научно-популярной литературы по вопросам и проблемам, связанным с сексуальностью, для специалистов различных профилей и широких слоев населения;

8) разработка системы добровольной анонимной медико-психологической коррекции и реабилитации людей с отклоненным сексуальным и агрессивным поведением, склонных к сексуальному насилию, иному противоправному или пограничному сексуальному поведению (что требует введения поправок в Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»);

9) финансирование и поощрение предоставления консультативных услуг и услуг по реабилитации лицам, склонным к насилию, содействие научным исследованиям по реабилитации виновников насилия с целью предотвращения рецидивов насилия;

10) проведение направленных профилактических мероприятий в дисфункциональных семьях, а также в семьях с женщинами или детьми-инвалидами по предотвращению или раннему выявлению случаев сексуальной эксплуатации;

11) обеспечение женщин и детей информацией о существующих видах помощи в случаях сексуальной эксплуатации или сексуального насилия и предоставление им бесплатного доступа к механизмам медико-правовой, психологической и социальной помощи;

12) проведение разъяснительной работы среди широких слоев населения о необходимости научных сексологических исследований, систематического сексуального образования школьников и положительных моментах, связанных с его развитием;

13) разработка программ искоренения практики сексуальных домогательств и других форм сексуальной эксплуатации женщин на рабочих местах и в учебных заведениях;

14) распространение знаний по вопросам природы сексуального насилия, действиям, направленным на профилактику и раннее выявление случаев полового насилия или других форм сексуальной эксплуатации, по сохранению доказательств насилия, а также механизмам социальной и юридической защиты жертв сексуального насилия и других форм сексуальной эксплуатации;

15) создание условий для проведения постоянно действующих программ первичного базового и периодического обзорного обучения представителей правоохранительных органов и врачей, что в первую очередь должно касаться участковых милиционеров и участковых врачей;

16) создание в системе местных УВД специализированных, специально обученных по вопросам судебной сексологии групп для профилактики сексуальных преступлений, проведения специфических оперативно-розыскных и следственных мероприятий в случаях сексуального насилия и сексуальных убийств, а также в случаях детской и подростковой беременности, при заражении детей половыми инфекциями, для постановки на оперативный учет лиц с выраженным деструктивным сексуальным поведением, совершивших сексуальные правонарушения.

Направление оказания помощи предусматривает:

1) разработку алгоритма и создание системы межведомственного оперативного взаимодействия специалистов различных профилей при поступлении сообщения о случае сексуального насилия и для повседневной работы с проблемными семьями с целью оказания бесплатной квалифицированной медицинской, юридической,

психологической и социальной помощи жертвам различных форм сексуальной эксплуатации;

2) выделение в больницах крупных городов специализированных палат для жертв сексуального насилия, обслуживаемых специально подготовленным медицинским персоналом;

3) обеспечение на базе Центров помощи жертвам сексуальной эксплуатации бесплатной медико-правовой защиты пострадавших, грамотного медицинского и экспертного обеспечения необходимых юридических процедур и поддержки обвинения в суде;

4) разработку механизмов возмещения виновными в сексуальной эксплуатации материальных затрат, понесенных Центром по оплате труда специалистов.

Реабилитационное направление включает в себя:

1) создание временных убежищ для сексуально зависимых женщин и детей;

2) создание и развитие инфраструктуры реабилитационной помощи жертвам сексуальной эксплуатации и медико-психологического сексуального насилия или иные преступления насильственного характера;

4) организацию долговременного социального курирования прошедших реабилитацию с вовлечением их в общественную деятельность, связанную с социально-позитивным общением.

С точки зрения общественной безопасности, повышения эффективности обеспечения реальной гарантии прав граждан и целенаправленной подготовки специалистов необходимо выделение нового междисциплинарного научного-практического направления знаний — *сексологической превентологии*. Сексологическая превентология должна ориентироваться на профилактику нежелательных для общества или конкретного человека проявлений сексуальности, в том числе, сексуальной преступности, сексуальной эксплуатации, аутоагрессивного поведения, связанного с сексуальной девиантностью. Объектом изучения сексологической превентологии должны стать биосоциальные факторы и условия, оказывающие первоочередное влияние на развитие индивидуальной сексуальности, играющие ведущую роль в формировании ее деструктивных сторон, а также — пути эффективной, непротивоправной, радикальной профилактики или коррекции нежелательного сексуального поведения.

Сексологическую превентологию можно определить как отрасль общей сексологии, изучающую на междисциплинарной основе причины того или иного сексуального поведения, медико-социальные и правовые последствия сексуальных сторон жизни, систему подходов к профилактике нежелательных для общества или конкретного человека проявлений сексуальности. Данная отрасль знаний взаимосвязана с существованием гендерных проблем и необходимостью их изучения.

Общие принципы сексологической превентологии мы сформулировали следующим образом:

1. *Принцип научности.* Исходя из того, что вся история развития самосознания, как отдельного человека, так и общества в целом, тесно и неразрывно связана с историей развития сексуальности, необходим объективный статистический анализ биосоциальных закономерностей, влияющих на развитие сексуальности в исторической и культуральной динамике. Программы предупреждения формирования сексуальной девиантности и болезненных состояний, связанных с сексуальностью, программы полового образования и коррекционной помощи должны иметь научное обоснование.

2. *Принцип информированности* предполагает статистически обоснованное объективное освещение истинного положения дел в сексуальной сфере жизнедеятельности, что будет способствовать разрушению сексуальных мифов, широко распространенных в обществе и оказывающих в большинстве случаев неагтивное воздействие на здоровье и правовую защищенность граждан, а также верному правовому осмыслению явлений, связанных с сексуальностью.

3. *Принцип гуманизма.* Признание ценности человека как неповторимой личности, его права на свободное развитие и проявление своих способностей, в том числе, своей сексуальности, утверждение бытия отдельного человека, как критерия оценки общественных отношений и общественного благополучия, должно быть одним из руководящих принципов. Сексуальность является одной из важнейших и обязательных сторон полноценной жизни человека. Никакое общество, никакие общественные или религиозные организации и объединения — никто, реализуя свое право свободы мысли и слова, не вправе навязывать человеку или другим обществам свои сексуальные стереотипы, свой образ жизни; никто не вправе дискриминировать человека по призна-

ку его сексуальной ориентации или неспровоцированных проявлений сексуальности. Никто не вправе ограничивать доступ человека к информации, касающейся сексуальных сторон жизни, препятствовать научно обоснованному просвещению по вопросам пола и сексуальности. Агрессивная и репрессивная (запугивающая) пропаганда идей является противоправной и социально опасной.

4. *Принцип социальной активности* предусматривает активное участие ученых, студентов, специалистов практических сфер деятельности (в первую очередь, педагогов, врачей, юристов, психологов, социальных работников) в распространении (популяризации) среди населения научных знаний, результатов научных исследований путем сотрудничества со СМИ, различными общественными объединениями. Значимым моментом является необходимость участия ученых в процессах законотворчества для оптимизации социальной политики касательно вопросов сексуальности, профилактики реально существующих тенденций нарушения принципа гуманизма.

5. *Принцип дифференцированности* вытекает из необходимости эффективного решения научно-практических задач, связанных с исследовательскими и образовательными программами, учета конкретной ситуации, конкретных обстоятельств общественно-экономического, политического, этнокультурального характера. Важны аспекты конкретных условий развития личности, влияния на индивидуума социального окружения, качества питания, других сторон жизни. Подлежат дифференцированию образовательный уровень, образ мышления, шкала ценностей и психофизиологические свойства личности конкретного человека, принадлежность его к религиозному или неформальному объединению, той или иной молодежной субкультуре.

6. *Принцип междисциплинарности* логично формулируется уже из того факта, что сексологическая превентология является частью общей сексологии — изначально междисциплинарной науки. Таким образом, сексологическая превентология будет включать в себя не только различные гуманитарные знания, но также — медико-биологические, правовые. Здесь она состыкуется с криминальной сексологией, судебной сексологией психолого-психиатрического профиля, и для своего развития нуждается в них.

Сленг уголовников, имеющий отношение к сексуальности

Ав-ав – «брать за щеку» – «брать вафлю на зуб» – «взять в рот», фелляция, минет.

Акробат – пассивный партнер при мужеложстве.

Аккумуляторы – мужские яички.

Актив – глиномес – активный гомосексуальный партнер.

Активистка – проститутка.

Акционированная – общая девушка в подростковой группе.

Акционирование – групповой секс.

Алюра – проститутка.

Амурик – развратник или насильник несовершеннолетних.

Анджела Девис – смуглый и кудрявый пассивный гомосексуал.

Андригон – женоподобный мужчина.

Аноним – онанист.

Ансамбль – сборище гомосексуалов.

Армянская королева – пассивный гомосексуал; минетчица.

Армянская шутка – анальногенитальный контакт с женщиной.

Аргон – кайф от секса.

Асс – Золотой Орфей – известный гомосексуал.

Баба – пассивный гомосексуал.

Баба с яйцами – активная лесбиянка.

Бабки горячие – деньги, заработанные проституцией.

Бабупка – пожилой гомосексуал, посещающий место сбора гомосексуалов.

Бабыя немощь – беременность.

Бабыя радость – большой половой член.

Бабыя совесть – женские половые органы.

Балдомер – половой член.

Балешник, балежка, балеха – вечеринка с групповым сексом.

Баловство – развратные действия по отношению к малолетнему или гомосексуальный контакт.

Балун – половой член.

Бамон (бомон) – сбор гомосексуалов.

Бамок – «плешка», место сбора гомосексуалов.

Банан – вафля – водопровод – половой член.

Бановая бикса – вокзальная проститутка.

Бар – сборище для группового секса (устроить бар – организовать секс).

Барабан надуть – зачать ребенка, оплодотворить женщину; совершить половой акт.

Барабанная палочка – женщина с венерическим заболеванием.

Баранщик – инцестуоз, вступивший в половую связь с матерью.

Барать (бараться) – совершать акт мужеложства.

Барашек – кроме взятки еще может означать подростка – жертву гомосексуального насилия.

Барсуки – несовершеннолетние гомосексуалы.

Барон фон Триппербах – больной гонореей.

Баруха – женщина легкого поведения; сожительница вора.

Батон – пассивный гомосексуал или проститутка.

Батончики – молодые проститутки.

Бахар – проститутка.

Бездонный – ненасытный пассивный гомосексуал, склонный к множественным гомосексуальным контактам.

Бейцалы – мужские яички.

Бессемянка – пожилая, но не рожавшая женщина.

Бикса (бидка, дешевка, курва, лярва, мара, шмара) – проститутка.

Бланкетка – проститутка (до революции 1917 года бланкетками называли только проститутку «с бланками», т. е. зарегистрированных врачом-полицейским комитетом).

Блядоход – местный «бродвей», «стометровка»; мужчина, часто меняющий женщин.

Болт (болт-мастер) – половой член.

Брандспойд – половой член.

Брать вафлю на зуб (на клюв), брать за щеку – совершать фелляцию.

Бригадой кинули – совершили групповое изнасилование.

Бронза – половой член (выражение «идет на бронзу» означает согласие на половой акт).

Бросить палку – совершить половой акт.

Бублик – гачка – гейгерл (веселая девочка) – проститутка.

Бук – половой член.

Бульда – гомосексуализм.

Букет – сифилис и гонорея вместе.

Букетник – больной различными венерическими заболеваниями.

Бульда – пассивный гомосексуал.

Бутерброд – карусель – групповой половой акт.

Валторна – верзоха – варзуха – варюха – гудок – дупло – духовка – анус.

Вампир – сексуальный садист; насильник-педофил.

Ванька-встанька – половой член.

Ваучер – половой член.
 Вафлер – минетчик – ласкун – мужчина, берущий половой член в рот.
 Вафлерша – минетчица.
 Вафля – елда, елдак – крюк – мужской половой член.
 Вафля в шоколаде – фелляция после анальногенитального контакта.
 Вахлячка – мужеподобная женщина, мужичка.
 В дежку долбить – совершать акт мужеложства.
 Вдул – влындил – запичужил – совершил половой акт или акт мужеложства.
 Вексель – половой член; клитор.
 Верзохать – совершать акт мужеложства.
 Весельчак – половой член.
 Веселые картинки – порнография.
 Вешалка – проститутка.
 Взять взятку (взять на клюв) – взять половой член в рот.
 Взять на мопса – изнасиловать предварительно усыпленную чем-либо жертву.
 Виноград – геморрой.
 Винт – половой член (намотать на винт – заразиться венерической болезнью).
 Вислихи, витрины – женские молочные железы.
 Вкатить шары – вживить инородные тела в крайнюю плоть.
 Волосатая кража – изнасилование.
 Ворота – женские половые органы.
 Ворята – женские половые органы.
 Впендюрить – совершить половой акт.
 Врезать шершавого – совершить половой акт или акт мужеложства.
 Всадить – совершить половой акт.
 Взломать (вскрыть) лохматый сейф – изнасиловать.
 Всепогодная – минетчица.
 Вставить пистон (фитиль, японский зонтик) – эвфемизм выражения «всунуть хуй в жопу»; речь может идти как об акте мужеложства, так и о наказании подчиненных.
 Встать в позу (раком) – принять коленно-локтевое положение для полового акта (сзади) или для анальногенитального контакта.
 Вязка – половой акт.
 Газометр – анус.
 Галоша – презерватив.
 Генерал – комбижир – сифилис.
 Гитара – империя – копилка – котлован – курочка – женский половой орган (например, играть на гитаре, играть на балалайке – мастурбировать).

Глотать живчиков – совершать фелляцию.

Гобзить – совершать половой акт.

Голубчик – гомосексуал (обычно пассивный).

Гонять Дуньку Кулакову – мастурбировать.

Гребень – пассивный, совершенно опустившийся гомосексуал.

Гости – менструация.

Гударь (гудок, гудырван) – анус.

Гуся дернуть – Дуньку дернуть (дунуть) – помастурбировать.

Дама – девка – додик – жося – пассивный гомосексуал.

Держаться за свечку – мастурбировать.

Додик (дочик) – маленький мальчик; маменькин сынок; женоподобный, охорашивающийся мужчина; пассивный гомосексуал.

Долбаться (долбиться) – елдачить – жарить – задувать – конопатить – драть – перепихиваться – оформлять – загонять дурака под кожу – совершать половой акт.

Долбежка – общая девушка, как правило, ранее изнасилованная.

Доппаек – речь идет о фелляции.

Доставать глину – журлить – совершать акт мужеложства.

Дочка – подросток-гомосексуал.

Дразнилка – порнографическая фотография; клитор.

Драть – совершать половой акт.

Дросель – половой член.

Дрочить (дрочиться) – мастурбировать.

Дунька Кулакова – мастурбация, онанист.

Дупло – анус.

Дыротор – половой член.

Дырявый – пассивный гомосексуал.

Дятел – активный гомосексуал (много других значений).

Ебальник – рот (нижняя часть лица); половой член.

Едрить – совершать половой акт.

Елдак (елда), елдометр – половой член.

Елдачить – совершать половой акт или акт мужеложства.

Жалеть (пожалел) – совершать половой акт.

Жарить – совершать половой акт.

Жаться – отказываться вступить в половую связь (хули жмешься? – почему отказываешься?).

Жена – пассивный гомосексуальный партнер.

Женская работа – проституция.

Живоглотка – минетчица.

Жмень – ягодица.

Жокей – активный гомосексуал.

Жося – пассивный гомосексуал.

Жопник – гомосексуал.

Завинтить – совершить половой акт (например, завинтить болт).

Загнуть (забить) шайбу (дурака, иглу под кожу, пулю) – совершить половой акт (тогда, как выражения «забить (сложить, положить) болт, (член)» означает игнорирование какого-то дела).

Загнуть под нары – совершить насильственный акт мужеложства или фелляции (опустить).

Задвинуть (засадить) – совершить половой акт.

Задние ворота – анус.

Задний мост – ягодицы.

Засхать в шоколадный цех – совершить акт мужеложства.

Закадрить малютку – соблазнить несовершеннолетнюю или малолетнюю.

Залуца – крайняя плоть полового члена (по Далю); головка полового члена.

Залуцить болт – открыть головку полового члена.

Запаять очко – совершить акт мужеложства.

Засопливел (закапало, залил на конец) – заболел гонореей (уретритом иной этиологии).

Законопатить – совершить половой акт или акт мужеложства.

Заряженная – беременная.

Засадить – совершить половой акт или акт мужеложства.

Засос, заглот – проглатывание спермы при акте фелляции.

Затруха – онанист.

Заппиндорить – совершить половой акт.

Звезда – очень известный в своей среде пассивный гомосексуал.

Игла кожаная – половой член.

Игра на кларнете (флейте) – анальногенитальный контакт (может быть как гомо- так и гетеросексуальным).

Игра на гитаре – гетеросексуальный половой акт.

Игра на (под) очко – игра в карты на акт мужеложства.

Игра просто так – играть в карты, чтоб кого-то опустить.

Игра с Дунькой Кулаковой – мастурбация.

Игрун – насильник; сексуально озабоченный мужчина.

Игрушка (пистолет) – половой член; пистолет.

Идет на клей – получение согласия на половой акт.

Изобрази мадонну (девулю, девку)! – предложение гомосексуалу пассивной роли, а опущенному – приказ «встать в позу» – подставить анус.

Иллюминатор – женские половые органы большой величины.

Империя – женские половые органы.

Искать хорька (хорицу) – искать в качестве полового партнера юношу (девушку).

Кабан – склонная к куннилингу женщина.

Капуста – остроконечные кондиломы.

Кара – половой член.

Карушка – небольшой половой член.

Карусель (ромашка) – групповой секс (кататься на карусели).

Кенарь – пассивный гомосексуал.

Кино (кинушка) – прилюдный половой акт.

Кинули на бригаду – совершили групповое изнасилование.

Кинуть палку – совершить половой акт.

Кишкоправ – половой член.

Кляп – половой член.

Кобел (кабел) – активная лесбиянка.

Коблуха (каблуха) – женщина, сожительствующая с коблом в качестве пассивного партнера.

Кобра – минетчица.

Кобылка – коровка – курочка – пассивная лесбиянка.

Козел – копчик – пассивный гомосексуал, «опущенный».

Ковырялка – пассивная лесбиянка (есть мнение, что до 1970-х годов под ковырялками понимались активные лесбиянки, возможно, что эта инверсия значения могла иметь место, но это мнение противоречит воспоминаниям узников ГУЛАГа; так, В. Гроссман в самиздатовском произведении «Все течет» писал: «А рядом возникали потерянные, жалкие существа – ковырялки»); женщина, промысляющая криминальными абортами.

Козленок – несовершеннолетний пассивный гомосексуал.

Колокольчики – лобковые вши.

Конец – половой член.

Кончить – достичь оргазма или эякуляции.

Копилка – женские половые органы.

Кормить узлами – заниматься мужеложством.

Королек – склонная к оральногенитальным и анальногенитальным контактам женщина.

Король – наиболее известный в своей среде гомосексуал.

Коряга – мужской половой член.

Котлован – женские половые органы.

Кочегар – активный гомосексуал (есть различие в понимании активной или пассивной роли; татуировка «кочегар духовки» наносится опущенным).

Кочет (петух) – опущенный.

Кошка блатная – проститутка.
Красная гвоздика – менструация.
Красная шапочка – твердый шанкр при сифилисе.
Крюк – половой член.
Куночка – женские половые органы.
Курить пожарную трубку – заниматься фелляцией.
Лакшовка – пользующаяся успехом проститутка.
Ласкать – совершать оральногенитальный контакт.
Ласкун – мужчина, берущий половой член в рот (вафлер).
Лахматуха (лахманогий) – сексуальный насильник.
Лахундра – проститутка.
Легкотрудница – минутчица.
Летка-енка – групповой половой акт.
Литавры – женские молочные железы.
Личнуха – двушка главаря группы.
Ловить сеанс – подсматривать, наблюдать за сексуальными действиями.
Лоханка – женский половой орган.
Лохматая кража – изнасилование.
Лохматка – наружные женские половые органы.
Лохматкин лазарет – кожно-венерологический диспансер.
Лохматый – насильник.
Лохматый сейф – женские половые органы (взлом лохматого сейфа – изнасилование).
Лыбак – женские половые органы.
Лыха – женские половые органы.
Лэк – орально-генитальный контакт между лесбиянками.
Люська – пассивный гомосексуал.
Люся – женские половые органы.
Лялька – начинающая проститутка.
Лярва – продажная женщина.
Мадера – смесь мочи и кала для процедуры опускания (жертву заставляют выпить смесь или ею обливают лицо).
Маздон – половой акт.
Малофейка (молофья) – сперма.
Малютку закадрить – склонить подростка к гомосексуальному контакту.
Манда – женские половые органы.
Мандавошка – лобковая вошь.
Маргаритка – пассивный гомосексуал.
Мария Ивановна – гомосексуал.
Маркотошник – гомосексуал.

Маруся (Манька) – пассивный гомосексуал.

Марушка (Маруха) – молодая проститутка.

Маслобой, маслобойщик – оналист; гомосексуал.

Маслобойник – обычно имеется в виду мужчина, воздействующий рукой на половой член другого мужчины; гомосексуал.

Мастевой – гомосексуал в среде несовершеннолетних преступников.

Мастянки – лица мужского пола, страдающие парафилиями (обычно имеется в виду гомосексуализм).

Машка – пассивный гомосексуал.

Медвежатник по мохнатым сейфам – насильник.

Минирование – снижение статуса личности посредством тайного применения фетишей, относящихся к категории «грязных» (см. выше).

Мичуринская прививка – вживление в крайнюю плоть инородных тел (шариков).

Мокрощелка – женщина, девушка.

Молодежная статья – изнасилование.

Моргалик – гомосексуал.

Мотня (муде, муди) – мужские половые органы.

Мотороллер – половой член, в крайнюю плоть которого вживлены инородные тела (шарики).

Мохнарылый – гомосексуал.

Мохнатая кража – изнасилование.

Мохнатка – женские половые органы.

Мочалка – женские половые органы; девушка, проститутка.

Мундштук – половой член.

Муська – проститутка.

Мухомор (парафин) – опущенный посредством проведения половым членом по губам.

Мяфа – презрительное обращение к человеку, вероятно, опущенному; например, МЯФА, НЕ КНАКАЙ! означает ЗАТКНИСЬ, КОЗЕЛ!

Набалдашник, болт – половой член.

На кол посадить – угроза мужеложством или осуществленный акт мужеложства.

На кол прикинуться – ставка в игре или споре на акт мужеложства в случае проигрыша.

Намотать на конец – заразиться венерической болезнью.

Надеть юбку – совершить насильственный акт мужеложства, «опустить».

Напялить (натянуть, насадить) на болт – совершить половой акт или акт мужеложства.

Нижняя половина – пассивная лесбиянка.

Наташка – пассивный гомосексуал.

Нелюди – «опущенные», «петухи», парашники и т.д.

Нечистый, помойка – «опущенный» осужденный, выполняющий самую грязную работу по уборке помещений.

Обиженка – камера следственного изолятора, где содержатся обиженные (опущенные).

Обмакнутый – обиженный (обмакнуть в парашу).

Обмусолить – не закончить половой акт.

Обрез (обрезок) – небольшой половой член; член с обрезанной крайней плотью.

Объявить петухом – разоблачить гомосексуала.

Оглобля – половой член.

Однодырочники – группа насильников, изнасиловавших одну жертву.

Одуванчик – кожно-венерологический диспансер.

Округленный – пассивный гомосексуал.

О-ля-ля – фелляция.

Опарафинить – опустить путем проведения половым членом по губам. Парафин – ритуал деперсонализации личности, выполняется, когда жертва обездвижена, чаще всего путем сдавливания шеи полотенцем, иной удавкой. После проведения половым членом по губам жертвы, опарафиненного оттаскивают на парашу, где он и приходит в себя.

Опустить – деперсонализация личности, снижение статуса жертвы путем символических, ритуализированных сексуальных действий, например, орально- или анальногенитального контакта, применения парафина, мочеиспускания на жертву и т.п.

Оркестр – групповые сексуальные действия с одновременными половым актом или (и) анальногенитальным контактом и фелляцией, возможно при-соединение партнерской мастурбации.

Отбарать – совершить половой акт; изнасиловать.

Отдрючить – совершить половой акт; изнасиловать.

Отдуплить – совершить акт мужеложства.

Откупорить мохнатку – лишить девственности.

Отодрать – совершить половой акт или акт мужеложства.

Оттоптать – изнасиловать.

Оттянуть – совершить половой акт.

Отхарить (отжарить, отшкворить) – совершить половой акт; изнасиловать.

Отхарить паравозом – совершить групповое изнасилование.

Очко – анус.

Очко порвал – совершил насильственный анальногенитальный контакт.

- Пазель – гомосексуал.
Палец 21-й – половой член.
Палка – мужской половой член.
Палку кинуть – совершить половой акт.
Паравозик – одновременное совершение анально-генитальных контактов несколькими мужчинами.
Пасовать мальчиком – быть в роли пассивного гомосексуала.
Педермет – мужчина, склонный к педофильным действиям с мальчиками.
Педик – гомосексуал.
Пенизмэн, трипперок – врач-венеролог.
Передок – женские половые органы.
Перепахнуться – совершить половой акт.
Пеструшка – гомосексуал (пеструшки голубые).
Петух – опущенный за нарушение воровских традиций, неписаных лагерных законов.
Печатать – совершать акт мужеложства.
Печатник – активный гомосексуал.
Печник – активный гомосексуал.
Пивень – гомосексуал.
Пидер, пидор, пидра, пинч – пассивный гомосексуал (не путать с пидеркой – кепкой, летней шапочкой осужденного).
Пилить, пилиться – совершать половой акт.
Пирожок – женский половой орган.
Пистон пялить – совершать акт мужеложства.
Пистон вставить – речь идет о половом акте, о наказании начальником подчиненного.
Плашкет (плашкетка) – несовершеннолетний гомосексуал.
Плешка – известное в городе место встреч, тусовки гомосексуалов (обычно, один из центральных парков, скверов).
Побараться – совершить половой акт.
Подмахивать – совершать активные возвратно-поступательные движения влагалищем или задним проходом навстречу (с расслаблением мышц таза) половому члену активного партнера и обратно (с сокращением мышц таза) – относится только к пассивным партнерам, находящимся в католической позе или в коленно-локтевом положении.
Подруга – пассивный любовник другого гомосексуала.
Подсердечник – половой член большого размера.
Подстилка – женщина легкого поведения.
Поиметь – совершить половой акт.
Полшестого (половой член на полшестого) – отсутствие эрекции.
Помыть крылышки – изнасиловать девственницу.

Память подстилку – совершить половой акт с женщиной.
 Поперхнулся – не закончил половой акт.
 Поплыла (улетела) – речь идет об оргазме у женщины.
 Попробовать пальчик – заняться лесбиянством.
 Попугайчики – несовершеннолетние гомосексуалы.
 Поросяенок, зверек – половой член (жаргон гомосексуалов).
 Пороть – совершать половой акт.
 Посадить на болт, на кожаный клык, зацепить на крюк – совершить половой акт или анально-генитальный контакт.
 Пососать – совершить акт фелляции.
 Поставить на хор – совершить групповое изнасилование.
 Потешились – совершили садистские действия над жертвой после изнасилования (это часто различные манипуляции с половыми органами и задним проходом, например, вставление различных инородных тел).
 Пофакать – совершить половой акт.
 Похотник – клитор.
 Почистить зубы – речь идет о фелляции.
 Пошворить – совершить половой акт.
 Пошмариться – совершить половой акт.
 Поштопать петуха – совершить акт мужеложства в качестве активного партнера.
 Пощупать мохнатку – совершить половой акт; изнасиловать.
 Пощупать очко – совершить акт мужеложства.
 Прасковью протянуть – ритуал деперсонализации личности, «опускания» путем окунания головой в парашу, или жертву заставляют пролезать сквозь отверстие в туалете «свободного падения».
 Предложение помыть спину – может быть завуалированным предложением половой близости.
 Прелки – женские половые органы.
 Премирован – заразился венерической болезнью.
 Прибор (аппарат) – мужские половые органы.
 Приватизатор – половой член.
 Пробитый – пассивный гомосексуал.
 Проволочь – изнасиловать группой.
 Прокатился на лыжах – изнасиловал.
 Промокашка – женщина легкого поведения; малолетняя девочка.
 Пропустить – изнасиловать группой.
 Простудился – заразился венерической болезнью.
 Простячка – честная давалка не из воровской среды.
 Процесс – групповое сожительство.

Прощимандовка – гулящая женщина; проститутка, при этом речь может идти как о женщине, так и о пассивном гомосексуале.

Профура, профурсетка – женщина легкого поведения; проститутка.

Пряник – юноша (жаргон гомосексуалов).

Пуйка – мальчик-подросток.

Пустили на колхоз (под трамвай) – совершили групповое изнасилование.

Пуфик – несовершеннолетняя жертва педофила.

Пушной разбой – изнасилование.

Пялить – иметь половое сношение.

Пятерка – пассивный гомосексуал.

Разломать – изнасиловать.

Раскладушка – проститутка; секретарша.

Расколоть на задницу – совершить акт мужеложства.

Ребенок – начинающий гомосексуал.

Розочка – твердый шанкр; женские половые органы.

Ромашка (карусель) – групповая сексуальная игра; групповой половой акт.

Рукоделис – мастурбация.

Рыбка – половой член; женщина легкого поведения.

Самолуб – онанист.

Свайка – половой член.

Сверхурочница – замужняя проститутка.

Своротить – лишить девственности.

Седло – жопа, ягодицы.

Скель (сикель) – клитор.

Сел за лохматую – осужден за изнасилование.

Сифон – сифилис.

Сидеть на параше – быть «опущенным».

Скважина – женщина легкого поведения.

Сломать целку – лишить девственности.

Солистка – минетчица.

Соска – минетчица.

Сосульки – молодые минетчицы.

Спринцевать – совершать акт мужеложства.

Спутники – шпоры – уши – шарики, вживленные в крайнюю плоть полового члена.

Стегать – совершать половой акт.

Стояк – половой член.

Стоять со свечкой (держат свечку) – присутствовать при половом акте или изнасиловании, но не принимать в нем участия.

Сулико – анальногенитальный контакт.

Сухостой – отсутствие семяизвержения при половом акте или мастурбации.

Сыграть в очко – совершить акт мужеложства.

Сыроежка – минетчица.

Течка – менструация.

Телка – девушка, женщина.

Теплое молоко – сперма.

Тибетчик – насильник.

Толкнуть шлямбур – совершить половой акт.

Торпеда – тайная посылка, передача денег, ценностей, наркотиков и т.д. посредством проноса в прямой кишке.

Трахнуть – совершить половой акт.

Трепак, три пера – гонорся.

Труба – анус.

Трубочист – активный гомосексуал.

Трухать – мастурбировать.

Трухлявый – онанист.

Ударить по рубцу – изнасиловать; совершить половой акт.

Умница – гомосексуал.

Универсал – гомосексуал, вступающий в орально – и анальногенитальные контакты в качестве как пассивного, так и активного партнера.

Употребить – совершить половой акт или анальногенитальный контакт.

Уши – инородные тела, вживленные в крайнюю плоть.

Фабать – совершать фелляцию.

Факать – совершать половой акт.

Факт – половой акт.

Фактурный акт – половой акт как благодарность.

Фаловать – склонять к половому акту.

Феномен – женатый пассивный гомосексуал.

Фигурное катание – половой акт.

Фика – женские половые органы.

Флейта – анус.

Форсунка – анус.

Фуфленка (фуфлерка) – минетчица.

Фуфул – анус.

Хавырка – женские половые органы.

Хам – половой член.

Хамми – женские половые органы.

Хамрить – совершать половой акт.

Харить – совершать половой акт.

Хипа – женские половые органы.
Хомут посадил – заразился сифилисом.
Хоровод – групповой секс (чаще – гомосексуальные действия).
Хоровое пение – групповой секс.
Хорь – половой член.
Хохотунчик – маленький полвой член.
Хромосомы хавать – совершать акт фелляции.
Хуна, хунячка – женщина легкого поведения.

Цаца, фифа – недотрога.
Цветной телевизор – менструация.
Целка – девственница; молодая, начинающая проститутка.
Целочник – насильник.
Цветок (жизни) – женские половые органы.
Цирк – групповой секс.

Чебурашка – подросток-гомосексуал.
Червонный туз – известный в своей среде гомосексуал.
Член на полшестого – отсутствие эрекции.
Член на 12 часах – эрекция.
Черный месяц – анус.
Чесалка – женские половые органы.
Чичеряка – гомосексуал.
Чужежоппник – активный гомосексуал.
Чухан – опущенный.
Чухана отсеменить – совершить акт мужеложства.
Чухануть – опустить.
Чушок – «обиженный», «опущенный», педераст, пассивный гомосексуал (тяжкое оскорбление).

Шарики (шарошки) – инородные тела, вживленные в крайнюю плоть.
Шатун – половой член.
Шахна – женские половые органы.
Шашлык – половой член.
Шваркнуть на растяжку – изнасиловать.
Шведский бутерброд (шведская модель) – групповой секс женщины с двумя мужчинами.
Шворить – совершать половой акт.
Шерстяная кража – изнасилование.
Шерстяной вор – насильник.
Шершавого врезать – совершить половой акт или акт мужеложства.
Шершавый – половой член.

Шикица, шкица – несовершеннолетняя проститутка.

Шишка – половой член.

Шланг – большой половой член.

Шлепнуть нижней губой – совершить половой акт.

Шлюпарь – активный гомосексуал.

Шлямбур – половой член.

Шмакодявка – девочка-подросток.

Шмара – проститутка.

Шмарить – совершать половой акт.

Шмаровоз – сутенер.

Шмонька – проститутка; женские половые органы.

Шмоха – женщина легкого поведения.

Шоколадница – анус.

Шпидагуз – пассивный гомосексуал.

Шпокнуть – совершить половой акт; изнасиловать.

Шпоры – инородные тела в крайней плоти полового члена.

Шулята – мужские яички.

Шурин (шурик) – пассивный гомосексуал.

Шутильник – большой половой член.

Шутковать – совершать половой акт.

Щекотунчик – маленький половой член.

Щелкунчик – молодой танцовщик-гомосексуал.

Эклер – половой член (например, эклер Машке давать).

Электрик – онанист.

Ярыга, ярыжник – развратник.

Дерягин Геннадий Борисович

РАССЛЕДОВАНИЕ ПОЛОВЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ЮРИСТОВ И ВРАЧЕЙ

Технический редактор Меркулова Е.А.

Лицензия ЛР № 066272 от 14 января 1999 г.

Сдано в набор 05.02.2008 г. Подписано в печать 04.04.2008 г.

Формат 60х88/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 33,0.

Тираж 5 000 экз. (1-й завод – 1000 экз.) Заказ № 25

ООО Издательство «Юрлитинформ»

119019, г. Москва, ул. Волхонка, д. 6.

Изготовлено фирмой «Ин-Кварто»

119034, г. Москва, Курсовой пер., 17