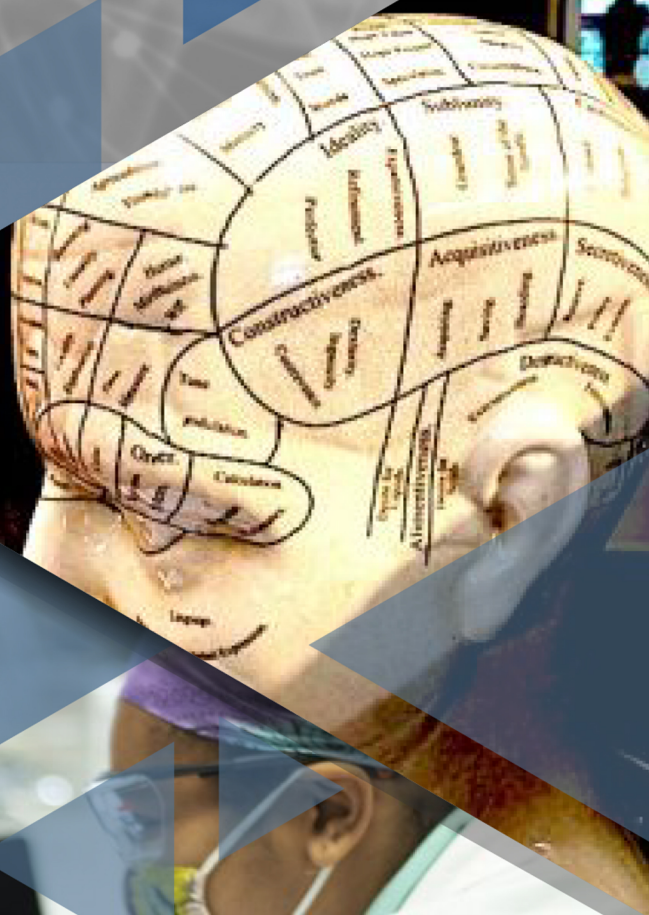


FORENSIC PSYCHIATRIC STUDY OF PERSONS HAVING COMMITTED THEIR CRIMES ON SEXUAL BACKGROUND

Kozeratska O.A.

Warsaw 2023



RS Global

Kozeratska O.A.

**FORENSIC PSYCHIATRIC STUDY OF PERSONS
HAVING COMMITTED THEIR CRIMES ON SEXUAL
BACKGROUND**

Monograph

**RS Global
Warsaw, Poland
2023**

UDC 616.89-008.442-008.12:340.63

DOI: 10.31435/rsglobal/056

Kozeratska O.A. Forensic psychiatric study of persons having committed their crimes on sexual background. Warsaw: RS Global Sp. zO.O., 2023 – 276 p.

ISBN 978-83-965085-8-4 (eBook)

Author: Kozeratska O.A.

This work presents the results of a scientific study having been carried out according to the plan of the thesis “Forensic psychiatric study of persons having committed their crimes on sexual background”. To achieve such a goal, the author has analyzed 287 sub-expert persons having committed their offenses on sexual basis and being under forensic psychiatric examination (FPE) at the Kyiv-City FPE in 2000-2015. During this FPE period, 70 injured persons were also examined to understand their possible victim behavior, their character traits as well as their social and demographic characteristics.

The practical value of this study is due to the algorithm perfection for any forensic psychiatric investigation improving its quality and expert conclusion evidence. Such a fact is an additional guarantee for human rights protection permitting to avoid unreasonable appointment of the second examination and to reduce the period of expert study.

Keywords: sexual criminal offenses, sanity, limited sanity, non-sanity, forensic psychiatric expertise, medical approaches, sexual drive disorders.

ISBN 978-83-965085-8-4 (eBook)

© Kozeratska O.A., 2023

©RS Global Sp. z O.O., 2023

ABSTRACT

***Kozeratska O.A.* Forensic psychiatric study of persons having committed their crimes on sexual background.**

This work presents the results of a scientific study having been carried out according to the plan of the thesis “Forensic psychiatric study of persons having committed their crimes on sexual background”. To achieve such a goal, the author has analyzed 287 sub-expert persons having committed their offenses on sexual basis and being under forensic psychiatric examination (FPE) at the Kyiv-City FPE in 2000-2015. During this FPE period, 70 injured persons were also examined to understand their possible victim behavior, their character traits as well as their social and demographic characteristics.

Investigation approaches having been used in this work are the following: informational analytics, social demographics, clinical psychopathological methods, psycho-diagnostics, expert evaluation, situation analysis, and statistics. The diagnostics of sexual preference disorders (paraphilias) as well as diagnostics of paraphilia types and forms were carried out according to the criteria presented in the IDC-10.

To determine the interconnections between the degree of criminal’s awareness of his/her actions and his/her possibility to lead them, on the one hand, and the solution of expert problems, on the other hand, all the observations were divided into several groups: 1 – 200 observations including sub-expert persons recognized to be “judicious”; 2 – 14 observations including sub-expert persons recognized to be “non-judicious”; 3 – 73 observations of “limitedly judicious” persons, this group having been artificially formed from the “judicious” group coming from the “limited sanity” conception.

The concept of “limited sanity” is based on a systemic approach having been elaborating in the Ukrainian forensic psychiatry by V.B.Pervomayski and O.A.Revenok. The domestic concept of limited sanity is coming from the proved

theory of the inseparable connection between human consciousness and activities. According to this concept any psychic disorder is manifested through the person's activity in micro- and macro-society leaving certain imprints. So the study of criminal's society and/or his/her criminal situation becomes necessary. The degree of psychic disorder heaviness is usually determined through its imprints in certain criminal action elements.

The group of "limitedly judicious" persons contains reliably more sub-expert persons with aggressively violent motivation than the group of "judicious" persons, such motivation being united with the satisfaction of pathological sexual desire ($p < 0.002$). The "judicious" group contains also reliably more patients with mercenary ($p < 0.001$), aggressive ($p < 0.002$), and aggressive-violent ($p < 0.02$) motivation comparing to the "limitedly judicious" one. The compulsive sex drive distortion was seen in the majority of sub-expert persons (91.8 %) including pedophilia (65.8 %), exhibitionism (13.7 %), gerontophilia (4.1 %), necrophilia (1.4 %), and sadism (5.5 %). In 39.7 % of all cases, the criminal offense was made in a state of simple alcoholic intoxication, in 60.3 % of all cases the crimes having been committed by sober persons. In 13.7 % of cases psychic disorders were seen due to organic brain disorders of residual genesis accompanied by slight intellectual deficiency and moderately expressed damage of will and emotions (F07.8) accompanied by distorted sexual desire (pedophilia, exhibitionism, sadism, gerontophilia), this index being reliably higher comparing to the "non-judicious" group ($p < 0.0001$). In 5.5 % of patients, personality disorder was seen of both impulsive type with emotional non-stability (F60.3) and of anancaste type (F60.5), each of them containing 2.75% of cases accompanied with compulsive distorted sexual desire (pedophilia, exhibitionism, gerontophilia, sadism, necrophilia, gerontophilia); this index is reliably higher ($p < 0.0001$) comparing to the relevant index in both "non-judicious" and "judicious" groups ($p < 0.02$). In 5.5 % of cases, a slight mental retardation was seen with moderate emotional and volitional disorders (F70.1) accompanied by distorted sexual drive of compulsive nature (pedophilia, gerontophilia); alcoholism-due psychics and behavior disorders, dependence syndrome with personality changes (F10.71) were found in 4.1% of cases

accompanied by distorted sexual drive of compulsive nature (pedophilia, exhibitionism, gerontophilia) being reliably prevailed ($p < 0.0001$) comparing to the same indices in “non-judicious” and “judicious” groups ($p < 0.002$). Among criminals of “limitedly non-judicious” group, cliché-like criminal acts were found for 38.4 % of cases, sexual crimes being of serial character in 41.0 % of them. All the clinical and pathopsychological properties of criminals found in this study can be useful for forensic psychiatric evaluation and determination of “limited sanity” criteria concerning any person having committed criminal actions on a sexual basis.

A criterion for medical measures application – referral to a specialized psychiatric facility for special inpatient care – is a declaring a criminal to be “non-judicious”. A “limitedly judicious” person having been found to suffer from compulsive distorted sexual preference should obtain a forced outpatient medical aid.

Scientific novelty of this study is due to an important scientific problem solved in this work and concerning the elaboration of forensic psychiatric model permitting to evaluate the person’s ability to aware his/her proper actions and/or to govern them in persons having committed sexual crimes. The author proposes her solving for the determination of “limited sanity” criteria and principles of medical approaches for persons having committed sexual offenses, taking into consideration their clinical psychopathologic, social, personal properties as well as situations of their socially dangerous actions. The author gives her justifications concerning expert evaluation of any person having committed sexual offenses, proving this evaluation to be a multi-vector process uniting the study of psychopathologic situation, social features, and situation of socially dangerous action (SDA).

This work discovers any victim of violent crime to possess a certain set of social demographic, moral, and psychological features determining his/her typical behavior in certain circumstances; such a person possesses a higher precondition to become a victim of violence comparing to any other citizen without such features. Personalities and behavior of sexual offence victims have a significant impact on the motivation of offender’s criminal behavior and the situation of the crime committing. The complex and comprehensive study of any offender and his/her victim

personalities, of their interrelations as well as of objective role having been played by both persons in a certain illegal act are the only conditions permitting to conclude correctly the responsibility of the offender and to understand completely all the circumstances leading to the crime. The knowledge concerning victim's personal characteristics, their role in the crime development as well as analysis of criminal and victim interrelations lead to wider possibilities for prophylaxis programs aiming victimological rape prevention. Victimological prophylaxis is an important component of any rational victimological system including criminal act prevention due to the liquidation of victimological factors for criminal behavior together with its other element – activities aiming the elimination of criminal act consequences.

The practical value of this study is due to the algorithm perfection for any forensic psychiatric investigation improving its quality and expert conclusion evidence. Such a fact is an additional guarantee for human rights protection permitting to avoid unreasonable appointment of the second examination and to reduce the period of expert study.

Key words: sexual criminal offenses, sanity, limited sanity, non-sanity, forensic psychiatric expertise, medical approaches, sexual drive disorders.

ЗМІСТ

ABSTRACT	3
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ ВИМІРЮВАННЯ, СКОРОЧЕНЬ	9
ВСТУП	10
РОЗДІЛ 1. АНАЛІЗ НАУКОВИХ РОЗРОБОК У РОЗВ'ЯЗАННІ ПРОБЛЕМИ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ОЦІНКИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ, ЯКІ СКОЇЛИ ПРАВОПОРУШЕННЯ НА СЕКСУАЛЬНОМУ ПІДГРУНТІ, ТА ПОТЕРПІЛИХ ВНАСЛІДОК ЦИХ ЗЛОЧИНІВ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	12
1.1. Дослідження й аналіз наукових підходів до вирішення проблеми осудності, обмеженої осудності та неосудності при розладах сексуального потягу	12
1.1.1. Дослідження інтелектуальних критеріїв “неосудності” й “обмеженої осудності” при аномальній сексуальній поведінці	12
1.1.2. Дослідження порушення вольових критеріїв “неосудності” й “обмеженої осудності” розладів регуляції аномальної сексуальної поведінки.....	31
1.2. Дослідження й аналіз наукових розробок для застосування примусових заходів медичного характеру для психічно хворих, які скоїли правопорушення на сексуальному підґрунті.....	38
1.3. Дослідження й аналіз наукових розробок в оцінці потерпілих внаслідок сексуального насильства.....	47
1.3.1. Дослідження й аналіз наукових розробок в оцінці віктимної поведінки потерпілих внаслідок сексуального насильства.....	47
1.3.2. Дослідження й аналіз наукових розробок в оцінки психічного стану потерпілих внаслідок сексуального насильства	56

1.4. Дослідження й аналіз наукових підходів до вирішення проблеми профілактики скоєння правопорушень на сексуальному підґрунті.....	60
Висновок до розділу 1.....	64
РОЗДІЛ 2. ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРІАЛУ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	66
2.1. Загальна та клініко-соціальна характеристика підозрюваних та обвинувачених підекспертних	66
2.2. Характеристика методів дослідження.....	86
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПІДЕКСПЕРТНИХ ВІДПОВІДНО ДО ЕКСПЕРТНОГО РІШЕННЯ	90
3.1. Характеристика групи підекспертних, визнаних “неосудними”	91
3.2. Характеристика групи підекспертних, які могли бути визнані “обмежено осудними”	105
3.3. Характеристика групи підекспертних, визнаних “осудними”	140
3.4. Порівняльний аналіз результатів дослідження за групами спостереження	165
РОЗДІЛ 4. КЛІНІЧНА СТРУКТУРА ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В ОСІБ, ЯКІ СКОЇЛИ КРИМІНАЛЬНІ ПРАВОПОРУШЕННЯ НА СЕКСУАЛЬНОМУ ПІДГРУНТІ	179
РОЗДІЛ 5. КЛІНІЧНА СТРУКТУРА ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ПОТЕРПІЛИХ ОСІБ ВНАСЛІДОК ПРАВОПОРУШЕННЯ НА СЕКСУАЛЬНОМУ ПІДГРУНТІ	186
РОЗДІЛ 6. РОЗРОБКА МОДЕЛІ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ОЦІНКИ ОСІБ, ЯКІ СКОЇЛИ СЕКСУАЛЬНІ ЗЛОЧИНИ	228
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	241
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	243

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ,
ОДИНИЦЬ ВИМІРЮВАННЯ, СКОРОЧЕНЬ**

ДІ	довірчий інтервал
ККУ	Кримінальний кодекс України
МКХ	Міжнародна класифікація хвороб
ОУГМ	органічне ураження головного мозку
ЗМХ	заходи медичного характеру
ПЗМХ	примусові заходи медичного характеру
ПНД	психоневрологічний диспансер
РО	розлад особистості
СЗНПД	спеціальний заклад з надання психіатричної допомоги
СНД	суспільно-небезпечне діяння
СПЕ	судово-психіатрична експертиза
ЧМТ	черепно-мозкова травма

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. В Україні та світі спостерігається невтішна тенденція до зростання злочинності на сексуальному підґрунті. За даними наукових досліджень в місцях позбавлення волі за скоєння зґвалтувань покарання відбувають 73 % від загальної кількості засуджених за сексуальні злочини, більше 1/3 з них – повторно, що свідчить про недостатність профілактики даного виду правопорушень [1-4]. Останнє підтверджується тими обставинами, що за опублікованими даними тільки кількість зафіксованих сексуальних деліктів зросла за період 2012-2022 рр. удвічі [5-7]. Сексуальне насильство полягає в спричиненні потерпілим не тільки фізичного, але й психічного страждання. Згідно з дослідженнями науковців [8-14] в переважній більшості жертв сексуального насильства розвиваються розлади адаптації та посттравматичний стресовий розлад.

Вивченню сексуальних правопорушень присвячена низка досліджень останнього десятиріччя [3,6,11,15-17,18]. Як свідчить аналіз літератури, чисельні аспекти проблеми судово-психіатричної експертизи (СПЕ) осіб, які скоїли злочини на сексуальному підґрунті, досліджені не в повному обсязі. Досі не розроблені чіткі критерії судово-психіатричної оцінки психічних розладів у осіб, які скоїли сексуальні правопорушення, зокрема “обмеженої осудності”. Не завжди враховується той факт, що сексуальна поведінка є результатом інтеграції соціальних, психологічних, соціально-психологічних, біологічних факторів, а сексуальний делікт, що є одним з видів порушення поведінки, також відображає різні рівні взаємодії особистості та середовища.

Безумовно, судово-психіатрична експертна оцінка не може ґрунтуватися тільки на констатації наявності психічного розладу, вона потребує визначення його динаміки, перебігу, глибини та тяжкості, специфічних особливостей, психологічного аналізу структури особистості злочинця, який скоїв злочин проти здоров'я та статевої недоторканості особи, її мотиваційної сфери, динаміки емоційного стану з урахуванням характерологічних особливостей і кримінальної ситуації, можливості довільної саморегуляції при здійсненні агресивних дій.

Виходячи з вказаного, комплексне дослідження осіб, об'єднаних загальною ознакою – наявністю елементу агресії в структурі сексуальної протиправної поведінки, є актуальним і своєчасним для виявлення чітких критеріїв оцінки їхнього психічного стану. Це може посприяти розкриттю механізмів суспільно-небезпечного діяння (СНД), а також уточненню шляхів профілактики повторних СНД.

Особливу актуальність темі дослідження надає взаємна детермінованість кримінальної агресії та негативних процесів у суспільстві (економічна криза, трансформація політичних систем і правових інститутів, переоцінка цінностей і девальвація ідеалів) [19-22]. Несприятливі макро- та мікросоціальні фактори впливу на людину сприяють формуванню в неї кримінальної агресії, що виявляється у вигляді тяжких злочинів проти життя та здоров'я особи [23]. У вересні 2010 р. Генеральний секретар ООН оголосив про початок реалізації Глобальної стратегії охорони здоров'я жінок і дітей з метою об'єднання зусиль світової спільноти для порятунку життів і підвищення добробуту жінок і дітей. Вже в 2015 р. була представлена оновлена Глобальна стратегія охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків (2016-2030 рр.). Концепцією Глобальної стратегії було визначено забезпечення до 2030 р. для кожної жінки, дитини та підлітка в будь-якому місці у світі можливостей для здійснення права на фізичне та психічне здоров'я, соціальні й економічні перспективи, повноцінно брати участь у формуванні благополучного та сталого суспільства.

Намагання на державному рівні нівелювати вплив негативних факторів знайшло своє відображення в Міжгалузевій комплексній програмі “Здоров'я нації – стратегія розвитку охорони здоров'я на 2016-2030 роки”. У розділі “Розробка плану дій в області психічного здоров'я” серед пріоритетних стратегічних програм зазначені профілактичні заходи з попередження насильства щодо жінок і дітей.

З огляду на вищезазначене, можна стверджувати, що розробка теоретичних, методологічних і практичних аспектів судово-психіатричної експертної оцінки психічних розладів у осіб, які скоїли злочини проти здоров'я та статевої недоторканості особи, є актуальною проблемою судової психіатрії.

РОЗДІЛ 1

АНАЛІЗ НАУКОВИХ РОЗРОБОК У РОЗВ'ЯЗАННІ ПРОБЛЕМИ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ОЦІНКИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ, ЯКІ СКОЇЛИ ПРАВОПОРУШЕННЯ НА СЕКСУАЛЬНОМУ ПІДГРУНТІ, ТА ПОТЕРПІЛИХ ВНАСЛІДОК ЦИХ ЗЛОЧИНІВ

1.1. Дослідження й аналіз наукових підходів до вирішення проблеми осудності, обмеженої осудності та неосудності при розладах сексуального потягу

1.1.1. Дослідження інтелектуальних критеріїв “неосудності” й “обмеженої осудності” при аномальній сексуальній поведінці. Серед тяжких злочинів проти особистості особливе місце займають злочини проти статевої недоторканості. Характерною рисою цього виду злочинності є те, що їх найнебезпечнішим проявом є насильницькі дії (зґвалтування, насильницьке задоволення статевої пристрасті неприродним способом). Саме ці злочини часто бувають пов'язані з іншими формами злочинного насильства – вбивствами, нанесенням шкоди здоров'ю різного ступеня тяжкості, побоями, катуваннями тощо. Потерпілим, крім фізичних ушкоджень, наносяться ще й психологічні травми, які можуть зруйнувати все подальше життя людини [22, 24].

Боротьба із злочинністю, і, зокрема, сексуальною злочинністю, є одним з найважливіших напрямів забезпечення національної безпеки України. Право на сексуальну свободу, право на сексуальну недоторканість, право на недоторканість сексуального життя є похідними від особистих прав людини, а саме права на свободу і особисту недоторканість, недоторканість приватного життя [15]. Громадська небезпека цього виду правопорушень визначається рядом несприятливих тенденцій в її структурі та динаміці, що визначає високу значущість проблеми судово-психіатричної оцінки осіб, які скоїли насильницькі дії проти статевої недоторканості і статевої свободи особистості. У структурі

сексуального насильства виявляється зростання агресивності, жорстокості злочинців, зростання числа тяжких зґвалтувань, серійної сексуальної агресії [22].

За узагальненими світовими даними, кількість лише зафіксованих сексуальних деліктів зростає в останні десятиріччя удвічі. Дані МВС України за останні роки підтверджують стабільно високий рівень цього виду злочинності в нашій країні. Найбільш поширеним і небезпечним серед статевих злочинів є зґвалтування – статеві зносини із застосуванням фізичного насильства, погрози його застосування або з використанням безпорадного стану потерпілої особи [15]. Кримінальні правопорушення проти статевої свободи та статевої недоторканості особи, за статистичними даними Генеральної прокуратури України, за 10 місяців 2021 року, становлять доволі велику кількість. Зокрема, обліковано 858 кримінальних правопорушень, з них особливо тяжких – 278, тяжких – 308, нетяжких – 260, кримінальних проступків – 8. Сексуальне насильство, з цієї кількості, становить 76 кримінальних правопорушень [1,7,22]. Відносно невисокий відсоток сексуальних деліктів в загальній кількості здійснюваних правопорушень може бути пояснений високим рівнем латентності в цій сфері. За даними Baigorria J, Warmling D (2017), Borumandnia N, Khadembashi N, Tabatabaei M (2020) латентність зґвалтувань перевищує 90 % [17,18]. Так, відмічають високий рівень латентності статевих злочинів щодо неповнолітніх. При анкетуванні 562 неповнолітніх учнів середніх учбових закладів 46 % осіб повідомили, що стали жертвами статевих злочинів. При цьому, правоохоронними органами було отримано лише 10 % заяв про вчинення статевих злочинів щодо неповнолітніх, тобто 90 % злочинів залишились латентними [27].

Серед чинників ризику скоєння злочинів сексуального характеру, загальних для всіх категорій правопорушників, прийнято виділяти як індивідуальні (соціально-демографічні – стать, вік, соціально-економічний статус, історія насильства, вживання алкоголю і наркотичних речовин, наявність психічних захворювань, а також дитячого травматичного досвіду), так і загальні для популяції (частий прояв насильства в даній культурі) [28]. На

думку З. Старовича, співвідношення зареєстрованих і фактичних випадків сексуальних правопорушень коливається від 1:15 до 1:85 [29].

Як відомо, сексуальна поведінка є наслідком інтеграції соціальних, психологічних, соціально-психологічних, біологічних чинників, і сексуальний делікт, будучи одним з видів порушення поведінки, також відбиває різні рівні взаємодії особистості і середовища [14, 30]. На індивідуальному рівні превалюючими є соціальні чинники з обов'язковим урахуванням біологічних і психологічних. Вони концентруються в конкретній життєвій ситуації вчинення зґвалтування як об'єктивно-суб'єктивному утворенні. Їх видами є непередбачена, побутово-родинна, штучна, криміногенно-продовжена й віктимологічно-криміногенна конкретна життєва ситуація [30]. За даними А.С. Лукаш (2007), детермінанти зґвалтувань містяться загалом на макро-, мікро- та індивідуальному рівнях [30].

Водночас, аналізуючи статеві злочини, фахівці відмічають [31, 32], що при здійсненні злочинцем статевого посягання має місце спроба компенсації індивідуальних психологічних дефектів особистості. Реалізуючи механізм злочинної поведінки сексуальний злочинець завжди виграє в психологічному плані. Саме психологічні дефекти, визначаючи особливості сексуальної злочинності, детермінують застосування насильства, а не іншого способу вирішення власної життєвої ситуації, що суб'єктивно сприймається і оцінюється [33, 34].

На думку К.Х.Кантемирової (2007), статеві злочини, в основному, породжуються психічним станом суб'єкта правопорушення, при спрямованості мотиву на задоволення статевої "природної" пристрасті або статевого "збочення" (способами, забороненими кримінальним законом), де злочин носить ситуаційний або навмисно-обдуманий характер в залежності від ряду чинників [34].

Глибоке розроблення підходів до вивчення статевого злочинів належить одному з родоначальників сексології і сексопатології німецькому психіатру Р. Крафт-Ебінгу [35]. Автор не тільки класифікував і описав більше двохсот

випадків розладів статевої поведінки, більшість з яких мали явні протизаконні риси, але й майже безапеляційно відніс більшість осіб, що скоюють сексуальні злочини до області компетенції лікарів-психіатрів [35]. В наш час встановлено, що у 72,0 % осіб, що вчинили зґвалтування, діагностуються ті або інші психічні аномалії [31], тобто у більшості випадків розлади потягів виникають на тлі інших психічних розладів: шизофренії, розладів особистості, розумової відсталості, органічних уражень головного мозку (ОУГМ) різного походження [32, 33]. Зважаючи на це, дослідження причин та мотивації зґвалтувань, що вчиняються особами з психічними розладами, механізмів формування девіантної сексуальної поведінки, що призводить до зґвалтування, вдосконалення методів діагностики та корекції є актуальною проблемою. При цьому, перш за все необхідним є виявлення основного, провідного психічного захворювання, оцінка його вираженості, здатності особи, що страждає на це захворювання, усвідомлювати характер і суспільну небезпеку своїх дій та керувати ними. Тобто мова йде про встановлення осудності, обмеженої осудності чи неосудності таких хворих [38-39].

Засуджені особи, які мають психічні відхилення, становлять значний сегмент осіб, що відбувають кримінальне покарання в установах виконання покарань (УВП). За даними Державної пенітенціарної служби України в УВП та слідчих ізоляторах на початок 2011 року загальна кількість засуджених та осіб, взятих під варту, становила понад 154 тис. В УВП у 2010 році трималося 11831 засуджених, які мають психічні відхилення та перебувають на диспансерному обліку у лікаря-психіатра. У слідчих ізоляторах – 6756 осіб, що становить понад 12 % від загальної кількості осіб, які тримаються в УВП та слідчих ізоляторах. Серед них велика кількість осіб молодого віку до 35 років (53,7 % чоловіків і 47,4 % жінок). Серед осіб, що мають психічні відхилення, 53,0 % осіб вчинили злочин насильницького характеру, зґвалтування, розбещення неповнолітніх та інші злочини проти життя та здоров'я [40].

Сексуальний злочин, за деякими даними, є результатом розвитку агресивно-садистичних схильностей особистості. В дослідженнях минулих

років стверджувалося, що сексуальні правопорушення є наслідком нездоланного бажання негайного задоволення своєї статевої пристрасті. У наш час тему розробляють К.М.Klipfel та співавт. [41], Y.Y.Lim та співавт. [42] та інші. Водночас, відповідно до сучасних уявлень, сексуальні злочини демонструють прагнення домінувати, фізично пригнічувати жертву, є засобом відчутти свою перевагу, поєднуючись з відразою і презирством [43, 44].

Так, системно-структурний аналіз, проведений О.Зайцевим (2003, 2005), виявив, що злочинна сексуальна поведінка визначається порушенням усіх компонентів та складових сексуального здоров'я [45, 46]. Соціальний компонент найбільш уражений у старшій віковій групі (61,15 %) за рахунок соціокультурної, а у молодшій групі (81,94 %) – інформаційно-оцінювальної складових. Психологічні і соціально-психологічні компоненти найбільш уражені в середній віковій групі (80,58 % та 91,37 %, відповідно). Порушення біологічного компоненту відбувається в усіх вікових групах за рахунок психічної складової. Мотивація злочинної сексуальної поведінки обумовлюється: провідним особистісним радикалом (епілептоїдним, істероїдним, нестійким, гіпертимним), характером функціонування в соціумі, віком, ступенем психологічної і соціальної зрілості. Серед осіб молодшого віку переважає легковажно-безвідповідальний тип мотивації злочинної сексуальної поведінки, де головними мотивами є: пізнавальний, наслідування, розважальний або прагнення отримати оргазм. У старшій віковій групі частіше спостерігається агресивно-егоїстичний тип, де спонукальним мотивом скоєння злочину є бажання принизити та підкорити жертву, в меншому ступені присутнє сексуальне самоутвердження, як засіб вирішення конфлікту (внутрішньоособистісного або міжособистісного) [45, 46].

Досвід експертної роботи з чоловіками, що вчинили сексуальні правопорушення, дозволили А.Ю.Дишлевому стверджувати [47], що існує певний зв'язок між типом розладу особистості або нозоформою психічного розладу і характером протиправної сексуальної поведінки. Так, особи з дисоціальним розладом особистості здійснювали гетеро- і гомосексуальні

згвалтування у більшості випадків з особливою жорстокістю і цинізмом. Кримінальні делікти чоловіків з емоційно нестійким розладом відрізнялися приниженням жертви, знущанням над нею. Для демонстративних осіб були характерні активний пошук нових збудливих вражень і прагнення за будь-яку ціну привернути до себе увагу, що обумовлювало їх схильність до ексгібіціонізму [47]. Пацієнти з ананкастним розладом особистості через властиву їм невпевненість в собі брали участь тільки в групових згвалтуваннях, нерідко педофільних. Для сексуальної поведінки шизоїдних осіб були характерні садизм і сексуальне вбивство. У чоловіків з органічним розладом особистості спостерігалися пароксизмальні прояви надзвичайної жорстокості, повторність і витонченість агресії, до вбивства жертви. Серед осіб, що вчинили сексуальні правопорушення, пацієнти із специфічним і органічним розладом особистості склали більшість – 71,0 %. У чоловіків з розумовою відсталістю (14,0 % обстежених), також часто проявлявся садизм. Сексуальні правопорушення осіб з синдромом залежності від алкоголю (10,0 % обстежених) відрізнялися грубістю і протиприродністю (педофілія з рідними дітьми, інцест з матір'ю). Хворі з шизотиповим розладом (6,0 % обстежених) здійснювали садистичне згвалтування, у тому числі малолітніх, розпусні дії, сексуальне вбивство. Автором зроблений висновок, що агресія є однією з головних причин сексуальної злочинності [47].

У більшості випадків застосування категорії обмеженої осудності передбачає хворобливі процеси психіки, але на здатність усвідомлювати значення своїх дій і (або) керувати ними впливають й інші процеси, що не відносяться до хворобливих, наприклад, деякі передхворобливі стани, гострі реакції психіки на стрес, реактивні стани тощо – так звані пограничні стани і аномалії психічного розвитку, що не досягають рівня психічного захворювання [47].

За даними Sewall Olver [48], пограничні психічні розлади заважають встановленню нормальних, соціально-схвалюваних стосунків з представниками протилежної статі. Особливо негативну роль грає легка розумова відсталість. Їй

властиві дефекти мислення і мови (затримка розумового розвитку, малий запас слів, неправильне їх вимовляння), відсутність багатьох необхідних в житті умінь. Рухи розумово відсталих легкого ступеня уповільнені, незграбні, однотипні, міміка і пантоміміка відрізняються одноманітністю, бідністю, невиразністю. Для них характерно маскоподібний вираз обличчя, іноді порушення будови черепа, що у поєднанні з неохайністю внаслідок недотримання елементарних гігієнічних норм істотно перешкоджає зав'язуванню і підтримці стосунків з особами протилежної статі. Хворі на легку розумову відсталість, позбавлені можливості задовольнити свої статеві запити звичайним шляхом, частіше, ніж здорові особи, прибігають до насильства. Істотно впливає на СЗ осіб з психічними аномаліями їх навіюваність, що, наприклад, характерно для скоєння групових зґвалтувань за участю олігофренів, в здійсненні яких залучити їх дуже легко [49].

Кримінальний кодекс України (ККУ) передбачає норму про кримінальну відповідальність осіб з психічними розладами, що не виключають осудності. Таким чином, поряд з осудністю (частина 1 статті 19) і неосудністю, про яку йдеться в частині 2 статті 19, в кримінальному законі є норма статті 20, яка одержала назву “обмежена осудність”. Відповідно до діючого законодавства здатність діяти свідомо і вільно під час вчинення злочину може бути виражена у суб'єкта у різній мірі, тобто, осудність може мати мінімум дві градації: повну і неповну (стаття 20 “обмежена осудність”) [50].

Відповідно до кримінально-правової норми, закріпленої статтею 20 ККУ, підлягає кримінальній відповідальності особа, визнана судом обмежено осудною, тобто така, яка під час вчинення злочину, через наявний у неї психічний розлад, не була здатна повною мірою усвідомлювати свої дії (бездіяльність) та (або) керувати ними [50]. Водночас, сам термін “психічні розлади” не вказує на конкретну форму психічного відхилення, що не утворює неосудності. До них відносять різного роду розлади особистості, олігофренію в ступені дебільності, судинні захворювання з психічними змінами, реактивні стани, шизофренію у стадії стійкої ремісії та деякі інші психічні розлади [27].

Таким чином, це, передусім, порушення в інтелектуальній і вольовій сфері, при яких зміна діяльності головного мозку супроводжується неглибоким розладом відображення реального світу, але в силу дисгармонії психічних процесів характеризує зміну поведінки, що не виключає осудності [51]. Подібний стан може мати місце при порушеннях інтелекту як здатності людини застосовувати знання і досвід у своїй практичній діяльності. Відсутність самокритичності, самоконтролю, а точніше їх послаблення, незрілість і примітивність інтересів не дозволяють особі застосовувати адекватне конкретній ситуації рішення, зіставити свої дії з соціальними і правовими нормами, з вимогами моралі. Розлади емоційної сфери можуть виражатися у безмотивованому зміні настрою, в неадекватному емоційному резонансі. Такі порушення інтелектуальної, емоційної сфери не виключають здатність людини контролювати, обмірковувати свої дії, керувати ними [52].

Як зазначає О.Зайцев (2003), осудність особи з психічним розладом і осудність особи без психічного розладу стосовно кримінальної відповідальності юридично рівнозначні, тому що суб'єкт у тому чи іншому випадку підлягає кримінальній відповідальності. Проте, здатність діяти усвідомлено та керувати своїми діями при повній і обмеженій осудності, неоднакова. У зв'язку з цим обмежена осудність може бути підставою для призначення осудній особі примусових мір медичного характеру та, на відміну від повної осудності, у ряді випадків може впливати на вид та розмір покарання [53]. Виходячи з проведеного аналізу співвідношення обмеженої осудності з осудністю та неосудністю, автор стверджує, що обмежена осудність є різновидом осудності, і характеризує знижену хворобливим психічним розладом здатність винного суб'єкта діяти усвідомлено та керувати своїми діями під час вчинення злочину [53].

До відносно стабільних динамічних чинників ризику, що визначають делінквентну сексуальну поведінку, може бути віднесений такий чинник, як викривлення в когнітивній сфері правопорушника. В останні роки когнітивні зміни все частіше називаються дослідниками серед найважливіших чинників,

що визначають процес ініціації і підтримки протиправної сексуальної поведінки [54, 55].

Вважається, що уявлення сексуальних правопорушників про дії жертви та її переконання часто не відповідають реальності. Правопорушникам властиво інтерпретувати звичайну, не пов'язану з сексуальністю, поведінку жертви як провокуючу до вступу в сексуальний контакт. Захисна поведінка жертви, що намагається боротися, також може бути інтерпретована як частина сексуальної гри [56].

Інші когнітивні викривлення пов'язані з неадекватною оцінкою власних сексуальних прав. На думку правопорушника, сексуальні потреби що виникають у нього, неодмінно мають бути задоволені. Він вважає, що значно важче йому самому стримувати свої сексуальні бажання, ніж жінці погодитися задовольнити їх [57]. Фахівці вважають установки, що легітимізують девіантну сексуальну активність, стійким предиктором рецидиву сексуальних правопорушень; також цей чинник вважається більш значущим, ніж вираженість емпатії до жертви або пережите у дитинстві сексуальне насильство [58].

Запропонована класифікація когнітивних викривлень у сексуальних правопорушників, що включає три типи: виправдання своєї поведінки, не розуміння наслідків, перенесення провини і відповідальності за скоєні діяння на жертву або обставини [59]. Когнітивні викривлення у сексуальних правопорушників можуть бути оцінені різними способами, але найчастіше використовують спеціальні опитувальники, що дозволяють визначити відношення злочинця до тих або інших характеристик жінок, а також до ситуації сексуальної взаємодії правопорушника і його жертви в цілому [60].

Одна з подібних методик – “STABLE 2000”, яка є частиною методики “SONAR”, що досліджує такі динамічні чинники, як значимі соціальні впливи, дефіцит інтимності, установки, що підтримують сексуальне насильство, взаємодія з лікарями і психологами, рівень загальної і сексуальної саморегуляції [61]. Когнітивні викривлення оцінюються у блоці, присвяченому

установкам. Блок складається з двох частин: атитюди по відношенню до зґвалтувань жінок і атитюди по відношенню до сексуальних зловживань дітьми. Випробовуваному пропонується оцінити ступінь власної згоди з висловлюваннями: в першій частині – що приписують жінкам бажання бути зґвалтованими, в другій – що приписують неповнолітнім бажання вступати в сексуальний контакт з дорослим; при цьому у висловлюваннях обох частин відповідальність за здійснене діяння перекладається з чоловіка на жертву. За результатами виконання методики визначається рівень включеності в когнітивну сферу даних атитюдів: високий, середній або низький [61].

Іншою методикою оцінки ризику є шкала “SARN” [44], що складається з 16 блоків, чотири з них присвячені дослідженню переконань піддослідних, що мінімізують відповідальність сексуального правопорушника за скоєне. Так, наприклад, оцінюється наявність егоцентричних переконань, суть яких можна сформулювати таким чином: “Якщо чоловік хоче сексу – він має право отримати його” [62].

Існує шкала, що безпосередньо присвячена оцінці когнітивних викривлень у розтлителів неповнолітніх, “ABCS” [63]. Діапазон оцінюваних переконань в цій методиці істотно ширший за інші шкали, в яких когнітивним викривленням приділяються лише окремі блоки. Пізніше була створена модифікація цієї шкали – для осіб з розладами інтелекту [64]. На необхідність використання спеціальних методик для осіб з інтелектуальними розладами звертають увагу й інші автори [65, 66].

Водночас, не всі автори поділяють думку про доцільність використання формалізованих шкал для оцінки ризику делінквентної сексуальної поведінки, оскільки використання шкал, де пропонується оцінити ступінь згоди з різними негативними установками у сфері сексуальності, не завжди дає коректні результати. Серед причин, що знижують об’єктивність подібних методик, називають можливе прагнення правопорушників презентувати себе більше соціально бажаними. Для дослідження когнітивних викривлень вони пропонують використати якісні методи дослідження, такі як аналіз текстів та

інтерв'ю [67, 68]. Деякі автори також відмічають доцільність використання різних методів дослідження когнітивних розладів та порівнювати отримані результати [69]. У той же час, всі автори визнають когнітивні порушення найважливішим чинником у формуванні протиправної сексуальної поведінки, та акцентують увагу на труднощах в оцінці цих порушень.

Сексуальні перверсії (парафілії) в осіб з психічними аномаліями формуються під впливом різних чинників – генетичних, ендокринних, неврогенних і психофізіологічних. При психічних аномаліях порушується ієрархізованість мотивів статевого акту, відбувається блокування соціально-обумовлених мотивів (наприклад, комунікаційних). Сексуальні перверсії розвиваються далеко не у всіх осіб з розладами психіки, що пояснюється наявністю або відсутністю певних передумов [70].

Психічні аномалії, починаючи з перших років життя людини, можуть перешкоджати виникненню і розвитку адекватних статевої ролі установок, усвідомленню себе в якості рівноправного і рівноцінного учасника сексуальних стосунків [71, 72]. Так, розлади особистості і наслідки черепно-мозкових травм здатні сформувати відчуття своєї сексуальної неповноцінності, недостатності. Більше того, в ранньому віці, наприклад, у дітей чоловічої статі можуть бути закладені основи суб'єктивно-спотвореного сприйняття жінки, як загрозованої, руйнівної сили. В силу цього у дорослому житті чоловік в стосунках з представницями протилежної статі починає займати оборонну позицію, де кращий спосіб захисту – напад. Цим пояснюють ті факти, що багато згвалтувань, що здійснюють злочинці з психічними аномаліями, супроводжуються жорстоким побиттям і знущаннями [73].

Дослідження, проведене А.К.Зиньковским та Ю.Г.Новіковим (2009) з врахуванням фабули сексуального злочину (СЗ), дозволило розділити отриманий масив даних (n=168) на дві групи: 84,8 % склали СЗ, здійснені проти осіб, старших 18 років, а 15,2 % – проти малолітніх та неповнолітніх осіб [74]. Якщо за період 2000-2005 років серед усіх СЗ доля деліктів проти осіб, що не досягли 18 років, становила 12,1 %, то за останні роки – збільшилася на 38,1 % і

становить 50,2 %, що свідчить про істотне збільшення СЗ проти малолітніх і неповнолітніх громадян. При цьому останнім часом констатується зростання гомосексуальних контактів, інцестів (батько-донька), а також серійних СЗ, що здійснюються одними і тими ж особами. Базис даної тенденції складає зростаюча поширеність серед парафілій педофілії [68]. Як відомо, основу цієї парафілії формує, з одного боку, своєрідна деперсонофікація, при якій порушення партнерської норми пов'язане з формуванням фіксованих стереотипних інфантильних аутоеротичних комплексів, а з іншого, – зміна об'єкту потягу і способу його реалізації. При цьому відбувається своєрідне «перевертання» соціально-нормативних цінностей і зв'язок сексуального збудження з негативними емоційними реакціями жертви [75, 76].

За даними S.Navathe та співавт. (2008), деякі чоловіки вважають, що їм дозволено мати секс з дітьми, оскільки дитина не зупиняє їх, коли вони починають дії сексуального характеру, а іноді й відкрито показує зацікавленість в сексі [77]. Іноді сексуальні правопорушники припускають, що секс може бути навіть корисним для дитини (наприклад, так можна навчити дитину сексуальним практикам) або, що в цьому не буде для дитини нічого шкідливого. Вони сприймають дітей як вже дозрілих для сексу або вважають, що через сексуальний контакт вони просто виявляють до дітей свою любов [78].

Висловлювання, що свою аномальну поведінку злочинці не тільки не вважають протиправною, а, навпаки, сприяючою всебічному (у тому числі й сексуальному) розвитку малолітніх і неповнолітніх потерпілих, твердження про ініціацію статевих стосунків жертвами і ранній початок у них статевого життя, що суперечить об'єктивним даним (висновкам експертиз про їх незайманість тощо) примушує припускати наявність у злочинців надцінних переконань і захоплень, пов'язаних з сексуальною тематикою, що веде до викривленого сприйняття поведінки потерпілого, нерозуміння різних аспектів протиправності своїх дій [78].

Усе, що має відношення до свідомості і психіки злочинця і пов'язане з вчиненим злочином, – форма і вид вини, мотиви і цілі діяння, – належить до

суб'єктивної сторони, що є безпосереднім продуктом свідомості людини. До того ж, як відзначає В.В. Лунєєв (2009), положення ускладнюється тим, що і сам суб'єкт злочину в зв'язку з підсвідомою мотивацією і багатьма емоційними перешкодами не завжди правильно розуміє глибинний зміст своєї психічної діяльності [79]. Людина у своїй діяльності керується не тільки свідомими процесами, які вона може контролювати, але і неусвідомлюваними психічними явищами і процесами, що приховані від її свідомості [80].

Значення мотиву як суб'єктивної сили, що визначає злочинну поведінку, є дуже важливим. Встановлення вини поза мотивації, цілей і стану суб'єкта у момент скоєння злочину носить формальний характер: через мотив “переломлюється” усвідомлення суб'єктом своїх дій та їх наслідків, у зв'язку з чим можливо об'єктивно оцінити інтелектуальний і вольовий компоненти вини [81].

Зазвичай автори в якості мотиву називають бажання задовольнити статеву пристрасть, задоволення сексуальної потреби, бажання отримати сексуальне задоволення [82, 83]. В переважній більшості випадків аналіз сексуального правопорушення зводиться до вивчення особистості особи, що вчинила його, мотивів делікту без урахування тієї важливої обставини, чи є у цієї особистості парафілія (раптофілія). Саме аномалії сексуальності, і перш за все парафілії, визначають здійснення найбільш тяжких злочинів. Наявність психічних відхилень формує у суб'єкта особливе внутрішнє спонукання, яке є строго індивідуальним [27, 51, 84].

Як відомо, парафіліями визнаються зміни сексуального потягу, якщо вони включають “незвичайні предмети чи вчинки” і/або “якщо індивід поступає у відповідності з цими потягами або випробовує значний дистрес через них” [85]. Введення в психіатрію терміну “парафілія” було обумовлене необхідністю акцентувати увагу на медичних аспектах девіантного сексуального потягу на протиположну моральній оцінці, яку несли в собі поняття “збочення”, “відхилення”, “перверсія” тощо, оскільки будь-яка класифікація парафілій віддзеркалює пануючі в суспільстві уявлення про нормальну сексуальну поведінку і

сексуальну поведінку, що відхиляється [86]. У Діагностичному і статистичному керівництві по психічним захворюванням (DSM-IV, 1994) загальними для всіх парафілій є два критерії [87]: А. Існування на протязі не менш 6 місяців інтенсивних сексуально збуджуючих фантазій, сексуальних потягів або поведінки, що періодично повторюються; Б. Фантазія, сексуальні потяги або поведінка викликають клінічно значущий дистрес або порушення в у соціальній, професійній або інших важливих областях функціонування [87]. В даному визначенні підкреслюється важливість обох клінічних компонентів парафілій – ідеаторного і поведінкового. В наш час обговорюється необхідність перегляду існуючих уявлень про конкретні розлади, а також можливість виключення деяких видів парафілій з класифікацій хвороб [88]. Так, вченими висловлюється думка про можливість включення розладів гіперсексуальності (компульсивна мастурбація, залежність від порнографії, сексу по телефону або кіберсекса тощо) в одну групу з парафіліями. Аргументація будується на уявленнях, що розлади гіперсексуальності, як і парафілії, пов'язані з психологічною травматизацією і значними порушеннями психосоціального функціонування [89, 90]. Як і парафілії, вони супроводжуються тривогою і вимагають тривалого часу для лікування; їм часто коморбідні розлади настрою і зловживання психоактивними речовинами [87]. М.Р. Kafka та J. Hennen [90] показали, що чоловіки з розладами гіперсексуальності відрізняються від осіб з парафіліями меншим числом сексуальних девіацій протягом життя, більш високим рівнем освіти, низьким рівнем схильності до фізичного або сексуального насильства. Таким чином, автори зробили висновок, що основна відмінність між розладами гіперсексуальності і парафіліями в тому, що сексуальне збудження в першому випадку реалізується санкціонованими суспільством способами [90].

У той же час, показано, що розлади сексуальної переваги мають схожу етіологію: підтверджуються результати про тісний зв'язок сексуальних девіацій з проблемами статевої ролі соціалізації. При психічних розладах, які супроводжують сексуальні відхилення, відзначаються комунікативні труднощі,

які на початку захворювання викликають проблеми при засвоєнні статеворолових стереотипів [91]. G.G. Abel та С. Osborn [92] вказують, що особи з парафіліями мають тенденцію здійснювати варіації парафільної поведінки. Отримані дані спростовують більш ранні теорії, згідно з якими особи з парафіліями постійно і компульсивно повторюють однорідні види парафілій без пересікання з іншими категоріями внаслідок специфічного раннього життєвого досвіду або специфічних емоційних конфліктів.

Більшість авторів вказують на необхідність чіткого визначення категорії “парафілія” у наступному перегляді DSM-V (2013) [93-95]. Так, А.С. Hinderliter (2011) вказує на ряд проблем, пов’язаних з визначеннями терміну “парафілія”, оскільки категорія парафілій в DSM-V, на думку автора, є надзвичайно розрідженою, включаючи дуже різноманітні явища. Висловлюється думка, що в DSM-V парафілії мають бути визначені вузько, як можна чіткіше і дуже обережно, оскільки постановка діагнозу може зіпсувати життя значній кількості осіб [96].

Особи з психічними відхиленнями, схильні до сексуального насильства, сексуальне задоволення пов’язують з об’єктивними і суб’єктивними умовами (наприклад, спричинення фізичних і моральних страждань потерпілих, настання його/її смерті, створення відповідної обстановки тощо) [91, 92]. R. Prentky [93] прийшов до висновку, що існують певні внутрішні механізми, що стимулюють прагнення до неодноразових сексуальних вбивств. Ці механізми були виявлені у певної групи осіб з нав’язливими фантазіями, які проявлялися у вигляді насильницьких уявлень про вбивства і зґвалтування. Виявлені закономірності формування девіантної сексуальної поведінки свідчать про існування певних етапів її розвитку, що відбивають поступовий перехід неусвідомлених інстинктивних потягів у свідомість [93].

Мотив і ціль також формують психічне відношення до скоєного і його наслідків. У насильницьких злочинах проти статевої свободи і статевої недоторканості вина виступає тільки як прямий намір, що пояснюється тим, що злочинець усвідомлює громадську небезпеку своїх дій, усвідомлює їх сексуальну спрямованість, а також те, що його дії ігнорують або пригнічують

волю потерпілої (потерпілого) шляхом застосування насильства, загрози його застосування або використання безпорадного стану потерпілих. Проте здатність осіб з психічними захворюваннями усвідомлювати свою вину і наслідки скоєних дій залишається предметом обговорення фахівців [27].

Узагальнені дані літератури щодо морально-психологічної характеристики сексуальних злочинців і, в першу чергу насильників, свідчать, що таким злочинцям притаманні: грубість, що часто переходить в жорстокість; цинізм, відсутність почуття сорому, неповага і споживче відношення до оточення, егоїзм; крайній примітивізм в поглядах на взаємовідносини статей, що зводить їх до фізіологічного акту; погляд на жінку як нижчу істоту, що має слугувати чоловіку знаряддям статевої насолоди; відсутність співчуття до жінки, небажання і невміння співпереживати їй; розгнузданість, що не визнає ніяких перешкод на шляху до задоволення статевого потягу [94-96].

Сучасне кримінально-процесуальне законодавство зобов'язує призначити СПЕ, коли виникає сумнів в осудності підозрюваного або звинувачуваного, яка доручається фахівцям в області психіатрії – психіатру-експерту або комісії експертів, але право визнати особу неосудною належить виключно суду [97, 98]. Так, непослідовність поведінки підекспертного при різних допитах, що полягає у періодичній відмові від даних раніше показань з наступним їх підтвердженням, варіативність даних, що вони повідомляють, при оцінці сукупності показань, дозволяє будувати кілька діагностичних гіпотез. В одних випадках це відображає захисну поведінку, дисимуляцію реалізованих у делікті парафільних потягів у процесуально дієздатних осіб або осіб з психічними порушеннями, що не перешкоджають здатності давати показання, в інших – наявність психічних розладів, що порушують здатність сприймати як внутрішню, так і зовнішню сторони значущих обставин, насторожує щодо наявності феномену псевдологіки, що здатний обмежувати відтворення обставин справи [79].

Про порушення когнітивної сфери у правопорушників свідчать наявність сексуально забарвлених надцінних переконань, кататимність мислення,

недостатня інтеріоризація статоворолєвих стереотипів поведінки, поверхневість і полегшеність суджень, що сприяє порушенню засвоєння соціальних норм і зниження критичного відношення до ситуації взагалі і протиправності своїх дій, зокрема [80].

Для створення повного уявлення про інститут осудності/неосудності необхідно звернутися до зарубіжного кримінального законодавства. Так, винесення в заголовок §20 Кримінального кодексу Німеччини вказівки на психічний розлад, робить медичний (психіатричний) критерій переважаючим при визначенні неосудності [105, 106]. При цьому, інтелектуальна і волева ознаки юридичного (психологічного) критерію неосудності виражені в досить абстрактній формі – нездатність усвідомлювати неправомірність діяння або діяти у відповідності з усвідомленням неправомірності. У §21 “Зменшена осудність” вказано, що якщо (через одну з вказаних в §20 причин, тобто внаслідок хворобливого психічного розладу, глибокого розладу свідомості, недоумства або іншого важкого психічного відхилення) здатність особи усвідомлювати протиправність діяння або діяти відповідно до цього розуміння була істотно зменшена при здійсненні діяння, то покарання згідно §49, абзац 1 може бути пом’якшено [105, 106]. Стаття 39 Кримінального кодексу Голландії не має спеціальної назви і закріплює, що особа, яка скоїла злочин, за що вона не може нести відповідальність внаслідок недоліків у розумовому розвитку або душевної хвороби, не підлягає кримінальній відповідальності, тобто кримінальний закон Голландії нормативно закріплює лише один, не повною мірою диференційований на ознаки, критерій неосудності – психіатричний, що веде до визначення неосудності як психіатричної, а не юридичної категорії [107, 108]. Згідно статті 11 Кримінального кодексу Швейцарії, обмежена осудність вважається встановленою, якщо під час здійснення злочинного діяння особа внаслідок розладу душевної діяльності або розладу свідомості, або внаслідок недостатнього психічного розвитку, мала знижену здатність усвідомлювати протиправність свого злочинного діяння або діяти зі свідомістю цієї протиправності. Це формулювання, де використані загальні поняття в описі

медичного критерію (“розлади душевної діяльності”, “розлади свідомості”, “недостатній психічний розвиток”), має особливістю те, що в інтелектуальну ознаку включена знижена здатність усвідомлення протиправності діяння. Неповне усвідомлення протиправності свідчить тут про порушену психічну діяльність особи [109]. В Кримінальному кодексі Франції обмежена осудність вважається встановленою, коли особа, яка у момент здійснення злочинного діяння була схильна до якого-небудь психічного або нервово-психічного розладу, що понизив його здатність усвідомлювати, або що заважає його здатності контролювати свої дії [110, 111]. У Кримінальному кодексі Польщі при досить чіткому описі ознак юридичного критерію обмеженої осудності взагалі відсутня будь-яка згадка про медичний критерій. Так, обмежена осудність встановлюється, якщо у момент скоєння злочину здатність розуміти значення діяння або керувати поведінкою була значною мірою обмежена, що обумовлює використання категорії обмеженої осудності і у випадках, не пов’язаних з психічними розладами [112]. Австрійський законодавець оформив обмежену осудність інакше. У главі 4 Кримінального кодексу Австрії “Визначення розміру покарання” (§ 34 “Особливі обставини, що пом’якшують відповідальність”) передбачений пункт 1, де встановлена можливість пом’якшення покарання особі, яка в силу психічних аномалій була не повною мірою здатна розуміти те, що відбувається [113]. Кримінальний кодекс Данії передбачає не обмежену осудність, а психічні аномалії як обставину, що впливає на покарання. Під психічними аномаліями розуміють стан, що не відповідає неосудності, а слідує з недостатнього розвитку, послаблення або порушення психічних здатностей, включаючи недоумство в слабкій формі [114]. У Кримінального кодексу штату Каліфорнія (США) виділено такі поняття, як “психічний розлад”, “розумовий розлад” і “душевний розлад”, проте не розкриті їх значення, віддаючи вирішення цього питання на розсуд фахівців-психіатрів і зводячи суддівський розгляд у вирішенні питання про відповідальність нанівець, оскільки такий перелік може досить широко трактуватися і призводить зрештою до звільнення від кримінальної

відповідальності і покарання широкого кола винних осіб [115]. Таким чином, у різних національних правових системах існують різноманітні доктринальні підходи у визначенні природи інституту осудності/неосудності.

Складною є експертна оцінка тих випадків, коли розлади сексуального потягу виникли при розладах особистості (психопатіях) або є самостійним видом психічної патології. Так, ще В.С. Трахтеров (1925) писав, що “формула зменшеної осудності” має бути побудована по так званому “змішаному” методі та повинна містити вказівки на психопатичний стан, з одного боку, і на серйозне значне порушення психічних властивостей, що робиться ним, з іншого” [116], тобто, згідно сучасних уявлень, при конструюванні формули обмеженої осудності необхідно користуватися вказівкою на медичний і юридичний критерії. Також у цих випадках необхідною є як психіатрична оцінка стану особи, так і аналіз власно сексуальних порушень, що вимагає комплексної експертизи за участю психіатра і сексопатолога. При цьому основна увага приділяється синдромологічній картині самих розладів сексуального потягу [117].

Водночас, М.Й. Цепінь (2007) підкреслює необхідність диференціювання поняття “зменшена” та “обмежена” осудність. Перше зумовлює обов’язкове пом’якшення вироку, друге – констатує наявність психічних аномалій, які потребують врахування при індивідуалізації кримінального покарання та поєднання покарання з заходами медичного характеру у випадках, передбачених законом [118]. Головними ознаками обмеженої осудності В.Я. Марчак (2011) вважає наступні: це кримінально-правова категорія, що характеризує психічний стан осіб із психічними аномаліями, які вчинили злочини; це не проміжна категорія між осудністю і неосудністю, а складова осудності, що не виключає кримінальної відповідальності осіб із психічними аномаліями, які вчинили злочин [119].

Безпосередня реалізація високої агресивності в осіб з патологією сексуального потягу плине на рівні потреби – як реалізація потягу, що припускає агресивний спосіб задоволення статевої потреби. Реалізація потреби

полегшується відсутністю особистісних структур, здатних здійснювати бар'єрний вплив по відношенню до патологічному потягу. Навпаки, самоприйняття патологічного потягу викликає певне і ціннісне відношення до сексуальної агресії, що також сприяє здійсненню злочинних дій [120].

Отже, характерною особливістю агресивних злочинів, що здійснюють особи з психічними аномаліями, на відміну від психічно здорових, є недостатність регуляторного впливу на поведінку, системи цінностей, здатних долати диспозиційну, ситуативну і потребнісну логіку поведінки. З цим пов'язана й інша їх особливість: більший вплив, ніж у здорових осіб, ситуативних чинників на формування мотивації кримінальної агресії. Для осіб з психічними аномаліями більш характерні безпосередні форми реагування на незначні ситуаційні впливи. Навіть при невисокій їх особистісній агресивності несформованість ціннісних регуляторних механізмів легко виявляється в агресивній поведінці під впливом різних чинників.

1.1.2. Дослідження порушення вольових критеріїв “неосудності” й “обмеженої осудності” розладів регуляції аномальної сексуальної поведінки. Воля з психологічних позицій розглядається як довільна мотивація, або як особлива психічна здатність особистості, що дозволяє звільнитися від влади потреб; як механізм, за допомогою якого особистість регулює свої психічні функції [121]. За визначенням Е.П. Ільїна (2009), воля – це управління своєю поведінкою за допомогою свідомості, яка припускає самостійність людини не лише в прийнятті рішення, але й в ініціації дій, їх здійсненні і контролі [121]. У змісті понять осудності та неосудності окремо вказується на вольові та патовольові ознаки, які характеризують вольову діяльність людини під час вчинення нею злочину чи суспільно небезпечного діяння [122].

Розлади потягу частіше виникають в рамках інших психічних розладів: шизофренії, РО, розумової відсталості, психічних розладів внаслідок ОУГМ різного походження. Значно рідше розлади потягу виявляються основним типом психічних порушень. Тому необхідним є виявлення основного,

провідного психічного захворювання, його вираженість, здатність особи, що страждає на це захворювання, усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій і керувати ними [123]. Як підкреслює Р. Білобровка (2013), у чоловіків з істероїдною та шизоїдною формами психопатій найбільш характерною є комунікативна форма статевої дезадаптації, для хворих з епілептоїдною психопатією – статево-рольова. Психастенічна форма психопатії найбільшою мірою супроводжувалася комунікативною формою дезадаптації (40%) та статево-рольовою (28%). Сексуально-еротична та соціокультурна форми дезадаптації майже однаковою мірою спостерігались при різних видах психопатій [124].

При шизофренії, глибокій розумовій відсталості, психічних розладах внаслідок ОУГМ з явищами слабоумства мова, звичайно, йде про неосудність таких хворих [125]. У страждаючих на епілепсію відмічаються різноманітні статеві розлади – садизм, мазохізм, ексгібіціонізм, копрофілія або їх поєднання. Розлади сексуальної поведінки у таких хворих у більшості випадків пояснюють особистісними порушеннями, що характерні для епілепсії (ригідність афекту, вибуховість, схильність до жорстокості, дисфорії, злопам'ятність, мстивість, егоцентричність, екстатичність) [126, 127]. С. Rathore та К. Radhakrishnan (2022) підкреслюють, що як і вся психічна сфера хворих на епілепсію, сексуальні прояви характеризуються пароксизмальністю, стереотипністю та неспроможністю до вольового контролю, що необхідно враховувати при експертних оцінках таких хворих [128].

Парафілії можуть не супроводжуватися іншими психічними розладами, тому необхідним є дослідження власне парафільної поведінки [129]. Нездатність усвідомлювати власні дії та керувати ними, як правило, спостерігається при імпульсивних, а в деяких випадках – компульсивних парафіліях. При obsesивних парафіліях підекспертні часто визнаються осудними. При компульсіях свідомість осіб під час акту парафілії буває звуженою, а при імпульсивних діях – потьмареною, тобто порушується здатність до вільного волевиявлення. При інших варіантах психопатологічні

механізми парафілії потребують найдетальнішої оцінки при вирішенні питання про неосудність з виділенням всіх ознак дизонтогенезу, які сприяють парафілії [130].

Якщо парафілії виникли при розладах особистості (психопатіях) або є самостійним видом психічної патології, експертна оцінка цих випадків є досить складною. Як відомо, за особливостями проявів парафілії поділяють на два типи – егодистонічний та егосинтонічний [85]. Егодистонічний тип – це такі порушення статевого потягу, коли пацієнт усвідомлює їх чужість особистості, відчуває провину, боротьбу мотивів при їх реалізації. До них відносяться обсессивні потяги, які частіше проявляються у фантазіях, уявленнях про збочені сексуальні дії. Реалізація девіантних актів відбувається досить рідко, супроводжуючись тяжкою боротьбою мотивів, а відбувається зазвичай на тлі психотравмуючих обставин, що ослабляють вольовий контроль поведінки. При цьому зберігається усвідомлення протиправності, карності дій. Такі особи, як правило, визнаються здатними усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій і керувати ними [131]. У випадках компульсивних потягів мова йде про виникнення неподоланного бажання до реалізації зміненої сексуальної потреби на тлі афективно-звуженої свідомості. Боротьба мотивів при цьому дуже нетривала. Пацієнт не в звозі протистояти своєму бажанню, хоча й розуміє його неприйнятність, аморальність, протиправність і карність. Зазвичай у цих випадках вирішується питання про осудність, проте безпосередній зв'язок правопорушення з парафілією, дії пацієнта під впливом зміненої сексуальної направленості, афективні порушення свідомості дозволяють спеціалістам говорити про те, що він не міг у повній мірі усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій і, головне, не міг у повній мірі ними керувати, контролювати їх. У цих випадках мова йде про обмежену осудність. Такі особи потребують відповідного лікування з метою профілактики їх повторних злочинних сексуальних дій [132].

Егосинтонічний тип розладів сексуального потягу полягає в тому, що ознаки перверсії повністю злилися з особистістю; є однією з її рис, часто

головною, ведучою (як у деяких осіб із садизмом). Ці особливості не сприймаються особистістю як чужі, у відношенні збочених потягів немає боротьби мотивів, опору їх реалізації. Такий тип розладів спостерігається у деяких серійних сексуальних убивць з ознаками садизму [133]. Як правило, при егосинтонічному типі парафілій здатність усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій та керувати ними зберігається [134].

Якщо інтелектуальний критерій обмеженої осудності означає, що особа не розуміє повною мірою фактичну сторону, тобто справжній сенс своєї поведінки, то вольовий критерій свідчить про такий ступінь руйнування психічним розладом вольової сфери людини, що вона не може керувати своїми діями (бездіяльністю). Це самостійний елемент, який і за відсутності інтелектуальної ознаки може свідчити про наявність юридичного (психологічного) критерію обмеженої осудності. Судова практика, а також дані досліджень у психіатрії і психології свідчать, що особа, що вчинила суспільно небезпечне діяння, при певному стані психіки усвідомлює фактичну сторону свого діяння, може усвідомлювати громадську небезпеку, як своїх дій, так і їх наслідків, проте не може повною мірою керувати своєю поведінкою. У таких випадках на підставі однієї лише вольової ознаки можна говорити про обмежену осудність. Нездатність повною мірою усвідомлювати свої дії (інтелектуальна ознака) завжди свідчить і про наявність вольового критерію – нездатності повною мірою керувати цими діями і, отже, про наявність юридичного критерію обмеженої осудності [52, 135].

Обмежена осудність є універсальною категорією, за допомогою якої можлива оцінка особливостей злочинів, що здійснюються особами з відхиленнями психіки, що не утворюють неосудності, зокрема, в ній знаходить своє відображення принцип справедливості відносно особи з обмеженими суб'єктивними можливостями [136-138]. Обмежена осудність відрізняється від осудності та неосудності тим, що обмежено осудна особа під час вчинення злочину не повною мірою усвідомлює свої дії та керує ними,

оскільки в неї наявний психічний розлад, який обмежує її інтелектуально-вольові можливості [119].

За даними І.І. Семенкової (2008), серед осіб, визнаних обмежено осудними (44 пацієнти), в клінічній структурі психічних розладів домінують три види патології: органічні психічні розлади (F01; F06; F07) – 35,2 %; розумова відсталість (F70) – 33,3 %; шизофренія й шизоафективні розлади (F20; F25) – 15,1 % [139]. У структурі протиправних дій осіб, визнаних обмежено осудними, злочини проти життя й здоров'я займають друге місце (28,3 %). Механізм протиправної поведінки обмежено осудних осіб містить переважання в структурі суспільно-небезпечних діянь ситуативно-імпульсивних і афектогенних мотивів протиправної поведінки; згорнутий характер вольового акту, із прийняттям рішення й вибором засобів протиправної діяльності під впливом ситуації, без адекватного прогнозу наслідків своїх суспільно небезпечних дій для себе й оточуючих. Таким чином, істотним аспектом стала відсутність достовірних відмінностей стану організації вольової діяльності в порівнюваних групах (130 осіб із психічними розладами, визнаних осудними – група порівняння), що підкреслює постійну присутність порушень вольової регуляції в структурі психічних розладів та підтверджується фактом їх кримінальної поведінки [139].

У психологічному механізмі вчинення злочину у стані обмеженої осудності відсутня чи вкрай обмежена боротьба мотивів, мотиви накладаються на цілі, домінує генералізоване емоційне збудження, між стадіями переважає односторонній зв'язок [119].

Для констатації осудності необхідно і достатньо виявити здатність до усвідомлено-вольової поведінки у тих межах, в яких готується, приймається і реалізується рішення про суспільно небезпечні діяння: усвідомлення конкретної цілі, шкоди, яку принесе її досягнення, готовність до певної поведінки, незважаючи на заборону; цілеспрямований вибір засобів та їх використання у певній ситуації. В цьому разі не потрібне виявлення наявності високого рівня інтелекту і волі або здатності простежити найближчі чи

віддалені наслідки своїх дій. При вирішенні питання про осудність виявляється базовий рівень інтелекту і волі, тобто мінімально значущий рівень, який у повній мірі притаманний в рамках конкретного поведінкового акту будь-якому суб'єкту, має він психічні аномалії або ні [140].

При дослідженні антиципаційної та вольової діяльності пацієнтів з розладами особистості (n=115; 27 хворих з шизоїдним розладом, 30 – з емоційно-нестійким, 29 – з істеричним, 29 – з тривожним), проведеному В. Schulte Holthausen та U. Habel (2018), були виявлені просторова, особистісно-ситуаційна і часова неспроможності, а також виражені відхилення від норми за такими параметрами, як подолання перешкод, які вказують на утруднення пацієнтів при подоланні фізичних перешкод, складності дії, новизни обстановки, внутрішніх станів (втома, хвороба), конкуруючих мотивів і цілей. Достатня прогностична компетентність передбачає малу вираженість вольових розладів, що свідчить о взаємовпливі антиципаційної та вольової діяльності, що забезпечує адекватну поведінку особистості [141].

Порушення психіки, які послабляють вольові механізми, сприяють тому, що статеві потреби, що виникають в осіб з такими порушеннями, частіше призводять до злочинної сексуальної, у тому числі насильницької, поведінки. Задоволення цієї потреби у таких осіб не регламентується соціальними нормами, заборонами або обмеженнями, тому шлях від появи потреби до власно дій з її реалізації коротший. Самі же дії досить примітивні, іноді раптові; вони частіше є непередуманими, дуже рідко спостерігається попереднє планування і ретельна підготовка злочину, приховання слідів злочину тощо [142]. Також отримані нейрофізіологічні дані (відмінності нейрофізіологічних механізмів лобової дисфункції у цих хворих), що свідчать про порушення функції програмування і контролю поведінки у хворих з девіантною сексуальною поведінкою (парафілією) [143].

Однією з найбільш актуальних проблем судової психіатрії є проблема фіксованих форм аномальної сексуальної поведінки, при яких реалізація девіантного потягу є неодноразовою. Відсоток повторних протиправних

сексуальних діянь достатньо високий – коливається у межах 30-75 % і останнім часом спостерігається тенденція до росту їх рецидивування [144, 145].

У значному ступені рецидивність сексуальних правопорушень співвідноситься із стереотиповістю аномальної сексуальної поведінки, яка є одним з критеріїв діагностики розладів сексуальних уподобань і включає в себе особливості вибору об'єкта сексуального уподобання, аномальної активності та території реалізації парафільних спонукань. Проте до теперішнього часу залишається відкритим питання, що стосується механізмів усвідомлено-вольової регуляції і фіксації пара філії в осіб з високим ступенем стереотиповості аномальної сексуальної поведінки [146-148].

Більшість авторів стереотиповість розглядають як один з варіантів психічної патології. Ясперс вказував, що при фіксованій поведінці психічне життя стає нерухомим, починає керуватися «невідв'язними» уявленнями [149]. В умовах, що змінюються, така поведінка є дезадаптивною та свідчить про відносну нездатність особистості в умовах вимог об'єктивної ситуації змінити свою психічну установку [150].

Експерт-психіатр дає висновок про психічний стан особи з точки зору наявності або відсутності у нього психічного розладу, причому такої глибини, яка виключає можливість усвідомлено вольового регулювання. Але для висновку про осудність-неосудність цього недостатньо, оскільки необхідно встановити факт здійснення саме цією особою суспільно небезпечного діяння, передбаченого кримінальним законодавством, а також співвіднести здатність до усвідомлено вольового регулювання не з поведінкою людини взагалі, а конкретно з інкримінованим йому діянням, що не входить в компетенцію експерта-психіатра, а отже, і висновок про осудність-неосудність залишається за межами його компетенції [151]. Суд, розглянувши матеріали кримінальної справи, виносить постанову про звільнення від кримінальної відповідальності і про застосування ПЗМХ.

1.2. Дослідження й аналіз наукових розробок для застосування примусових заходів медичного характеру для психічно хворих, які скоїли правопорушення на сексуальному підґрунті

Проблема потенційної суспільної небезпеки засуджених, що страждають на психічні розлади, має особливу актуальність з прийняттям ККУ, що встановив можливість застосування ПЗМХ, в тому числі до засуджених за злочини. Так, у ст. 96 (частини 1, 2) ККУ встановлено, що примусове лікування може бути застосоване судом, незалежно від призначеного покарання, до осіб, які вчинили злочини та мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб. У разі призначення покарання у виді позбавлення волі або обмеження волі примусове лікування здійснюється за місцем відбування покарання. У разі призначення інших видів покарань примусове лікування здійснюється у спеціальних лікувальних закладах [50].

Психічні розлади у рамках осудності вимагають диференційованої оцінки і обліку їх у кожному конкретному випадку. Неможливо передбачити всю різноманітність життєвих ситуацій, які у кожному конкретному випадку могли бути розцінені як пом'якшувальні. Тільки у тому випадку, коли психічні аномалії є істотним елементом в причинному зв'язку, який привів до скоєння злочину і настанню злочинного результату, суд, враховуючи усі обставини справи, може визнати їх пом'якшувальною обставиною. У справах осіб з психічним розладом, що не виключає осудності, суди враховують при призначенні покарання психічні розлади, пом'якшують покарання і можуть призначати ПЗМХ. Таким чином, основне покарання може призначатися в сукупності з ПЗМХ [152].

Як було наведено вище, суд виносить постанову про звільнення особи від кримінальної відповідальності і про застосування до нього ПЗМХ тільки після визнання доведеним, що діяння, заборонене кримінальним законом, здійснене цією особою в стані неосудності [153]. Обмежена осудність, за умови її зазначення в обвинувальному вирокі, надає можливість застосовувати до

суб'єкта злочину (добровільно чи примусово) відповідні корекційні заходи – як загальновиховні чи психологічно-корекційні, так і психіатрично-лікувальні [118]. Тобто, обмежена осудність є підставою для визначення умов тримання засуджених в місцях позбавлення волі та призначення ПЗМХ [119].

Застосування особливого порядку кримінального судочинства у справах цієї категорії обумовлено, з одного боку, необхідністю передбачити додаткові гарантії захисту прав осіб, що страждають важким психічним розладом і не здатних внаслідок цього самотійно захищати свої права та інтереси, що охороняються законом, а з іншого – своєрідністю предмета доказування і цілей застосування ПЗМХ [154]. У предмет доведення включено велике число фактів, встановлення яких необхідно для визначення ступеню, глибини і характеру психічного розладу особи, а також характеристики його особистості [154]. Наявність психічного розладу, його ступінь і характер, наскільки він є небезпечним для самої особи та інших осіб, можливість спричинення іншого суспільно небезпечного діяння може бути встановлено тільки за наявності висновків дослідженні цих питань експертами-психіатрами [156].

В Англії суд при вирішенні питання про звільнення обвинуваченого від кримінальної відповідальності і направлення його в спеціальний заклад використовує правила M'Naghten, суть яких полягає в наступному [157]:

1. Кожна людина презюмується душевно здоровою і володіє достатнім ступенем розумності для того, щоб нести відповідальність за скоєні злочини, поки зворотне не буде достовірно доведене.

2. Для звільнення від відповідальності через душевну хворобу повинно бути встановлено, що під час здійснення дій, з приводу яких він притягується до відповідальності, звинувачуваний діяв під впливом дефекту свідомості, що походить саме від душевної хвороби, що був не в змозі усвідомлювати природу і властивості дії, що ним здійснювалася, або (якщо усвідомлював) не був в змозі зрозуміти аморальність вчинку. Якщо обвинувачений усвідомлював, що не повинен був діяти таким чином і що його поведінка порушує закон, він повинен

бути покараний. Таким чином, критерієм є не здатність розрізняти хороше і погане взагалі, а ця здатність саме до вчиненої дії.

3. Якщо злочинне діяння було здійснено обвинуваченим під впливом маячних ідей про оточуючих, які затемнили для нього справжнє значення здійснюваної ним дії, обвинувачений підлягає відповідальності, якій він підлягав би, якщо б факти відповідали його уявленням про них [157].

Особи, що звільняються від кримінальної відповідальності на підставі правил M'Naghten, поміщаються в спеціальні лікувальні заклади психіатричного профілю, нерідко довічно. При цьому, англійське право розрізняє дві групи психічнохворих: 1) особи, на яких заборони кримінального права нездатні впливати, і відносно яких застосування покарань, передбачених в кримінальних законах є безглуздою жорстокістю; 2) особи, душевна хвороба яких така, що вони не дали б своїй хворобі волі, якби біля них знаходився полісмен. Відповідно, тільки перша група осіб звільняється від кримінальної відповідальності, для другої групи – можливо використання зменшеної кримінальної відповідальності [156-159].

На території США співіснують два види вироків в відношенні осіб, в законному порядку визнаних неосудними. В одних штатах ухвалюється вирок: “невинен з причини неосудності”, а в інших формулювання вироку має інший характер – “винен, але психічно хворий”. Вирок “невинен з причини неосудності” вважають більш небезпечним, ніж “винен, але психічно хворий”, оскільки особи, засуджені по першому виду вироків, не несуть ніякий кримінальної відповідальності і через деякий час можуть залишити психіатричні установи і знову здійснювати СНД [160]. Це відбувається через два чинники: 1) особи, засуджені до примусового лікування по неосудності, звільняються відповідно до тих же умов, що й інші громадяни, і мають право на відповідний процес і судові процедури. Їх права відповідають правам цивільних пацієнтів, що створює труднощі для більш тривалого утримання індивідуума у лікарні; 2) ефективність психіатричного лікування [161]. Тому американське суспільство менш сприйнятливо відносно до вироку “невинен з причини

неосудності”, оскільки тривалість примусового лікування в цьому випадку може бути виключно короткою, і звільнена людина може користуватися всіма правами звичайного громадянина, тому що формально юридично вона не здійснювала злочини. Винесення вердикту “невинен унаслідок неосудності” спричиняє направлення особи в психіатричний заклад закритого типу, умови в якому майже не відрізняються від тюремних. Саме тому обвинувачувані рідко користуються посиленням на неосудність, а ті, що роблять це (в основному у разі загрози смертного вироку або довічного тюремного ув’язнення), рідко досягають успіху [162].

Питання про конституційність застосування формулювання “винен, але психічно хворий” відносно осіб, визнаних неосудними в законному порядку, в США залишається відкритим. В цьому разі людина, що вчинила злочин, визнається винною, не зважаючи на психічне захворювання. Залишається незрозумілим, яким чином людина може бути визнаний винною, якщо вона у відповідності із законом вже визнана неосудною. Для присяжних такий вирок є певним компромісом. Вони визнають, що особа вчинила протиправне діяння і заслуговує покарання. Але, розуміючи, що йдеться не про звичайного підсудного, жюрі виносить не вердикт про повну винність: людина хоча й визнається винною, в той же час його психічна хвороба не дозволяє йому нести повну відповідальність за скоєне [163, 164]. На думку деяких американських авторів, при винесенні вироку “винен, але психічно хворий”, особи, визнані неосудними, не проходять ніякого спеціального курсу лікування і реабілітації, а залишаються ув’язненими протягом тривалого часу [165, 166].

Направлення особи, що страждає на психічний розлад, в психіатричний стаціонар в недобровольному порядку переслідує дві мети: медичну і правову. При цьому пріоритетним є лікування психічно хворих осіб або покращення їх психічного стану. Правовий аспект питання полягає в запобіганні скоєнню нових злочинних діянь. Проте у практичній діяльності останнє положення часто має визначальний характер при призначенні примусового лікування, а саме у виборі його виду і визначенні терміну. Рішення питань про термін

застосування ПЗМХ і наслідків застосування цих заходів відрізняється у законодавстві різних країн [167].

У США звинувачувани, відносно яких винесений виправдувальний вердикт з причини неосудності, не підлягають звільненню. У штаті Коннектикут у справах, де особа звільняється від кримінальної відповідальності за неосудністю, суддя визначає термін, протягом якого вона повинна знаходитися у психіатричному закладі, поки не буде визнана адекватно сприймаючою обставини вчиненого злочину. У цьому випадку суддя передає контроль над засудженим наглядовій раді штату до закінчення призначеного терміну. В інших штатах такі особи повинні утримуватися в психіатричній лікарні до тих пір, поки їх психічний стан не перестане бути суспільно небезпечним [166, 167]. У деяких штатах створені наглядові ради (review boards), на які покладаються піклування і відповідальність за осіб, що знаходяться на лікуванні після визнання їх неосудними. Ради спостерігають за лікуванням і можуть встановлювати умови, які мають бути виконані для того, щоб людина була відпущена з установи [168]. Слід зазначити, що в США навіть якщо підсудний засуджений і відбув призначений термін покарання, він може бути поміщений в психіатричну лікарню.

Зазвичай обґрунтуванням для утримання осіб до режимній установі не в кримінальному порядку служить те, що там їх лікуватимуть. Проте, відносно осіб, що здійснюють злочинні дії сексуального характеру, встановлено, що багато з них лікуванню не підлягають. В таких випадках у деяких штатах влада направляє цих людей до режимних установ – в інтересах безпеки суспільства [169].

Водночас, питання лікування злочинців, що скоїли сексуальні злочини, продовжують дискутуватися науковцями в усьому світі. Відмічають певну неадекватність підготовки фахівців щодо оцінки і лікування сексуальних відхилень в медичних і психіатричних закладах, і навіть в судових психіатричних асоціаціях, тобто розуміння, що лікування сексуальних

злочинців доступне і може бути успішним та ефективним потребує подальшого обґрунтування [170].

Для системи примусового лікування найбільш значимою є проблема критеріїв соціальної небезпеки, нерозривно пов'язана з розробкою об'єктивних показників актуальності девіантних потягів, що диктує необхідність створення комплексної програми динамічної діагностики патологічних сексуальних потягів [171].

Як наголошують В.П. Котов та М.М. Мальцева (2006) поняття “характер СНД” включає і оцінку ситуації, в якій воно здійснене, з врахуванням ролі додаткових зовнішніх чинників, що провокують СНД [172]. Автори пропонують підрозділяти негативно-особистісні психопатологічні механізми СНД на ініціативні СНД і ситуаційно спровоковані. При ініціативних механізмах СНД ймовірність здійснення діянь є безумовною і може досягати максимальної вираженості, такі хворі схильні до систематичного їх здійсненню. При сексуальних суспільно небезпечних діяннях такий механізм найбільш характерний при синтонічному відношенні до аномального сексуального потягу, коли критика наявних сексуальних розладів, а отже й боротьба з виникаючими потягами, відсутні. Миттєва готовність таких пацієнтів до небезпечних дій повинна впливати на вибір ПЗМХ [172]. Аналіз, проведений І.А. Басинською (2010), показав, що при ситуаційно спровокованих механізмах СНД обумовлене афективною нестійкістю, а також нездатністю хворих із-за інтелектуальної недостатності прийняти найбільш раціональне рішення [173].

Лікування і реабілітація ув'язнених відбувається на основі даних, отриманих в результаті психологічного обстеження [174]. Зміна сучасної концепції від “оцінки небезпеки” до “оцінки ризику” розширило спектр оцінки, включивши до нього середовищні, ситуаційні і соціальні впливи [175, 176], оскільки вплив психічного розладу на поведінку людини в юридично значущій ситуації опосередкується через особистісні і соціально-ситуаційні чинники. Водночас, досліджень, присвячених вивченню особливостей примусового лікування психічно хворих у закладах з різноманітними режимами нагляду (у

тому числі з посиленням), комплексній оцінці впливу соціально-середовищних та клінічних чинників на тривалість та успішність примусового лікування, якості життя і особливостей соціального функціонування пацієнтів бракує; не систематизовані дані про передумови та чинники скоєння СНД, не виділені індивідуально-психологічні маркери соціальної небезпеки хворих, відсутня однозначна оцінка ролі дефіцитарних і продуктивних психопатологічних розладів як найбільш ймовірних клінічних механізмів повторних СНД. Потребує удосконалення система реабілітації цього контингенту хворих з урахуванням тенденції до гуманізації і правового регулювання психіатричної допомоги [177, 178].

Практично всі дослідники поділяють думку, що анамнестичні дані повинні служити основою оцінки ризику насильства у психічно хворих. Такі параметри, як насильство у минулому, молодий вік на момент першого епізоду насильства, нестабільність взаємовідносин в сім'ї або її відсутність, проблеми з працевлаштуванням, зловживання психоактивними речовинами, наявність психотичної або психопатоподібної симптоматики, повинні враховуватися в прогнозуванні насильства і СНД в майбутньому. Психопатоподібні стани розглядаються як один з найбільш стійких криміногенних розладів.

А. Arteaga та співавт. (2021) досліджено молодих злочинців, що вчинили СНД, визнаних неосудними і направлених на примусове лікування в психіатричну лікарню із загальним і спеціальним типами спостереження [179]. Автори порівнювали нозологічну приналежність і правопорушення, здійснені хворими, розподіл скоєних протиправних діянь по статевій приналежності. За результатами дослідження зроблений висновок, що чоловіків, що вчинили насильство проти особистості (вбивство, нанесення тілесних ушкоджень, сексуальне насильство), більше, ніж жінок. Жінки з шизофренією здійснювали СНД по усіх видах злочинів, але переважали вбивства і тілесні ушкодження, також часто тілесні ушкодження зустрічалися у жінок з діагнозом деменції. Чоловіки з шизофренією беруть участь в усіх видах правопорушень з переважанням вбивств, тілесних ушкоджень і крадіжок, тоді як хворі з

розумовою відсталістю найчастіше беруть участь в крадіжках і часто помічені у скоєнні насильницьких дій [179].

Амбулаторна психіатрична допомога у примусовому порядку може надаватись обмежено осудному засудженому як у спеціальному медичному закладі, так і в медичних частинах спеціальних установ Державного департаменту з питань виконання покарань України, якщо засуджений відбуває покарання, пов'язане з обмеженням чи позбавленням волі. У цих установах особи проходять також медико-соціальну реабілітацію, оскільки унаслідок психічних розладів вони потребують створення умов для адаптації до режиму виправних установ [119, 180].

Примусове лікування в психіатричному стаціонарі загального типу може бути призначено особам: що скоїли СНД і знаходяться зараз в психотичному стані, у випадках відсутності виражених тенденцій до порушень лікарняного режиму і сприятливого прогнозу щодо терапевтичного купірування психозу; особам з явищами недоумства, іншими психічними розладами, що вчинили СНД, спровоковані зовнішніми обставинами; особам з тимчасовим психічним розладом, що розвинувся після скоєння СНД, але до оголошення вироку; особам, що пройшли примусове лікування в психіатричних стаціонарах спеціалізованого типу, у тому числі з інтенсивним спостереженням (в порядку зміни міри медичного характеру); хворим, що демонструють під час амбулаторного примусового лікування погіршення психічного стану і зростання суспільної небезпеки [181, 182].

Лікування в стаціонарі спеціалізованого типу рекомендується особам з хронічними психічними розладами чи недоумством, що виявляють схильність до повторних СНД; особам, що страждають на тимчасовий психічний розлад, що розвинувся після здійснення СНД, але до винесення вироку, у разі загрози здійснення нових діянь; особам з хронічними психічними розладами після примусового лікування в стаціонарі спеціалізованого типу з інтенсивним спостереженням; особам, що виявили під час застосування менш строгої міри погіршення психічного стану і зростання небезпеки скоєння СНД [183].

Примусове лікування в стаціонарі спеціалізованого типу з інтенсивним спостереженням рекомендоване особам, що представляють особливу небезпеку: з хронічними психічними розладами або недоумством, що виявляють тенденцію до скоєння повторних тяжких або особливо тяжких СНЗ; виявляють стійкі антисоціальні тенденції, що проявляється у скоєнні багатократних СНД і грубих порушеннях лікарняного режиму; особам, що страждають на тимчасовий психічний розлад, що розвинувся після здійснення СНД, у разі загрози здійснення ними нових тяжких діянь; при погіршенні психічного стану після попереднього лікування і/або при виникненні небезпеки, якщо це робить неможливим проведення призначених їм лікувально-реабілітаційних заходів в попередніх умовах і вимагає їх переведення в умови стаціонару спеціалізованого типу з інтенсивними умовами спостереження [184, 185].

У країнах, де по судовому рішенню направляють на лікування, зазвичай діє правило, за яким особа, що поміщається до психіатричної установи, у тому випадку, коли вона визнана неосудною, не може знаходитися там більше, ніж вона б отримала при покаранні у вигляді позбавлення волі за це правопорушення [186, 187].

Водночас, сьогодні значна частина питань, що стосуються виконання примусових медичних заходів, не може вирішуватися з опорою на чинне законодавство [188]. Так, вважається необхідним, в першу чергу, законодавчо проголосити загальне правило, що до осіб, до яких застосовуються ПЗМХ, застосовуються ті ж медичні методи обстеження і лікування, що й до всіх психічно хворим з аналогічними формами психічного розладу. Іншими словами, спочатку потрібно легалізувати принцип своєрідного “терапевтичного рівноправ'я” всіх без виключення психіатричних пацієнтів, і щоб подібного роду правові норми були викладені в законі, спеціально присвяченому виконанню примусових медичних заходів, а не були розсіяні у вигляді окремих норм по всьому медичному законодавству [189]. Обмежено осудній особі, на думку О.В. Зайцева, може бути призначена тільки амбулаторна психіатрична

допомога в примусовому порядку або госпіталізація до психіатричного закладу із звичайним наглядом. Неосудність особи служить підставою для призначення і застосування альтернативних примусових мір, передбачених розділом XI ККУ [53].

У деяких країнах немає такого поняття як ПЗМХ. Частіше там використовується визначення заходів безпеки, що набагато ширше по своєму охопленню, ніж ПЗМХ. Заходи безпеки застосовуються не лише до осіб, що скоїли злочини в стані порушеної психіки, але і до алкоголіків, наркоманів тощо [190].

Отже, численні дослідження демонструють, що визначення критеріїв вибору виду ПЗМХ, тобто обґрунтованість і достатність рекомендованої примусової міри медичного характеру, необхідно для підвищення якості профілактичних заходів в умовах примусового лікування.

1.3. Дослідження й аналіз наукових розробок в оцінці потерпілих внаслідок сексуального насильства

1.3.1. Дослідження й аналіз наукових розробок в оцінці віктимної поведінки потерпілих внаслідок сексуального насильства. Віктимологічні чинники відіграють істотну роль в генезисі злочинної поведінки, особливо в ситуації сексуального насильства, тому у багатьох сучасних дослідженнях мова йде про вину жертви у зародженні і розвитку злочинів [191-194]. На основі вивчення віктимологічних аспектів будується віктимологічна профілактика злочинів, з'являється можливість нівелювати наслідки перенесеної психотравми, а дослідження характеру відносин “злочинець-жертва” є необхідним практично у всіх випадках, коли вони можуть стати ключем до встановлення злочинця і мотивів злочину, причин і умов його здійснення [195, 196].

Різні типи життєвих ситуацій можуть надавати віктимогенну дію і приводити до психологічної віктимізації [197]. Так, питання про особистість

потерпілої має дуже важливе значення, оскільки проблеми взаємовідносин злочинця і його жертви до, в момент та після скоєння зґвалтування, поведінка та спосіб життя потерпілої сприяє оцінці системи рис, що характеризують жертв сексуального насильства. Потерпілих від зґвалтування традиційно поділяють на 2 групи: ті, чия поведінка в тому чи іншому ступені сприяла здійсненню злочину, була поштовхом до нього і ті, чия поведінка ніяк не сприяла здійсненню зґвалтування [198]. За даними R.Bongiorno та співав. (2020), поведінка 70 % жінок – жертв сексуальних домагань є нейтральною і лише 30 % своєю поведінкою провокують злочинні дії [199].

Виходячи з індивідуально-психологічних властивостей та якостей, що визначають віктимну поведінку розглядають [200]:

1. Універсально-віктимний тип: яскраво виражені риси характеру і поведінки (активної і пасивної), що обумовлюють потенціальну уразливість індивіда у відношенні різних видів злочинів;
2. Вибірково-віктимний тип: особи володіють високою парціальною уразливістю (тобто, у відношенні окремих видів злочинів);
3. Ситуативно-віктимний тип: формується в результаті збігу середнього рівня віктимного потенціалу і суб'єктивно непереборних зовнішніх обставин;
4. Випадково-віктимний тип: формується в результаті випадкового збігу об'єктивних обставин і умов;
5. Професійно-віктимний тип [200].

За визначенням D.Beichner та C.Spohn (2012), для виникнення віктимної поведінки необхідні певні умови, безпосередньо пов'язані з особливостями поведінки особистості, особливостями її індивідуально-психологічних якостей, а саме [201]: низький рівень емоційної стійкості, соціальної активності, впевненості в собі; висока фрустраційна напруженість; високий рівень емоційної нестабільності; порушення психічної адаптації; схильність до залежності, замкненість, довірливість, боязкість; схильність до зловживання алкоголем; нерозбірливість у виборі знайомих; статева розбещеність, нестійкі моральні принципи [201]. Водночас, С.Grossin та співавт. (2003),

проаналізувавши 418 випадків зґвалтувань, підкреслюють, що ймовірність стати жертвою збільшується не тільки при наявності або відсутності індивідуальних якостей, а й залежно від часу, місця, положення, в якому опинилася людина, від стану і настрою та ряду інших умов, що у сукупності створюють віктимну обстановку. Соціальний фактор впливає на набуті фізичні, психічні і соціальні риси і якості (фізичні вади, нездатність і неготовність до самозахисту, особлива зовнішність або привабливість), які можуть сприяти непередбачуваній криміногенній ситуації і створювати умови для перетворення індивіда у жертву злочину [202].

Зґвалтування становить підвищену суспільну небезпеку у зв'язку з необоротністю наслідків, заподіянням потерпілому глибокої фізичної, моральної й психічної шкоди. Найчастіше (у 70 % випадків) зґвалтування супроводжується інтенсивним застосуванням фізичного насильства або характеризується чиненням активного опору з боку потерпілого. Однак у ряді випадків (близько 20 %) потерпілий опору злочинцю не чинить, оскільки подавлений його психічним насильством (погрозами). Іноді потерпілий не чинить опору оскільки перебуває в безпорадному стані (близько 10 % випадків) [6, 7, 203]. У 24,6 % випадках завершених латентних зґвалтувань злочинці скористалися безпорадним станом потерпілих у результаті їх сильного алкогольного сп'яніння; в інших випадках гвалтівники застосували фізичну силу (64,6 %), іноді поєднану з погрозами розправи, зокрема фізичної (10,8 %). Причинами безпорадного стану потерпілих у більшості випадків є сильне алкогольне сп'яніння, значно рідше – наявність захворювань, малолітній вік та інші обставини [204, 205].

Потерпілий і особа, що здійснює насильство, представляють взаємопов'язані частини одного явища. Взаємозв'язок відбувається на психічному рівні з участю підсвідомості осіб, будучи при цьому елементом саморегулювання поведінки сторін [206]. Певні якості особистості, що характеризують її як жертву, сприяють віктимізації індивіда лише при взаємодії з особистісними характеристиками насильника, тобто причиною віктимної

поведінки можуть стати дії злочинця [207]. Відмічено, що потерпілого в деяких випадках слід розглядати як один з елементів передзлочинної ситуації. Разом з іншими її елементами потерпілий, взаємодіючи із злочинцем, може сприяти виробленню у нього вольового акту скоїти злочин, а також з'ясуванню ним наслідків своїх ймовірно злочинних дій. Як і майбутній злочинець, майбутній потерпілий часто оцінює ситуацію, що складається з точки зору своїх інтересів, в залежності від своїх моральних і психологічних особливостей, можливостей, своїх уявлень про неї, впливаючи на цю ситуацію [208].

Дослідження, проведені в різних країнах світу, демонструють, що положення можливої жертви, її спосіб життя, особливості поведінки в сукупності з формами і ступенем взаємозв'язків з потенційним правопорушником можуть сприяти зародженню в його свідомості злочинного задуму, стимулювати його антигромадську установку, визначати спосіб і засоби здійснення злочину. Причому жертва часто навіть не підозрює про це і не здатна вжити попереджуючих захисних заходів [209-211].

Під віктимною поведінкою розуміють негативну поведінку жертви, яка викликає протиправні дії злочинця; при цьому залежно від психічного відношення жертви до своєї поведінки автор виділяє свідому і несвідому, а з позиції її внутрішнього відношення до дій особи, що провокується, активну (пряму і непряму) і пасивну провокацію [212]. При дослідженні установки відносно жертви у сексуальних правопорушників автори підкреслюють, що уявлення сексуальних правопорушників про дії жертви та її переконання часто не відповідають їм в реальності: звичайна, не пов'язана з проявом сексуальності, поведінка жертви інтерпретується правопорушниками як провокуюча їх на вступ в сексуальний контакт [212, 213].

К.Плутіцькою (2012) проведено опитування працівників правоохоронних органів, однією метою якого було виявлення їх думки про причини та умови вчинення примушування до вступу в статевий зв'язок [214]. Уявлення співробітників поліції та прокуратури розподілились таким чином: віктимна поведінка потерпілої особи – 56,79 %; манера поведінки потерпілої особи

взагалі – 48,15 %; недостатній рівень статевого виховання – 44,44 %; падіння рівня суспільної моралі – 43,31 %; стиль одягу потерпілої особи – 37,04 %; відсутність економічної стабільності – 20,99 %; особисті життєві труднощі особи, яка вчиняє примушування до вступу в статевий зв'язок – 18,52 %; правовий нігілізм суспільства – 16,05 %; особисті життєві труднощі потерпілої особи – 16,05 % та інші. Таким чином, працівники правоохоронних органів у більшості випадків вбачають основні причини та умови вчинення примушування до вступу в статевий зв'язок саме в поведінці потерпілої особи [214].

Важливою в рамках нашого дослідження вважаємо наступну віктимологічну диференціацію: соціально-демографічну (вік, стать, сімейний і соціальний стан); культурно-освітню (рівень освіти, знання, навички, уміння); морально-психологічну (погляди, інтереси, потреби, емоційно-вольова характеристика) і поведінкову характеристики жертв сексуальних злочинів.

D.Mitchell та співавт. (2009) вважають, що раса і національність самі по собі не можуть визначати характер поведінки їх представників. Люди різних етносів відрізняються темпераментом і психікою, але ця відмінність не є основним детермінантом провокаційної поведінки [215].

Один з аспектів детермінації вчинення статевих злочинів полягає в тому, що чоловіки і жінки часом не розуміють один одного. Якщо жінка поводить себе розкуто, доброзичливо, чоловік може прийняти це за заохочення. Якщо жінка ігнорує знаки уваги, відмовчується – чоловік може розцінити це як сором'язливість, яку можна перебороти. І навіть агресивно-негативну поведінку жінки часом вважають миттєвою реакцією, і в чоловіка залишається надія, врешті-решт жінка погодиться на вступ у статевий зв'язок [216].

У дослідженні [216] визначені провокуючі форми поведінки жертв сексуального насильства різного віку. Пасивно-провокуюча поведінка, яка створює відчуття невинуватості сексуальної доступності, притаманна неповнолітнім жертвам (27,92 %). Активно-провокуюча форма, що передбачає створення ефекту надмірної сексапільності, неадекватного кокетства, флірту із

виключенням безпосереднього статевого акту, переважає у повнолітніх потерпілих (56,15 %). Проте, абсолютно “чистих” форм як активно-, так і пасивно-провокуючої поведінки автором не відмічено. У молодіжному середовищі більшість сексуальних злочинів (54,43 %) скоюють по типу dating violence (“швидкоплинних знайомств”) [217].

Малолітні (до 14 років) і неповнолітні (14-18 років) особи в силу властивих їм вікових особливостей, як правило, не здатні адекватно оцінювати передкримінальну ситуацію і регулювати свою поведінку відповідно до неї [218]. Вороною (2005) визначено, що умови виховання неповнолітніх 14-18 років, їх взаємовідносини з батьками та однолітками є факторами, які впливають на рівень їх віктимності [218]. Встановлено, що діти, які виховуються у сім'ях з низьким культурно-освітнім рівнем батьків, низьким рівнем матеріального достатку мають занижену самооцінку, через що рівень віктимності у них високий. Проте й дівчата, які живуть у сім'ях з високим матеріально-культурним рівнем, і мають завищену самооцінку, теж демонструють достатньо високу ступінь віктимності. Індивідуально-психологічними умовами та факторами віктимності є ціннісні орієнтації, комунікативна, мотиваційна й емоційно-вольова сфера і Я-концепція. Чим вище рівень віктимності, тим більшою мірою зазначені психологічні фактори відрізняються від нормативних показників [218]. Доведено, що визначення рівня віктимності слід проводити в осіб, які постраждали від сексуального злочину та в них немає негативних змін у психіці. Встановлено, що зґвалтування неповнолітніх призводить до виникнення у них посттравматичних стресових розладів, які можуть проявлятися через рік після скоєння злочину [218, 219].

Представляє певний інтерес характер взаємин злочинця з потерпілою. Так, у третині зґвалтувань була обрана випадкова жінка, напад на яку був раптовим, оскільки гвалтівник намагався залишитися невідомим і після вчиненого втік. У 15 % випадків злочинець знайомився з потерпілою напередодні вчинення злочину, полегшуючи таким чином сексуальний напад. В

обох випадках з боку винного переважало фізичне насильство, у результаті якого потерпілим заподіювалися тілесні ушкодження й психічні травми. Досить часто гвалтівники були знайомі з потерпілими за місцем проживання (29,1 %) або підтримували дружні стосунки. Сексуальне насильство з боку родичів (12,3 % зґвалтувань і 4,5 % замахів на зґвалтування) розподілилося приблизно порівну між батьками й вітчимами, братами, дядьками. Подружнє насильство мало місце у 2-3 % випадків [15, 24].

Поведінка, що є негативним елементом механізму зґвалтування, не завжди є критерієм негативної характеристики потерпілої. Не виключено, що це лише випадковий епізод в житті, збіг обставин (в цілому 78,5 % потерпілих характеризуються позитивно). Але певна частина жертв (21,5 %) характеризується негативно [220]. Підвищеною здатністю ставати жертвами кримінального насильства володіють особи, що характеризуються стійкою асоціальною поведінкою і морально-побутовою розбещеністю [221, 222]. Багато жертв зґвалтування характеризуються не лише провокаційною поведінкою перед здійсненням над ними насильства, але й легко піддаються спокусі, готові вступити у випадковий зв'язок, повеселитися за чужий рахунок тощо. Певною мірою це пов'язано і з матеріальною незабезпеченістю жінок, особливо молодого віку, що свідчить, що поведінка негативного характеру типова в першу чергу для потерпілих у віці до 25 років (більше 90 % негативної поведінки доводиться на потерпілих у віці до 25 років). Сприятливі ситуації для зґвалтування найчастіше створюють неповнолітні дівчата: в 7 випадках насильства з 10 [223].

У злочинців та їх жертв часто виявляються схожі деформації особистості і стереотипи поведінки. Дослідження потерпілих з негативною поведінкою свідчить, що в його основі лежать недоліки виховання, морального формування їх особистості та в цілому вплив мікросередовища [224]. Для потерпілих цієї групи характерні необачність, нерозбірливість і легковажність у знайомствах. Найчастіше жертва потрапляє в небезпечну ситуацію, не проявивши елементарного розуміння обставин, що складаються. Найбільш часті мотиви

таких знайомств наступні: бажання весело провести час, скористатися автомашиною, отримати можливість переночувати, стати утриманкою (коханкою), “помститися” іншому знайомому (викликати його ревності), вийти заміж, придбати різні речі тощо [225]. Нерідко ці знайомства не мотивовані, а викликані станом сп’яніння [226].

Людина з переважанням істеричних рис прагне притягнути і завоювати увагу оточуючих. Таким чином, егоцентризм призводить до рис, які могли б сприяти задоволенню потреби бути в центрі уваги. Такими рисами стають ексцентричність зовнішності, поведінки і висловлювань. Суть їх полягає в неординарних спробах представити себе в суспільстві, що відрізняються від буденної та традиційної поведінки. Для цього використовується яскравий, помітний одяг, макіяж тощо. Поведінка таких жінок носить гротескний характер з переважанням крайніх ступенів вираженості емоцій і пред’явлення їх оточуючим. Поведінка таких осіб мінлива і непостійна, вони схильні до різкої зміни і лабільності своєї поведінки. Внаслідок цього часто відзначається непослідовність вчинків, їх залежність від ситуативних факторів і, зокрема, від оточення. У поведінці внаслідок пошуку визнання з боку соціуму відзначається театральність, неприродність, химерність, манірність [227, 228].

З метою привертання уваги до себе жінка з демонстративними рисами характеру схильна до декларування власної гіперсексуальності. У розмовах нею активно експлуатується сексуальна тема, що може сприйматися чоловіками як запрошення до інтимного спілкування [229, 230].

Для жінок з астеничними рисами характеру властиве ухилення від будь-якої відповідальності, підпорядкування власних потреб потребам інших, а також підвищена емотивність. Така жінка, як правило, боїться мати власну думку, самостійності та відчуває безпорадність в самотності. Вона схильна орієнтуватися на думки оточення, підкорятися їх волі і жити їх інтересами. Жінка-астеник пасивна, безініціативна, задовольняється тим, що є доступним, не докладає ніяких зусиль, щоб щось змінити у своєму житті. Разом з цим, в

структуру астеничного характеру входить сентиментальність, жалісливість, нездатність постояти за себе або чинити опір [231].

Таким чином, віктимологічні чинники грають істотну роль в генезисі злочинної поведінки, особливо в ситуації сексуального насильства. Для жертв кримінально-насильницьких дій характерна наявність певного комплексу соціально-демографічних та морально-психологічних ознак, поява яких за певних обставин детермінує їхню типову поведінку і пов'язану з цією поведінкою більшу ймовірність, ніж в інших осіб, стати жертвою насильницьких дій. Особистість і поведінка жертв сексуальних злочинів суттєво впливають на мотивацію злочинної поведінки і ситуацію, в якій воно здійснюється. Тільки комплексне і всебічне вивчення особистості злочинця і його жертви, їх взаємовідносин, об'єктивної ролі, яку кожен з них грав в протиправному акті, дозволяє зробити висновок про відповідальність винного в злочині, а також встановити обставини, сприяючі його здійсненню. В той же час знання особистісних особливостей жертви, її ролі в розвитку злочину, аналіз і характеристика стосунків між злочинцем і потерпілих з позицій властивостей жертви та її поведінки значно розширюють можливості профілактичних програм, спрямованих на віктимологічне попередження зґвалтувань. Віктимологічна профілактика є важливим елементом раціональної системи віктимологічного наряду попереджувальних дій на злочинність шляхом усунення віктимогенних чинників злочинної поведінки, нарівні з іншим її елементом – діяльністю, спрямованою на усунення негативних наслідків від злочинної поведінки [232, 233].

1.3.2. Дослідження й аналіз наукових розробок в оцінки психічного стану потерпілих внаслідок сексуального насильства. В широкому значенні сексуальне насильство визначають як використання людини іншою особою для отримання сексуального задоволення, тобто сексуальне насильство припускає не тільки пряме здійснення статевого акту [234, 235]. Сенса насильства полягає в тому, що людина, яка стала його жертвою, поза власної волі стає об'єктом

задоволення сексуального бажання іншого. При цьому фахівці підкреслюють, що сексуальне насильство завжди супроводжується приниженням, відчуттям ображеної гідності, втратою незалежності, неможливістю ухилитися від ситуації, що має сексуальний підтекст. Таке широке трактування поняття «сексуальне насильство» обумовлено тим, що різні сексуально забарвлені стимули викликають у різних людей психічні травми з різними як за часом, так і за силою впливу, наслідками [236, 237].

Специфіка і значущість злочинів, пов'язаних з сексуальним насильством, полягає в наступному [238, 239]: сексуальні злочини викликають у жертв тяжкі переживання, вплив яких може зберігатися протягом всього життя, впливаючи на самосприйняття та сприйняття світу, на стосунки з іншими людьми, в тому числі, що особливо важливо, з представниками протилежної статі, на сімейні стосунки. Такі посягання, викликаючи глибокі душевні травми, здатні привести до самогубств, в інших випадках – до формування небезпечних соматичних і психічних захворювань [238, 239].

Емоційні наслідки у жінок, що перенесли насильницький статевий акт або спробу зґвалтування, A.W.Burgess (1985) названо синдромом травми зґвалтування [240]. За висновками автора, цей синдром має дві фази. Перша, гостра фаза, починається одразу після зґвалтування і може тривати кілька годин, днів або тижнів. У перші години реакція жінки може бути експресивною або стриманою. При експресивній реакції вона плаче і явно показує свої емоційні переживання; при стриманій реакції відмічається пригніченість і розгубленість, проте пізніше може настати експресивна форма реакції [240]. Серед почуттів, характерних для гострої фази, N.C. Feeny та співавт. (2000) називають страх, сором, злість, нервозність, відчуття провини і безсилля [241]. Характерним також є специфічне відчуття “брудного тіла”, на яке вказують жертви насильства або його спроб, що проявляється переживанням власної неповноцінності, травми власного Я, різкого падіння самооцінки і самоповаги. В особливо тяжких випадках відмічають формування уривчастих сенситивних ідей самозвинувачення [242-244].

Друга фаза (тривала фаза реорганізації) може тривати кілька років. При цьому жінки часто випробовують страх, нервозність, побоювання за можливу помсту з боку злочинця. Досить часто, у жінок виникає негативне відношення до сексуальним стосункам, особливо до статевого акту [245]. За даними L.A. Zoellner та співавт. (2000), 40 % жертв насильницького статевого акту не допускали сексуальних контактів протягом 6 місяців – 1 року після нападу, а у 3/4 жінок зниження частоти статевих актів після зґвалтування тривало протягом 4-6 років. Сексуальна дисфункція проявлялася у різкому зниженні сексуального бажання, появою страху перед статевим контактом, також виникають проблеми у досягненні оргазму, больові відчуття під час коїтусу і вагінізм [246].

Дослідження В. Кришталя та С. Григорян демонструє, що зґвалтування більше впливає на психологічний аспект сексуального життя, ніж на фізичні реакції. У жертв зґвалтування сексуальні дотики і розмови на теми статевого життя асоціюються з отриманою психотравмою і тому сексуальні психостимули скоріше викликають тривогу, ніж сексуальне бажання чи збудження [247].

I. Малкіна-Пих виділяє наступні стадії реакції на зґвалтування, які розрізняються по тривалості та інтенсивності психічних процесів [248]:

1. Стадія передчуття або загрози, коли жінка відчуває небезпеку ситуації. Зазвичай включаються механізми психологічного захисту, що створюють ілюзію невразливості, але все-таки залишається ясне розуміння ситуації, необхідне для фактичного захисту.

2. Стадія зіткнення, коли відбувається дезадаптація, ступінь якої залежить від інтенсивності травми і від адаптаційних можливостей. У цій стадії виникають вазомоторні і емоційні порушення. У жертв зґвалтування – це приголомшення, приголомшення, звуження свідомості, автоматизовані стереотипні дії та інші прояви переляку.

3. Стадія віддачі, під час якої поступово відновлюються нормальні емоції, розуміння себе і свого місця у світі, пам'ять і самоконтроль. Майбутнє залишається неясним, може зростати почуття підлеглості. Жінка починає

розуміти свої адаптивні і дезадаптивні реакції, замислюється про них. Від того, чи відчуває вона себе здатною самостійно впоратися з стресом, залежать наслідки не лише цієї кризової ситуації, але й реакція на стреси в майбутньому, що прямо впливає на самооцінку. Якщо є психологічна підтримка, жінка не відчуває себе повністю покинутою і безпорадною. Проте близькі нерідко намагаються зробити вигляд, що нічого не сталося, радять забути цей випадок (один із способів поведінки в стресовій ситуації). Характерна особливість психологічного стану після зґвалтування – відсутність гніву, що відкрито виражається, що на думку автора, може бути пов'язано із загальноприйнятими нормами – вважається, що жінка не має бути агресивною.

4. Стадія відновлення, коли міняються погляди на майбутнє. Захисні механізми, що забезпечують відчуття невразливості, втрачені, і в разі повторного переживання насильства може знижуватися самооцінка. Тоді жінка починає звинувачувати себе в тому, що не змогла передбачити небезпеку, не звернула на неї увагу [248].

Як правило, через боязнь розголошення і сором не звертаються у правоохоронні органи жінки старші за 25 років, з вищою освітою, з хорошим матеріальним статком, що не мають серйозних тілесних ушкоджень. Незвертання до правоохоронних органів заміжніх жінок і жінок старшої вікової групи пов'язано не стільки з боязню розголосу, скільки через схильність до самозвинувачення, внаслідок чого у майбутньому в них можуть виникати неврози і фобії “нез'ясованої етіології” [249, 250].

Переживання чоловіків – жертв сексуального насильства у цілому схожі з подібними переживаннями жінок, проте відмічають й певні відмінності. Гетеросексуальні чоловіки-жертви більш глибоко та міцно переконуються у втраті своїх чоловічих якостей, в той час як гомосексуальні чоловіки-жертви, подібно до жінок, можуть випробовувати переляк і відразу при подальших звичайних для них сексуальних відношеннях і часто вражають себе винними у недостатньо ефективному опорі [251, 252].

Н.Шаповаловою (2006) досліджені характерологічні і особистісні риси жінок віком від 25 до 40 років з психологічними наслідками зґвалтування, перенесеного у дитячому або підлітковому віці (n=64) [182]. Всі жінки були заміжніми, а за допомогою звернулися з приводу подружньої дезадаптації. Встановлено, що, з одного боку, жінки, що стали жертвами сексуальних злочинів у дитячому і підлітковому віці, мають особистісні риси і явно виражені акцентуації характеру, які могли сприяти виникненню у них поведінки, що провокує насилля. Перш за все, це – демонстративна акцентуація (45,0 % обстежених), або такі акцентуації, які роблять їх безпомічними, тим самим полегшуючі виникнення ситуації насилля: це – емотивна (17,0 %), тривожна (8,0 %), дистимічна (5,0 %) акцентуації. З іншого боку, перенесене насилля призводить до загострення характерологічних рис, поглиблюючи його наслідки і створюючи передумови для формування дезадаптації жінок у шлюбі [253]. Таким чином, сексуальне насильство, перенесене в підлітковому віці, може призводити до розладів поведінки і формування специфічних розладів особистості у дорослих жінок. Наслідки сексуального насильства реалізуються за наявності у жертв певних особливостей характеру, що сприяють віктимній поведінці та формуванню поведінкових, особистісних та сексуальних розладів [254]. Психотерапевтична корекція наслідків сексуального насильства повинна складати систему, що ґрунтується на принципах комплексності, диференційованості, етапності і впливає на всі компоненти сексуального здоров'я: анатомо-фізіологічний, соціальний, психологічний, соціально-психологічний [255, 256].

1.4. Дослідження й аналіз наукових підходів до вирішення проблеми профілактики скоєння правопорушень на сексуальному підґрунті

На сучасному рівні знань щодо проблеми статевих злочинів спостерігається ряд нових тенденцій в плануванні профілактичних заходів, спрямованих на їх запобігання [257-259].

На всіх етапах вивчення сексуальних деліктів головна роль в профілактиці статевих злочинів відводилася правильному вихованню, психіатричному спостереженню і контролю з боку правоохоронних органів [260, 261]. Так, в США традиційно основна роль в цьому процесі відводиться громадським організаціям, психологам, численним службам “довіри”, службам екстреної психологічної допомоги та іншим, в основному недержавним закладам. Більшість цих структур ведуть діяльність незалежно одна від одної або створюються відповідні координаційні комітети. У Європі велика роль відводиться педагогічним установам і спеціалізованим медичним центрам [262].

Останнім часом спостерігається тенденція до посилення державного і суспільного контролю у відношенні осіб, що скоїли сексуальні злочини [263, 264]. Так, у США до роботи національної онлайнової бази даних осіб, що вчинили сексуальні злочини, приєдналися всі 50 штатів. Йдеться про “Закон Меган”, що отримав свою назву від імені 7-річної дитини, яку згвалтував і вбив сусід. Інформація про сексуальних злочинців оновлюється в режимі реального часу і містить відомості про більш ніж півмільйона осіб даної категорії. Фінансованим урядом сайтом можуть користуватися не лише правоохоронні або інші державні органи, але й громадяни. На сайті є опис фізичних даних сексуальних злочинців, їх фото, список і обставини здійснених ними злочинів, модель їх автомобіля, місце роботи і домашня адреса. Передбачена обов’язкова щорічна впродовж десяти років перереєстрація цих осіб. Також американці використовують електронне “стеження” за злочинцями [265]. Подібні заходи здійснюються й в інших країнах. Так, сексуальні маніяки в Австралії, що відбули термін покарання у в’язницях і достроково вийшли на свободу, носять спеціальні електронні браслети STAR, що дозволяють поліції контролювати їх пересування цілодобово. Як тільки така людина опиняється поблизу від школи або медичного центру, GPS-навігатор негайно відправляє злочинцю електронне нагадування про те, що йому не можна знаходитися в тому місці. Одночасно з цим SMS-повідомлення буде направлено і в поліцію [266].

Фахівці вважають, що окрім лікування осіб, що виявляють сексуальні поведінкові розлади, разом із стаціонарною психіатричною допомогою слід розвивати служби психотерапевтичної допомоги [267]. В основу психокорекційної роботи з обмежено осудними злочинцями повинен бути покладений принцип поєднання та взаємодії психіатричних, психологічних, педагогічних, соціальних та медичних заходів, спрямованих на зближення спеціально-кримінологічних і медико-реабілітаційних програм. Така профілактика полягає у комплексній діяльності, а саме – у компенсації аномалій, забезпеченні успішної ресоціалізації особи з урахуванням стану її психічного здоров'я. Організація необхідного психолого-психіатричного супроводження дозволить в процесі відбування покарання створювати спеціальні умови праці та побуту, здійснювати контроль за колом спілкування, надавати психологічну, психіатричну (медичну) та педагогічну допомогу з урахуванням особливостей встановленої психічної аномалії. Тому у висновку судово-психіатричних та комплексних психолого-психіатричних експертиз повинні бути відображені два блоки відомостей: про особливості прояву та динаміки психічної аномалії та 2) рекомендації щодо здійснення корекційного впливу [118, 268].

У дослідженні І. Бабюк та співавт. (2004) показано, що система психотерапевтичної корекції психосексуального і соматостатевого розвитку осіб з неврозами і психопатіями повинна бути спрямована на ліквідацію психогенних факторів, що привели до порушення процесу спілкування внаслідок наявності певних характерологічних особливостей та нівелювання неадекватних форм сексуальної поведінки [269].

А. Чуприков та Б. Цуприк (2012) підкреслюють, що виявлення і залучення до лікування потенційно небезпечних, з високим ризиком скоєння сексуальних правопорушень осіб, є окремим профілактичним завданням. До таких осіб перш за все відносять хворих з розладами статевого потягу (садизм, педофілії, некрофілії, некросадизм, ексгібіціонізм тощо). Ці патосексуальні особливості можуть бути виявлені як на доклінічному, так і на клінічному рівні,

причому клінічний рівень може як передувати докримінальній стадії, так і застосовуватися на кримінальній стадії, коли людина вже реалізувала свій аномальний кримінальний потяг злочинним шляхом [270].

Оскільки парафілії, як правило, сприяють серійному характеру правопорушень, то профілактика в цьому випадку є профілактикою серійних злочинів [271]. Профілактичні заходи поділяють на первинну і вторинну профілактику [272]. Деякі дослідники [273] виділяють й третинну профілактику.

Первинна профілактика направлена на осіб, що страждають на парафілію на до клінічному етапі або на перед кримінальній стадії клінічного етапу, а її метою є попередження кримінальної поведінки [274]. Метою вторинної профілактики є попередження злочинного діяння особами, що вже скоїли сексуальне правопорушення, і, таким чином, попередити виникнення серії [270]. Особливу увагу приділяють особам, що звільнилися з міст позбавлення свободи, де вони відбували покарання за сексуальний злочин. Як правило, сексуальні рецидиви при серійному розвитку скоюють через 2-10 місяців після звільнення [275]. Первинна і вторинна профілактика передбачає психокорекцію і психотерапію, правову, трудову і сімейну реабілітацію [276].

Основним завданням третинної профілактики є попередження посилення тяжкості злочинів при серії, що вже почалася, а також переривання серії. Ця профілактична програма розрахована на тяжкі випадки і направлена на осіб, засуджених за багатоепізодичні злочини проти статевої недоторканості, а також осіб, що скоюють латентні серійні злочини і звертаються по допомогу. Формою третинної профілактики є медикаментозне лікування, доповнене реабілітаційними заходами первинної і третинної профілактики [276, 277]. Водночас, в Україні система профілактики злочинів проти статевої недоторканості осіб з психічними розладами не створена.

Ю.Антонаян [278] виділяє ряд ознак, що характеризують вибірку осіб, схильних скоювати сексуальні злочини, окреслюючи тим самим основні точки прикладення сил для профілактики сексуальних злочинів. Насилля здійснюють перш за все особи, що відносяться, на думку автора, до наступних груп ризику

[278]: особи, в сім'ї яких є душевнохворі або батьки страждають на алкоголізм чи наркоманію; підлітки, що виховуються без нагляду, педагогічно запуснені діти, підлітки, які вживають алкоголь і наркотики; особи, що здійснювали в дитинстві або ранньому підлітковому віці сексуальні “проступки”; особи з аномаліями психіки, особи з проявом гіперсексуальності, схильні до перверсних дій; особи, що здійснювали спроби самогубства за сексуальними мотивами; особи, схильні до насильницьких дій, що виявляють певні сексуальні риси; особи, що раніше при були притягнуті до відповідальності за правопорушення сексуального характеру [278].

О. Зайцевим та співавт. [279] обґрунтована, розроблена та впроваджена в практику система комплексних заходів щодо вчасної діагностики, лікування та профілактики психічних розладів неспсихотичного регістру у молодих сексуальних правопорушників. Вона включала три етапи – діагностичний (за допомогою розробленого методичного забезпечення), лікувально-адаптаційний (психотерапевтична корекція – когнітивно-поведінкова психотерапія, сексуально-мотиваційний тренінг), реабілітаційний (ресоціалізаційний тренінг). Первинна профілактика передбачала запобігання формуванню неспсихотичних психічних розладів, усунення дії чинників ризику, що призводять до порушень соматостатевого та психосексуального розвитку, підвищення рівня соціальної, психологічної і сексуально-поведінкової адаптації. Вторинна профілактика містила попередження загострень, декомпенсації та рецидивів психічної патології і сексуальних розладів, які обумовлюють кримінальну сексуальну поведінку. Третинна профілактика передбачала реадaptaцію молодого людини в суспільстві, реабілітацію гармонійної статевої поведінки, а також забезпечувала ресоціалізацію осіб, які скоїли сексуальне правопорушення [279].

Ю.Никифоровим (2004) розроблена система реабілітаційних заходів, спрямована на профілактику можливих рецидивів СНД хворими на шизофренію (n=388), включаючи традиційні і сучасні методи когнітивної терапії і соціального тренінгу [178]. Вона повинна передбачати рішення питань емоційної підтримки, покращення комунікативних навичок, формування

компенсаторних механізмів подолання наростаючої дефіцитарної симптоматики, адекватного відношення до хворобливих переживань, функціональну оцінку психосоціальних можливостей пацієнтів та використання методів, спрямованих на попередження їх соціального виключення та корекцію порушень у різних сферах рольової поведінки. Нормалізації соціального функціонування хворих сприяє також розвиток різних форм психологічної підтримки у період примусового лікування і у близькому оточенні в позалікарняних умовах. Ефективність даної реабілітаційної програми виявилась у значному скороченні середньої тривалості примусового лікування (54,9 % хворих) і рецидивів суспільно небезпечних дій (6,0 % хворих). Група хворих, які отримували традиційне лікування, відрізнялась меншою питомою вагою осіб з відносно недовгочасними термінами госпіталізації (38,8 %), а повторні СНД скоїли 16,0 % хворих [178].

Висновок до розділу 1

Проведено дослідження та аналіз наукових підходів до вирішення проблеми осудності, обмеженої осудності та неосудності при розладах сексуального потягу, інтелектуального та вольового критерію “неосудності” й “обмеженої осудності” при аномальній сексуальній поведінці. Здійснено вивчення наукових розробок в царині застосування примусових заходів медичного характеру для психічно хворих, які скоїли правопорушення на сексуальному підґрунті. Визначені основні положення наукових підходів в оцінці психічного стану та віктимної поведінки потерпілих внаслідок сексуального насильства. Проведено аналіз наукових підходів до вирішення проблеми профілактики скоєння кримінальних правопорушень на сексуальному підґрунті.

Встановлено, що досі не розроблені чіткі критерії судово-психіатричної оцінки психічних розладів у осіб, які скоїли сексуальні правопорушення, зокрема “обмеженої осудності”, застосування заходів медичного характеру.

З аналізу наукових досліджень випливає, що у деяких країнах немає такого поняття як примусові заходи медичного характеру. Частіше там використовується визначення заходів безпеки, що набагато ширше по своєму охопленню, ніж примусові заходи медичного характеру. Численні дослідження демонструють, що визначення критеріїв вибору виду примусових заходів медичного характеру, тобто обґрунтованість і достатність рекомендованої примусової міри медичного характеру, необхідно для підвищення якості профілактичних заходів в умовах примусового лікування. Тому наукове дослідження з цього приводу є вкрай актуальним для сьогоденної судово-психіатричної практики.

Таким чином, вищенаведене свідчить про необхідність пошуку нових шляхів у дослідженні критеріїв судово-психіатричної оцінки осіб, які скоїли кримінальні правопорушення на сексуальному підґрунті та застосування заходів медичного характеру відносно даних осіб.

РОЗДІЛ 2

ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРІАЛУ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна та клініко-соціальна характеристика підозрюваних та обвинувачених підекспертних

Дослідження ґрунтується на основі аналізу суцільної вибірки з підекспертних, які скоїли кримінальні правопорушення на сексуальному підґрунті та перебували на СПЕ в Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи з 2000 р. по 2015 р. (протягом 16 років), усього вивчено 287 підекспертних. Також проводилося дослідження потерпілих у рамках виконання СПЕ за даний проміжок часу для вивчення питання можливої віктимної поведінки з їхнього боку, їхніх характерологічних особливостей, що допоможе при дослідженні питання мотивації протиправного діяння та можливих заходів профілактичного характеру, вивчено 70 потерпілих.

Збір інформації проводився шляхом вкопіювання даних з різних офіційних документів (медичні карти стаціонарного хворого, матеріали кримінальної справи, акти СПЕ) в спеціально розроблену карту обстеження, що містить загальні відомості про підекспертного й експертизу, анамнестичні, соціально-демографічні, клінічні й індивідуально-психологічні особливості підекспертних, дані про особу потерпілого, кримінал і посткримінальну ситуацію, поведінку підекспертного в період проведення СПЕ.

З метою визначення взаємозв'язку між ступенем порушення можливості усвідомлювати свої дії та керувати ними та вирішенням експертних питань усі спостереження були розподілені на 3 групи: 1 (200 спостережень) – підекспертні, визнані “осудними”; 2 (14 спостережень) – підекспертні, визнані “неосудними”; 3 (73 спостереження) – “обмежено осудні”. Остання була штучно сформована з групи “осудних” (1-а), виходячи з концепції “обмеженої осудності”.

Ця концепція базується на системному підході до поняття “обмежена осудність”, що розроблявся в українській судовій психіатрії В.Б. Первомайським [291], О.А. Ревенком [292]. Вітчизняна концепція обмеженої осудності ґрунтується на доведеній позиції нерозривної, генетичної єдності свідомості та діяльності. Згідно з цим будь-який психічний розлад виявляється через діяльність особи в мікро- та макросоціумі, де лишаються відповідні відбитки. Отже, дослідження соціуму або, в нашому випадку, кримінальної ситуації, стає обов’язковим. Ступінь тяжкості психічного розладу встановлюється через його відбиття в певних елементах кримінальної дії.

Діагностика розладів сексуальної переваги (парафілій), визначення їхніх форм і типів проводилися згідно з критеріями діагностики Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) [293]. Спільними діагностичними критеріями розладів сексуальної переваги (парафілій) є наступні: девіації сексуальні (від – збиватися зі шляху; синоніми – парафілії, парapatії, парерозії, сексуальні парастезії, перверситети) – різні форми відхилень від загальноприйнятих у рамках даної етнічної культури форм статевої поведінки.

Основні групи девіацій описуються в МКХ-10 у групі діагнозів F65 (Клас V – Психічні розлади та розлади поведінки, Розлади особистості та поведінки в зрілому віці, Розлади сексуальної переваги). Девіації (парафілії) не є варіантами сексуальної орієнтації.

Діагностика сексуальних девіацій. У літературі вказуються наступні критерії, за наявності яких сексуальна девіація визнається захворюванням і потребує лікування: неодноразове повторення девіантних сексуальних переживань протягом мінімум 6 місяців; вчинення девіантних дій або наявність девіантних фантазій завдає хворому страждання, шкоди його соціальному благополуччю (звільнення з роботи, покарання за вчинення антигромадських вчинків); відсутні ознаки інших психічних розладів; першопричиною відхилень не є зловживання алкоголем або наркотиками; вчинення перверзних дій в

умовах втрати контролю над власною поведінкою, незважаючи на можливі несприятливі наслідки.

У разі, якщо такі ознаки відсутні, діагноз розладу сексуальної переваги «парафілії» не ставиться; відхилення сексуальної поведінки від соціальної норми не вимагає медичного втручання, якщо воно не завдає шкоди соціальному благополуччю суб'єкта. Вчинення девіантних сексуальних дій може бути пов'язане з наявністю психічних розладів. Нерідко неадекватні сексуальні дії поєднуються з епілептичними нападами, залежною поведінкою (клептоманією, піроманією), спостерігаються в суб'єктів з ОУГМ. У цих випадках встановлюється діагноз, що відповідає основному захворюванню, виходячи з характеру якого й здійснюється лікування.

Класифікація сексуальних девіацій. Загальноприйнятої класифікації сексуальних девіацій у науці не вироблено, категорії, що використовуються, залежать від наукової школи та напряму клінічної діяльності (урологія, гінекологія, психіатрія тощо).

Польський сексолог З. Старович, наприклад, класифікував сексуальні девіації наступним чином [29].

За об'єктом сексуального потягу: фетишизм, пігмаліонізм, нарцисизм, аутомоносексуалізм, апотемнофілія, гетерохромофілія, ретифізм, екскрементофілія, некрофілія, трансвестизм, цистовестизм, гомесвестизм, педофілія, геронтофілія, зоофілія.

За способом досягнення сексуального задоволення: садизм, вампіризм, флагеляція, саліроманія, мазохізм, танатофілія, ексгібіціонізм, кандаулезизм, фроттаж, вуайєризм, апотемнофілія, клизмофілія.

Крім того, автор виділяв складні сексуальні девіації, “нетипові сексуальні відхилення” (патологічний аутоеротизм, оралізм, аналізм, гомосексуалізм, бісексуалізм, інцест, сексуальне насильство, проституція) та “порушення статевої аутоідентифікації” (транссексуалізм, синдром нерозрізнення сексуального об'єкта).

Поширеність сексуальних девіацій у людській популяції по-різному оцінюється різними дослідниками. Оцінка поширеності тих чи інших психологічних феноменів дуже сильно варіює залежно від охоплених дослідженням груп, їхніх соціальних і національних особливостей, а також від методики обстеження, структури опитувального листа тощо. Згідно з даними Mc Cary [294], прояви садизму відзначаються в 5 % чоловіків і 2 % жінок, мазохізму – 2,5 % і 4,6 % відповідно, трансвестизму – 1 % людей.

Віднесення тих чи інших форм сексуальних проявів до девіантних відбувається по-різному в різних країнах і в різні часи. Гомосексуальність раніше розцінювалася офіційною медициною як одна з форм сексуальних девіацій. Нині цей погляд офіційно переглянутий, з МКХ-10 гомосексуальність виключена. Водночас з виключенням гомосексуальності зі списку патологій згодні не всі фахівці.

Включення до класифікації тих чи інших форм парафілій у вигляді самостійного таксона чи лише згадки в збірній групі залежить від наукового підходу. Б. Винокуров [295], наприклад, схильний пояснювати перенесення зоофілії до основного переліку в DSM-III, причому зі згадуванням жіночої зоофілії, впливом товариств із захисту тварин, які в США користуються певним авторитетом. У DSM-III-R і DSM-IV зоофілія знову була позбавлена положення самостійного таксона й опинилася в збірній групі “атипових парафілій”. Трансвестизм у DSM-III був загально віднесений до парафілій. Лише в DSM-III-R як варіант парафілії був залишений тільки трансвеститський фетишизм, тоді як трансвестизм подвійної ролі був віднесений до розладів статевої ідентичності та зайняв місце поруч з транссексуалізмом, що було відтворено в МКХ-10. У DSM-IV в описі трансвеститського фетишизму не згадується про мастурбації, а йдеться лише про перевдягання в сукні іншої статі, що викликає статево збудження. На відміну від МКХ-10, DSM-III та DSM-IV відносно садизму та мазохізму використовують уточнення “сексуальний”, оскільки здійснювалися спроби вживання даних позначень щодо певних особистісних типів. Остання група “атипових парафілій” складалася з простого

перерахування (за англійською абеткою) всіх перверсій, що раніше не були виділені окремо (копрофілія, фроттеризм, клізмафілія, мізофілія, некрофілія, урофілія). У DSM-III-R до цього переліку були додані зоофілія та телефонна скатологія, причому останню в DSM-IV навіть передбачалося виділити в особливий таксон, що не було зроблено. У DSM-III-R також були внесені уточнення щодо діагностики педофілії: педофілом могла вважатися тільки особа старше 16 років, а об'єкт його потягу повинен бути молодшим за неї не менше, ніж на 5 років, і взагалі не старше 13 років. Були виділені два типи педофілії – ексклюзивний (потяг тільки до дітей) і не ексклюзивний (і до дітей, і до дорослих). DSM-IV також передбачає розподіл залежно від спрямованості педофільного потягу: до дівчаток, хлопчиків, тих та інших, окремо – обмежений інцестом. Згідно з МКХ-10 (F65.4), педофілія – це постійний або переважний сексуальний потяг до дітей, зазвичай препубертатного чи раннього пубертатного віку. Також вказується, що може існувати перевага певної статі, а можуть бути одночасно привабливими діти обох статей. Відзначається, що педофілія рідко виявляється в жінок. Вказується, що соціально засуджені контакти між дорослими та статевозрілими особами юнацького віку, особливо одностатевими, необов'язково є проявами педофілії. Одноразова дія, особливо за умови суб'єкта юнацького віку, не свідчить про постійну та домінуючу перевагу, необхідну для встановлення діагнозу. Обов'язковими для визначення діагнозу вважаються досягнення суб'єктом щонайменше 16-річного віку та наявність 5-річної різниці з об'єктом. Водночас обумовлюється, що дана діагностична категорія включає тих чоловіків, які, незважаючи на переважання дорослих сексуальних партнерів, через постійні фрустрації при встановленні відповідних контактів звично звертаються в якості заміни до педофільного об'єкта. Діагноз педофілії також може бути встановлений щодо чоловіків, які сексуально зазіхають на власних дітей препубертатного віку, в тих випадках, коли вони виявляють домагання і до інших дітей.

Загальна нозологічна структура психічних розладів досліджуваного контингенту відповідала наступним критеріям і рубрикам МКХ-10: органічні,

включно з симптоматичними, розлади психіки (F00-F09); шизофренія (F20); шизотипові розлади (F21); гострі та транзиторні маячні розлади (F23, F24); шизоафективні розлади (F25); хронічні та інші психотичні розлади (F22, F28, F29); афективні розлади (F30-F39); невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-F48); поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (F50-F59); розлади особистості та поведінки в зрілому віці (F60-69); розумова відсталість (F70-79); розлади психологічного розвитку, поведінки та емоцій дитячого і підліткового віку (F80-89, F90-98); розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю (F10.0-F10.9); розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних, інших психоактивних речовин (F11-F19).

Дизайн дослідження наведений на рис. 2.1.

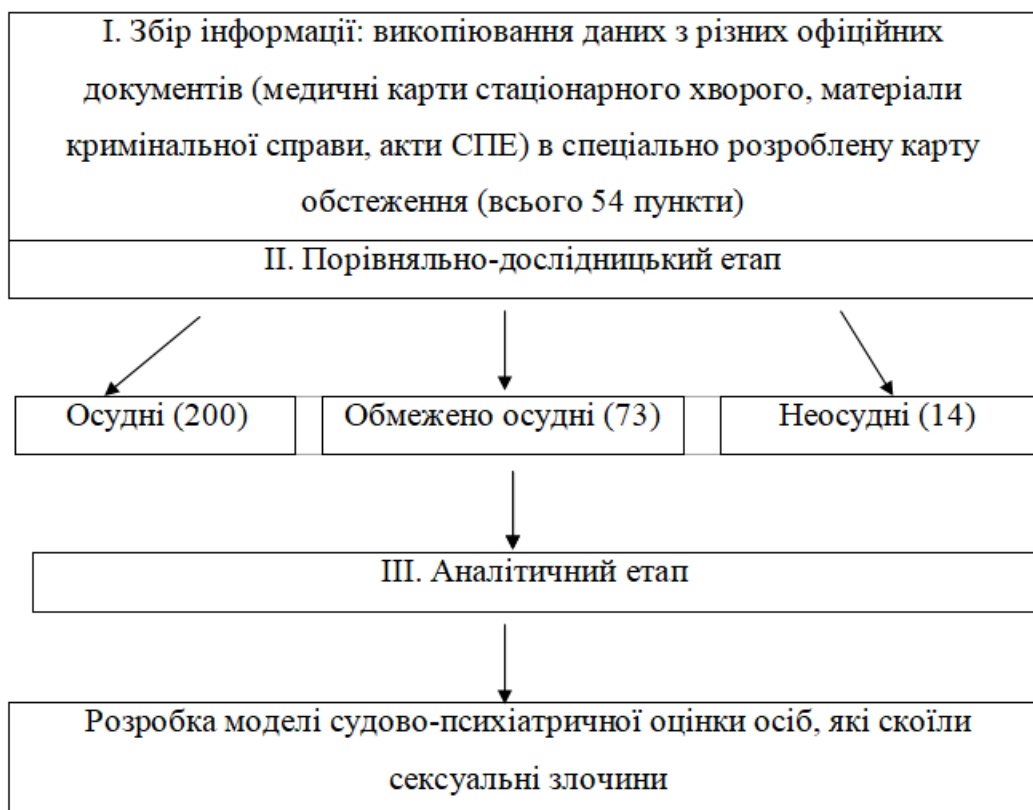


Рис. 2.1. Дизайн дослідження.

На 1 етапі всі дані на підекспертних вносилися в карту спостереження, яка мала 54 пункти (стать, вік, діагноз, освіта, сімейний стан, вид судово-психіатричної експертизи, статті ККУ та інше).

На 2 етапі-порівняльно-дослідницькому, з урахуванням кореляційного аналізу, всі досліджені були розподілені на 3 групи порівняння: осудні, неосудні, обмежено осудні.

На 3 аналітичному етапі проводилася статистична обробка отриманих даних, були виділені критерії обмеженої осудності та застосування примусових заходів медичного характеру, було розроблено алгоритм судово-психіатричної оцінки психічних розладів осіб, які скоїли сексуальні кримінальні правопорушення.

На 4 етапі з урахуванням отриманих результатів була розроблена модель судово-психіатричної оцінки психічних розладів осіб, які скоїли сексуальні кримінальні правопорушення.

Розподіл вибірки за статтю наведений у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Розподіл вибірки за статтю

Стать	Частота
Чоловіча	284
Жіноча	3
Усього	287

За статтю переважали чоловіки – 99 %, жінки склали 1 % від усіх досліджених.

Розподіл вибірки за формою СПЕ представлений у табл. 2.2.

59,6 % досліджених були під час амбулаторної судово-психіатричної експертизи (СПЕ) та 40,4 % – стаціонарної СПЕ.

Таблиця 2.2

Розподіл вибірки за формою судово-психіатричної експертизи

СПЕ	Частота	%
Амбулаторна	171	59,6
Стаціонарна	116	40,4
Усього	287	100,0

Розподіл підекспертних за попереднім проходженням СПЕ наведений у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Розподіл підекспертних за попереднім проходженням судово-психіатричної експертизи

СПЕ	Частота	%
Так	61	21,3
Ні	226	78,7
Усього	287	100

78,7 % підекспертних раніше не проходили СПЕ, тільки 21,3 % – проходили. Розподіл підекспертних за видом СПЕ представлений у табл. 2.4.

Таблиця 2.4

Розподіл підекспертних за видом судово-психіатричної експертизи

СПЕ	Частота	%
Первинна	282	98,3
Повторна	3	1,0
Додаткова	2	0,7
Усього	287	100

Первинну експертизу проходило 98,3 % підекспертних, 1 % – повторну і тільки 0,7 % – додаткову експертизу. Серед підекспертних середню спеціальну освіту мали 110 (38,3 %) осіб, середню – 75 (26,1 %), неповну середню – 48 (16,7 %), вищу – 32 (11,1 %), незакінчену вищу – 13 (4,5 %), у спецшколі-інтернаті для дітей з затримкою психічного розвитку навчалися 6 (2,1 %), спецшколі-інтернаті для дітей з порушенням поведінки – 2 (0,7 %), дані не вказані в 1 (0,3 %) (рис. 2.2).

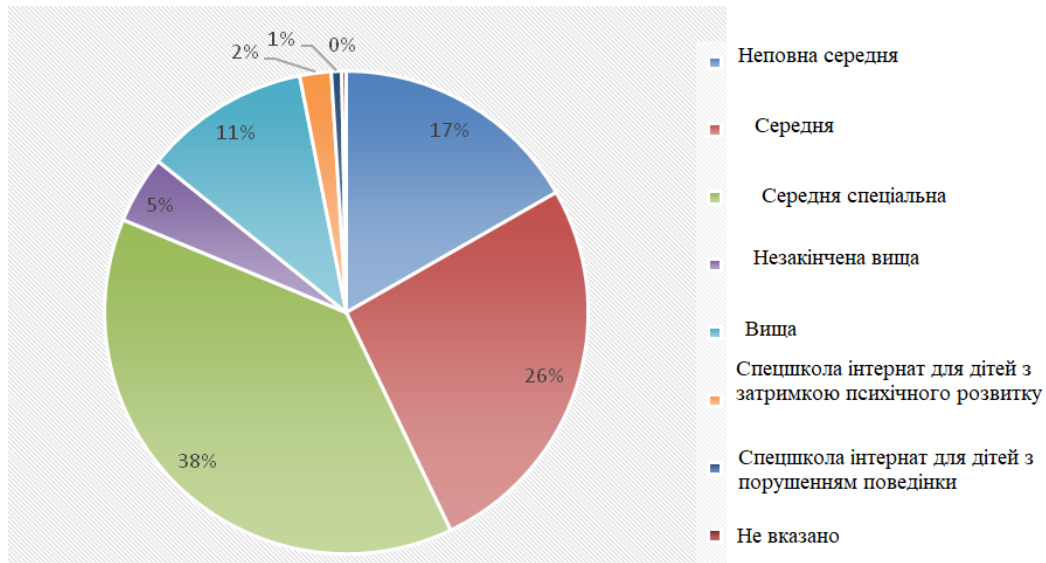


Рис. 2.2. Розподіл підозрюваних за освітою.

За сімейним станом неодруженими/незаміжніми були 173 (60,3 %) підозрюваних, одруженими – 57 (19,9 %), розлученими – 35 (12,2 %), у цивільному шлюбі – 22 (7,7 %) (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Розподіл вибірки за сімейним станом

Сімейний стан	Частота	%
Розлучений/розлучена	35	12,2
Неодружений/незаміжня	173	60,3
Цивільний шлюб	22	7,7
Одружений	57	19,9
Усього	287	100

Постійне місце роботи мали 132 (46,0 %) досліджуваних, не працювали 104 (36,2 %), епізодичними заробітками займалися 26 (9,1 %), працювали, але не за фахом 25 (8,7 %) (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Розподіл вибірки за відношенням до праці

Відношення до праці	Частота	%
Працює	132	46,0
Не працює	104	36,2
Епізодичні заробітки	26	9,1
Працює не за фахом	25	8,7
Усього	287	100

Раніше не були судимими 165 (57,1 %) досліджуваних, судимими – 124 (42,9 %).

Більшість досліджуваних були психічно здоровими 196 (68,3 %), але у 16 (4,8 %) психічно здорових був виявлений розлад сексуальної переваги. У 25 (8,7 %) випадках були виявлені психічні розлади внаслідок органічного ураження головного мозку (ОУГМ) резидуального генезу з психоорганічним синдромом, в 12 (4,2 %) – розлад особистості (РО) емоційно-нестійкий, імпульсивний тип; в 10 (3,5 %) – розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності; 9 (3,1 %) – Органічний емоційно лабільний (астенічний розлад) внаслідок черепно-мозкової травми (ЧМТ); 8 (2,8 %) – Розумова відсталість легкого ступеня з значними емоційно-вольовими порушеннями; 7 (2,4 %) – шизофренія параноїдна, безперервний тип перебігу; 3 (1,0 %) – ОУГМ внаслідок нейроінфекції з легким психоорганічним синдромом; 3 (1,0 %) – РО емоційно-нестійкий, межовий тип; 3 (1,0 %) – Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин групи опіоїдів, синдром залежності; 2 (0,7 %) – органічний РО; 2 (0,7 %) – Розумова відсталість помірного ступеня зі значними емоційно-вольовими порушеннями; 1 (0,3 %) – ананкастний РО; 1 (0,3 %) –

шизофренія проста; 1 (0,3 %) – шизоафективний розлад, маніакальний тип; 1 (0,3 %) – Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин групи стимуляторів (псевдоефедрон), синдром залежності; 1 (0,3 %) – Деменція внаслідок епілепсії; 1 (0,3 %) – Органічний розлад особистості та поведінки внаслідок епілепсії (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Розподіл підекспертних за діагнозом

Діагноз	Частота	%
Органічний емоційно-лабільний (астенічний) розлад внаслідок ЧМТ (F06.6)	9	3,1
Психічні розлади внаслідок ОУГМ резидуального генезу з психоорганічним синдромом (F07.9)	25	8,7
Психічні розлади внаслідок ОУГМ нейроінфекційного генезу з легким психоорганічним синдромом (F07.8)	3	1,0
Органічний розлад особистості (F07.0)	2	0,7
Органічний розлад особистості та поведінки внаслідок епілепсії (F07.8;G40)	2	0,6
Деменція внаслідок епілепсії (F01.8;G40)	1	0,3
РО емоційно-нестійкий, межовий тип (F60.3)	12	4,2
РО емоційно-нестійкий, імпульсивний тип (F60.3)	3	1,0
РО ананкастний (F60.5)	1	0,3
Розумова відсталість легкого ступеня з емоційно-вольовими порушеннями(F70.0)	8	2,8
Розумова відсталість помірного ступеня зі значними емоційно-вольовими порушеннями (F71.1)	2	0,7

Діагноз	Частота	%
Шизофренія параноїдна, безперервний тип перебігу (F20.00)	7	2,4
Шизофренія проста (F20.6)	1	0,3
Шизоафективний розлад, маніакальний тип (F25.0)	1	0,3
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності (F10.24)	10	3,5
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин групи опіоїдів,синдром залежності (F11.24)	3	1,0
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин групи стимуляторів (псевдоефедрон),синдром залежності (F15.24)	1	0,3
Психічно здоровий	196	68,3
Усього	287	100

У 242 (84,3 %) випадках діагноз був встановлений у період проведення СПЕ, 45 (15,7 %) – до неї.

У більшості досліджуваних не були виявлені викривлення сексуального потягу (194; 67,1 %). На педофілію страждали 91 (31,5 %) підекспертний, геронтофілію – 3 (1,0 %), некрофілію – 1 (0,3 %), садизм – 5 (1,5 %), ексгібіціонізм – 14 (4,2 %) (табл. 2.8).

Розподіл підекспертних за викривленням сексуального потягу

Викривлення сексуального потягу	Частота	%
Педофілія	91	31,5
Некрофілія	1	0,3
Геронтофілія	3	1,0
Садизм	5	1,5
Ексігібіціонізм	14	4,2
Немає	180	61,5
Усього	287	100

56 (19,4 %) обстежуваних були притягнуті до кримінальної відповідальності за статтею 152 ч. 1 ККУ-згвалтування; 39 (13,5 %) – 153 ч. 2 – сексуальне насильство; 32 (11,1 %) – 156 ч. 2 – сексуальне розбещення неповнолітніх; 30 (10,4 %) – 152 ч. 3 – згвалтування; 28 (9,7 %) – 153 ч. 1 – сексуальне насильство; 15 (5,2 %) – 156 ч. 1 – сексуальне розбещення неповнолітніх; 13 (4,5 %) – 152 ч. 1 та 15 ч. 3 – згвалтування; 12 (4,2 %) – 153 та 156 – сексуальне насильство, сексуальне розбещення неповнолітніх; 11 (3,8 %) – 153 ч. 3 – сексуальне насильство; 10 (3,5 %) – 152 ч. 2 – згвалтування; 7 (2,4 %) – 115 і 152 – вбивство та згвалтування; 6 (2,1 %) – 15, 153 – замах на сексуальне насильство; 12 (4,2 %) – 152 та 186 – згвалтування та грабїж; 5 (1,7 %) – 153 ч. 4 – сексуальне насильство; 1 (0,3 %) – 115 – вбивство, 152 – згвалтування, 185 – крадіжка; 1 (0,3 %) – 115, 152, 187 – вбивство, згвалтування, розбїй; 1 (0,3 %) – 152, 162 – згвалтування та проникнення в житло (табл. 2.9). У 173 (59,9 %) випадках під час скоєння СНД підекспертний був у стані алкогольного сп'яніння, 116 (40,1 %) – ні.

Майже в усіх випадках (282; 97,6 %) обстеження на вміст алкоголю проведене не було, 75 (2,4 %) – було.

Розподіл підекспертних за статтями Кримінального кодексу України

Стаття ККУ	Частота	%
152 ч. 1, 15 ч. 3	13	4,5
152 ч. 1	56	19,4
152 ч. 2	10	3,5
152 ч. 3	30	10,4
152 ч. 4	15	5,2
153 ч. 1	28	9,7
153 ч. 2	39	13,5
153 ч. 3	11	3,8
153 ч. 4	1	0,3
156 ч. 1	15	5,2
156 ч. 2	32	11,1
115, 152	7	2,4
153, 156	12	4,2
115, 152, 185	1	0,3
152, 186	5	1,7
115, 152, 187	1	0,3
152, 162	1	0,3
15, 153	12	4,2
Усього	287	100

СНД в складі групи були скоєні в 28 (9,7 %) випадках, однією особою – 261 (90,3 %).

Раніше спланованих СНД було 70 (24,5 %), ситуаційних – 217 (75,5 %) (табл. 2.10).

Розподіл підекспертних за плануванням суспільно-небезпечних діянь

СНД	Частота	%
Раніше сплановане	70	24,5
Ситуаційне	217	75,5
Усього	287	100

Майже всі досліджувані вдавалися до дій для приховання скоєного злочину (284; 99,0 %), тільки 3 (1,0 %) цього не робили. Більшість підекспертних не потребували ЗМХ (200; 69,9 %). Загострення сексуального потягу в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння спостерігалось в 134 (46,7 %) випадках, корислива мотивація – 62 (21,5 %), корисно-насильницька – 54 (19,0 %), імпульсивна – 18 (6,2 %), агресивна – 15 (5,2 %), галюцинаторно-маячна симптоматика – 4 (1,4 %) (табл. 2.11).

Розподіл підекспертних за мотивацією суспільно-небезпечного діяння

Мотивація СНД	Частота	%
Галюцинаторно-маячна	4	1,4
Імпульсивна	18	6,2
Корислива	62	21,5
Агресивна	15	5,2
Корисно-насильницька	54	19
Загострення сексуального потягу в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння	134	46,7
Усього	287	100

103 (35,6 %) СНД були скоєні в квартирах, 76 (26,3 %) – на вулиці, 17 (5,9 %) – у лісопарковій зоні, 16 (5,5 %) – під'їзді, 9 (3,1 %) – полі, лісі, 5 (1,7 %) – школі, 5 (1,7 %) – на горищі, 4 (1,4 %) – у ліфті, 3 (1,0 %) – лікарні, 2 (0,7 %) – кіоску, 49 (17,0 %) – іншій будівлі(рис. 2.3).

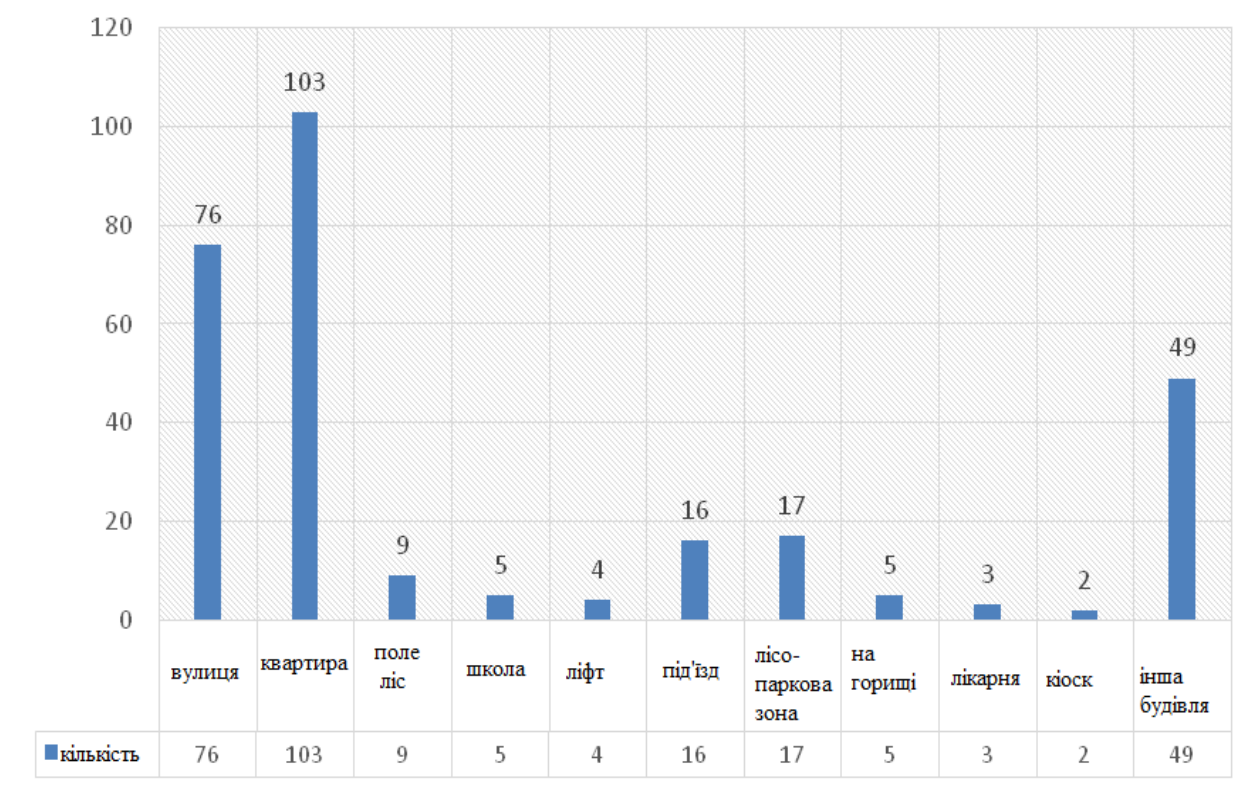


Рис. 2.3. Розподіл підекспертних за місцем скоєння суспільно-небезпечних діянь.

Вночі (з 24.00) були скоєні 51 (17,6 %) СНД, увечері (до 23.00) – 49 (17,0 %), вдень – 37 (12,8 %), зранку – 13 (4,5 %), не вказано – 137 (48,1 %) (табл. 2.12). У більшості СНД зняряддяне було (244; 84,4 %). За допомогою ножа були скоєні 27 (9,3 %) випадків, пляшки – 5 (1,7 %), мотузки – 2 (0,7 %), іншого – 11 (3,8 %) (рис. 2.4).

Розподіл підекспертних за часом скоєння суспільно-небезпечного діяння

Час скоєння СНД	Частота	%
Ранок (до 12.00)	13	4,5
День (до 18.00)	37	12,8
Вечір (до 23.00)	49	17,0
Ніч (з 24.00)	51	17,6
Не вказано	137	48,1
Усього	287	100

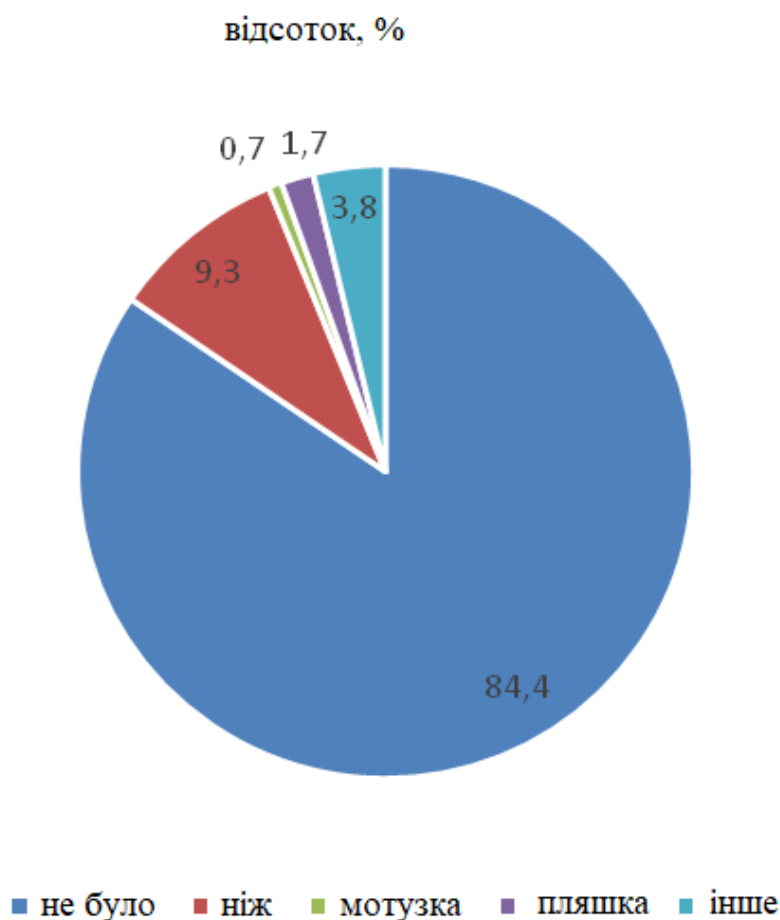


Рис. 2.4. Розподіл підекспертних за знаряддям суспільно-небезпечного діяння.

131 (45,3 %) досліджуваний під час проведення СПЕ заперечував факт скоєння СНД, 79 (27,3 %) – визнавали частково, 63 (21,8 %) – визнавали факт і жалкували про скоєне. Симулятивна поведінка спостерігалася в 6 (2,1 %) випадках, агравація – 2 (0,7 %) (табл. 2.13).

Таблиця 2.13

**Розподіл підекспертних за поведінкою під час
судово-психіатричної експертизи**

Поведінка під час СПЕ	Частота	%
Симуляція	6	2,1
Агравація	2	0,7
Немає	8	2,8
Заперечує факт СНД	131	45,3
Визнає СНД частково	79	27,3
Визнає факт СНД, жалкує про скоєне	63	21,8
Усього	287	100

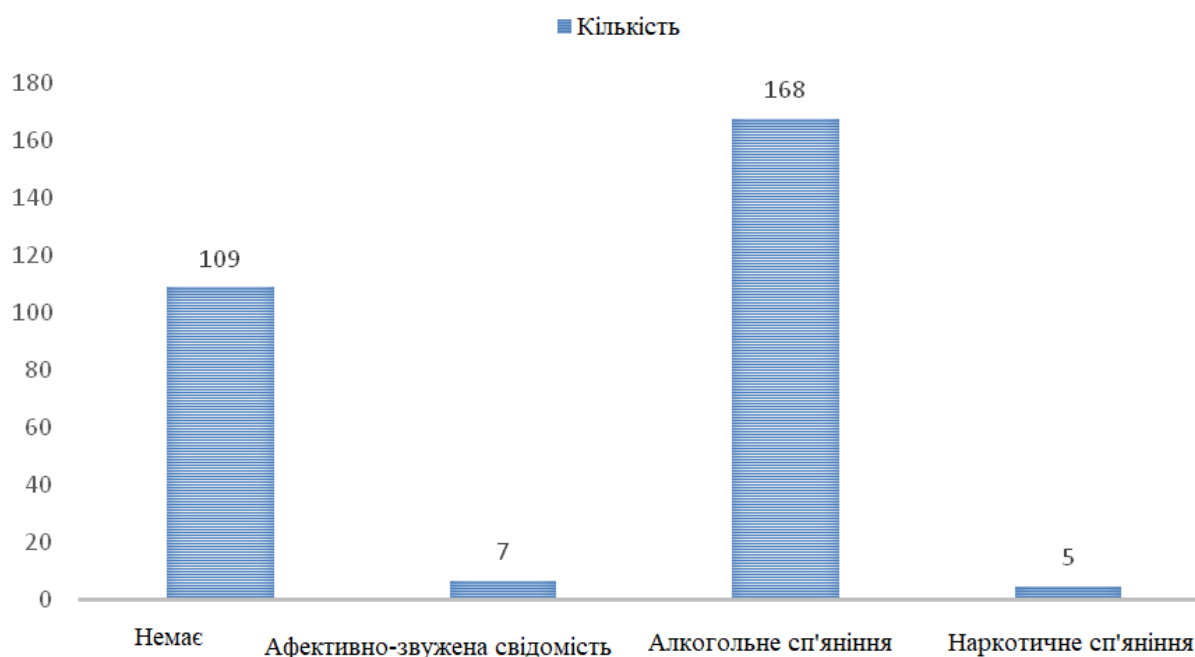


Рис. 2.5. Розподіл підекспертних за порушенням сприйняття на період суспільно-небезпечного діяння.

У більшості випадків не було зареєстровано жодних тілесних ушкоджень (185; 64,0 %). Легкі тілесні ушкодження спостерігалися в 77 (26,6 %) підекспертних, середньої тяжкості – 12 (4,2 %), вбивство – 14 (4,8 %), удушення – 1 (0,3 %) (рис. 2.6).

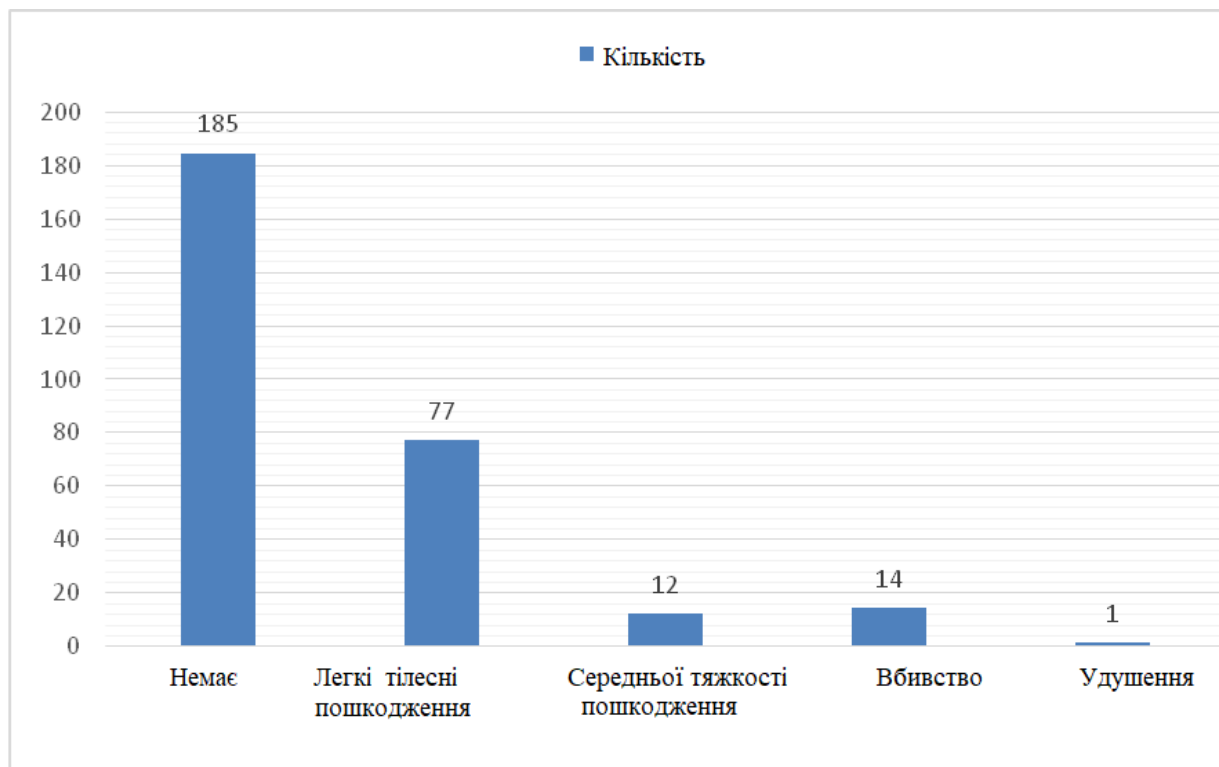


Рис. 2.6. Розподіл підекспертних за наявністю тілесних ушкоджень.

У більшості СНД був скоєний насильницький статевий акт: класичний у 169 (58,5 %) випадках, анальний – 41 (14,2 %). Спостерігалися 22 (7,6 %) спроби зґвалтування. Оральний насильницький статевий акт відмічався в 15 (5,2 %) випадках, ексгібіціонізм і мастурбація – 13 (4,5 %), змішаний насильницький статевий акт – 9 (3,1 %), торкання статевих органів потерпілої – 8 (2,8 %), фотографування статевих органів потерпілої – 4 (1,4 %), орогенітальний насильницький статевий акт – 4 (1,4 %), пересилання порно-фото – 2 (0,7 %), введення пальців у піхву потерпілої – 2 (0,7 %) (рис. 2.7).

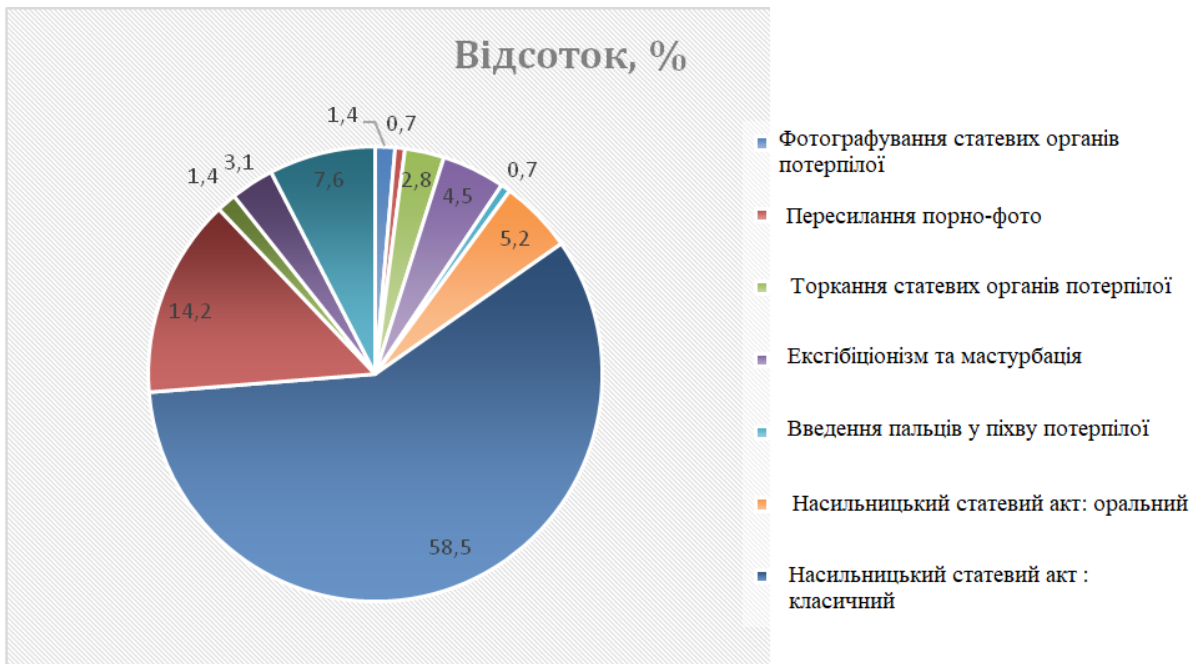


Рис. 2.7. Розподіл підекспертних за формою поведінки під час суспільно-небезпечного діяння.

У більшості випадків поведінка після скоєння СНД була послідовною та логічною (281; 97,9 %). Неадекватна поведінка, що полягала у викрикуванні дивакуватих слів, спостерігалася в 5 (1,7 %) осіб. Заснув біля жертви 1 (0,3 %) підекспертний. 264 (92,0 %) досліджуваних все пам'ятали після СНД, 23 (8,0 %) – частково забули події.

У 180 (63,0 %) випадках досліджувані не були знайомі з потерпілими, 89 (30,8 %) – наочно знайомі, 10 (3,5 %) потерпілих були доньками підекспертних, 7 (2,4 %) – пасербицями, 1 (0,3 %) – сусідкою (рис. 2.8).

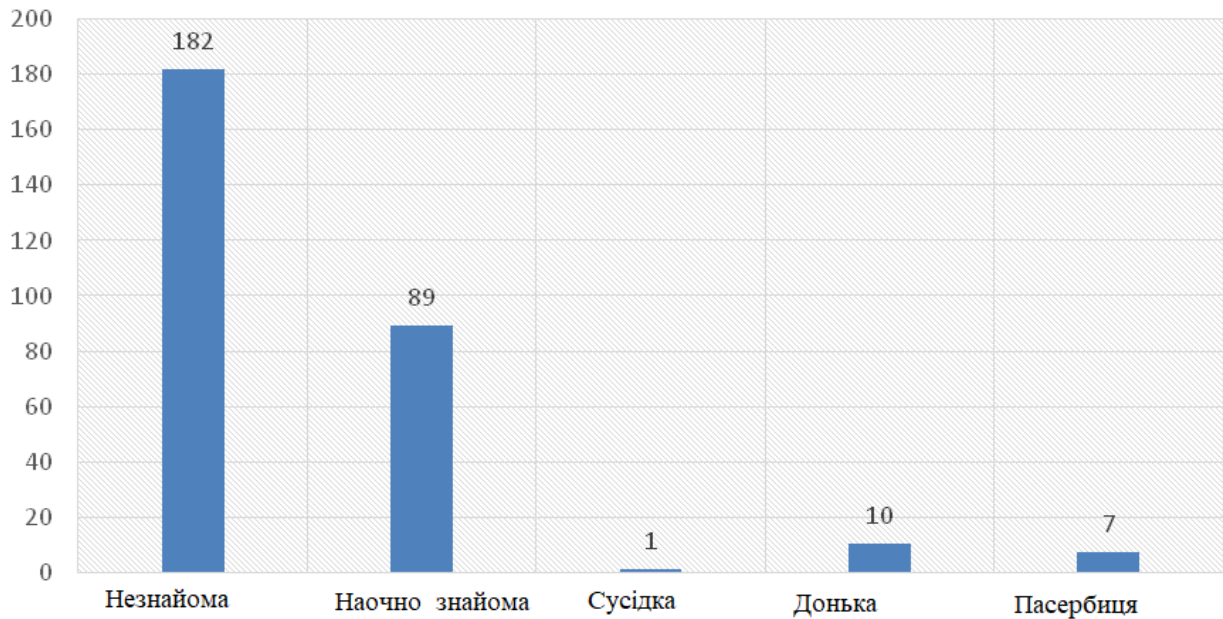


Рис. 2.8. Розподіл підекспертних за відношенням до потерпілої.

2.2. Характеристика методів дослідження

Для досягнення поставленої мети використовувалися наступні методи дослідження: анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, експертного дослідження документації, судово-психіатричного аналізу генезу СНД, статистичний.

Анамнестичний метод використовувався для збору й аналізу даних щодо спадковості, анамнезу життя, хвороби та кримінального анамнезу досліджуваного контингенту.

Соціально-демографічний метод застосовувався для аналізу показників, як-от вік, рівень освіти, сімейний стан, відношення до праці, наявність антисоціальної поведінки, зловживання спиртними напоями та наркотичними речовинами тощо.

Клініко-психопатологічний метод дозволив визначити нозологічні форми, динаміку патологічного процесу, умови та причини розвитку психічних порушень у підекспертних.

Психодіагностичний метод використовувався експертами-психологами для виявлення індивідуально-психологічних особливостей особистості за методиками проведення психологічних досліджень, внесеними до Реєстру методик проведення судових експертиз згідно з протоколом № 22 засідання секції судово-психологічної експертизи при науково-консультативній і методичній раді міністерства юстиції України від 29.04.2010 р.

Особливості уваги та сенсомоторних реакцій визначалися за допомогою “Комплексної методики дослідження психологічних особливостей уваги та сенсомоторних реакцій” (проба Е. Крепеліна, таблиця Шульте, проби на переключення, відлічування, розстановка чисел тощо), “Методики дослідження концентрації та стійкості уваги” (модифікація методу Пьєрона-Рузера).

Вивчення пам'яті проводилося за “Комплексною методикою дослідження психологічних особливостей пам'яті” (тести зорової та слухової пам'яті, короткочасної, оперативної пам'яті, пам'яті на числа, образи тощо).

Рівень і перебіг процесів мислення визначалися за допомогою “Комплексної методики дослідження рівня та перебігу процесів мислення” (класифікація, виключення, виділення суттєвих ознак, утворення простих і складних аналогій, пояснення метафор, прислів'їв, визначення закономірностей тощо), для дослідження асоціативних процесів мислення й опосередкованого запам'ятовування використовувалася “Методика “Піктограми”.

Рівень інтелектуального розвитку вивчався з використанням “Комплексної методики діагностики рівня інтелектуального розвитку Векслера” (шкали виміру інтелекту, субтести), “Методики визначення інтелектуального рівня, зорової та слухової пам'яті” (аналітичний тест інтелекту та тест пам'яті Мейлі), “Методики дослідження рівня інтелектуального розвитку” Дж. Равена (шкали прогресивних матриць Равена).

Дослідження особистісних особливостей підекспертних проводилося за допомогою “Методики визначення типологічних психологічних особливостей особистості Айзенка” (опитувальники) для виявлення ступеня вираженості типу темпераменту та рівня розвитку типологічних властивостей особистості,

“Методики Г. Роршаха” (дослідження психологічних особливостей провідних детермінант життєдіяльності особистості) для діагностики структурної характеристики особистості (індивідуальні особливості афективно-потребової сфери та пізнавальної діяльності (когнітивний стиль), внутрішньо-особистісні, міжособистісні конфлікти та заходи боротьби з ними (захисні механізми), загальна спрямованість особистості (тип переживання) тощо).

З метою розкриття мотиваційного аспекту особистості використовувалася “Методика ТАТ” (тест тематичної апперцепції) для дослідження мотиваційних диспозицій особистості. “Методика С. Розенцвейга” (дослідження реакцій на фрустрацію) застосовувалася для визначення рівня фрустраційної толерантності. “Методика ММРІ” (Мінесотський багатофакторний особистісний опитувальник) використовувалася для дослідження індивідуально-психологічних особливостей особистості, типових способів поведінки та змісту переживань у значущих ситуаціях, адаптивних і компенсаторних можливостей в умовах стресу. Для виявлення типу особистісної спрямованості застосовувалася “Методика незакінчених речень” (різновид асоціативного проективного тесту).

Особливості самооцінки вивчалися за “Методикою дослідження самооцінки Дембо-Рубінштейн”, “Методикою дослідження самооцінки САН” (стан, активність, настрої), “Методикою дослідження самооцінки Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна”. Для оцінки рівня тривоги використовувалася “Методика дослідження виявів тривоги” (шкала тривоги Ж. Тейлора та її модифікації). Для дослідження соціальної перцепції й інстинктивних потреб особистості застосовувалася “Методика “Сонді тест” Ставлення до себе визначалося за “Методикою дослідження ставлення до себе” (опитувальники самоставлення особистості).

Метод експертного дослідження документації використовувався для всебічного вивчення матеріалу СПЕ (медичних карт стаціонарного хворого, матеріалів кримінальної справи, актів СПЕ тощо).

Метод судово-психіатричного аналізу генезу СНД дозволив розглянути механізм формування та реалізації агресії через розкриття даних на клінічних, соціальних та особистісних осях, тобто встановити криміногенні чинники, що брали участь у процесі формування та реалізації агресії, визначити роль кожного з них.

Статистичним методом була здійснена порівняльна обробка отриманих даних з використанням критеріїв Стюдента та Pearson Chi-Square. Для оцінки кореляції між nominal змінними (наприклад, стать і серійність або група осудності та тип особистості) застосовувалися показники Cramer's V і phi. Останній коефіцієнт зі свого боку використовувався за умови не більше 2-х категорій у змінній (наприклад, стать (чоловіча або жіноча) та серійність (є або немає) – 2×2). Достовірними вважалися розходження, для яких значення відповідного критерію перевищувало критичне при рівні значущості $p < 0,05$ [290]. Статистична обробка й оцінювання даних здійснювалися з використанням стандартних пакетів прикладних програм Microsoft Office Excel 2013 та IBM SPSS Statistics 20 for Windows.

РОЗДІЛ 3
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПІДЕКСПЕРТНИХ
ВІДПОВІДНО ДО ЕКСПЕРТНОГО РІШЕННЯ

Усього були вивчені 287 підекспертних: 200 (69,7 %) – “осудних”, 73 (25,4 %) – “обмежено осудних”, 14 (4,9 %) – “неосудних” (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Розподіл за групами спостереження

Групи	Частота	%
Неосудні	14	4,9
Обмежено осудні	73	25,4
Осудні	200	69,7
Усього	287	100

Дані щодо різниці між групами за віком наведені в табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Достовірність різниці між групами за віком

Групи порівняння	Різниця (роки)	Достовірність
Неосудні vs обмежено осудні	38,31 vs 38,45	0,970
Неосудні vs осудні	38,31 vs 29,64	0,003
Осудні vs обмежено осудні	29,64 vs 38,45	<0,001

Різниця за віком між групою неосудних та обмежено осудних являється статистично недостовірною (0,970) та складає 38,31 vs 38,45 років.

Різниця за віком між групою неосудних та осудних являється статистично достовірною (0,003) та складає 38,31 vs 29,64 38 років.

Різниця за віком між групою осудних та обмежено осудних являється статистично достовірною ($<0,001$) та складає 29,64 vs 38,45.

Розподіл груп за віком відображений у табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Розподіл груп за віком

Група	К-ть	Середня	Стандартне відхилення	Стандартна похибка	95 % довірчий інтервал	
					нижня межа	верхня межа
Неосудні	14	38,31	13,444	3,729	30,18	46,43
Обмежено осудні	73	38,45	12,484	1,482	35,50	41,41
Осудні	200	29,64	9,683	0,686	28,28	30,99
Усього	287	32,25	11,331	0,674	30,92	33,57

У групі неосудних середній вік підекспертних складав 38,31 років (нижня межа – 30,18 років, верхня межа – 46,43 років), у групі обмежено осудних – 38,45 років (нижня межа – 35,50 років, верхня межа – 41,41 років), у групі осудних – 29,64 років (нижня межа – 28,28 років, верхня межа – 30,99 років).

3.1. Характеристика групи підекспертних, визнаних “неосудними”

Усього були досліджені 14 підекспертних, за статтю всі були чоловіками. Середній вік обстежених становив 38 років. Мінімальний вік підекспертних був 17 років, максимальний – 60 років, 9 (64,3 %) досліджених мали середню спеціальну освіту, 3 (21,4 %) – середню, 1 (7,15 %) – незакінчену вищу, 1 (7,15 %) навчався в спецшколі-інтернаті для дітей із затримкою психічного розвитку (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Розподіл вибірки за рівнем освіти.

11 (78,6 %) підозрюваних були неодруженими/незаміжніми, 2 (14,3 %) – одруженими, 1 (7,15 %) – розлученим (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Розподіл вибірки за сімейним станом

Сімейний стан	Частота	%
Розлучений/розлучена	1	7,1
Неодружений/незаміжня	11	78,6
Одружений	2	14,3
Усього	14	100

11 (78,6 %) досліджуваних не мали постійного місця роботи, 2 (14,3 %) працювали, 1 (7,15 %) займався епізодичними заробітками (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Розподіл вибірки за відношенням до праці

Відношення до праці	Частота	%
Працює	2	14,3
Не працює	11	78,6
Епізодичні заробітки	1	7,1
Усього	14	100

12 (85,7 %) підекспертних проходили стаціонарне обстеження, 2 (14,3 %) – амбулаторне (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Розподіл вибірки за формою судово-психіатричної експертизи

Форма СПЕ	Частота	%
Амбулаторна	2	14,3
Стаціонарна	12	85,7
Усього	14	100

У 13 (92,9 %) випадках була проведена первинна експертиза, 1 (7,15 %) – повторна (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Розподіл вибірки за видом судово-психіатричної експертизи

Вид СПЕ	Частота	%
Первинна	13	92,9
Повторна	1	7,1
Усього	14	100

У 7 (50 %) випадках була виявлена шизофренія параноїдна, безперервно-прогресивний перебіг, виражений психопатоподібний дефект (МКХ-10: F20.00); 3 (21,4 %) – Психічні розлади внаслідок ОУГМ травматичного генезу (внаслідок ЧМТ) з вираженим психоорганічним синдромом (МКХ-10: F07.9); по 1 (7,15 %) – Психічні розлади внаслідок ОУГМ резидуально-органічного генезу з помірним інтелектуальним зниженням, вираженими емоційно-вольовими порушеннями (МКХ-10: F06.8), Помірна розумова відсталість з вираженими емоційно-вольовими порушеннями (МКХ-10: F71.1), шизоафективний розлад, маніакальний тип, загострення (МКХ-10: F25.0), деменція внаслідок епілепсії (МКХ-10: G40, F01.8) (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Розподіл вибірки за діагнозом

Діагноз	Частота	%
ПР внаслідок ОУГМ травматичного генезу(ЧМТ) з вираженим психоорганічним синдромом (F07.9)	3	21,4
ПР внаслідок ОУГМ резидуально-органічного генезу з помірним інтелектуальним зниженням, вираженими емоційно-вольовими порушеннями (F06.8)	1	7,1
Помірна розумова відсталість з вираженими емоційно-вольовими порушеннями (F71.1)	1	7,1
Шизофренія параноїдна, безперервно-прогресивний перебіг, виражений психопатоподібний дефект (F20.0)	7	50,0
Шизоафективний розлад, маніакальний тип, загострення (F25.2)	1	7,1
Деменція внаслідок епілепсії (G40, F01.8)	1	7,1
Усього	14	100

Більшість досліджуваних не мали коморбідної патології (13; 92,95 %). Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання наркотичних речовин групи опіоїдів виявляли – 1 (7,15 %) підекспертних .

В 11 (78,6 %) випадках діагноз був встановлений до проведення СПЕ, 3 (21,4 %) – під час неї (табл. 3.9).

Таблиця 3.9

Розподіл вибірки за часом встановлення діагнозу

Час встановлення діагнозу	Частота	%
До проведення СПЕ	11	78,6
У період проведення СПЕ	3	21,4
Усього	14	100

7 (50,0 %) підекспертних проходили СПЕ раніше, 7 (50,0 %) – ні (табл. 3.10).

Таблиця 3.10

Розподіл вибірки за попереднім проходженням судово-психіатричної експертизи

Попереднє проходження СПЕ	Частота	%
Так	7	50,0
Ні	7	50,0
Усього	14	100

11 (78,1 %) досліджуваних під час проведення СПЕ частково визнавали СНД, 3 (21,4 %) заперечували його факт, 5 (35,7 %) обстежуваних були притягнуті до кримінальної відповідальності за статтею 152 ч. 1 ККУ; по 2 (14,3 %) – 153 ч. 2 та 156 ч. 2; по 1 (7,15 %) – 152 ч. 1, 15 ч. 3; 156 ч. 1; 115, 152; 15, 153 (табл. 3.11).

**Розподіл вибірки за характером суспільно-небезпечного діяння
(стаття Кримінального кодексу України)**

Стаття ККУ	Частота	%
152 ч. 1, 15 ч. 3	1	7,1
152 ч. 1	5	35,7
152 ч. 3	1	7,1
153 ч. 2	2	14,3
156 ч. 1	1	7,1
156 ч. 2	2	14,3
115, 152	1	7,1
15, 153	1	7,1
Усього	14	100

Раніше судимими були 3 (21,4 %) підекспертних, не судимими – 11 (78,6 %) (табл. 3.12).

Таблиця 3.12

Розподіл вибірки за наявністю попередньої судимості

Попередня судимість	Частота	%
Так	3	21,4
Ні	11	78,6
Усього	14	100

В 11 (78,6 %) випадках під час скоєння СНД підекспертний не був у стані алкогольного сп'яніння, 3 (21,4 %) – був (табл. 3.13).

Раніше спланованим було 1 (7,1 %) СНД, ситуаційними – 13 (92,9 %) (табл. 3.14).

**Розподіл вибірки за наявністю стану алкогольного
сп'яніння**

Стан алкогольного сп'яніння	Частота	%
Так	3	21,4
Ні	11	78,6
Усього	14	100

2 (14,3 %) СНД були скоєні в складі групи, 12 (85,7 %) – однією особою.

Розподіл вибірки за плануванням суспільно-небезпечного діяння

СНД	Частота	%
Раніше сплановане	1	7,1
Ситуаційне	13	92,9
Усього	14	100

100 % підекспертних не вдавалися до дій для приховання скоєного злочину. Більшість досліджуваних потребували ЗМХ (14; 100 %). ЗМХ в психіатричній лікарні з посиленням наглядом були необхідні 1 (7,1 %) особі, ЗМХ в психіатричній лікарні з суворим наглядом – 13 (92,9 %). Загострення сексуального потягу в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння спостерігалось в 5 (35,7 %) випадках, галюцинаторно-маячна та імпульсивна – по 3 (21,4 %), агресивна – 2 (14,3 %), корислива мотивація – 1 (7,2 %). (табл. 3.15).

Розподіл вибірки за мотивацією суспільно-небезпечного діяння

Мотивація СНД	Частота	%
Галюцинаторно-маячна	3	21,4
Імпульсивна	3	21,4
Корислива	1	7,2
Агресивна	2	14,3
Загострення сексуального потягу в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння	5	35,7
Усього	14	100

У більшості досліджуваних не було виявлене викривлення сексуального потягу 10 (71,4 %). На педофілію страждали 4 (28,6 %) підекспертних (табл. 3.16).

Таблиця 3.16

Розподіл вибірки за викривленням сексуального потягу

Викривлення сексуального потягу	Частота	%
Педофілія	4	28,6
Немає	10	71,4
Усього	14	100

Клішованість виявлялася тільки в 1 (7,15 %) випадку, серійність – 2 (14,3 %). Вдень і ввечері (до 23.00) були скоєні 2 (14,3 %) СНД, вночі (з 24.00) – 1 (7,1 %), зранку – 13 (4,5 %), не вказано – 8 (57,1 %) (табл. 3.17).

Розподіл вибірки за часом скоєння суспільно-небезпечного діяння

Час скоєння СНД	Частота	%
Ранок (до 12.00)	1	7,1
День (до 18.00)	2	14,3
Вечір (до 23.00)	2	14,3
Ніч (з 24.00)	1	7,1
Не вказано	8	57,1
Усього	14	100

У більшості СНД знаряддя не було 11 (78,6 %). За допомогою ножа був скоєний 1 (7,1 %) випадок, іншого – 2 (14,3 %) (рис. 3.2).

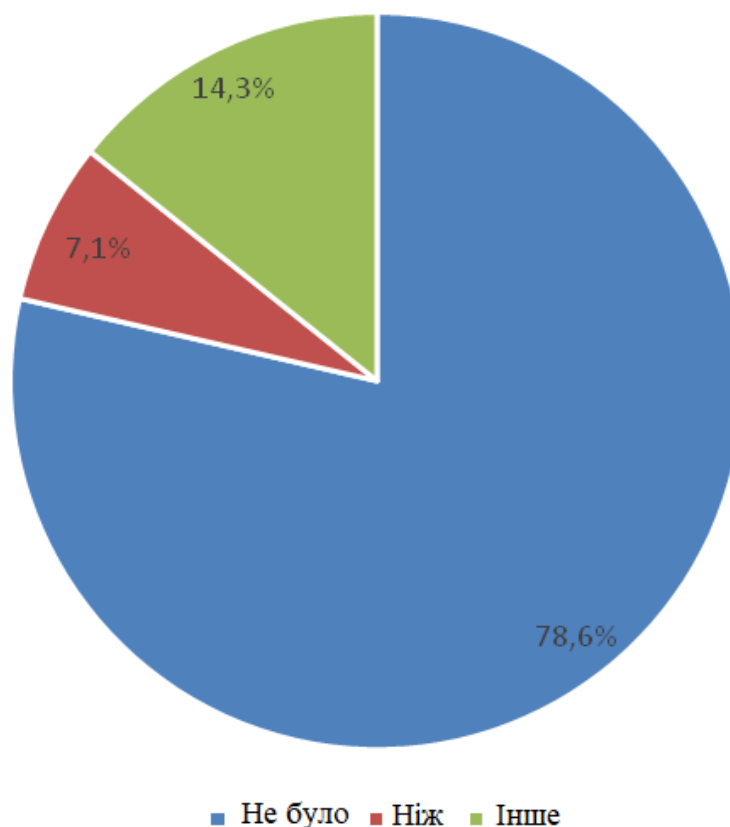


Рис. 3.2. Розподіл вибірки за знаряддям суспільно-небезпечного діяння.

В інших будівлях були скоєні 5 (35,7 %) СНД, квартирах, на вулиці – по 3 (21,4 %), в полі, лісі, на горищі, в лікарні – по 1 (7,15 %) (табл. 3.18).

Таблиця 3.18

Розподіл вибірки за місцем суспільно-небезпечних діянь

Місце СНД	Частота	%
Вулиця	3	21,4
Квартира	3	21,4
Поле, ліс	1	7,1
Горище	1	7,1
Лікарня	1	7,1
Інша будівля	5	35,7
Усього	14	100

Легкий психоорганічний синдром мали 5 (35,7 %) підекспертних, без особливостей були 4 (28,6 %), органічний РО мали 2 (5,5 %), емоційно-нестійкий тип особистості – 2 (14,3 %), епілептоїдний – 1 (7,1 %).

Домінуючою емоцією під час СНД в 3 (21,4 %) випадках було загострення сексуального потягу в стані алкогольного сп'яніння, 9 (64,3 %) – сексуальне збудження, 2 (14,3 %) – афективне (табл. 3.19).

Таблиця 3.19

Розподіл вибірки за домінуючою емоцією

Домінуюча емоція під час СНД	Частота	%
Сексуальне збудження	9	64,3
Афективне збудження	2	14,3
Загострення сексуального потягу в стані алкогольного сп'яніння	3	21,4
Усього	14	100

У більшості випадків порушення сприйняття не було 8 (57,1 %). За рахунок алкогольного сп'яніння воно спостерігалось в 4 (28,6 %) осіб, афективно-звуженої свідомості – 2 (14,3 %) (табл. 3.20).

Таблиця 3.20

Розподіл вибірки за порушенням сприйняття

Порушення сприйняття	Частота	%
Немає	8	57,1
Афективно-звужена свідомість	2	14,3
Алкогольне сп'яніння	4	28,6
Усього	14	100

У 8 (57,1 %) випадках не було зареєстровано жодних тілесних ушкоджень, в 4 (28,6 %) спостерігалися легкі, по 1 (7,15 %) – середньої тяжкості та вбивство (рис. 3.3).

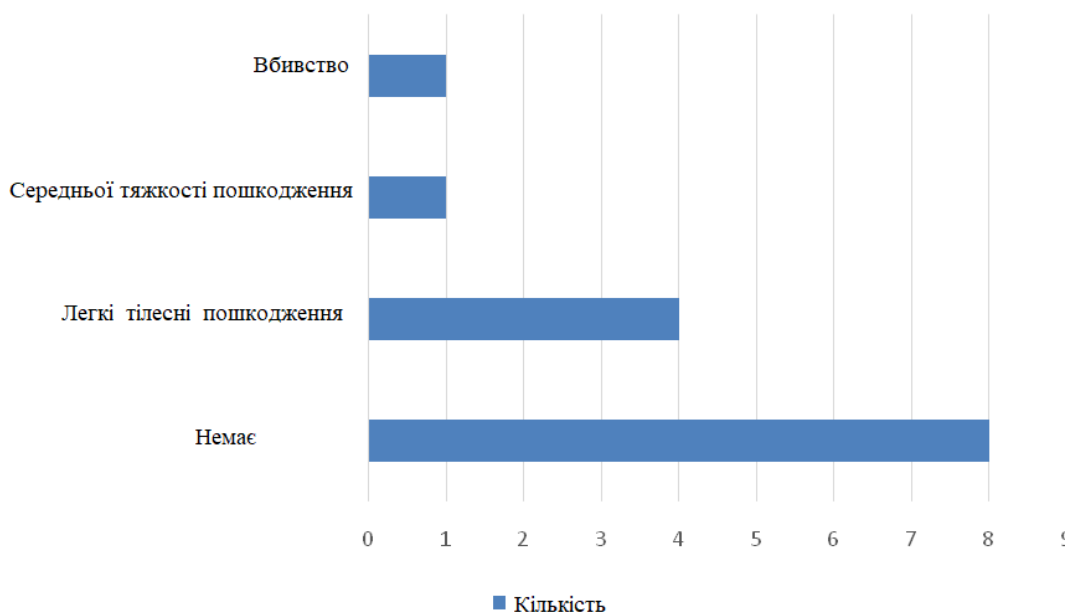


Рис. 3.3. Розподіл вибірки за характером ушкоджень.

Спостерігалися 2 (14,3 %) спроби зґвалтування (табл. 3.21). У більшості випадків поведінка після скоєння СНД була послідовною та логічною 11 (78,6 %).

Розподіл вибірки за способом скоєння суспільно-небезпечного діяння

Спосіб скоєння СНД	Частота	%
Насильницький статевий акт: класичний	9	64,3
Насильницький статевий акт: анальний	3	21,4
Спроба зґвалтування	2	14,3
Усього	14	100

Неадекватна поведінка, що полягала у викрикуванні дивакуватих слів, спостерігалася в 2 (4,3 %) осіб (табл. 3.22). Заснув біля жертви 1 (7,1 %) підекспертний, 13 (92,9 %) досліджуваних все пам'ятали після СНД, 1 (7,1 %) – частково забув події (табл. 3.23).

Таблиця 3.22

Розподіл вибірки за поведінкою після суспільно-небезпечного діяння

Поведінка після СНД	Частота	%
Послідовна, логічна	11	78,6
Заснув біля жертви	1	7,1
Неадекватна – викрикував дивакуваті слова	2	14,3
Усього	14	100

Таблиця 3.23

Розподіл вибірки за забуванням подій після суспільно-небезпечного діяння

Забування подій після СНД	Частота	%
Все пам'ятає	13	92,9
Часткове забування подій	1	7,1
Усього	14	100

Усі підекспертні потребували ПЗМХ у вигляді спрямування до спеціалізованого психіатричного закладу з надання стаціонарної допомоги: 7 (50 %) із суворим наглядом, 5 (35,7 %) – посиленням, 2 (14,3 %) – загальним спостереженням.

У 12 (85,7 %) випадках досліджувані не були знайомі з потерпілими, 2 (14,3 %) – наочно знайомі (табл. 3.24).

Таблиця 3.24

Розподіл вибірки за відношенням до потерпілої

Відношення до потерпілої	Частота	%
Незнайома	12	85,7
Наочно знайома	2	14,3
Усього	14	100

Дорослими (19-30 років) були 7 (50,0 %) потерпілих, малолітніми (до 14 років) – 2 (14,3 %), неповнолітніми (14-18 років) – 4 (28,6 %), дорослими (31-40 років) – 1 (7,15 %) (табл. 3.25). Віктимна поведінка з боку потерпілої не спостерігалася в 100 % спостережень.

Таблиця 3.25

Розподіл вибірки за віковою характеристикою потерпілої

Вік потерпілої	Частота	%
Малолітня (до 14 років)	2	14,3
Неповнолітня (14-18 років)	4	28,6
Доросла (19-30 років)	7	50,0
Доросла (31-40 років)	1	7,1
Усього	14	100

Отже у групі “неосудних” усього було досліджено 14 підекспертних, за статтю всі були чоловіками. Середній вік обстежених становив 38 років.

За сімейним станом переважали неодружені особи (78,6 %). Найбільша частка досліджених мала середню спеціальну освіту (64,3 %), 21,4 % – середню. Більшість підекспертних (78,6 %) не мали постійного місця роботи. 35,7 % обстежуваних були притягнуті до кримінальної відповідальності за статтею 152 ч. 1; по 14,3 % – 153 ч. 2 та 156 ч. 2 ККУ.

У 50 % (7) підекспертних була виявлена шизофренія параноїдна, безперервний тип перебігу, виражений психопатоподібний дефект (МКХ-10: F20.00); 21,4 % (3) – психічні розлади внаслідок ОУГМ травматичного генезу (внаслідок ЧМТ) з вираженим психоорганічним синдромом (МКХ-10: F07.9), по 7,15 % (1) – помірна розумова відсталість з вираженими емоційно-вольовими порушеннями (МКХ-10: F71.1), психічні розлади внаслідок ОУГМ резидуального генезу з помірним інтелектуально-мнестичним зниженням та вираженими емоційно-вольовими порушеннями (МКХ-10: F06.9) шизоафективний розлад, маніакальний тип, загострення (МКХ-10:F25.0), деменція внаслідок епілепсії (МКХ-10: G40, F01.8).

Більшість досліджуваних не мали коморбідної патології (42,9 %). Загострення сексуального потягу в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння спостерігалось в 28,6 % випадків, імпульсивна мотивація – 6,2 %, агресивна – 5,2 %. СНД було скоєне внаслідок галюцинаторно-маячної симптоматики в 1,4 % спостережень. 57 % потерпілих були дорослими (19-40 років), 14,3 % – малолітніми (до 14 років), 28,6 % – неповнолітніми (14-18 років). Віктимна поведінка з боку потерпілих не спостерігалася в 100 % випадків. У більшості спостережень СНД було скоєне насильницьким статевим актом: у 58,5 % – класичним, 14,2 % – анальним. У більшості випадків зняття СНД не було (78,6 %). У більшості спостережень не було зареєстровано жодних тілесних ушкоджень (57,1 %). Легкі тілесні пошкодження спостерігалися в 28,6 % підекспертних, середньої тяжкості та вбивство – по 7,15 % .

У більшості досліджуваних не відмічалось викривлення сексуального потягу (71,4 %). На педофілію страждали 28,6 % підекспертних, розлад сексуального потягу мав імпульсивний характер. Клішованість виявлялася тільки в 7,15 % випадків, серійність – 14,3 %.

Усі підекспертні потребували ЗМХ (заходів медичного характеру) у вигляді спрямування до спеціалізованого психіатричного закладу з надання стаціонарної допомоги: в 50 % випадків із суворим наглядом, 35,7 % – посиленням, 14,3 % – з загальним спостереженням.

3.2. Характеристика групи підекспертних, які могли бути визнані “обмежено осудними”

Група “обмежено осудних” складалася з 73 підекспертних, за статтю всі чоловіки, середній вік яких становив 38 років (табл. 3.26).

Таблиця 3.26

Розподіл підекспертних за віком

Кількість	Мінімум	Максимум	Середній	Стандартне відхилення
73	15	80	38,45	12,484

За рівнем освіти досліджувані розподілялися наступним чином: неповну середню мали 7 (9,6 %) осіб, середню – 17 (23,3 %), середню спеціальну – 22 (30,1 %), незакінчену вищу – 3 (4,1 %), вищу – 22 (30,1 %), в спецшколі-інтернаті для дітей із затримкою психічного розвитку навчалися 2 (2,7 %) (рис. 3.4).

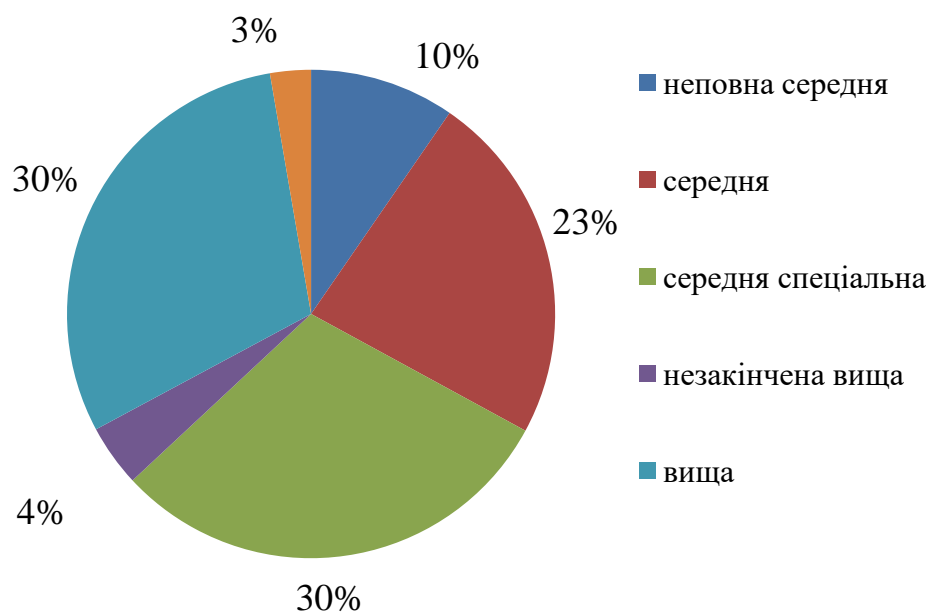


Рис. 3.4. Розподіл підекспертних за рівнем освіти.

За відношенням до праці досліджувані розподілялися наступним чином: 37 (50,7 %) працювали, 21 (28,8 %) не працювали, 7 (9,6 %) мали епізодичні заробітки, 8 (11,0 %) працювали, але не за фахом (табл. 3.27).

Таблиця 3.27

Розподіл підекспертних за відношенням до праці

Відношення до праці	Частота	%
Працює	37	50,7
Не працює	21	28,8
Епізодичні заробітки	7	9,6
Працює не за фахом	8	11,0
Усього	73	100

12 (16,4 %) досліджуваних були розлученими, 35 (47,9 %) – неодруженими, 8 (11,0 %) – у цивільному шлюбі, 18 (24,7 %) – одруженими (табл. 3.28).

Таблиця 3.28

Розподіл підекспертних за сімейним станом

Сімейний стан	Частота	%
Розлучений/розлучена	12	16,4
Неодружений/незаміжня	35	47,9
Цивільний шлюб	8	11,0
Одружений/одружена	18	24,7
Усього	73	100

Раніше судимими були 29 (39,7 %) досліджуваних, не притягувалися до кримінальної відповідальності – 44 (60,3 %).

Амбулаторне обстеження проходили 46 (63,0 %) підекспертних, стаціонарне – 27 (37,0 %) (табл. 3.29).

Таблиця 3.29

Розподіл досліджуваних за видом експертизи

Вид експертизи	Частота	%
Амбулаторна	46	63,0
Стаціонарна	27	37,0
Усього	73	100

У 71 (97,3 %) випадку була проведена первинна експертиза, 2 (2,7 %) – повторна (табл. 3.30).

Таблиця 3.30

Розподіл підекспертних за повторністю експертизи

Повторність експертизи	Частота	%
Первинна	71	97,3
Повторна	2	2,7
Усього	73	100

У 60 (82,2 %) випадках діагноз був встановлений у період СПЕ, 13 (17,8 %) – до неї. У групі “обмежено осудних” більшість підекспертних були психічно здоровими 52 (71,2 %). У 10 (13,7 %) випадках спостерігалось органічне ураження головного мозку резидуального генезу з легкою інтелектуальною недостатністю та помірно вираженими емоційно-вольовими порушеннями (F06.7), що сполучалося з викривленим сексуальним потягом (педофілія, ексгібіціонізм, садизм). У 2 (2,8%) досліджень спостерігалось ОУГМ внаслідок ЧМТ з легкою інтелектуальною недостатністю та помірно-вираженими емоційно-вольовими розладами з компульсивним порушенням сексуального потягу (F06.7+F65); у 4 (5,5 %) осіб був встановлений діагноз розлад особистості, з них емоційно-нестійкий, імпульсивний тип (F60.30) в 2 (2,75%) випадках; ананкастний РО (F60.5) та органічний РО (F07.0) з компульсивним порушенням сексуального потягу по 1 (1,4%) випадку, що поєднувалося з викривленим сексуальним потягом (педофілія, ексгібіціонізм, садизм) компульсивного характеру, у 4 (5,5 %) випадках спостерігалась розумова відсталість легкого ступеня з помірно-вираженими емоційно-вольовими порушеннями (F70.1), що сполучалося з викривленим сексуальним потягом компульсивного характеру (педофілія, геронтофілія); розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності з деградацією особистості (F10.71) спостерігалися в 3 (4,1%) випадків, що поєднувалося з викривленим сексуальним потягом компульсивного характеру (педофілія, ексгібіціонізм). Більшість досліджуваних не мали коморбідної патології (59; 79,5 %) (табл. 3.31).

Розподіл підекспертних за діагнозом

Діагноз	Частота	%
ПР внаслідок ОУГМ внаслідок ЧМТ з легкою інтелектуальною недостатністю та помірно-вираженими емоційно-вольовими розладами з компульсивним порушенням сексуального потягу (F06.7+F65)	2	2,8
ПР внаслідок ОУГМ резидуального генезу з легкою інтелектуальною недостатністю та помірно вираженими емоційно-вольовими порушеннями, з компульсивним порушенням сексуального потягу (F06.7+F65)	8	11,0
РО емоційно-нестійкий, імпульсивний тип з компульсивним порушенням сексуального потягу (F60.30+F65)	2	2,75
РО ананкастний з компульсивним порушенням сексуального потягу (F60.5+F65)	1	1,4
Органічний РО з компульсивним порушенням сексуального потягу (F07.0+F65)	1	1,4
Розумова відсталість легкого ступеня з помірно-вираженими емоційно-вольовими порушеннями, з компульсивним порушенням сексуального потягу (F70.1+F65)	4	5,5
Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності із змінами особистості з компульсивним порушенням сексуального потягу (F10.71+F65)	3	4,1
Психічно здоровий	52	71,2
Усього	73	100

У більшості досліджуваних було виявлене викривлення сексуального потягу компульсивного характеру (67; 91,8 %). На педофілією страждали 48 (65,8 %) осіб, ексгібіціонізм – 10 (13,7 %), садизм – 5 (6,8 %), геронтофілію – 3 (4,1 %), некрофілію – 1 (1,4 %) (табл. 3.32).

Таблиця 3.32

Розподіл підекспертних за порушенням потягу

Порушення потягу	Частота	%
Педофілія	48	65,8
Некрофілія	1	1,4
Геронтофілія	3	4,1
Садизм	5	6,8
Ексгібіціонізм	10	13,7
Немає	6	8,2
Усього	73	100

У 38,4 % досліджуваних з групи “обмежено осудних” спостерігалася клішованість, 41,0 % – серійність скоєння сексуальних правопорушень, 73 (100 %) підекспертних потребували застосування ЗМХ у вигляді надання амбулаторної допомоги в примусовому порядку, 35 (47,9 %) досліджуваних під час проведення СПЕ заперечували факт СНД, 18 (24,7 %) – визнавали частково, 15 (20,5 %) – визнавали факт і жалкували про скоєне, 3 (4,1 %) – симулювали, агравація спостерігалася в 1 (1,4 %) підекспертного (табл. 3.33).

Розподіл підекспертних за поведінкою під час судово-психіатричної експертизи

Поведінка під час СПЕ	Частота	%
Симуляція	3	4,1
Агравація	1	1,4
Немає	1	1,4
Заперечує факт СНД	35	47,9
Визнає СНД частково	18	24,7
Визнає факт СНД, жалкує про скоєне	15	20,5
Усього	73	100

19 (26 %) обстежуваних були притягнуті до кримінальної відповідальності за статтю 156 ч. 2 ККУ; по 9 (12,3 %) – 156 ч. 1, 153 та 156; 5 (6,8 %) – 153 ч. 2; 6 (8,2 %) – 152 ч. 1; 4 (5,5 %) – 153 ч. 1; по 3 (4,1 %) – 152 ч. 1, 15 ч. 3; 115, 152; 153 ч. 3; 1 (1,4 %) – 152 ч. 3 (табл. 3.34).

Розподіл підекспертних за характером суспільно-небезпечного діяння (стаття Кримінального кодексу України)

Стаття ККУ	Частота	%
152 ч. 1, 15 ч. 3	3	4,1
152 ч. 1	6	8,2
152 ч. 2	3	4,1
152 ч. 3	1	1,4
152 ч. 4	4	5,5
153 ч. 1	4	5,5
153 ч. 2	5	6,8

Стаття ККУ	Частота	%
153 ч. 3	3	4,1
156 ч. 1	9	12,3
156 ч. 2	19	26,0
115, 152	3	4,1
153, 156	9	12,3
152, 115, 185	1	1,4
152, 186	1	1,4
115, 187, 152	1	1,4
152, 162	1	1,4
Усього	73	100

У 71 (97,3 %) випадку кримінальне правопорушення було скоєне одноосібно. 29 (39,7 %) СНД відбувалися в стані простого алкогольного сп'яніння, 44 (60,3 %) – тверезому. У 72 (98,6 %) випадках обстеження на вміст алкоголю в крові не проводилося.

Загострення сексуального потягу в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння спостерігалось в 27 (37 %) досліджуваних, корисно-насильницька мотивація – 37 (50,7 %), агресивно-імпульсивна – 9 (12,3 %) (табл. 3.35).

Таблиця 3.35

Розподіл підекспертних за мотивацією суспільно-небезпечного діяння

Мотивація СНД	Частота	%
Агресивно-імпульсивна	9	12,3
Корисно-насильницька	37	50,7
Загострення сексуального потягу в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння	27	37,0
Усього	73	100

У більшості випадків порушення сприйняття спостерігалось за рахунок алкогольного сп'яніння 26 (35,6 %). У 141 (56,2 %) особи порушень сприйняття не було. СНД, скоєні в стані афективно-звуженої свідомості, відмічалися в 5 (6,8 %) випадках, наркотичного сп'яніння – 1 (1,4 %) (рис. 3.5).

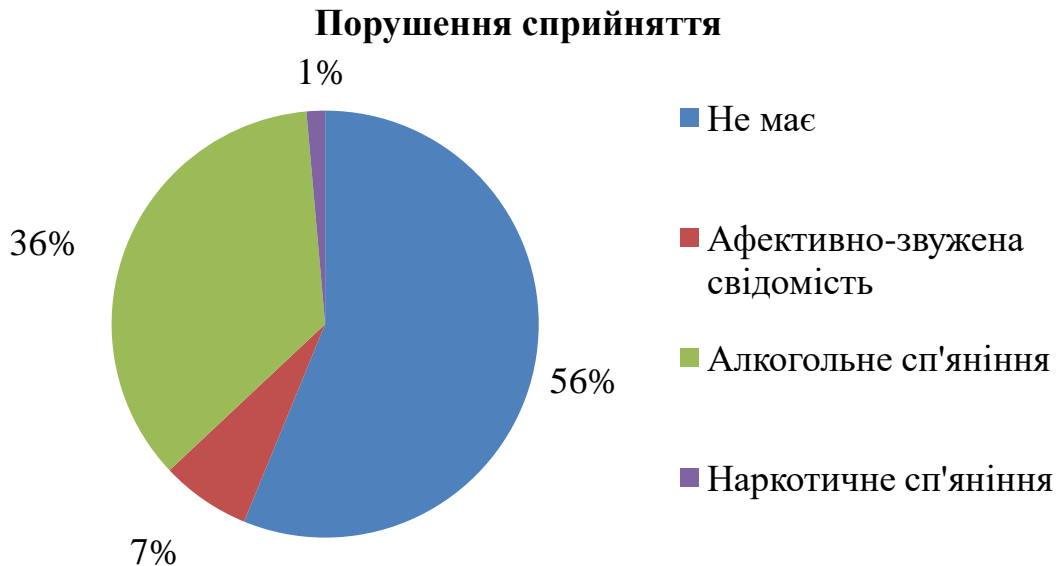


Рис. 3.5. Розподіл підекспертних за порушенням сприйняття.

Поведінка після СНД в 100 % досліджуваних була послідовною та логічною.

У більшості СНД був скоєний насильницький статевий акт: класичний у 30 (41,1 %) випадках, анальний – 11 (15,1 %). Спостерігалися 5 (6,8 %) спроб зґвалтування. Оральний насильницький статевий акт відмічався в 4 (5,5 %) випадках, ексгібіціонізм і мастурбація – 7 (9,6 %), змішаний насильницький статевий акт – 4 (5,5 %), торкання статевих органів потерпілої – 6 (8,2 %), фотографування статевих органів потерпілої – 3 (4,1 %), орогенітальний насильницький статевий акт – 1 (1,4 %), пересилання порно-фото – 1 (1,4 %), введення пальців у піхву потерпілої – 1 (1,4 %) (табл. 3.36).

**Розподіл підекспертних за способом скоєння
суспільно-небезпечного діяння**

Спосіб скоєння СНД	Частота	%
Фотографування статевих органів потерпілої	3	4,1
Пересилання порно-фото	1	1,4
Торкання статевих органів потерпілої	6	8,2
Ексібіціонізм і мастурбація	7	9,6
Введення пальців у піхву потерпілої	1	1,4
Насильницький статевий акт: оральний	4	5,5
Насильницький статевий акт: класичний	30	41,1
Насильницький статевий акт: анальний	11	15,1
Насильницький статевий акт: орогенітальний	1	1,4
Насильницький статевий акт: змішаний	4	5,5
Спроба зґвалтування	5	6,8
Усього	73	100

У більшості випадків підекспертні не наносили тілесних ушкоджень (53; 72,6 %). Легкі тілесні ушкодження спричинили 15 (20,5 %) досліджуваних, вбивство й ушкодження середньої тяжкості – по 2 (2,7 %), удушення – 1 (1,4 %) (табл. 3.37).

Розподіл підекспертних за характером ушкоджень

Характер ушкоджень	Частота	%
Немає	53	72,6
Легкі тілесні ушкодження	15	20,5
Середньої тяжкості ушкодження	2	2,7
Вбивство	2	2,7
Удушення	1	1,4
Усього	73	100

Увечері (до 23.00) і вдень (до 18.00) були скоєні по 10 (13,7 %) випадків СНД, вночі (з 24.00) – 8 (11 %), зранку – 2 (2,7 %), не вказано – 43 (58,9 %) (табл. 3.38), 29 (39,7 %) СНД відмічалися в квартирі, 17 (23,3 %) – на вулиці, 6 (8,2 %) – в лісопарковій зоні, 11 (15,1 %) – інших будівлях, по 3 (4,1 %) – школі, полі та лісі, по 2 (2,7 %) – під'їзді та лікарні (табл. 3.39).

Розподіл підекспертних за часом скоєння суспільно-небезпечного діяння

Час скоєння СНД	Частота	%
Ранок (до 12.00)	2	2,7
День (до 18.00)	10	13,7
Вечір (до 23.00)	10	13,7
Ніч (з 24.00)	8	11,0
Не вказано	43	58,9
Усього	73	100

У більшості СНД зняряддя не було (67; 91,8 %). За допомогою ножа були скоєні 3 (4,1 %) випадки, пляшки та мотузки – по 1 (1,4 %) (табл. 3.40), 69 (94,5 %) підекспертних повністю пам’ятали події СНД, 4 (5,5 %) – частково.

Таблиця 3.39

Розподіл підекспертних за місцем суспільно-небезпечного діяння

Місце СНД	Частота	%
Вулиця	17	23,3
Квартира	29	39,7
Поле, ліс	3	4,1
Школа	3	4,1
Під’їзд	2	2,7
Лісопаркова зона	6	8,2
Лікарня	2	2,7
Інша будівля	11	15,1
Усього	73	100

Таблиця 3.40

Розподіл підекспертних за зняряддям суспільно-небезпечного діяння

Зняряддя СНД	Частота	%
Не було	67	91,8
Ніж	3	4,1
Мотузка	1	1,4
Пляшка	1	1,4
Інше	1	1,4
Усього	73	100

У 46 (63 %) випадках потерпіла не була знайома з підозрюваним, 17 (23,3 %) – наочно знайома, у 8 (11 %) була донькою, 2 (2,7 %) – пасербицею (рис. 3.6).

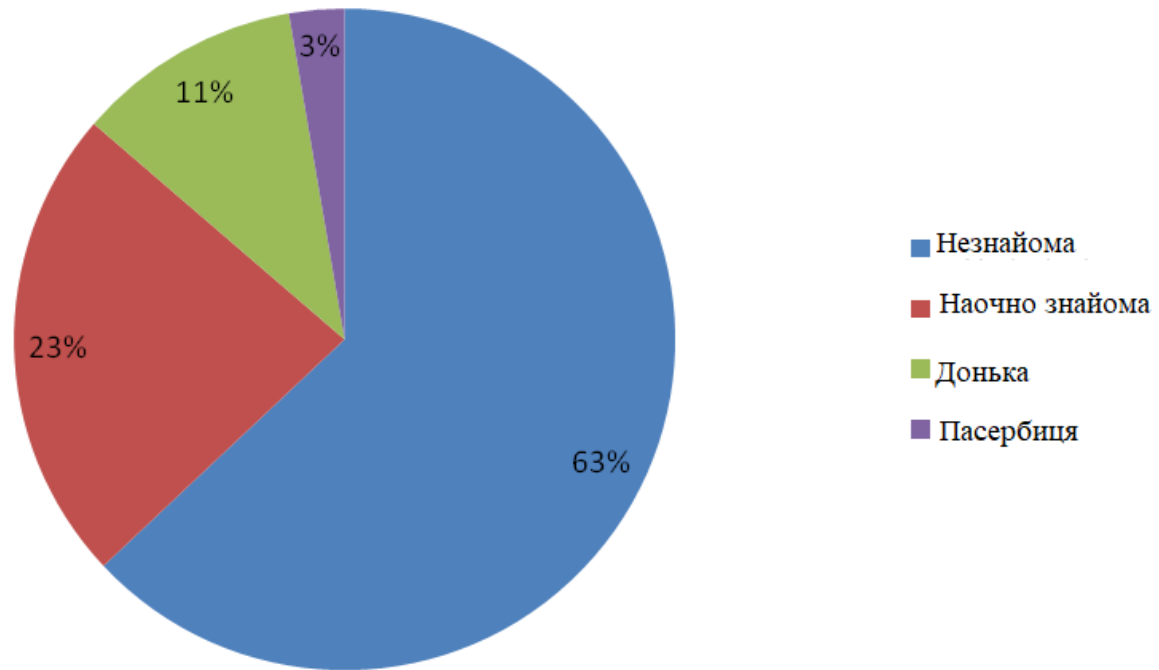


Рис. 3.6. Розподіл підекспертних за відношенням до потерпілої.

У 38 (52,1 %) випадках потерпіла була малолітньою (до 13 років), 16 (21,9 %) – неповнолітньою, 19 (26,0 %) – дорослою (від 19 до 80 років) (рис. 3.7). Віктимна поведінка спостерігалася в 5 (6,8 %) потерпілих, у 68 (93,2 %) випадках її не було.

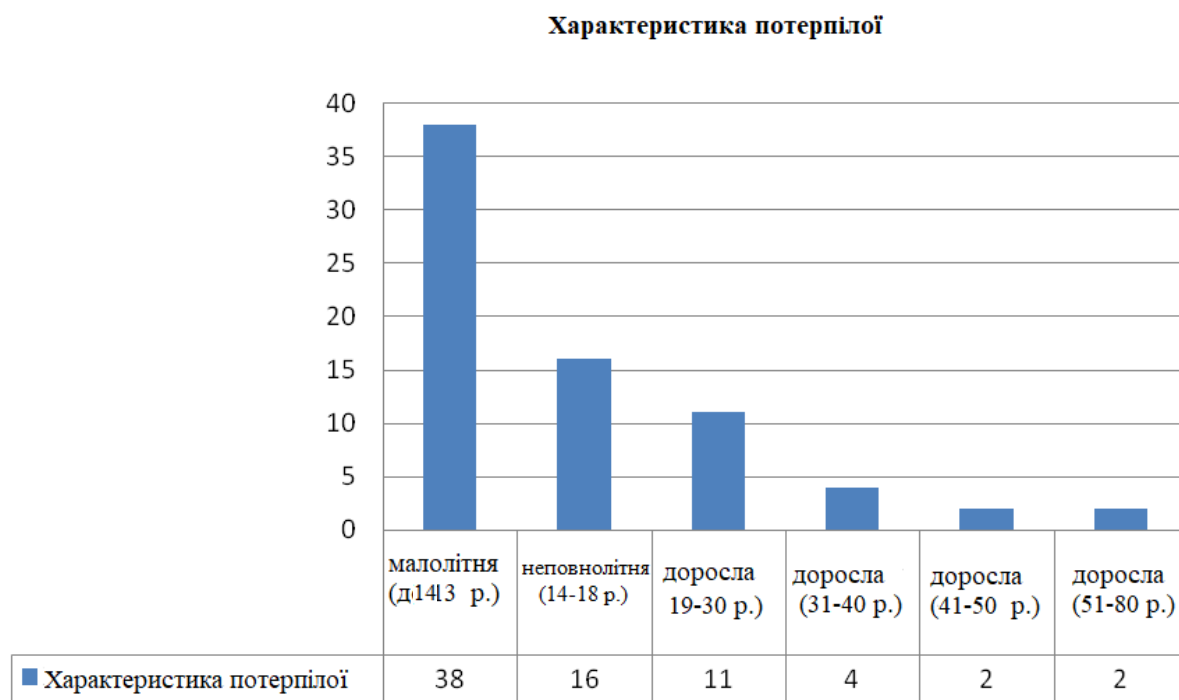


Рис. 3.7. Розподіл потерпілих за віком.

Отже, група “обмежено осудних” складалася з 73 підекспертних, середній вік яких становив 38 років, за статтю всі чоловіки. До кримінальної відповідальності частіше притягалися особи віком 20-29 років (38,9 %), на другому місці за частотою опинилися досліджувані віком 30-39 років (34,5 %), третьому – 40-49 років (17,8 %). За рівнем освіти досліджувані розподілялися наступним чином: неповну середню мали 7 (9,6 %) осіб, середню – 17 (23,3 %), середню спеціальну – 22 (30,1 %), незакінчену вищу – 3 (4,1 %), вищу – 22 (30,1 %), в спецшколі-інтернаті для дітей із затримкою психічного розвитку навчалися 2 (2,7 %).

Більшість досліджуваних (78,6 %) не мали постійного місця роботи. За сімейним станом підекспертні в більшості випадків були неодруженими (47,9 %), 16,4 % – розлученими, в цивільному шлюбі й одруженими були 35,7 % осіб. У 60,3 % випадків підекспертні раніше не притягувалися до кримінальної відповідальності. 26 % обстежуваних були притягнуті до кримінальної відповідальності за статтею 156 ч. 2, по 12,3 % – 156 ч. 1, 153 та 156.

За особливостями реалізації СНД підекспертні розподілялися наступним чином: у 39,7 % випадків кримінальне правопорушення було скоєне в стані простого алкогольного сп'яніння, 60,3 % – тверезому.

У 93,3 % спостережень кримінальні дії були скоєні одноосібно, 6,7 % – у групі.

У 57,8 % випадків спостерігалася ситуаційне вирішення СНД, 42,2 % – воно було сплановано раніше.

Більшість підекспертних були психічно здоровими 52 (71,2 %). У 10 (13,7 %) випадках спостерігалися психічні розлади внаслідок органічного ураження головного мозку резидуального генезу з легкою інтелектуальною недостатністю та помірно вираженими емоційно-вольовими порушеннями (F06.7), що сполучалося з викривленим сексуальним потягом (педофілія, ексгібіціонізм, садизм). У 2 (2,8%) досліджень спостерігалися психічні розлади внаслідок ОУГМ травматичного генезу(внаслідок ЧМТ) з легкою інтелектуальною недостатністю та помірно-вираженими емоційно-вольовими розладами з компульсивним порушенням сексуального потягу (F06.7+F65); у 4 (5,5 %) осіб був встановлений діагноз розлад особистості, з них емоційно-нестійкий, імпульсивний тип (F60.30) в 2 (2,75%) випадках; ананкастний РО (F60.5) та органічний РО (F07.0) з компульсивним порушенням сексуального потягу по 1 (1,4%) випадку, що поєднувалося з викривленим сексуальним потягом (педофілія, ексгібіціонізм, садизм) компульсивного характеру, у 4 (5,5 %) випадках спостерігалася розумова відсталість легкого ступеню з помірно-вираженими емоційно-вольовими порушеннями (F70.1), що сполучалося з викривленим сексуальним потягом компульсивного характеру (педофілія, геронтофілія); розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності з деградацією особистості (F10.71) спостерігалися в 3 (4,1%) випадків, що поєднувалося з викривленим сексуальним потягом компульсивного характеру (педофілія, ексгібіціонізм). Більшість досліджуваних не мали коморбідної патології 59 (79,5 %).

У більшості підекспертних (91,8 %) було виявлене викривлення сексуального потягу компульсивного характеру: на педофілію страждали

48 (65,8 %) осіб, ексгібіціонізм – 10 (13,7) %, геронтофілію – 3 (4,1) %, некрофілію – 1,4 %, садизм – 5 (6,8 %). У 39,7 % випадків кримінальне правопорушення було скоєне в стані простого алкогольного сп'яніння, 60,3 % – тверезому. Поведінка після СНД в 100 % спостережень була послідовною та логічною. У більшості випадків підекспертні не наносили тілесних ушкоджень 53 (72,6 %). За мотивацією СНД матеріал розподілявся наступним чином: загострення сексуального потягу в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння складало 27 (37,0 %) випадків; корисно-насильницька мотивація – 37 (50,7 %). У 38,4 % спостережень відмічалася клішованість, 41,0 % – серійність скоєння сексуальних правопорушень. У 93,2 % випадків віктимної поведінки з боку потерпілих не було.

Всі досліджувані за своїм психічним станом потребували застосування ЗМХ у вигляді надання амбулаторної допомоги в примусовому порядку.

Клінічний приклад. Спостереження № 1. Витримка з акта СПЕ наводиться в обсязі, необхідному для ілюстрації. Підекспертний М., 42 роки, обвинувачувався за ст. 152 ч. 3 ККУ. На експертизі в Київському міському центрі СПЕ перебував у 2015 році.

ОБСТАВИНИ СПРАВИ, ЗА ЯКОЮ ПРОВОДИТЬСЯ ЕКСПЕРТИЗА

Як вбачається з матеріалів кримінального провадження, 03.03.2015 р. М. прибув з Російської Федерації до України, на Центральний залізничний вокзал м. Київ і винайняв житло в хостелі, розташованому за адресою: м. Київ, вул. Оболонська, 44, кв. 90. 04.03.2015 р. близько 09.00, перебуваючи в приміщенні хостелу, розташованому за адресою вул. О., 44, у М. виник злочинний умисел, спрямований на вбивство. Реалізуючи свій злочинний умисел, М., користуючись київським метрополітеном, зі станції метро “Тараса Шевченка” направився до станції метро “Теремки”, при цьому взяв із собою заздалегідь заготовлений ніж для нанесення тілесних ушкоджень. Перебуваючи на вказаній станції метрополітену, з метою реалізації свого злочинного умислу, спрямованого на заподіяння смерті іншій людині, направився в бік АЗС “WOG” по пр. Глушкова, 69 у м. Київ. Перебуваючи на території вказаної автозаправної станції, що розташована біля

лісопосадки, став чекати відповідну жертву. Близько 14-ї години М. помітив у лісопосадці по пр-ту Г., 69 О., 1968 р. н., яка гуляла з собакою. У цей час вирішив умисно заподіяти їй смерть шляхом нанесення ножових поранень заздалегідь підготовленим ножом. Перебуваючи в лісопосадці на стежці, М. дістав заздалегідь підготовлений ніж і, тримаючи його в правій руці, наблизився до О. ззаду. Підійшовши до неї, схопив її лівою рукою за шию, водночас, використовуючи заздалегідь підготовлений ніж, наніс О. декілька ударів у район грудної клітки зліва. Від отриманих тілесних ушкоджень О. померла на місці. Після чого, продовжуючи свій злочинний умисел, спрямований на заподіяння смерті іншій людині, з корисливих мотивів, взяв труп за руки та затягнув його до лісу на відстань 50 метрів від місця вчинення нападу. Потім зняв з трупу О. каблучку, одну сережку, ланцюжок з кулоном і дістав з кишені мобільний телефон “Самсунг”, після чого залишив місце вчинення злочину, майном, здобутим злочинним шляхом, розпорядився на власний розсуд. 06.03.2015 р. близько 09.00, перебуваючи в приміщенні хостелу, розташованому за адресою: м. Київ, вул. О., 44, кв. 90, у М. виник злочинний умисел, спрямований на вбивство, тобто умисне протиправне заподіяння смерті іншій людині, вчинене з корисливих мотивів. Реалізуючи свій злочинний умисел, спрямований на повторне заподіяння смерті іншій людині, з корисливих мотивів, М., користуючись Київським метрополітеном, зі станції метро “Тараса Шевченка” направився до станції метро “Червоний Хутір”, при цьому взяв із собою заздалегідь заготовлений ніж для нанесення тілесних ушкоджень. Перебуваючи біля станції метрополітену “Червоний Хутір” по вул. Старобориспільська в м. Київ, що розташована біля лісопосадки, став чекати жертву, яка підходить, з метою реалізації свого злочинного умислу, спрямованого на повторне заподіяння смерті іншій людині, з корисливих мотивів. Близько 12.00 М. помітив у лісопосадці біля станції Київського метрополітену “Червоний Хутір” по вул. Старобориспільська в м. Київ Л. К.П., 1938 р. н., яка гуляла. У цей час він вирішив заподіяти їй смерть шляхом нанесення ножових поранень. Перебуваючи в лісопосадці, на відстані 200 м від

станції метрополітену “Червоний Хутір”, М. дістав заздалегідь підготовлений ніж і, тримаючи його в правій руці, наблизився до Л. ззаду. Підійшовши до неї, схопив її лівою рукою за шию, водночас, використовуючи заздалегідь підготовлений ніж, наніс Л. декілька ударів у район грудної клітки зліва. Від отриманих тілесних ушкоджень Л. померла на місці. Після чого взяв труп за ноги та затягнув його до лісу на відстань 50 метрів від місця вчинення нападу та заподіяння смерті. Потім зняв з трупу Л. сережки та дістав з кишені мобільний телефон “LG”, після чого залишив місце вчинення злочину, надалі майном, здобутим злочинним шляхом, розпорядився на власний розсуд. Крім того, 14.03.2015 р. у М. виник злочинний умисел, спрямований на напад з метою заволодіння чужим майном, поєднаного з насильством, небезпечним для життя та здоров’я потерпілого. З цією метою М. розробив злочинний план, відповідно до якого мав намір, застосувавши заздалегідь заготовлений ніж, нанести тілесні ушкодження потерпілій, після чого заволодіти її майном. 14.03.2015 р. о 14.40 увійшов до торгівельного кіоску “Квіти”, розташованого за адресою: м. Київ, пр. Перемоги, 28/1, де, діючи відповідно до заздалегідь розробленого плану, користуючись тим, що у вказаному приміщенні перебував лише один продавець, І., 1962 р. н., підійшов до неї та дістав з-під одягу з-за спини заздалегідь заготовлений ніж і наніс ним один удар у живіт останньої, чим спричинив тяжке тілесне ушкодження, небезпечне для життя в момент заподіяння, у вигляді колото-різаного проникаючого поранення живота. Після цього М. висунув потерпілій протиправну вимогу передачі грошових коштів та ювелірних виробів. Отримавши опір з боку І., М. наніс їй ножем один удар у груди й один удар у шию, внаслідок чого потерпіла впала на підлогу. Користуючись тим, що І. втратила можливість чинити опір, М. зірвав з її поясу гаманець і дістав з нього грошові кошти в сумі 1500 гривень. Продовжуючи свої злочинні дії, М. здійснив спробу зняти з пальця правої руки потерпілої золоту каблучку. Після невдалої спроби М. наніс потерпілій один удар ножем в область променевоzap’ясткового суглоба правої руки. Надалі І., відчуваючи небезпеку для своїх життя та здоров’я, стала самостійно знімати зі свого пальця

каблучку, після чого М. вирвав у неї та незаконно заволодів вказаною золотою каблучкою вартістю 2000 грн. Після чого М. залишив приміщення торгівельного кіоску та разом з викраденим майном покинув місце вчинення злочину, завдавши матеріальної шкоди потерпілій на загальну суму 3500 гривень.

ВІДОМОСТІ, ОТРИМАНІ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ПОДАНИХ НА ЕКСПЕРТИЗУ ОБ'ЄКТІВ

Як вбачається з матеріалів кримінального провадження, медичної документації, зі слів підекспертного: родом з Узбекистану; має 5 братів і 1 сестру; батьки проживають у Ташкенті. У дитинстві переніс менінгіт, лікувався в лікарні райцентру Турткуль у віці 10-11 років протягом 2-3 місяців (медична документація не надана). Дідусь начебто страждав на психічні розлади (зі слів підекспертного), брат матері також, має II групу інвалідності за психічним захворюванням (відомості зі слів підекспертного). До школи пішов у 7 років, навчався задовільно, на другий рік не залишався. З 7 класу начебто був виключений зі школи, оскільки порушував дисципліну, був поставлений на облік в інспекції зі справ малолітніх з 14 років. За характером був конфліктним, бив сусідів, з 5 класу вчиняв бійки з учнями. Начебто вперше лікувався в психіатричній лікарні у віці 14 років. У 1990 р. вперше притягувався до кримінальної відповідальності за скоєння пограбування: угон автомобіля. У ході досудового слідства йому начебто проводилася СПЕ. Спочатку був визнаний осудним і засуджений до 7 років позбавлення волі, а пізніше нібито визнаний психічно хворим і неосудним, через що по 1995 р. перебував на примусовому лікуванні в м. Тахіташ Каракалпацької АРСР в республіканській психіатричній лікарні (відомості зі слів підекспертного, медична документація не надана). Через декілька днів після повернення додому в 1995 р. знову був засуджений за крадіжку з магазину до 6,5 років позбавлення волі. У період досудового розслідування проводилася СПЕ, був визнаний психічно здоровим та осудним; до 2001 р. перебував у місцях позбавлення волі. Знаходячись там, у 1998 р. скоїв вбивство бригадира, також ковтав дріт. У 1996 р. начебто

лікувався в психіатричній лікарні пенітенціарної системи. Надалі, в період з 2001 по 2008 рр., підекспертний проживав у родичів під Ташкентом; за медичною допомогою до психіатра не звертався, але на вимогу батька сусід нібито вводив йому препарат модітен-депо. Наступного разу притягувався до кримінальної відповідальності в 2008 р. за розбійне пограбування. У період досудового розслідування проводилася амбулаторна СПЕ, був визнаний психічно здоровим і засуджений до 7 років позбавлення волі. Під час перебування в колонії постійно конфліктував, поранив начальника зони за те, що він не давав йому побачення, начебто направлявся в психіатричний корпус лікарні пенітенціарної служби (на той час знаходився в Р.; медична документація не надавалася). Після звільнення в грудні 2014 р. приїхав додому, де, з його слів, деякий час жив за рахунок родичів, батьків, а також скоїв зґвалтування померлої дівчини на кладовищі. Був направлений родичами до іншого брата, який проживав у М., де (зі слів підекспертного) також скоїв декілька вбивств жінок з пограбуванням і зґвалтуванням. На початку березня 2015 р. за порадою брата приїхав до України. Під час досудового розслідування підекспертний давав послідовні, логічні показання відносно вбивства та грабежів вбитих ним жінок (О. (04.03.2015 р.), Л. (06.03.2015 р.), епізоду нанесення тяжких тілесних ушкоджень потерпілій І. (14.03.2015 р.)). Також брав участь у відтворенні обставин скоєних ним противоправних діянь. У перегляді CD-дисків даних відтворень у підекспертного не вбачається ознак будь-якої психічної хвороби, в його висловлюваннях і діях відсутні ознаки маячення та галюцинацій, під час проведення слідчих дій поводив себе адекватно обстановці, давав послідовні, логічні відомості відносно кримінальних подій, учасником яких був.

Свідок Т. (адміністратор хоспісу, де підекспертний проживав у березні 2015 р.) у своїх показаннях на досудовому слідстві на наявність будь-яких порушень з боку психічної сфери в нього не посиалася.

Як вбачається з протоколу допиту потерпілої О. від 05.03.2015 р., остання пояснила, що 04.03.2015 р. її батько о 17.05 у лісосмузі знайшов тіло матері. На

ній були сліди насильницької смерті, а саме ушкодження в області грудей, були відсутні штани, труси та взуття; також були відсутні мобільний телефон, обручка, срібний ланцюжок, золоті сережки.

Допитана в якості свідка 20.03.2015 р. Г. повідомила, що 18.03.2015 р. близько 16.00, як завжди, вийшла погуляти з собакою. Вийшовши з будинку, йшла по вул. Вавилова та направилася в напрямку вул. Ризької в м. Київ. Проходячи поблизу будинку № 18 по вул. Р. у м. Київ, зустріла раніше невідомого чоловіка, який йшов у напрямку вул. Щусєва в м. Київ; даний чоловік чомусь запам'ятався. Після чого, погулявши з собакою, повернулася додому. 19.03.2015 р. приблизно о 21.00 знову вийшла погуляти з собакою та пішла за вищевказаним маршрутом, тобто в напрямку вул. Р. в м. Київ, у цей час знову помітила вищевказаного чоловіка, який стояв на узбіччі дороги, поблизу буд. № 18 по вул. Р. у м. Київ; весь час він дивився на свідка та чекав, поки вона пройде повз нього. Звернула на нього увагу, оскільки поблизу нікого не було, він чомусь зупинився та чекав, поки вона пройде повз нього. Пройшовши повз нього та дійшовши до перехрестя вул. Р. в м. Київ, повернула за буд. № 16. Через те, що на вулиці було темно та поряд на вулиці нікого не було, вона злякалася, відразу розвернулася та пішла в напрямку будинку, в якому проживала. Коли вийшла з-за кута будинку № 16, помітила, що вищевказаного невідомого вже не було та він не пішов у напрямку вул. Щусєва в м. Київ, тобто здалося, що він, напевно, зайшов на подвір'я будинку № 16 по вул. Р. у м. Київ. Прийшовши додому, про дану подію розповіла своєму брату, який працює в Голосіївському РУ ГУ МВС України в м. Києві. Він повідомив, що в Києві було вчинено вбивство 2-х жінок одним і тим самим чоловіком у Голосіївському та Дарницькому районах. Після чого дістав і показав портрет особи, яка підозрюється у вчиненні даних вбивств, побачивши його, вона відразу впізнала та повідомила, що саме дану особу зустріла, коли вигулювала собаку. Вказаний невідомий був віком приблизно 35 років, був одягнений у пуховик темно-коричневого кольору по пояс; на голову був одягнений капюшон, на пуховику малися горизонтальні прошивки, зверху на пуховику

був зав'язаний шарф у смужку червоно-білого кольору, штани темного кольору; руки тримав у кишенях. Капюшон одягнутий на половину голови, тому помітила обличчя: він мав волосся чорного кольору, був коротко стриженим, мав брови чорного кольору, очі чорного кольору. Вказаний чоловік був схожий на особу кавказької національності. При зустрічі зможе впізнати даного невідомого.

Як вбачається з акта судово-медичної експертизи № 24 від 12-13.03.2015 р. відносно О., виявленої в лісі з ознаками насильницької смерті, при дослідженні тампонів з різних ділянок тіла виявлені сперматозоїди. Висновок: на тампоні з вмістом піхви трупа О. виявлені сперматозоїди.

Як вбачається з висновку експерта № 639/2 від 10.03-10.04.2015 р. щодо трупа Л., були виявлені тілесні ушкодження у вигляді 6 проникаючих ножових поранень середостіння, лівої плевральної порожнини, передньої поверхні лівої половини грудної клітки з ушкодженням верхньої та нижньої часток лівої легені, 1 наскрізне поранення лівої молочної залози, 2 поранення м'яких тканин лівої половини грудної клітки. Усі ушкодження утворилися при семикратній дії гострого предмета типу клинка-ножа.

Як вбачається з акта судово-медичної експертизи № 29 від 12-13.03.2015 р., на тампоні з вмістом заднього проходу трупа Л., 1938 р. н., виявлені поодинокі сперматозоїди. Акт судово-медичної експертизи № 28, висновки: на тампоні з вмістом ротової порожнини трупа Л. сперматозоїди не виявлені. Акт судово-медичної експертизи № 27: на тампоні з вмістом піхви трупа Л. виявлені сперматозоїди.

Згідно з довідкою № 347292 від 15.06.2015 р., М. на обліку в Київській міській наркологічній клінічній лікарні “Соціотерапія” не перебуває. Також, згідно з відповіддю з Київського міського психоневрологічного диспансеру № 3, на обліку в лікаря-психіатра за даними комп'ютера за останні 5 років не перебуває. Будь-яких відомостей з Узбекистану, Р. слідством для вивчення експертам не надавалося.

Як вбачається з медичної карти стаціонарного хворого № 15406/1126, у період з 10.06 по 12.06.2015 р. М. перебував на обстеженні в Київській міській клінічній лікарні швидкої та невідкладної допомоги через стороннє тіло в шлунково-кишковому тракті, куди був доставлений швидкою медичною допомогою. Проводилося рентген-дослідження, було виявлене чужорідне тіло металевої щільності у вигляді дроту довжиною 8,5 см у межигастрії по центру (орієнтовно термінальний відділ клубового кишечника). Проводилося оперативне втручання з видалення чужорідних тіл. Надалі в задовільному стані був виписаний до слідчого ізолятора.

Через те, що в слідства виникли сумніви щодо психічної повноцінності підекспертного, відносно нього призначалася та проводилася амбулаторна СПЕ в Київському міському центрі СПЕ 19.05.2015 р. При амбулаторному клінічному дослідженні експерти виявили наступне: підекспертний активно зазначив, що протиправні дії, в яких він підозрюється, він вчинив під впливом “голосу” жінки, яку чує приблизно з кінця 1990-х років, водночас підекспертний висловив впевненість, що він скоро помре, але це йому байдуже. Настрій ситуативно дещо знижений, емоційно адекватний. Через це підекспертному рекомендувалося проведення стаціонарної комплексної СПЕ, на яку він надійшов 16.06.2015 р.

При клінічному дослідженні встановлено наступне:

СОМАТИЧНИЙ СТАН

Стан задовільний, нормальної вгодованості; шкіряні покрови та видимі слизові оболонки звичайного кольору. Периферичні лімфовузли не збільшені. Межі серця в нормі, тони чисті, пульс – 84 уд./хв, задовільної якості; артеріальний тиск – 130/80 мм рт. ст. Межі легень у нормі, над легень перкуторний звук, дихання везикулярне, жорстке, послаблене, хрипи не вислуховуються. Язик вологий. Симптом Ортнера негативний. Селезінка не пальпується. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Заключення: хронічне обструктивне захворювання легень, хронічний обструктивний бронхіт у стадії нестійкої ремісії; хронічний холецистит? Призначалося лікування.

НЕВРОЛОГІЧНИЙ СТАН

Зіниці D=S, диплопії немає, рухомість очних яблук у повному обсязі, реакція на світло жива. Обличчя симетричне. Ністагму немає. Ковтання нормальне. Менінгіальні симптоми не виявляються. Рефлекси з верхніх кінцівок S=D, з нижніх S=D, поживлені. Патологічні рефлекси не виявляються. У позі Ромберга стійкий.

02.07.2015 р. проводилося електроенцефалографічне дослідження. Виявляються помірні явища іризації в структурі загально мозкових змін. Ознак пароксизмальної активності на момент дослідження виявити не вдається. Комплексів, що свідчать про дисфункцію стовбурових структур, не зареєстровано. Специфічних електроенцефалографічних феноменів не виявлено.

ПСИХІЧНИЙ СТАН

Контакту доступний, орієнтований всебічно вірно, на запитання відповідає в плані заданого питання. Мислення послідовне, логічне, в дещо загальмованому темпі. Пам'ять не порушена, процеси абстракції й узагальнення доступні. Мова з деякими труднощами, оскільки підекспертний не дуже гарно знає російську мову. Заявляє, що десь з 30 років у його голові з'явився жіночий голос, дана жінка – узбечка, вона керує його діями та надає сили для скоєння вбивств і зґвалтувань. Про вбивства жінок говорить без особливого емоційного переживання: “Так, це було угодно Богу, це Бог так вирішив, а не я”. Водночас применшує свою провину, говорить, що тільки іноді крав цінні речі. На період вбивств і зґвалтувань відчував у себе надзвичайну силу, у нього начебто спостерігалось звуження свідомості. Про одне з останніх вбивств говорить так: “Сиділа жінка, бідно одягнута. Я підійшов та штрикнув її ножом, тіло кинув у кущі. Так було угодно Богу”. На уточнюючі запитання підтверджує, що зняв з жінки сережки. Водночас демонстративно заявляє: “Я жити не буду!”. Розуміє протиправність своїх дій. Настрій ситуаційно знижений. Вважає, що всі ці злочини зробив через свою психічну хворобу: “голос” жінки, яка живе в його голові.

За весь час знаходження на експертизі періодично надавав скарги на наявність голосу жінки в голові, а також зорові галюцинації: бачив цю жінку – це молода узбечка, зараз вона вже постаріла, ця жінка живе на кладовищі та “він повинен годувати цю жінку, її чоловіка та їх дітей”. За весь час спостереження на експертизі періодично змінював свої скарги: говорив про те, що бачить багато маленьких оголених дітей на підлозі своєї палати, які говорили йому про те, що він невинний, а всі ці вбивства та зґвалтування скоїв тому, що так було угодно Богу. При наступній співбесіді говорив про те, що всі ці діти були начебто не діти людей, вони були маленькими та нібито в них була шерстка, дуже схожі на маленьких мавпочок. 19.06.2015 р. поскаржився на те, що до нього вночі приходила жінка-узбечка та пропонувала йому вступити в інтимні відносини. Відносно кримінальних правопорушень, в яких підозрюється, пояснює, що не пам’ятає, як гвалтував жінок, начебто він бачив перед собою цю жінку-узбечку, яка переселялася в тіла вбитих ним жінок і він вступав в інтимні відносини не з тілами тих вбитих ним жінок, а з цією молодою узбечкою; бачив, як оживали їхні обличчя, рухалися очі. Коли приходив до тями, бачив перед собою оголену жінку, яку вбив.

Після однієї зі співбесід з лікарем-експертом підекспертний намагався демонстративно покінчити з собою, зв’язавши простирядло. Коли в нього забрали білизну та призначили заспокійливе, поводив себе в камері спокійно. Одного дня при обході заявив, що вночі до нього приходила кішка та лежала на його ліжку. Також запитував, чи не помер хтось у нього в камері, оскільки на ліжку поряд з ним хтось хропе вночі. На цьому ліжку виклав з газет паперовий хрест, що захищає його від духу цієї померлої людини. Дух померлого описує наступним чином: начебто такий чорний дим з великими лапами виростає до стелі та намагається його душити. Показував у газеті фотографії померлих політиків (Чорновола й інших), при цьому говорив: “Це – доля, вони померли тому, що так було треба”. Цікавився можливістю гуляти в дворіку, повідомляв, що раніше, коли лікувався в психіатричній лікарні, він гуляв і допомагав персоналу в прибиранні території. Заявляв, що вбивав жінок тому, що це така

їхня доля, а займався з ними сексом тому, що так наказувала йому жінка-узбечка. За весь час знаходження на експертизі поведінка носила диференційований характер.

У день проведення комісії (14.07.2015 р.) підекспертний раптово став рухливо збудливим, почав бити ногами по ліжку. Коли зайшли медичні працівники, лікарі, заявив, що в голові почув голос жінки, яка заявила, що він помре. Коли йому одягали наручники та вводили заспокійливе, уважно дивився за діями оточуючих, при цьому говорив: “Обережно, не зламайте мені руку!”. За весь час перебування на експертизі контакт носив продуктивний характер, у поведінці підекспертного об’єктивно не виявлялося ознак маячення та галюцинацій. Заяви підекспертного про те, що він чує голос жінки-узбечки, бачить маленьких оголених дітей, іноді саму цю жінку, інших істот на стелі та стінах камери, носять демонстративний, симулятивний характер і не відповідають клінічній картині будь-якого психічного захворювання. Інтелект підекспертного невисокий, відповідає отриманій освіті й образу життя.

Відносно вживання спиртних напоїв підекспертний пояснює, що алкоголем не зловживає, наркотичні речовини ніколи не вживав. Критичні здібності повністю збережені.

ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Підекспертний тримається зовні спокійно. Інтересу до бесіди, психологічного обстеження не виявляє. Контакт обмежує короткими відповідями на запитання. Активно про себе не розповідає, дати особистого життя називає “приблизно”, надає суперечливі відомості про себе: то каже, що закінчив 8 класів школи, то 7; оцінює свою шкільну успішність то як гарну, то як погану...

Спрямовану до нього мову розуміє без труднощів, особисті висловлювання підекспертного російською мовою, з бідним лексичним запасом, примітивною будовою фраз, у дещо сповільненому темпі.

Мотивація на гарний результат в обстеженні відсутня. Інструкції до завдань М. не виконує, вольових зусиль не прикладає, демонструє свою неспроможність у пробах на заучування 10 слів.

При дослідженні розумової функції узагальнює предмети за конкретними ознаками, ситуаційною близькістю. Після зауважень експерта, що були надані в категоричній формі, корегується, запропоновані завдання виконує більш продуктивно.

Виявляє невисокий, але достатній рівень узагальнень (відокремлює групи “вимірювальних предметів”, “штучного освітлення”...), розуміння змісту популярних прислів’їв і метафор (“золоті руки” – “все хорошо делает”, “світла голова” – “умный”).

Рівень інтелектуального розвитку підекспертного вкладається в рамки невисокої норми. Обсяг його загальноосвітніх знань бідний, світогляд вузький, пізнавальні інтереси нерозвинені, лексика бідна, навички автоматизованих розумових дій сформовані нерівномірно (не знає табличку множення, рахує з помилками, повільно...).

Темп психічних процесів дещо сповільнений, довільна увага з труднощами переключення.

Виснаженості психічних процесів у ході обстеження не виявлено.

У сфері особистості: достатня активність поведінки, примітивність інтересів і ціннісних орієнтирів, недорозвиток морально-етичних настанов, егоцентризм, ігнорування загальноприйнятих норм і правил поведінки, низький рівень емотивності й емпатії (схильності до співчуття, співпереживання), примітивно-демонстративні форми реагування в складних ситуаціях.

Від обговорення обставин правопорушень, в яких він підозрюється, М. категорично відмовляється.

У матеріалах провадження наявні відеозаписи слідчих дій, серед яких – відтворення М. подій від 15.04.2015 р. При перегляді відеозапису впливає наступне: М. виглядає акуратним, підтягнутим, тримається природно. Рухи його плавні, координовані, вираз обличчя та голос спокійні. Спрямовану до

нього мову слідчого розуміє без труднощів, на запитання відповідає одразу, без пауз, у достатньому темпі. Мова М. з невеликим словниковим запасом, простим формулюванням речень, не завжди граматично вірна, але розбірлива, фонематично вірна, містить змістовні відповіді.

Запитання слідчого вимовляються в спокійному, рівному тоні, не мають ознак навіювання та наведення.

Висловлювання М. містять: опис маршрутів його переміщення, їхнього положення на місцевості, точні дати та проміжки часу, детальний опис місць подій, зовнішнього вигляду потерпілих (наприклад, “она была в спортивной форме голубого цвета... сумки не было... рядом маленькая собачка с короткой шерстью”), особистої поведінки та її мотивів (“из-за пояса достал нож... чтоб убивать... спросил: “Ваша собачка не кусается?” тощо).

Психологічний аналіз відеозаписів свідчить про успішну орієнтацію М. в оточуючому, збереженість його пізнавальної діяльності, тобто уваги, пам'яті, мислення; достатній рівень його інтелектуального розвитку, здатність вірно сприймати, запам'ятовувати, осмислювати обставини, що мають значення для провадження, та відтворювати їх у мові.

Поведінка М. під час правопорушень, в яких він підозрюється, мала активний, послідовний, цілеспрямований характер.

ОБГРУНТУВАННЯ ТА ПОЯСНЕННЯ ДАНИХ ПРО ПСИХІЧНИЙ СТАН ОСОБИ ТА ФАКТІВ, ЩО ВСТАНОВЛЕНІ ТА ВИЯВЛЕНІ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ОБ'ЄКТІВ ЕКСПЕРТИЗИ

Як вбачається з аналізу матеріалів кримінального провадження, медичної документації, даних теперішнього клінічного дослідження, М. на обліку в лікарів нарколога та психіатра, згідно з наданими слідчим відомостями, не перебуває; за допомогою до даних фахівців у м. Київ не звертався. Зі слів підекспертного вбачається, що начебто з підліткового віку він лікувався в лікаря-психіатра за місцем народження та проживання в Узбекистані, але будь-якої об'єктивної медичної документації слідчими органами не надавалося. Зі слів підекспертного вбачається, що нібито він неодноразово перебував на

лікуванні в психіатричній лікарні пенітенціарної системи Республіки Узбекистан, Росії за час знаходження в місцях позбавлення волі з 2008 по 2011 рр. Об'єктивно дані відомості документальними даними не підтверджені, органами слідства медична документація не надавалася.

При теперішньому клінічному дослідженні в підекспертного виявляються емоційна лабільність, схильність до афективних форм реагування в суб'єктивно-складних ситуаціях, схильність до фантазування, демонстративність поведінки в суб'єктивно-складних ситуаціях. У підекспертного виявляються розлади сексуального потягу у вигляді некрофілії (сексуальний потяг до трупів) і садизму (потяг до нанесення потерпілим тілесних ушкоджень з особливою жорстокістю). За весь час знаходження на експертизі в підекспертного об'єктивно не виявлено порушень свідомості. Посилання підекспертного на наявність у нього вербальних і зорових галюцинацій носять демонстративно-навмисний і симулятивний характер, не відповідають діагностичній картині будь-якого психічного захворювання, не відображаються на його поведінці.

Отже, виявлені при теперішньому клінічному стаціонарному дослідженні особливості психічної сфери підекспертного у вигляді емоційної лабільності, схильності до афективних форм реагування в суб'єктивно-складних ситуаціях, схильності до фантазування, демонстративних форм поведінки, намагання справити враження на оточуючих відповідають діагностичним критеріям МКХ-10: Змішаний розлад особистості – F61.0; та розладу сексуального потягу у вигляді парафілії (некрофілія, садизм) – МКХ-10: F65.0. За своїм психічним станом М. міг бути визнаний таким, який не міг повною мірою усвідомлювати свої дії та керувати ними на період кримінального правопорушення..

Клінічна ілюстрація. Спостереження № 2. Витримка з акта СПЕ наводиться в обсязі, необхідному для ілюстрації. Підекспертний Б., роки, обвинувачувався за ст. 156 ч. 2 ККУ. На експертизі в Київському міському центрі СПЕ перебував у 2015 році.

ОБСТАВИНИ СПРАВИ, ЗА ЯКОЮ ПРОВОДИТЬСЯ ЕКСПЕРТИЗА

03.05.2015 р. приблизно о 14.20 Б., перебуваючи в приміщенні туалету Дитячої музичної школи № 7, що розташована за адресою: м. Київ, бул. Чоколівський, 25, з метою вчинення розпусних дій щодо малолітньої особи заштовхнув до туалетної кабінки раніше невідому йому малолітню Я., 2005 р. н., де повернув її спиною до себе та зняв з неї штани та труси. Реалізуючи свій злочинний умисел, Б. почав мацати та чіпати невстановленим предметом статеві органи останньої й анальний отвір, чим вчинив розпусні дії відносно малолітньої особи.

ВІДОМОСТІ, ОТРИМАНІ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ПОДАНИХ НА ЕКСПЕРТИЗУ ОБ'ЄКТІВ

Спадковість психічними захворюваннями не обтяжена. Ранній розвиток без особливостей. До школи пішов своєчасно, закінчив 8 класів загальноосвітньої школи. Надалі проживав у селі з матір'ю, ніде не працював. Неодружений, дітей не має. Згідно з довідкою з диспансерного відділення Київської міської психоневрологічної лікарні № 2 від 23.06.2015 р., на обліку в психіатра не перебував. Відповідно до довідки № 348088 від 26.06.2015 р. з Київської міської наркологічної клінічної лікарні “Соціотерапія”, під наркологічним диспансерно-динамічним наглядом не перебував. За місцем проживання характеризується позитивно. Тяжкими соматичними й інфекційними хворобами не хворів. У 2009 р. притягувався до кримінальної відповідальності за ст. 156 ч. 2 ККУ. За даними облікової документації Київського міського центру СПЕ в 2009 р. Б. перебував на стаціонарній СПЕ, був оглянутий комісією 21.04.2009 р. З діагнозом “Ананкастний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості, педофілія” підекспертний на період інкримінованих дій і термін проведення експертизи був визнаний таким, який міг усвідомлювати свої дії та керувати ними. Надалі був засуджений на 6 років позбавлення волі, відбував покарання, звільнився в березні 2015 р. У процесі слідства був допитаний в якості підозрюваного 14.07.2015 р. та повідомив “з подій, які були 03.05.2015 р. приблизно о 14.20 за адресою м. Київ, бул.

Чоколівський, 25, я нічого не пам'ятаю. Якщо я побачу місце вчинення злочину, то його можу визнати та щось пригадати про обставини даної події”. Згідно з наявною в матеріалах кримінального провадження характеристикою на ув'язненого, який утримувався в Київському слідчому ізоляторі, відмічено “за час перебування в Київському СІЗО з 30.06.2015 р. по теперішній час ув'язнений Бубир Д.О. зарекомендував себе посередньо. За час тримання в Київському слідчому ізоляторі заохочень та стягнень не має, на заходи соціального та режимного характеру реагує посередньо, але не завжди робить належні висновки, правила поведінки та розпорядок дня не порушує; до праці в умовах Київського СІЗО не залучається. Більш конкретну інформацію надати не маємо можливості у зв'язку з коротким терміном перебування”.

Допитана в якості свідка 18.09.2015 р. мати підекспертного повідомила: “із самого дитинства я помітила, що мій син досить слабкий, погано розвивається, він був дуже нервовою дитиною, хворів усіма інфекційними дитячими хворобами... приблизно з 12 років я помітила, що в мого сина була дуже слабка нервова система, він часто плакав. Коли моєму сину виповнилося приблизно 16 років, я почала помічати, що він часто розмовляє сам із собою. Ми зверталися до невропатолога, оскільки він боявся знаходитися один дома, спати без світла. Також він страждав на галюцинації і стверджував, що до нього у вікно хтось лізе... поки моєму сину не виповнилося 20 років, я постійно направляла його до різних закладів з метою оздоровлення, проте дитяча амбулаторна картка не збереглася. У 1993 р. мій син поїхав працювати до свого друга, який на той момент працював у Польщі та займався бізнесом, проте у нього почалися проблеми і мій син почав бігти із Польщі... він повернувся до України приблизно в 1997 р. Після його повернення я помітила, що він почав зловживати алкогольними напоями, був дуже замкнений у собі, ніколи не хотів спілкуватися із жінками свого віку, які проявляли до нього інтерес. Він був дуже агресивний, проявляв агресію в мій бік. У віці 32 років мій син почав говорити мені, щоб я постійно зачиняла двері, він страждав на галюцинації, повідомляв мені, що бачить павуків та жуків, говорив, що його “кличе демон, у

вікна лізуть карлики”. Він розмовляв сам із собою, спав одягнений у взуття, за собою не слідкував та довгими періодами не мився. Був апатично настроєний, нічого не хотів слухати про сімейні проблеми та мій стан здоров’я. Також він дуже часто сміявся без причини; він часто міняв місця роботи... він приходив і навіщав мене, коли я проживала сама. Тоді я помітила, що він ще більше розмовляє сам із собою, бачив галюцинації. У моїй квартирі він трошив посуд і я зрозуміла, що його психічні проблеми збільшилися, він почав страждати на паранойю – перевіряв по декілька разів, чи зачинені двері та вікна, говорив, що за ним “ходить демон”. Тоді я почала умовляти його пройти обстеження в лікарні, але він відмовлявся... він повернувся з місць позбавлення волі в 2015р... він був апатично настроєний, майже зі мною не спілкувався, інтересу до мене не проявляв, був неемоційним та відстороненим. Він просив із ним не розмовляти, закривав вуха та сміявся без причини... останній раз я бачила свого сина приблизно на початку червня 2015 р. біля станції метро “Лісова”. Слухати мене він не хотів, закривав вуха руками, сміявся без причини, страждав на галюцинації”.

У процесі слідства виникли сумніви відносно психічного стану підекспертного та була призначена амбулаторна СПЕ. Згідно з висновками амбулаторної СПЕ № 573 від 07.07.2015 р., підекспертний потребує призначення стаціонарної СПЕ. На стаціонарну СПЕ надійшов 20.08.2015 р.

ПСИХІЧНИЙ СТАН

При надходженні у відділення нечітко орієнтований у часі, невірно називає число та місяць. На запитання відповідає коротко, довго обдумує запитання, морщить лоба, відвертається, на співбесідника не дивиться; щось змахе з себе та навколо себе. При цьому каже “в камері багато павутиння”. На деякі запитання відповіді не дає. Повідомив, що в той час, коли відбував попереднє покарання, в камері “чув голоси. Зараз у голові чую голос, я називаю його на ім’я “Борода”. Коли він лає мене, то стає гучним, а коли щось підказує або коментує, стає тихим. Іноді в голові стає порожньо, немає ніяких думок”. З приводу діяння, в скоєнні якого він підозрюється, повідомив наступне: “я йшов по вулиці, потім побачив маленьку

дівчину, яка покликала мене зайти до школи. При цьому відчував себе ніби під гіпнозом, потемніло в очах, стало гаряче. Зайшов до туалету, оголив статевий орган та став мастурбувати. Дівчинку при цьому не гвалтував і не примушував її до мене торкатися”. Розповідає про це тихим голосом. Також повідомив, що перед тим, як зайти до жіночого туалету, відчував непереборний потяг до цього: “всі думки були про це, було почуття незадоволеності, непоборності. Усе що відбувалося навколо, було ніби гра”. При спробах з’ясувати подробиці замикається в собі, перестає відповідати на запитання, уникає прямої відповіді, замислюється про щось своє, переводить розмову на іншу тему. Себе характеризує як замкнуту, педантичну людину, яка схильна до сумнівів, необґрунтованих побоювань. Відмічає, що ще під час навчання в школі йому було важко спілкуватися з однокласниками, зокрема з особами протилежної статі.

За час перебування в стаціонарі неспокійний, ходить по камері, обмотує голову рушником, має схвильований вигляд, смикає себе за підборіддя, стривожений, каже “все погано, до мене приходить демон, який хоче зробити мені шкоду, також приходить старець, який допомагає мені. За дверима чую голоси, мене прослуховують, знають про що ми з вами говоримо”. Пише лікарям численні записки, в яких описує свої переживання, малює картинки апокаліптичного змісту.

ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

У процесі експериментально-психологічного обстеження Б. виявлено наступне. Доступний недостатньо продуктивному контакту. Заходить на бесіду напружений, з рушником на голові, уважно роздивляється експерта. Одразу ж намагається скласти про себе певне уявлення. Відповідає після дуже довгих пауз, надмірно розмірковує, “нарочито” підкреслює свою неспроможність. На запитання стосовно віку розпочинає рахувати на пальцях; стосовно самопочуття відразу розповідає про поганий сон і про те, що він “особлива людина”, намагається розповісти про голоси, які нібито чує, але при більш

докладному розпитуванні не може точно описати свої скарги та відчуття, які були б притаманні відомим патопсихологічним реєстр-синдромам.

У бесіді докладний, торпідний, в'язкий. З труднощами переключається та починає робити нові завдання. Застрагаючий, педантичний.

В експерименті позиція, яку зайняв, знижує об'єктивність отриманих результатів. Загалом не відмічається суттєвих змін в інтелектуально-мнестичній сфері. Пам'ять та інтелект без особливостей, відповідають отриманій освіті та стилю життя, не знижені. Увага достатнього обсягу, стійка. Темп сенсомоторних реакцій і розумової діяльності в межах норми.

Аналіз особистісних особливостей підекспертного з урахуванням даних, отриманих у ході теперішнього обстеження за допомогою психодіагностичних засобів (бесіда, метод спостереження, тести: самооціночні шкали, "Піктограми", "Люшер"), а також наданої в матеріалах кримінального провадження характеризуючої інформації, дозволяє визначити наступні індивідуально-психологічні особливості: відокремленість, схильність до міркувань, вибірковість у контактах, інтровертованість, ригідність, застрягання, чутливість, схильність до сумнівів, педантичність.

У бесіді з експертом стосовно діяння, в якому він підозрюється, повідомив наступне: "Голос старца велел идти к девочкам, потом смутно помню. Было много детей, они смеялись, как будто хотели что-то... Смотрели на меня... Это было как игра... Потом я не знал, куда идти".

Аналіз наявної інформації дозволяє констатувати, що поведінка Б. у досліджуваний період була послідовною, активною, цілеспрямованою, не супроводжувалася будь-якими вираженими емоційними переживаннями. Характер діяння, в якому він підозрюється, виключає наявність у Б. стану фізіологічного афекту.

ОБГРУНТУВАННЯ ТА ПОЯСНЕННЯ ДАНИХ ПРО ПСИХІЧНИЙ СТАН ОСОБИ ТА ФАКТІВ, ЩО ВСТАНОВЛЕНІ ТА ВИЯВЛЕНІ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ОБ'ЄКТІВ ЕКСПЕРТИЗИ

Б. у розвитку від однолітків не відставав, після закінчення школи ніде не працював, на обліку в лікаря-психіатра та нарколога не перебував, з дитячого віку відрізнявся замкненістю, ригідністю, педантичністю, відгородженістю. У 2009 р. притягувався до кримінальної відповідальності, тоді в процесі слідства проходив стаціонарну СПЕ в Київському міському центрі СПЕ, де йому був встановлений діагноз “Ананкасний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості, педофілія”.

При даному обстеженні в підекспертного були виявлені риси особистості, як-от замкненість, інтровертованість, ригідність, схильність до сумнівів, педантичність. Вищевказані зміни психіки підекспертного стосуються особистісних рис і не супроводжуються будь-якими розладами пам'яті, інтелекту, емоційно-вольової сфери, будь-якої продуктивної психопатологічної симптоматики; наркотичні речовини підекспертний раніше не вживав, спиртними напоями не зловживав; у нього не виявлено ознак психічної та фізичної залежності від наркотиків та алкоголю, відсутні будь-які абстинентні розлади. У період часу, до якого відносяться діяння, в скоєнні яких підекспертний на даний час підозрюється, він, як це вбачається з матеріалів кримінального провадження та результатів даного дослідження, будь-якого тимчасового хворобливого розладу психічної діяльності не виявляв. Про вказане свідчить те, що в цей період часу він вірно орієнтувався в оточуючому, в нього відмічалися певна послідовність і цілеспрямованість дій, у його поведінці в цей час були відсутні ознаки маячних ідей, галюцинацій, розладів свідомості чи будь-яких інших хворобливих порушень психічної діяльності. Поведінку підекспертного на час проведення даної експертизи, а саме висловлювання про те, що його переслідують, він бачить “демонів та фей”, чує “голоси”, ухиляння від відповідей на деякі запитання, замотування голови

рушником тощо слід розцінювати як установчу тому, що вона носить подвійний характер, подається в демонстративній, клінічно-неправдоподібній формі, стереотипна, поведінка загалом залишається правильною та не відтворює цілісної клінічної картини будь-якого психічного захворювання, а також суперечить об'єктивним даним про його поведінку та висловлювання, що містяться в матеріалах кримінального провадження.

Отже, проаналізувавши надані об'єкти експертизи, комісія доходить висновку, що Б. страждав і страждає на ананкасний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості, в нього виявляється розлад сексуальної переваги у вигляді педофільї (F60.5), за своїм психічним станом він не міг повною мірою усвідомлювати свої дії та керувати ними. Потребував надання амбулаторної допомоги в примусовому порядку.

3.3. Характеристика групи підекспертних, визнаних “осудними”

Були досліджені 200 підекспертних (197 (98,5 %) чоловіків, 3 (1,5 %) жінок), середній вік складав 38 років.

За рівнем освіти досліджувані розподілилися наступним чином: 79 (39,5 %) мали середню спеціальну освіту, 55 (27,5 %) – середню, 41 (20,5 %) – неповну середню, 10 (5,0 %) – вищу, 9 (4,5 %) – незакінчену вищу, в спецшколі-інтернаті для дітей з затримкою психічного розвитку навчалися 3 (1,5 %), порушенням поведінки – 1 (0,5 %) (рис. 3.8).



Рис. 3.8. Розподіл підекспертних за рівнем освіти.

За сімейним станом основна частка підозрюваних були неодруженими/незаміжними (127; 63,5 %). 37 (18,5 %) осіб були одруженими, 22 (11,0 %) – розлученими, в цивільному шлюбі перебували 14 (7,0 %) (табл. 3.41).

Таблиця 3.41

Сімейний стан підекспертних

Сімейний стан підекспертних	Кількість	%
Розлучений/розлучена	22	11,0
Неодружений/незаміжня	127	63,5
Цивільний шлюб	14	7,0
Одружений	37	18,5
Усього	200	100,0

93 (46,5 %) підекспертних працювали, 72 (36,0 %) – не працювали, 18 (9,0 %) осіб займалися епізодичними заробітками (табл. 3.42).

Розподіл підекспертних за відношенням до праці

Відношення до праці	Кількість	%
Працює	93	46,5
Не працює	72	36,0
Епізодичні заробітки	18	9,0
Працює не за фахом	17	8,5
Усього	200	100,0

Раніше судимими були 92 (46,0 %) досліджуваних, не судимими – 108 (54,0 %). 123 (61,5 %) підекспертних проходили амбулаторне обстеження, 77 (38,5 %) – стаціонарне (табл. 3.43).

Розподіл досліджуваних за видом експертизи

Вид експертизи	Кількість	%
Амбулаторна	123	61,5
Стаціонарна	77	38,5
Усього	200	100,0

Первина експертиза була проведена в 198 (99,0 %) випадках, повторна – 2 (1,0 %), 144 (72,0 %) підекспертних були здоровими, в 16 (8,0 %) були виявлені Психічні розлади внаслідок органічного ураження головного мозку резидуального генезу з легким психоорганічним синдромом (F07.9), 10 (5,0 %) – емоційно-нестійкий РО, межовий тип (F60.30), 7 (3,5 %) – Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності (F10.24); 6 (3,0 %) – Розумова відсталість легкого ступеня з незначними поведінковими порушеннями (F70.8), 5 (2,55 %) – Органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад внаслідок ЧМТ (F06.6); по 3 (1,5 %) – Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання

опіодів, синдром залежності (F11.24) та РО емоційно-нестійкий, імпульсивний тип (F60.30); 2 (1,0 %) – Органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад внаслідок нейроінфекції (F06.6); по 1 (0,5 %) – Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання стимуляторів (псевдоефедрон), синдром залежності (F15.24) та Органічний РО (F07.0) (табл. 3.44).

Таблиця 3.44

Розподіл досліджуваних за діагнозом

Діагноз	Кількість	%
Органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад внаслідок ЧМТ (F06.6)	5	2,5
Психічні розлади внаслідок ОУГМ резидуального генезу з легким психоорганічним синдромом (F06.8)	16	8,0
Органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад внаслідок нейроінфекції (F06.6)	2	1,0
РО емоційно-нестійкий, межовий тип (F60.31)	10	5,0
РО емоційно-нестійкий, імпульсивний тип (F60.30)	3	1,5
Органічний РО (F07.0)	3	1,5
Легка розумова відсталість з незначними поведінковими порушеннями (F70.8)	6	3,0
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності (F10.24)	7	3,5
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіодів, синдром залежності (F11.24)	3	1,5
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання стимуляторів (псевдоефедрон), синдром залежності (F15.24)	1	0,5
Психічно здоровий	144	72,0
Усього	200	100

У 179 (89,5 %) випадках діагноз був встановлений у період проведення СПЕ, 21 (10,5 %) – до неї (табл. 3.45).

Розподіл вибірки за часом встановлення діагнозу

Час встановлення діагнозу	Кількість	%
До проведення СПЕ	21	10,5
У період проведення СПЕ	179	89,5
Усього	200	100

90 (45,0 %) підекспертних під час проведення СПЕ заперечували факт СНД, 60 (30 %) – визнавали частково, 42 (21 %) – визнавали факт і жалкували про скоєне, 3 (1,5 %) – симулювали, 1 (0,5 %) – агравував (табл. 3.46).

44 (22 %) обстежуваних були притягнуті до кримінальної відповідальності за статтю 152 ч. 1 ККУ; 32 (16 %) – 153 ч. 2; 28 (14 %) – 152 ч. 3; 24 (12 %) – 153 ч. 1; по 11 (5,5 %) – 152 ч. 4 та 156 ч. 2; 9 (4,5 %) – 152 ч. 1, 15 ч. 3; 8 (4 %) – 153 ч. 3; 7 (3,5 %) – 152 ч. 2; 6 (3 %) – 156 ч. 1; 5 (2,5 %) – 152, 186; по 4 (2 %) – 15, 153; 153, 156; 115, 152; 3 (1,5 %) – 153 ч. 4 (табл. 3.47).

**Розподіл підекспертних за поведінкою під час
судово-психіатричної експертизи**

Поведінка під час СПЕ	Кількість	%
Симуляція	3	1,5
Агравация	1	0,5
Немає	4	2,0
Заперечує факт СНД	90	45,0
Визнає СНД частково	60	30,0
Визнає факт СНД, жалкує про скоєне	42	21,0
Усього	200	100

**Розподіл підекспертних за характером суспільно-небезпечного діяння
(стаття Кримінального кодексу України)**

Стаття ККУ	Кількість	%
152 ч. 1, 15 ч. 3	9	4,5
152 ч. 1	44	22,0
152 ч. 2	7	3,5
152 ч. 3	28	14,0
152 ч. 4	11	5,5
153 ч. 1	24	12,0
153 ч. 2	32	16,0
153 ч. 3	8	4,0
153 ч. 4	3	1,5
156 ч. 1	6	3
156 ч. 2	11	5,5
115, 152	4	2
153, 156	4	2
152, 186	5	2,5
15, 153	4	2,0
Усього	200	100

У 42 (21 %) випадках СНД було попередньо спланованим, 158 (79,0 %) – ситуаційним. 196 (98,0 %) підекспертних вдавалися до дій для приховування скоєного.

У складі групи були скоєні 24 (12,0 %) кримінальних правопорушення, одноосібно – 176 (88,0 %) (табл. 3.48).

**Розподіл підекспертних за угрупуванням під час
суспільно-небезпечного діяння**

СНД	Кількість	%
Одноосібне	176	88,0
У складі групи	24	12,0
Усього	200	100

Загострення сексуального потягу в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння спостерігалось в 133 (66,5 %) випадках, корислива мотивація – 29 (14,5 %), корисно-насильницька – 19 (9,5 %), імпульсивна – 9 (4,5 %), агресивна – 10 (5,0 %) (табл. 3.49).

У більшості досліджуваних не було виявлене викривлення сексуального потягу 132 (66,0 %). На педофілію страждали 38 (19,0 %) осіб, ексгібіціонізм – 25 (12,5 %), фетишизм – 5 (2,5 %). Викривлення сексуального потягу носило obsesivний характер (табл. 3.50).

Розподіл вибірки за мотивацією суспільно-небезпечного діяння

Мотивація СНД	Кількість	%
Імпульсивна	9	4,5
Корислива	29	14,5
Агресивна	10	5,0
Корисно-насильницька	19	9,5
Загострення сексуального потягу в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння	133	66,5
Усього	200	100

Розподіл підекспертних за викривленням сексуального потягу

Викривлення сексуального потягу	Кількість	%
Педофілія	38	19,0
Екгібіціонізм	25	12,5
Фетишизм	5	2,5
Немає	132	66,0
Усього	200	100

71 (35,5 %) СНД були скоєні в квартирі, 56 (28 %) – на вулиці, 14 (7,0 %) – в під’їзді, 11 (5,5 %) – лісопарковій зоні, по 4 (2,0 %) – ліфті, на горищі, по 2 (1,0 %) – в школі та кіоску (табл. 3.51).

Таблиця 3.51

Розподіл під експертних за місцем суспільно-небезпечного діяння

Місце СНД	Кількість	%
Вулиця	56	28,0
Квартира	71	35,5
Поле, ліс	5	2,5
Школа	2	1,0
Ліфт	4	2,0
Під’їзд	14	7,0
Лісопаркова зона	11	5,5
На горищі	4	2,0
Кіоск	2	1,0
Інша будівля	31	15,5
Усього	200	100

145 (72,5 %) СНД були скоєні ввечері (до 23.00), 27 (13,5 %) – вночі (з 24.00), 13 (6,5 %) – зранку, 10 (5,0 %) – вдень (до 18.00), 18 (9,0 %) – не вказано.

У 164 (82 %) випадках зняряддя злочину не було. За допомогою ножа були скоєні 23 (11,5 %) СНД, пляшки – 4 (2,0 %), мотузки – 1 (0,5 %) (табл. 3.52).

Таблиця 3.52

Розподіл підекспертних за зняряддям суспільно-небезпечного діяння

Зняряддя СНД	Кількість	%
Не було	164	82,0
Ніж	23	11,5
Мотузка	1	0,5
Пляшка	4	2,0
Інше	8	4,0
Усього	200	100

Особистість досліджуваних була без особливостей у 160 (80,0 %) випадках. Емоційно-нестійкий тип особистості спостерігався в 12 (6,0 %) осіб, органічний РО – 9 (4,5 %), легкий психоорганічний синдром – 8 (4,0 %), дисоціальний РО – 5 (2,5 %), епілептоїдний тип особистості – 5 (2,5 %), соціальний РО – 1 (1,4 %).

Більшість досліджуваних не мали коморбідної патології (59; 79,5 %). Наслідки ЧМТ спостерігалися в 5 (6,8 %) осіб, резидуально-органічне ураження головного мозку – 5 (6,8 %), психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності – 4 (5,5 %), психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання наркотичних речовин, синдром залежності – 1 (4,8 %).

У 195 (97,5 %) підекспертних обстеження на вміст алкоголю в крові не проводилося.

У 137 (68,5 %) випадках кримінальне правопорушення було скоєне в стані простого алкогольного сп'яніння, 59 (29,5 %) – тверезому, 4 (2,0 %) – наркотичного сп'яніння (рис. 3.9).

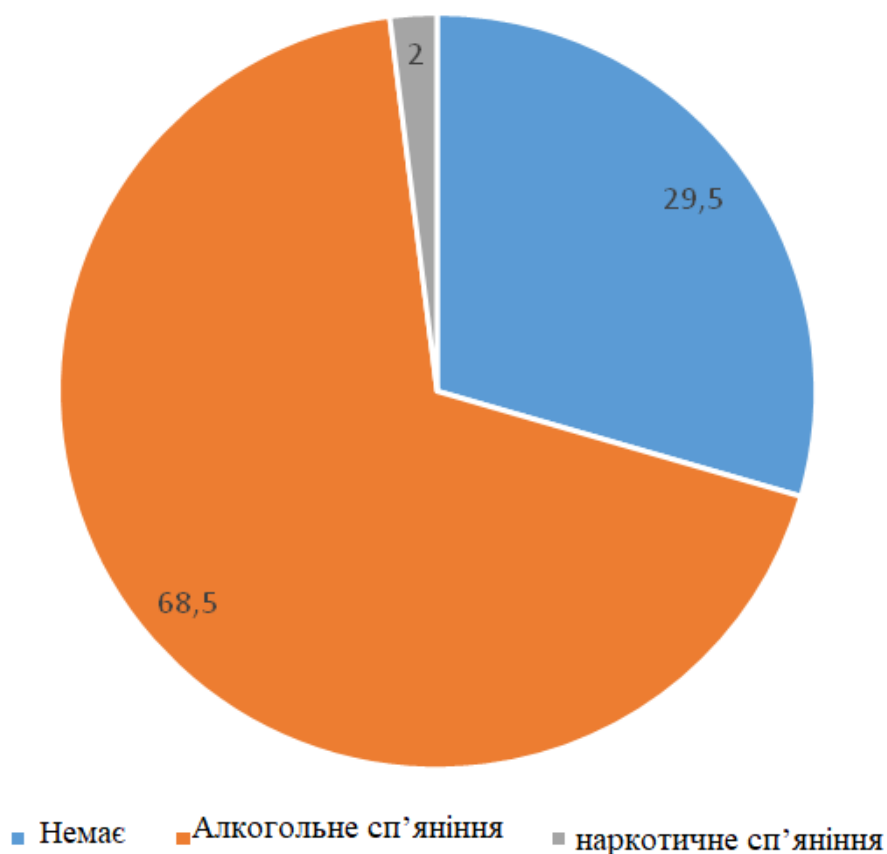


Рис. 3.9. Розподіл підекспертних за порушенням сприйняття.

Загострення сексуального потягу в стані алкогольного сп'яніння спостерігалось в 109 (54,5 %) досліджуваних, сексуальне збудження – 77 (38,5 %), злість, образа – по 2 (3,0 %), гнів – 2 (1,0 %) (рис. 3.10).

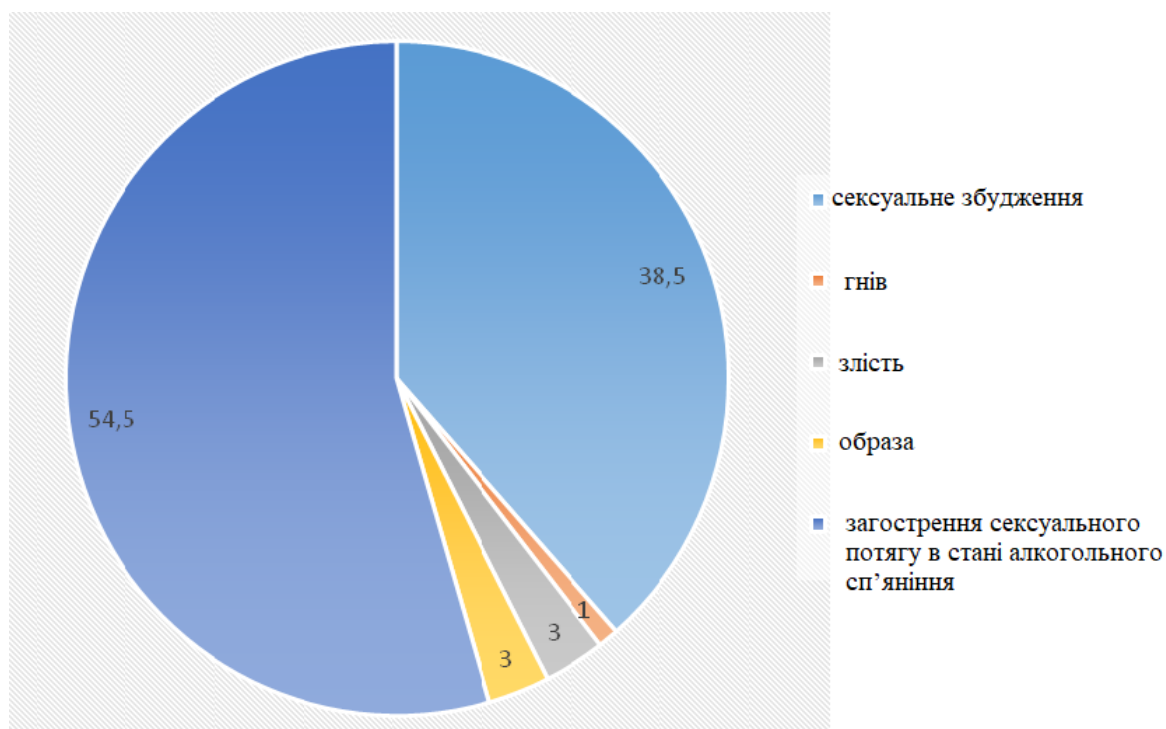


Рис. 3.10. Розподіл підекспертних за домінуючою емоцією.

У більшості випадків підекспертні не наносили тілесних ушкоджень (122; 61%). Легкі тілесні ушкодження спричинили 58 (29%) досліджуваних, вбивство – 11 (5,5%), ушкодження середньої тяжкості – 9 (4,5%) (рис. 3.11).

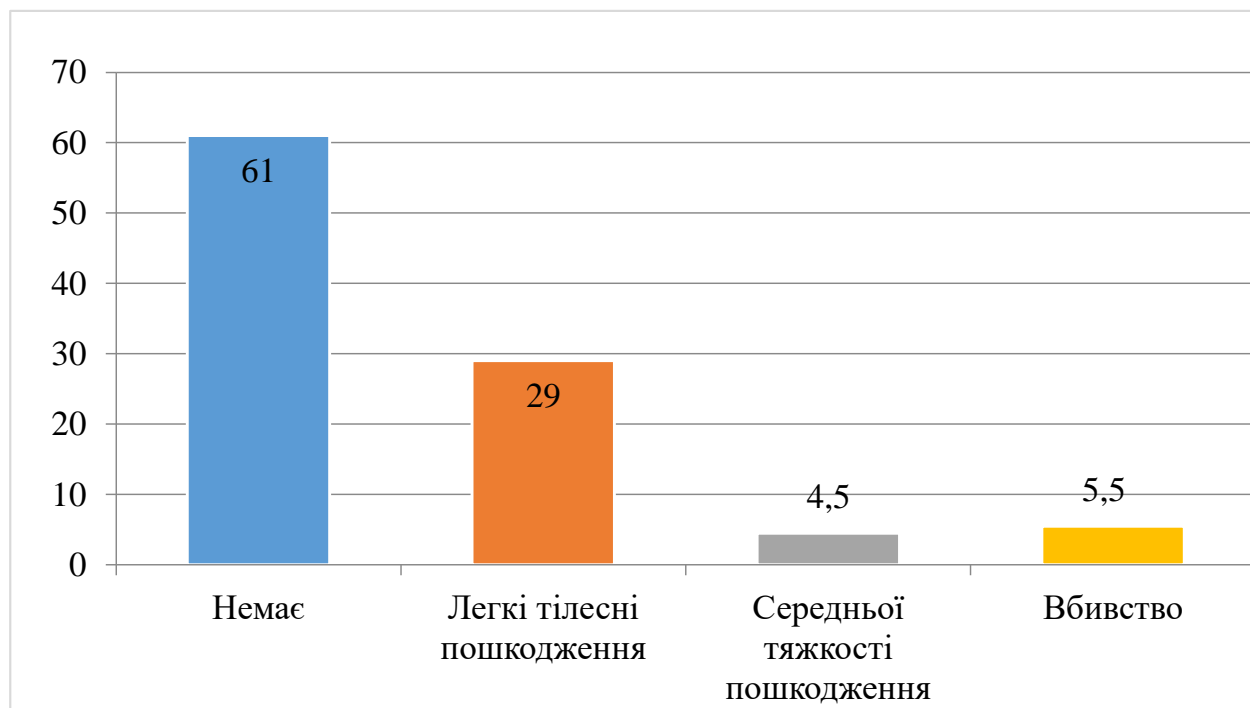


Рис. 3.11. Розподіл досліджуваних за нанесенням тілесних ушкоджень.

У більшості СНД був скоєний насильницький статевий акт: класичний у 129 (64,5 %) випадках, анальний – 26 (13,0 %). Спостерігалися 15 (7,5 %) спроб зґвалтування.

Оральний насильницький статевий акт відмічався в 11 (5,5 %) випадках, ексгібіціонізм і мастурбація – 6 (3,0 %), змішаний насильницький статевий акт – 5 (2,5 %), торкання статевих органів потерпілої – 2 (1,0 %), фотографування статевих органів потерпілої – 1 (0,5 %), орогенітальний насильницький статевий акт – 3 (1,5 %), пересилання порно-фото – 1 (0,5 %), уведення пальців у піхву потерпілої – 1 (0,5 %) (табл. 3.53).

Таблиця 3.53

Розподіл підекспертних за способом скоєння суспільно-небезпечного діяння

Спосіб скоєння СНД	Кількість	%
Фотографування статевих органів потерпілої	1	0,5
Пересилання порно-фото	1	0,5
Торкання статевих органів потерпілої	2	1,0
Ексгібіціонізм і мастурбація	6	3,0
Введення пальців у піхву потерпілої	1	0,5
Насильницький статевий акт: оральний	11	5,5
Насильницький статевий акт: класичний	129	64,5
Насильницький статевий акт: анальний	26	13,0
Насильницький статевий акт: орогенітальний	3	1,5
Насильницький статевий акт: змішаний	5	2,5
Спроба зґвалтування	15	7,5
Усього	200	100

У 200 (100 %) випадках після СНД спостерігалася послідовна та логічна поведінка. 183 (91,5 %) підекспертних повністю пам’ятали події СНД, 17 (8,5 %) – частково. Більшість досліджуваних під час проведення СПЕ заперечували факт кримінального правопорушення (90; 45 %). 60 (30 %) осіб визнавали його частково,

42 (21,0 %) – визнавали та жалкували про скоєне. Симулятивна поведінка спостерігалася в 3 (1,5 %) випадках, агравація – 1 (0,5 %) (табл. 3.54).

Таблиця 3.54

**Розподіл підекспертних за поведінкою під час
судово-психіатричної експертизи**

Поведінка під час СПЕ	Кількість	%
Симуляція	3	1,5
Агравація	1	0,5
Немає	4	2,0
Заперечує факт СНД	90	45,0
Визнає СНД частково	60	30,0
Визнає факт СНД, жалкує про скоєне	42	21,0
Усього	200	100

У 123 (61,5 %) випадках потерпіла не були знайомі з досліджуваним, 69 (34,5 %) – наочно знайома, 5 (2,5 %) була пасербицею, 2 (1,0 %) – донькою, 1 (0,5 %) – сусідкою (рис. 3.12).

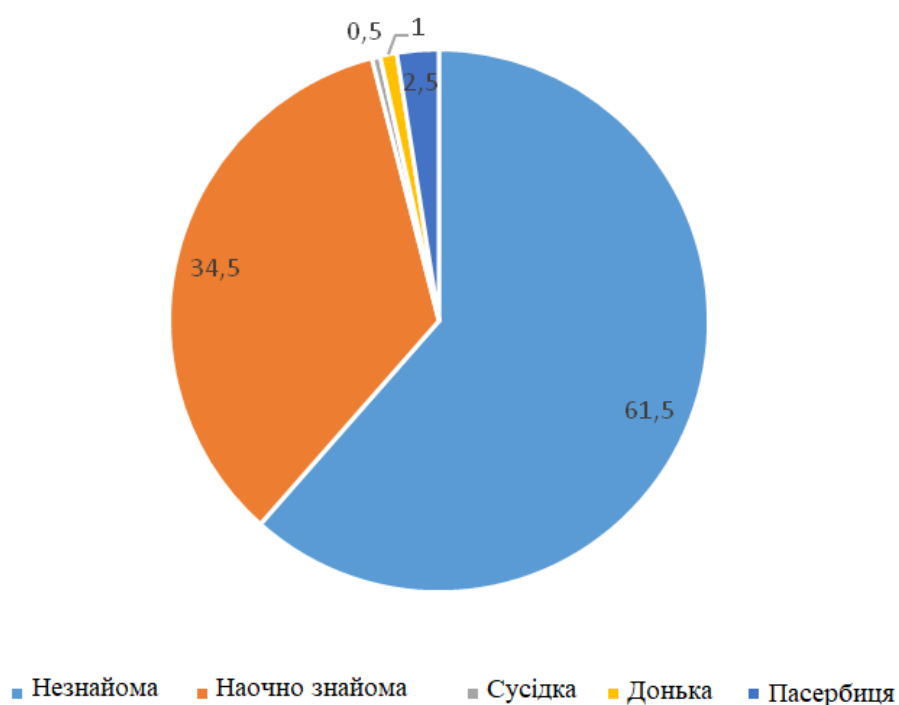


Рис. 3.12. Розподіл підекспертних за відношенням до потерпілої.

107 (53,5 %) потерпілих були дорослими (19-30 років), 31 (15,5 %) – малолітніми (до 14 років), 43 (21,5 %) – неповнолітніми (14-18 років), 16 (8,0 %) – дорослими (31-40 років), 2 (1,0 %) – дорослими (41-50 років), 1 (0,5 %) – дорослою (51-80 років) (рис. 3.13).

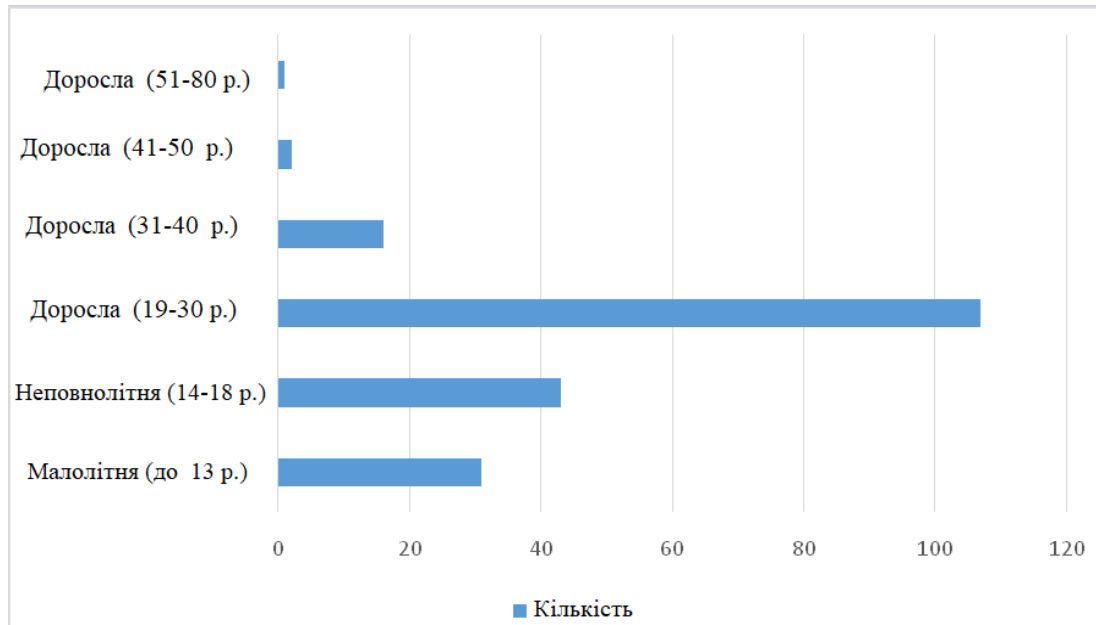


Рис. 3.13. Розподіл потерпілих за віком.

У 156 (78,0 %) випадках не спостерігалася віктимна поведінка з боку потерпілих, у 43 (21,5 %) осіб відмічалася сумісне вживання алкоголю, в 1 (0,5 %) випадку підекспертна в пізній час пішла з потерпілим додому (рис. 3.14).



Рис. 3.14. Особливості поведінки підекспертних.

Клішованість виявлялася тільки в 6 (3 %) випадках, серійність – 26 (13 %).

Отже, у групі “осудних” було досліджено 200 підекспертних (197 (98,5 %) чоловіків, 3 (1,5 %) жінок), середній вік складав 38 років.

За сімейним станом переважали неодружені/незаміжні (127; 63,5 %). Найбільшу частку досліджуваних складали особи з середньою спеціальною освітою (79; 39,5 %). Середню освіту мали 55 (27,5 %) підекспертних, неповну середню – 41 (20,5 %). 10 (5,0 %) – вищу, 9 (4,5 %) – незакінчену вищу. Більшість досліджуваних працювали (93; 46,5 %), 72 (36,0 %) – ні. 144 (72 %) підекспертних були здоровими, в 16 (8,0 %) було виявлене органічне ураження головного мозку резидуального генезу з легким психоорганічним синдромом (F07.9), 10 (5,0 %) – емоційно-нестійкий РО, межовий тип (F60.30), 7 (3,5 %) – розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності (F10.24); 6 (3,0 %) – легка розумова відсталість з незначними поведінковими порушеннями (F70.8), 5 (2,55 %) – органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад внаслідок ЧМТ (F06.6); по 3 (1,5 %) – розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів, синдром залежності (F11.24) та РО емоційно-нестійкий, імпульсивний тип (F60.30); 2 (1,0 %) – органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад внаслідок нейроінфекції (F06.6); по 1 (0,5 %) – розлади психіки та поведінки внаслідок вживання стимуляторів (псевдоефедрон), синдром залежності (F15.24) та органічний РО (F07.0).

Більшість досліджуваних не мали коморбідної патології (150; 75,0 %). У 137 (68,5 %) випадках кримінальне правопорушення було скоєне в стані простого алкогольного сп’яніння. У більшості СНД відмічався насильницький статевий акт: у 129 (64,5 %) випадках класичний. Більшість СНД були скоєні ввечері (до 23.00) (145; 72,5 %). Злочини, що були скоєні однією особою, склали 176 (88 %) спостережень. У 158 (79,0 %) випадках відмічалось ситуаційне кримінальне правопорушення. Більшість злочинів були скоєні в квартирі (71; 35,5 %), 56 (28,0 %) – на вулиці. У більшості випадків кримінального правопорушення знаряддя злочину не було (164; 82,0 %). Дії для приховування скоєного чинили 196 (98,0 %) підекспертних. Більшість

досліджуваних повністю пам'ятали події СНД (183; 91,5 %). У всіх випадках після СНД спостерігалася послідовна та логічна поведінка (200; 100 %).

Більшість досліджуваних під час проведення СПЕ не визнавали кримінального правопорушення (164; 82,0 %).

У більшості підекспертних не було виявлене викривлення сексуального потягу (162; 81,0 %). На педофілію страждали 38 (19,0 %) осіб, викривлення сексуального потягу мало obsesivний характер зі збереженням критичних здібностей. Клішованість виявлялася тільки в 6 (3,0 %) випадках, серійність – 26 (13,0 %).

Клінічний приклад. Спостереження №3. Свідчення з акта СПЕ наводяться в обсязі, придатному для ілюстрації. Підекспертний Г., 1976 р. н., обвинувачується за ст. 152 ч. 2 ККУ. На стаціонарній СПЕ в Київському міському центрі СПЕ перебував у 2015 році.

ОБСТАВИНИ СПРАВИ, ЗА ЯКОЮ ПРОВОДИТЬСЯ ЕКСПЕРТИЗА

Досудовим розслідуванням встановлено, що 17.09.2015 р. приблизно о 23.30 Г., знаходячись у квартирі 267 по вул. М., 15-А в м. Київ, наносячи тілесні ушкодження потерпілій С., вступив у статеві зносини проти волі останньої, тим самим вчинив зґвалтування з застосуванням фізичного насильства.

ВІДОМОСТІ, ОТРИМАНІ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ПОДАНИХ НА ЕКСПЕРТИЗУ ОБ'ЄКТІВ

Спадковість, перинатальний анамнез, ранній розвиток – без особливостей; зростав єдиною дитиною в неповній сім'ї (розлучення батьків). Підекспертний упродовж дитинства й юності на тяжкі соматичні хвороби не страждав; у 14- та 20-річному віці начебто двічі отримував “удари по голові” під час “гри в хокей... падіння з дерева”, за медичною допомогою з даних приводів не звертався. Підекспертний закінчив 11 класів середньої школи, деякий час навчався в Суднобудівному технікумі м. Київ, який не закінчив. Надалі вів усамітнений спосіб життя та не працював; на обліку в нарколога та психіатра не перебував.

У період з весни 2005 до весни 2006 рр. підекспертний скоїв декілька правопорушень (пограбування потерпілої Т. – квітень 2005 р.; пограбування та зґвалтування потерпілої Б. – грудень 2005 р.; пограбування потерпілої П. – квітень 2006 р., пограбування потерпілої Ф. – травень 2006 р.). У вересні 2006 р. був притягнутий до кримінальної відповідальності, в період з вересня по грудень 2006 р. перебував “під вартою”, а потім був “звільнений під підписку про невиїзд”.

Через винесену в ході досудового слідства постанову слідчого підекспертний у період з 30.11 по 12.12.2006 р. перебував на стаціонарній СПЕ в Київському міському центрі СПЕ, де виділявся поведінковою малоактивністю, небалакучістю, “сонним” зовнішнім виглядом; демонстрував свою “забудькуватість”. При надходженні до відділення був встановлений попередній діагноз “Реактивний психоз, псевдодементний синдром? Установча поведінка?”.

Внаслідок отриманого у відділенні самотравмування лівої руки при “вправах з амреслінгу” з нього був виписаний доточно (без вирішення експертних питань).

З приводу вищезазначеної травми лівої руки, а також “гіпертонічних кризів” підекспертний у період з грудня 2006 р. до початку березня 2007 р. отримував амбулаторну медичну допомогу в різних медичних закладах м. Київ (довідки на арк. 6 з акта ССППЕ № 420 від 16.11.2010 р. з Київського міського центру СПЕ); впродовж березня-квітня 2007 р. стаціонарно лікувався в ортопедичному відділенні Київської міської клінічної лікарні № 8 з діагнозом “Консолідований перелом нижньої третини плечової кістки лівої руки, згинальна та розгинальна контрактура лівого ліктьового суглоба, нейроциркуляторна дистонія” та був визнаний інвалідом II групи з загального захворювання:

- у період з 31.07 по 14.08.2007 р. підекспертний повторно стаціонарно лікувався у вищезазначеному медичному закладі з діагнозом “Повільно консолюючийся перелом нижньої третини лівої плечової кістки з

кутовою деформацією і комбінованою контрактурою лівого ліктьового суглоба. Гіпертонічна хвороба, II стадія, вегето-судинна дистонія, хронічний дуоденіт, посттравматична енцефалопатія, хронічний простатит, нейропатія лівого нерва лівого передпліччя” (МКСХ № 316071/957 з Київської міської клінічної лікарні № 8);

- у період з 05.09 по 14.09.2007 р. підекспертний стаціонарно лікувався в оториноларингологічному відділенні Київської міської клінічної лікарні № 8 з діагнозом “Гострий двобічний гнійний гайморит” і попередньо встановленими йому діагнозами (МКСХ № 18443 з Київської міської клінічної лікарні № 8);

- у період з 28.09 по 10.10.2007 р. підекспертний повторно стаціонарно лікувався в оториноларингологічному відділенні Київської міської клінічної лікарні № 8 з приводу “гострого двобічного перфоративного отиту, гострої правобічної неавральної туговухості” й інших попередньо встановлених йому діагнозів (МКСХ № 20123 з Київської міської клінічної лікарні № 8);

- у період з 18.10 по 30.10.2007 р. підекспертний стаціонарно лікувався в неврологічному відділенні Клінічної лікарні Подільського району м. Києва з діагнозом “Залишкові явища перенесеної закритої черепно-мозкової травми (11.12.2006 р.), струс головного мозку у вигляді цефалгічного синдрому, астено-невротичного синдрому, синдрому вегето-судинної дистонії...” й інших попередньо встановлених йому діагнозів. У відділенні об’єктивно був “у свідомості, адекватним, орієнтованим, мова тиха, з деяким заїканням...”; консультація психіатра від 25.10.2007 р. – “наслідки закритої черепно-мозкової травми, астено-депресивний синдром з іпохондричними проявами” (МКСХ № 3585 з Клінічної лікарні Подільського району м. Києва);

- у період з 03.12 по 17.12.2007 р. підекспертний повторно стаціонарно лікувався в ортопедичному відділенні Київської міської клінічної лікарні № 8 з приводу вищенаведених діагнозів; у відділенні психіатром не оглядався (МКСХ № 25550/1587 з Київської міської клінічної лікарні № 8);

- у період з 17.03 по 01.04.2008 р. підекспертний повторно стаціонарно лікувався в неврологічному відділенні Клінічної лікарні Подільського району м. Києва з діагнозом “Залишкові явища перенесених закритих черепно-мозкових травм (2006 р.), струс головного мозку, у вигляді цефалгічного синдрому, астено-невротичного синдрому, синдрому вегето-судинної дистонії...” й інших попередньо встановлених йому діагнозів. У відділенні підекспертний був “у свідомості, адекватним, фіксованим на своїх відчуттях, мова тиха по типу логоневрозу...”. У відділенні підекспертний психіатром не оглядався (МКСХ № 1143 з Клінічної лікарні Подільського району м. Києва);

- у лютому 2008 р. підекспертний зґвалтував потерпілу Б. Є.А., а в червні 2008 р. – потерпілу В. С.А., через що в червні 2008 р. був повторно поміщений під варту.

У період з 29.07 по 02.09.2008 р. підекспертний перебував на СПЕ в Київському міському центрі СПЕ, де був поведінково малоактивним, всіляко демонстрував свою “мовну неспроможність” і намагався розмовляти виключно з приводу питань, що його турбують; був в’язким, обставинним, емоційно невірноваженим. З діагнозом “Психічно здоровий, симуляція” підекспертний у відношенні скоєних правопорушень був визнаний осудним і в березні 2009 р. засуджений до 9 років позбавлення волі.

У зв’язку з “дорозслідуванням кримінальної справи” підекспертний повторно в період з 15.04 по 13.05.2010 р. перебував на комплексній судово-психіатричній і психологічній експертизі в Київському міському центрі СПЕ, де демонстративно відмовлявся від мовного спілкування з оточуючими, відповіді на запитання писав на папері. У відділенні поведінково наявності будь-якої продуктивної психопатологічної симптоматики та суттєвих поведінкових порушень не виявляв. З відділення виписаний без вирішення експертних запитань через необхідність проведення йому додаткового судово-медичного обстеження з метою об’єктивізації його “глухоти та німоти”.

У період з 04.06 по 30.09.2010 р. підекспертному в Київському міському бюро судово-медичної експертизи була проведена комплексна комісійна судово-медична експертиза, в якій був зроблений висновок, що він не виявляє наявності об'єктивної патології органів слуху та мови.

У період з 02.11 по 16.11.2010 р. підекспертний перебував на стаціонарній судовій психолого-психіатричній експертизі в Київському міському центрі СПЕ, де відмовлявся розмовляти з оточуючими, демонстрував “відсутність слуху”, був емоційно лабільним, негативістичним до оточуючих, тримався в палаті усамітнено, відповіді на запитання писав на папері. З діагнозом “Психічним розладом не страждає, симуляція” підекспертний у відношенні скоєного був визнаний осудним (акт ССПЕ № 420 від 16.11.2010 р. з Київського міського центру СПЕ в матеріалах кримінального провадження).

У жовтні 2011 р. підекспертний був засуджений до 10 років позбавлення волі; в жовтні 2011 р. кримінальна справа була повторно направлена “на нове розслідування”, а в травні 2013 р. підекспертний був засуджений до 9 років позбавлення волі та по осінь 2014 р. перебував у місцях позбавлення волі (довідка в матеріалах кримінального провадження).

Згідно з довідками в матеріалах кримінального провадження, підекспертний на осінь 2015 р. на обліку в психіатра та нарколога не перебуває.

Досудовим розслідуванням було встановлено, що 17.09.2015 р. приблизно о 23.30 Г., перебуваючи в квартирі 267 по вул. Мілютенка, 15-А в м. Київ і наносячи тілесні ушкодження потерпілій С. К.В., вступив у статеві зносини проти волі останньої, тим самим вчинив зґвалтування з застосуванням фізичного насильства.

Потерпіла С. у своїх показаннях на досудовому слідстві показала, що ввечері 17.09.2015 р. їй зателефонував чоловік, який представився “Сергієм” і за рекомендацією знайомих потерпілої запросив зробити йому лікувальний масаж. До помешкання цього чоловіка вона потрапила після 22.00 17.09.2015 р. Надалі, в період приблизно до 04.00 18.09.2015 р., даний чоловік насильно утримував її за місцем свого помешкання та зґвалтував. Відтак вони вдвох

залишили дане приміщення та пішли на вулицю, де потерпіла змогла втекти від зловмисника та повернулася додому. Потерпіла в своїх показаннях на наявність будь-яких неадекватностей у психічному стані, поведінці та характері спілкування зловмисника не вказала.

Згідно з показаннями свідків Ф. і С., о 04.00 18.09.2015 р. вони йшли поблизу будинку 15-А по вул. Мілютенка в м. Київ. З одного з під'їздів даного будинку вийшли чоловік і жінка, яка підбігла до них і стала прохати про захист від супроводжуючого її чоловіка (розповіла, що перед цим він її згвалтував), а її супутник, не підходячи до свідків, швидко пішов геть.

12.10.2015 р. підекспертний був опізнаний потерпілою; протокол свого опізнання підписати відмовився (згідно з матеріалами кримінального провадження).

Близько 13.52 13.10.2015 р. підекспертний був оглянутий у черговій частині Деснянського районного управління лікарем, який встановив йому діагноз “Закрита черепно-мозкова травма, під питанням, забій м'яких тканин обличчя”. При даному огляді підекспертний зробив заяву, що о 14.00 12.10.2015 р. він був “побитий працівниками міліції” (згідно з матеріалами кримінального провадження).

13.10.2015 р. підекспертному було пред'явлене “повідомлення про підозру”, яке він підписати теж відмовився (згідно з матеріалами кримінального провадження).

13.10.2015 р. підекспертний був заарештований.

21.10.2015 р. психіатром слідчого ізолятора підекспертному був встановлений діагноз “Істеричний псевдомутизм” (з медичної карти підекспертного зі слідчого ізолятора).

При огляді терапевтом слідчого ізолятора від 21.10.2015 р. підекспертний жодних скарг не пред'явив; патології не виявлено (з медичної карти підекспертного зі слідчого ізолятора).

ПСИХІЧНИЙ СТАН

Підекспертний під час розмови жодного слова не сказав. На самому початку спілкування жестами показав свою згоду власноручно писати відповіді на також письмово поставлені йому запитання оточуючих. Водночас категорично відмовився від запропонованого йому паперу, а скористався аркушем паперу та ручкою, які витяг зі своєї кишені. Цей аркуш паперу підекспертний відмовився залишити експертам і забрав його з собою, що пояснив тим, що “не довіряє” співрозмовникам і має намір “писати скаргу до міжнародного трибуналу...”. З приводу стану здоров’я підекспертний повідомив, що його турбують “...голова, хребет, болі в лівому боці... після 12.10.2015 р., ...коли був побитий працівниками міліції...”, а також “пошкодження слуху”, “порушення мови... вони в мене виникли давно”; наявності нездужань з боку свого психічного стану підекспертний не визнав. Виникнення судово-слідчої ситуації підекспертний пояснює тим, що потерпіла його обмовляє (“мене замовили з Подолу...”). Підекспертний повідомив, що раніше з потерпілою знайомий не був. Стосовно характеру своїх занять “після звільнення” вказав, що займався “діагностикою стану свого здоров’я” через наявні в нього “ушкодження”. Підекспертний відмовився повідомити поточну дату та момент свого звільнення з місць позбавлення волі. Свої відповіді на запитання писав швидко, чітким почерком, короткими та граматично вірно побудованими фразами. По ходу розмови, у відповідь на репліки оточуючих стосовно їхніх вражень від стану його здоров’я, виявляв схильність демонструвати більш “тяжкий” стан свого здоров’я, ніж до того (наприклад, після зауваження про грамотний характер письма почав робити граматичні описки). Поведінково підекспертний вів себе цілком доречно ситуації обстеження, ознак наявності в нього будь-яких значних психопатологічних порушень не відмічалось. Вірно виконував інструкції оточуючих, постійно стежив за їхньою реакцією на свою поведінку. Настрій підекспертного рівний, відповідає ситуації; емоційно-мімічна експресія ситуативно адекватна за

характером і темпом. Інтелект, пам'ять – у межах норми. Підекспертний будь-яких заяв або прохань не пред'явив, виявив збереженість критичних можливостей.

ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПОЯСНЕННЯ ДАНИХ ПРО ПСИХІЧНИЙ СТАН ОСОБИ ТА ФАКТІВ, ЩО ВСТАНОВЛЕНІ ТА ВИЯВЛЕНІ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ОБ'ЄКТІВ ЕКСПЕРТИЗИ

Отже, згідно з матеріалами кримінального провадження, наданою на підекспертного медичною документацією, результатами даного обстеження, підекспертний впродовж життя за медичною допомогою в будь-які лікувальні установи м. Київ психіатричного та наркологічного профілів не звертався, на обліку в психіатра та нарколога включно по осінь 2015 р. (довідки в матеріалах кримінального провадження) не перебував. У підлітковому та юнацькому віці підекспертний начебто переніс два “забої голови”, але з даного приводу він тоді та в наступному за медичною допомогою не звертався та продовжував вести свій звичний спосіб життя дещо усамітненого характеру.

У зв'язку зі скоєнням у період весни 2005 р. – літа 2006 р. декількох пограбувань жінок при проведенні досудового слідства з вищезазначених приводів у грудні 2006 р. підекспертний перебував на стаціонарному судово-психіатричному обстеженні, де демонстрував поведінкову малоактивність і неадекватність відповідей на найпростіші запитання.

Через самотравмування руки дане судово-психіатричне обстеження підекспертного залишилося незакінченим (історія хвороби № 377-2006 з Київського міського центру СПЕ).

Надалі протягом початку 2007 р. – літа 2008 р. підекспертний отримувал амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу в лікувальних закладах м. Київ соматичного профілю (з приводу вищезазначеної травми лівої руки й інших соматичних хвороб (“гіпертонічна хвороба”, “вегето-судинна дистонія”, “хронічний дуоденіт”, “хронічний холецисто-панкреатит”, “хронічний простатит”), де йому також був встановлений діагноз “наслідки перенесеної

закритої черепно-мозкової травми...”. У той період за медичною допомогою в будь-які лікувальні установи м. Київ психіатричного профілю підекспертний не звертався; у жовтні 2007 р. одноразово був консультований психіатром, який встановив йому діагноз “Наслідки закритої черепно-мозкової травми, астено-депресивний синдром з іпохондричними проявами” (МКСХ № 3585-2007 з Клінічної лікарні Подільського району м. Києва).

У вищезазначений період часу підекспертний згвалтував декількох жінок, через що в липні-вересні 2008 р. перебував на стаціонарному судово-психіатричному обстеженні в Київському міському центрі СПЕ, де періодично демонстрував блазнюватість поведінки з проявами мутизму (відсутність голосового мовного контакту з оточуючими), явища логоневрозу, з діагнозом “Психічно здоровий, симуляція” підекспертний був визнаний осудним у відношенні скоєного (історія хвороби № 2547-2008 з Київського міського центру СПЕ).

Через спрямування справи на додаткове розслідування в квітні-травні 2010 р. підекспертний повторно перебував на обстеженні в Київському міському центрі СПЕ, де в голосовий мовний контакт з оточуючими не вступав, демонстрував “повну відсутність слуху”, виявляв прояви емоційної лабільності; був виписаний з відділення без вирішення експертних питань з метою проведення судово-медичного обстеження органів мови та слуху (історія хвороби № 134-2010 з Київського міського центру СПЕ). У результаті здійсненого судово-медичного обстеження (червень-вересень 2010 р.) було встановлено, що підекспертний об’єктивної патології органів мови та слуху не виявляє.

У листопаді 2010 р. підекспертний повторно перебував на обстеженні в Київському міському центрі СПЕ, де виявляв аналогічний вищенаведеному характер поведінки, з діагнозом “Психічно здоровий, симуляція” був визнаний осудним і навесні 2013 р. засуджений до 9 років позбавлення волі.

Надалі включно до моменту затримання за даним кримінальним провадженням підекспертний вів свій звичний побутовий спосіб життя та за медичною допомогою в будь-які лікувальні установи м. Київ психіатричного профілю не звертався, на обліку в психіатра не перебував.

У період часу, до якого відноситься правопорушення, щодо якого підекспертний підозрюється, та безпосередньо після нього теж не виявляв будь-яких патологічних особливостей свого психічного стану, поведінки, характеру спілкування з оточуючими (показання потерпілої С. і свідків С., Ф.; “протокол пред’явлення особи для впізнання в режимі відео-конференції” від 12.10.2015 р.; результати його огляду лікарем Я. від 13.10.2015 р.), а при огляді психіатром слідчого ізолятора від 21.10.2015 р. виявляв прояви “істеричного псевдомутизму” (відмовлявся вступати в голосовий мовний контакт) (медична карта підекспертного зі слідчого ізолятора).

При проведенному обстеженні в підекспертного теж не була виявлена наявність будь-яких певних психічних порушень (зокрема продуктивної психопатологічної симптоматики, афективних порушень, патології когнітивної сфери тощо), а лише відмічалось небажання голосового мовного контакту з оточуючими.

У матеріалах кримінального провадження не надані, а при даному обстеженні не отримані дані про зловживання підекспертним у минулому спиртними напоями та вживання ним будь-яких наркотичних речовин.

Отже, експерти дійшли висновку, що Г. на період часу, до якого відноситься правопорушення, щодо якого він підозрюється, на будь-який стійкий хронічний або тимчасовий хворобливий психічний розлад не страждав і за своїм психічним станом міг усвідомлювати свої дії та керувати ними. Г. у даний час також психічно здоровий; виявляє прояви установчої поведінки (Z 76.5). Підекспертний за своїм психічним станом не потребує застосування до нього ПЗМХ.

3.4. Порівняльний аналіз результатів дослідження за групами спостереження

Залежність сили кореляцій від кількості категорій представлена в табл. 3.41. Проблема показника Cramer's V полягає в тому, що для більших значень DF не існує загальноприйнятих референтних показників.

Таблиця 3.41

Кількість категорій у змінній і сила кореляції Cramer's V

Число категорій (DF=(кількість рядків-1)×(кількість колонок-1))	Слабка	Середня	Сильна
1	0,10	0,30	0,50
2	0,07	0,21	0,35
3	0,06	0,17	0,29
4	0,05	0,15	0,25
5	0,05	0,13	0,22
Cohen's w	0,10	0,30	0,50

Саме тому надалі Cramer's V буде перерахований у Cohen's w за формулою $w = V \sqrt{a-1}$, де a – це кількість колонок -1. Оскільки в якості колонок нижче представлені групи (3-1=2), можна спростити до $V \times 1,4142$. Водночас кількість колонок не має перевищувати кількість рядків. В останньому випадку буде використаний стандартний Cramer's V.

Гіпотезою дослідження в цьому випадку є наступне: якщо справді є необхідність створювати нову категорію для обмежено осудних, будемо бачити кореляцію для багатьох показників, тобто певні властивості суб'єктів дійсно будуть притаманні тільки цій групі.

Для статистичного аналізу було проведене попарне порівняння груп, а саме «обмежено осудних» з «неосудними», «обмежено осудних» з «осудними». Гіпотеза полягала в тому, що штучно створена група «обмежено осудних» повинна мати показники, відмінні від інших груп. Для цього був використаний метод оцінки відносного ризику, що застосовується для двох дихотомічних змінних (2 номінальні змінні, що мають тільки по 2 категорії).

Відносний ризик в “обмежено осудних” порівняно з “осудними” (табл. 3.42-3.47).

Таблиця 3.42

Розподіл підекспертних за клішованістю (немає/є)

Показник	Значення
Відносний ризик	0,50; 95 % ДІ 0,19-0,127
Pearson Chi-Square	61,315
Достовірність	<0,001

Обмежено осудні на 50 % частіше мали клішовані СНД, ніж група осудних; статистично достовірно.

Таблиця 3.43

Розподіл підекспертних за серійністю (немає/є)

Показник	Значення
Відносний ризик	0,214; 95 % ДІ 0,115-0,399
Pearson Chi-Square	25,891
Достовірність	<0,001

Обмежено осудні майже в 5 разів частіше скоювали серійні правопорушення.

Таблиця 3.44

Розподіл підекспертних за судимістю раніше (так/ні)

Показник	Значення
Відносний ризик	0,774; 95 % ДІ 0,449-1,334
Pearson Chi-Square	0,853
Достовірність	0,356

Різниця недостовірна.

Таблиця 3.45

Розподіл підекспертних за приховуванням скоєного (так/ні)

Показник	Значення
Відносний ризик	1,015; 95 % ДІ 0,998-1,033
Pearson Chi-Square	1,107
Достовірність	0,293

Різниця недостовірна.

Таблиця 3.46

Розподіл підекспертних за кількісним складом групи (один/група)

Показник	Значення
Відносний ризик	4,841; 95 % ДІ 1,115-21,024)
Pearson Chi-Square	5,322
Достовірність	0,021

Обмежено осудні майже в 5 разів частіше скоювали злочин самотійно, без групи; статистично достовірно.

Розподіл підекспертних за наявністю сп'яніння (так/ні)

Показник	Значення
Відносний ризик	0,282; 95 % ДІ 0,162-0,493
Pearson Chi-Square	20,784
Достовірність	<0,001

Обмежено осудні майже в 4 рази рідше скоювали СНД в стані алкогольного сп'яніння.

Отже, обмежено осудні достовірно та значно відрізнялися від осудних за дихотимічними показниками, як-от клішованість, серійність, скоєння СНД самостійно чи в складі групи, чи було сп'яніння під час СНД. Достовірно не відрізнялися лише за діями стосовно приховування скоєного та наявністю судимості раніше. Дані щодо попереднього планування не вдалося порівняти через малу кількість ситуаційних випадків.

Результати вивчення відносного ризику у «неосудних» порівняно з «обмежено осудними» наведено в табл. 3.48-3.53. Порівняння цих двох груп має малу статистичну потужність через невелику кількість випадків неосудності (всього 14). Тому за деякими випадками статистична достовірність не досягла рівня значущості, що була б отримана при більшій вибірці.

Розподіл підекспертних за клішованістю (немає/є)

Показник	Значення
Відносний ризик	8,089; 95 % ДІ 1,003-65,264
Pearson Chi-Square	5,150
Достовірність	0,023

Неосудні у 8 разів частіше не мали клішованості; або, інакше кажучи, обмежено осудні у 8 разів частіше скоювали клішовані СНД; статистично достовірно.

Таблиця 3.49

Розподіл підекспертних за серійністю (немає/є)

Показник	Значення
Відносний ризик	4,186; 95 % ДІ 0,873-20,078
Pearson Chi-Square	3,631
Достовірність	0,057 (гранична значущість)

Неосудні в 4 рази частіше не мали серійності; показник на межі статистичної значущості.

Таблиця 3.50

Розподіл підекспертних за судимістю (так/ні)

Показник	Значення
Відносний ризик	0,414; 95 % ДІ 0,106-1,612
Pearson Chi-Square	1,691
Достовірність	0,193

Різниця недостовірна.

Таблиця 3.51

**Розподіл підекспертних за плануванням суспільно-небезпечного діяння
(плановане/ситуаційне)**

Показник	Значення
Відносний ризик	0,071; 95 % ДІ 0,011-0,472
Pearson Chi-Square	79,694
Достовірність	<0,001

Неосудні в 15 разів рідше планували СНД, ніж обмежено осудні; різниця достовірна.

Таблиця 3.52

Розподіл підекспертних за кількісним складом групи (один/група)

Показник	Значення
Відносний ризик	0,169
Pearson Chi-Square	3,570
Достовірність	0,059 (на межі достовірності)

Неосудні майже в 6 разів рідше діяли самостійно, ніж обмежено осудні (тобто в 6 разів частіше діяли в складі групи); на межі достовірності.

Таблиця 3.53

Розподіл підекспертних за наявністю алкогольного сп'яніння (так/ні)

Показник	Значення
Відносний ризик	0,193
Pearson Chi-Square	1,691
Достовірність	0,414

Різниця недостовірна.

Отже, незважаючи на малу кількість неосудних осіб, що була включена в дослідження, вдалося встановити достовірну різницю між ними й обмежено осудними в плануванні СНД та клішованості; різниця була на межі статистичної достовірності для скоєння СНД самостійно чи в складі групи та серійності. Аналіз щодо приховування злочину провести було неможливо через малу кількість випадків. Отже, група обмежено осудних також суттєво відрізнялася від групи неосудних за багатьма дихотомічними показниками.

У наступних таблицях наведене порівняння груп за основними показниками, * позначена статистично достовірною різницею. Для груп «обмежено осудних» та «осудних» показниками, що мали статистично достовірну різницю, були: рівень освіти, первинна чи повторна експертиза, стаття ККУ, наявність сп'яніння, планування СНД, потребування примусових заходів, мотивація, викривлений сексуальний потяг, домінуюча емоція, порушення сприйняття, спосіб скоєння СНД, відношення до потерпілої, віктимна поведінка з боку потерпілої, клішованість і серійність. Усього 16 показників з 35 мали статистично достовірну різницю (табл. 3.54).

Для груп неосудних та осудних такими показниками були: відношення до праці, вид експертизи, діагноз, час встановлення діагнозу, попереднє проходження СПЕ, наявність сп'яніння, попереднє планування, потреба в ПЗМХ, мотивація СНД, захисна поведінка в період СПЕ, коморбідна патологія, тип особистості, домінуюча емоція, порушення сприйняття, поведінка після СНД. Усього 16 показників з 35 мали статистично достовірну різницю (табл. 3.55).

Для груп неосудних та обмежено осудних статистично достовірну різницю мали: відношення до праці, вид експертизи, діагноз, час встановлення діагнозу, попереднє проходження СПЕ, попереднє планування СНД, потреба в ПЗМХ, мотивація, викривлений сексуальний потяг, захисна поведінка в період СПЕ, коморбідна патологія, тип особистості, поведінка після СНД, характеристика потерпілої та клішованість. Усього 15 показників з 35 різнилися статистично достовірно (табл. 3.56).

Порівняння груп обмежено осудних та осудних за основними показниками

Група обмежено осудних vs група осудних	Pearson Chi-Square		
	значення	Df (ступені свободи)	асимптотична значущість (p)
1	2	3	4
Рівень освіти	35,639	7	<0,001*
Сімейний стан	5,497	3	0,139
Відношення до праці	1,391	3	0,708
Вид експертизи	0,52	1	0,820
Первина або повторна експертиза	6,226	2	0,044*
Діагноз	13,659	15	0,552
Час встановлення діагнозу	2,620	1	0,106
Чи проходив раніше СПЕ	0,287	0,592	0,609
За характером СНД (стаття ККУ)	78,027	18	<0,001*
Чи було сп'яніння	20,784	1	<0,001*
Один чи в складі групи	5,322	1	0,021*
Чи спланував раніше, чи ситуаційне	N/A		
Чи приймав дії для приховання скоєного	1,107	1	0,293
Чи потребує застосування ПЗМХ	262,886	1	<0,001*

1	2	3	4
За мотивацією СНД	32,060	5	<0,001*
Викривлений сексуальний потяг	72,872	3	<0,001*
Місце СНД	15,428	10	<0,117
Знаряддя СНД	5,462	4	<0,243
Захисна поведінка в період СПЕ	2,966	5	0,705
Чи був судимий раніше	0,853	1	0,356
Коморбідна патологія	2,640	4	0,620
Тип особистості	6,859	7	0,444
Обстеження на алкоголь	0,318	1	0,573
Час скоєння СНД	6,650	4	0,156
Домінуюча емоція	24,041	5	<0,001*
Порушення сприйняття	33,881	3	<0,001*
Характер пошкоджень	6,559	4	0,161
Спосіб скоєння СНД	26,923	10	0,003*
Поведінка після СНД	1,107	1	0,293
Згадування подій після СНД	0,687	1	0,407
Відношення до потерпілої	17,011	4	0,002*
Характеристика потерпілої	50,563	5	<0,001*
Віктимна поведінка з боку потерпілої	8,390	2	0,015*
Клішованість	61,315	1	<0,001*
Серійність	25,891	1	<0,001*

Порівняння груп неосудних та осудних за основними показниками

Група неосудних vs група осудних	Pearson Chi-Square		
	значення	Df (ступені свободи)	асимптотична значущість (p)
1	2	3	4
Рівень освіти	8,337	7	0,304
Сімейний стан	1,750	3	0,626
Відношення до праці	10,413	3	0,015*
Вид експертизи	12,007	1	0,001*
Первина або повторна експертиза	3,572	1	0,059
Діагноз	167,939	16	<0,001*
Час встановлення діагнозу	47,674	1	<0,001*
Чи проходив раніше СПЕ	7,572	1	0,006*
За характером СНД (стаття ККУ)	12,607	15	0,633
Чи було сп'яніння	13,923	1	<0,001*
Один чи в складі групи	0,064	1	0,800
Чи спланував раніше, чи ситуаційне	197,726	1	<0,001*
Чи приймав дії для приховання скоєного	0,213	1	0,644
Чи потребує застосування ПЗМХ	197,726	2	<0,001*
За мотивацією СНД	70,607	6	<0,001*
Викривлений сексуальний потяг	0,760	1	0,383

Продовження табл. 3.55

1	2	3	4
Місце СНД	23,215	10	0,010*
Знаряддя СНД	3,553	4	0,470
Захисна поведінка в період СПЕ	20,882	5	0,001*
Чи судимий раніше	3,200	1	0,074
Коморбідна патологія	13,639	4	0,009*
Тип особистості	31,416	6	<0,001*
Обстеження на алкоголь	0,358	1	0,549
Час скоєння СНД	1,994	4	0,737
Домінуюча емоція	34,411	5	<0,001*
Порушення сприйняття	35,211	3	<0,001*
Характер пошкоджень	0,291	3	0,962
Спосіб скоєння СНД	3,544	10	0,966
Поведінка після СНД	23,975	2	<0,001*
Згадування подій після СНД	0,031	1	0,860
Відношення до потерпілої	3,388	4	0,495
Характеристика потерпілої	0,563	5	0,990
Віктимна поведінка з боку потерпілої	3,877	2	0,144
Клішованість	0,710	1	0,400
Серійність	0,019	1	0,890

Порівняння груп неосудних та обмежено осудних за основними показниками

Група неосудних vs група обмежено осудних	Pearson Chi-Square		
	значення	Df (ступені свободи)	асимптотична значущість (p)
1	2	3	4
Рівень освіти	10,319	5	0,067
Сімейний стан	4,847	3	0,183
Відношення до праці	13,005	3	0,005*
Вид експертизи	11,278	1	0,001*
Первина або повторна експертиза	5,621	2	0,060
Діагноз	71,159	13	<0,001*
Час встановлення діагнозу	21,712	1	<0,001*
Чи проходив раніше СПЕ	4,763	1	0,029*
За характером СНД (стаття ККУ)	21,342	16	0,166
Чи було сп'яніння	1,691	1	0,193
Один чи в складі групи	3,570	1	0,059
Чи спланував раніше, чи ситуаційне	79,694	1	<0,001*
Чи приймав дії для приховання скоєного	N/A		
Чи потребує застосування ПЗМХ	83,297	2	<0,001*
За мотивацією СНД	24,304	6	<0,001*
Викривлений сексуальний потяг	10,238	3	0,017*

Продовження табл. 3.56

1	2	3	4
Місце СНД	12,029	8	0,150
Знаряддя СНД	6,530	4	0,163
Захисна поведінка в період СПЕ	15,739	5	0,008*
Чи судимий раніше	1,691	1	0,193
Коморбідна патологія	12,682	4	0,013*
Тип особистості	22,226	6	0,001*
Обстеження на алкоголь	0,194	1	0,660
Час скоєння СНД	0,838	4	0,933
Домінуюча емоція	3,247	5	0,662
Порушення сприйняття	1,170	3	0,760
Характер пошкоджень	2,259	4	0,688
Спосіб скоєння СНД	7,690	10	0,659
Поведінка після СНД	16,202	2	<0,001*
Згадування подій після СНД	0,060	1	0,806
Відношення до потерпілої	3,262	3	0,353
Характеристика потерпілої	11,623	5	0,040*
Віктимна поведінка з боку потерпілої	1,017	1	0,313
Клішованість	5,150	1	0,023*
Серійність	3,631	1	0,057

Отже, “неосудні” порівняно з “обмежено осудними” статистично достовірно ($p < 0,001$) у 8 разів частіше не мали клішованості СНД; або, інакше кажучи, “обмежено осудні” у 8 разів частіше скоювали клішовані СНД; “неосудні” планували СНД в 15 разів рідше, ніж “обмежено осудні”; у 4 рази частіше не мали серійності; діяли самостійно майже в 6 разів рідше, ніж

“обмежено осудні” (тобто в 6 разів частіше діяли в складі групи). “Неосудні” в 4 рази частіше не мали серійності ($p < 0,059$).

“Обмежено осудні” порівняно з “осудними” статистично достовірно ($p < 0,001$) майже в 4 рази рідше скоювали СНД в стані алкогольного сп’яніння, в 5 разів частіше скоювали злочин самостійно, без групи; в 5 разів частіше скоювали серійні правопорушення, статистично достовірно на 50 % частіше скоювали клішовані СНД, ніж група “осудних”.

Отже, незважаючи на малу кількість неосудних осіб, що була включена в дослідження, вдалося встановити достовірну різницю між ними й обмежено осудними в плануванні СНД та клішованості; різниця була на межі статистичної достовірності для скоєння СНД самостійно чи в складі групи та серійності. Аналіз щодо приховування злочину провести було неможливо через малу кількість випадків.

Отже, група обмежено осудних також суттєво відрізнялася від групи неосудних за багатьма дихотомічними показниками.

РОЗДІЛ 4

АЛГОРИТМ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ОЦІНКИ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В ОСІБ, ЯКІ СКОЇЛИ КРИМІНАЛЬНІ ПРАВОПОРУШЕННЯ НА СЕКСУАЛЬНОМУ ПІДГРУНТІ

Розлади потягу частіше виникають у рамках інших психічних розладів: шизофренії, РО (розладах особистості), розумової відсталості, психічні розлади внаслідок ОУГМ різного походження. Значно рідше розлади потягу виявляються основним типом психічних порушень. Тому необхідним є виявлення основного, провідного психічного розладу, його вираженості, та яким чином даний психічний розлад впливає на здатність особи, яка страждає на цей психічний розлад, усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними.

Розлади сексуальної переваги (парафілії) можуть не супроводжуватися іншими психічними розладами, тому необхідним є дослідження парафільної поведінки. Нездатність усвідомлювати власні дії та керувати ними спостерігається при імпульсивних, а нездатність повною мірою усвідомлювати свої дії та керувати ними при компульсивних парафіліях. За умови obsесивних парафілій підекспертні визнаються осудними. При компульсіях свідомість осіб під час акту парафілії буває звуженою, імпульсивних діях – потьмареною, тобто порушується здатність до вільного волевиявлення. За умови інших варіантів психопатологічні механізми парафілій потребують найдетальнішої оцінки при вирішенні питання про осудність-неосудність особи.

Якщо парафілії виникли при розладах особистості (психопатіях) або є самостійним видом психічної патології, експертна оцінка цих випадків є досить складною.

За особливостями проявів розлади сексуальної переваги (парафілії) поділяють на два типи – егодистонічний та егосинтонічний. Егодистонічний тип – це такі порушення статевого потягу, коли пацієнт усвідомлює їх чужість

особистості, відчуває провину, боротьбу мотивів при їх реалізації. До них відносяться obsесивні потяги, що частіше проявляються у фантазіях, уявленнях про збочені сексуальні дії. Реалізація девіантних актів відбувається досить рідко, супроводжуючись тяжкою боротьбою мотивів, зазвичай на тлі психотравмуючих обставин, що ослабляють вольовий контроль поведінки. Водночас зберігається усвідомлення протиправності, карності дій. Такі особи зазвичай визнаються здатними усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій та керувати ними. У випадках компульсивних потягів мова йде про виникнення неподоланного бажання до реалізації зміненої сексуальної потреби на тлі афективно-звуженої свідомості. Боротьба мотивів за таких умов дуже нетривала. Пацієнт не в змозі протистояти своєму бажанню, хоча й розуміє його неприйнятність, аморальність, протиправність і карність. Зазвичай у цих випадках вирішується питання про осудність, проте безпосередній зв'язок правопорушення з парафілією, дії пацієнта під впливом зміненої сексуальної спрямованості, афективні порушення свідомості дозволяють спеціалістам говорити про те, що він не міг повною мірою усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій і, головне, повністю ними керувати, контролювати їх. У цих випадках мова йде про обмежену осудність. Такі особи потребують відповідного лікування з метою профілактики повторних злочинних сексуальних дій.

Егосинтонічний тип розладів сексуального потягу полягає в тому, що ознаки перверсії повністю злилися з особистістю, є однією з її рис, часто головною, провідною (як у деяких осіб із садизмом). Ці особливості не сприймаються особистістю як чужі, відносно збочених потягів немає мотивів боротьби, опору їх реалізації. Такий тип розладів спостерігається в деяких серійних сексуальних убивць з ознаками садизму. Зазвичай при егосинтонічному типі парафілій здатність усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій, керувати ними зберігається [270].

Якщо інтелектуальний критерій обмеженої осудності означає, що особа не розуміє фактичний бік повною мірою, тобто справжній сенс своєї поведінки, то вольовий критерій свідчить про такий ступінь руйнування психічним розладом вольової сфери людини, що вона не може повною мірою керувати своїми діями. Це самостійний елемент, який і за відсутності інтелектуальної ознаки може свідчити про наявність юридичного (психологічного) критерію обмеженої осудності.

Обмежена осудність відрізняється від осудності та неосудності тим, що обмежено осудна особа під час вчинення злочину не повною мірою усвідомлює свої дії та керує ними, оскільки в неї наявний психічний розлад, що обмежує її інтелектуально-вольові можливості .

У структурі протиправних дій осіб, визнаних обмежено осудними, механізм протиправної поведінки містить переважання в структурі СНД ситуативно-імпульсивних і афектогенних мотивів протиправної поведінки; згорнутий характер вольового акту, з прийняттям рішення та вибором засобів протиправної діяльності під впливом ситуації, без адекватного прогнозу наслідків своїх суспільно небезпечних дій для себе й оточуючих. У психологічному механізмі вчинення злочину в стані обмеженої осудності відсутня чи вкрай обмежена боротьба мотивів, мотиви накладаються на цілі, домінує генералізоване емоційне збудження, між стадіями переважає однобічний зв'язок.

Для констатації осудності необхідно та достатньо виявити здатність до усвідомлено-вольової поведінки в тих межах, в яких готується, приймається та реалізується рішення про СНД: усвідомлення конкретної мети, шкоди, яку принесе її досягнення, готовність до певної поведінки, незважаючи на заборону; цілеспрямований вибір засобів і їх використання в певній ситуації. За таких умов не потрібне з'ясування наявності високого рівня інтелекту та волі або здатності простежити найближчі чи віддалені наслідки своїх дій. При вирішенні питання про осудність виявляється базовий рівень інтелекту та волі, тобто мінімально значущий

рівень, який повною мірою притаманний у рамках конкретного поведінкового акту будь-якому суб'єкту, має він психічні аномалії чи ні.

При шизофренії, глибокій розумовій відсталості, психічних розладах внаслідок ОУГМ з явищами слабоумства мова зазвичай йде про неосудність таких підекспертних. В осіб, які страждають на епілепсію, відмічаються різноманітні статеві розлади (садизм, ексгібіціонізм, педофілія, некрофілія) або їх поєднання. Розлади сексуальної поведінки в таких підекспертних переважно пояснюються особистісними порушеннями, що характерні для епілепсії (ригідність афекту, вибуховість, схильність до жорстокості, дисфорії, злопам'ятність, мстивість, егоцентричність, екстатичність), як і вся психічна сфера хворих на епілепсію, сексуальні прояви характеризуються пароксизмальністю, стереотипністю та неспроможністю до вольового контролю, що необхідно враховувати при експертних оцінках таких осіб .

У проведеному клінічному дослідженні у групі "осудних" 144 (72,0 %) підекспертних були здоровими, в 16 (8,0 %) були виявлені Психічні розлади: внаслідок органічного ураження головного мозку резидуального генезу з легким психоорганічним синдромом (F07.9), 10 (5,0 %) – емоційно-нестійкий РО, межовий тип (F60.30), 7 (3,5 %) – розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності (F10.24); 6 (3,0 %) – розумова відсталість легкого ступеня з незначними поведінковими порушеннями (F70.8), 5 (2,55 %) – органічний емоційно-лабільний (астенічний) розлад внаслідок ЧМТ (F06.6); по 3 (1,5 %) – розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів, синдром залежності (F11.24) та РО емоційно-нестійкий, імпульсивний тип (F60.30); 2 (1,0 %) – органічний емоційно-лабільний (астенічний) розлад внаслідок нейроінфекції (F06.6); по 1 (0,5 %) – розлади психіки та поведінки внаслідок вживання стимуляторів (псевдоефедрон), синдром залежності (F15.24) та органічний РО (F07.0). У більшості підекспертних не було виявлене викривлення сексуального потягу 162 (81,0 %). На педофілію страждали 38 (19 %) осіб, викривлення сексуального потягу мало obsesivний характер зі

збереженням критичних здібностей. Клішованість виявлялася тільки в 6 (3,0 %) випадках, серійність – 26 (13,0 %).

У групі “обмежено осудних” більшість підекспертних були психічно здоровими 52 (71,2 %). У 10 (13,7 %) випадках спостерігалася органічне ураження головного мозку резидуального генезу з легкою інтелектуальною недостатністю та помірно вираженими емоційно-вольовими порушеннями (F06.7), що сполучалося з викривленим сексуальним потягом (педофілія, ексгібіціонізм, садизм). У 2 (2,8%) досліджень спостерігалися психічні розлади внаслідок ОУГМ травматичного генезу(внаслідок ЧМТ) з легкою інтелектуальною недостатністю та помірно-вираженими емоційно-вольовими розладами з компульсивним порушенням сексуального потягу (F06.7+F65); у 4 (5,5 %) осіб був встановлений діагноз розлад особистості, з них емоційно-нестійкий, імпульсивний тип (F60.30) у 2 (2,75%) випадках; ананкастний РО (F60.5) та органічний РО (F07.0) з компульсивним порушенням сексуального потягу по 1 (1,4%) випадку, що поєднувалося з викривленим сексуальним потягом (педофілія, ексгібіціонізм, садизм) компульсивного характеру, у 4 (5,5 %) випадках спостерігалася розумова відсталість легкого ступеня з помірно-вираженими емоційно-вольовими порушеннями (F70.1), що сполучалося з викривленим сексуальним потягом компульсивного характеру (педофілія, геронтофілія); розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності з деградацією особистості (F10.71) спостерігалися в 3 (4,1 %) випадків, що поєднувалося з викривленим сексуальним потягом компульсивного характеру (педофілія, ексгібіціонізм).

У групі “неосудних” у 50 % (7) підекспертних була виявлена шизофренія параноїдна, безперервний тип перебігу, виражений психопатоподібний дефект (МКХ-10: F20.00); 21,4 % (3) – Психічні розлади внаслідок ОУГМ травматичного генезу (ЧМТ) з вираженим психоорганічним синдромом (МКХ-10: F07.9), по 1 (7,15 %) випадку – помірна розумова відсталість з

вираженими емоційно-вольовими порушеннями (МКХ-10: F71.1), Психічні розлади внаслідок ОУГМ резидуального генезу з помірним інтелектуально-мнестичним зниженням і вираженими емоційно-вольовими порушеннями (МКХ-10: F06.9), шизоафективний розлад, маніакальний тип, загострення (МКХ-10:F25.0), деменція внаслідок епілепсії (МКХ-10: G40, F01.8). Більшість досліджуваних не мали коморбідної патології (92,95 %). Загострення сексуального потягу в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння спостерігалось в 28,6 % випадків, імпульсивна мотивація – 6,2 %, агресивна – 5,2 %.

Отже, з аналізу вищенаведених даних з урахуванням концепції “обмеженої осудності”, клініко-експертних уявлень про перебіг психічних процесів розроблено алгоритм судово-психіатричної експертної оцінки психічних розладів у людей, які скоїли СНД проти сексуальної недоторканості особи, що наведений нижче (рис. 4.1).

На I етапі проводиться збір інформації з різних офіційних документів: медичних карт стаціонарного чи амбулаторного хворого, матеріалів кримінальної справи, висновків СПЕ. На II етапі – проводяться порівняльно-дослідницькі дії з визначенням медичного критерію.

На III етапі проводиться аналіз і оцінка здатності особи усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними на період кримінального правопорушення та на теперішній час.

На IV етапі проводиться визначення заходу медичного характеру, який потребує підекспертний.

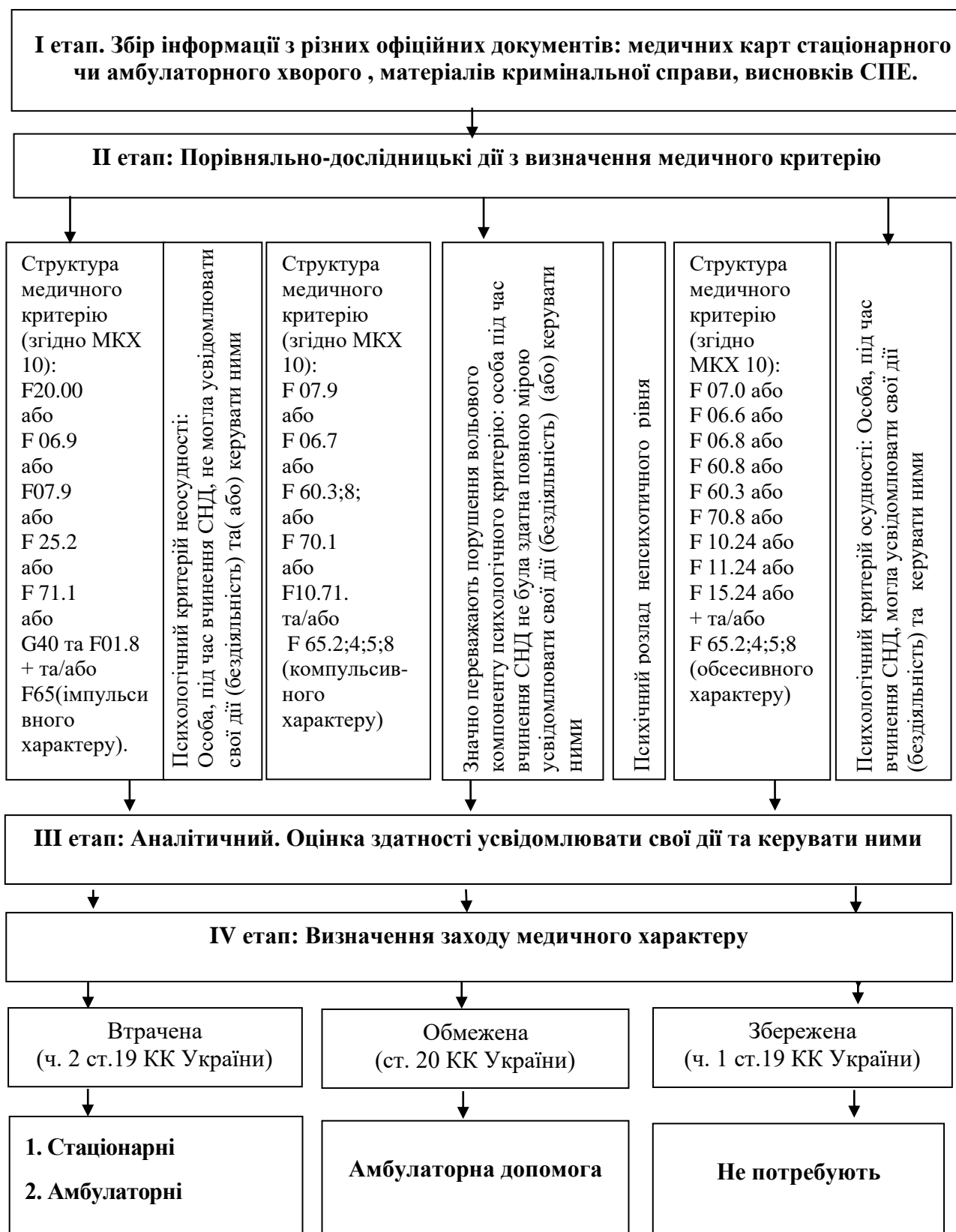


Рис. 4.1. Алгоритм судово-психіатричної експертної оцінки психічних розладів у осіб, які скоїли суспільно-небезпечне діяння проти сексуальної недоторканості особи.

РОЗДІЛ 5

**КЛІНІЧНА СТРУКТУРА ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ
У ПОТЕРПІЛИХ ОСІБ ВНАСЛІДОК ПРАВОПОРУШЕННЯ
НА СЕКСУАЛЬНОМУ ПІДГРУНТІ**

Дослідження ґрунтувалося на аналізі суцільної вибірки з підекспертних, які перебували на СПЕ в Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи з 2001 р. по 2015 р. (протягом 15 років). Усього були вивчені 70 потерпілих (61 жінка, 9 чоловіків): 27 осіб до 12 років (22 дівчат, 5 хлопчиків), 33 – 12-18 років (29 і 4 відповідно), 5 – 18-25, 5 – старше 25. За освітою вони розподілялися наступним чином: вищу освіту мав 1-(1,4 %) потерпілий, середню спеціальну – 7 (10,0 %) потерпілих, середню загальну – 55 (78,6 %), незакінчену середню – 7 (10,0 %).

Віковий розподіл потерпілих був таким: 14 (20,0 %) осіб віком 40-49 років, 14 (20,0 %) – 70-79, 12 (17,1 %) – 50-59, 12 (17,1 %) – 60-69, 9 (12,9 %) – старше 80, 3 (4,3 %) – 5-10, 3 (4,3 %) – 10-12, 3 (4,3 %) – 30-39 (табл. 5.1).

Таблиця 5.1

Розподіл за віком

Вікова група	Частота	%
5-10 років	3	4,3
10-12 років	3	4,3
30-39 років	3	4,3
40-49 років	14	20,0
50-59 років	12	17,1
60-69 років	12	17,1
70-79 років	14	20,0
80+ років	9	12,9
Усього	70	100

Неповну середню освіту мала 61 (87,1 %) особа, середню – 3 (4,3 %), спецшколу-інтернат для дітей із затримкою психічного розвитку закінчили 3 (4,3 %), середньо-спеціальна освіта відмічалася в 2 (2,9 %) пацієнтів, вища – 1 (1,4 %) (табл. 5.2).

Таблиця 5.2

Розподіл за освітою

Освіта	Частота	%
Неповна середня	61	87,1
Середня	3	4,3
Середня спеціальна	2	2,9
Вища	1	1,4
Спецшкола-інтернат для дітей із затримкою психічного розвитку	3	4,3
Усього	70	100

Основна частка потерпілих не працювали (65; 92,9 %), працювали 2 (2,9 %) особи, за фахом 2 (2,9 %), епізодичні заробітки спостерігалися в 1 (1,4 %) (табл. 5.3).

Таблиця 5.3

Розподіл підекспертних за працевлаштуванням

Працевлаштування	Частота	%
Працює	2	2,9
Не працює	65	92,9
Епізодичні заробітки	1	1,4
Працює не за фахом	2	2,9
Усього	70	100

Основна частина потерпілих були жіночої статі (61; 87,1 %), 9 (12,9 %) – чоловічої (табл. 5.4).

Розподіл за статтю

Стать	Частота	%
Чоловіча	9	12,9
Жіноча	61	87,1
Усього	70	100

Основна частина потерпілих були здоровими (59; 84,3 %). Психічні розлади внаслідок ОУГМ резидуального генезу з легким психоорганічним синдромом (F07.9) спостерігалися в 6 (8,6 %) осіб, органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад внаслідок ЧМТ(F06.6) – 1 (1,4 %); розумова відсталість легкого ступеня з незначними поведінковими порушеннями (F70.8) – 1 (1,4 %); розумова відсталість помірного ступеня з значними поведінковими порушеннями (F71.1) – 1 (1,4 %), шизофренія параноїдна, безперервний тип перебігу – 1 (1,4 %), органічний розлад особистості та поведінки внаслідок епілепсії (G40+F07.8) – 1 (1,4 %) (табл. 5.5).

Розподіл за діагнозом

Діагноз	Частота	%
1	2	3
Органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад внаслідок ЧМТ (F06.6)	1	1,4
Психічні розлади внаслідок ОУГМ резидуального генезу з легким психоорганічним синдромом (F07.9)	6	8,6
Легка розумова відсталість з незначними поведінковими порушеннями (F70.8)	1	1,4

1	2	3
Розумова відсталість помірного ступеня зі значними поведінковими порушеннями (F71.1)	1	1,4
Шизофренія параноїдна, безперервний перебіг (F20.00)	1	1,4
Психічно здоровий	59	84,3
Органічний розлад особистості та поведінки внаслідок епілепсії (G40+F07.8)	1	1,4
Усього	70	100

Основна частина діагнозів були встановлені під час проведення СПЕ (58; 82,9 %), 12 (17,1 %) – до проведення СПЕ (табл. 5.6).

Таблиця 5.6

Розподіл за часом встановлення діагнозу

Час встановлення діагнозу	Частота	%
До проведення СПЕ	12	17,1
Під час проведення СПЕ	58	82,9
Усього	70	100

У більшості випадків потерпілі раніше не проходили СПЕ (67; 95,7 %), 3 (4,3 %) – проходили (табл. 5.7).

Таблиця 5.7

Розподіл за попереднім проходженням судово-психіатричної експертизи

Попереднє проходження СПЕ	Частота	%
Так	3	4,3
Ні	67	95,7
Усього	70	100

Найбільше потерпілих постраждали в рамках статті 156 ч. 2 (29; 41,4 %); 11 (15,7 %) – 156 ч. 1; 9 (12,9 %) – 152 ч. 1; 5 (7,1 %) – 152 ч. 3; 5 (7,1 %) – 153 ч. 2; 3 (4,3 %) – 153 ч. 1; 2 (2,9 %) – 152 ч. 4; 2 (2,9 %) – 153, 156; 1 (1,4 %) – 152 ч. 2; 1 (1,4 %) – 153 ч. 3; 1 (1,4 %) – 156 ч. 3; 1 (1,4 %) – 154 ч. 1 (табл. 5.8).

Таблиця 5.8

Розподіл за характером суспільно-небезпечного діяння

Стаття	Частота	%
152 ч. 1	9	12,9
152 ч. 2	1	1,4
152 ч. 3	5	7,1
152 ч. 4	2	2,9
153 ч. 1	3	4,3
153 ч. 2	5	7,1
153 ч. 3	1	1,4
156 ч. 1	11	15,7
156 ч. 2	29	41,4
156 ч. 3	1	1,4
153, 156	2	2,9
154 ч. 1	1	1,4
Усього	70	100

Найбільше СНД були скоєні в квартирах (44; 62,9 %), 8 (11,4 %) – на вулиці, 2 (2,9 %) – полі, лісі, 1 (1,4 %) – школі, 1 (1,4 %) – під'їзді, 1 (1,4 %) – на горищі, 13 (18,6 %) – в інших будівлях (табл. 5.9).

Розподіл за місцем суспільно-небезпечного діяння

Місце СНД	Частота	%
Вулиця	8	11,4
Місце СНД	Частота	%
Квартира	44	62,9
Поле, ліс	2	2,9
Школа	1	1,4
Під'їзд	1	1,4
На горищі	1	1,4
Інша будівля	13	18,6
Усього	70	100

У більшості випадків коморбідна патологія була відсутньою (62; 88,6 %). На психічні розлади внаслідок ОУГМ резидуального генезу (F07.8) страждали 5 (7,1 %) осіб, Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності (F10.2) – 1 (1,4 %), Психічні розлади внаслідок ОУГМ травматичного генезу (ЧМТ) (F07.8) – 1 (1,4 %) Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання наркотичних речовин групи стимуляторів, синдром залежності (F15.2) – 1 (1,4 %) (табл. 5.10).

Розподіл за коморбідною патологією

Коморбідна патологія	Частота	%
Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності (F10.2)	1	1,4
Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання наркотичних речовин(групи психостимуляторів), синдром залежності (F12.2)	1	1,4
Психічні розлади внаслідок ОУГМ травматичного генезу(ЧМТ) F07.8	1	1,4
Психічні розлади внаслідок ОУГМ резидуального генезу F06.8	5	7,1
Немає	62	88,6
Усього	70	100

Більшість потерпілих не мали особливостей у типі особистості (61; 87,1 %). Органічний РО спостерігався в 5 (5,7 %) осіб, емоційно нестійкий РО – 2 (2,9 %), дисоціальний РО – 2 (2,9 %), легкий психоорганічний синдром – 1 (1,4 %) (табл. 5.11).

Таблиця 5.11

Розподіл за типом особистості

Тип особистості	Частота	%
Органічний РО	4	7,1
Емоційно-нестійкий РО	2	2,9
Дисоціальний РО	2	2,9
Без особливостей	61	87,1
Усього	70	100

Більшість випадків СНД відбулися вдень (14; 20,0 %), 7 (10,0 %) – вночі, 4 (5,7 %) – увечері, 3 (4,3 %) – зранку, 42 (60,0 %) – не вказано (табл. 5.12).

Таблиця 5.12

Розподіл за часом скоєння суспільно-небезпечного діяння

Час скоєння СНД	Частота	%
Ранок (до 12.00)	3	4,3
День (до 18.00)	14	20,0
Вечір (до 23.00)	4	5,7
Ніч (з 24.00)	7	10,0
Не вказано	42	60,0
Усього	70	100

У більшості випадків порушень сприйняття в потерпілих не було (62; 88,6 %). 7 (10,0 %) осіб перебували в стані алкогольного сп'яніння, 1 (1,4 %) – наркотичного (табл. 5.13).

У більшості випадків пошкодження були відсутніми (52; 74,3 %). Легкі тілесні ушкодження спостерігалися в 16 (22,9 %) осіб, середньої тяжкості – 1 (1,4 %), вбивство – 1 (1,4 %) (табл. 5.14).

Таблиця 5.13

Розподіл за порушенням сприйняття

Порушення сприйняття	Частота	%
Немає	62	88,6
Алкогольне сп'яніння	7	10,0
Наркотичне сп'яніння	1	1,4
Усього	70	100

Розподіл за характером тілесних ушкоджень

Характер тілесних ушкоджень	Частота	%
Відсутні	52	74,3
Легкі тілесні ушкодження	16	22,9
Ушкодження середньої тяжкості	1	1,4
Вбивство	1	1,4
Усього	70	100

Стосовно потерпілих були скоєні 13 (18,6 %) випадків змішаних насильницьких статевих актів, 12 (17,1 %) – класичних, 12 (17,1 %) – анальних, 10 (14,3 %) – ексгібіціонізму та мастурбації, 9 (12,9 %) – торкань до статевих органів потерпілої, 8 (11,4 %) – оральних насильницьких статевих актів, 3 (4,3 %) – орогенітальних, 2 (2,9 %) спроби зґвалтування, 1 (1,4 %) – не вказано (табл. 5.15).

Розподіл за способом скоєння суспільно-небезпечного діяння

Спосіб скоєння СНД	Частота	%
Торкання статевих органів потерпілої	9	12,9
Ексгібіціонізм і мастурбація	10	14,3
Насильницький статевий акт: оральний	8	11,4
Насильницький статевий акт: класичний	12	17,1
Насильницький статевий акт: анальний	12	17,1
Насильницький статевий акт: орогенітальний	3	4,3

Спосіб скоєння СНД	Частота	%
Насильницький статевий акт: змішаний	13	18,6
Спроба зґвалтування	2	2,9
Немає	1	1,4
Усього	70	100

У більшості випадків поведінка потерпілих після СНД була послідовною та логічною (53; 75,7 %). Розлад адаптації спостерігався в 12 (17,1 %) осіб, посттравматичний стресовий розлад – 3 (4,3 %), скоєння суїцидальної спроби – 2 (2,9 %) (табл. 5.16).

Таблиця 5.16

Розподіл за поведінкою після суспільно-небезпечного діяння

Поведінка після СНД	Частота	%
Послідовна, логічна	53	75,7
Скоєння суїцидальної спроби	2	2,9
Посттравматичний стресовий розлад	3	4,3
Розлад адаптації	12	17,1
Усього	70	100

Більшість потерпілих пам'ятали події СНД (65; 92,9 %). Часткове забування спостерігалось в 3 (4,3 %) випадках. 2 (2,9 %) особи стверджували, що не пам'ятають подій СНД (табл. 5.17).

Більшість потерпілих були наочно знайомими з підозрюваними (38; 54,3 %), 20 (28,6 %) – незнайомими, 7 (10,0 %) – доньками/синами, 4 (5,7 %) – пасербицями/пасинками, 1 (1,4 %) – сусідками/сусідами (табл. 5.18).

Таблиця 5.17

Розподіл підекспертних за згадуванням подій після суспільно-небезпечного діяння

Згадування подій після СНД	Частота	%
Все пам'ятає	65	92,9
Часткове забування подій СНД	3	4,3
Стверджує, що не пам'ятає подій СНД	2	2,9
Усього	70	100

Таблиця 5.18

Розподіл за відношенням до підозрюваного

Відношення до підозрюваного	Частота	%
Незнайома/незнайомий	20	28,6
Наочно знайома/незнайома	38	54,3
Сусідка/сусід	1	1,4
Донька/син	7	10,0
Пасербиця/пасинок	4	5,7
Усього	70	100

У більшості випадків віктимної поведінки з боку потерпілих не було (61; 87,1 %).

У 5 (7,1 %) осіб відмічалось сумісне вживання алкоголю. 4 (5,7 %) підекспертних пішли в пізній час з потерпілим додому, в лісопаркову зону (табл. 5.19).

Розподіл за віктимною поведінкою потерпілої

Віктимна поведінка потерпілої	Частота	%
Сумісне вживання алкоголю	5	7,1
Пішла в пізній час з потерпілим додому, в лісопаркову зону	4	5,7
Не було	61	87,1
Усього	70	100

Важливою в рамках дослідження вважаємо наступну віктимологічну диференціацію:

- соціально-демографічна (вік, стать, сімейний і соціальний стан);
- культурно-освітня (рівень освіти, знання, навички, вміння);
- морально-психологічна (погляди, інтереси, потреби, емоційно-вольова характеристика);
- поведінкова характеристика жертв сексуальних злочинів.

Деякі автори вважають, що раса та національність самі собою не можуть визначати характер поведінки їхніх представників. Люди різних етносів відрізняються темпераментом і психікою, але ця відмінність не є основною детермінантою провокаційної поведінки [86, 291].

У дослідженні було встановлено, що сімейний стан жертв злочинів характеризувався наступним: 9,8 % перебували в зареєстрованому шлюбі; 7,9 % – цивільному; 82,3 % не мали шлюбних стосунків; 47,0 % жертв мешкали з батьками; 28,5 % – одні, втративши зв'язки з родичами.

Розглядаючи соціальний статус жертв, виявили, що більшість з них займали досить низьке соціальне положення: 26,1 % були найманими працівниками, які мали відносно невисоку кваліфікацію або були зайняті некваліфікованою працею; 18,6 % – особами без постійного джерела доходів;

15,7 % – пенсіонерами; 3,6 % – приватними підприємцями; 2,4 % – інвалідами; 14,8 % і 18,8 % – студентами й учнями середніх шкіл відповідно.

Низький соціальний статус потерпілих, якому відповідає низький освітній і культурний рівень, має істотне віктимологічне значення.

Певний інтерес представляє характер взаємин злочинця з потерпілою. У третині зґвалтувань була обрана випадкова жінка, напад на яку був раптовим, оскільки гвалтівник намагався залишитися невпізнаним і після вчиненого втікав. У 15,0 % випадків злочинець знайомився з потерпілою напередодні вчинення злочину, в такий спосіб полегшуючи сексуальний напад. В обох випадках з боку винного переважало фізичне насильство, в результаті якого потерпілим заподіювалися тілесні ушкодження та психічні травми. Досить часто гвалтівники були знайомі з потерпілими за місцем проживання (29,1 %) або підтримували дружні стосунки. Сексуальне насильство з боку родичів (12,3 % зґвалтувань і 4,5 % замахів на зґвалтування) розподілилося приблизно порівну між батьками, вітчимами, братами та дядьками. Подружнє насильство спостерігалось в 2-3 % випадків.

У дослідженні були визначені провокуючі форми поведінки жертв сексуального насильства різного віку. Пасивно-провокуюча поведінка, що створює відчуття невинуватості сексуальної доступності, притаманна неповнолітнім жертвам (27,92 %). Активно-провокуюча форма, що передбачає створення ефекту надмірної сексапільності, неадекватного кокетства, флірту з виключенням безпосереднього статевого акту, переважає в повнолітніх потерпілих (56,15 %). Проте абсолютно “чистих” форм активно- та пасивно-провокуючої поведінки не відмічено. Малолітні (до 14 років) і неповнолітні (14-18 років) особи через властиві їм вікові особливості зазвичай не здатні адекватно оцінювати передкримінальну ситуацію та регулювати свою поведінку відповідно до неї.

Якщо розглядати жертвовність за ознакою статі відносно злочинів, пов'язаних з насильницькими діями сексуального характеру, кількісна перевага традиційно належить жінкам (71,4 % і 28,6 % відповідно), водночас, якщо

жертви жіночої статі представлені різними віковими категоріями, жертви чоловічої статі найчастіше не досягають віку повноліття.

Доведено, що визначення рівня віктимності слід проводити в осіб, які постраждали від сексуального злочину та в яких немає негативних змін у психіці. Встановлено, що зґвалтування неповнолітніх призводить до виникнення в них посттравматичних стресових розладів, що можуть проявлятися через рік після скоєння злочину [253, 254].

Поведінка, що є негативним елементом механізму зґвалтування, не завжди є критерієм негативної характеристики потерпілої. Не виключено, що це лише випадковий епізод у житті, збіг обставин (загалом 78,5 % потерпілих характеризувалися позитивно). Але певна частина жертв (21,5 %) характеризувалися негативно. Підвищену здатність ставати жертвами кримінального насильства мають особи, які характеризуються стійкою асоціальною поведінкою та морально-побутовою розбещеністю. Певною мірою це пов'язано з матеріальною незабезпеченістю жінок, особливо молодого віку: поведінка негативного характеру насамперед типова для потерпілих у віці до 25 років (більше 90,0 % негативної поведінки припадають на потерпілих у віці до 25 років). Сприятливі ситуації для зґвалтування найчастіше створюють неповнолітні дівчата: в 7 випадках насильства з 10. У проведеному дослідженні в 4 випадках з 70 виявлялося сумісне вживання алкоголю, що можна розцінювати як віктимогенний провокуючий чинник.

У злочинців і їхніх жертв часто спостерігаються схожі деформації особистості та стереотипи поведінки. Дослідження потерпілих з негативною поведінкою свідчить, що в її основі лежать недоліки виховання, морального формування особистості та загалом вплив мікросередовища [215, 218]. Для потерпілих цієї групи характерні необачність, нерозбірливість і легковажність у знайомствах. Найчастіше жертва потрапляє в небезпечну ситуацію, не проявивши елементарного розуміння обставин, що складаються. Переважно мотиви таких знайомств були наступними: бажання весело провести час, скористатися автомашиною, отримати можливість переночувати, стати

утриманкою (коханкою), “помститися” іншому знайомому (викликати його ревності), вийти заміж, придбати різні речі тощо. Різні типи життєвих ситуацій можуть чинити віктимогенну дію та призводити до психологічної віктимізації. Питання про особистість потерпілої має дуже важливе значення, оскільки проблеми взаємовідносин злочинця та його жертви до, в момент та після скоєння зґвалтування, поведінка та спосіб життя потерпілої сприяють оцінці системи рис, що характеризують жертв сексуального насильства. Потерпілих від зґвалтування традиційно поділяють на 2 групи: ті, чия поведінка в тому чи іншому ступені сприяла здійсненню злочину, була поштовхом до нього, та ті, чия поведінка жодним чином не сприяла здійсненню зґвалтування [300]. Згідно з даними деяких дослідників [301], поведінка 70 % жертв є нейтральною, тільки 30 % своєю поведінкою провокують злочинні дії.

Виходячи з індивідуально-психологічних властивостей та якостей, що визначають віктимну поведінку, розглядають:

1. універсально-віктимний тип – яскраво виражені риси характеру та поведінки (активної та пасивної), що обумовлюють потенціальну уразливість індивіда відносно різних видів злочинів;
2. вибірково-віктимний тип – особи, які володіють високою парціальною уразливістю (тобто стосовно окремих видів злочинів);
3. ситуативно-віктимний тип – формується в результаті збігу середнього рівня віктимного потенціалу та суб’єктивно непереборних зовнішніх обставин;
4. випадково-віктимний тип – виникає в результаті випадкового збігу об’єктивних обставин і умов;
5. професійно-віктимний тип.

Для виникнення віктимної поведінки необхідні певні умови, безпосередньо пов’язані з особливостями поведінки особистості, її індивідуально-психологічних якостей:

- низький рівень емоційної стійкості, соціальної активності, впевненості в собі;
- висока фрустраційна напруженість;

- високий рівень емоційної нестабільності;
- порушення психічної адаптації;
- схильність до залежності, замкненість, довірливість, боязкість;
- схильність до зловживання алкоголем;
- нерозбірливість у виборі знайомих;
- статева розбещеність, нестійкі моральні принципи.

Ймовірність стати жертвою збільшується не тільки за наявності або відсутності індивідуальних якостей, а й залежно від часу, місця, положення, в якому опинилася людина, стану та настрою, низки інших умов, що в сукупності створюють віктимні обставини. Соціальний фактор впливає на набуті фізичні, психічні, соціальні риси й якості (фізичні вади, нездатність і неготовність до самозахисту, особлива зовнішність або привабливість), що можуть сприяти непередбачуваній криміногенній ситуації та створювати умови для перетворення індивіда в жертву злочину.

Згвалтування становить підвищену суспільну небезпеку через необоротність наслідків, заподіяння потерпілому глибокої фізичної, моральної та психічної шкоди. Найчастіше (в 70,0 % випадків) згвалтування супроводжується інтенсивним застосуванням фізичного насильства або характеризується чиненням активного опору з боку потерпілого. Проте в низці випадків (близько 20,0 %) потерпілий не чинить опору злочинцю, оскільки пригнічений його психічним насильством (погрозами). Іноді потерпілий не чинить опору тому, що перебуває в безпорадному стані (близько 25,0 %). У 24,6 % випадків завершених латентних згвалтувань злочинці скористалися безпорадним станом потерпілих у результаті сильного алкогольного сп'яніння. В інших випадках гвалтівники застосували фізичну силу (54,6 %), іноді поєднану з погрозами розправи, зокрема фізичної (10,8 %). Причиною безпорадного стану потерпілих переважно є сильне алкогольне сп'яніння, значно рідше – наявність захворювань, малолітній вік та інші обставини.

Потерпілий та особа, яка здійснює насильство, представляють взаємопов'язані частини одного явища. Взаємозв'язок відбувається на

психічному рівні з участю підсвідомості осіб, будучи водночас елементом саморегулювання поведінки сторін [302]. Певні якості особистості, що характеризують її як жертву, сприяють віктимізації індивіда лише при взаємодії з особистісними характеристиками насильника, тобто причиною віктимної поведінки можуть стати дії злочинця [303]. В одному з досліджень [304] було відмічено, що потерпілого в деяких випадках слід розглядати як один з елементів передзлочинної ситуації. Разом з іншими її елементами потерпілий, взаємодіючи зі злочинцем, може сприяти виробленню в нього вольового акту скоїти злочин, а також з'ясуванню ним наслідків своїх ймовірно злочинних дій. Як і майбутній злочинець, майбутній потерпілий часто оцінює ситуацію, що складається, з точки зору своїх інтересів, залежно від своїх моральних і психологічних особливостей, можливостей, своїх уявлень про неї, впливаючи на цю ситуацію.

Дослідження, проведені в різних країнах світу, демонструють, що положення можливої жертви, її спосіб життя, особливості поведінки разом з формами та ступенем взаємозв'язків з потенційним правопорушником можуть сприяти зародженню в його свідомості злочинного задуму, стимулювати його антигромадську установку, визначати спосіб і засоби здійснення злочину.

Отже, віктимологічні чинники відіграють істотну роль в генезисі злочинної поведінки, особливо в ситуації сексуального насильства.

Для жертв кримінально-насильницьких дій характерна наявність певного комплексу соціально-демографічних і морально-психологічних ознак, поява яких за певних обставин детермінує їхню типову поведінку та пов'язану нею більшу ймовірність, ніж в інших осіб, стати жертвою насильницьких дій. У дослідженні було встановлено, що низький соціальний статус потерпілих, якому відповідає низький освітній і культурний рівень, має істотне віктимологічне значення.

Особистість і поведінка жертв сексуальних злочинів суттєво впливають на мотивацію злочинної поведінки та ситуацію, в якій вона здійснюється. Тільки комплексне та всебічне вивчення особистості злочинця і його жертви,

їхніх взаємовідносин, об'єктивної ролі, яку кожен з них відіграє в протиправному акті, дозволяє зробити висновок про відповідальність винного в злочині, а також встановити обставини, що сприяють його здійсненню.

Знання особистісних особливостей жертви, їхньої ролі в розвитку злочину, аналіз і характеристика стосунків між злочинцем і потерпілим з позицій властивостей жертви та її поведінки значно розширюють можливості профілактичних програм, спрямованих на віктимологічне попередження зґвалтувань. У дослідженні були визначені провокативні форми поведінки жертв сексуального насильства різного віку. Пасивно-провокуюча поведінка, що створює відчуття невинуватості сексуальної доступності, притаманна неповнолітнім жертвам (14-18 років). Активно-провокуюча форма, що передбачає створення ефекту надмірної сексапільності, неадекватного кокетства, флірту з виключенням безпосереднього статевого акту, переважає в повнолітніх потерпілих (18-49 років). Малолітні (до 14 років) і неповнолітні (14-18 років) жертви через властиві їм вікові особливості зазвичай не здатні адекватно оцінювати передкримінальну ситуацію та регулювати свою поведінку відповідно до неї.

Віктимологічна профілактика є важливим елементом раціональної системи віктимологічного напрямку попереджувальних впливів на злочинність шляхом усунення віктимогенних чинників злочинної поведінки нарівні з іншим її елементом – діяльністю, що спрямована на елімінацію негативних наслідків від злочинної поведінки.

Клінічний приклад. Спостереження № 4. Витримка з акта СПЕ наводиться в обсязі, необхідному для ілюстрації. Підекспертна С., 16 років, проходить як потерпіла за ст. 152 ч. 3 ККУ. На експертизі в Київському міському центрі СПЕ перебувала в 2016 році.

ОБСТАВИНИ СПРАВИ, ЗА ЯКОЮ ПРОВОДИТЬСЯ ЕКСПЕРТИЗА

29.07.2014 р. приблизно о 01.00 К., перебуваючи в стані алкогольного сп'яніння, достовірно знаючи, що С., 1998 р. н., є неповнолітньою, з

застосуванням фізичного насильства вступив з нею в статеві зносини у формі природного та неприродного статевого акту.

ВІДОМОСТІ, ОТРИМАНІ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ПОДАНИХ НА ЕКСПЕРТИЗУ ОБ'ЄКТІВ

Спадковість психічною патологією не обтяжена. Народилася в селищі Ворзель Київської обл., з 3-місячного віку проживає в м. Києві. Єдина дитина в родині. У психофізичному розвитку від однолітків не відставала. У дитинстві хворіла на застудні та дитячі інфекційні захворювання. Виховувалася матір'ю (батько підекспертної рано пішов з родини). Своєчасно пішла до середньої загальноосвітньої школи, де закінчила 7 класів, після чого перейшла до вечірньої школи, де в теперішній час навчається в 9-му класі. За словами підекспертної “успеваемость и поведение в школе у меня нормальные”. На обліку в дитячій кімнаті міліції не перебуває. Незаміжня, проте має одну доньку. Проживає з матір'ю, донькою та бабусею.

Зі слів підекспертної відомо, що на обліку в психіатра та нарколога не перебуває (об'єктивні відомості з цього приводу на теперішню експертизу не надані).

Зі слів підекспертної та її матері відомо, що підекспертна протягом життя хворіла на застудні захворювання, вегето-судинну дистонію за гіпотонічним типом; у неї мали місце переломи верхніх кінцівок.

У поясненні від 29.07.2014 р. С. вказала, що вночі 29.07.2014 р. її природним і неприродним шляхом зґвалтували М. і В., з якими вона познайомилася незадовго до цього й які пригощали її спиртним. Коли підекспертна намагалася чинити їм опір, вони погрожували їй побиттям, а також тим, що викинуть її з балкону. Скільки саме статевих актів було здійснено з нею, підекспертна не пам'ятає, проте зґвалтування тривало до самого ранку, поки вказані чоловіки не відпустили її з квартири за умови, що вона нікому нічого не розповість про зґвалтування.

Під час допиту в якості потерпілої в липні 2014 р. С. вказала, що на обліку в психіатра та нарколога не перебуває, зараз почуває себе добре; є

ученицею 9-го класу вечірньої школи; має 7-місячну доньку. Пізно ввечері 28.07.2014 р. вона познайомилася з двома чоловіками, М. і В., з якими почала розмовляти та за наполяганням яких випила разом з ними коньяку (не більше 30 г). Трохи пізніше вона вживала з вказаними чоловіками кавун і коньяк (випила не більше 100 г коньяку), після чого пішла з ними до квартири, де вказані хлопці мешкали. Невдовзі підекспертна попросила їх відчинити двері квартири, щоб піти додому, але ті цього не зробили. На той момент у квартирі також перебували невідомі підекспертній хлопець і дівчина, які знаходилися в іншій кімнаті. Надалі В. почав торкатися підекспертної руками, які вона відштовхувала. М. гучно увімкнув музику. На прохання підекспертної випустити та не чіпати її чоловіки не реагували, потім озвучили, що мають намір вступити з нею в статевий контакт. Підекспертна приготувала їм курку як плату за те, щоб вони її відпустили. Потім М. виходив з квартири за пивом, а коли повернувся, то почав разом з В. їсти курку, при цьому вони вживали пиво. Підекспертна також їла разом з ними, вони примушували її вживати пиво. Надалі М., незважаючи на вмовляння підекспертної не чіпати її та її опір, вступив з нею в статевий акт природним і неприродним шляхом, після чого, коли на вулиці вже було світло, випустив підекспертну з квартири. На вулиці вона зустріла працівника міліції та розповіла про те, що з нею сталося. Також підекспертна зазначила, що М. не наносив їй тілесні ушкодження, але придушував подушкою, постійно утримував її силою; а В. з нею в статеві зносини не вступав, її не чіпав та ушкоджень їй не наносив.

Мати підекспертної, С., у поясненні від 29.07.2014 р., зокрема, вказала, що її неповнолітня донька, підекспертна, має деякі психологічні відхилення: часті головні болі, провали в пам'яті. Вона гуляє на вулиці переважно у вечірній час, оскільки від перебування на сонці в неї болить голова. 28.07.2014 р. приблизно о 17.00 вона з дозволу матері вийшла з дому погуляти, проте до ранку додому не повернулася, а вранці наступного дня її доставили працівники міліції. При цьому підекспертна пояснила матері, що гуляла біля сусідніх будинків. Чому вона не повернулася додому, підекспертна пояснити не змогла.

На думку матері, в підекспертної міг статися черговий провал у пам'яті, оскільки її поведінка була не зовсім адекватною. Підекспертна повідомила матері, що під час прогулянки вночі вона з кимось спілкувалася, проте з ким і де згадати не змогла. За словами підекспертної, будь-яких протиправних дій щодо неї ніхто не вчиняв. С. також зазначила, що в неї з донькою нормальні відносини, що підекспертна досить замкнена та, можливо, не все їй розповіла.

Під час допиту в якості свідка 29.07.2014 р. С. повідомила, що на даний час підекспертна закінчила 8 клас вечірньої школи, доглядає свою малолітню доньку. Дуже рідко виходить гуляти, майже весь час приділяє доньці. Шкідливих звичок не має. Інколи вона може вийти на прогулянку, але в пізній час доби, оскільки погано переносить сонце та спеку. 28.07.2014 р. приблизно о 17.00 з відома матері вона пішла гуляти на вулицю та додому ночувати не повернулася, а наступного дня приблизно об 11.00 до свідка прийшли працівники міліції, повідомивши, що підекспертна перебуває в полку ДАІ, куди звернулася за допомогою. Свідок разом з міліціонерами пішла за вказаною адресою, де знаходилася її донька, яка нічого не могла їй пояснити. Пізніше від працівників міліції свідку стало відомо, що підекспертна повідомила міліціонеру, що її згвалтували невідомі. Також свідок пояснила, що раніше іноді траплялося, що підекспертна не приходила додому ночувати; на обліку в психіатра та нарколога підекспертна не перебуває; приблизно у травні 2013 р. її згвалтували чотири невідомі особи, після чого вона завагітніла та народила доньку. З цього приводу підекспертна щось пояснювати свідку відмовляється.

Підозрюваний К., свідки Ш., Д., М. у своїх показаннях під час досудового розслідування на наявність у підекспертної розладів психічної діяльності, зокрема в періоди скоєння відносно неї правопорушень, не посилалися.

У ході досудового розслідування виникли сумніви щодо того, чи могла С. розуміти значення вчинених по відношенню до неї дій, через що стосовно неї була призначена теперішня експертиза, під час якої було встановлене наступне.

ПСИХІЧНИЙ СТАН

Доступна продуктивному мовному контакту. Під час обстеження мова та рухи підекспертної дещо уповільнені. Водночас підекспертна пояснила: “сегодня утром, чтобы не волноваться, приняла “барбовал”. Виглядає дещо астеною. На запитання відповідає по суті, тихим голосом, часом після деякої паузи, дещо односкладово, іноді неохоче, особливо коли мова стосується суб’єктивно-неприємних для неї тем. Поводиться доволі пасивно, часом виявляючи деяку розгубленість, замкненість. Трохи заїкається (за словами підекспертної “стала заикаться примерно с 7-летнего возраста после того, как испугалась собаку”). Орієнтована всебічно правильно. Послідовно повідомляє анамнестичні відомості. Зокрема, повідомила наступне: “травм головы у меня не было. На учете у психиатра не состою, и за помощью к нему не обращалась, так как не было надобности в этом”. Висловлює скарги на “периодические боли в животе (из-за удлинненного кишечника) и в области глаз. Жалоб на психическое состояние у меня нет, и никогда не было. Себя считаю психически здоровой”. Характеризує себе “спокойной, в меру общительной”. Вірно розуміє мету теперішнього обстеження, своє юридичне становище. Мислення логічне, послідовне, в звичайному темпі. Пам’ять та інтелект не порушені. Маячні ідеї, обмани сприйняття не виявляє; наявність суїцидальних думок заперечує. З приводу того, що відбулося вночі 29.07.2014 р., пояснила: “я пошла погулять, поздно вечером подошла к двум ребятам, угостила их грушами. Ребята жарили шашлык. Тогда я чувствовала себя нормально. С ребятами выпила немного коньяка, при этом чувствовала себя нормально. Окружающие сделали ребятам замечание по поводу костра, после чего ребята пошли в квартиру, сказав мне подождать. Потом они возвратились, мы втроем пошли к бювету. Потом они попросили меня помочь им что-то занести в квартиру, на что я согласилась и пошла с ними в квартиру. При этом ребята вели себя нормально, не агрессивно, выглядели трезвыми. В квартире ребята что-то делали, при этом кто-то из них закрыл дверь квартиры изнутри. Потом ко мне начал приставать один из них, Михаил. Я говорила, чтобы он меня не трогал. Потом другой парень, Василий,

попытался меня изнасиловать, но у него ничего не получилось, при этом он мне не угрожал, меня не бил. После этого до утра меня насиловал Михаил, при этом он временами придушивал меня подушкой. Я же при этом плакала, сопротивлялась, кричала. Михаил вступал со мной в половую связь естественным способом, а также другими способами. Михаил мне угрожал, бросал на пол. Я просила его не делать этого. Во время происходящего Василий сидел, наблюдал за этим, мастурбировал. Утром мне удалось уйти из квартиры, где все это происходило”. Настрій дещо ситуаційно знижений. Під час обстеження емоційні реакції дещо згладжені, проте загалом адекватні. Зовні впорядкована, інструкції виконує. Пояснила: “наркотики ніколи не використовувала, а спиртне теж практично не використовую. На учете у нарколога не состою”. Критична оцінка того, що трапилося, та свого стану загалом збережена.

ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

У контакті поводить доволі пасивно, схильна до реакцій розгублення та замикання, виглядає астеною, уповільненою, відповідає тихим голосом. Мовлення дизартричне (труднощі звуковимови), з заїканням при хвилюванні. На питання відповідає переважно в діалогічній формі, при заспокоєнні – розгорнутими формулюваннями. Щодо нейтральної інформації (опис своїх інтересів, захоплень, пояснення рішень у методиках) мовлення більш зв’язне, поширене, монологічне. У ході розповіді про ситуацію, що досліджується за провадженням, замикається, поводить загальмовано, уникає монологічного опису. Пояснює свою поведінку на час обстеження тим, що не виспалася вночі та вранці випила заспокійливе перед експертизою.

У процесі виконання експериментальних завдань поводить з зацікавленням. При заучуванні стимульного матеріалу відмічається певна уповільненість концентрації уваги, надалі заучує успішно (6, 7, 9, відстрочено 9 з 10 слів). Продуктивність мнестичної функції в межах норми. Розумові операції аналізу та синтезу виконує на достатньому рівні абстрагування, за категоріальними ознаками, легко підбирає узагальнюючий термін. Рівень

інтелектуального розвитку відповідає нормі. Запас загальноосвітніх знань у межах отриманої освіти; виявляє деяку педагогічну занедбаність з окремих шкільних дисциплін.

Стосовно проведення вільного часу розповідає, що любить малювати, в дитинстві навчалася в музичній школі, грала на трьох інструментах, поки не зламала руки (називає три епізоди переломів). У школі навчалася посередньо, останнього року через народження дитини перейшла до вечірньої школи (без щоденного відвідування). Вдома переважно займається дитиною. Відчуває нестачу спілкування з однолітками. Час проводить з родиною (мама, бабуся), з родичами має добрі стосунки.

Аналіз особистісних властивостей підекспертної дозволяє визначити наступні риси: невисока активність, схильність до реакцій замикання, розгублення та гальмування в проблемних ситуаціях, невпевненість у собі, помисливість, загалом достатня вольова регуляція. Підекспертній притаманні вікові інтереси в галузі міжособистісного спілкування, стосунків з протилежною статтю, певна особистісна незрілість, довірливість, вікова недооцінка перспектив, ситуаційний характер мотивації.

Стосовно ситуації, що досліджується за провадженням, розповідає неохоче, непослідовно, надмірно деталізує несуттєві обставини, не може цілеспрямовано та коротко викласти основну фабулу, потребує уточнюючих запитань і спонукання. У діалогічній формі повідомляє наступне. Вона підійшла до хлопців, які смажили шашлик, ті просили допомогти, вона залишилася з ними. Пізніше за їхнім проханням піднялася в квартиру, оскільки вони сказали, що це “на секундочку, щоб взяти речі”. Хлопці поводитися спочатку ввічливо, вона не очікувала, що можуть бути якісь проблеми. Ще в дворі хлопці пригостили її коньяком з приводу дня народження М. Потім, у квартирі, також випила ще небагато, почувалася майже тверезою. У квартирі намагалася їх обманути, під різними приводами вийти з неї: пропонувала помити підлогу, посмажити курку, щоб відпустили, але хлопці зачинили двері на ключ, а сусіди також закрилися у своїй кімнаті. Вважає, що В. (молодший)

спровокував старшого тим, що демонстрував своє намагання вступити з нею в статевий зв'язок, але надалі не зробив цього. А М. (більший, старший, був менш п'яним і агресивнішим) насильно примушував її до статевих контактів впродовж всієї ночі, бив її, придушував подушкою (“але так, щоб не задихнулася”). М. вступав з нею в контакт “по-різному” (киває на уточнення, що також були орогенітальні й аногенітальні контакти). Вона кричала, просила відпустити, плакала, “була знеможеною”. В. сидів у кімнаті, коли М. гвалтував її в присутності В., той “сам себе задовольняв” (погоджується на уточнення, що мастурбував). За першої можливості вранці наступного дня вийшла з квартири, одразу звернулася до міліції.

Під час досудового розслідування надавала первинні показання про те, що її гвалтували двоє хлопців, щодо чого зараз уточнює, що вона розповідала не так: молодший хлопець лише намагався та не зміг, бо вона фізично опиралася, і він відстав. Пояснює, що на час первинного допиту була схвильована, втомлена. В інших показаннях (допит потерпілої) детально повідомляє фабулу й обставини подій, наполягає, що гвалтування скоїв лише старший хлопець, М., без її погодження, насильно.

Згідно з довідкою з лікарні “ОХМАДИТ” від 29.07.2014 р. (19.30), у С. при огляді зафіксовані численні садна на тілі, дефект слизової на вході в піхву (декілька свіжих саден). Діагноз: “травма зовнішніх статевих органів”.

Психологічний аналіз усіх наданих матеріалів дозволяє визначити наступне.

Рівень психічного розвитку підекспертної відповідає віковим стандартам. Підекспертна виявляє певні характерологічні особливості, що проявляються в її поточній поведінці: пасивність, керованість, конформність, реакції розгублення та гальмування, ситуаційне замикання, певна особистісна незрілість, довірливість.

Підекспертна за своїми віковими можливостями здатна розуміти значення скоєних щодо неї сексуальних дій.

Підекспертна здатна надавати відповідні свідчення, але внаслідок наявних характерологічних особливостей виявляє певні особливості викладення: губиться, замикається, фіксується на несуттєвих деталях, не може цілеспрямовано викласти фабулу подій, потребує спрямовуючих запитань і спонукання до монологу, що не виключає здатності надавати змістовні показання.

ОБГРУНТУВАННЯ ТА ПОЯСНЕННЯ ДАНИХ ПРО ПСИХІЧНИЙ СТАН ОСОБИ ТА ФАКТІВ, ЩО ВСТАНОВЛЕНІ ТА ВИЯВЛЕНІ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ОБ'ЄКТІВ ЕКСПЕРТИЗИ

Незважаючи на показання матері підекспертної, С., під час досудового розслідування (в яких остання посилається на наявні в підекспертної “психологічні відхилення”, часті головні болі, погане самопочуття на сонці та під час спеки, “провали в пам'яті”, деяку замкненість, не зовсім адекватну поведінку підекспертної вранці 29.07.2014 р.), з наданих на теперішню експертизу матеріалів і слів підекспертної під час теперішнього обстеження відомо, що підекспертна в психофізичному розвитку від однолітків не відставала, нині навчається в 9-му класі вечірньої школи, при цьому веде звичний для себе спосіб життя, достатньо соціально адаптована, з дотриманням власних інтересів будує взаємовідносини з іншими. Водночас підекспертна на обліку в психіатра та нарколога не перебуває (про що відомо зі слів підекспертної та її матері).

Незважаючи на дещо суперечливі показання підекспертної щодо обставин, що відбувалися вночі 29.07.2014 р., під час досудового розслідування, в наданих на теперішню експертизу матеріалах відсутні відомості про наявність у неї в періоди скоєння відносно неї правопорушень розладів психічної діяльності. Водночас відомо, що в зазначені терміни часу в її висловлюваннях і поведінці були відсутні ознаки марення, обманів сприйняття, порушеної свідомості, підекспертна достатньо добре орієнтувалася в навколишньому оточенні, її дії носили послідовний характер.

Під час теперішнього обстеження, незважаючи на певну уповільненість мови та рухів підекспертної, в останньої не виявлені порушення пам'яті, мислення, інтелекту, емоційно-вольової сфери, критичних здібностей, продуктивна психопатологічна симптоматика.

З аналізу вищевикладеного вбачається, що в періоди скоєння відносно неї правопорушень підекспертна на будь-яке психічне захворювання, зокрема тимчасовий хворобливий розлад психічної діяльності, не страждала.

У теперішній час підекспертна на будь-який психічний розлад не страждає. За своїми віковими можливостями здатна розуміти значення вчинених щодо неї сексуальних дій.

Клінічний приклад. Спостереження № 5. Витримка з акта СПЕ наводиться в обсязі, необхідному для ілюстрації. Підекспертна С., 18 років, проходить як потерпіла за ст. 152 ч. 1 ККУ. На експертизі в Київському міському центрі СПЕ перебувала в 2014 році.

ОБСТАВИНИ СПРАВИ, ЗА ЯКОЮ ПРОВОДИТЬСЯ ЕКСПЕРТИЗА

28.11.2015 р. приблизно о 00.00 за адресою м. Київ, вул. Ломоносова, 18-А, кім. 208 неповнолітній Т., 1998 р. н., скориставшись безпорадним станом неповнолітньої К., 1998 р. н., вступив з нею в статеві зносини без її згоди.

ВІДОМОСТІ, ОТРИМАНІ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ПОДАНИХ НА ЕКСПЕРТИЗУ ОБ'ЄКТІВ

Як вбачається з матеріалів кримінального провадження, зі слів підекспертної, наданої медичної документації, вона родом з м. Гірник Донецької області. Ранній розвиток без особливостей. Відвідувала дитячий садок, до школи пішла в 6 років. На сьогодні навчається на 3 курсі Українського гуманітарного ліцею при Київському національному університеті імені Тараса Шевченка та через необхідність з вересня 2015 р. почала проживати в гуртожитку по вул. Ломоносова, 18-А. Підекспертна має брата; матір, батько та брат проживають у тимчасовому помешканні для переселенців у м. Святогірськ.

Як вбачається з протоколу допиту неповнолітньої потерпілої від 30.11.2015 р., К. була допитана в присутності матері та прокурора прокуратури Голосіївського району м. Києва. З даних показань вбачається, що в кім. 208 гуртожитку по вул. Ломоносова, 18-А проживає з вересня 2015 р. Також з нею в кімнаті мешкала дівчинка І., кімната розрахована на 2 осіб. 28.11.2015 р. приблизно о 06.00 прокинулася у своїй кімнаті та пішла на навчання до ліцею. Після занять зустрілася зі своєю подругою Н., разом пішли в гуртожиток, де займалися особистими справами. Приблизно о 18.00 разом з Н. пішла до станції метро “Васильківська” для зустрічі своїх однокласників: С., К., О. Коли зустрілися, всі разом пішли до місця проживання. Дівчата привітали її з днем народження. Цього ж дня замовила столик у закладі “Монтерей бар”, що розташований на Хрещатику. До нього поїхали приблизно о 19.00 на метро. У барі відпочивали, замовили на всіх 1 пляшку шампанського. Приблизно о 22.00 вийшли з закладу, кожен поїхав за своїм місцем проживання. Підекспертна поїхала до гуртожитку. Прибувши в гуртожиток, на 2 поверсі побачила компанію, що стояла біля її дверей. Компанія складалася з 3 хлопців та 1 дівчини. Дана компанія була наочно знайомою, адже всі жили в одному гуртожитку, але з ними ніколи не спілкувалася та доти навіть не віталася. Хтось з хлопців запитав, що вона робить у такий час у коридорі, відповіла, що святкувала свій день народження. Розпочалася розмова, компанія запросила її до своєї кімнати № 234. Оскільки ні з ким в гуртожитку не спілкувалася, вирішила завести друзів, погодилася на їхнє запрошення. Хлопці сказали, що сходять до магазину, коли повернуться, постукають до неї в двері. Через деякий час, коли в кімнаті вже перевдягнулася, до неї постукали хлопці, разом з ними пішла в кімнату 234, це було приблизно о 23.00. Компанія складалася з 3 хлопців та 1 дівчини. У кімнаті сиділи, дивилися телевізор, хлопці принесли з магазину 3-4 літрових пакети вина, були фрукти, піцца. Під час бесіди кожен розповідав про себе, звідки він, скільки років, чим займається. Стало відомо, що компанія складалася з наступних осіб: І., Д., Т., дівчина А. Під час бесіди повідомила, що в неї немає хлопця, на інтимні теми не спілкувалися.

Приблизно за годину випила 1-2 склянки вина, стало погано, запаморочилося в голові. На даний стан звернули увагу хлопці Д. та І., які відвели її до кімнати, вони допомагали йти, тримаючи за руки. Приблизно о 23.50 28.11.2015 р., завівши в кімнату, відразу пішли, входні двері забула зачинити на замок, лягла спати. Спала в одязі, в якій була одягнена, прокинулася від відчуття болю, відкрила очі та побачила поряд з собою в ліжку хлопця, Т., втратила свідомість від відчуття болю та страху. Потім пам'ятає, що прокинулася 29.11.2015 р. приблизно об 11.00 у кімнаті № 234 (як потрапила до кімнати, не пам'ятає), лежала одягнута в ліжку, поряд з нею на одному ліжку лежав І., який був одягнений, Д. лежав на іншому ліжку. З обстановки в кімнаті зрозуміла, що не в себе в кімнаті. Спілкувалася з хлопцями, хотіла дізнатися, як пройшов відпочинок, відповіді не почула. Встала з ліжка, пішла до себе в кімнату, це було приблизно о 12.00. У своїй кімнаті № 208 побачила, що простирadlo в крові, зрозуміла, що хтось згвалтував, адже нижня білизна була в крові, нижче пояса в інтимній зоні відчувала біль. Поміняла постільну білизну, на ліжку застелила нове простирadlo, а старе, що було в крові, поклала зверху на ліжку. Коли плакала, до кімнати зайшли І., Д., Т. і хлопець на ім'я М. Вони побачили її самопочуття, тоді Т. сказав, що він був з нею та вступив в інтимний зв'язок. У дівчини почалася істерика, Т. вийшов з кімнати. Хлопці почали заспокоювати, просила вийти з кімнати, оскільки хотіла залишитися на самоті. Перебуваючи сама в кімнаті, про дану подію телефоном повідомила свою подругу, С., яка через хвилин 10 прийшла до кімнати, побачила простирadlo в крові, викликала працівників поліції. Після приїзду працівників поліції зателефонувала матері, повідомила, що її згвалтували. Наприкінці допиту потерпіла повідомила, що її згвалтував Т., оскільки він був поряд з нею в ліжку, коли прокинулася, та згодом сам повідомив, що мав з нею інтимний зв'язок. Знаходилася в дуже пригніченому, депресивному стані та розпачі, випила 5 таблеток заспокійливого препарату “Флуксен”, але дані таблетки виблювала.

Як вбачається з пояснення Т. від 29.11.2015 р., він повідомив, що є студентом 1 курсу Української гуманітарної академії. 28.11.2015 р. приблизно о

23.00, перебуваючи за місцем свого проживання, разом з І. та Д. зустріли дівчину, яка йшла коридором. Хтось з хлопців запропонував їй познайомитися. Дівчина надала позитивну відповідь, представилася на ім'я К. Також повідомила, що в неї сьогодні день народження. Запропонували піти разом до кімнати, щоб випити алкогольних напоїв. К. погодилася. Свідок також відмічає, що К. вже перебувала в стані алкогольного сп'яніння. Надалі К. попрямувала до своєї кімнати, а Т. разом з І. та Д. попрямували до магазину "АТБ", де придбали алкогольний напій "Портвейн" у кількості 5 упаковок обсягом 1 л кожна. Зайшовши до гуртожитку, попрямував до кімнати 236, де проживають І. та Д., які зі свого боку пішли до кімнати К. Через деякий час до кімнати 236 прийшли І., Д., К. та дівчина А. Почали вживати алкоголь. Під час вживання алкоголю грали в гру під назвою "бутылочка", неодноразово свідок співпадав з К. в парі, цілувалися. В один момент К. сказала, що хоче піти до туалету, оскільки вона перебувала в стані алкогольного сп'яніння, вирішив піти з нею, щоб проконтролювати. Після того, як К. вийшла з кабінки, знову розпочали з нею цілуватися. Через деякий час повернулися до кімнати, продовжували грати в гру. Також до них приєднався М. В один момент, коли К. намагалася встати, вона втратила координацію та впала. Після цього І. та Д. підняли К. та повели її до кімнати 208, де вона проживає, щоб покласти спати. І. та Д. відразу повернулися. Сам Т. о 04.00 29.11.2015 р. вирішив покинути компанію та попрямував до кімнати К., щоб подивитися, як вона себе почуває. Підійшовши до дверей, постукав, відчинив, побачив К., на якій була накинутий ковдра, сама стояла поблизу стола. Запитав її, як вона себе почуває. К. повідомила, що вона почувається набагато краще. Підійшовши до неї, обняв її, розпочали цілуватися, при цьому К. жодного спротиву не чинила, не казала, щоб він зупинився. Далі лягли на ліжко, на якому спить К., продовжували цілуватися. Т. зняв із себе кофтину, а К. – свій верхній одяг. У момент, коли лежали на ліжку, зняв з К. бюстгальтер і спідню білизну, на це К. нічого не сказала. Далі розпочав своєю рукою мастурбувати статевий орган К. Через деякий час ліг зверху на неї та ввів свій член в її статевий орган. У цей момент К. сказала, що

їй боляче, проте вона йому довіряє. Після цього закінчив вводити свій член у статевий орган К., але через деякий час знову розпочали цілуватися, знову ліг зверху на К., ввів свій член у її статевий орган і продовжував статевий акт. В один момент К. повідомила, що їй знову боляче, після цих слів зупинився, дав їй її спідню білизну, коли допоміг застігнути бюстгальтер, знову розпочали цілуватися. Під час поцілунків знову зняв з К. бюстгальтер, труси, та, перебуваючи на ній зверху, ввів свій член в її статевий орган. Цей період статевого акту тривав приблизно 15 хвилин, у результаті чого кінчив К. на живіт. Під час статевого акту К. також не казала, щоб припинив, жодного спротиву не чинила, а, навпаки, обіймала, цілувала в шию, говорила, що довіряє йому. Після цього К. одягнулася, він попрямував до своєї кімнати. Коли виходив, К. запитала, куди він йде, на це відповів, що хоче спати та йде до себе в кімнату. Прийшовши до своєї кімнати, ліг спати. У кімнаті на той момент перебував О. Приблизно о 13.00 прокинувся, зайшов до кімнати 236, де вже перебували К. та Б. Через деякий час К. залишила кімнату, з нею ні про що не говорив, знав від хлопців, що вона ночувала в них, а саме з І. та на одному ліжку. Приблизно через 30 хвилин з М., І., Д. зайшли до кімнати К. та побачили, що в неї в руках ніж і 2 упаковки невідомих таблеток, виявилось, що К. випила 1 блістер невідомих таблеток і намагалася порізати руку в області зап'ястка, тобто перерізати вени. Надалі К. повідомила, що вона нічого не пам'ятає з того, що з нею трапилося вночі, та що в неї вся постіль у крові. Розповів К., що вночі у них був статевий акт. Вона повідомила, що не хотіла з ним втрачати свою невинність. Надалі попрямував до своєї кімнати, приблизно через 20 хвилин знову повернувся до кімнати К., щоб попросити вибачення. Коли зайшов, то побачив, що вона разом з М., І. та Д. пила чай і їла торт. Вибачившись, через 5 хвилин пішов до себе в кімнату.

Як вбачається з протоколу додаткового допиту свідка С. від 08.12.2015 р., вона пояснила, що є студенткою Українського гуманітарного ліцею Київського національного університету імені Тараса Шевченка, навчається на 3 курсі філологічного факультету. 28.11.2015 р. знаходилася на навчанні з 08.30 до

15.00. З К. підтримує дружні відносини, у неї був день народження 24.11 і на прохання К. замовила столик у “Монтерей Клуб”, що розташований за адресою: м. Київ, вул. Прорізна, 8. До закладу приїхали о 20:30. Крім подруги, на день народження К. запросила ще дівчат: К., О., А. Усі дівчата, крім А., навчаються в тому ж ліцеї. Коли прибули до даного закладу, там було багато людей, сіли за столик, його номера не пам’ятає, візуально показати зможе. Під час відпочинку пила воду, дівчатам принесли по келиху шампанського, це був подарунок від закладу. Приблизно о 22.30 залишили розважальний заклад і пішки пішли до метро, де впродовж проїзду кожна з дівчат виходила на тій станції, де їй потрібно. Разом з К. приїхала до метро “Васильківська”, де кожна з них попрямувала до свого місця проживання. Коли попрощалися з К., вона була тверезою. Через деякий час К. надіслала sms, що з нею все гаразд, вона прийшла до свого гуртожитку. 29.11.2015 р. прокинулася приблизно об 11.00 і займалася особистими справами. Через декілька годин поїхала провідати свою бабусю. Перебуваючи в бабусі, о 18.49 отримала в соціальній мережі “Контакт” повідомлення від К., яка написала, що її зґвалтували. Відразу одяглася та направилася до гуртожитку, де проживала К. Коли прийшла до гуртожитку, назустріч вийшла К. в пригніченому стані, була заплакана, налякана. Разом піднялися до її кімнати. Коли зайшли в кімнату, ліжко К. було застелене. К. нічого до ладу розповісти не змогла. На запитання “Ти знаєш, хто тебе зґвалтував?” відповіла, що це був хлопець з гуртожитку, його звати Т., як це відбулося, не пам’ятає, він зайшов до кімнати в темноті, не бачила. “Звідки про це знаєш?”. Відповідь: “Він зайшов вдень і повідомив, що у нас був інтимний зв’язок і вибачився”. Потім К. повідомила, що вона весь день була в істеричі, не знала, що робити, до її кімнати прийшли 2 хлопців, які з нею відпочивали вночі та заспокоювали її. К. була в розгубленому стані, не знала, що робити, тоді подруга викликала працівників поліції.

Як вбачається з показань свідка Х.М. від 02.12.2015 р., вона повідомила, що 28.11.2015 р. о 23:40 йшла по коридору гуртожитку та побачила знайомих хлопців Д., І., Т., також з ними стояла невідома дівчина. Хлопці привіталися,

сказали, щоб вона заходила до них у кімнату № 236. Згодом зайшла до даної кімнати та побачила, що в кімнаті знаходяться Т., Д., І. та дівчина. Вона сіла на стілець поруч зі свідком, почала розповідати про себе, про те, що вона переїхала з Донецька, в неї немає друзів. Також вона була п'яна, сказала, що їй соромно з даного приводу. Увімкнули телевізор, спілкувалися. Під час відпочинку на столі був літровий пакет вина, хлопці розлили вино, випили, на столі також була кола, їжі не було. Під час бесіди спілкувалися на різні теми, сміялися. Хлопці запитали в К., чи був у неї хлопець, вона відповіла, що був один хлопець, але нічого серйозного між ними не було. Потім у ході спілкування хтось з хлопців запропонував пограти в гру "бутылочка". Декілька разів К. цілувалася з Т. Під час даної гри ніхто собі більше, ніж поцілунки, не дозволяв. К. під час бесіди тримала в руках кружку, в якій було вино, та час від часу робила декілька ковтків. Вона погано трималася на ногах. Вона повідомила, скільки їй років, зрозуміли, що вона неповнолітня й, аби не було неприємностей, сказали, що їй вже час лягати відпочивати. Хотіли її покласти спати в цій же кімнаті. К. сказала, що не хоче спати. Положили її на ліжко, вона трохи полежала, потім встала. Потім вирішили провести її до кімнати 208 разом з Т. і М., а І. та Д. повели К. до її кімнати, це було 29.11.2015 р. приблизно о 04.00. Хлопців не було 5 хвилин, потім вони повернулися, сказали, що поклали К. на ліжко, вона закрила очі, вони пішли з кімнати. Хлопці покурили. Т. не повернувся в кімнату 236, оскільки пішов до своєї кімнати спати. 29.11.2015 р. приблизно о 12.00 прокинулася, поснідала зі своєю сусідкою, пішла прогулятися надвір. Повертаючись до гуртожитку, зустріла хлопців Д., І. та М., які повідомили, що вони вранці прокинулися, в кімнаті також сиділа К., хлопці здивувалися, що вона робила в їхній кімнаті, адже відводили її до її кімнати. Десь через годину побачила скупчення даних хлопців біля кімнати 208, запитала І., що трапилося, він сказав, що К. згвалтував Т., звідки він про це дізнався, невідомо. Розхвилювалася, пішла до своєї кімнати, через деякий час приїхали працівники міліції. Також на запитання слідчого свідок повідомила, що під час перебування з хлопцями К. поводи́ла себе пристойно, під час

відпочинку ні в кого з хлопців “на руках” не сиділа, не обіймалася, цілувалася вона з Т. лише під час гри в “бутылочку”.

Як вбачається з протоколу допиту свідка Б.Д. від 02.12.2015 р., останній повідомив, що 28.11.2015 р. приблизно о 23.00 стояв у коридорі гуртожитку зі знайомими хлопцями, І. та Т., побачив раніше невідому дівчину, з якою привіталися, вона озирнулася та підійшла до них. Запитали, чого вона так пізно повернулася до гуртожитку, адже була у верхньому одязі. Дівчина відповіла, що в неї день народження та вона його святкувала в центрі в кафе. Також вона назвала своє ім'я, К., та сказала, що їй 17 років. Запропонували їй зайти до кімнати 236, вона погодилася, щоб вони за нею зайшли хвилин через 10, оскільки їй необхідно перевдягтися. Через деякий час зайшли до її кімнати 208 і запитали, чи готова вона йти, вона погодилася, пішли до кімнати 236, при собі були 4 літрових пакети вина. По дорозі до кімнати зустріли знайому А., яка з ними пішла до кімнати 236. У кімнаті К. сіла на стільчик, увімкнули телевізор, почали спілкуватися. Вона була п'яна, сказала, що їй дуже з даного приводу соромно. Під час відпочинку пили вино, К. була в п'яному стані. Під час відпочинку вона цілувалася з Т. декілька разів. Коли вона сиділа на дивані, Т. поцілував її в губи, усі голосно засміялися, аби вони почули сміх і не продовжували цілуватися, адже дівчина була п'яна та, на думку свідка, не потрібно було цим користуватися. Під час відпочинку Т. сидів біля К. Побачивши, що К. в стані алкогольного сп'яніння, сказали, що досить пити, давай відведемо тебе до кімнати. Вона відмовилася, запропонував І. взяти її під руки та завести до її кімнати 208. І. погодився, підійшли до К., взяли під руки та відвели до кімнати. Кімната К. була відчинена, поклали вдягнену К. на ліжку, вкрили її ковдрою та сказали, що завтра заїдемо, прикрили двері та повернулися до своєї кімнати. Потім Т. сказав, що піде до туалету, спати та вийшов з кімнати. Прокинувшись 29.11.2015 р. об 11.20, побачив К., яка сиділа на ліжку в одязі, вона була засмучена, одяг на ній був інший, не той, в якому вона лягала спати. Почали її розпитувати, чого вона сумна. Вона відповіла, що їй соромно, що вона на свій день народження напилася та її бачили п'яною.

Потім К. вийшла з кімнати, сказали, щоб вона йшла до своєї кімнати, вони через деякий час до неї зайдуть. Через пару годин зайшли до кімнати К., вона сиділа на ліжку, в кімнаті були розкидані речі, запропонували допомогти прибрати в кімнаті, почали допомагати. Піднявши покривало з її ліжка, побачив, що простирadlo з червоною плямою, запитав, що це за пляма, К. сказала, що не знає. Прибрали в кімнаті, пішли на вулицю з хлопцями, а К. залишилася в кімнаті. Через 2 години до кімнати К. зайшов свідок І., М. та Т. К. сиділа в темряві біля свого ліжка та плакала, почали її заспокоювати та питати, що трапилося. Вона зразу не розповіла, сказала, що їй соромно, почали її заспокоювати, вона сказала, що вночі до неї в кімнату хтось заходив. Почали між собою розмову. Після того Т. зізнався, що це він заходив до кімнати К. вночі. Після уходу Т. почали її заспокоювати, просиділи в кімнаті ще 2 години. У цей період до кімнати заходив Т., який намагався вибачитися перед К., на що остання відповіла, що не хоче його бачити, говорити з ним. Під час бесіди К. повідомила, що під час статевого акту їй було боляче та вона про це казала. Разом з К. попили чаю, ще поспілкувалися. У неї піднявся настрій, хлопці вийшли з кімнати, а К. пішла в душ. Через деякий час приїхали працівники поліції.

Як вбачається з показань матері підекспертної, Т.І.Л., від 30.11.2015 р., остання повідомила, що 29.11.2015 р. до 14.30 намагалася зателефонувати доньці К., але зв'язок був відсутнім. У той же день через робочу необхідність о 16:55 поїхала поїздом “Інтерсіті” з м. Слов'янськ до Києва. Після 14.30 прийшла sms про те, що телефон доньки з'явився в мережі, зателефонувала їй. Остання повідомила, що робить уроки та з нею все нормально, проте відчула, що в доньки щось сталося з голосом. Приблизно о 19.45 зателефонувала К. та повідомила, що їй вночі в гуртожитку в її кімнаті згвалтував хлопець, який проживає там. Крім того, повідомила, що викликала поліцію та питала, що їй робити, чи подавати заяву. Чула, що поряд з нею знаходиться її подруга, С. З поїзду поїхала до Голосіївського управління поліції в м. Києві, де чекав слідчий, щоб відвезти доньку в лікарню для огляду. Під час медичного огляду

перебувала поряд з донькою. Свідок повідомила, що її донька раніше з хлопцями не зустрічалася, інтимних стосунків не мала, в гуртожитку ні з ким не спілкувалася, оскільки наполегливо займалася навчанням і була зайнята додатковими завданнями та курсами. На теперішній час вона перебуває в шоковому стресовому стані.

Як вбачається з висновку експерта № 3372, в період з 30.11 по 09.12.2015 р. проводилася судово-медична експертиза Т.К.О. Спеціальний анамнез до зазначених подій 28.11.2015 р. статеве життя заперечує. При огляді виявлено: подовжене садно в лівій підлопатковій ділянці розмірами 1,3×0,4 см, синець на передній поверхні лівої гомілки у верхній третині, розрив дівочої пліви, садно на слизовій оболонці задньої спайки малих статевих губ. Вказані ушкодження відносяться до легких тілесних ушкоджень і могли утворитися 29.11.2015 р. внаслідок не менш ніж 3-х травматичних впливів.

Згідно з актом судово-медичного дослідження № 93 від 30.11.2015 р. (почато 02.12.2015 р., закінчено 03.12.2015 р.), на тампоні та в мазках з вмістом піхви Т.К.О., 1998 р. н., сперматозоїди не виявлені. У матеріалах кримінального провадження наявна ксерокопія медичної карти стаціонарного хворого № 1957/15 з психіатричної лікарні м. Слов'янськ за період з 31.12.2015 р. по 11.01.2016 р., де потерпіла Т.К.О. перебувала з приводу діагнозу “Гостра реакція на стрес, нервова анорексія”. З медичної документації відомо, що зміни в психічному стані відмічаються впродовж півтора років, коли підекспертна стала слідкувати за масою тіла, голодувала, викликала в себе блювання, схудла до 46 кг. Зверталася за допомогою до психолога. Місяць тому перенесла психотравму (згвалтування), після чого нанесла собі самопоріз у ділянці лівого променевоzap'ясткового суглоба. Порушився сон, зник апетит, з'явилося відчуття нестачі повітря. Психічний стан у 1-й день надходження: контакту доступна, орієнтована всебічно вірно. Емоційно пригнічена, настрої знижений. Мислення логічне, в загальмованому темпі. Активна психосимптоматика не виявляється. Наявність суїцидальних думок заперечує, своєю поведінкою не виявляє. Фіксована на контролі маси тіла. Критика збережена. Діагноз “Гостра

реакція на стрес, нервова анорексія”. Надалі оглянута лікуючим лікарем у відділенні: контакту доступна, на запитання відповідає після паузи, частіше односкладово. Емоційно пригнічена. Відмічає нав’язливі думки про свою неспроможність, про те, що їй не вистачає уваги, наполегливості в навчанні, що вона змінилася – не така як усі. Відмічає відчуття тривоги, напади серцебиття, повне несприйняття їжі. Настрій знижений; мислення в дещо загальмованому темпі, логічне. Маячення та галюцинації не виявляє. Нині заперечує наявність суїцидальних думок, поведінкою не виявляє. Швидко втомлюється, виснажується, фіксована на контролі своєї маси тіла. Надалі, 11.01.2016 р., у відділенні разом з батьком звернулася з проханням про виписку, наполягає на ній, відчуває себе краще, планує повернутися до занять, буде продовжувати прийом лікування в амбулаторних умовах. Настрій відповідає оточуючій ситуації, суїцидальні думки заперечує, поведінкою не виявляє. Відмічає, що її менше турбує відчуття страху, з’явився апетит, немає бажання викликати блювання. Розуміє, що їй необхідно продовжувати заняття з психологом в амбулаторних умовах. З покращенням виписана з рекомендаціями спостереження в дільничного лікаря-психіатра, прийому підтримуючого лікування (пароксин 20 мг 1 пігулка зранку, еглоніл 50 мг зранку, гідазепам), ноотропних препаратів курсами, проведення психокорекційних занять.

Через те, що в слідства виникли сумніви щодо психічної повноцінності підекспертної, була призначена теперішня амбулаторна комплексна психолого-психіатрична експертиза.

При клінічному дослідженні встановлене наступне.

СОМАТИЧНИЙ СТАН

Середнього зросту, дещо пониженої вгодованості. Зі слів підекспертної на даний час її вага становить 47-48 кг при рості 165 см. Шкірний покрив і видимі слизові оболонки чисті, з блідим відтінком. Тони серця приглушені, ритмічні. У легенях дихання везикулярне. Живіт при пальпації м’який. Симптом Пастернацького негативний.

ПСИХІЧНИЙ СТАН

Контакту доступна. Орієнтована всебічно вірно. Настрій дещо ситуаційно знижений. Правильно орієнтована в місці, часі, особистості. Мислення послідовне, логічне. Пам'ять не порушена. Інтелект відповідає отриманій освіті й образу життя. Відносно свого психічного стану пояснює, що з 2012 р. її почала турбувати проблема надлишкової ваги, вона стала займатися на велотренажері, штучно викликала в себе блювання, відмовлялася від їжі та зверталася за допомогою до психолога, але безрезультатно. З вересня 2015 р. підекспертна вступила до гуманітарного ліцею при Київському національному університеті імені Тараса Шевченка, стала проживати в гуртожитку по вул. Ломоносова. На час кримінального правопорушення, що було скоєне відносно підекспертної 28.11.2015 р. вночі, на 29.11.2015 р. повідомила, що 24.11.2015 р. в неї був день народження, 28.11 святкувала його з подругами в кафе-барі по вул. Прорізній; випили пляшку шампанського на трьох, потім повернулася до гуртожитку. У коридорі познайомилася з хлопцями, з ними стояла ще одна дівчина, як потім дізналася, її ім'я А. Хлопці запросили її до себе в кімнату; вирішила познайомитися з ними ближче, оскільки в неї не було близьких друзів у гуртожитку. Пішла до себе в кімнату, перевдягнулася, повернулася до кімнати хлопців. У кімнаті спілкувалися з хлопцями, пили вино, скільки конкретно випила, точно не пам'ятає. Потім хлопці її відвели до кімнати та поклали в ліжку. Була дуже п'яна; уві сні прокинулася від гострого болю та побачила коло себе якогось хлопця. Коли прокинулася, була в іншому одязі, побачила на простирадлі кров, дуже перелякалася. Зайшла в кімнату до хлопців, повідомила про те, що її хтось згвалтував, питала хлопців, хто це міг зробити. Потім до кімнати зайшов Т. і повідомив, що це він був з нею вночі. Також підекспертна повідомляє, що вранці після скоєного нанесла собі самопорізи в ділянці лівого променевоzap'ясткового суглоба. Зателефонувала своїй подрузі, яка приїхала та викликала міліцію після того, як підекспертна їй повідомила про те, що її згвалтували. Повідомляє, що її турбувало безсоння, поганий апетит, часто були істерики. Надалі лікувалася в психіатричній лікарні

через нервову анорексію та гостру реакцію на стрес, приймала лікування. На сьогодні свій психічний стан характеризує як задовільний, але іноді погано спить, може наснитися щось неприємне, переживає ситуацію, що склалася. Критичні здібності загалом збережені.

ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

У контакті підекспертна поводить себе невпевнено, пасивно, відповідає тихим голосом, коротко, переважно формально. При встановленні довірчого контакту стає більш безпосередньою, темп мовлення вирівнюється до середнього. Виявляє добрий словниковий запас, розгорнуте граматично правильне мовлення з поширеними формулюваннями; судження логічні, цілеспрямовані, диференційовані. Емоційно стримана, дещо пригнічена, врівноважена, в суб'єктивно-проблемних ситуаціях виявляє реакції гальмування та розгублення. Вольовий самоконтроль загалом достатній.

Під час діагностичного обстеження встановлене наступне.

Увага неширокого обсягу, невисокої концентрації, дещо інертна в переключенні. Продуктивність мнестичної функції в межах норми. Розумові операції аналізу та синтезу виконує на достатньому рівні абстрагування, за категоріальними ознаками предметів та явищ, легко підбирає узагальнюючу лексику. Навичка читання сформована, лічильні операції виконує правильно, але в дещо уповільненому темпі. Запас загальноосвітніх знань та уявлень відповідає отриманій освіті.

Загалом підекспертна виявляє достатній рівень розвитку та перебігу когнітивних процесів (пам'яті, мислення), широкий світогляд, виражені навчально-пізнавальні інтереси, стійку спрямованість на учбову діяльність.

Повідомляє щодо себе, що завжди вчилася на відмінно, коли переїхала до Києва влітку 2015 р., пішла до 11 класу, що є третім курсом гуманітарного ліцею при Київському національному університеті імені Тараса Шевченка. Перші 3 місяці також навчалася на відмінно, хоча їй було важко, оскільки вона була одна, без мами. Повідомляє, що втомлювалася, але “треба було старатися, тому намагалася встигати”. Раніше, в дитинстві, охоче перебувала в літніх

таборах відпочинку, легко знаходила спільну мову з однолітками, навіть з проблемними (“намагалася уникати неприємних ситуацій або підлаштовувалася під них”). У вільний час полюбляє малювати, займалася танцями різних жанрів з 4-х років, зокрема балетом. Користувалася тренажерами, велосипедом, щоб тримати себе у формі. Уточнює, що коли їй сказали, що вона має дещо надмірну вагу, почала активно займатися схудненням. Після цього в неї різко втратилася вага, але вона почувалася добре, тому не тривожилася щодо цього, поки не почалися нудота від їжі та блювання після харчування. У дитинстві хотіла стати актрисою, наразі мріє поступити на факультет журналістики. Відмічає, що вона за характером завжди була дещо невпевненою в собі, вразливою, помисливою (“завжди звертаю увагу на те, що про мене говорять”). Після подій, що сталися, описує зафіксовані негативні емоційні переживання (постійно плакала, погано спала, настрої був постійно зниженим, виникали суїцидальні думки).

Аналіз особистісних властивостей підекспертної за результатами проведеного діагностичного обстеження з урахуванням наданих матеріалів провадження дозволяє визначити наступні характерологічні риси: в минулому – середня активність, вибіркова товариськість, емоційна врівноваженість, розвинений вольовий контроль поведінки, диференційоване ставлення до оточуючих подій, цілеспрямованість, обов’язковість, відповідальність, помисливість, схильність до фіксації на негативних переживаннях та інформації, прагнення до досконалості. На сьогодні в підекспертної визначаються невисокий рівень активності, реакції замикання, уникання поверхневих контактів, емоційна пригніченість, нестійкий настрої, невпевненість у собі, ситуаційне зниження самооцінки, фіксованість на негативних переживаннях і спогадах, що поступово компенсуються з часом.

Рівень інтелектуального й особистісного розвитку підекспертної відповідає нормам її вікового періоду.

З урахуванням наявного рівня психічного розвитку підекспертна здатна розуміти характер сексуальних дій, їхнє соціально-юридичне значення, зокрема протиправний характер певної сексуальної поведінки. За рівнем психічного

розвитку в звичайному стані Т.К.О. здатна сприймати й оцінювати значення сексуальних дій. Оцінка здатності особи сприймати оточуючі обставини у фізіологічно-зміненому стані (зокрема стані сп'яніння) не входить до компетенції психологічної частини експертизи.

ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПОЯСНЕННЯ ДАНИХ ПРО ПСИХІЧНИЙ СТАН ОСОБИ ТА ФАКТІВ, ЩО ВСТАНОВЛЕНІ ТА ВИЯВЛЕНІ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ОБ'ЄКТІВ ЕКСПЕРТИЗИ

Як вбачається з аналізу матеріалів кримінального провадження, медичної документації, даних теперішнього клінічного дослідження, К. на обліку в лікаря-психіатра та нарколога до 31.12.2015 р. офіційно не перебувала, але з анамнезу та ксерокопії карти стаціонарного хворого № 1957/15 з психіатричної лікарні м. Слов'янськ відомо, що впродовж останніх 1,5 років підекспертна викликала в себе блювання, зверталася за допомогою до психолога, схудла до 46 кг.

Згідно з матеріалами кримінального провадження, в ніч з 28.11.2015 р. на 29.11.2015 р. була зґвалтована, після чого наступного ранку нанесла собі самопорізи в ділянці лівого променевоzap'ясткового суглоба, в неї порушився сон, зник апетит, з'явилося відчуття нестачі повітря. Надалі, з 31.12.2015 р. по 11.01.2016 р., перебувала на лікуванні в психіатричній лікарні м. Слов'янськ з діагнозом "Гостра реакція на стрес, нервова анорексія". За час перебування спостерігався пригнічений настрій, була фіксована на контролі маси тіла, відмічала нав'язливі думки про свою неспроможність, що вона не така, як усі, відчуття тривоги, напади серцебиття, повне несприйняття їжі. Отримувала лікування антидепресантами та ноотропами, проводилася психотерапія. З покращенням була виписана з відділення 11.01.2016 р. на амбулаторне підтримуюче лікування. На сьогодні в підекспертної відмічається задовільний настрій, але іноді турбують неприємні сновидіння, переживає ситуацію, що склалася, маячення, галюцинації не виявляються. Підекспертна достатньо орієнтована в процесах оточуючого життя, правильно розуміє мету даної амбулаторної комплексної психолого-психіатричної експертизи. Під час розповіді про кримінальне правопорушення (зґвалтування) хвилюється, на очах з'являються сльози.

З аналізу показань свідків (Г.Т.О., Х.А.М., Б.Д.О.), які бачили підекспертну незадовго до скоєння кримінального правопорушення по відношенню до неї, останні повідомляють, що підекспертна була в стані значного алкогольного сп'яніння, погано трималася на ногах, “в один момент, коли намагалася встати, втратила координацію та впала”, після чого Ш. і Б. підняли підекспертну та повели її до кімнати 208, де вона проживала, щоб покласти спати. Зі слів підекспертної Т.К.О., вона спала в одязі, в якій була одягнута, прокинулася від відчуття болю, відкрила очі та побачила перед собою в ліжку хлопця, Т., втратила свідомість від відчуття болю та страху. Пам'ятає, що прокинулася 29.11.2015 р. приблизно об 11.00 у кімнаті № 234 (як потрапила до кімнати, не пам'ятає) тощо.

Отже, аналізуючи ситуацію кримінального правопорушення, надану для вивчення експертам медичну документацію, експерти дійшли висновку, що К. на період кримінального правопорушення (згвалтування) перебувала в стані значно вираженого простого алкогольного сп'яніння, за своїм психічним станом потерпіла не могла правильно розуміти характер і значення вчинених щодо неї протиправних дій і чинити опір. Після зазначених подій підекспертна перенесла гостру реакцію на стрес (МКХ-10: F43.0). Даний психічний розлад знаходиться в прямому причинно-наслідковому зв'язку з вчиненим відносно неї кримінальним правопорушенням.

Згідно з наданою для вивчення медичною документацією, вбачається, що підекспертна також страждає на нервову анорексію (МКХ-10: F50.1), на даний психічний розлад вона страждає протягом останніх 1,5 років.

РОЗДІЛ 6

РОЗРОБКА МОДЕЛІ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ОЦІНКИ ОСІБ, ЯКІ СКОЇЛИ СЕКСУАЛЬНІ ЗЛОЧИНИ

Вітчизняна концепція обмеженої осудності базується на доведеній позиції нерозривної, генетичної єдності свідомості та діяльності. Відповідно до неї будь-який психічний розлад проявляється через діяльність особи в мікро- та макросоціумі, де лишаються відповідні відбитки. Отже, дослідження соціуму або кримінальної ситуації в нашому випадку стає обов'язковим. Ступінь тяжкості психічного розладу встановлюється через його відбиття в певних елементах кримінальної дії. У випадку відсутності психічного розладу приймається рішення про здатність особи усвідомлювати свої дії та керувати ними на період скоєння СНД, а за наявності тяжкого психічного розладу на період скоєння злочину – рішення про нездатність особи усвідомлювати свої дії та керувати ними на цей проміжок часу.

У групі “осудних” 72 % підекспертних були психічно здоровими, 8,0 % осіб мали ОУГМ резидуального генезу з емоційно-вольовими порушеннями (F07.8), 5,0 % – емоційно-нестійкий розлад особистості (F60.3), 3,5 % – Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності (F10.24), 3,0 % – олігофренію легкого ступеня з незначними емоційно-вольовими порушеннями (F70.0), 2,55 % – органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад внаслідок черепно-мозкової травми (F06.6); на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів, синдром залежності (F11.24) страждали 1,5 % підекспертних; на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання стимуляторів (псевдоефедрон), синдром залежності (F15.24) страждали 0,5 % підекспертних. В 1 % випадків спостерігався органічний розлад особистості внаслідок нейроінфекції з легким психоорганічним синдромом (F07.9). Розлад особистості, пов'язаний з органічним ураженням

головного мозку (F07.0), спостерігався в 0,5 % та в 1,0 % – органічний розлад особистості та поведінки внаслідок епілепсії (F07.8;G40).

У 68,5 % випадків кримінальне правопорушення було скоєне в стані простого алкогольного сп'яніння. У більшості підекспертних не спостерігалось викривлення сексуального потягу (81,0 %). На педофілію страждали 19,0 % досліджуваних, викривлення сексуального потягу мало obsesivний характер зі збереженням критичних здібностей. Клішованість виявлялася тільки в 3,0 % випадків, серійність – 13,0 %.

У групі “обмежено осудних” у більшості підекспертних було виявлене викривлення сексуального потягу (91,8 %) компульсивного характеру: на педофілію страждали 48 (65,8 %) осіб, ексгібіціонізм – 13,7 %, геронтофілію – 3 (4,1 %), некрофілію – 1 (1,4 %), садизм – 5 (6,8 %). У групі “обмежено осудних” більшість підекспертних були психічно здоровими 52 (71,2 %). У 10 (13,7 %) випадках спостерігалось органічне ураження головного мозку резидуального генезу з легкою інтелектуальною недостатністю та помірно вираженими емоційно-вольовими порушеннями (F07.8), що сполучалося з викривленим сексуальним потягом (педофілія, ексгібіціонізм, садизм), що достовірно переважало ($p < 0,0001$) даний показник порівняно з групою “неосудних”. У 4 (5,5 %) осіб був встановлений діагноз розлад особистості, з них емоційно-нестійкий, імпульсивний тип (F60.3) та ананкастний (F60.5) по 2 (2,75 %) випадки, що поєднувалося з викривленим сексуальним потягом (педофілія, ексгібіціонізм, садизм) компульсивного характеру, що достовірно превалювало ($p < 0,0001$) над відповідним показником у групах “неосудних” та “осудних” ($p < 0,02$), у 5,5 % випадків спостерігалась розумова відсталість легкого ступеня з помірно-вираженими емоційно-вольовими порушеннями (F70.1), що сполучалося з викривленим сексуальним потягом компульсивного характеру (педофілія, геронтофілія); розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності з деградацією особистості (F10.71) спостерігалися в 3 (4,1 %) випадків, що поєднувалося з викривленим

сексуальним потягом компульсивного характеру (педофілія, ексгібіціонізм) і достовірно ($p < 0,0001$) переважало над відповідними показниками у групах “неосудних” та “осудних” ($p < 0,002$). Більшість досліджуваних не мали коморбідної патології (59; 79,5 %). Групі “обмежено осудних” в 38,4 % випадків була притаманна клішованість, 41 % – серійність скоєння сексуальних злочинів. Більшість досліджуваних за своїм психічним станом потребували застосування ЗМХ у вигляді надання амбулаторної допомоги в примусовому порядку (100 %).

У групі “неосудних” у 50,0 % (7) підекспертних була виявлена шизофренія параноїдна, безперервний тип перебігу, виражений психопатоподібний дефект (МКХ-10: F20.00); 21,4 % (3) – ОУГМ внаслідок ЧМТ з вираженим психоорганічним синдромом (МКХ-10: F07.9), по 7,15 % (1) – помірна розумова відсталість з вираженими емоційно-вольовими порушеннями (МКХ-10: F71.1), ОУГМ резидуального генезу з помірним інтелектуально-мнестичним зниженням та вираженими емоційно-вольовими порушеннями (МКХ-10: F06.9) шизоафективний розлад, маніакальний тип, загострення (МКХ-10:F25.0), деменція внаслідок епілепсії (МКХ-10: G40, F01.8). Більшість досліджуваних не мали коморбідної патології (42,9 %). Загострення сексуального потягу в стані алкогольного чи наркотичного сп’яніння спостерігалось в 28,6 % випадків, імпульсивна мотивація – 6,2 %, агресивна – 5,2 %. СНД було скоєне внаслідок галюцинаторно-маячної симптоматики в 1,4 % спостережень. У більшості досліджуваних не відмічалось викривлення сексуального потягу (71,4 %). На педофілію страждали 28,6 % підекспертних, розлад сексуального потягу мав імпульсивний характер. Клішованість виявлялася тільки в 7,15 % випадків, серійність – 14,3 %.

Усі підекспертні потребували ЗМХ у вигляді спрямування до спеціалізованого психіатричного закладу з надання стаціонарної допомоги: в 50 % випадків із суворим наглядом, 35,7 % – посиленням, 14,3 % – загальним спостереженням.

Отже, вищезазначені клінічні та патопсихологічні особливості, виявлені в проведеному науковому дослідженні, можуть бути використані при судово-психіатричній оцінці, визначенні критеріїв “обмеженої осудності” та застосування ЗМХ стосовно осіб, які скоїли кримінальні правопорушення на сексуальному підґрунті.

Експертна оцінка непсихотичних психічних розладів залежить від ступеня їхньої вираженості в поєднанні з наявністю чи відсутністю інших клінічних, соціальних, ситуаційних факторів, вимагає урахування сукупності чинників у межах “актуального психічного стану” особи на період СНД та на час СПЕ.

Водночас слід зазначити, що складною є експертна оцінка тих випадків, коли розлади сексуального потягу виникли при розладах особистості (психопатіях) або є самостійним видом психічної патології. За такої умови необхідними є психіатрична оцінка стану особи й аналіз сексуальних порушень, що вимагає комплексної експертизи за участі психіатра та сексопатолога.

Зважаючи на це, дослідження причин і мотивації сексуальних злочинів, що вчиняються особами з психічними розладами, механізмів формування девіантної сексуальної поведінки, що призводить до сексуальних злочинів, вдосконалення методів діагностики та корекції, є актуальною проблемою. Водночас насамперед необхідними є виявлення основного, провідного психічного захворювання, оцінка його вираженості, здатності особи, яка страждає на нього, усвідомлювати характер і суспільну небезпеку своїх дій і керувати ними. Тобто йдеться про встановлення осудності, обмеженої осудності чи неосудності таких хворих.

Безпосередня реалізація високої агресивності в осіб з патологією сексуального потягу відбувається на рівні потреби – як реалізація потягу, що припускає агресивний спосіб задоволення статевої потреби. Реалізація потреби полегшується відсутністю особистісних структур, здатних здійснювати бар’єрний вплив щодо патологічного потягу. Навпаки, самосприйняття

патологічного потягу викликає певне та ціннісне відношення до сексуальної агресії, що також сприяє здійсненню злочинних дій.

Характерною особливістю агресивних злочинів, що здійснюють особи з психічними аномаліями, на відміну від психічно здорових, є недостатність регуляторного впливу на поведінку системи цінностей, здатних долати диспозиційну, ситуативну та споживчу логіку поведінки. З цим пов'язана й інша їхня особливість: більший, ніж у здорових осіб, вплив ситуативних чинників на формування мотивації кримінальної агресії. Для людей з психічними аномаліями більш характерні безпосередні форми реагування на незначні ситуаційні впливи. Навіть за невисокої особистісної агресивності несформованість ціннісних регуляторних механізмів легко виявляється в агресивній поведінці під впливом різних чинників. Тому вирішення експертного питання щодо істотного впливу наявних у підекспертного психічних розладів непсихотичного рівня на здатність усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними під час скоєння злочину (тобто питання про обмежену осудність), по-перше, потребує ієрархічно пов'язаного розподілу сукупності критеріїв, необхідних для використання; по-друге, – певного алгоритму експертних дій щодо пошуку, виділення, дослідження й узагальнення таких критеріїв у наданих на експертизу об'єктах дослідження, за допомогою яких можна буде доказово обґрунтувати відповідний експертний висновок.

Отже, з аналізу матеріалу дослідження, враховуючи клініко-експертні уявлення про перебіг психічних розладів, особливості реалізації хибного сексуального потягу, була розроблена модель судово-психіатричної оцінки здатності усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними в осіб, які вчинили сексуальні злочини (рис. 6.1).

На 1 етапі судово-психіатричної оцінки потрібно оцінити наявний актуальний психічний стан на період СНД чи кримінального правопорушення та на теперішній час. На 2 етапі судово-психіатричного дослідження

встановлюється, яким чином даний медичний критерій впливає на здатність особи усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними.

На останньому етапі судово-психіатричного дослідження встановлюється соціальна небезпечність особи за психічним станом і надаються рекомендації з застосування заходів медичного характеру.

Для “неосудних” встановлені наступні медичні критерії: Психоз (хронічний, тимчасовий психічний розлад) та/або виражений психічний дефект або декомпенсація психотичного рівня та імпульсивний рівень порушення сексуального потягу: Медичні критерії “неосудних” за нозологіями встановлені наступні: F20.00 – шизофренія параноїдна, безперервний перебіг, виражений стан дефекту чи загострення; F07.9 – Психічні розлади внаслідок органічного ураження головного мозку (ОУГМ) з вираженим психоорганічним синдромом; F25.2 – шизоафективний розлад, маніакальний тип, загострення; F06.8 – Психічні розлади внаслідок ОУГМ резидуального генезу з помірним інтелектуально-мнестичним зниженням та вираженими емоційно-вольовими порушеннями; F71.1 – помірна розумова відсталість з значними поведінковими розладами; G40+F01.8 – деменція внаслідок епілепсії, що поєднуються з викривленим сексуальним потягом (F65.-Розлад сексуальної переваги) імпульсивного характеру Дані психічні розлади повністю позбавляють особу здатності усвідомлювати свої дії та керувати ними.

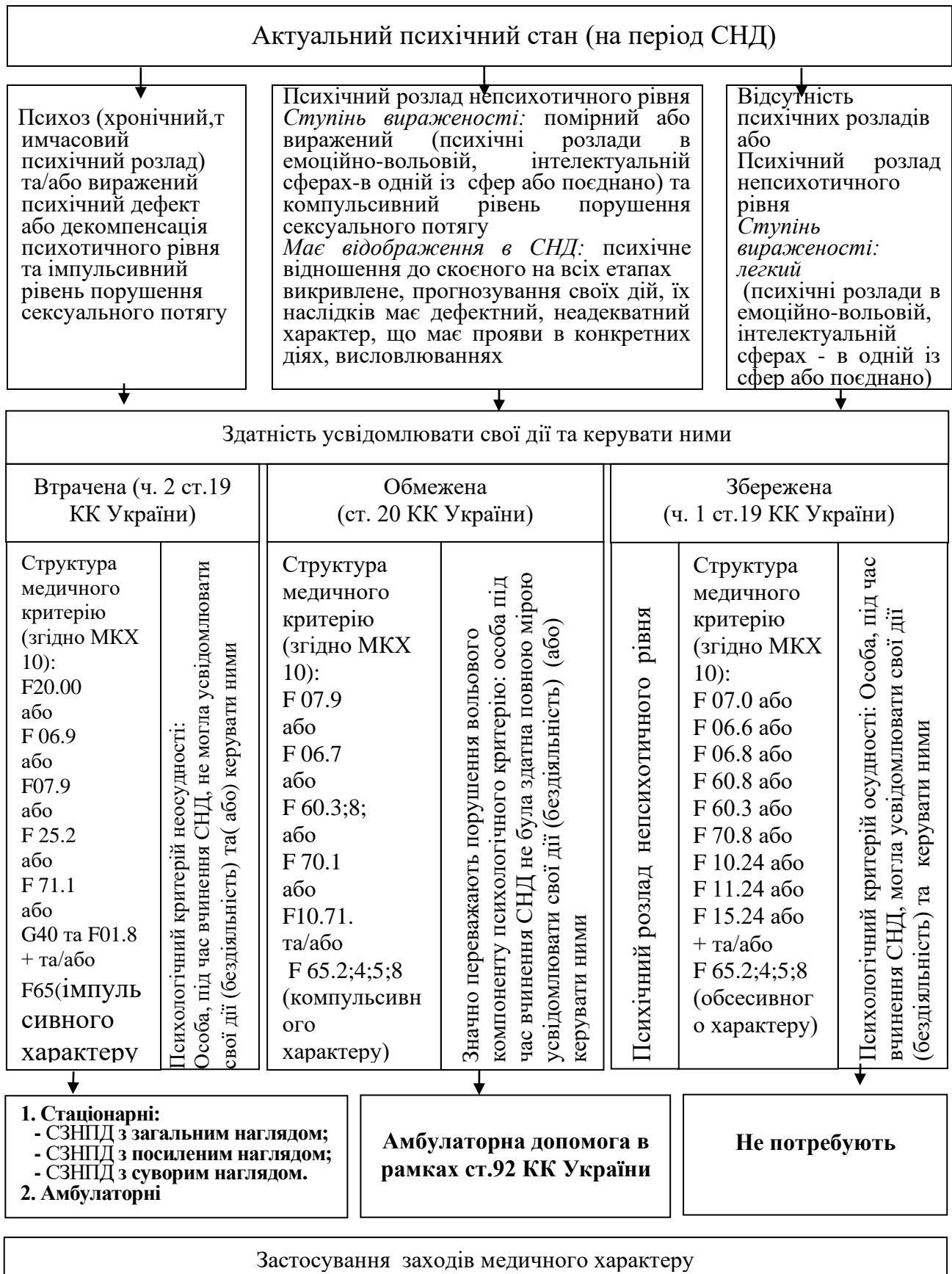


Рис. 6.1. Судово-психіатрична модель оцінки здатності усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними в осіб, які вчинили сексуальні злочини.

Для “обмежено осудних” встановлені наступні медичні критерії: психічний розлад непсихотичного рівня, за ступенем вираженості: помірний або виражений (психічні розлади в емоційно-вольовій, інтелектуальній сферах – в одній зі сфер або поєднано) та компульсивний рівень порушення сексуального потягу, який має відображення в СНД: психічне відношення до скоєного на всіх етапах викривлене, прогнозування своїх дій, їх наслідків має дефектний, неадекватний характер, що має прояви в конкретних діях та висловлюваннях. За нозологіями до медичного критерію віднесені: психічні розлади внаслідок ОУГМ резидуального генезу з легкою інтелектуальною недостатністю та помірно вираженими емоційно-вольовими порушеннями, з компульсивним порушенням сексуального потягу (F06.7+F65.2,4,5,8); Розлад особистості, з них емоційно-нестійкий, імпульсивний тип (F60.3), та ананкастний (F60.5), що поєднувалося з Розладом сексуальної переваги F65.2,4,5,8 (педофілія, ексгібіціонізм, садизм, некрофілія) компульсивного характеру, F07.9 – Психічні розлади внаслідок ОУГМ з вираженим психоорганічним синдромом; F70.1 – Легка розумова відсталість з значними порушеннями поведінки; F10.71 – Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю з синдромом залежності та значними змінами особистості, що поєднувалося з Розладом сексуальної переваги F65.2,4,5,8 (педофілія, ексгібіціонізм, садизм, некрофілія) компульсивного характеру. Дані психічні розлади позбавляють особу повною мірою усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними.

Медичні критерії “осудних”: відсутність психічного розладу або наявність психічного розладу непсихотичного рівня легкого ступіня вираженості (психічні розлади в емоційно-вольовій, інтелектуальній сферах – в одній зі сфер або поєднано). За нозологіями до медичного критерію віднесені: психічні розлади внаслідок ОУГМ резидуального генезу з легким психоорганічним синдромом (F06.8), емоційно-нестійкий РО, межовий тип та РО емоційно-нестійкий, імпульсивний тип (F60.32; F60.30), Розлади психіки та

поведінки внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності (F10.24); Розумова відсталість легкого ступеня з незначними поведінковими порушеннями (F70.8), Органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад (F06.6); Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів, синдром залежності (F11.24); Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання стимуляторів (псевдоефедрон), синдром залежності (F15.24) та Органічний РО (F07.0), що поєднуються з Розладом сексуальної переваги F65.2,4,5,8 (педофілія, ексгібіціонізм, садизм, некрофілія) компульсивного характеру Дані психічні розлади не позбавляють особу усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними.

Критерієм застосування заходів медичного характеру у вигляді спрямування до спеціалізованого стаціонарного психіатричного закладу є визнання особи “неосудною”; у вигляді надання амбулаторної допомоги в рамках ст.92 КК України – визнання особи “обмежено осудною”.

При науковому дослідженні встановлено, що більшість підекспертних не потребували ЗМХ (200; 69,9 %). Амбулаторне лікування було необхідне 74 (25,6 %) особам, які були визнані “обмежено осудними”.

ЗМХ в спеціальному закладі з надання стаціонарної психіатричної допомоги потребували особи, які були визнані “неосудними”, залежно від соціальної небезпечності: з суворим наглядом – 7 (2,5 %) осіб; 5 (1,8 %) – з посиленням, 2 (0,7 %) – з загальним наглядом.

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

У роботі наведено теоретичне обґрунтування і нове вирішення актуальної проблеми сучасної психіатрії з розробки судово-психіатричної концепції та моделі оцінки здатності усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними в осіб, які скоїли сексуальні злочини, як підґрунтя персоніфікованого підходу до застосування до них заходів медичного характеру. Це дозволяє удосконалити судово-психіатричне експертне дослідження, обумовлює підвищення його якості та доказовості експертних висновків, запобігає необґрунтованому призначенню повторної експертизи, скорочує терміни експертного дослідження та є додатковою гарантією дотримання прав людини. Проблема вирішена на основі ідентифікації й аналізу клініко-психопатологічних, соціальних, сексологічних, контекстуально-кримінальних та віктимогенних чинників з урахуванням їх впливу на скоєння суспільно-небезпечного діяння.

Досліджено психічні і поведінкові розлади в осіб, які скоїли злочини на сексуальному підґрунті, на основі чого виділено медичні критерії судово-психіатричної оцінки даної категорії осіб.

Критеріями неосудності є наявність у підекспертного психотичного та/або органічного розладів з вираженим психічним дефектом або декомпенсацією психотичного рівня та імпульсивним рівнем порушення сексуального потягу, або також розумової відсталості з значними поведінковими розладами, чи деменції внаслідок епілепсії, які повністю позбавляють особу здатності усвідомлювати свої дії та керувати ними.

Критеріями обмеженої осудності особи є наявність в неї непсихотичного психічного розладу (органічного, особистісного чи розумової відсталості) помірного або вираженого ступеню (з дискретним або поєднаним ураженням емоційно-вольової й інтелектуальної сфер) та компульсивний рівень порушення сексуального потягу, з викривленим ставленням до скоєного на всіх етапах, дефектним і неадекватним прогнозуванням наслідків своїх дій, через що особа не здатна повною мірою усвідомлювати свої дії або керувати ними.

Критеріями осудності особи є відсутність психічного розладу або наявність психічного розладу непсихотичного рівня (органічного, особистісного, внаслідок вживання ПАР або розумової відсталості) легкого ступеню вираженості (з дискретним або поєднаним ураженням емоційно-вольової й інтелектуальної сфер), який не впливає суттєвим чином на здатність особи усвідомлювати свої дії та керувати ними.

Основними сексологічними факторами, які впливають на скоєння сексуального правопорушення, визначено викривлення сексуального потягу, специфіка мотивації, наявність парафілій та клішованість сексуальних дій.

Викривлення сексуального потягу за об'єктом F65, мало місце у майже у всіх обмежено осудних (91,8% осіб), на відміну від осудних (34,0%) та неосудних (29,6%). Також у групі “обмежено осудних” порівняно з “осудними” достовірно переважали підекспертні, в яких спостерігалася агресивно-насильницька психопатологічна мотивація, що сполучалася з задоволенням викривленого сексуального потягу ($p < 0,002$). У групі “осудних” порівняно з “обмежено осудними” достовірно превалювали досліджувані з корисливою ($p < 0,001$), агресивною ($p < 0,002$), корисно-насильницькою ($p < 0,02$) мотивацією. У переважній більшості осіб з парафіліями діагностовано педофілію F65.4 (65,8% обмежено осудних, 19,0% осудних, 28,6% неосудних), серед інших розладів зустрічалися фетішизм F65.0, ексгібіціонізм F65.2, геронто- чи некрофілія F65.8, садизм F65.5. Клішованість сексуальних дій мала місце у 38,4% обмежено осудних, на відміну від 3,0% осудних та 7,15% неосудних; серійність – у 41,0% обмежено осудних, на відміну від 13,0% осудних та 14,3% неосудних.

У осудних осіб викривлення сексуального потягу мало obsесивний характер із збереженням критичних здібностей, на відміну від інших груп обстежених (для обмежено осудних – викривлення сексуального потягу компульсивного, неосудних – імпульсивного характеру).

Серед соціальних факторів, що впливають на скоєння правопорушення на сексуальному підґрунті, виділено сімейний стан, рівень освіти та працевлаштування.

Переважає більшість осудних (63,5%) та неосудних (78,6%) були неодружені, на відміну від обмежено осудних, серед яких 35,7% перебували у шлюбі, а 16,4% мали досвід шлюбних стосунків. Серед осудних (87,5%) і неосудних (85,7%) превалювали особи з різними рівнями середньої освіти (причому серед неосудних осіб з середньою спеціальною освітою було у 1,6 разів більше, 64,3% vs 39,5%), в той час як серед обмежено осудних вищу та незакінчену вищу освіту мали 34,2%, середню спеціальну 30,1%, середню 23,3%, неповну середню 9,6%. Не працевлаштованими виявились 36,0% осудних, 78,6% неосудних та 28,7% обмежено осудних осіб (причому серед обмежено осудних офіційно працевлаштованих за фахом було 50,7%).

Серед контекстуально-кримінальних факторів, такими, що мають вплив на скоєння сексуального правопорушення, означено такі.

Ситуаційність скоєння СНД – 92,9% неосудних; 57,8% обмежено осудних; 79,0% осудних.

Мотивація скоєння правопорушення: загострення сексуального потягу у стані сп'яніння (28,6% неосудних, 37,0% обмежено осудних, 66,5% осудних), корисно-насильницька (відсутня у неосудних, 50,7% у обмежено осудних, 9,5% у осудних).

Для усіх груп обстежених характерним було скоєння правопорушення одноосібно (88,0% осудних, 97,3% обмежено осудних, 85,7% неосудних), у вигляді насильницького статевого генітального та/чи анального акту (77,5% осудних, 56,2% обмежено осудних, 72,7% неосудних), без нанесення виражених або тяжких тілесних ушкоджень (61,0% осудних, 72,6% обмежено осудних, 85,7% неосудних) та без додаткового знаряддя СНД (82,0% осудних, 91,8% обмежено осудних, 78,6% неосудних).

Встановлено, що віктимологічні чинники відіграють істотну роль в генезисі ситуації сексуального насильства. Низький соціальний статус

потерпілої особи, якому відповідає низький освітній і культурний рівень, має істотне віктимологічне значення ($p < 0,02$). В 30,0% випадків зґвалтування здійснювалось по відношенню до випадкової жертви, в інших 30,0% - гвалтівники були знайомі з потерпілими за місцем проживання або підтримували дружні стосунки. У 15,0% випадків злочинець знайомився з потерпілою напередодні вчинення злочину, в такий спосіб полегшуючи сексуальний напад. Сексуальне насильство з боку родичів мало місце майже у 17,0% випадках, подружнє насильство – у 3% випадків.

Серед осудних (53,5%) та неосудних (57,0%) підекспертних переважали випадки сексуального насильства по відношенню до дорослих осіб, на відміну від обмежено осудних, дорослі жертви яких становили 26,0%. Сексуальне правопорушення стосовно малолітніх осіб скоїли 15,5% осудних, 14,3% неосудних і 52,1% обмежено осудних осіб.

На основі аналізу і узагальнення результатів дослідження, враховуючи клініко-експертні уявлення про перебіг психічних розладів, особливості реалізації хибного сексуального потягу, розроблена модель судово-психіатричної оцінки здатності усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними в осіб, які вчинили сексуальні злочини. На 1 етапі судово-психіатричної оцінки потрібно оцінити наявний актуальний психічний стан на період кримінального правопорушення та на теперішній час. На 2 етапі судово-психіатричного дослідження встановлюється, яким чином даний медичний критерій впливає на здатність особи усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними. На останньому етапі судово-психіатричного дослідження встановлюється соціальна небезпечність особи за психічним станом і надаються рекомендації з застосування заходів медичного характеру.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Запропонована судово-психіатрична модель оцінки та профілактики правопорушень, скоєних на сексуальному підґрунті, буде сприяти стандартизації експертної оцінки психічних розладів у осіб, які скоїли сексуальні злочини, та забезпеченню певного алгоритму дослідження психічного стану особи, яка вчинила суспільно-небезпечне діяння, в умовах судово-психіатричної експертизи для забезпечення науковості та повноти експертного дослідження, доказовості експертних висновків.

2. Для групи “обмежено осудних” притаманне викривлення сексуального потягу (педофілія, ексгібіціонізм, садизм, некрофілія, геронтофілія тощо) компульсивного характеру, що суттєво обмежує здатність особи усвідомлювати свої дії або керувати ними; агресивно-насильницька психопатологічна мотивація, що сполучається з задоволенням викривленого сексуального потягу, характерна клішованість і серійність скоєння сексуальних злочинів. Також притаманні наступні особистісні риси: пасивна підкорюваність, нерівномірний контакт; частково продуктивна бесіда; обмежене (вузьке) коло інтересів; частково відповідна ситуації поведінка; недостатня сформованість автоматизованих розумових навичок; ознаки педагогічної занедбаності; помірні зміни пам’яті; уповільнений темп сенсомоторних реакцій; порушення обсягу та функцій уваги; уповільнена впрацьованість і виснажуваність; помірне зниження рівня процесів узагальнень; порушення динамічних характеристик мислення; порушення прогностичних здібностей; тенденція до навіюваності; помірні зміни емоційно-вольових процесів; помірні зміни мотиваційної діяльності; зміни особистості; некритичність самооціночних суджень. Вищезазначені клінічні та психологічні особливості, виявлені в проведеному науковому дослідженні, необхідно використовувати при судово-психіатричній оцінці осіб, які скоїли кримінальні правопорушення на сексуальному підґрунті.

3. Доцільно використовувати розроблені критерії “обмеженої осудності” як критерії застосування заходів медичного характеру відносно осіб, які вчинили сексуальні злочини, у вигляді надання амбулаторної допомоги в рамках ст.92 КК України.

4. При проведенні судово-психіатричної експертизи особам, які вчинили сексуальні злочини, за умови підозри на наявність розладів сексуальної переваги доцільно залучати як фахівця лікаря-сексопатолога, особливо у випадках вчинення протиправних кримінальних дій відносно дітей та в разі невизнання підсудним кримінального правопорушення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Шум СС. Стан насильницької злочинності в Україні. Право та держ. упр. 2021;(1):116-24. doi <https://doi.org/10.32840/pdu.2021.1.18>.
2. Ревенок АА, Олейник ОП, Радзевилова АВ, Кирилюк ЕА. Судебно-психиатрическая экспертная оценка психических расстройств в участников боевых действий. Психиатрия, психотерапия и клин. психология 2020;11(3):523-30.
3. Carlsson AC, Owen U, Rajan G. Sexual violence, mental health, and suicidality-Results from a survey in cooperation with idea-driven organizations and their social media platform followers. Health Sci Rep. 2022 Dec 2;6(1):e973. doi: 10.1002/hsr2.973.
4. Dworkin ER, Jaffe AE, Bedard-Gilligan M, Fitzpatrick S. PTSD in the year following sexual assault: A Meta-Analysis of Prospective Studies. Trauma Violence Abuse. 2023 Apr;24(2):497-514. doi: 10.1177/15248380211032213.
5. Шалгунова СА. Кримінологічні ознаки серійних сексуальних вбивств. Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ. 2012;(1):466-77. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvdduvs_2012_1_57.
6. Андрусак Г. Суспільна небезпека та деякі правові позиції кваліфікації згвалтування. Історико-правовий часопис. 2019;(2):94-8. http://nbuv.gov.ua/UJRN/ipch_2019_2_20
7. Скок ОС, Вербицька КВ. Особливості кримінальної відповідальності за сексуальне насильство. Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ. 2022;(1):282-9. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvdduvs_2022_1_45.
8. Напрееенко ОК, Марценковський ДІ. Депресії при посттравматичному стресовому розладі у дітей та підлітків. Нейронews: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2019;(2):20-8.

9. Мишиев ВД, Барановский КЛ, Барановская ЛМ, Лебедев ДС, Зеленев КЕ. Системный подход в организации реабилитации пациентов с психическими расстройствами. Психиатрия, психотерапия и клин. психология. 2019;10(2):312-8.
10. Кожина ГМ, Зеленська КО, Краськовська ТЮ, Кожин МІ. Комплексний підхід в терапії розладів адаптації. Укр. вісн. психоневрології. 2020;28(4):34-39. doi: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is4-2020-6>.
11. Honda T, Wynter K, Yokota J, Tran T, Ujiie Y, Niwa M, et al. Sexual violence as a key contributor to poor mental health among Japanese women subjected to intimate partner violence. J Womens Health (Larchmt). 2018 May;27(5):716-23. doi: 10.1089/jwh.2016.6276.
12. Ullman SE, O'Callaghan E, Shepp V, Harris C. Reasons for and experiences of sexual assault nondisclosure in a diverse community sample. J Fam Violence. 2020 Nov; 35(8):839-51. doi: 10.1007/s10896-020-00141-9.
13. Dworkin ER. Risk for mental disorders associated with sexual assault: A meta-analysis. Trauma Violence Abuse. 2020 Dec;21(5):1011-28. doi: 10.1177/1524838018813198.
14. Koon-Magnin S, Selwyn CN, Isaak H, Langhinrichsen-Rohling J. Rape myth acceptance and other barriers to formally reporting sexual assault among college students with and without sexual assault histories. J Interpers Violence. 2023 May;38(9-10):6773-97. doi: 10.1177/08862605221137703.
15. Маркова МВ. Сексуальна аддикція: аналіз феномена. Укр. вісн. психоневрології. 2013;21(3):59-64.
16. Маркова МВ, Кришталь ЄВ, Абдряхімова ЦБ, Агішева НК, Кришталь Т.В. Медико-психологічні аспекти сексуальності, сексуальної поведінки та сексуального здоров'я і його порушень. В: Пилюгіна ГЯ, редактор. Медична психологія: в 2 т. Вінниця: Нова кн.; 2020. Т. 2. Спеціальна медична психологія.. с. 365-390
17. Baigorria J, Warmling D, Magno Neves C, Delzियो CR, Salema Coelho EB. Prevalence and associated factors with sexual violence against women: systematic

review. Rev Salud Publica. 2017 Nov-Dec;19(6):818-26. doi: 10.15446/rsap.V19n6.65499.

18. Borumandnia N, Khadembashi N, Tabatabaei M, Alavi Majd H. The prevalence rate of sexual violence worldwide: a trend analysis. BMC Public Health. 2020 Nov 30;20(1):1835. doi: 10.1186/s12889-020-09926-5.

19. Лінський ІВ, Кузьмінов ВН, Мінко ОІ, Кожина ГМ, Гриневич ЄГ, Овчаренко МО, та ін. Питущі особи в мікросоціальному оточенні мешканців України. Вікові та гендерні особливості. Укр. вісн. психоневрології. 2021;29(1):4-11. doi: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is1-2021-1>.

20. Belov O, Pshuk N. Some trends of clinical phenomenology of modern depressive disorders. Психиатрия, психотерапия и клин. психология. 2020;11(1):98-104.

21. Марута НО Оцінка стресостійкості та індивідуально-психологічних особливостей у хворих на рекурентні депресивні розлади. Укр. вісн. психоневрології. 2022;30(3):70-1.

22. Маркова МВ, Кочарян ГС, Авраменко АІ. Вплив воєнних дій на психічне і сексуальне здоров'я населення України/ Укр/ вісн/ психоневрології. 2022;20, (3):64. doi: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is3-2022-57>.

23. Перцева ТО, Огоренко ВВ, Кожина ГМ, редактори. Актуальні проблеми сімейного насильства. Дніпро: Ліра ЛТД;2021. 187 с.

24. Жижа АО. Аналіз злочинів проти статевої свободи та недоторканності особи. Держава та регіони. Серія Право. 2011;(2):98-100.

25. Mont JD, White D. Barriers to the effective use of medico-legal findings in sexual assault cases worldwide. Qual Health Res. 2013 Sep;23(9):1228-39. doi: 10.1177/1049732313502396.

26. Косенко СС. Віктимологічна профілактика статевих злочинів щодо неповнолітніх [автореферат дисертації]. Київ: Нац. акад. внутр. справ України; 2004. 20 с.

27. Дерягин ГБ, Эриашвили НД, Антонян ЮМ, Лебедев СЯ. Криминальная сексология: учеб. пособ. М.: ЮНИТИ-ДАНА; 2011. 399 с.
28. Луняк МО. Причины й умови статевого насильства. В: Держава і право. Юридичні і політичні науки: зб. наук. праць. Київ; 2005(30). с. 478-85.
29. Старович З. Судебная сексология: пер. с польск. М.: Юрид. лит., 1991. 33 с.
30. Лукаш АС. Згвалтування: кримінологічна характеристика, детермінація та їх попередження [автореферат дисертації]. Харків: Нац. юрид. акад. України ім. Я. Мудрого; 2007. 19 с.
31. Дишлевой ОЮ. Механізми регуляції сексуальної поведінки чоловіків із психічними розладами, які вчинили згвалтування. (Диференційна діагностика, психокорекція раптофілії) [автореферат дисертації]. Харків: Харк. мед. акад. післядиплом. освіти; 2004. 20 с.
32. Stinson JD, Becker JV. Assessing sexual deviance: a comparison of physiological, historical, and self-report measures. *J Psychiatr Pract.* 2008;14(6):379-88.
33. Stinson JD, Becker JV, Sales BD. Self-regulation and the etiology of sexual deviance: evaluating causal. *Violence Vict.* 2008;23(1):35-51.
34. Кантемирова КХ. Факторы, обуславливающие совершение насильственных действий сексуального характера. *Бизнес в законе.* 2007;(4):160-2.
35. Крафт-Эбинг Р, редактор. Половая психопатия: с обращением особого внимания на извращение полового чувства; пер. с нем. М.: Книжный Клуб Книговек; 2013. 621 с.
36. Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J, Allen NE. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2017 Aug;56:65-81. doi: 10.1016/j.cpr.2017.06.002.
37. Hodgins S, Cree A, Alderton J, Mak T. From conduct disorder to severe mental illness: associations with aggressive behaviour, crime and victimization. *Psychol Med.* 2008;38(7):975-87.

38. Putkonen H, Komulainen EJ, Virkkunen M, Eronen M, Lönngqvist J. Risk of repeat offending among violent female offenders with psychotic and personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2003 May;160(5):947-51. doi: 10.1176/appi.ajp.160.5.947.

39. Менделевич ВД, Зобин МЛ. Аддиктивное влечение. М.: МЕДпресс-информ.; 2012. 263 с.

40. Кубрак Р. Кримінологічна характеристика засуджених з психічними відхиленнями, які відбувають покарання у виправних колоніях. Вісн. Львів. ун-ту. Серія юридична. 2012;(55):234-40.

41. Klipfel KM, Claxton SE, Van Dulmen MH. Interpersonal aggression victimization within casual sexual relationships and experiences. *J Interpers Violence*. 2014 Feb;29(3):557-69. doi: 10.1177/0886260513505207.

42. Lim YY, Wahab S, Kumar J, Ibrahim F, Kamaluddin MR. Typologies and psychological profiles of child sexual abusers: An extensive review. *Children (Basel)*. 2021 Apr 25;8(5):333. doi: 10.3390/children8050333.

43. Изард КЭ. Психология эмоций; пер. с англ. М. [и др.]: Питер; 2006. 460 с.

44. Sewall LA, Olver ME. Psychopathy and treatment outcome: Results from a sexual violence reduction program. *Personal Disord*. 2019 Jan;10(1):59-69. doi: 10.1037/per0000297.

45. Зайцев ОО. Психічна патологія в осіб молодого віку, які скоїли сексуальні злочини (діагностика, клініка, лікування та профілактика) [автореферат дисертації]. Київ: Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології; 2005. 28 с.

46. Зайцев ОО. Системно-структурний аналіз сексуальної поведінки молодих сексуальних злочинців. *Архів психіатрії*. 2003;(3):115-7.

47. Дышлевой АЮ. Агрессия как форма противоправного сексуального поведения. *Международ. мед. журн*. 2002;(4):69-72.

48. Olver ME, Riemer EK. High-psychopathy men with a history of sexual offending have protective factors too: But are these risk relevant and can they change

in treatment? *J Consult Clin Psychol.* 2021 May;89(5):406-20. doi: 10.1037/ccp0000638.

49. Olver ME, Nicholaichuk TP, Kingston DA, Wong SC. A multisite examination of sexual violence risk and therapeutic change. *J Consult Clin Psychol.* 2014 Apr;82(2):312-24. doi: 10.1037/a0035340.

50. Кримінальний кодекс України: закон України від 05.04.2001 р. № 2341-III [Інтернет]. Київ; 2001 [оновлено 2021 Січ 13, цитовано 2922 Лют 21]. Доступно: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2341-14/>.

51. Chopin J, Beauregard E. The sexual murderer is a distinct type of offender. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2019 Jul;63(9):1597-620. doi: 10.1177/0306624X18817445.

52. Зайцев АВ. К вопросу о формуле ограниченной вменяемости. В: Проблемы законности: респ. міжвідом. наук. зб. Харків; 2002. Вип. 57. с. 156-62.

53. Зайцев ОВ. Співвідношення осудності, неосудності та обмеженої осудності. В: Держава і право. Юридичні і політичні науки: зб. наук. праць. Київ; 2003. Вип. 20. с. 395-9.

54. Hazama K, Katsuta S. Cognitive distortions among sexual offenders against women in Japan. *J Interpers Violence.* 2019 Aug;34(16):3372-91. doi: 10.1177/0886260516669544.

55. O Ciardha C, Ward T. Theories of cognitive distortions in sexual offending: what the current research tells us. *Trauma Violence Abuse.* 2013 Jan;14(1):5-21. doi: 10.1177/1524838012467856.

56. Barnett GD, Mann RE. Cognition, empathy, and sexual offending. *Trauma Violence Abuse.* 2013 Jan;14(1):22-33. doi: 10.1177/1524838012467857.

57. Arbanas G, Marinovic P, Buzina N. Psychiatric and forensic characteristics of sex offenders with child and with adult victims. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2022 Sep;66(12):1195-212. doi: 10.1177/0306624X20944673.

58. Marshall WL. A brief history of psychological theory, research, and treatment with adult male sex offenders. *Curr Psychiatry Rep.* 2018 Jul 21;20(8):57. doi: 10.1007/s11920-018-0920-0.

59. Gannon TA, ed. Aggressive offenders' cognition: theory, research, and practice. Chichester; Hoboken: John Wiley & Sons Ltd; 2007. 273 p.
60. Beggs SM, Grace RC. Assessment of dynamic risk factors: an independent validation study of the Violence Risk Scale: Sexual Offender Version. *Sex Abuse*. 2010 Jun;22(2):234-51. doi: 10.1177/1079063210369014.
61. Nunes KL, Babchishin KM. Construct validity of Stable-2000 and Stable-2007 scores. *Sex Abuse*. 2012 Feb;24(1):29-45. doi: 10.1177/1079063211404921.
62. Coric V, Feuerstein S, Fortunati F, Southwick S, Temporini H, Morgan CA. Assessing sex offenders. *Psychiatry (Edgmont)*. 2005 Nov;2(11):26-9.
63. Carvalho J, Bradford J, Murphy L, Briken P, Fedoroff P. Measuring pedophilic sexual interest. *J Sex Med*. 2020 Mar;17(3):378-92. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.12.008.
64. Kolton DJ, Boer A, Boer DP. A revision of the Abel and Becker Cognition Scale for intellectually disabled sexual offenders. *Sex Abuse*. 2001 Jul;13(3):217-9. doi: 10.1177/107906320101300306.
65. Marotta PL. A systematic review of behavioral health interventions for sex offenders with intellectual disabilities. *Sex Abuse*. 2017 Mar;29(2):148-85. doi: 10.1177/1079063215569546.
66. Jones E, Chaplin E. A systematic review of the effectiveness of psychological approaches in the treatment of sex offenders with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2020 Jan;33(1):79-100. doi: 10.1111/jar.12345.
67. Kramer U, Drapeau M. The Cognitive errors and coping patterns of child molesters as assessed by external observers: a pilot study. *Open Crim. J*. 2009;2:24-8.
68. Strickland SM. Female sex offenders: exploring issues of personality, trauma, and cognitive distortions. *J. Interpers Violence*. 2008;23(4):474-89.
69. Drapeau M. The assessment of cognitive errors using an observer-rated method. *Psychother Res*. 2014;24(2):240-9. doi: 10.1080/10503307.2013.861094.

70. Zielona-Jenek M. Sexual preferences and associated disorders: toward an extended model for description. *Psychiatr Pol.* 2018 Dec 29;52(6):1063-73. doi: 10.12740/PP/82193.

71. Giami A. Between DSM and ICD: Paraphilias and the transformation of sexual norms. *Arch Sex Behav.* 2015 Jul;44(5):1127-38. doi: 10.1007/s10508-015-0549-6.

72. Poepl TB, Langguth B, Rupprecht R, Laird AR, Eickhoff SB. A neural circuit encoding sexual preference in humans. *Neurosci Biobehav Rev.* 2016 Sep;68:530-6. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.06.025.

73. Ткаченко АА, Введенский ГЕ, редакторы. Аномальное сексуальное поведение. СПб.: Юрид. центр Пресс; 2003. 655 с.

74. Зиньковский АК, Новиков ЮГ. Социально-психологические и правовые особенности сексуального насилия (региональный аспект). *Человеческий фактор: проблемы психологии и эргономики.* 2009;(4):86-7.

75. Moser, Kleinplatz PJ. Conceptualization, history, and future of the paraphilias. *Annu Rev Clin Psychol.* 2020 May 7;16:379-99. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095548.

76. Saleh FM, Malin HM, Grudzinskas AJ Jr, Vitacco MJ. Paraphilias with comorbid psychopathy: the clinical and legal significance to sex offender assessments. *Behav Sci Law.* 2010 Mar-Apr;28(2):211-23. doi: 10.1002/bsl.933.

77. Navathe S, Ward T, Gannon T. Cognitive distortions in child sex offenders: an overview of theory, research & practice. *J Forensic Nurs.* 2008;4(3):111-22. doi: 10.1111/j.1939-3938.2008.00019.x.

78. Chakhssi F, De Ruiter C, Bernstein DP. Early maladaptive cognitive schemas in child sexual offenders compared with sexual offenders against adults and nonsexual violent offenders: an exploratory study. *J Sex Med.* 2013 Sep;10(9):2201-10. doi: 10.1111/jsm.12171.

79. Яковлева ЕЮ. Экспертная оценка уголовно-процессуальной дееспособности обвиняемых в сексуальных правонарушениях. *Рос. психиатр. журн.* 2009;(2):19-25.

80. Лунеев ВВ. Субъективное вменение. М.: Спарк; 2000. 71 с.

81. Воронко ВС. Законодавче забезпечення протидії насильницьким злочинам. Вісн. Дніпропетров. ун-ту ім. Альфреда Нобеля. Сер. Юрид. науки. 2011;(1):124-8.

82. Angelone DJ, Mitchell D, Lucente L. Predicting perceptions of date rape: an examination of perpetrator motivation, relationship length, and gender role beliefs. *J Interpers Violence*. 2012 Sep;27(13):2582-602. doi: 10.1177/0886260512436385.

83. Mitchell D, Angelone DJ, Kohlberger B, Hirschman R. Effects of offender motivation, victim gender, and participant gender on perceptions of rape victims and offenders. *J Interpers Violence*. 2009 Sep;24(9):1564-78. doi: 10.1177/0886260508323662.

84. Healey J, Beauregard E, Beech A, Vettor S. Is the sexual murderer a unique type of offender? a typology of violent sexual offenders using crime scene behaviors. *Sex Abuse*. 2016 Sep;28(6):512-33. doi: 10.1177/1079063214547583.

85. Ткаченко АА. Сексуальные извращения – парафилии. М.: Триада-Х: Успих; 1999. 461 с.

86. Witztum E, Rösler A. Paraphilia. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2012;49(4):246-7.

87. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994. 886 p.

88. Beech AR, Miner MH, Thornton D. Paraphilias in the DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016;12:383-406. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093330.

89. First MB. DSM-5 and paraphilic disorders. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2014;42(2):191-201.

90. Kafka MP, Hennen J. Hypersexual desire in males: are males with paraphilias different from males with paraphilia-related disorders? *Sex Abuse*. 2003 Oct;15(4):307-21. doi: 10.1177/107906320301500407.

91. Zonana H. Sexual disorders: new and expanded proposals for the DSM-5--do we need them? *J Am Acad Psychiatry Law*. 2011;39(2):245-9.

92. Abel GG, Osborn C. The paraphilias. The extent and nature of sexually deviant and criminal behavior. *Psychiatr Clin North Am.* 1992 Sep;15(3):675-87.
93. Fedoroff JP, Di Gioacchino L, Murphy L. Problems with paraphilias in the DSM-5. *Curr Psychiatry Rep.* 2013 Aug;15(8):363. doi: 10.1007/s11920-013-0363-6.
94. Marshall WL, Kingston DA. Diagnostic issues in the paraphilias. *Curr Psychiatry Rep.* 2018 Jul 21;20(8):54. doi: 10.1007/s11920-018-0919-6.
95. Murphy L, Fedoroff JP. Steps towards international standardization in the assessment and treatment of problematic sexual interests and behaviours. *Int Rev Psychiatry.* 2019 Mar;31(2):111-3. doi: 10.1080/09540261.2019.1610264.
96. Hinderliter AC. Defining paraphilia in DSM-5: do not disregard grammar. *J Sex Marital Ther.* 2011;37(1):17-31.
97. Friedman RC, Downey JI. Sexual psychodynamics I: the origins of male aggression. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry.* 2007 Spring;35(1):97-115. doi: 10.1521/jaap.2007.35.1.97.
98. Poon KT, Jiang Y. Sexual objectification increases retaliatory aggression. *Aggress Behav.* 2020 Jul;46(4):291-304. doi: 10.1002/ab.21889.
99. Prentky R. A sex offender as a patient. *Am Fam Physician.* 2005;72(7):13860-9.
100. Chadwick SB, Van Anders SM. Orgasm coercion: overlaps between pressuring someone to orgasm and sexual coercion. *Arch Sex Behav.* 2022 Jan;51(1):633-51. doi: 10.1007/s10508-021-02156-9.
101. Jaffe AE, Steel AL, DiLillo D, Messman-Moore TL, Gratz KL. Characterizing sexual violence in intimate relationships: an examination of blame attributions and rape acknowledgment. *J Interpers Violence.* 2021 Jan;36(1-2):469-490. doi: 10.1177/0886260517726972.
102. Chan B, Sachs CJ. intimate partner violence and sexual violence. *Emerg Med Clin North Am.* 2023 May;41(2):369-380. doi: 10.1016/j.emc.2023.01.007.
103. Дердюк БМ. Етапи становлення законодавства, що регулює провадження у справах неосудних і обмежено осудних осіб. *Прикарпат. юрид. вісн.* 2012;(2):215-28.

104. Васильєв АА. Комплексна судова психолого-психіатрична експертиза у вирішенні питання про осудність особи. Вісн. Харк. нац. ун-ту внутр. справ. 2006;(33):211-6.
105. Foster NG, Sule S. German legal system & laws. 4th ed. Oxford; New York: Oxford University Press; 2010. 650 p.
106. Thaman S, translated. The German penal code : as amended as of December 19, 2001. Buffalo: William S. Hein; 2002. 275 p.
107. Van Marle HJ. The Dutch entrustment act (TBS): Its principles and innovations. international J Forensic Ment Health. 2002;1(1):83-92.
108. Miles LW, Knox E, Downing N, Valentine JL. Ability to consent to a sexual assault medical forensic examination in adult patients with serious mental illness. J Forensic Leg Med. 2022 Jan;85:102285. doi: 10.1016/j.jflm.2021.102285.
109. Peters RB, translated Swiss penal code: selected provisions relevant to businessю Zurich: Swiss-American Chamber of Commerce, in cooperation with Schulthess; 2008. 170 p.
110. Guivarch J, Piercecchi-Marti MD, Glezer D, Murdymootoo V, Chabannes JM, Poinso F. Is the French criminal psychiatric assessment in crisis? Int J Law Psychiatry. 2017 Mar-Apr;51:33-41. doi: 10.1016/j.ijlp.2017.01.002.
111. Fovet T, Thibaut F, Parsons A, Salize HJ, Thomas P, Lancelevée C. Mental health and the criminal justice system in France: A narrative review. Forensic Sci Int Mind Law. 2020 Nov;1:100028. doi: 10.1016/j.fsimpl.2020.100028.
112. Golonka AD. Other disturbances of mental function as a cause of the insanity of the offender in light of the Polish criminal code-questions and concerns. J Forensic Leg Investig Sci. 2016;2:012.
113. Riener-Hofer R. Clinical forensigraphy and its legal framework in Austria. In: Meško G, Lobnikar B, eds..Criminal justice and security in Central and Eastern Europe: safety, security, and social control in local communities: conference proceedings; 2016 Sept; Ljubljana. Ljubljana: Faculty of Criminal Justice and Security; 2016. p. 395-403.

114. Storgaard A. Criminal justice and the penalty system in Denmark – a short introduction. Публічне право. 2014(4):99-103.

http://nbuv.gov.ua/UJRN/pp_2014_4_15.

115. California penal law field guide. Charlottesville: LexisNexis; 2007. 338 p.

116. Трахтеров ВС. Уменьшенная вменяемость в советском уголовном праве. Право и жизнь. 1925;(9/10):72-6.

117. Дердюк БМ. Призначення судово-психіатричної експертизи у справах неосудних та обмежено осудних осіб. Актуальні проблеми вдосконалення чинного законодавства України. 2008;(20):208-12.
http://nbuv.gov.ua/UJRN/apvchzu_2008_20_34.

118. Цепінь МЙ. Обмежена осудність осіб із психопатичними розладами: юридико-психологічна характеристика [автореферат дисертації]. Київ: Київ. нац. ун-т внутр. справ; 2007. 17 с.

119. Марчак ВЯ. Юридико-психологічний зміст обмеженої осудності [автореферат дисертації]. Київ: Нац. акад. внутр. справ; 2011. 36 с.

120. Кузьменко В. Окремі питання, що виникають при призначенні психіатричної експертизи у кримінальному процесі. Слово Національної школи суддів України. 2013;(2):25-9. http://nbuv.gov.ua/UJRN/cln_2013_2_5.

121. Ильин ЕП. Психология воли. -е изд., перераб. и доп. – М. [и др.] : Питер; 2009. 364 с.

122. Воробей ПА. Кримінально-правове ставлення у вину.– Київ: Атіка; 2009. 176 с.

123. Moulden NM, Myers C, Lori A, Chaimowitz G. The relationship between and correlates of problematic sexual behavior and major mental illness. Front Psychol. 2022 Jan 4;12:719082. doi: 10.3389/fpsyg.2021.719082.

124. Білобровка РІ. Особливості статевої поведінки чоловіків при психопатіях. Укр. вісн. психоневрології. 2013;21(4):79-82.
http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2013_21_4_17.

125. Svae GB, Hassel B, Søndena E. People with intellectual disabilities and harmful sexual behaviour: Professionals' views on the barriers to prevent harm. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2023 Jan;36(1):176-85. doi: 10.1111/jar.13048.

126. Мельник ВІ. Епілепсія в судово-психіатричній практиці (клінка, судово-психіатрична оцінка, профілактика) [автореферат дисертації]. Київ: Укр. н.-д. ін-т соціал. і судової психіатрії та наркології МОЗ України; 2001. 40 с.

127. Rathore C, Henning OJ, Luef G, Radhakrishnan K. Sexual dysfunction in people with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2019 Nov;100(Pt A):106495. doi: 10.1016/j.yebeh.2019.106495.

128. Rathore C, Radhakrishnan K. Prevalence and diagnosis of sexual dysfunction in people with epilepsy. *Neurol Clin*. 2022 Nov;40(4):869-89. doi: 10.1016/j.ncl.2022.03.013.

129. McManus MA, Hargreaves P, Rainbow L, Alison LJ. Paraphilias: definition, diagnosis and treatment. *F1000Prime Rep*. 2013 Sep 2;5:36. doi: 10.12703/P5-36.

130. Сонник ГТ, Скрипніков АМ, Сонник СГ, Руть ВО. Сексологія і сексопатологія в психіатрії за переглядом МКХ-10: навч.-метод. посіб. Полтава: Укр. мед. стомат акад.; 2000. 35 с.

131. Blachère P, Cour F. Deviant sexual behaviors, paraphilias, perversions. *Prog Urol*. 2013 Jul;23(9):793-803. doi: 10.1016/j.purol.2012.10.018.

132. Garcia FD, Thibaut F. Current concepts in the pharmacotherapy of paraphilias. *Drugs*. 2011 Apr 16;71(6):771-90. doi: 10.2165/11585490-000000000-00000.

133. Анто́нян ЮМ. Особо опасный преступник: тоталитарные преступники, серийные убийцы, террористы, бытовые убийцы, сексуальные маньяки, наемные убийцы. М.: Проспект; 2011. 308 с.

134. Wakefield JC. DSM-5 proposed diagnostic criteria for sexual paraphilias: tensions between diagnostic validity and forensic utility. *Int J Law Psychiatry*. 2011 May-Jun;34(3):195-209. doi: 10.1016/j.ijlp.2011.04.012.

135. First MB, Halon RL. Use of DSM paraphilia diagnoses in sexually violent predator commitment cases. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2008;36(4):443-54.
136. Марчак ВЯ. Обмежена осудність: психолого-правовий зміст. Чернівці: Чернів. нац. ун-т; 2010. 398 с.
137. Мельник В. До проблеми обмеженої осудності. *Право України*. 1999;(1):102-5.
138. Первомайский ВБ, Семенкова ИИ. Современные подходы к решению проблемы ограниченной вменяемости. *Архів психіатрії*. 2005;(1):47-50.
139. Семенкова П. Клініко-соціальна характеристика осіб, визнаних обмежено осудними, і особливості скоєних ними протиправних діянь [автореферат дисертації]. Київ: Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології; 2008. 33 с.
140. Robertson CA, Knight RA. Relating sexual sadism and psychopathy to one another, non-sexual violence, and sexual crime behaviors. *Aggress Behav*. 2014 Jan;40(1):12-23. doi: 10.1002/ab.21505.
141. Schulte Holthausen B, Habel U. Sex differences in personality disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2018 Oct 11;20(12):107. doi: 10.1007/s11920-018-0975-y.
142. Fountoulakis KN, Leucht S, Kaprinis GS. Personality disorders and violence. *Curr Opin Psychiatry*. 2008 Jan;21(1):84-92. doi: 10.1097/YCO.0b013e3282f31137.
143. Defazio G, Pastore A, Pellicciari R, Pierri G, Gigante AF, Fabio G, et al. Personality disorders and somatization in functional and organic movement disorders. *Psychiatry Res*. 2017 Nov;257:227-9. doi: 10.1016/j.psychres.2017.07.068.
144. Koch J, Berner W, Hill A, Briken P. Sociodemographic and diagnostic characteristics of homicidal and nonhomicidal sexual offenders. *J Forensic Sci*. 2011;56(6):1626-31.
145. Borchard B, Gnoth A, Schulz W. Personality disorders and "psychopathy" in sex offenders imprisoned in forensic-psychiatric hospitals--SKID-II- and PCL-R- results in patients with impulse control disorder and paraphilia. *Psychiatr Prax*. 2003 Apr;30(3):133-8. doi: 10.1055/s-2003-38607.

146. Woodworth M, Freimuth T, Hutton EL, Carpenter T, Agar AD, Logan M. High-risk sexual offenders: an examination of sexual fantasy, sexual paraphilia, psychopathy, and offence characteristics. *Int J Law Psychiatry*. 2013 Mar-Apr;36(2):144-56. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.01.007.

147. Kingston DA, Seto MC, Firestone P, Bradford JM. Comparing indicators of sexual sadism as predictors of recidivism among adult male sexual offenders. *J Consult Clin Psychol*. 2010 Aug;78(4):574-84. doi: 10.1037/a0019734.

148. Greenfield DN, Cazala F, Carre J, Somoza-Mitchell A, Decety J, Thornton D, et al. Emotional intelligence in incarcerated sexual offenders with sexual sadism. *J Sex Aggress*. 2023;29(1):68-85. doi: 10.1080/13552600.2021.2015469.

149. Ясперс К. *Общая психопатология*; пер. с нем. М.: Практика; 1997. 1053 с.

150. Darjee R. Sexual sadism and psychopathy in sexual homicide offenders: an exploration of their associates in a clinical sample. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2019 Jul;63(9):1738-65. doi: 10.1177/0306624X19836872.

151. Rose K, Woodworth M, Minton J. An exploration of individual differences in a sample of youth charged with violent sexual and non-sexual crimes. *Psychiatr Psychol Law*. 2020 Feb 10;27(1):44-60. doi: 10.1080/13218719.2019.1687043.

152. Burrows M, Reid WH. Psychiatric aspects of criminal responsibility: insanity and mitigation. *J Psychiatr Pract*. 2011 Nov;17(6):429-31. doi: 10.1097/01.pra.0000407967.80345.ac.

153. Chen XB, Cai WX. Progress in standard assessment on competency to stand trial of mentally disordered offenders. *Fa Yi Xue Za Zhi*. 2012 Aug;28(4):293-8.

154. Adjorlolo S, Chan HCO, DeLisi M. Mentally disordered offenders and the law: Research update on the insanity defense, 2004-2019. *Int J Law Psychiatry*. 2019 Nov-Dec;67:101507. doi: 10.1016/j.ijlp.2019.101507.

155. Raharjanti NW, Soemantri D, Wiguna T, Findyartini A, Purwadianto A, Indriatmi W, et al. Defining the tasks of clinical reasoning in forensic psychiatric evaluation: Psychomedicolegal analysis competency. *Heliyon*. 2023 Feb 25;9(3):e14077. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e14077.

156. Raharjanti NW, Wiguna T, Purwadianto A, Soemantri D, Bardosono S, Poerwandari EK, et al. Clinical reasoning in forensic psychiatry: concepts, processes, and pitfalls. *Front Psychiatry*. 2021 Aug 5;12:691377. doi: 10.3389/fpsy.2021.691377.
157. Allnutt S, Samuels A, O'driscoll C. The insanity defence: from wild beasts to M'Naghten. *Australas Psychiatry*. 2007;15(4):292-8.
158. Jones DW. Moral insanity and psychological disorder: the hybrid roots of psychiatry. *Hist Psychiatry*. 2017 Sep;28(3):263-79. doi: 10.1177/0957154X17702316.
159. Andoh B. The M'Naghten Rules--the story so far. *Med Leg J*. 1993;61 (Pt 2):93-103. doi: 10.1177/002581729306100205.
160. Wall BW, Ash P, Keram E, Pinals DA, Thompson CH. AAPL practice resource for the forensic psychiatric evaluation of competence to stand trial. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2018 Sep;46(3):373. doi: 10.29158/JAAPL.003781-18.
161. Zinkler M. Legal regulation of coercion in psychiatry--a task for the professional association? *Reid Psychiatr. Prax*. 2013;40(3):115-6.
162. Reid ST. *Criminal law*. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2007. 503 p.
163. Anfang SA, Gold LH, Meyer DJ. AAPL practice resource for the forensic evaluation of psychiatric disability. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2018 Mar;46(1):102.
164. Fitch WL. AAPL practice guideline for the forensic psychiatric evaluation of competence to stand trial: an American legal perspective. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2007;35(4):509-13.
165. Appelbaum PS. Law & psychiatry: Does the constitution require an insanity defense?. *Psychiatr. Serv*. 2013;64(10):943-5.
166. Brakel SJ, Cavanaugh JL. Crime, psychiatry and the insanity defence: a report on some recent reforms in the United States. *Aust NZ J Psychiatry*. 1996;30(1):134-41.
167. Pouls C, Jeandarme I, Al-Taiar H, Bradford J, Canton W, Kristiansson M, et al. Criminal responsibility evaluations: Benchmarking in different countries. *Int J Law Psychiatry*. 2022 Mar-Apr;81:101775. doi: 10.1016/j.ijlp.2022.101775.

168. Odegaard AM. Therapeutic jurisprudence: The impact of mental health courts on the criminal justice system. *North Dakota Law Review*. 2007;83(1):225-60.

169. Arstein-Kerslake A, Black J. Right to legal capacity in therapeutic jurisprudence: Insights from critical disability theory and the convention on the rights of persons with disabilities. *Int J Law Psychiatry*. 2020 Jan-Feb;68:101535. doi: 10.1016/j.ijlp.2019.101535.

170. Bradford JM, Fedoroff P, Gulati S. Can sexual offenders be treated? *Int J Law Psychiatry*. 2013 May-Aug;36(3-4):235-40. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.04.004.

171. DeSorcy DR, Olver ME, Wormith JS. Working alliance and psychopathy: linkages to treatment outcome in a sample of treated sexual offenders. *J Interpers Violence*. 2020 Apr;35(7-8):1739-60. doi: 10.1177/0886260517698822.

172. Котов ВП, Мальцева. ММ. Потенциальная общественная опасность психически больных, ее значение и принципы адекватной диагностики. *Рос. психiatr. журн*. 2006;(2):10-4.

173. Басинская ИА. Психопатологические механизмы и оценка общественной опасности больных, совершивших сексуальные правонарушения. *Науч.-мед. вестн. Центр. Черноземья*. 2010;(1):14-23.

174. Walton A, Jeglic EL, Blasko BL. The role of psychopathic traits in the development of the therapeutic alliance among sexual offenders. *Sex Abuse*. 2018 Apr;30(3):211-229. doi: 10.1177/1079063216637859.

175. Llewellyn DJ. The psychology of risk taking: toward the integration of psychometric and neuropsychological paradigms. *Am J Psychol*. 2008;121(3):363-76.

176. Taylor-Gooby P, Zinn JO. Current directions in risk research: new developments in psychology and sociology. *Risk Anal*. 2006;26(2):397-411.

177. Мельник ВІ, Мельник АВ, Щеглова ЯВ, укладачі. Клініко-соціальні критерії суспільної небезпеки хворих на шизофренію : метод. рек. Київ: Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології МОЗ України, Укр. центр наук. мед. інформації та патент.-ліценз. роботи; 2007. 17 с.

178. Никифоров ЮВ. Клініко-психопатологічні і соціально-психологічні особливості хворих на шизофренію, які знаходяться на примусовому лікуванні

з посиленням наглядом [автореферат дисертації]. Харків; Харк. мед. акад. післядиплом. освіти; 2004. 19 с.

179. Arteaga A, Fernández-Montalvo J, Cacho R, López-Goñi JJ. Gender-based psychosocial differences in a sample of young offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2021 Sep;65(12):1390-405. doi: 10.1177/0306624X20952403.

180. Марчак ВЯ. Особливості застосування примусових заходів медичного характеру до обмежено осудних осіб. *Вісн. академ. прокуратури України.* 2007;(4):51-5.

181. Coupland RBA, Olver ME. Assessing protective factors in treated violent offenders: Associations with recidivism reduction and positive community outcomes. *Psychol Assess.* 2020 May;32(5):493-508. doi: 10.1037/pas0000807.

182. Madvig F, Kristensen E, Bengtson S. Therapy of sex offenders. *Ugeskr Laeger.* 2021 Apr 26;183(17):V08200571.

183. Лень ВВ, Книга ММ. Примусові заходи медичного характеру: цілі і підстави застосування. Запоріжжя: Дніпров. Металург; 2011. 91 с.

184. Кушнір АН. Организация применения принудительных мер медицинского характера в условиях психиатрической больницы со строгим наблюдением на современном этапе. *Архів психіатрії.* 2004;(2):222-6.

185. Мельник ВИ. О применении принудительных мер медицинского характера в психиатрической больнице со строгим наблюдением к лицам, совершившим общественно опасные действия в период временных расстройств психической деятельности. *Вісн. психіатрії та психофармакотерапії.* 2003;(2):54-9.

186. Meunien G. Forensic psychiatry and neurolaw: Description, developments, and debates. *Int J Law Psychiatry.* 2019;65:101345.

187. Полонка ІА. Неосудність та обмежена осудність: практика англо-американської правової системи. *Наук.-інформ. вісн. Івано-Франк. Ун-ту права ім. Короля Данила Галицького. Серія: Право.* 2019;(8):48-54. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nivif_2019_8_8.

188. Наровська КБ. До питання уніфікації законодавства України, що регулює застосування примусового лікування. Вісн. Акад. адвокатури України. 2012;(2):46-54. http://nbuv.gov.ua/UJRN/vaau_2012_2_6.

189. Пліщук ЛІ. Проблемні питання застосування та здійснення примусового приводу в кримінальному процесі. Боротьба з організованою злочинністю і корупцією (теорія і практика). 2010;(22):175-84. http://nbuv.gov.ua/UJRN/boz_2010_22_22.

190. Valenti E, Banks C, Calcedo-Barba A, Bensimon CM, Hoffmann KM, Pelto-Piri V, et al. Informal coercion in psychiatry: a focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015 Aug;50(8):1297-308. doi: 10.1007/s00127-015-1032-3.

191. Pinciotti CM, Seligowski AV. The influence of sexual assault resistance on reporting tendencies and law enforcement response: findings from the National Crime Victimization Survey. *J Interpers Violence*. 2021 Oct;36(19-20):NP11176-NP11197. doi: 10.1177/0886260519877946.

192. Tiry E, Zweig J, Walsh K, Farrell L, Yu L. Beyond forensic evidence: examining sexual assault medical forensic exam mechanisms that influence sexual assault case outcomes. *J Interpers Violence*. 2022 Apr;37(7-8):NP5693-NP5727. doi: 10.1177/0886260520961870.

193. Rossegger A, Endrass J, Urbaniok F, Vetter S, Maercker A. From victim to offender: characteristics of sexually abused violent and sex offenders. *Nervenarzt*. 2011 Jul;82(7):866-72. doi: 10.1007/s00115-010-3007-7.

194. Krienert JL, Walsh JA. Sibling sexual abuse: an empirical analysis of offender, victim, and event characteristics in National Incident-Based Reporting System (NIBRS) data, 2000-2007. *J Child Sex Abus*. 2011 Jul-Aug;20(4):353-72. doi: 10.1080/10538712.2011.588190.

195. Козлюк ЛГ. Віктимна поведінка неповнолітніх жертв статевих злочинів. Держава і право. Юридичні і політичні науки: зб. наук. праць. 2009;(44):515-20.

196. O'Neal EN, Hayes BE. " A rape is a rape, regardless of what the victim was doing at the time": detective views on how" problematic" victims affect sexual assault case processing. *Criminal justice review*. 2020;45(1):26-44.

197. Gravelin CR, Biernat M, Bucher CE. Blaming the victim of acquaintance rape: individual, situational, and sociocultural factors. *Front Psychol*. 2019 Jan 21;9:2422. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02422.

198. Franiuk R, Luca A, Robinson S. The effects of victim and perpetrator characteristics on ratings of guilt in a sexual assault case. *Violence Against Women*. 2020 May;26(6-7):614-35. doi: 10.1177/1077801219840439.

199. Bongiorno R, Langbroek C, Bain PG, Ting M, Ryan MK. Why women are blamed for being sexually harassed: the effects of empathy for female victims and male perpetrators. *Psychology of women quarterly*. 2020;44(1):11-27.

200. Ривман ДВ, Устинов ВС. Виктимология. СПб.: Юрид. центр Пресс;2000. 331 с.

201. Beichner D., Spohn C. Modeling the effects of victim behavior and moral character on prosecutors' charging decisions in sexual assault cases. *Violence Vict*. 2012;27(1):3-24.

202. Grossin C, Sibille I, Lorin de la Grandmaison G, Banasr A, Brion F, Durigon M. Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic Sci Int*. 2003 Jan 28;131(2-3):125-30. doi: 10.1016/s0379-0738(02)00427-9.

203. Nitschke FT, McKimmie BM, Vanman EJ. A meta-analysis of the emotional victim effect for female adult rape complainants: Does complainant distress influence credibility? *Psychol Bull*. 2019 Oct;145(10):953-79. doi: 10.1037/bul0000206.

204. Xu Y, Olfson M, Villegas L, Okuda M, Wang S, Liu SM, et al. A characterization of adult victims of sexual violence: results from the national epidemiological survey for alcohol and related conditions. *Psychiatry*. 2013 Fall;76(3):223-40. doi: 10.1521/psyc.2013.76.3.223.

205. Blake Mde T, Drezett J, Vertamatti MA, Adami F, Valenti VE, Paiva AC, et al. Characteristics of sexual violence against adolescent girls and adult women. *BMC Womens Health*. 2014 Jan 22;14:15. doi: 10.1186/1472-6874-14-15.

206. Casey EA, Nurius PS. Trends in the prevalence and characteristics of sexual violence: a cohort analysis. *Violence Vict*. 2006 Oct;21(5):629-44.

207. Abrams D, Viki GT, Masser B, Bohner G. Perceptions of stranger and acquaintance rape: the role of benevolent and hostile sexism in victim blame and rape proclivity. *J Pers Soc Psychol*. 2003 Jan;84(1):111-25.

208. Persson S, Dhingra K, Grogan S. Attributions of victim blame in stranger and acquaintance rape: A quantitative study. *J Clin Nurs*. 2018 Jul;27(13-14):2640-9. doi: 10.1111/jocn.14351.

209. Ayala EE, Kotary B, Hetz M. Blame attributions of victims and perpetrators: effects of victim gender, perpetrator gender, and relationship. *J Interpers Violence*. 2015 Aug 11:0886260515599160. doi: 10.1177/0886260515599160.

210. Pinciotti CM, Orcutt HK. It won't happen to me: an examination of the effectiveness of defensive attribution in rape victim blaming. *Violence Against Women*. 2020 Aug;26(10):1059-79. doi: 10.1177/1077801219853367.

211. Murray C, Calderón C, Bahamondes J. Modern rape myths: justifying victim and perpetrator blame in sexual violence. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan 17;20(3):1663. doi: 10.3390/ijerph20031663.

212. Goodson A, Hayes BE. Help-seeking behaviors of intimate partner violence victims: a cross-national analysis in developing nations. *J Int Violence*. 2018;36(9-10):NP4705-27.

213. Mark L, Värnik A, Sisask M. Who Suffers Most From Being Involved in Bullying-Bully, Victim, or Bully-Victim? *J Sch Health*. 2019 Feb;89(2):136-44. doi: 10.1111/josh.12720.

214. Плутицька К. Питання детермінації примушування до вступу в статевий зв'язок. *Вісн. Львів. ун-ту. Серія юридична*. 2012;(56):409-16.

215. Mitchell D, Angelone DJ, Kohlberger B, Hirschman R. Effects of offender motivation, victim gender, and participant gender on perceptions of rape victims and offenders. *J Interpers Violence*. 2009;24(9):1564-78.

216. Лукаш АС. Згвалтування: кримінологічна характеристика, детермінація та попередження. Харків: Право; 2008. 256 с.

217. Deakin J, Fox C, Matos R. Labelled as 'risky' in an era of control: How young people experience and respond to the stigma of criminalized identities. *Eur J Criminology*. 2020;19(4):1-21.

218. Воронова ЮВ. Соціально-психологічні детермінанти віктимної поведінки неповнолітніх жертв сексуальних злочинів : [автореферат дисертації]. Харків; Нац. ун-т внутр. справ; 2005. 21 с.

219. Воронова ЮВ. Вплив сексуального насильства на особистість неповнолітніх. *Наука і освіта*. 2004;(Спец вип № 6-7: Психологія особистості: досвід минулого, погляд у майбутнє):52–5.

220. Bach MH, Beck Hansen N, Ahrens C, Nielsen CR, Walshe C, Hansen M. Underserved survivors of sexual assault: a systematic scoping review. *Eur J Psychotraumatol*. 2021 Apr 9;12(1):1895516. doi: 10.1080/20008198.2021.1895516.

221. Bach MH, Hansen NB, Hansen M. What characterizes vulnerability? interdisciplinary perspectives on service provision for survivors of sexual assault. *J Interpers Violence*. 2022 Aug;37(15-16):NP14140-65. doi: 10.1177/08862605211006358.

222. Campbell R, Sprague HB, Cottrill S, Sullivan CM. Longitudinal research with sexual assault survivors: a methodological review. *J Interpers Violence*. 2011 Feb;26(3):433-61. doi: 10.1177/0886260510363424.

223. Farahi N, McEachern M. Sexual assault of women. *Am Fam Physician*. 2021 Feb 1;103(3):168-76.

224. French BH, Bi Y, Latimore TG, Klemp HR, Butler EE. Sexual victimization using latent class analysis: exploring patterns and psycho-behavioral correlates. *J Interpers Violence*. 2014 Apr; 29(6):1111-31. doi: 10.1177/0886260513506052.

225. French BH, Suh HN, Arterberry B. Exploratory factor analysis a French BH, Suh HN, Arterberry B. Exploratory factor analysis and psychometric properties of the sexual coercion inventory. *J Sex Res.* 2017 Oct;54(8):962-70. doi: 10.1080/00224499.2016.1235129.

226. Starfelt LC, Young RM, White KM, Palk GR. Explicating the role of sexual coercion and vulnerability alcohol expectancies in rape attributions. *J Interpers Violence.* 2015 Jul;30(11):1965-81. doi: 10.1177/0886260514549466.

227. Hoffmann AM, Verona E. Psychopathic traits and sexual coercion against relationship partners in men and women. *J Interpers Violence.* 2021 Feb;36(3-4):NP1788-1809NP. doi: 10.1177/0886260518754873.

228. Hoffmann AM, Verona E. Psychopathic traits, gender, and motivations for sex: Putative paths to sexual coercion. *Aggress Behav.* 2019 Sep;45(5):527-36. doi: 10.1002/ab.21841.

229. Dartnall E, Jewkes R. Sexual violence against women: the scope of the problem. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013 Feb;27(1):3-13. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2012.08.002.

230. Miller HA, Bouffard JA, DeHaan CA. The role of psychopathic traits in female sexual coercion. *Violence Vict.* 2017 Jun 1;32(3):479-92. doi: 10.1891/0886-6708.VV-D-15-00168.

231. Rinehart JK, Yeater EA. Using cognitive theory and methodology to inform the study of sexual victimization. *Trauma Violence Abuse.* 2015 Jan;16(1):3-15. doi: 10.1177/1524838013515761.

232. Гумін ОМ. Кримінальна насильницька поведінка особи: теоретико-прикладні аспекти [автореферат дисертації]. Львів: Львів. держ. ун-т внутр. справ; 2011. 36 с.

233. Blanco V, López L, Otero P, Torres ÁJ, Ferraces MJ, Vázquez FL. Sexual victimization and mental health in female university students. *J Interpers Violence.* 2022 Aug;37(15-16):NP14215-38. doi: 10.1177/08862605211005148.

234. Coles J, Astbury J, Dartnall E, Limjerwala S. A qualitative exploration of researcher trauma and researchers' responses to investigating sexual violence. *Violence Against Women*. 2014 Jan;20(1):95-117. doi: 10.1177/1077801213520578.

235. Abrahams N, Gevers A. A rapid appraisal of the status of mental health support in post-rape care services in the Western Cape. *S Afr J Psychiatr*. 2017 Jan 26;23:959. doi: 10.4102/sajpsychiatry.v23.959.

236. Jewkes R, Mhlongo S, Chirwa E, Seedat S, Myers B, Peer N, et al. Pathways to and factors associated with rape stigma experienced by rape survivors in South Africa: Analysis of baseline data from a rape cohort. *Clin Psychol Psychother*. 2022 Jan;29(1):328-38. doi: 10.1002/cpp.2637.

237. Hakimi D, Bryant-Davis T, Ullman SE, Gobin RL. Relationship between negative social reactions to sexual assault disclosure and mental health outcomes of Black and White female survivors. *Psychol Trauma*. 2018 May;10(3):270-5. doi: 10.1037/tra0000245.

238. Ferdous NF, Jabin N. Distribution and determinants of rape victims: a retrospective analysis. *Anwer Khan Modern Medical College Journal*. 2020;11(1):41-5.

239. Oshodi Y, Macharia M, Lachman A, Seedat S. Immediate and long-term mental health outcomes in adolescent female rape survivors. *J Interpers Violence*. 2020 Jan;35(1-2):252-67. doi: 10.1177/0886260516682522.

240. Burgess AW. Rape trauma syndrome: a nursing diagnosis. *Occup Health Nurs*. 1985;33(8):405-6.

241. Feeny NC, Zoellner LA, Foa EB. Anger, dissociation, and posttraumatic stress disorder among female assault victims. *J Trauma Stress*. 2000;13(1):89-100.

242. Mgoqi-Mbalo N, Zhang M, Ntuli S. Risk factors for PTSD and depression in female survivors of rape. *Psychol Trauma*. 2017 May;9(3):301-8. doi: 10.1037/tra0000228.

243. Bhuptani PH, Messman TL. Self-compassion and Shame Among Rape Survivors. *J Interpers Violence*. 2022 Sep;37(17-18):NP16575-95. doi: 10.1177/08862605211021994.

244. Nöthling J, Abrahams N, Jewkes R, Mhlongo S, Lombard C, Hemmings SMJ, et al. Risk and protective factors affecting the symptom trajectory of posttraumatic stress disorder post-rape. *J Affect Disord.* 2022 Jul 15;309:151-64. doi: 10.1016/j.jad.2022.04.032.

245. Gilmore AK, Walsh K, Frazier P, Meredith L, Ledray L, Davis J, et al. Post-sexual assault mental health: a randomized clinical trial of a video-based intervention. *J Interpers Violence.* 2021 Nov;36(21-22):10614-37. doi: 10.1177/0886260519884674.

246. Zoellner LA, Goodwin ML, Foa EB. PTSD severity and health perceptions in female victims of sexual assault. *J. Trauma Stress.* 2000;13(4):635-49.

247. Кришталь ВВ, Григорян СР. Сексология: учеб. пособ. М.: ПЕР СЭ; 2002. 879 с.

248. Малкина-Пых ИГ. Психология поведения жертвы. М.: Эксмо; 2006. 1006 с.

249. Chen Y, Ullman SE. Women's reporting of sexual and physical assaults to police in the National Violence Against Women Survey. *Violence Against Women.* 2010 Mar;16(3):262-79. doi: 10.1177/1077801209360861.

250. Wolitzky-Taylor KB, Resnick HS, McCauley JL, Amstadter AB, Kilpatrick DG, Ruggiero KJ. Is reporting of rape on the rise? A comparison of women with reported versus unreported rape experiences in the National Women's Study-Replication. *J Interpers Violence.* 2011 Mar;26(4):807-32. doi: 10.1177/0886260510365869.

251. Liautard M, Deguette C, Alcaraz E, Diot H, Vasseur P, Gorgiard C, et al. Male victims of rape: An observational study over four years in Paris, France. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Oct 26;19(21):13909. doi: 10.3390/ijerph192113909.

252. Depraetere J, Vandeviver C, Beken TV, Keygnaert I. Big boys don't cry: A critical interpretive synthesis of male sexual victimization. *Trauma Violence Abuse.* 2020 Dec;21(5):991-1010. doi: 10.1177/1524838018816979.

253. Шаповалова НА. Психопатологические особенности женщин с отдаленными последствиями изнасилования. Укр. вісн. психоневрології. 2008;(4):69-72.

254. Губанова ОВ. Латентність зґвалтування: рівень та основні фактори детермінації. В: Держава і право. Юридичні і політичні науки: зб. наук. праць. Київ; 2007. Вип. 36. с. 454-60.

255. Животовська ЛВ. Теоретичні та прикладні аспекти психотерапії осіб, які зазнали сексуального насильства. Acta medica Leopoliensia. 2014;20(2):82-7. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Lmch_2014_20_2_15.

256. Романова ІВ. Психотерапія невротичних розладів у жінок, які постраждали від домашнього насильства, в системі їх психосоціальної реабілітації. Архів психіатрії. 2018;24(1):59-60. http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2018_24_1_18.

257. Palermo GB. Sexual predator law or preventive detention? Call it for what it is. Int. J Offender Ther Comp Criminol. 2009;53(4):371-2.

258. Schneider M, Hirsch JS. Comprehensive Sexuality Education as a Primary Prevention Strategy for Sexual Violence Perpetration. Trauma Violence Abuse. 2020 Jul;21(3):439-55. doi: 10.1177/1524838018772855.

259. Gibbs A, Dunkle K, Ramsoomar L, Willan S, Jama Shai N, Chatterji S, et al. New learnings on drivers of men's physical and/or sexual violence against their female partners, and women's experiences of this, and the implications for prevention interventions. Glob Health Action. 2020 Dec 31;13(1):1739845. doi: 10.1080/16549716.2020.1739845.

260. Orchowski LM. "Trouble in Paradigm" and the social norms approach to violence prevention. Violence Against Women. 2019 Nov;25(14):1672-81. doi: 10.1177/1077801219872561.

261. McCauley HL, Campbell R, Buchanan NT, Moylan CA. Advancing Theory, methods, and dissemination in sexual violence research to build a more equitable future: An intersectional, community-engaged approach. Violence Against Women. 2019 Dec;25(16):1906-31. doi: 10.1177/1077801219875823.

262. Farris C, Viken RG, Treat TA, McFall RM. Heterosocial perceptual organization: application of the choice model to sexual coercion. *Psychol Sci.* 2006;17(10):869-75.

263. Дьордяй ВІ. Кримінологічна характеристика та запобігання органами внутрішніх справ згвалтувань, що вчиняються неповнолітніми [автореферат дисертації]. Уїїв: Нац. акад. внутр. справ; 2015. 20 с.

264. Gibbels C, Kneer J, Hartmann U, Krueger TH. State of the art treatment options for actual and potential sexual offenders and new prevention strategies. *Journal of Psychiatric Practice®.* 2020;25(4):242-57.

265. Hess KM, Cho HL. *Police operations: theory and practice.* 6th ed. Delmar; Andover: Cengage Learning; 2014. 586 p.

266. Carroll JL. *Sexuality now: embracing diversity.* 4th ed. Belmont: Wadsworth; 2013. 628 p.

267. Parsonson K, Alquicira L. The power of being there for each other: the importance of self-awareness, identifying stress and burnout, and proactive self-care strategies for sex-offender treatment providers. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2019 Aug;63(11):2018-37. doi: 10.1177/0306624X19841773.

268. Цепінь МЙ. Особливості організації пенітенціарної ресоціалізації обмежено осудних засуджених із психічними аномаліями В: Актуальні проблеми юридичної психології: зб. матеріалів всеукр. наук.-практ. конф., 2006 Верес 29-30. Київ; Київ: Київ. нац. ун-т внутр. справ; 2006. м. 143-9.

269. Бабюк ІА, Табачников СІ, Седнев ВВ, Зайцев АА,. Селезнева ГА *Кримінальна сексологія: руководство.* Донецк: Профи-Донетчина; Киев; 2004. 221 с.

270. Чуприков АП, Цупрык БМ. *Общая и криминальная сексологія: учеб. пособ.* Киев: МАУП, 2012. 248 с.

271. Elliott IA, Martin E. Post-release reoffending outcomes for individuals with offence-related sexual paraphilias. An exploratory risk-band analysis [Internet]. Ministry of Justice Analytical Series; 2023 [ceted 2023 Apr 10]. 43 p. Available from: scholar.google.com.ua/scholar?start=10&q=sex+offenders+treatment&hl.

272. Stephens S, Roche K, McPhail IV. The application of community-based participatory action research to the study of paraphilias. *Arch Sex Behav.* 2020 Nov;49(8):2789-98. doi: 10.1007/s10508-020-01760-5.

273. Kwon J, Kim E. Comorbidity of paraphilia and personality disorders in sex offenders. *Journal of the Korea Convergence Society.* 2019;10(2):235-45.

274. Krejčová L, Klapilová K. The paraphile project: primary prevention program for people with paraphilia and their important others. *J Sex Med.* 2022;19(11):S111-2.

275. Walton JS. A healthy sex programme for individuals with paraphilic interests convicted of sexual offending: Biopsychosocial processes and intervention procedures. In *Forensic Interventions for Therapy and Rehabilitation.* Routledge: 2021. p. 108-39.

276. Brown A, Barker ED, Rahman Q. Psychological and developmental correlates of paraphilic and normophilic sexual interests. *Sex Abuse.* 2022 Sep 5:10790632221120013. doi: 10.1177/10790632221120013.

277. Thibaut F, Cosyns P, Fedoroff JP, Briken P, Goethals K, Bradford JMW. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders. *World J Biol Psychiatry.* 2020 Jul;21(6):412-90. doi: 10.1080/15622975.2020.1744723.

278. Антонян ЮМ, редактор. Серийные сексуальные преступления: учеб. пособ. М.: Щит-М; 2000. 238 с.

279. Зайцев ОО. Загальні принципи профілактики сексуальної злочинності у молодих людей. *Архів психіатрії.* 2005;(1):112 -6.

280. Козерацька ОА. Дослідження порушення вольового критерію «неосудності» та «обмеженої осудності» при розладах регуляції сексуальної поведінки та застосування примусових заходів медичного характеру для психічно хворих, які скоїли кримінальні правопорушення на сексуальному підґрунті. *Архів психіатрії.* 2014;20(3):118-22.

281. Козерацька ОА. Дослідження та аналіз наукових підходів до вирішення проблеми осудності, обмеженої осудності та неосудності при розладах сексуального потягу. Псих. здоров'я. 2014;(1-2):48-54.

282. Козерацька ОА. Дослідження та аналіз наукових підходів до вирішення проблеми профілактики скоєння правопорушень на сексуальному підґрунті. Псих. здоров'я. 2015;(1-2):57-60.

283. Козерацька ОА. Дослідження та аналіз наукових розробок в оцінці особистості потерпілих внаслідок сексуального насильства. Архів психіатрії. 2015;21(1):12-6.

284. Козерацька ОА. Дослідження та аналіз наукових розробок в оцінці віктимної поведінки потерпілих внаслідок сексуального насильства. In: Proceeding of the International scientific conference Science of the XXI century: problems and prospects of researches; 2017 Aug 17; Warsaw. Warsaw; 2017;3. p. 51-6.

285. Козерацька ОА. Дослідження та аналіз наукових розробок в оцінці віктимної поведінки потерпілих внаслідок сексуального насильства. Клін. та профілакт. медицина. 2017;(3):116-23.

286. Козерацька ОА. Дослідження та аналіз наукових розробок в царині застосування примусових заходів медичного характеру до психічно хворих, які скоїли правопорушення на сексуальному підґрунті. Псих. здоров'я. 2015;(3-4):117-23.

287. Козерацька ОА. Дослідження та аналіз наукових розробок в царині застосування примусових заходів медичного характеру до психічно хворих, які скоїли правопорушення на сексуальному підґрунті. В: Сб. ст. X Междунар. заоч. конф. Развитие науки в XXI веке; 2016 Берез 15; Харків. Харьков: Знание; 2016(Ч 3). с. 89-96.

288. Козерацька ОА. Метааналіз наукових підходів в дослідженні критеріїв «обмеженої осудності» при аномальній сексуальній поведінці. Псих. здоров'я. 2017;(1-2):108-12.

289. Козерацька ОА. Метааналіз наукових підходів у дослідженні критеріїв «обмеженої осудності» при аномальній сексуальній поведінці. Вісн. кримін. судочинства. 2016;(4):123-30.

290. Козерацька ОА. Психіатричні аспекти оцінки та лікування осіб, які вчинили сексуальні злочини. Архів психіатрії. 2014;20(1):93-9.

291. Первомайский ВБ, Илейко ВР. Системный подход к понятию ограниченная вменяемость. В: Судебная и социальная психиатрия 90-х годов: материалы междунар. конфер. Киев; 1994. Т. 1. с. 90-1.

292. Ревенок ОА, Олійник ОП, Шум СС. Онкологічна патологія і дієздатність. Київ: LAT & K; 2012. 379 с.

293. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. Киев: Факт; 1999. 270 с.

294. McCary JL. Sexual concerns of counseling clients: part ii: special sex problems. Journal of Sex Education and Therapy. 1978;4(1):19-21.

295. Винокуров БЛ. Развитие систематики психосексуальных расстройств в американской психиатрии. Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 1993;(3):46-57.

296. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. – Routledge; 1988. 590 p.

297. Lee SC, Hanson RK, Calkins C, Jeglic E. Paraphilia and antisociality: motivations for sexual offending may differ for american whites and blacks. Sex Abuse. 2020 Apr;32(3):335-65. doi: 10.1177/1079063219828779.

298. Olf M. Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update. Eur J Psychotraumatol. 2017 Sep 29;8(sup4):1351204. doi: 10.1080/20008198.2017.1351204.

299. Kline NK, Berke DS, Rhodes CA, Steenkamp MM, Litz BT. Self-blame and PTSD following sexual assault: A longitudinal analysis. J Interpers Violence. 2021 Mar;36(5-6):NP3153-68. doi: 10.1177/0886260518770652.

300. Федоренко Р, Фенина О. Психологічні особливості особистості, потерпілої від сексуального насильства. Психологія: реальність і перспективи. 2020;(14):209-14. http://nbuv.gov.ua/UJRN/prp_2020_14_30

301. Христенко ВЕ. Психология поведения жертвы. Ростов н/Д: Феникс, 2004. 411 с.

302. Rodkin PC, Hanish LD, Wang S, Logis HA. Why the bully/victim relationship is so pernicious: a gendered perspective on power and animosity among bullies and their victims. *Dev Psychopathol.* 2014 Aug;26(3):689-704. doi: 10.1017/S0954579414000327.

303. Tinsley H. Rape: the victim's perspective. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2002;28(3):117–1-20.

304. O'Connor KE. Psychosocial adjustment across aggressor/victim subgroups: a systematic review and critical evaluation of theory. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2021 Sep;24(3):500-28. doi: 10.1007/s10567-021-00347-3.

305. Козерацька ОА. Судово-психіатрична оцінка віктимної поведінки потерпілих внаслідок сексуального насильства. *ScienceRise. Med. Science.* 2017;(7):7-14.

306. Козерацька О. Обґрунтування статистичної достовірності критеріїв «обмеженої осудності» у осіб, які скоїли сексуальні злочини. *Psychosomatic medicine and general practice* [Інтернет]. 2018 [цитовано 2020 Січ 22];3(4):e0304134 Доступно: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/134>.

307. Козерацька ОА. Судово-психіатрична модель оцінки здатності усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними в осіб, які скоїли сексуальні злочини. В: Матеріали III Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю Розвиток медичного права України в контексті євроінтеграційних та глобалізаційних процесів; 2018 Груд 12; Київ. Київ: Гельветика; 2018. с. 68-72.

308. Козерацька ОА. Судово-психіатрична модель оцінки здатності усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними в осіб, які скоїли сексуальні злочини В: Вороненко ЮВ, голов. ред. Збірник наукових праць

співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. Київ: НМАПО ім. П.Л. Шупика; 2019;(34). с. 185-92.

309. Козерацька ОА. Судово-психіатрична оцінка психічних порушень у осіб, які скоїли кримінальні правопорушення на сексуальному ґрунті. Південноукр. мед. наук. журн. 2020;(26):12-6.

310. Козерацька ОА. Особливості судово-психіатричної оцінки осіб, які вчинили сексуальні правопорушення. Укр. вісн. психоневрології. 2021;29(1):32-5.

311. Козерацька О. Особливості застосування примусових заходів медичного характеру до психічно хворих, які вчинили кримінальні правопорушення на сексуальному підґрунті. Psychosomatic medicine and general practice [Інтернет]. 2021 [цитовано 2022 Січ 11];6(1):e030197 Доступно: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/268>.

312. Козерацька ОА. Судово-психіатрична оцінка осіб, які скоїли правопорушення на сексуальному підґрунті. Znanstvena misel journal. 2017;(4):55-7.

313. Козерацька ОА. Судово-психіатрична оцінка осіб, які скоїли правопорушення на сексуальному підґрунті. В: Тези наук.-практ. конф. з міжнар. участю Психіатрія ХХІ століття: проблеми та інноваційні рішення. 2017 Квіт 26-27. Архів психіатрії. 2017;23(1):69-70.

314. Козерацька ОА. Аналіз клінічних та соціально-демографічних факторів під час проведення судово-психіатричної експертизи осіб, які скоїли сексуальні злочини. Укр. вісн. психоневрології. 2018;26(4):48-51.

315. Козерацька ОА. Аналіз ситуації суспільно небезпечного діяння при судово-психіатричній експертизі осіб, які вчинили сексуальні злочини. Акт. проблеми клініч. та профілакт. медицини. 2018;2(2-3):37-43.

316. Козерацька ОА. Вплив соціально-демографічних факторів на судово-психіатричну оцінку осіб, які скоїли кримінальні правопорушення на сексуальному ґрунті. Експерим. і клініч. медицина. 2018;(2-3):153-8.

317. Козерацька О. Обґрунтування критеріїв обмеженої осудності у осіб, які скоїли кримінальні сексуальні правопорушення Psychosomatic medicine and general practice [Інтернет]. 2018 [цитовано 2020 Січ 22];3(1):e030197. Доступно: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/97>.

318. Козерацька ОА. Аналіз статистичної достовірності обґрунтування критеріїв «обмеженої осудності» у осіб, які скоїли сексуальні злочини. International academy journal. WEB of SCHOLAR. 2018;2(7):10-4.

319. Козерацька ОА. Аналіз клінічної структури психічних порушень у осіб, які скоїли сексуальні злочини. Вісн. морської медицини. 2019;(1):4-10.

320. Козерацька ОА. Дослідження соціально-демографічних та аналіз клінічної структури психічних порушень у осіб, які могли бути визнані «обмежено осудними» при судово-психіатричній експертизі осіб, які скоїли сексуальні порушення. World Science. 2019;2(2):22-8.

321. Козерацька ОА. Особливості судово-психіатричної оцінки осіб, які вчинили сексуальні правопорушення. Укр. вісн. психоневрології. 2021;29(1):32-5.

322. Козерацька ОА. Судово-психіатрична оцінка осіб, які вчинили сексуальні злочини. В: Матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф. Актуальні питання судової експертології, криміналістики та кримінального процесу. 2020 Листоп 19; Київ. Київ: Ліра; 2020. с. 255-60.

323. Козерацька ОА. Судово-психіатрична оцінка психічних порушень у осіб, які скоїли кримінальні правопорушення на сексуальному підґрунті. В: Зб. тез наук. робіт учасників міжнар. наук.-практ. конф. Медична наука та практика на сучасному історичному етапі; 2020 Трав 1-2; Київ. Київ: Київ. мед. наук. центр; 2020. с. 66-71.

324. Козерацька ОА. Судово-психіатрична оцінка осіб, які скоїли сексуальні злочини. В: Міжвід. наук.-метод. зб., присвяч. 105-річчю заснування судової експертизи в Україні Криміналістика і судова експертиза; 2018;63(Ч 2). с. 315-20.

325. Kozeratskaya E. The metaanalysis of scientific approaches to a solution of the problem of “a limited responsibility” at abnormal sex behavior. Knowledge. Education. Law. Management. 2016;(3):121-7.

326. Kalinina IV, Kuprienko VM, Shulhan II, Pylypenko DO, Kozeratska OA. Legality of applying coercive medical measures in criminal law. Journal Cuestiones Políticas. 2021;39(71):126-46.



RS Global

FORENSIC PSYCHIATRIC STUDY OF PERSONS HAVING COMMITTED THEIR CRIMES ON SEXUAL BACKGROUND

Monograph

Edited by Kozeratska O.A.

Published 15.12.2023.
Typeface Times New Roman.
RS Global Sp. z O.O., Warsaw, Poland, 2023
Numer KRS: 0000672864
REGON: 367026200
NIP: 5213776394



RS Global

Criminal Background

**FORENSIC PSYCHIATRIC STUDY
OF PERSONS HAVING COMMITTED THEIR
CRIMES ON SEXUAL BACKGROUND**

Publisher:

RS Global

Dolna 17, Warsaw,

Poland 00-773

<https://monographs.rsglobal.pl/>

Tel: +48 226 0 227 03

Email: monographs@rsglobal.pl