

Возможности психологической коррекции сексуальных аномалий в стационаре

Бабина С.В., студент кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии Московского городского психолого-педагогического университета (svt.babina@gmail.com)

Дворянчиков Н.В., кандидат психологических наук, декан факультета юридической психологии, профессор кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии Московского городского психолого-педагогического университета (dvorian@gmail.com)

Статья посвящена изучению вопроса возможностей психологической коррекции сексуальных аномалий в условиях стационара. Проведен обзор современной отечественной и зарубежной литературы по проблемам лечения расстройств сексуального предпочтения и выделены основные направления терапии расстройств сексуального предпочтения. Представлен сопоставительный анализ трех терапевтических подходов для лечения сексуальных аномалий (психофармакологическое лечение, когнитивно-бихевиоральная терапия, психотерапия) с целью определения их результативности и актуальности роли психолога в проведении терапии. Данные подходы рассмотрены по следующим критериям: мишени терапии, задачи терапии, степень и глубина изменений, конкретные методы лечения. Обозначены положительные и отрицательные стороны разного терапевтического воздействия. Данный обзор позволяет сделать выводы о правильности организации максимально эффективного лечения сексуальных расстройств и о роли психолога в создании и реализации терапевтической схемы. Восполняются также некоторые пробелы в отечественных исследованиях терапии расстройств сексуального поведения.

Ключевые слова: парафилия, сексуальные расстройства, терапия, психофармакологическое лечение, когнитивно-бихевиоральная терапия, психотерапия.

Для цитаты:

Бабина С.В., Дворянчиков Н.В. Возможности психологической коррекции сексуальных аномалий в стационаре [Электронный ресурс] // Психология и право psyandlaw.ru. 2014. №2. URL: http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Babina_Dvoryanchikov.phtml (дата обращения: дд.мм.гггг)

Babina S.V., Dvoryanchikov N.V. Possibility of psychological correction of sexual anomalies in hospital. Jelektronnyj resurs «Psihologiya i pravo psyandlaw.ru», E-journal «Psychology and law», 2014. no. 2. Available at:

http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Babina_Dvoryanchikov.phtml
(Accessed dd.mm.yyyy)

Введение

Актуальность работы обусловлена большим числом лиц, страдающих сексуальными расстройствами и социальной опасностью, которую они представляют. В связи с этим необходима правильная организация эффективного лечения парафилий, профилактика нарушений сексуального поведения, просвещение социума в вопросах сексуальности. «Нарушения сексуального поведения (в том числе парафилии) можно определить в психологическом плане как своеобразную десоциализацию сексуального поведения» [5].

Для систем исполнения наказаний, психиатрических клиник и прочего необходима схема организации максимально эффективного лечения расстройств сексуального предпочтения. К примеру, в настоящее время в России лечение сексуальных преступников исчерпывается терапией основного психического расстройства и нуждается в дальнейшей разработке [3].

Целью исследования явилось проведение обзора современной литературы по проблемам лечения сексуальных расстройств и выделение основных способов коррекции сексуальных нарушений. Основной **задачей** анализа и сопоставления методов коррекции аномалий сексуального поведения было определение возможностей психологической помощи лицам с сексуальными девиациями.

Сопоставительный анализ проводился по трем терапевтическим направлениям: психофармакологическое лечение, когнитивно-бихевиоральная терапия, психотерапия, которые рассматривались по следующим критериям: мишени, цели и задачи, степень и глубина изменений, преимущества, недостатки, конкретные методы.

Проявления некоторых сексуальных расстройств могут носить социально опасный характер. Общественно опасным признается лицо, совершившее сексуальное правонарушение с нанесением физического или психологического вреда другим лицам или себе. Например, при садизме, вероятнее всего, будет нанесен физический вред, а при педофилии – психологический. Необходимо учитывать также прогноз динамики поведения в зависимости от течения каждой конкретной парафилии.

Согласно ст. 100, 101 УК РФ назначение принудительного лечения у психиатра или лечения в психиатрическом стационаре зависит от характера психического расстройства, необходимых условий ухода и содержания, существования общественной опасности [8]. Выбор типа принудительных мер медицинского характера (ст. 99 УК РФ) зависит от конечной перспективы, ожидаемой от лечения: «излечение или улучшение психического состояния и предупреждение совершения новых деяний» [там же, с. 37]. Достижение данной цели возможно при правильном выборе программ лечения и реабилитации.

Согласно Г.С. Васильченко «лечение сексуальных расстройств должно быть комплексным по существу, т. е. учитывающим всю структуру заболевания, и

направленным не только на стержневой синдром, но и на сопутствующие синдромы, без воздействия на которые нельзя добиться нормализации заболеваний» [2, с. 297].

В России лица с расстройством сексуального предпочтения, совершившие действия сексуального характера (ст. 132 УК РФ), признаются невменяемыми и им назначаются принудительные меры медицинского характера [8].

Согласно отечественным исследователям алгоритм лечения парафилий должен соответствовать алгоритму лечения психических расстройств. Нормализация психического состояния пациента – первая задача при осуществлении терапии. Психофармакологическое лечение обязательно должно сочетаться с психотерапией. Зарубежные исследования также доказывают, что при комбинации двух указанных методов предотвращаются повторные преступления против детей [13].

Стоит отметить, что в лечении лиц с сексуальными расстройствами важным фактором для благоприятного течения терапии является индивидуальная чувствительность пациента: культура, тип личности, интеллект, когнитивные способности и т. п. Эффективность процесса терапии и результат зависят от того, каким образом больной взаимодействует с процессом лечения. В связи с этим можно сказать об уникальности терапевтической программы для каждого конкретного человека, о необходимости адаптировать лечение с целью повышения эффективности терапевтического вмешательства и уменьшения вероятности рецидива (совершение повторного сексуального правонарушения). В России лица, не страдающие парафилией, но имеющие иное психическое расстройство, при совершении сексуального преступления подвергаются только лишь терапии основного заболевания [13].

Психофармакологическое лечение

Мишени

Необходимость психофармакологического лечения возникает при наличии коморбидного психического расстройства (аффективные расстройства, расстройства личности, употребление психоактивных веществ, когнитивные расстройства и т. п.).

Антиандрогены воздействуют на уровень тестостерона в крови и применяются чаще для лечения «агрессивных» парафилий, таких как педофилия, садизм и т. п., а также при гиперлибидемии. И.А. Басинской и Г.Е. Введенским были определены показания к применению антиандрогенов:

- шизофрения со смешанными аффективными и галлюцинаторно-параноидными расстройствами;
- органические расстройства личности с дисфорическими и смешанными аффективными расстройствами;
- умственная отсталость с дисфорическим синдромом [1].

Антидепрессанты назначаются при ярко выраженном обсессивно-компульсивном расстройстве, дисморфофобии. В целом схема лечения антидепрессантами индивидуальна для каждого пациента с сексуальной девиацией.

Нормотимики используются при обсессивной половой дисфории, нарушениях половой идентичности, так как при данных расстройствах наблюдается дефицит серотонинергических систем лимбической коры, базальных ганглиев и лобных долей.

Нейролептики показаны к применению при наличии психопатологических синдромов наряду с коморбидными парафилиями.

Задачи

Психофармакологическое лечение назначается для нормализации состояния пациента.

Антиандрогены снижают уровень тестостерона в крови, следовательно, снижается уровень агрессии.

Антидепрессанты восстанавливают нарушенную серотонинергическую функцию. Наиболее эффективны следующие препараты: кломипрамин, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина [6].

Нормотимики показаны при дефиците серотонинергических систем лимбической коры, базальных ганглиев и лобных долей.

Нейролептики наиболее эффективны при психопатоподобных состояниях.

Степень и глубина изменений

Существует общая схема изменений при психофармакологическом лечении.

В течение первого месяца лечения происходит понижение уровня сексуальной возбудимости и расторможенности (при их наличии), уменьшение частоты мастурбации и поллюции. На втором месяце лечения уменьшается частота проявлений компонентов сексуальной аномалии: реже возникают фантазии с эротическим содержанием, появляется общая пассивность вплоть до сонливости, снижение уровня тревожности и напряженности. К четвертому и пятому месяцу психическое состояние пациента стабилизируется.

Применение *антидепрессантов* и *нейролептиков* при лечении лиц с сексуальными девиациями в стационаре может отрицательно сказаться на эрекции и эякуляции. Побочный эффект в виде угнетения данных функций может оказать влияние на успешность дальнейшей адаптации пациента с половыми партнерами.

При лечении *антиандрогенами* наблюдается положительный терапевтический результат среди больных с «агрессивными» парафилиями и с сексуальной расторможенностью [1].

В целом зарубежные авторы сходятся во мнении, что нет достаточного количества исследований, чтобы однозначно говорить о положительном воздействии психофармакологического лечения на лиц с парафилиями. Недостатком медикаментозного лечения является вероятность осложнений со стороны сердечно-сосудистой и других систем.

Конкретные методы

Методами лечения в данном подходе к терапии расстройств сексуального предпочтения является применение различных препаратов смешанного действия.

Когнитивно-бихевиоральная терапия

Мишени

При лечении сексуальных преступников терапевтическая схема опирается на индивидуальный уровень риска, потребности и чувствительность. Под чувствительностью понимается факт того, что лечение должно осуществляться в соответствии с особенностями и способностями каждого конкретного человека [11].

Мишенями когнитивно-бихевиоральной терапии являются когнитивные искажения и когнитивные процессы, способность к близости и отношениям, умение управлять эмоциями и навыки саморегуляции, аномальное сексуальное влечение. Эмпатия рассматривается как мишень для терапии, если относить ее к изменчивому состоянию, а не к личностной характеристике.

Некоторые исследования выявляют корреляцию между изменением самооценки во время терапии и изменениями в мишенях, на которые направлена терапия [10].

Задачи

Перед началом лечения проводится оценка факторов риска, что позволяет подобрать такой уровень вмешательства, при котором терапия будет максимально эффективной. Затем оцениваются потребности пациента, в связи с чем устанавливается мишень для индивидуальной терапии. Следующим шагом оценивается чувствительность пациента и предполагается перспективное решение возникающих в ходе лечения трудностей. Оценка указанных параметров проводится и до и после лечения. Вместе с тем оценивается эффективность терапии на разных ее стадиях.

Сторонники когнитивно-поведенческого вмешательства полагают, что когнитивные функции личности связаны с ее поведением и влияют на него. Соответственно, аномальное сексуальное поведение рассматривается как паттерн, который возникает и существует благодаря подкреплению патологических реакций на определенный раздражитель. Следовательно, можно заключить, что основными задачами когнитивно-бихевиоральной терапии является:

- обнаружение и корректировка когнитивных искажений;
- замещение искаженных реакций на социально-приемлемые;

- снижение уровня аномального возбуждения;
- создание условий для социальной и сексуальной адаптации;
- управление аффективными состояниями;
- изменение мышления.

По завершении лечения сексуальные правонарушители нуждаются в психосоциальной поддержке, т. е. в наблюдении и коррекции возможных факторов риска рецидива.

Степень и глубина изменений

Стоит отметить, что наиболее эффективным будет та терапевтическая схема, которая подобрана с учетом всех индивидуальных особенностей пациента. Если речь идет о лечении человека, совершившего сексуальное преступление, то лечение учитывает индивидуальные динамические факторы риска правонарушителя. Соответственно более интенсивная терапия применяется к лицам с высоким риском и, согласно исследованиям, оказывает наибольший терапевтический эффект, нежели терапия, направленная на лиц с низким риском [11].

Основным положительным результатом применения когнитивно-бихевиоральной терапии является снижение вероятности возникновения рецидива при лечении сексуальных преступников [14].

Эффективность когнитивно-бихевиоральной терапии не зависит от добровольного или принудительного ее применения. Особенно позитивный результат возникает при лечении сексуальных преступников с умственной отсталостью и диссоциальной психопатией [9]. Эффективность данной терапии продемонстрирована также во время группового взаимодействия, целью которого являлась коррекция образов мужчин и женщин у сексуальных правонарушителей [15].

Конкретные методы

Обнаружение автоматических мыслей. Пациента просят обращать внимание на любое проявление нормального сексуального поведения, постепенно усложняя перед ним задачу. Впоследствии больной способен «останавливать» девиантные мысли и фантазии.

Для лиц с педофилией используют *тренинг личностной уверенности*. Согласно когнитивно-поведенческому подходу педофильное поведение формируется как паттерн единственно возможного способа общения с внешним миром вследствие негативного прошлого сексуального опыта.

В когнитивно-бихевиоральном подходе к лечению сексуальных девиаций используются поведенческие методики (например, *техника прогрессивной мышечной релаксации* Е. Джекобсона).

После указанной выше методики обычно используется *систематическая десенсибилизация*, направленная на устранение тревожности в период социальной адаптации. Так как мышечная релаксация не совместима с возбуждением, схема метода выглядит следующим образом: выстраивается иерархия ситуаций, вызывающих аномальное сексуальное влечение, и вместе с представлением самого легкого стимула пациент неоднократно использует мышечную релаксацию до тех пор, пока возбуждение при определенном стимуле не перестает возникать.

Аверсивная терапия заключается в прикреплении негативных переживаний к стимулам, вызывающим аномальное сексуальное возбуждение. Отрицательной реакцией могут быть как прикреплённые к изображению возбуждающего стимула удары тока и прием препаратов, вызывающих неприятные для пациента реакции организма, так и внушение неблагоприятных последствий девиантного поведения.

Метод пресыщения напоминает аверсивную терапию, но негативное отношение к ранее возбуждающим стимулам достигается с помощью предъявления их в большом объеме в различное время, что вызывает отрицательные эмоции и неприятные ощущения у пациента. К примеру, пациента вынуждают совершать мастурбаторные действия, опираясь на девиантные сексуальные фантазии после сексуальной разрядки с опорой на недевиантные стимулы.

Тренинг фантазий заключается в изменении содержания фантазий, когнитивных процессов, поведения.

Переобусловливание действует противоположно обозначенным выше методам. Сильные эмоциональные переживания и физические ощущения пациента во время возбуждения или оргазма привязываются к недевиантному стимулу. Терапия протекает весьма эффективно в силу того, что данные подкрепления являются очень мощными стимулами для возникновения условной реакции возбуждения.

Психотерапия и психокоррекция

Мишени

Целью психотерапии является:

- субъективное благополучие пациента;
- перемена симптоматики;
- изменение глубинных структур личности (возможно только после прохождения первых двух этапов).

А.А. Ткаченко пишет, что основной целью психотерапии и психокоррекции расстройств сексуального предпочтения является выработка замещающего поведения, обеспечивающего эмоциональную регуляцию пациента [7].

Задачи

Этапы психотерапии повторяют этапы онтогенеза в обратном порядке.

1. Разрушение паттерна отклоняющегося поведения.
2. Лечение аффективных и психосоматических расстройств.
3. Коррекция нарушений половой идентичности.
4. Формирование замещающего поведения.

Перед началом лечения пациента просят вспомнить наиболее яркий для него случай возникновения и совершения девиантного поведения с целью узнать о переживаниях пациента при проявлении парафилии, стимулах, запускающих аномальное сексуальное поведение, психическом состоянии до, во время и после проявления расстройства. Психотерапевтом также оценивается невербальная активность пациента.

На первом этапе терапии объект аномального сексуального влечения перестает быть стимулом для девиантного поведения. Нарушается эмоциональная регуляция лица с сексуальным расстройством и, как следствие, возникают аффективные, психосоматические расстройства; в некоторых случаях возникает критическое отношение к своему аномальному поведению, что является позитивным терапевтическим эффектом [16].

Задачей следующего этапа терапии является купирование аффективных и психосоматических расстройств. Основная используемая на данном этапе методика – *индукции трансовых состояний*. Она приводит к исчезновению аффективных нарушений и критического отношения к возможному повторению аномального сексуального поведения.

На третьем этапе происходит соответственно психокоррекция половой идентичности. Формируется новое «Я-реальное» и «Я-идеальное».

На четвертом этапе вырабатывается и реализуется поведение, замещающее парафильное. Изменяются механизмы восприятия, мышления, поведения с целью внесения изменений и перестройки шаблонов поведения: в данном случае – аномального сексуального поведения.

Степень и глубина изменений

По окончании курса психотерапии наблюдается снижение агрессивности пациента, снижение аутоэротических тенденций, амбивалентное восприятие мужчин и женщин исчезает. Увеличивается количество маскулиных характеристик и уменьшается количество фемининных характеристик, составляющих «Я-идеальное». Увеличивается связь между «Я-реальным» и «Я-идеальным», снижается между «Я-реальное» и «мужчина должен быть» [4].

Эффективность психотерапии и психокоррекции определяется отсутствием фантазий эротического содержания, включая девиантные фантазии, наличием замещающего поведения, изменением сексуальных предпочтений, изменением восприятия мужчин и женщин.

На первом этапе психотерапии показателем изменений будет возникновение аффективных колебаний: вербальные и невербальные проявления пациента не совпадают при фантазировании.

На втором этапе снижается либидо, частота паталогических фантазий; пациент становится спокойнее, повышается общий фон настроения вплоть до эйфории, или, напротив, возникают депрессия, растерянность, тревога ввиду уменьшения фиксации на сексуальной сфере.

На третьем этапе психотерапии происходит сближение «Я-реального» и «Я-идеального», увеличивается расстояние между «Я-реальное» и «мужчина должен быть», о чем говорилось выше как о значимом результате лечения.

Конкретные методы

Основным методом психотерапии и психокоррекции расстройств сексуального поведения является *нейролингвистическое программирование*. Данный метод включает в себя широкий набор методик, направленных на когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты идентичности; подразумевается терапия на подсознательном уровне с расстройствами психического и физического «Я».

На первом этапе терапии чаще используют методику «диссоциации». Реже используется *письменное изложение переживаний*, после чего снижается эмоциональность пациента касательно описанного им эпизода, появляется возможность перевести воспоминания о сексуальном отклонении из ассоциированной формы в диссоциированную. Также применяется *разрушение мышечного паттерна* при работе с позой и походкой.

На втором этапе больше внимания уделяется работе с имитативным поведением: подражание позе, походке, разыгрывание поведения в различных ситуациях. Методика *индукции трансовых состояний* приводит к исчезновению аффективных и психосоматических нарушений и критичного отношения к возможному повторению аномального сексуального поведения.

Задачи третьего этапа психотерапии решаются с помощью *терапевтических аналогий и метафор*.

На четвертом этапе, в конце психотерапевтического курса, к указанным в третьем этапе методикам добавляется *шестишаговый или семишаговый рефрейминг* (переосмысление) поведения [12].

Полученные в процессе обзора современной литературы по вопросам лечения сексуальных расстройств данные представлены и обобщены в сравнительной таблице.

Сопоставление методов терапии аномального сексуального поведения

Подход	Цели	Мишени	Задачи	Изменения	Преимущества	Недостатки	Методы
Психофармакологическое лечение	Нормализация состояния пациента	<p>Коморбидные психические расстройства;</p> <p>«Агрессивные» парафилии;</p> <p>Коморбидные парафилии</p> <p>Гиперлибидемия;</p> <p>Нарушение половой идентичности;</p> <p>Обессивная половая дисфория</p>	<p>Снижение уровня тестостерона в крови;</p> <p>Восстановление серотонинергических систем и функций.</p>	<p>Понижение уровня сексуальной возбудимости и расторможенности;</p> <p>Уменьшение частоты мастурбации и поллюции;</p> <p>Уменьшение частоты эротических фантазий;</p> <p>Снижение уровня тревожности и напряженности</p>	<p>Быстрый результат;</p> <p>Простота использования.</p>	<p>Угнетение половых функций;</p> <p>Уменьшение вероятности успешной социальной и сексуальной адаптации;</p> <p>Осложнения со стороны сердечно-сосудистой и других систем</p>	<p>Препараты:</p> <p>Антиандрогены;</p> <p>Антидепрессанты;</p> <p>Нормотимики;</p> <p>Нейролептики</p>

<p>Когнитивно-бихевиоральная терапия</p>	<p>Снижение вероятности возникновения рецидива</p>	<p>Когнитивные искажения; Когнитивные процессы; Способность к близости и отношениям; Саморегуляция; Аномальное сексуальное влечение; Эмпатия; Самооценка.</p>	<p>Обнаружение и корректировка когнитивных искажений; Замещение искаженных реакций на социально-приемлемые; Снижение уровня аномального сексуального возбуждения; Создание условий для социальной и сексуальной адаптации; Управление аффективными состояниями;</p>	<p>Возникновение замещающего поведения; Возникновение условной реакции возбуждения на социально-приемлемый стимул; Снижение уровня аномального сексуального возбуждения</p>	<p>Опора на индивидуальный уровень риска, потребности и чувствительность; Оценка факторов риска позволяет подобрать максимально эффективную терапию</p>	<p>Необходимость оценки эффективности на каждой стадии терапии; Необходимость психосоциальной поддержки после лечения для коррекции возможных факторов риска рецидива</p>	<p>Обнаружение автоматических мыслей; Терапия личностной уверенности; Поведенческие методики; Аверсивная терапия; Метод пресыщения; Тренинг фантазий; Переобусловливание</p>
--	--	---	---	---	---	---	--

			Изменение мышления.				
Психотерапия и психокоррекция	Субъективное благополучие пациента; Перемена симптоматики; Изменение глубинных структур личности; Выработка замещающего поведения, обеспечивающего эмоциональную регуляцию пациента	Аномальное сексуальное поведение; Нарушения половой идентичности; Аффективные и психосоматические расстройства	Разрушение паттерна отклоняющегося поведения; Лечение аффективных и психосоматических расстройств; Коррекция нарушений половой идентичности; Формирование замещающего поведения	Снижение агрессивности; Снижение аутоэротических тенденций; Исчезновение амбивалентного восприятия мужчин и женщин	Широкий набор методик, направленных на когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты идентичности	В связи с уменьшением фиксации на сексуальной сфере может возникнуть либо глубокая депрессия, либо эйфория	Нейролингвистическое программирование; Методика «диссоциации»; Методика индукции трансовых состояний; Терапевтические аналогии и метафоры; Рефрейминг поведения

Итак, нами был проведен сопоставительный анализ трех терапевтических подходов к лечению сексуальных аномалий, результаты которого позволяют заключить, что максимально благоприятное течение терапии сексуальных расстройств и ее эффективность обусловлены в первую очередь подбором методов лечения с учетом индивидуальных особенностей пациента. Каждый этап лечения сопровождается психологом и предполагает коррекцию методов терапии, их адаптацию к изменяющемуся состоянию личности, нуждающейся в помощи. По окончании лечения пациент нуждается в психосоциальной поддержке в первую очередь для успешной адаптации в обществе. Терапия сексуальных расстройств может включать в себя использование методов всех вышеуказанных подходов к лечению.

Своевременность и доступность психологической помощи людям с расстройствами сексуального поведения дает возможность предупреждения возникновения сексуальных девиаций, проведения профилактической работы, выявления личностей, попадающих в группу риска, а также возможность корректировки и подбора методов в течение всего курса терапии.

Литература

1. *Басинская И.А., Введенский Г.Е.* Лечение антиандрогенами психически больных, совершивших сексуальные правонарушения. – Материалы XV съезда психиатров России. – М., 2010. С 167–203.
2. *Васильченко Г.С.* Общая сексопатология. – М.: Медицина, 1977. – 488 с.
3. *Дворянчиков Н.В., Демидова Л.Ю.* Проблема расстройств сексуального предпочтения по материалам зарубежных исследований. – Юридическая психология. 2011. № 4. С 35–42.
4. *Дворянчиков Н.В., Носов С.С., Саламова Д.К.* Половое самосознание и методы его диагностики. – М.: Флинта, Наука. 2011. – 216 с.
5. *Дворянчиков Н.В.* Психологическое исследование в сексологической экспертизе обвиняемых по сексуальным правонарушениям. Психологическая наука и образование. 2012. № 2. [Электронный ресурс] URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n2/53470_full.shtml
6. *Мосолов С.Н.* Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995. – 567 с.
7. *Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В.* Судебная сексология: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2001. – 560 с.
8. Уголовный кодекс Российской Федерации. – М.: Проспект, КноРус, 2013. – 192 с.
9. *Abracen J., Looman J., Langton C.* Treatment of sexual offenders with psychopathic traits: Recent research developments and clinical // Trauma Violence Abuse. 2008. № 9. P. 144–166.
10. *Gendreau P., Goggin C.* The effects of prison sentences on recidivism // Public Works and Government Services Canada. 1999. № 37. P. 144–153.
11. *Gendreau P., Goggin C., & Papanozzi M.* Principles of effective assessment for community corrections // Federal Probation. 1996. № 60. P. 64–70.
12. *Grinder J., Bandler R.* The structure of magic 2: a book about communication and change // Science and behaviour Books. 1967. 321 p.
13. *Hanson R.K., Morton-Bourgon Kelly.* Predictors of sexual recidivism: an updated meta-analysis // Public safety and emergency preparedness Canada. 2004. 48 p.
14. *Losel F., Schmucker M.* The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis // Journal of Experimental Criminology. 2005. Vol. 1. № 1. P. 117–146. doi 10.1007/s11292-004-6466-7.

15. *Moertl K., Buchholz M.B., Lamott F.* Gender constructions of male sex. Offenders in Germany: narrative analysis from group psychotherapy // Archives of sexual behavior. 2010. 39 p.
16. *Pervan S., Hunter M.* Cognitive distortions and social self-esteem in sexual offenders // Applies psychology in Criminal Justice. 2007. № 3. P. 75–91.

Possibility of psychological correction of sexual anomalies in hospital

Babina S.V., Student, Chair of Clinical and Forensic Psychology, Department of Legal Psychology, Moscow State University of Psychology & Education (svt.babina@gmail.com)

Dvoryanchikov N.V., PhD (Psychology), Dean of the Department of Legal Psychology, Professor, Chair of Clinical and Forensic Psychology, Department of Legal Psychology, Moscow State University of Psychology & Education (dvorian@gmail.com)

The article examines the possibilities of psychological correction of sexual anomalies in the hospital. We reviewed modern Russian and foreign literature on the treatment of disorders of sexual preference and singled out the main directions of therapy of disorders of sexual preference. We presents a comparative analysis of three therapeutic approaches for the treatment of sexual anomalies (psychopharmacological treatment, cognitive-behavioral therapy, psychotherapy) to determine their effectiveness and assess the relevance of the role of the psychologist in conducting therapy. These approaches are discussed on the following criteria: therapy target, therapy aims, the extent and depth of changes, specific treatments. The positive and negative aspects of different treatments are indicated. The review allows the conclusion on correct organization of maximum effective treatment of sexual disorders and on the role of the psychologist in the creation and implementation of therapeutic schemes. We also replenished some of the gaps in Russian studies on treatment of sexual behavior disorders.

Keywords: paraphilia, sexual dysfunction, therapy, psychopharmacological treatment, cognitive-behavioral therapy, psychotherapy.

References

1. *Basinskaja I.A., Vvedenskij G.E.* Lechenie antiandrogeinami psihicheski bol'nyh, sovershivshih seksual'nye pravonarusheniya. – Materialy XV s#ezda psihiatrov Rossii. – M., 2010. S 167–203.
2. *Vasil'chenko G.S.* Obshhaja seksopatologija. – M.: Medicina, 1977. – 488 s.
3. *Dvorjanchikov N.V., Demidova L.Ju.* Problema rasstrojstv seksual'nogo predpochtenija po materialam zarubezhnyh issledovanij. – Juridicheskaja psihologija. 2011. № 4. S 35–42.
4. *Dvorjanchikov N.V., Nosov S.S., Salamova D.K.* Polovoe samosoznanie i metody ego diagnostiki. – M.: Flinta,Nauka. 2011. – 216 s.

-
5. *Dvorjanchikov N.V.* Psihologicheskoe issledovanie v seksologicheskoy jekspertize obvinjaemyh po seksual'nym pravonarushenijam. Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. 2012. № 2. [Jelektronnyj resurs] URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n2/53470_full.shtml
 6. *Mosolov S.N.* Klinicheskoe primenenie sovremennyh antidepressantov. SPb.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 1995. – 567 s.
 7. *Tkachenko A.A., Vvedenskij G.E., Dvorjanchikov N.V.* Sudebnaja seksologija: Rukovodstvo dlja vrachej. – M.: Medicina, 2001. – 560 s.
 8. Ugolovnyj kodeks Rossijskoj Federacii. – M.: Prospekt, KnoRus, 2013. – 192 s.
 9. *Abracen J., Looman J., Langton C.* Treatment of sexual offenders with psychopathic traits: Recent research developments and clinical // Trauma Violence Abuse. 2008. № 9. P. 144–166.
 10. *Gendreau P., Goggin C.* The effects of prison sentences on recidivism // Public Works and Government Services Canada. 1999. № 37. P. 144–153.
 11. *Gendreau P., Goggin C., & Paparozzi M.* Principles of effective assessment for community corrections // Federal Probation. 1996. № 60. P. 64–70.
 12. *Grinder J., Bandler R.* The structure of magic 2: a book about communication and change // Science and behaviour Books. 1967. 321 p.
 13. *Hanson R.K., Morton-Bourgon Kelly.* Predictors of sexual recidivism: an updated meta-analysis // Public safety and emergency preparedness Canada. 2004. 48 p.
 14. *Losel F., Schmucker M.* The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis // Journal of Experimental Criminology. 2005. Vol. 1. № 1. P. 117–146. doi 10.1007/s11292-004-6466-7.
 15. *Moertl K., Buchholz M.B., Lamott F.* Gender constructions of male sex. Offenders in Germany: narrative analysis from group psychotherapy // Archives of sexual behavior. 2010. 39 p.
 16. *Pervan S., Hunter M.* Cognitive distortions and social self-esteem in sexual offenders // Applies psychology in Criminal Justice. 2007. № 3. P. 75–91.