

Клинические рекомендации

## **Расстройства сексуального предпочтения**

Кодирование по Международной F65.0  
статистической классификации F65.1  
болезней и проблем, связанных F65.2  
со здоровьем: F65.3  
F65.4  
F65.5  
F65.6  
F65.8  
F65.9

Возрастная группа: взрослые

Год утверждения: **202\_**

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество психиатров

## Оглавление

Оглавление.....	1
Список сокращений .....	3
Термины и определения .....	4
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) .....	5
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....	5
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) ...	5
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	7
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....	9
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....	9
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	15
2.1 Жалобы и анамнез .....	15
2.2 Физикальное обследование .....	17
2.3 Лабораторные диагностические исследования .....	17
2.4 Инструментальные диагностические исследования.....	18
2.5 Иные диагностические исследования .....	21
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения....	23
3.1 Психологические вмешательства и психотерапия.....	24
3.2 Медикаментозное лечение .....	25
3.3 Иное лечение .....	28
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов.....	28
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики .....	29

6. Организация оказания медицинской помощи.....	30
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	32
Критерии оценки качества медицинской помощи .....	33
Список литературы.....	34
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций .....	43
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций .....	44
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата .....	47
Приложение Б. Алгоритм действий врача.....	48
Приложение Б1. Алгоритм диагностики .....	48
Приложение Б2. Алгоритм терапии .....	49
Приложение В. Информация для пациента.....	50
Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях .....	51
Приложение Г1. Методика «Маскулинность и Фемининность» .....	51
Приложение Г2. Методика «Цветовой тест отношений» .....	55
Приложение Г3. Методика «Кодирование» .....	58
Приложение Г4. Алгоритм написания заключения по результатам экспериментально-психологического исследования психосексуальной сферы .....	60

## **Список сокращений**

АГнРГ – агонисты гонадотропин-релизинг гормона

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия

МКБ-10 – Международная классификация болезней (10-й пересмотр)

МКБ-11 – Международная классификация болезней (11-й пересмотр)

МПА – ацетат медроксипрогестерона

РОП – Российское общество психиатров

РСП – расстройства сексуального предпочтения

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

ЦПА – ацетат ципротерона

УДД – уровень достоверности доказательств

УУР – уровень убедительности рекомендации

## **Термины и определения**

**Клиническое интервью (беседа)** – основной метод исследования, позволяет собрать субъективный анамнез и выявить клинические факты, определяющие психическое состояние и состояние сексуальной сферы.

**Расстройства агрессивно-садистического круга** – группа расстройств сексуального предпочтения, характеризующаяся наличием агрессивных или садистических проявлений в паттерне аномального сексуального возбуждения.

**Расстройства сексуального предпочтения (синонимы: парафилии, парафильные расстройства)** – ряд клинически значимых состояний, характеризующихся продолжительными и интенсивными атипичными паттернами сексуального возбуждения, включающими эротические мысли, фантазии, побуждения или поведение.

**Когнитивно-поведенческая терапия** – форма психотерапии, направленная на осознание и переработку ошибочных или дезадаптивных паттернов мышления с целью последующего изменения патологического поведения.

# **1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)**

## **1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

В МКБ-10 под РСП понимается наличие периодически возникающих интенсивных сексуальных желаний и фантазий, включающих необычные предметы или активность; в соответствии с этими влечениями индивид действует или испытывает из-за них значительный дистресс. При этом данное сексуальное предпочтение наблюдается на протяжении минимум 6 месяцев [1].

## **1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

В настоящее время нет единого мнения о механизмах формирования РСП, о чем свидетельствует факт существования нескольких десятков теоретических концепций, претендующих на объяснение этиопатогенеза таких расстройств. Предполагается, что РСП возникают на основе системного взаимодействия генетических, неврологических, гормональных, социальных и ситуационных факторов [2].

Генетическими влияниями можно объяснить не более 14,6% дисперсии в формировании РСП [3], однако, к настоящему времени исследования различных полиморфизмов генов не показали какой-либо специфики для лиц с парафилиями, и в будущих работах еще только предстоит разграничить влияние генетических факторов и ранних средовых воздействий [2].

Имеются данные о морфологических изменениях головного мозга при парафилиях, затрагивающих лобные и височные доли, миндалевидное тело, неоторные базальные ганглии, гипоталамус и ядра перегородки [4]. При статической магнитно-резонансной томографии выявлен сниженный объем волокон белого вещества, соединяющих области серого вещества, задействованные в реагировании на сексуальную стимуляцию, что позволило предположить нарушение связей между нервными центрами при педофильном влечении [5]. Результаты исследования гипоталамуса указывают на уменьшение его объема у группы испытуемых, совершивших сексуальные действия с детьми вне связи с наличием аномального сексуального влечения в форме педофилии [6]. Магнитное энцефалографическое исследование визуальной негативности рассогласования показало, что в группе испытуемых с педофилией в ответ на стимулы с изображением детей наблюдается рост активации нейронной активности в лобных и височных областях [7]. Нейрокогнитивные нарушения при педофилии, а также повышенная

частота встречаемости леворукости у пациентов с РСП связываются с объемом серого вещества в височно-теменном соединении и левой дорсолатеральной префронтальной коре [8]. Таким образом, имеющиеся на сегодня данные указывают на значимость лобных и височных областей мозга для РСП, которые скорее связаны с поведенческим контролем, чем с формированием аномального сексуального влечения. Исследование Kärgel с соавторами показало, что различия в нейронных связях в состоянии покоя также ассоциированы с аномальным сексуальным поведением в целом, а не с педофильным влечением самим по себе [9].

Влияние нейротрансмиттеров, согласно имеющимся данным, также связано с контролем сексуального поведения, но не с формированием самого РСП [10].

Отсутствуют явные доказательства того, что при РСП наблюдается повышенный базовый уровень тестостерона или повышенная активность рецепторов к антиандрогенам, а эффективность антиандрогенных препаратов связана лишь с общим снижением сексуального возбуждения [11]. В то же время показано, что при РСП изменяется секреция лютеинизирующего гормона, что свидетельствует в пользу гипоталамо-гипофизарно-гонадной дисфункции при парафилиях [2]. Есть данные о том, что развитие парафилий сопряжено с пренатальной андрогенизацией [12].

Среди психологических факторов, связанных с РСП, называются ранняя виктимизация (в том числе сексуальная), эмоциональная конгруэнция с детьми (совпадение эмоциональных потребностей взрослого и ребенка), трудности социальной адаптации, приводящие к неспособности построения здоровых сексуальных отношений, когнитивные искажения, нарушения саморегуляции [13]. С формированием РСП нередко увязывают пережитый опыт сексуального насилия, однако, лишь у малой части детей, подвергшихся сексуальному злоупотреблению, в дальнейшем формируется педофилия [14]; вместе с тем, процент таких лиц все же выше, чем в среднем в популяции. Психологические факторы формирования РСП связываются с недостаточным усвоением мужской половой роли и психосексуальной дезадаптацией таких лиц, которая выражается в том, что индивид, не чувствуя в себе достаточной мужественности, при педофилии обращается к более слабым и доступным объектам – детям, а при садизме, напротив, демонстрирует гиперролевые паттерны поведения [15].

### **1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Данные о распространенности расстройств сексуального предпочтения (парафильных расстройств) в популяции широко варьируются по результатам разных исследований. К оценкам

подобного рода следует относиться с большой осторожностью, поскольку дискриминативные критерии, положенные в основу таких исследований, часто не имеют ничего общего с диагностическими критериями парафилий.

По результатам исследований, проведенных на больших популяционных выборках и являющихся наиболее репрезентативными, процент лиц, имеющих выраженные аномальные сексуальные побуждения и желающих реализовывать их в поведении, для разных форм парафилий по самым скромным оценкам составляет: для эксгибиционизма 2–5,9% (мужчины) и 0,9–3,4% (женщины); для педофилии 1–1,1% (мужчины) и 0,1–0,2% (женщины); для садизма 2,2–9,5% (мужчины) и 2,1–5,1% (женщины); для фетишистского трансвестизма 1,5–7,2% (мужчины) и 0,5–5,5% (женщины) [16; 17].

Процент распространенности некоторых форм парафилий даже по результатам популяционных исследований варьируется в очень широких пределах (десятки процентов), что связано, вероятно, с недостаточно строго сформулированными вопросами к респондентам. В таком случае следует ориентироваться на минимальные оценки: для вуайеризма 8,3% (мужчины) и 2,2% (женщины); для фроттеризма 8,9% (мужчины) и 2,9% (женщины); для фетишизма 9,9% (мужчины) и 3% (женщины) [16]. Оценки распространенности парафильных расстройств, указанные в номенклатуре психических расстройств Американской психиатрической ассоциации [18], в целом согласуются с приведенными данными.

#### **1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

В соответствии с МКБ-10, РСП относятся к главе V, в которой описаны психические расстройства и расстройства поведения, к подразделу расстройств личности и поведения в зрелом возрасте [19].

Расстройства сексуального предпочтения (F65):

F65.0 – Фетишизм

F65.1 – Фетишистский трансвестизм

F65.2 – Эксгибиционизм

F65.3 – Вуайеризм

F65.4 – Педофилия

F65.5 – Садомазохизм



- F65.6 – Множественные расстройства сексуального предпочтения
- F65.8 – Другие расстройства сексуального предпочтения
- F65.9 – Расстройство сексуального предпочтения неуточненное.

В **МКБ-11** [20] парафилии выделены в отдельную рубрику парафильных расстройств. Диагноз парафильного расстройства предполагает наличие атипичных паттернов сексуального возбуждения, включающих лиц, не желающих или не способных дать согласие на такую активность, или связанных со значительным риском травматизации или смерти. Для установления диагноза индивид должен действовать в соответствии с аномальным паттерном или испытывать существенный дистресс в связи с его наличием.

Изменения в сравнении с МКБ-10 затрагивают два аспекта. В новом определении на первый план выводится критерий согласия, в связи с которым в МКБ-11 упраздняются такие диагнозы, как фетишизм и фетишистский трансвестизм. Также в новой версии классификации длительность существования аномального паттерна не обязательно должна превышать полгода, а может быть оценена клиницистом по своему усмотрению, то есть диагноз может быть выставлен раньше. В остальном изменения, внесенные в МКБ-11, носят скорее номинальный характер.

В рубрику парафильных расстройств в МКБ-11 включены:

- 6D30 - Эксибиционистское расстройство
- 6D31 - Вуайеристское расстройство
- 6D32 - Педофильное расстройство
- 6D33 - Принудительная форма сексуального садизма
- 6D34 - Фроттеристское расстройство (отдельно не выделялось в МКБ-10)
- 6D35 - Другое парафильное расстройство с вовлечением других лиц без их согласия
- 6D36 - Парафильное расстройство без вовлечения других лиц или по обоюдному согласию (предполагается, что в этой рубрике будут кодироваться расстройства, квалифицирующиеся как патология именно в связи со значительным риском травматизации или смерти)
- 6D3Z - Парафильные расстройства неуточненные.

Вместо диагноза множественных расстройств сексуального предпочтения в МКБ-11 при наличии нескольких аномальных предпочтений предполагается установление коморбидных диагнозов.

### **1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Реализованная в МКБ-10 классификация РСП выделяет наиболее часто встречающиеся в практике клинические формы РСП. Версия МКБ-10, предназначенная для использования в общей клинической, образовательной деятельности и работе социальных служб, не предусматривает общих критериев РСП, описывая каждое выделенное в классификации расстройство отдельно и отражая специфику конкретных форм аномального сексуального поведения.

Версия МКБ-10, предназначенная для применения в исследованиях, предусматривает наличие общих критериев диагностики, обязательных для каждой формы РСП [1]:

G1. Индивидууму свойственны периодически возникающие интенсивные сексуальные влечения и фантазии, включающие необычные предметы или активность.

G2. Индивидуум или действует в соответствии с этими влечениями, или испытывает значительный дистресс из-за них.

G3. Это предпочтение наблюдается минимум 6 месяцев.

### **1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

В соответствии с МКБ-10, для фетишизма характерно использование в качестве стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения неодушевленного предмета, при этом многие фетиши являются дополнениями к человеческому телу (предметы одежды или обуви). Другие фетиши могут характеризоваться особым материалом – резина, пластик или кожа. Значимость фетишей для индивида может варьировать, в некоторых случаях они служат для повышения сексуального возбуждения, достигаемого нормативным образом. Диагностика фетишизма осуществляется только в том случае, если фетиш является наиболее значительным источником сексуальной стимуляции или является обязательным для удовлетворительного сексуального ответа. Фетишистские фантазии встречаются часто, однако они не могут считаться расстройством до тех пор, пока не приводят к ритуальным действиям, которые являются столь

непреодолимыми и неприемлемыми, что препятствуют осуществлению полового акта и вызывают страдания у самого индивида [19].

При фетишистском трансвестизме отмечается надевание одежды противоположного пола с целью достижения сексуального возбуждения. Переодевание нацелено на преобразование собственной внешности с приданием ей черт, свойственных противоположному полу. Обычно надевается более одного предмета, часто полный комплект одежды с дополнением ее париком и косметикой. Во время эпизодов переодевания достигается ощущение принадлежности к другому полу. Фетишистский трансвестизм имеет четкую связь с сексуальным возбуждением, и после достижения оргазма и последующего сексуального расслабления обычно возникает сильное желание снять одежду [19].

При эксгибиционизме выявляется периодически возникающая или постоянная склонность к демонстрации собственных половых органов незнакомым людям в общественных местах без предложения или намерений непосредственного контакта. Обычно, хотя и не всегда, во время демонстрации гениталий возникает половое возбуждение, которое часто сопровождается мастурбацией [19].

Вуайеризм характеризуется периодически возникающей или постоянной склонностью к подсматриванию за людьми в момент совершения ими сексуальных или других интимных действий. Обычно это приводит к половому возбуждению и мастурбации, что осуществляется тайно от наблюдаемой особы, без желания обнаружить собственное присутствие и вступить в связь с лицом, за которым ведется наблюдение [19].

Педофилия представляет собой сексуальное влечение к детям, как правило, препубертатного возраста. При этом выделяют гетеросексуальную педофилию, в рамках которой предпочтение направлено на детей противоположного пола. При гомосексуальной педофилии предпочтение включает в себя детей своего пола, а бисексуальная педофилия – детей обоих полов. Диагноз педофилии может быть установлен и в отношении мужчин, сексуально посягающих на собственных детей препубертатного возраста. Проводить диагностику педофилии в пубертатном возрасте следует с осторожностью, и обязательным для установления диагноза считается достижение субъектом по меньшей мере 16-летнего возраста и наличие 5-летней разницы с используемым объектом. Контакты же между совершеннолетними и половозрелыми лицами юношеского возраста хотя и являются социально осуждаемыми и в

некоторых случаях уголовно наказуемыми, тем не менее, не обязательно свидетельствуют о педофилии [19].

Садомазохизм включает в себя предпочтение сексуальной активности, подразумевающей причинение боли, унижение или установление зависимости. При мазохизме индивид предпочитает быть подверженным такого рода стимуляции, а при садизме – он предпочитает быть ее источником. Человек может получать сексуальное удовлетворение как от садистической, так и от мазохистской активности. Слабые проявления садомазохистской стимуляции обычно применяются для усиления возбуждения в нормальной сексуальной активности. Диагностика садомазохизма возможна только в тех случаях, когда садомазохистская активность является основным источником сексуальной стимуляции или необходима для сексуального удовлетворения [19].

При множественных расстройствах сексуального предпочтения наблюдается более одного расстройства сексуального предпочтения без четкого преобладания какого-либо из них. Наиболее часто отмечается сочетание фетишизма, трансвестизма и садомазохизма [19].

Существует и множество других видов нарушения сексуального предпочтения и сексуальной активности. К ним относятся непристойные телефонные звонки (скатофилия), прикосновение к людям и трение о них в многолюдных общественных местах для сексуальной стимуляции (фроттеризм), сексуальные действия с животными (зоофилия), влечение к совершению изнасилований (раптофилия), сдавление кровеносных сосудов или удушение для усиления полового возбуждения (асфиксифилия), предпочтение партнеров с какими-либо анатомическими дефектами (апотемнофилия), сексуальные действия с трупами (некрофилия) и другие [19].

Клиническая картина РСП определяется их психопатологическим своеобразием, включающим в себя несколько вариантов: обсессивный, компульсивный, импульсивный [21]. Обсессивный вариант отражает, как правило, идеаторный уровень существования РСП. Отличительной особенностью этой формы является длительное существование аномальных сексуальных побуждений при отсутствии их реализации. Аномальные желания овладевают мыслями индивида. При этом сформированное влечение вступает в противоречие и с социально-ограничительными нормами, и с собственными морально-этическими установками. Девиантные побуждения возникают, как правило, непроизвольно, являются навязчивыми и неодолимыми. Их появление сопровождается выраженными вегетативными реакциями, снижением настроения,

тревогой, повышенной возбудимостью, истощаемостью, нарушениями сна. В связи с осознанием неестественности беспокоящих желаний и наличием критического к ним отношения индивид прибегает к совладающему поведению.

При компульсивном варианте в большинстве случаев индивид ясно отдает себе отчет в девиантном характере своего сексуального поведения. Влечение, как правило, возникает автономно, будучи производным и зависимым исключительно от внутренних стимулов. Несмотря на понимание неестественности своих переживаний, воспоминания о подобных актах в прошлом несут гедонистическую окраску, что вызывает возникновение внутреннего конфликта. Влечение при данном варианте возникает произвольно, часто на фоне астенических состояний, дисфорий. Его появлению сопутствуют аффективные нарушения со страхом, тревогой, эмоциональной лабильностью, нарушениями сна и аппетита. Возникшее желание быстро приобретает характер доминирующей идеи, имеет выраженную побудительную силу, препятствуя осуществлению привычных действий, занимает все мысли на протяжении длительного времени и приводит к борьбе мотивов, что сопровождается нарастанием напряженности, раздраженности, усилением тревоги. Сдерживание возникшего влечения способствует повышению эмоционального напряжения и беспокойства, увеличивая интенсивность побуждений к девиантной сексуальной активности. В результате желание становится неподвластным индивидууму и толкает его на реализацию аномального паттерна. Аномальное сексуальное поведение происходит на фоне суженного сознания с искаженным восприятием окружающего. Реализация влечения сопровождается субъективным чувством облегчения, которое вскоре сменяется осознанием неадекватности совершенного поступка. В ряде случаев отмечается амнезия, которая носит парциальный характер с фрагментарным воспоминанием о содеянном. Представление о сути совершенного деяния вызывает снижение настроения с идеями самообвинения и самоуничужения, с переживанием чувств стыда, раскаяния, вялости и разбитости.

При импульсивном варианте отмечается отсутствие осознания побуждений к девиантной сексуальной активности на фоне накопления астенизирующих факторов. Непосредственно перед реализацией влечения наблюдается резкое изменение психического состояния с появлением чувства безысходности, отрешенности и безразличия к окружающему. Собственные действия и поступки воспринимаются как независимые от собственной воли, что сопровождается признаками нарушения сознания с нечеткостью восприятия окружающего и дезориентировкой.

В этих условиях сексуальное влечение возникает внезапно, его реализации не предшествует внутренняя переработка и борьба мотивов, оно непосредственно переходит в действие без учета ситуации и обстановки. После девиантного акта наблюдается чувство облегчения и одновременно состояние протрации, вялости, расслабленности. Отмечается некоторый период неясного сознания, во время которого выявляется затруднение контакта, растерянность, нецеленаправленность и непоследовательность поступков, а также обнаруживается частичная или полная амнезия случившегося.

Обсессивный и импульсивный варианты РСП представляют собой крайние варианты психопатологических состояний и потому являются сравнительно редкими. Значительно же чаще имеют место промежуточные варианты в различных модификациях компульсивного варианта [21].

Отношение индивида к РСП может быть эгосинтоническим и эгодистоническим. При эгодистоническом отношении отмечается наличие критики к РСП, что позволяет индивиду бороться с ним. Для эгосинтонического отношения характерна спаянность личности с аномальным влечением, невозможность критического отношения к нему и контроля над ним [21].

Важным направлением в описании клинической картины РСП является выработка ясных и научно обоснованных критериев для разграничения вариантов нормативного поведения и психопатологических проявлений. Отмечается, что для установления диагноза РСП клиницисту необходимо учитывать как минимум пять дименсий для оценки соответствия индивида диагностическим критериям расстройства [22]. *Дименсия возбуждения* предполагает, что аномальные сексуальные побуждения в некоторых случаях могут проявляться лишь изредка и быть незначительной частью очень широкого диапазона сексуального поведения индивида, в других случаях индивид фиксирован исключительно на парафильном паттерне, аномальные переживания существуют все время без возможности получения сексуального удовлетворения альтернативными способами. *Дименсия активности* предполагает, что частота реализаций аномального паттерна может варьировать от наличия лишь периодически возникающих фантазий без какого-либо намерения осуществить их в реальной жизни, до регулярного планирования и реализации без намерений останавливаться. *Дименсия согласия* предполагает, что степень осознанной вовлеченности партнера в сексуальное взаимодействие, к которой стремится индивид, может быть как полной и явной (например, при ролевых играх), так и

требовать именно полного контроля над партнером, без чего получение сексуального удовлетворения становится невозможным. *Дименсия дистресса* предполагает, что индивид может как тяготиться возникающими у него аномальными побуждениями, так и считать их абсолютно нормальными, относиться к ним не критично. И, наконец, *дименсия вреда здоровью*, наносимого вследствие реализации аномального сексуального паттерна, может варьировать от крайне осторожного поведения по согласию, предполагающего ценность физического благополучия партнера (подобно системе знаков в добровольных практиках БДСМ), до получения удовольствия именно от нанесения существенного вреда другому человеку, вплоть до лишения его жизни.

Клиническая картина РСП во многом зависит от наличия коморбидной психической патологии. Так, у лиц с РСП часто встречаются признаки сопутствующих расстройств личности или других психических расстройств, включая аффективные расстройства, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, шизофрению, слабоумие и другие когнитивные расстройства [23].

Коморбидная психическая патология оказывает патопластическое влияние на РСП. В рамках расстройств шизофренического спектра при нарастании негативно-личностных изменений и при прогрессивном течении органических психических расстройств, сопровождающихся присоединением аффективных и психопатоподобных нарушений, пароксизмальных состояний, отмечается утяжеление клинических проявлений парафильных побуждений при более частом аутохтонном их возникновении, присоединение новых форм парафилий и аффективных расстройств перед реализацией аномальных фантазий по типу дисфории непсихотического уровня, усложнение психопатологического оформления самого парафильного поведения с появлением импульсивности и диссоциативных расстройств (деперсонализации и дереализации) [24].

Расстройства личности в меньшей степени оказывают влияние на динамику РСП за исключением того, что при них наблюдается более быстрое присоединение новых форм парафилий и учащение парафильных реализаций в отличие от тех случаев, когда РСП оказываются коморбидны органическим психическим расстройствам или шизофрении [24].

Аномальное сексуальное поведение не всегда связано с наличием РСП, а может быть обусловлено сексуальной расторможенностью, наблюдающейся в рамках органического расстройства личности, нарастающих негативно-личностных расстройств при шизофрении или

когнитивных расстройств при слабоумии, интоксикации психоактивными веществами [2; 25]. В таких случаях необходимо проводить дифференциальную диагностику между РСП и неадекватным сексуальным поведением, являющимся только симптомом основного психического расстройства. В пользу диагностической версии РСП свидетельствует наличие у индивидуума стойких и длительно существующих парафильных фантазий или поведения.

## **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

### **2.1 Жалобы и анамнез**

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии – клиническое интервью. Его принципы: однозначность, точность и доступность формулировок-вопросов; адекватность; последовательность (алгоритмизированность); беспристрастность опроса; проверяемость полученной информации.

Сбор жалоб и сексуального анамнеза, визуальное обследование, психопатологическое исследование, наблюдение за больным позволяют оценить особенности полового развития и динамики половой жизни, выявить этиопатогенетические факторы и клинические признаки РСП и проанализировать связь динамики коморбидной психической патологии и РСП.

В связи с этим в ходе клинического интервью следует выяснить [26]:

А) данные о наследственной отягощенности психическими расстройствами, в том числе о расстройствах влечений ближайшего окружения;

Б) особенности воспитания в родительской семье с учетом характерологических особенностей родителей;

В) оценку психосексуального развития в препубертатном возрасте (характер игровой деятельности, особенности контакта со сверстниками, наличие опыта сексуальных притязаний и сексуальных игр, наличие патогенных воздействий);

Г) оценку психосексуального развития в пубертатном возрасте (формирование платонического, эротического и сексуального либидо, возраст появления полового влечения, возраст появления эротических фантазий и анализ их содержания, оценка мастурбаторной активности – возраст появления, особенности мастурбаторной активности и эротического фантазирования во время нее);



Д) оценку сексуальной сферы в молодом и зрелом возрастах (динамика половой жизни – личностная и внешняя характеристика партнерш, длительность отношений и причины их разрыва, полоролевое взаимодействие в паре, особенности интимной жизни – ее регулярность, предпочитаемые формы половой активности, наличие функциональных (эректильных и эякуляторных) сексуальных расстройств);

Е) оценку формирования и динамики РСП (возраст начала и механизмы формирования РСП, содержание аномальных сексуальных фантазий, их периодичность и психопатологическое оформление, наличие стратегий совладания с РСП, влияние РСП на гетеросексуальную адаптацию, особенности аномального сексуального поведения и его психопатологического оформления, влияние коморбидной психической патологии и перенесенных экзогенных и психогенных вредностей на динамику РСП).

Ж) эффективность проводимого лечения.

Приступая к клиническому интервью, следует учитывать отношение пациента к беседе. Часто по отношению к психиатру и сексологу существует настороженность, нередко нежелание подвергаться обследованию. Беседа должна проводиться врачом в доверительной и непринужденной атмосфере, максимально исключая факторы, способные создать ощущение торопливости. Клиническая беседа с пациентом должна вестись из нейтральной (безоценочной) позиции. При невозможности отвлечься от субъективных переживаний врач должен исключить демонстрацию собственной личностной позиции и не допускать оценивающих, комментирующих и назидательных высказываний. Предпочтительными считаются вопросы, стимулирующие опрашиваемого к самостоятельному рассказу, который следует деликатно направлять в нужное русло.

Вопросы должны быть по возможности простыми и понятными пациенту, соответствующими уровню его речевого развития, учитывающими возраст и образование, а также языковой барьер (в случае, когда для пациента и терапевта родными являются разные языки). В тех случаях, когда обследуемый употребляет слова и выражения, точно описывающие его переживания, их следует приводить как прямую речь.

- **Клиническое исследование всех пациентов с РСП рекомендуется завершать систематизацией выявленных феноменов, их психопатологической**

квалификацией для целостного анализа, нозологической диагностики и выбора терапии [26].

УДД - 4, УУР – С.

**Комментарий:** при интерпретации полученных данных врач-психиатр или врач-сексолог должен руководствоваться клиническими аргументами с последовательным переходом от феноменологического описания к нозографической верификации и функциональному диагнозу. Для диагностики важны закономерности развития и динамики заболевания.

## **2.2 Физикальное обследование**

Физикальное обследование не применяется для диагностики РСП.

## **2.3 Лабораторные диагностические исследования**

Лабораторные диагностические исследования не применяются для диагностики РСП.

- В случае назначения пациентам, страдающим РСП, антиандрогенной терапии или АГнРГ, рекомендуется проведение ряда лабораторных исследований, направленных на предотвращение развития осложнений, связанных с применением лекарственных средств [26]:

- ✓ биохимический контроль ферментов печени 1 раз в месяц в течение 3 месяцев, затем 1 раз в 3 месяца с момента начала антиандрогенной терапии;
- ✓ контроль уровня пролактина 1 раз в 6 месяцев с момента начала антиандрогенной терапии;
- ✓ контроль уровня глюкозы крови 1 раз в 6 месяцев с момента начала антиандрогенной терапии;
- ✓ общий клинический анализ крови 1 раз в 6 месяцев с момента начала антиандрогенной терапии;
- ✓ контроль уровня кальция и фосфата в крови 1 раз в 6 месяцев с момента начала антиандрогенной терапии;
- ✓ контроль плотности костной ткани 1 раз в год с момента начала антиандрогенной терапии.

УДД - 5, УУР – С.

## **2.4 Инструментальные диагностические исследования**

Клинический метод до настоящего времени остается основным для квалификации РСП. Однако он не может являться вполне надежным в связи с тенденцией обследуемого отвечать социально желательным образом. В связи с этим в мировой практике для диагностики РСП используются такие вспомогательные психофизиологические методы, как пенильная плетизмография, время просмотра эротического стимульного материала, полиграф [27].

- **При неясности клинической картины с целью оценки парафильного интереса рекомендуется рассмотреть возможность использования психофизиологических методов исследования с применением полиграфа и системы бинокулярного трекинга глаз (айтрекера) [28; 30].**

**УДД – 3, УУР – В.**

- **При неясности клинической картины для вспомогательной диагностики РСП рекомендуется проводить тестирование на полиграфе с использованием не менее трех диагностических тестов: одного теста визуальной стимуляции и двух тестов вербальной стимуляции. При подозрении множественных РСП используется большее количество тестов [29].**

**УДД – 3, УУР – В.**

**Комментарии:** Решение о необходимости проведения психофизиологического исследования принимает врач-сексолог или врач-психиатр. Результаты психофизиологического исследования не могут предопределять то или иное диагностическое решение и должны оцениваться в совокупности с клиническими данными.

При проведении психофизиологического исследования с использованием полиграфа применяются визуальные (эротические фотографии, изображающие аномальные формы сексуальной активности или объекты) и вербальные стимулы (вопросы, формулировка которых, касается наличия аномальных сексуальных желаний и фантазий). Визуальные и вербальные тесты следует предъявлять не менее трех раз с экспозицией одних тех же стимулов, но каждый раз в разной последовательности, что повышает надежность получаемых результатов [29, 30]. При предъявлении визуальных и вербальных стимулов одновременно регистрируются

вегетативные реакции, на основании анализа которых оценивается значимость стимулов: изменения дыхания, деятельности сердечно-сосудистой системы, кожно-гальванический рефлекс. Дополнительно для исключения артефактов регистрируются голосовые и двигательные реакции. Синдром врожденного или приобретенного слабоумия, продуктивная психотическая симптоматика, апато-абулические и апрозектические расстройства, любое острое или обострение хронического соматического или инфекционного заболевания являются абсолютными противопоказаниями к тестированию на полиграфе [31].

Алгоритм психофизиологического исследования с использованием полиграфа включает в себя:

✓ Предтестовую беседу: выясняют биографические сведения, особенности половой жизни и эротического фантазирования, знакомят обследуемого с процедурой психофизиологического тестирования, определяют наличие противопоказаний и берут письменное добровольное согласие.

✓ Тестирование:

○ Регистрация фоновых реакций. Проводится в течение 5-ти минут для оценки индивидуальных физиологических особенностей пациента в состоянии покоя [32; 33].

○ Предъявление адаптационного стимульного теста для оценки адекватности физиологического реагирования при сокрытии о себе информации. Данный тест включает 5 имен, одно из которых принадлежит обследуемому. Вопросы формулируются следующим образом: «Вас зовут ... (имя)?». На все вопросы, в том числе при предъявлении собственного имени, тестируемый отвечает «Нет» [32; 33].

○ Визуальная стимуляция: используются тесты пороговой визуальной стимуляции, которые включают не более 10 фотографий, представляющих собой нейтральные (пейзажи), контрольные (гетеросексуальные нормативные) и проверочные (аномальные сексуальные) стимулы. Слайды теста должны быть однородны по цветовой гамме, размеру и композиции. На каждом стимуле должен быть запечатлен только один объект. Время экспозиции каждой фотографии составляет 10-15 секунд [29, 30].

○ Вербальная стимуляция: применяется «Методика контрольных вопросов», тесты которой включают в себя ряд нейтральных, контрольных и проверочных (релевантных) вопросов. Удобны для диагностики РСП скрининговые тесты, структура которых выглядит следующим образом: N0-N1-C1-R1-R2-...RN-C2, где N – нейтральный, C – контрольный и R – релевантный вопросы. Нейтральные вопросы касаются общих биографических сведений. Контрольные вопросы связаны с сексуальной тематикой, исключая тему парафильных предпочтений, или ситуацией тестирования. Формулировка проверочных вопросов сопряжена с целью тестирования на полиграфе – выявлением аномальных сексуальных предпочтений [29, 30].

✓ Анализ данных: применяется метрический анализ или семиуровневая система числовой оценки [30, 32, 33, 34].

✓ Оформление заключения. Заключение состоит из вступительной, исследовательской и заключительной частей. В первой части указываются место и время проведения обследования, паспортные данные обследуемого лица, цель проведения тестирования. В исследовательской части указываются особенности поведения пациента в ходе предтестовой беседы и регистрации физиологических реакций, набор используемых тестов, способ анализа и вероятность принятия решения (допустимый порог статистической значимости стимула). В заключительной части приводится медицинская квалификация тех стимулов, на которые были получены значимые физиологические изменения. При интерпретации результатов можно с вероятностью говорить о наличии парафильного интереса у пациента при выявлении реакций на релевантные стимулы более, чем в 50% тестов (например, в двух тестах из трех) [30].

При проведении психофизиологического исследования с использованием системы бинокулярного трекинга глаз для оценки парафильного интереса рекомендуется использовать визуальные стимулы – эротические фотографии, изображающие аномальные формы сексуальной активности или объекты [28]. При предъявлении визуальных стимулов с помощью инфракрасных камер оцениваются особенности глазодвигательной активности (саккады, фиксации, моргания, диаметр зрачка), которые позволяют судить о значимости стимула. Противопоказания на настоящий момент не установлены.

Алгоритм исследования во многом схож с тем, который используется при проведении психофизиологического исследования на полиграфе, за исключением некоторых деталей: при

проведении тестирования проводится только визуальная стимуляция. Визуальный тест также предъявляется не менее, чем три раза с экспозицией одних тех же стимулов, но каждый раз в разной последовательности, что повышает надежность получаемых данных. При анализе результатов используют параметры, отражающие частоту и продолжительность морганий, изменения диаметра зрачка, фиксационную (общая продолжительность фиксаций, средняя продолжительность фиксаций, продолжительность первой фиксации, дисперсия фиксаций и другие параметры) и саккадическую (количество саккад, латентность саккад) активность. При интерпретации результатов следует с вероятностью говорить о наличии парафильного интереса при выявлении реакций на релевантные стимулы в одном тесте визуальной стимуляции [28].

## **2.5 Иные диагностические исследования**

- При неясности клинической картины, а также для отслеживания динамики в процессе терапии рекомендуется проведение экспериментально-психологического исследования психосексуальной сферы [26; 36; 37], включающего в себя следующий набор методик:

- ✓ Методика «Маскулинность и Фемининность». Модифицированная версия методики BSRI (Bem Sex-Role Inventory) [38]. Модификация Т.Л. Бессоновой [39] и Н.В. Дворянчикова [40] (Приложение Г1),
- ✓ Методика «Цветовой тест отношений», основанная на идее цветоассоциативного эксперимента, разработанного А.М. Эткингом [41] (Приложение Г2),
- ✓ Методика «Кодирование» – модифицированный вариант техники «Проективный перечень» З. Старовича [42]. Модификация Н.В. Дворянчикова [40] (Приложение Г3).

**УДД – 3, УУР – В.**

**Комментарий:** решение о необходимости проведения экспериментально-психологического исследования психосексуальной сферы принимает ведущий пациента врач-сексолог или врач-психиатр. Исследование предполагает проведение всех трех обозначенных методик и интерпретацию результатов по совокупности полученных данных. Результаты исследования дают врачу дополнительную информацию о состоянии психосексуальной сферы пациента и могут использоваться для подтверждения или отсутствия диагноза только в

контексте других методов. С указанными уровнями достоверности и убедительности методики позволяют оценить вероятность наличия у пациента только таких РСП, как педофилия и садизм. При интерпретации результатов следует учитывать тот факт, что психологические профили психосексуальной сферы для РСП были разработаны исключительно на лицах мужского пола, проходящих судебно-психиатрическую оценку, поэтому при работе с другими группами пациентов результаты исследования должны интерпретироваться с осторожностью. Алгоритм написания заключения по результатам обследования приведен в приложении (Приложение Г4).

Далее приведены психологические признаки педофилии и садизма, которые нашли подтверждение в нескольких работах и были обобщены в последнем сравнительном исследовании [36]:

#### Психологические признаки педофилии:

- ✓ Сильное рассогласование с мужским образом;
- ✓ Отсутствие стремления соответствовать мужской половой роли (либо формальное стремление), находящее отражение в полоролевом поведении;
- ✓ Эмоциональное отношение к полоролевым стереотипам (мужскому и женскому образам) отличается от положительного;
- ✓ Отношение к сексуальной сфере связано с явно выраженной тревогой;
- ✓ Предпочтение слабого и пассивного объекта в сексуальных отношениях;
- ✓ Бóльшая эмоциональная привлекательность детского образа в сравнении с женским;
- ✓ Искаженное представление о полоролевых стереотипах.

#### Психологические признаки садизма:

- ✓ Деперсонифицированное восприятие образов;
- ✓ Трансформированность образа «Я»;
- ✓ Смысловая идентификация с образом женщины или недифференцированный тип образа «Я»;
- ✓ Существенное несоответствие между актуальным и идеальным представлением о себе;
- ✓ Признаки гиперролевого поведения;
- ✓ Явная эмоциональная инверсия.

### **3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

Целями лечения РСП являются:

- снижение аномального сексуального интереса и его проявлений в поведении;
- контроль аномальных фантазий и поведения;
- повышение нормативного сексуального интереса и формирование нормативных моделей сексуального поведения;
- улучшение навыков социального взаимодействия и стратегий совладания со стрессом, повышение качества жизни;
- снижение риска совершения сексуальных преступлений;
- поддержание способности к успешной жизни в обществе.

Алгоритм лечения РСП представляет собой многоуровневую систему, а выбор конкретного уровня зависит от степени тяжести сексуального расстройства. Лечение всех пациентов с РСП следует проводить с учетом клинической характеристики расстройства и особенностей парафильного поведения. Так, при легкой степени РСП речь идет о наличии у субъекта только парафильных фантазий без намерения их реализации, присутствует критика к своему аномальному влечению, поэтому в таком случае лечение может ограничиваться психотерапией. При умеренной степени РСП наблюдаются парафильные фантазии и дистантные формы активности (например, при эксгибиционизме и вуайеризме) или намерение реализовать аномальный паттерн, эгодистоническое отношение к своему аномальному влечению при его обсессивном, обсессивно-компульсивном или компульсивном характере. В таких случаях помимо психотерапии применяют СИОЗС. При выраженной степени РСП помимо парафильных фантазий имеют место контактные формы парафильной активности при сохранной критике и эгодистоническом отношении к своему влечению, которое носит обсессивно-компульсивный или компульсивный характер. В таком случае наряду с психотерапией проводится антиандрогенная терапия с применением ЦПА или МПА, при необходимости в сочетании с СИОЗС. Для тяжелой степени РСП характерны агрессивные-садистические фантазии или поведение (независимо от отношения к влечению и его характера) или другие парафильные побуждения с эгосинтоническим отношением к влечению или импульсивным характером его



реализации. В таком случае наряду с психотерапией целесообразно применение АГнРГ, при необходимости могут быть назначены СИОЗС [2, 26].

Оптимальный подход к лечению РСП включает фармакологическую и психологическую помощь. Фармакологическое лечение РСП в настоящее время не проводится изолированно от психотерапевтических вмешательств [2]. Ограничение свободы и изоляция лиц с РСП, применение специфических медикаментов не изменяют парафильный интерес, лишь затрудняют его реализацию или позволяют лучше контролировать аномальные сексуальные побуждения.

### **3.1 Психологические вмешательства и психотерапия**

Психотерапевтические вмешательства при РСП направлены на изменение аномального сексуального интереса, развитие стратегий совладания с аномальными побуждениями и навыков социальной адаптации. Существуют споры относительно долгосрочной эффективности психотерапевтических вмешательств. В целом исследователями отмечается нехватка больших рандомизированных, контролируемых (в том числе плацебо-контролируемых) исследований [43].

- **Всем пациентам с РСП с целью изменения сексуального интереса, формирования стратегий совладания с аномальными побуждениями и навыков социальной адаптации рекомендуется применять разновидности КПТ [2; 44-47].**

**УДД – 2, УУР – В.**

**Комментарий:** эффективность КПТ подтверждена для относительно коротких периодов наблюдения после отмены лечения, однако, в отдаленном периоде после отмены терапии риск рецидива РСП может вновь увеличиваться, поэтому таким пациентам проводится долгосрочная терапия (от 2 лет для легкой степени расстройства, и от 5 лет для более тяжелых форм РСП) [2].

Программы КПТ также направлены на изменение искаженных моделей мышления (когнитивных искажений) и социальных установок, развитие эмпатии, улучшение социального функционирования и другие факторы, связанные с наличием и реализацией аномальных сексуальных побуждений [48]. Существует несколько разновидностей КПТ для работы с пациентами с парафильным интересом [49; 50], но содержательно все они очень близки друг к другу.

Значимым является этический аспект терапевтической работы с пациентами, имеющими РСП, поскольку такое расстройство может быть связано с наличием противоправной

поведенческой активности. Согласно п. 3, ч. 4, ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан...» (от 21.11.2011 № 323-ФЗ, ред. от 13.07.2022), «предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органов прокуратуры». Перед началом терапевтической работы врач обязан обговорить с пациентом этот важный момент, предполагающий возможность разглашения сообщенных пациентом сведений при наличии в них состава преступления.

### **3.2 Медикаментозное лечение**

У пациентов с РСП при реализации ими парафильных фантазий в дополнение к психотерапии во многих случаях применяется фармакологическое лечение. Показания к применению психофармакологических препаратов определяются психопатологическим оформлением РСП, степенью тяжести расстройства и наличием коморбидной психической патологии. Оправдано применение именно комплексного подхода. Использование только психотерапии или только фармакотерапии дает меньший терапевтический эффект по сравнению с комплексным подходом [51]. Длительность фармакологического лечения РСП должна определяться клиническим эффектом и составлять не менее 3 лет [2].

При терапии РСП используются препараты следующих фармакологических классов: антиандроены и АГнРГ, вводимые при необходимости парентерально, и антидепрессанты.

Никакой эффективности при применении противоэпилептических препаратов и препаратов лития при лечении РСП без коморбидной психической патологии не было обнаружено [2]. Также не сообщалось об эффективности применения антипсихотиков при РСП (за исключением случаев сочетания РСП с шизофренией), в то время как наблюдались многочисленные и потенциально опасные побочные эффекты [2].

#### **Антидепрессанты**

- **При наличии у пациента с РСП обсессивных аномальных сексуальных фантазий, импульсивности, гиперсексуальности, тревоги или депрессии с целью облегчения психопатологической симптоматики рекомендуется применение**

**СИОЗС [52-65]: #флуоксетина\*\* (20-60 мг/сут) или #сертралина\*\* (200 мг/сут) [2; 56].**

**УДД – 5, УУР – С.**

- Пациентам, страдающим РСП, не рекомендуется применять пароксетин в связи с большей вероятностью развития эректильной дисфункции, что затрудняет комплаентность [66].

**УДД – 5, УУР – С.**

**Комментарии:** СИОЗС могут применяться в сочетании с лечением антиандрогенами или АГнРГ для редукции депрессивных симптомов, которые часто наблюдаются в первые месяцы лечения антиандрогенами или АГнРГ [2]. РСП обычно начинаются в подростковом возрасте и ограничиваются парафильными фантазиями, сопряженными с мастурбацией. Назначение СИОЗС на этом этапе допустимо и может помочь предотвратить аномальную сексуальную поведенческую активность [54].

#### **Антиандрогены и АГнРГ**

- Пациентам с РСП, реализующим парафильные фантазии в контактной форме, рекомендуются #медроксипрогестерон\*\* (50-400 мг/сут перорально или 100-800 мг/неделю внутримышечно) или #ципротерон\*\* (50-300 мг/сут перорально или 200-400 мг/1-2 недели внутримышечно) [24, 77, 78, 79, 87]. В случае тяжелой степени расстройства рекомендуются #трипторелин\*\* (3,75 мг/месяц) или #лейпрорелин\*\* (3,75 мг/месяц) [2].

**УДД – 5, УУР – С.**

**Комментарии:** Применение антиандрогенов и АГнРГ оправдано не во всех случаях, что связано с наличием побочных эффектов и ряда противопоказаний. Перед назначением антиандрогенов или АГнРГ необходима консультация эндокринолога. Использование антиандрогенов и АГнРГ показано при РСП, характеризующихся интенсивными и частыми парафильными побуждениями с высоким риском реализации (независимо от характера влечения и отношения к нему), эгосинтоническим отношением к влечению, импульсивностью парафильных реализаций, особенно при РСП агрессивно-садистического круга. При этом при низкой комплаентности пациента следует проводить антиандрогенную терапию в

парентеральной форме. Следует учитывать, что антиандрогены могут усилить имеющуюся психотическую симптоматику [2; 27; 67; 68].

Дозировка указанных препаратов подбирается индивидуально и может корректироваться до достижения положительного терапевтического эффекта (до исчезновения парафилльных фантазий и активности).

При антиандрогенной терапии терапевтический эффект наступает через 3-12 недель. Минимальная продолжительность лечения МПА и ЦПА составляет 2 года, так как раннее прекращение лечения является фактором риска появления парафилльной активности [67-87].

При использовании АГнРГ положительный терапевтический эффект наступает через 1-3 месяца лечения. Минимальная продолжительность лечения АГнРГ – 3 года [2]. Агонисты гонадотропин-релизинг гормона представляют собой депо-препараты, которые вводятся парентерально 1 раз в месяц или 1 раз в 3 месяца.

В большинстве случаев (в 60-90%) после отмены антиандрогенов и АГнРГ отмечается возвращение парафилльных фантазий, в связи с чем некоторым пациентам необходим пожизненный прием указанных лекарственных средств [2].

При проведении терапии необходим мониторинг состояния: один раз в месяц в течение 3 месяцев и затем каждые 3-6 месяцев должен проводиться биохимический контроль крови с определением ферментов печени; каждые 6 месяцев нужно контролировать уровни пролактина, глюкозы крови, общий анализ крови, уровни кальция и фосфата крови, кровяное давление, вес. Плотность костной ткани должна проверяться каждый год.

При появлении серьезных побочных эффектов (тромбоэмболия или тяжелая печеночная дисфункция) лечение ЦПА или МПА необходимо заменить АГнРГ. После отмены антиандрогенов или АГнРГ гормональное лечение может быть возобновлено в случае рецидива парафилльных фантазий или поведения.

- **С целью профилактики усиления парафилльного влечения при использовании АГнРГ в первые недели терапии всем пациентам дополнительно рекомендуется применять антиандрогены (ЦПА) [2].**

**УДД – 5, УУР – С.**

**Комментарий:** необходимо избегать резкой отмены АГнРГ. ЦПА может быть использован для предотвращения риска рецидива, связанного с восстановлением уровня тестостерона в случае отмены АГнРГ [2].

- При формировании тяжелого остеопороза при применении антиандрогенов или АГнРГ рекомендуется назначить кальций, витамин Д и/или бисфосфонаты [2].

УДД – 5, УУР – С.

### **3.3 Иное лечение**

Помимо фармакологических и психотерапевтических методов для лечения РСП в некоторых странах применяется хирургическая кастрация (орхиэктомия) [2]. Применение хирургических методов, как вызывающих необратимые последствия, при принудительном лечении психических расстройств в России запрещено согласно п. 5 ст. 11 Закона «О психиатрической помощи...». Орхиэктомия при добровольном согласии пациента в Российской Федерации проводится при лечении иных заболеваний (например, при злокачественных опухолях яичек, раке предстательной железы, тяжелых заболеваниях мошонки) и тяжелых травмах мошонки с размождением яичка [88]. Случаев применения орхиэктомии для лечения РСП в Российской Федерации не задокументировано.

## **4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов**

Реабилитация и интеграция в общество лиц с РСП, особенно в случае принудительного лечения ранее совершавших сексуальные правонарушения, затрудняется негативными установками в отношении таких лиц, необходимостью выдерживать баланс между социальной интеграцией и общественной безопасностью [89]. Во многих странах в отношении лиц с РСП,

совершивших правонарушения, применяются ограничения, касающиеся их места проживания, трудоустройства, а также используются системы публичного оповещения населения об их местонахождении [90]. Показано, что жесткие ограничительные меры усиливают социальную изоляцию лиц с РСП и могут сказываться на увеличении риска повторных реализаций аномальных сексуальных побуждений [91]. Напротив, благоприятный терапевтический климат и направленность терапевтических вмешательств на интеграцию, а не на изоляцию, способствуют улучшению динамических факторов риска [92]. Показано, что оказание терапевтической помощи в сообществе, а не в тюрьме, более эффективно [93].

- **Всем пациентам с РСП с целью формирования навыков эмоциональной регуляции, социальных навыков для взаимодействия со взрослым гетеросексуальным партнером, выработки стратегий совладания с парафильным влечением рекомендуется участие в группах социальной поддержки, а также, при наличии партнера, прохождение семейной терапии [94; 95].**

УДД - 5, УУР – С.

## **5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

Работа с лицами, проявляющими аномальный сексуальный интерес, редко осуществляется за пределами судебно-следственной системы [96]. Первичная профилактика РСП заключается в организации системы помощи лицам с аномальным сексуальным влечением, добровольно обратившимся к специалистам. Например, возможна организация анонимных телефонов доверия или анонимного лечения как для лиц с РСП, совершающих контактные действия, но не попавших в поле зрения полиции, так и для тех, кто впервые поймал себя на аномальном фантазировании или только осознал свое аномальное влечение, но еще не реализовывал его [48; 49].

Вторичная профилактика заключается в проведении долгосрочной фармакотерапии и психотерапии с формированием стратегий совладания с парафильным влечением, нормативного сексуального интереса и моделей сексуального поведения.

- Пациентам с РСП выраженной и тяжелой степени с целью вторичной профилактики рецидива рекомендуется долгосрочная психотерапия и, при необходимости, фармакотерапия. [2].

УДД – 3, УУР – В.

**Комментарий:** при тяжелых степенях РСП лечение может продолжаться многие годы. В некоторых случаях рекомендован пожизненный прием антиандроенов или АГнРГ, что обусловлено появлением парафильных фантазий после прекращения лечения.

Лица, страдающие педофилией и совершившие преступления против половой неприкосновенности несовершеннолетних и признанные вменяемыми или ограниченно вменяемыми, в случае сохранения у них риска повторного совершения правонарушения, связанного с наличием актуальных парафильных побуждений, подлежат амбулаторному принудительному наблюдению и лечению у врача-психиатра после их освобождения из мест лишения свободы. Также лицам, имеющим РСП, совершившим преступления против половой неприкосновенности и признанным невменяемыми, после прохождения ими принудительного лечения в стационарных условиях должно быть рекомендовано амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра. Согласно действующему приказу Минздрава РФ от 30.06.2022г. № 453, данная категория пациентов должна быть отнесена к Д-5 группе диспансерного наблюдения.

После прохождения амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра при условии полной редукции парафильных фантазий и побуждений принудительное лечение может быть отменено и рекомендуется установить активное диспансерное наблюдение для профилактики рецидива РСП. Такие пациенты должны быть определены в группу диспансерного наблюдения Д-5 как склонные к общественно-опасным действиям. Установление диспансерного наблюдения не является пожизненным. В случаях значительного и стойкого улучшения психического состояния пациента диспансерное наблюдение прекращается.

## **6. Организация оказания медицинской помощи**

Лица, страдающие психическими расстройствами, имеют право на психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях (ст. 5 Закона «О психиатрической помощи...»).

Наличие РСП не является показанием к стационарному лечению. Лечение пациентов с РСП при отсутствии тяжелой коморбидной патологии должно осуществляться в амбулаторных условиях. Достаточным показанием для амбулаторного лечения является наличие только парафильных фантазий, независимо от того, были ли они ранее реализованы.

В отношении лиц, страдающих педофилией и совершивших преступления против половой неприкосновенности несовершеннолетних, в соответствии с действующим законодательством РФ установлен особый порядок принудительного лечения. Так, если у обвиняемого в противоправных действиях сексуального характера в отношении несовершеннолетнего диагностируется педофилия, то даже в отсутствие иных психических расстройств, имеющих юридическое значение, он подлежит амбулаторному принудительному наблюдению и лечению у психиатра. Исполнение принудительного лечения во время отбывания наказания возлагается на медицинскую службу Федеральной службы исполнения наказаний Министерства юстиции РФ.

Вне зависимости от времени последнего освидетельствования и даже в случае отмены принудительного лечения лицо, к которому принудительное лечение применяется (либо применялось, но было отменено) должно быть направлено на судебно-психиатрическую экспертизу не позднее 6 месяцев до истечения срока наказания. Экспертиза назначается судом по ходатайству администрации учреждения, исполняющего наказание. Целью экспертного исследования в таком случае является вопрос о необходимости применения принудительного лечения лица после отбытия им наказания (а также в период условно-досрочного освобождения или в период отбывания более мягкого наказания). Экспертам в своем заключении следует указать диагноз (наличие или отсутствие расстройства сексуального предпочтения в форме педофилии), а также наличие или отсутствие необходимости применения к осужденному после отбытия им наказания амбулаторного принудительного наблюдения и лечения. Суд на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы может назначить принудительную меру медицинского характера, предусмотренную пунктом «а» части первой статьи 99 УК РФ, или прекратить ее применение (ч. 2.1 ст. 102 УК РФ).

Исполнение амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра, назначенного в качестве принудительной меры медицинского характера после отбывания наказания, возлагается на учреждения органов здравоохранения, оказывающие амбулаторную



психиатрическую помощь (психоневрологические диспансеры, кабинеты психиатров) (ч. 1 ст. 104 УК РФ).

Амбулаторное принудительное лечение, назначенное после отбывания наказания, продлевается и прекращается по правилам, предусмотренным в ч. 2 ст. 102 УК РФ, и не может быть заменено на принудительное стационарное лечение.

Кроме того, на лиц, указанных в п. «д» ч. 1 ст. 97 УК РФ, которым после отбывания наказания назначено амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, распространяется совместный приказ Минздрава РФ и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. № 133/269 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий...», в частности, те положения, которые касаются лиц, направленных судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра. Инструкция об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, предусматривает выделение группы пациентов, подлежащих активному диспансерному наблюдению в психоневрологических диспансерах (отделениях, кабинетах).

Особенности активного диспансерного наблюдения прописаны в «Порядке диспансерного наблюдения...», утвержденном приказом МЗ РФ от 30.06.2022 № 453н.

## **7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)**

К факторам, способствующим реализации парафильных фантазий при РСП, относят наличие коморбидных расстройств личности и аффективных расстройств, употребление психоактивных веществ (алкоголя и наркотических веществ), проживание в одиночестве, отказ от терапии РСП, эмоциональную конгруэнтность с детьми (при педофилии), враждебность в отношении женщин, социальное отвержение, плохо развитые навыки совладания со стрессом, доступ к потенциальным жертвам, нарушения социальной поддержки, поглощенность сексуальной тематикой, высокую общую криминальность в анамнезе [2].

## Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
<b>Этап постановки диагноза</b>		
1.	Выявленные феномены систематизированы, проведена их психопатологическая квалификация	да/нет
2.	Выполнено экспериментально-психологическое исследование психосексуальной сферы (при наличии показаний)	да/нет
<b>Этап лечения</b>		
3.	Назначена когнитивно-поведенческая терапия	да/нет
4.	Назначена лекарственная терапия СИОЗС или антиандрогенами или АГнРГ (при наличии показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	да/нет
5.	Выполнен биохимический контроль ферментов печени 1 раз в месяц в течение 3-х месяцев, затем 1 раз в 3 месяца с момента начала антиандрогенной терапии	да/нет
6.	Выполнен контроль уровня пролактина 1 раз в 6 месяцев с момента начала антиандрогенной терапии	да/нет
7.	Выполнен контроль уровня глюкозы крови 1 раз в 6 месяцев с момента начала антиандрогенной терапии	да/нет
8.	Выполнен общий клинический анализ крови 1 раз в 6 месяцев с момента начала антиандрогенной терапии	да/нет
9.	Выполнен контроль уровня кальция и фосфата в крови 1 раз в 6 месяцев с момента начала антиандрогенной терапии	да/нет
10.	Выполнен контроль плотности костной ткани 1 раз в год с момента начала антиандрогенной терапии	да/нет

## Список литературы

1. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии / ВОЗ. — Женева; СПб., — 1995.
2. Thibaut F., Cosyns P., Fedoroff J.P., Briken P., Goethals K., Bradford J.M.W. The WFSBP Task Force on Paraphilias. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders // *The World Journal of Biological Psychiatry*. – 2020. – Т. 21 – № 6 – С. 412–490.
3. Alanko K., Salo B., Mokros A., Santtila P. Evidence for heritability of adult men's sexual interest in youth under age 16 from a population-based extended twin design // *The journal of sexual medicine* – 2013. – Т. 10 – № 4 – С. 1090–1099.
4. Mohnke S., Müller S., Amelung T., Krüger T.H., Ponseti J., Schiffer B., Walter M., Beier K.M., Walter H. Brain alterations in paedophilia: a critical review // *Progress in neurobiology* – 2014. - Т. 122 – С. 1–23.
5. Cantor J.M., Kabani N., Christensen B.K., Zipursky R.B., Barbaree H.E., Dickey R., Klassen P.E., Mikulis D.J., Kuban M.E., Blak T., Richards B.A., Hanratty M.K., Blanchard R. Cerebral white matter deficiencies in pedophilic men // *Journal of psychiatric research* – 2008. – Т. 42 – № 3. – С. 167–183.
6. Storch M., Kanthack M., Amelung, T., Beier K.M., Krueger T.H.C., Sinke C., Walter H., Walter M., Schiffer B., Schindler S., Schoenknecht P. Hypothalamic volume in pedophilia with or without child sexual offense [Электронный ресурс]// *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* – 2022. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-022-01501-w> (Дата обращения: 20.06.2023).
7. Krylova M., Ristow I., Marr V., Borchardt V., Li M., Witzel J., Drumkova K., Harris J.A., Zacharias N., Schiltz K., Amelung T., Beier K.M., Krueger T.H.C., Ponseti J., Schiffer B., Walter H., Kärgel C., Walter M. MEG reveals preference specific increases of sexual-image-evoked responses in paedophilic sexual offenders and healthy controls // *The world journal of biological psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry* – 2020. – Т. 16 – 1-14 с.
8. Tenbergen G., Wittfoth M., Frieling H., Ponseti J., Walter M., Walter H., Beier K.M., Schiffer B., Krueger T.H. The Neurobiology and Psychology of Pedophilia: Recent Advances and Challenges // *Frontiers in human neuroscience* – 2015. – Т. 9 – 344.

9. Kärigel C., Massau C., Weiß S., Walter M., Kruger T.H., Schiffer B. Diminished functional connectivity on the road to child sexual abuse in pedophilia // *The journal of sexual medicine*. – 2015. – Т. 12 – № 3 – С. 783–795.
10. Коган Б.М., Ткаченко А.А., Дроздов А.З., Андрианова Е.П., Филатова Т.С., Маньковская И.В., Ковалева И.А. Обмен моноаминов при различных формах парафилий // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 1995. – Т. 95 – № 6. – С. 52-56.
11. Kingston D.A., Seto M.C., Ahmed A.G., Fedoroff P., Firestone P., Bradford J.M. The role of central and peripheral hormones in sexual and violent recidivism in sex offenders // *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* – 2012. – Т. 40 – № 4. – С. 476–485.
12. Kruger T.H.C., Sinke C., Kneer J., Tenbergen G., Khan A.Q., Burkert A., Müller-Engling L., Engler H., Gerwinn H., von Wurmb-Schwark N., и др. Child sexual offenders show prenatal and epigenetic alterations of the androgen system // *Translational Psychiatry*. – Т. 9 – № 1 – С. 28
13. Демидова Л.Ю., Дворянчиков Н.В. Типологические и интегративные модели сексуального злоупотребления [Электронный ресурс] // *Психологическая наука и образование psyedu.ru* – 2014. – Т. 6 – № 3 – С. 82–93.
14. Nunes K.L., Hermann C.A., Renee Malcom J., Lavoie K. Childhood sexual victimization, pedophilic interest, and sexual recidivism // *Child abuse & neglect* – 2013. – Т. 37 – № 9 – С. 703–711.
15. Демидова Л.Ю. Половое самосознание при расстройствах сексуального предпочтения // *Психологические исследования*. – 2019. – Т. 12. – № 64. – С. 2.
16. Bártová K., Androvičová R., Krejčová L., Weiss P., Klapilová K. The Prevalence of Paraphilic Interests in the Czech Population: Preference, Arousal, the Use of Pornography, Fantasy, and Behavior // *Journal of sex research*. – 2021 – Т. 58 – № 1 – С. 86–96.
17. Joyal C.C., Carpentier J. The Prevalence of Paraphilic Interests and Behaviors in the General Population: A Provincial Survey // *Journal of sex research*. – 2017. – Т. 54 – № 2 – С. 161–171.
18. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* // American Psychiatric Association: Arlington, VA. – 2013. – 947 с.
19. Коллектив авторов. Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / Под общей ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. М.: Минздрав России. – 1998. – 512 с.

20. World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). 2018. [Электронный ресурс]. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (Дата обращения: 18.06.2023).
21. Ткаченко А.А. Сексуальные извращения-парафилии // М.: «Триада-Х». – 1999. – 461 с.
22. Keeley J.W., Briken P., Evans S.C., First M.B., Klein V., Krueger R.B., Matsumoto C., Fresán A., Rebello T.J., Robles R., Sharan P., Reed G.M. Can Clinicians Use Dimensional Information to Make a Categorical Diagnosis of Paraphilic Disorders? An ICD-11 Field Study // *The journal of sexual medicine* – 2021. – Т. 18 – № 9 – С. 1592–1606.
23. Taktak Ş., Yılmaz E., Karamustafalıoğlu O., Ünsal A. Characteristics of paraphilics in Turkey: a retrospective study—20 years // *International journal of law and psychiatry*. – 2016. – № 49 – С. 22–30.
24. Каменсков М.Ю., Введенский Г.Е., Штарк Л.Н., Демидова Л.Ю., Макарова Т.Е., Павлов Г.А. Комплексная судебно-психиатрическая оценка лиц с педофилией // В кн.: *Судебно-психиатрическая диагностика* под ред. Е.В. Макушкина, А.А. Ткаченко. – М., 2017. – С. 246-287.
25. Ткаченко А.А., Введенский Г.Е. Аномальное сексуальное поведение. – СПб.: Издательство «Юридический центр пресс», 2003. – 657 с.
26. Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. – М.: Бином. – 2015. – 648 с.
27. Ткаченко А.А., Каменсков М.Ю., Демидова Л.Ю. Современная диагностика расстройств сексуального предпочтения (международный опыт) // *Российский психиатрический журнал*. – 2017. – №6. – С. 60-69.
28. Каменсков М.Ю. Диагностическая точность бинокулярного трекинга глаз в оценке парафильных расстройств // *Российский психиатрический журнал*. – 2022. – № 1. – С. 65–72.
29. Каменсков М.Ю., Введенский Г.Е., Рыбин П.В., Корчагин В.В., Виноградова О.В. Валидность и надежность психофизиологической диагностики парафильных расстройств с использованием полиграфа // *Российский психиатрический журнал*. – 2020. – № 3. – С. 48–58.
30. Каменсков М.Ю., Введенский Г.Е. Инструментальная диагностика парафилий с применением полиграфа: методологические проблемы и рекомендации к их решению // *Российский психиатрический журнал* – 2014. – № 3 – С. 4-9.

31. Каменсков М.Ю., Введенский Г.Е., Сафуанов Ф.С. Противопоказания к полиграфическому тестированию // Российский психиатрический журнал. 2021. – № 6. – С. 49–58.
32. Пеленицын А.Б., Сошников А.П. Современные технологии применения полиграфа. – М.: Центр прикладной психофизиологии. – 2015. – Т. 1. – 224 с.
33. Пеленицын А.Б., Сошников А.П. Современные технологии применения полиграфа. – М.: Центр прикладной психофизиологии. – 2015. – Т. 2. – 320 с.
34. Оглобин С.И., Молчанов А.Ю. Инструментальная «детекция лжи»: академический курс. – Ярославль: Ньюанс, 2004. – 464 с.
35. Дворянчиков Н.В., Носов С.С., Саламова Д.К. Половое самосознание и методы его диагностики – М.: Флинта – 2011. – 216 с.
36. Демидова Л.Ю. Половое самосознание при расстройствах сексуального предпочтения // Психологические исследования. – 2019. – Т. 12. – № 64. – С. 2.
37. Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. – М.: Медицина – 2001. – 560 с.
38. Bem S.L. The measurement of psychological androgyny // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1974. – Т. 42. – № 2. – С. 155–162.
39. Бессонова Т.Л. Психологические особенности полоролевого самосознания и самопринятия личности студента педагогического высшего учебного заведения: диссертация ... кандидата психол. наук: 19.00.07 // М. – 1993. – 207 с.
40. Дворянчиков Н.В. Полоролевая идентичность у лиц с девиантным сексуальным поведением: диссертация ... кандидата психол. наук: 19.00.04 // М. – 1998. – 178 с.
41. Эткин А.М. Цветовой тест отношений и его применение в исследовании больных невротами // Социально-психологические исследования в психоневрологии. – Ленинград: Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. – 1980. – С. 110–114.
42. Старович З. Судебная сексология. – М.: Юридическая литература. – 1991. – 336 с.
43. Lösel F., Schmucker M. The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis // Journal of Experimental Criminology. – 2005. – Т. 1 – № 1 – С. 117–146.

44. Dennis J.A., Khan O., Ferriter M., Huband N., Powney M.J., Duggan C. Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2012. – № 12. – CD007507.
45. Harrison J.L., O'Toole S.K., Ammen S., Ahlmeyer S., Harrell S.N., Hernandez J.L. Sexual Offender Treatment Effectiveness Within Cognitive-Behavioral Programs: A Meta-Analytic Investigation of General, Sexual, and Violent Recidivism // *Psychiatry, Psychology, and Law*. – 2020. – Т. 27. – № 1. – С. 1.
46. Kenworthy T., Adams C.E., Bilby C., Brooks-Gordon B., Fenton M. Psychological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2004. – № 3. – CD004858.
47. Walton J.S., Chou S. The Effectiveness of Psychological Treatment for Reducing Recidivism in Child Molesters: A Systematic Review of Randomized and Nonrandomized Studies // *Trauma Violence Abuse*. – 2015. – Т. 16. – № 4. – С. 401–417.
48. Marshall W.L., Anderson D., Fernandez Y. *Cognitive Behavioral Treatment of Sexual Offenders*. – Chichester: Wiley. – 1999. – 203 с.
49. Klapilová K., Demidova L.Y., Elliott H., Flinton C.A., Weiss P., Fedoroff J.P. Psychological treatment of problematic sexual interests: cross-country comparison // *International Review of Psychiatry*. – 2019. – Т. 31. – № 2. – С. 169–180.
50. Демидова Л.Ю., Ткаченко А.А. Отчет о семинаре и мастер-классе с международным участием «Терапия педофильного расстройства» // *Российский психиатрический журнал*. – 2019. – № 4. – С. 84–86.
51. Bradford J.M.W., Greenberg D.M. Pharmacological treatment of deviant sexual behavior // *Annual Review of Sex Research*. – 1996. – № 7 – С. 283–306.
52. Kafka M.P., Coleman E. Serotonin and paraphilias: the convergence of mood, impulse, and compulsive disorders // *Journal of Clinical Psychopharmacology*. – 1991. – Т. 11 – № 3. – С. 223–224.
53. Beech A., Mitchell I. A neurobiological perspective on attachment problems in sexual offenders and the role of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of such problems // *Clinical Psychology Review* – 2005. – Т. 25 – № 2 – С. 153–182.
54. Bradford J., Fedoroff P. Pharmacological treatment of the juvenile sex offender / в кн.: под ред. Barbaree H., Marshall W. *The juvenile sex offender*. 2 изд., Т. 16. New York (NY): Guilford Press. – 2006. – С. 358–382.

55. Kafka M.P., Prentky R. Fluoxetine treatment of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 1992. – T. 53 – № 10 – C. 351–358.
56. Stein D.J, Hollander E., Anthony D.T., Schneier F.R., Fallon B.A., Liebowitz M.R., Klein D.F. Serotonergic medications of sexual obsessions, sexual addictions, and paraphilias // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 1992. – T. 53 – № 8 – C. 267–271.
57. Bradford J.M., Gratzner T.G. A treatment for impulse control disorders and paraphilia: a case report // *The Canadian Journal of Psychiatry*. – 1995. – T. 40 – № 1. – C. 4–5.
58. Bradford J.M. The paraphilias, obsessive-compulsive spectrum disorder, and the treatment of sexually deviant behaviour // *The Psychiatric quarterly*. – 1999. – T. 70 – № 3. -C. 209–219.
59. Bradford J.M. The neurobiology, neuropharmacology, and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behavior // *The Canadian Journal of Psychiatry*. – 2001. – T. 46 – № 1. – C. 26–34.
60. Patra A.P., Bharadwaj B., Shaha K.K., Das S., Rayamane A.P., Tripathi C.S. Impulsive frotteurism: a case report // *Medicine, Science and the Law*. – 2013. – T. 53 – № 4. – C. 235–238.
61. Kafka M.P. Sertraline pharmacotherapy for paraphilias and paraphilia-related disorders: an open trial // *Annals of Clinical Psychiatry*. – 1994. – T. 6 – № 3 – C. 189–195.
62. Greenberg D.M., Bradford J.M.W., Curry S., O'Rourke A. A comparison of treatment of paraphilias with three serotonin reuptake inhibitors: a retrospective study // *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* – 1996. – T. 24 – № 4 – C. 525–532.
63. Kafka M.P., Hennen J. Psychostimulant augmentation during treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in men with paraphilias and paraphilia-related disorders: a case series // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2000. – T. 61 – № 9 – C. 664–670.
64. Bradford J. The treatment of sexual deviations using a pharmacological approach // *The Journal of Sex Research*. – 2000. – T. 37 – № 3 – C. 248–257.
65. Thibaut F., De La Barra F., Gordon H., Cosyns P., Bradford J.M., WFSBP Task Force on Sexual Disorders. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias // *The world journal of biological psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*. – 2010. – T. 11 – № 4 – C. 604–655.
66. Montejo A.I., Llorca G., Izquierdo J.A., Ledesma A., Bousoño M., Calcedo A. Sexual dysfunction secondary to SSRIs. A comparative analysis in 308 patients // *Actas luso-espanolas de neurologia, psiquiatria y ciencias afines*. – 1996. – T. 24 – № 6 – C. 311–321.



67. Thibaut F., Colonna L. Cyproterone acetate in the treatment of aggression // *American Journal of Psychiatry*. – 1992. – T. 149 – № 3 – C. 411.
68. Byrne A., Brunet B., McGann P. Cyproterone acetate therapy and aggression // *The British Journal of Psychiatry*. – 1992. – T. 160 – № 2 – C. 282–283.
69. Gijs L., Gooren L. Hormonal and psychopharmacological interventions in the treatment of paraphilias: an update // *Journal of Sex Research*. – 1996. – T. 33 – № 4 – C. 273–290.
70. Stewart J.T. Optimizing antilibidinal treatment with medroxyprogesterone acetate // *Journal of the American Geriatrics Society*. – 2005. – T. 53 – № 2 – C. 359–360.
71. Light S.A., Holroyd S. The use of medroxyprogesterone acetate for the treatment of sexually inappropriate behavior in patients with dementia // *the Journal of Psychiatry and Neuroscience*. – 2006. – T. 31 – № 2 – C.132–134.
72. Krueger R.B., Hembree W., Hill M. Prescription of medroxyprogesterone acetate to a patient with pedophilia, resulting in Cushing's syndrome and adrenal insufficiency // *Sexual abuse: a journal of research and treatment*. – 2006. – T. 18 – № 2 – C. 227–228.
73. Rea J.A., Dixon M.R., Zettle R.D., Wright K.L. The development of in vivo measures to assess the impact of sexdrive reducing medications in an offender with an intellectual disability // *Archives of Sexual Behavior*. – 2017. – T. 46 – № 3 – C. 843–859.
74. Maletzky B.M., Tolan A., McFarland B. The Oregon Depo-Provera program: a five-year follow-up // *Sexual abuse: a journal of research and treatment*. – 2006. – T. 18 – № 3 – C. 303–316.
75. Cooper A.J. Progestagens in the treatment of male sexual offenders: a review // *The Canadian Journal of Psychiatry*. – 1986. – T. 31 – № 1 – C.73–79.
76. McConaghy N., Blaszczyński A., Armstrong M.S., Kidson W. Resistance to treatment of adolescent sex offenders // *Archives of Sexual Behavior*. – 1989. – T. 18 – № 2 – C. 97–107.
77. Gottesman H.G., Schubert D.S. Low-dose oral medroxyprogesterone acetate in the management of the paraphilias // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 1993. – T. 54 – № 5 – C. 182–188.
78. Cooper A.J., Ismail A.A., Phanjoo A.L., Love D.L. Antiandrogen (Cyproterone acetate) therapy in deviant hypersexuality // *The British Journal of Psychiatry*. – 1972. – T. 120 – № 554 – C. 59–63.
79. Lederer J. Treatment of sex deviations with cyproterone acetate // *Problemes actuels d'endocrinologie et de nutrition*. – 1974. – № 18 – C. 249–260.

80. Bradford J.M., Pawlak A. Sadistic homosexual pedophilia: treatment with cyproterone acetate: a single case study // *The Canadian Journal of Psychiatry*. – 1987. – Т. 32 – № 1 – С. 22–30.
81. Grinshpoon A., Levy A., Rapoport A., Rabinowitz S. Cyproterone acetate treatment and sexual disinhibition // *Medicine and law*. – 1991. – Т. 10 – № 6 – С. 609–613.
82. Thibaut F., Kuhn J.M., Colonna L. A possible antiaggressive effect of cyproterone acetate // *The British Journal of Psychiatry*. – 1991. – Т. 159 – № 2 – С. 298–299.
83. Cooper A.J., Cernovsky Z. The effects of cyproterone acetate on sleeping and waking penile erections in pedophiles: possible implications for treatment // *The Canadian Journal of Psychiatry*. – 1992. – Т. 37 – № 1 – С. 33–39.
84. Eriksson T., Eriksson M. Irradiation therapy prevents gynecomastia in sex offenders treated with antiandrogens // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 1998. – Т. 59 – № 8 – С. 432–433.
85. Gooren L.J., Lips P., Gijs L. Osteoporosis and androgendepleting drugs in sex offenders // *Lancet* – 2001. – Т. 357 – № 9263 – С. 1208–1209.
86. Panesar N., Allard B., Pai N., Valachova I. Cyproterone acetate in paraphilia // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2011. – Т. 45 – № 5 – С. 428–428.
87. Amelung T., Kuhle L.F., Konrad A., Pauls A., Beier K.M. Androgen deprivation therapy of self-identifying, helpseeking pedophiles in the Dunkelfeld // *International Journal of Law and Psychiatry*. – 2012. – Т. 35 – № 3 – С. 176–184.
88. Рапопорт Л.М., Стекольников А.А., Мамонов Е.В. Кастрация // *Большая российская энциклопедия* – Т. 13. М., 2009 – 299 с.
89. Harper C.A., Hogue T.E., Bartels R.M. Attitudes towards sexual offenders: What do we know, and why are they important? // *Aggression and Violent Behavior*. – 2017. – Т. 34 – С. 201–213.
90. Hanson R.K., Harris A.J.R., Letourneau E., Helmus L.M., Thornton D. Reductions in risk based on time offense-free in the community: Once a sexual offender, not always a sexual offender // *Psychology, Public Policy, and Law*. – 2018. – Т. 24 – № 1. – С. 48–63.
91. Ricciardelli R., Moir M. Stigmatized among the Stigmatized: Sex Offenders in Canadian Penitentiaries // *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*. – 2013. – Т. 55 – № 3. – С. 353–385.
92. Woessner G., Schwedler A. Correctional Treatment of Sexual and Violent Offenders: Therapeutic Change, Prison Climate, and Recidivism // *Criminal Justice and Behavior*. – 2014. – 41 – № 7 – С. 862–879.

93. Schmucker M., Lösel F. The effects of sexual offender treatment on recidivism: an international meta-analysis of sound quality evaluations // *Journal of Experimental Criminology*. – 2015. – T. 11 – C. 597–630.

94. Duwe G. Can circles of support and accountability (CoSA) significantly reduce sexual recidivism? Results from a randomized controlled trial in Minnesota // *Journal of Experimental Criminology*. – 2018. – T. 14 – C. 463–484.

95. Fedoroff J.P. *The Paraphilias. Changing Suits in the Evolution of Sexual Interest Paradigms*. Oxford University Press – 2020. – 296 c.

96. Christofferson S. Is preventive treatment for individuals with sexual interest in children viable in a discretionary reporting context? // *Journal of Interpersonal Violence*. – 2019. – T. 34 – № 20. – C. 4254–4280.

## **Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций**

1. Васильев Н.Г. – научный сотрудник Лаборатории судебной сексологии ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, член РОП.

2. Демидова Л.Ю. – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник Лаборатории судебной сексологии ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, член РОП.

3. Каменсков М.Ю. – доктор медицинских наук, руководитель Лаборатории судебной сексологии ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, член РОП.

4. Ткаченко А.А. – доктор медицинских наук, профессор, руководитель Отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, член правления Московского отделения РОП.

Конфликт интересов отсутствует.

## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

### Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-психиатры
2. Врачи-сексологи
3. Врачи-психотерапевты
4. Медицинские психологи

**Методы, использованные для сбора доказательств:** при написании клинических рекомендаций использовались наиболее фундаментальные отечественные и зарубежные работы по проблеме расстройств сексуального предпочтения, официальные материалы Всемирной Организации Здравоохранения и рабочей группы по разработке рубрики РСП. Поиск наиболее современных источников литературы осуществлялся с помощью платформы Semantic Scholar, объединяющей научные публикации из множества баз данных.

**Экспертная оценка:** клинические рекомендации были выставлены для широкого обсуждения на сайтах РОП и Минздрава России. Рекомендации проанализированы членами рабочей группы, замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск ошибок сведен к минимуму.

**Таблица 1.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования

4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Таблица 2.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

<b>УДД</b>	<b>Расшифровка</b>
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**Таблица 3.** Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все

	рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
--	---

### **Порядок обновления клинических рекомендаций**

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

**Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

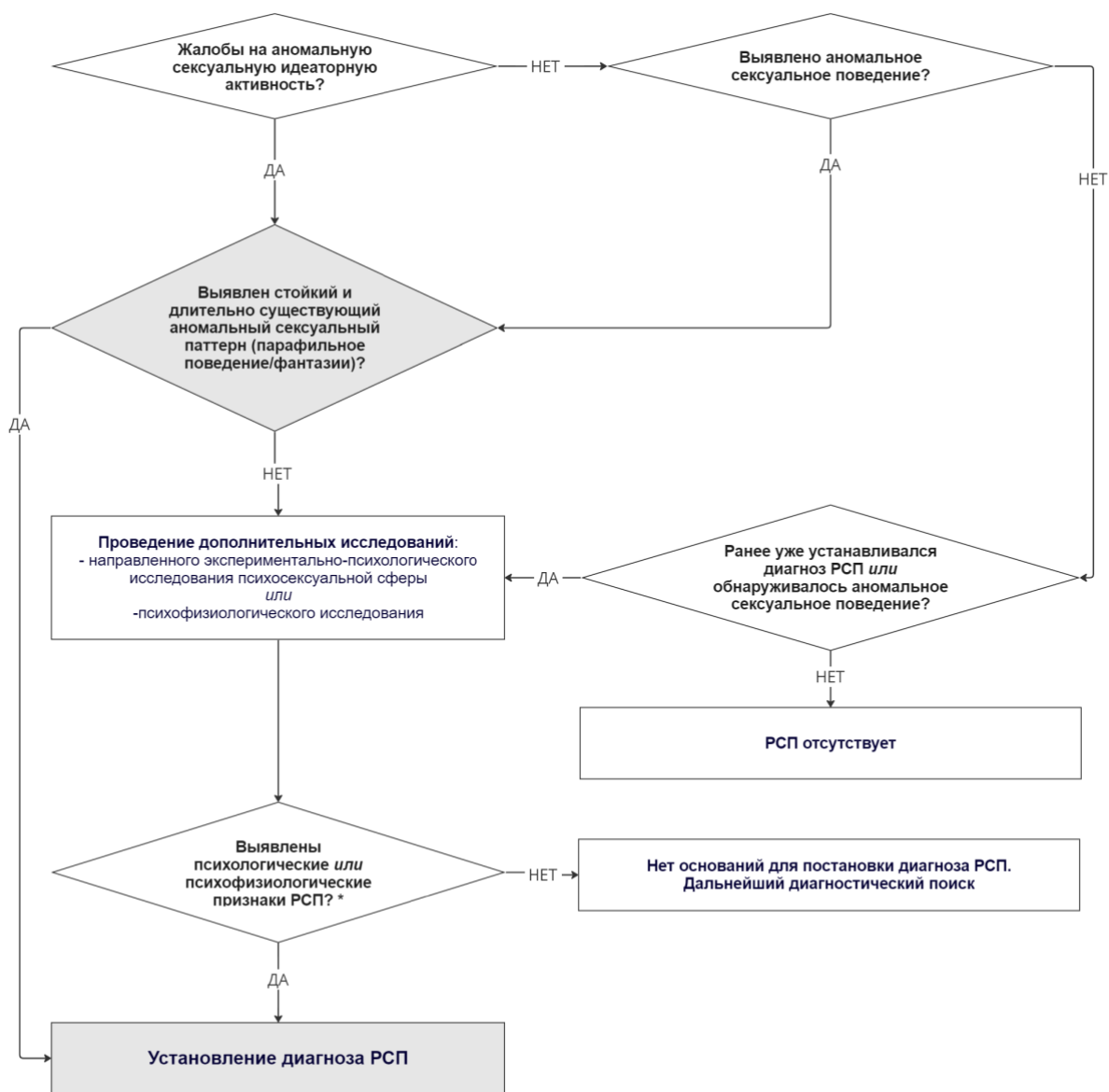
1. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
2. Федеральный закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;
3. Приказ МЗ РФ от 30.06.2022 г. № 453н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями»;
4. Приказ Минздрава РФ и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. № 133/269 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами»;
5. Уголовный кодекс Российской Федерации.



## Приложение Б. Алгоритм действий врача

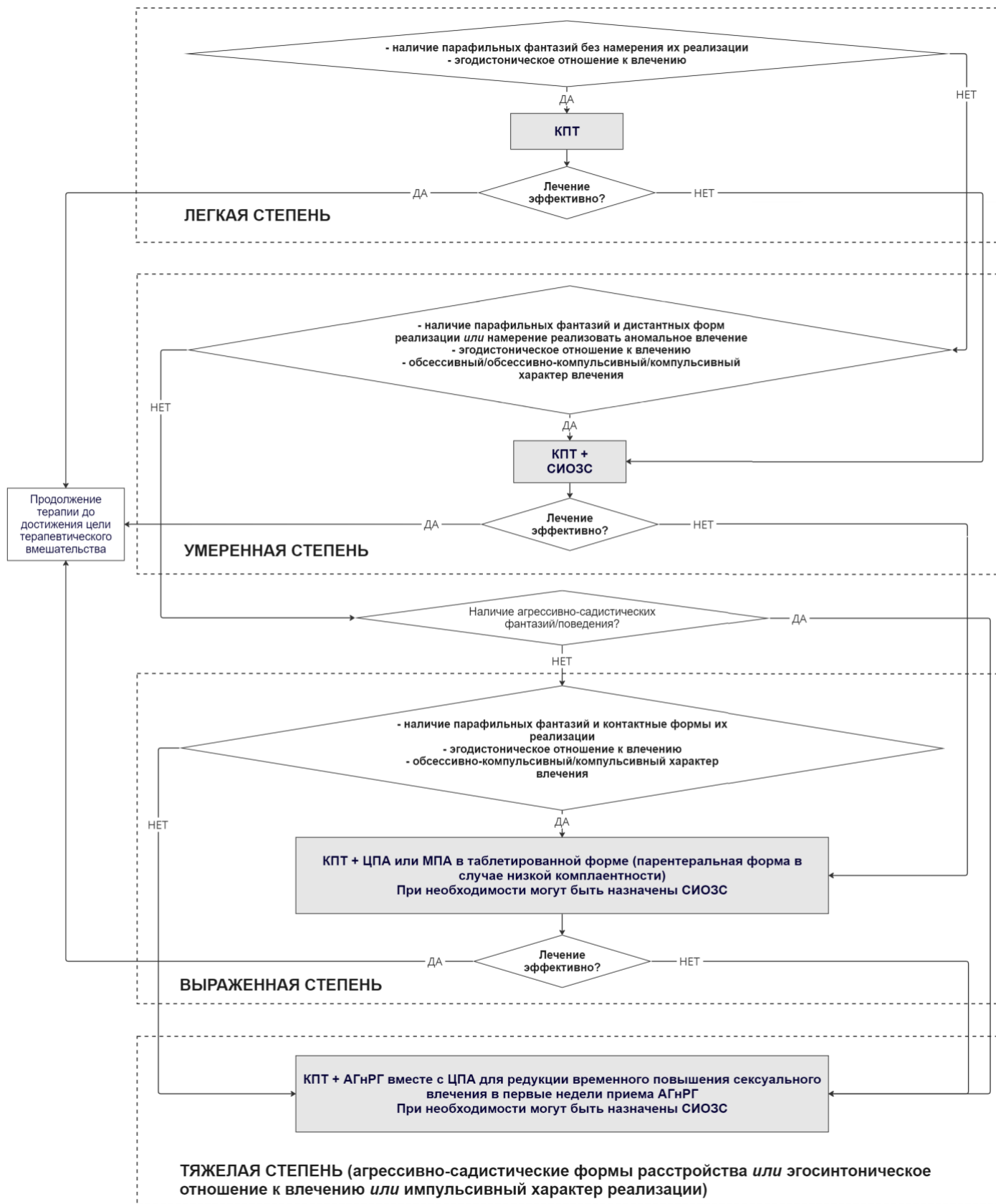
Ведение пациента с РСП, диагностика, выбор лечебной тактики и методов лечения в каждом случае осуществляется индивидуально в зависимости от психопатологического оформления РСП и наличия коморбидной психической патологии. Диагностика проводится в соответствии с критериями действующей классификации, в ходе лечения оценивается его эффективность.

### Приложение Б1. Алгоритм диагностики



\* Следует с особой осторожностью интерпретировать результаты, когда речь идет о диагностике таких форм парафилий, которые ранее не изучались с помощью вспомогательных методов исследования.

## Приложение Б2. Алгоритм терапии



## Приложение В. Информация для пациента

- Аномальное сексуальное влечение встречается в популяции гораздо чаще, чем об этом принято думать.
- Наличие аномальных сексуальных побуждений не всегда приводит к совершению сексуальных преступлений, однако при некоторых формах парафилий, предполагающих участие других лиц, риск совершения противоправных действий повышен.
- Своевременное обращение за медицинской помощью является важной мерой профилактики совершения противоправных действий, а также повышает шансы на благоприятное течение расстройства и излечение от него. Обследование у специалиста – первый шаг к адекватному лечению и снижению социальных рисков.
- Диагностика расстройств сексуального предпочтения проводится психиатром или сексологом и в некоторых случаях предполагает проведение дополнительных обследований.
- Не существует никаких научных данных, свидетельствующих о неизлечимости расстройств сексуального предпочтения.
- Проводимая терапия зависит от особенностей расстройства и требует регулярного взаимодействия с врачом. Пациент должен научиться отслеживать изменения своего состояния, проявления расстройства, чтобы вовремя обратиться к специалисту для коррекции лечения.
- Лечение предполагает использование психотерапевтических методов и во многих, но не во всех, случаях требует приема медикаментов.
- Целями терапии расстройств сексуального предпочтения являются:
  - снижение аномального сексуального интереса и его проявлений в поведении;
  - контроль аномальных фантазий и поведения;
  - повышение нормативного сексуального интереса и формирование нормативных моделей сексуального поведения;
  - улучшение навыков социального взаимодействия и стратегий совладания со стрессом, повышение качества жизни;
  - снижение риска совершения сексуальных преступлений;
  - поддержание способности к успешной жизни в обществе.

**Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях**

**Приложение Г1. Методика «Маскулинность и Фемининность»**

*Название на русском языке:* Методика «Маскулинность и Фемининность»

*Оригинальное название:* методика является модифицированной версией методики BSRI (Bem Sex-Role Inventory) (Bem, 1974). Модификация Т.Л. Бессоновой (Бессонова, 1993) и Н.В. Дворянчикова (Дворянчиков, 1998).

*Источник:* Дворянчиков Н. В., Носов С. С., Саламова Д. К. Половое самосознание и методы его диагностики. Москва: Флинта, 2011. 216 с.

*Тип (подчеркнуть):*

- шкала оценки

- индекс

- вопросник

- другое (уточнить)

*Назначение.* Методика предназначена для оценки структур полового самосознания с точки зрения представлений о мужественности и женственности.

*Содержание (шаблон).* Испытуемому предлагается оценить по 4-х балльной шкале степень выраженности 21-го качества у восьми образов:

- я («На самом деле я...»),
- мужчина («Мужчина должен быть...»),
- женщина («Женщина должна быть...»),
- я с точки зрения мужчин («Мужчины считают, что я...»),
- я с точки зрения женщин («Женщины считают, что я...»),
- я идеальный («Хотелось бы, чтобы я был...»),
- реальный сексуальный партнер («Мой реальный сексуальный партнер...»),
- идеальный сексуальный партнер («Хотелось бы, чтобы мой сексуальный партнер был...»).

При необходимости (например, при наличии у пациента нескольких значимых партнеров) допустимо добавлять дополнительные образы для оценки, распечатав еще один бланк или используя альтернативное обозначение (например, крестик вместо галочки) для ответов.

Качества, предлагаемые для оценки, включают в себя 7 маскулинных черт (смелый, ершистый, проворный, крепкий, отважный, вторгающийся, решительный), 7 фемининных черт (кроткий, опрятный, слабый, любезный, ласковый, робкий, нежный) и 8 гендерно-нейтральных черт (остальные качества).

Методика заполняется экспериментатором в процессе беседы с пациентом для снижения социальной желательности и исключения возможности копирования ответов, данных ранее для других образов.

*Инструкция.* Сейчас я буду зачитывать Вам простые человеческие качества. Ваша задача – сказать, на самом деле Вы (НАЗЫВАЕТСЯ ОБРАЗ) терпимый (НАЗЫВАЕТСЯ КАЧЕСТВО) как часто: всегда, обычно, иногда или никогда?

После оценки образа «На самом деле я...» по каждому из предложенных качеств, аналогичным образом проводится оценка всех остальных образов с небольшой коррекцией инструкции.

*Ключ (интерпретация).* По каждому из образов рассчитывается показатель выраженности маскулинных (напротив маскулинных качеств) и фемининных (напротив фемининных качеств) черт по следующему алгоритму: количество ответов «никогда» умножается на 1, «иногда» – на 2, «обычно» – на 3, «всегда» – на 4, полученные числа суммируются.

Оценке подвергается не само численное выражение маскулинных / фемининных черт, а расположение образов в пространстве маскулинности и фемининности. Числовые значения маскулинных и фемининных черт по каждому из образов рассматриваются как координаты X (балл маскулинности) и Y (балл фемининности). Нижнее значение обеих осей координатного пространства соответствует минимально возможным 7 баллам, верхнее значение – максимально возможным 28 баллам.

Оцениваются выраженность полоролевых качеств в каждом из образов и расположение образов относительно друг друга.

Далее приведены бланки методики.

Завершите предложение словом, стоящим в левом ряду.  
Справа отметьте вариант ответа, который, по Вашему мнению, подходит в наибольшей степени.

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_

Дата исследования \_\_\_\_\_

		На самом деле я...				Мужчина должен быть...				Хотелось бы, чтобы я был...				Мужчины считают, что я...			
		<i>всегда</i>	<i>обычно</i>	<i>иногда</i>	<i>никогда</i>	<i>всегда</i>	<i>обычно</i>	<i>иногда</i>	<i>никогда</i>	<i>всегда</i>	<i>обычно</i>	<i>иногда</i>	<i>никогда</i>	<i>всегда</i>	<i>обычно</i>	<i>иногда</i>	<i>никогда</i>
1	... терпимый																
2	... смелый																
3	... кроткий																
4	... ответственный																
5	... ершистый																
6	... опрятный																
7	... здравомыслящий																
8	... проворный																
9	... слабый																
10	... справедливый																
11	... крепкий																
12	... любезный																
13	... великодушный																
14	... отважный																
15	... ласковый																
16	... самостоятельный																
17	... вторгающийся																
18	... робкий																
19	... доброжелательный																
20	... решительный																
21	... нежный																
22	... волевой																

Завершите предложение словом, стоящим в левом ряду.

Справа отметьте вариант ответа, который, по Вашему мнению, подходит в наибольшей степени.

		Женщины считают, что я...				Женщина должна быть...				Мой реальный сексуальный партнер...				Хотелось бы, чтобы мой сексуальный партнер был...			
		всегда	обычно	иногда	никогда	всегда	обычно	иногда	никогда	всегда	обычно	иногда	никогда	всегда	обычно	иногда	никогда
1	... терпимый																
2	... смелый																
3	... кроткий																
4	... ответственный																
5	... ершистый																
6	... опрятный																
7	... здравомыслящий																
8	... проворный																
9	... слабый																
10	... справедливый																
11	... крепкий																
12	... любезный																
13	... великодушный																
14	... отважный																
15	... ласковый																
16	... самостоятельный																
17	... вторгающийся																
18	... робкий																
19	... доброжелательный																
20	... решительный																
21	... нежный																
22	... волевой																

## Приложение Г2. Методика «Цветовой тест отношений»

*Название на русском языке:* «Цветовой тест отношений»

*Оригинальное название:* Отсутствует. Методика основана на идее цветоассоциативного эксперимента, разработанного советским психологом А.М. Эткингом (Эткинд, 1980).

*Источник:* Дворянчиков Н. В., Носов С. С., Саламова Д. К. Половое самосознание и методы его диагностики. Москва: Флинта, 2011. 216 с.

*Тип (подчеркнуть):*

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить) Проективный тест

*Назначение.* Методика предназначена для выявления эмоционального отношения к различным полоролевым образам и смысловых связей между ними.

*Содержание (шаблон).* Испытуемому предлагаются несколько десятков понятий, к которым он должен подобрать подходящие на его взгляд цвета из модифицированного восьмицветового теста Люшера (допустимо использовать цвета разных оттенков, но обязательно в пределах классической цветовой схемы: 1 – синий, 2 – зеленый, 3 – красный, 4 – желтый, 5 – фиолетовый, 6 – коричневый, 7 – черный, 0 – серый).

Основные из предлагаемых понятий включают:

- различные полоролевые образы (я, я идеальный, мужчина, женщина, юноша, девушка, мальчик-подросток, девочка-подросток, мальчик, девочка, ребенок),
- стимулы, связанные с сексуальностью (секс, идеальный сексуальный партнер, сексуальное желание, сексуальная удовлетворенность, оргазм),
- множество эмоционально окрашенных слов (тревога, опасность, радость, горе, удовольствие, доброжелательность и многие другие).

При необходимости в методику допустимо добавлять дополнительные стимулы для оценки (для этого можно использовать свободные ячейки в бланке). Эту опцию следует использовать в случаях, когда необходимо провести оценку редко встречающихся форм парафилий, связанных с влечением к специфическим объектам или формам



активности. В таком случае пациенту для ассоциаций следует предложить стимулы, соответствующие предполагаемому влечению.

*Инструкция.* Перед Вами лежат цветные карточки. Сейчас я буду называть Вам различные слова и словосочетания, их будет много. Ваша задача – к тому слову или словосочетанию, которое я называю, подобрать цвет, который, как Вам кажется, больше всего к нему подходит. С цветами можно повторяться, на одно слово или словосочетание можно называть несколько цветов, если Вам кажется, что вместе они лучше передают содержание стимула. Давайте попробуем. Какой цвет из предложенных больше всего подходит для слова «друзья» (НАЗЫВАЕТСЯ СТИМУЛ)?

Последовательно называются все слова из бланка. В бланк записываются номера цветов, выбранных пациентом для каждого из стимулов (записывать названия допустимо, но более трудоемко).

*Ключ (интерпретация).* Слова и словосочетания, для которых был подобран одинаковый цвет, выписываются рядом и рассматриваются как связанные друг с другом. Интерпретируются пересечения между стимулами. Как пересечение рассматривается одновременное наличие стимулов в одном цвете. Сам цвет, подобранный для стимула, не интерпретируется, поскольку в индивидуальном опыте каждого пациента определенный цвет может приобретать субъективное смысловое значение, отличающееся от общепринятого. Важен не цвет, а пересечение ассоциаций, когда разные стимулы соотносятся с одинаковым цветом, что позволяет говорить об их смысловой схожести.

Далее приведен бланк методики.

**Методика "ЦТО"**

Дата обследования

1	Друзья		
2	Ребенок		
3	Семья		
4	Тревога		
5	Боль		
6	Юноша, молодой мужчина		
7	Опасность		
8	Радость		
9	Горе		
10	Унижение		
11	Удовольствие		
12	Слабость		
13	Смерть		
14	Нежность		
15	Решительность		
16	Сексуальное желание		
17	Будущее		
18	Упорство		
19	Мать, мама		
20	Успех		
21	Страх		
22	Вспыльчивость		
23	Отец, папа		
24	Власть		
25	Люди		
26	Мальчик		
27	Доверие		
28	Неприятный ч-к		
29	Друг		
30	Девушка, молодая женщина		
31	Холод		
32	Риск		
33	"Я"		
34	Доброжелательность		
35	Избегаю быть таким		

Ф.И.О.  
год рождения

36	Сексуальная удовлет-ть		
37	Зло		
38	Привлекательность		
39	Пассивность		
40	Враги		
41	Надежда		
42	Настоящее		
43	Прошлое		
44	Секс		
45	Безопасность		
46	Одиночество		
47	Счастье		
48	Ид.секс.партнер		
49	Неудовольствие		
50	Сила		
51	Жизнь		
52	Грубость		
53	Нерешительность		
54	Праздник		
55	Мальчик-подросток		
56	Раздражительность		
57	Мужчина		
58	Неуспех		
59	Веселье		
60	Уравновешенность		
61	Женщина		
62	Боязнь		
63	Девочка		
64	Сочувствие		
65	Злоба		
66	Приятный ч-к		
67	Спокойствие		
68	Тепло		
69	Испуг		
70	Девочка-подросток		

Люшер:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

71	Не похож на "меня"		
72	Угроза		
73	"Я"- идеал		
74	Добро		
75	Оргазм		
76	Непривлекательность		
77	Активность		
78	Реальный секс. партнер		
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			
101			
102			
103			
104			
105			

### **Приложение Г3. Методика «Кодирование»**

*Название на русском языке:* Методика «Кодирование».

*Оригинальное название:* Методика представляет собой модифицированный вариант техники «Проективный перечень» З. Старовича (Старович, 1991). Модификация Н.В. Дворянчикова (Дворянчиков, 1998).

*Источник:* Дворянчиков Н. В., Носов С. С., Саламова Д. К. Половое самосознание и методы его диагностики. Москва: Флинта, 2011. 216 с.

*Тип (подчеркнуть):*

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить) Полупроjektивный тест

*Назначение.* Методика предназначена для выявления особенностей восприятия полоролевых образов (их дифференцированности, эмоционального отношения к ним и смысловых пересечений между ними).

*Содержание (шаблон).* Пациенту предлагается сравнить основные полоролевые образы (я, мужчина, женщина, ребенок) с образами из различных классов (дерево, животное, неодушевленный предмет, музыкальный инструмент, травянистое растение, геометрическая фигура, сказочный персонаж, ампула артиста цирка), обосновав свой выбор.

При необходимости в методику допустимо добавлять дополнительные образы для оценки, используя для этого еще один бланк. При развернутом, содержательном описании предложенных аналогий можно ограничиться предъявлением первых четырех ассоциаций (дерево, животное, неодушевленный предмет, музыкальный инструмент) для каждого из полоролевых образов. Просить пациента провести аналогии со всеми предложенными образами необходимо лишь в случае дачи им скудых, немногословных описаний.

*Инструкция.* Сейчас я буду просить Вас сравнивать мужчину, ребенка, женщину и Вас самого с различными образами. Давайте на конкретном примере попробуем. Скажите, пожалуйста, с каким деревом (НАЗЫВАЕТСЯ ОБРАЗ ДЛЯ АНАЛОГИИ) можно сравнить мужчину (НАЗЫВАЕТСЯ ПОЛОРОВЕВОЙ ОБРАЗ), и почему?

Последовательно заполняются все аналогии для мужчины, затем для ребенка, женщины и для самого пациента.

*Ключ (интерпретация).* Интерпретация полученных результатов предполагает описание дифференцированности и содержательных характеристик образов. Полученные результаты используются для оценки идентификации индивида, сформированности его

представлений о полоролевых стереотипах, различения образов по половому и возрастному признакам, для оценки эмоционального отношения к образам, деперсонализации.

Далее приведен бланк методики.

### Кодирование

	МУЖЧИНА	РЕБЕНОК	ЖЕНЩИНА	Я
ДЕРЕВО				
ЖИВОТНОЕ				
НЕОДУШЕВЛЕННЫЙ ПРЕДМЕТ				
МУЗЫКАЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ				
ТРАВЯНИСТОЕ РАСТЕНИЕ				
ГЕОМЕТРИЧЕСКАЯ ФИГУРА				
СКАЗОЧНЫЙ ПЕРСОНАЖ				
АМПЛУА АРТИСТА ЦИРКА				

# Приложение Г4. Алгоритм написания заключения по результатам экспериментально-психологического исследования психосексуальной сферы

