

**ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский  
центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского”  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

## **ПРОПЕДЕВТИКА СЕКСОЛОГИИ**

*Учебное пособие*



**Москва - 2023**

УДК 616.89-008

ББК 57.05

П80

Учебное пособие подготовлено сотрудником Учебно-методического отдела ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России кандидатом медицинских наук, доцентом **Ю.П. Прокопенко**.

Учебное пособие утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России 24 декабря 2021 г., протокол № 10 (часть 1), 28 декабря 2022 г., протокол № 13 (часть 2).

Рецензенты:

**М.Ю. Каменсков** – доктор медицинских наук, руководитель лаборатории судебной сексологии ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России;

**И.А. Панюкова** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии РМАПО.

П80 Прокопенко Ю.П. **Пропедевтика сексологии:** Учебное пособие. – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2023. – 123 с.

*В учебном пособии представлены основные диагностические материалы, а также показатели параклинических и лабораторных исследований врачей различных медицинских специальностей, которые могут использоваться другими специалистами в работе с пациентами с сексологическими расстройствами. Содержание пособия соответствует учебному плану раздела “Сексология” программ ординатуры по специальностям 31.08.23 “Сексология”.*

*Для ординаторов, проходящих подготовку в области сексологии.*

ISBN 978-5-86002-371-0

ББК 57.05

© Ю.П. Прокопенко, 2023.

© ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского”  
Минздрава России, 2023.

## СОДЕРЖАНИЕ

### Часть I

### ПОКАЗАТЕЛИ ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

<b>ВВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>5</b>
<b>Раздел 1. СЕКСОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ .....</b>	<b>12</b>
1.1. Шкала половой конституции мужчины .....	12
1.2. Сексуальная форма мужская – модифицированная (СФМ-м) .....	17
1.3. Карта сексологического обследования мужская .....	25
1.4. Векторная шкала половой конституции женщины .....	34
1.5. Сексуальная форма женская – модифицированная (СФЖ-м) .....	38
1.6. Карта сексологического обследования женская .....	45
1.7. Трохантерный индекс .....	56
1.8. Синдромы расстройств составляющих копулятивного цикла .....	58
<b>Раздел 2. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ .....</b>	<b>60</b>
2.1. Рефлекс кремастерный .....	60
2.2. Рефлекс кавернозный .....	60
2.3. Рефлекс мошоночный .....	61
2.4. Рефлекс ахиллов .....	61
2.5. Особенности мочеиспускания .....	62
2.6. Признаки преобладания симпатической/ парасимпатической вегетативной нервной системы ...	63
<b>Раздел 3. ГОРМОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ .....</b>	<b>65</b>
3.1. Гормоны щитовидной железы .....	65
3.2. Гормоны коры надпочечников .....	67
3.3. Гипофизарные гонадотропные гормоны и пролактин .....	67
3.4. Оценка андрогенной функции .....	68

<b>Раздел 4. ВНЕШНИЕ ПРИЗНАКИ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ .....</b>	<b>71</b>
4.1. Поражение щитовидной железы .....	71
4.2. Поражение аденогипофиза .....	71
4.3. Поражение коры надпочечников .....	71
4.4. Характеристика оволосения у женщин .....	71
<b>Раздел 5. ОБСЛЕДОВАНИЕ ГЕНИТАЛИЙ .....</b>	<b>73</b>
5.1. Обследование половых органов мужчины .....	73
5.2. Обследование простаты .....	74
5.3. Обследование половых органов женщины .....	75
5.4. Исследование ромба Михаэлиса .....	77
5.5. Обследование молочных желез .....	77
<b>Литература .....</b>	<b>79</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ. Проверочные вопросы .....</b>	<b>80</b>

## **Часть II**

### **МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ РАССТРОЙСТВ СЕКСУАЛЬНОГО ПРЕДПОЧТЕНИЯ**

<b>ВВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>88</b>
<b>1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ .....</b>	<b>88</b>
<b>2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ НАЛИЧИЯ/ОТСУТСТВИЯ ПАРАФИЛИЙ .....</b>	<b>90</b>
<b>3. СОДЕРЖАНИЕ ВЛЕЧЕНИЯ В РАМКАХ ПАРАФИЛИЙ .....</b>	<b>91</b>
<b>4. ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПАРАФИЛИЙ .....</b>	<b>92</b>
<b>5. КЛИНИКА ПАРАФИЛИЙ .....</b>	<b>96</b>
<b>6. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПАРАФИЛИЙ .....</b>	<b>101</b>
<b>7. ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПАРАФИЛИИ .....</b>	<b>101</b>
<b>8. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАРАФИЛИИ .....</b>	<b>102</b>
<b>9. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПАРАФИЛИЙ .....</b>	<b>104</b>

<b>10. ВИДЫ ПАРАФИЛИЙ, ВЫДЕЛЕННЫЕ</b>	
<b>В МКБ-10 (F65)</b> .....	105
F65.0. Фетишизм .....	105
F65.1. Фетишистский трансвестизм .....	107
F65.2. Эксгибиционизм .....	108
F65.21. Эксгибиционизм, садистический тип .....	111
F65.22. Эксгибиционизм, мазохистский тип .....	111
F65.29. Эксгибиционизм неуточненный .....	112
F65.3. Вуайеризм .....	112
F65.4. Педофилия .....	113
F65.5. Садомазохизм .....	114
F65.6. Множественные расстройства сексуального предпочтения .....	114
F65.8. Другие расстройства сексуального предпочтения ..	115
F65.9. Расстройство сексуального предпочтения неуточненное .....	115
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	116
<b>Литература</b> .....	117
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ. Проверочные вопросы</b> .....	120

## **Часть I**

# **ПОКАЗАТЕЛИ ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

---

## **ВВЕДЕНИЕ**

Пропедевтика – часть медицины, лежащая в основе работы с пациентом. Суть пропедевтики – обследование пациента и выяснение деталей его самочувствия для сравнения их с данными, которые считаются нормальными. Пропедевтика включает в себя следующие позиции:

1. Сбор анамнеза.
2. Выяснение анамнеза расстройства/болезни.
3. Выяснение анамнеза жизни пациента.
4. Клиническое обследование.
5. Параклиническое обследование.

Пропедевтика различных медицинских специальностей значительно различается.

Медицинская сексология изучает многофакторные расстройства, которые включают в себя нарушения органов мочеполовой, нервной, репродуктивной, эндокринной и других систем организма. Для правильной диагностики сексологу необходимо ориентироваться во взаимодействии отдельных органов, а также учитывать особенности психики пациента, знать, какие дополнительные методы обследования могут быть полезными, какие показатели исследований, полученные врачами других специализаций, важны для выявления сексологических нарушений.

В то же время пропедевтика охватывает сведения о пациенте максимально широко, не углубляясь в детали. В рамках пропедевтики вырабатывается общее представление о больном; формируется системность его видения и понимание логических связей внутри его патологии.

То есть речь идет не о получении глубоких знаний по определенному предмету, а об обеспечении важнейшей в медицине непрерывности процессов диагностики и лечения.

Пропедевтика учит правильно интерпретировать данные клинических и параклинических исследований, правильно формулировать диагноз, группировать симптомы и выделять основные синдромы.

Пропедевтика – фундаментальный раздел медицинского образования, который закладывает основные навыки обследования больного.

В данном учебном пособии отражены важные практические показатели исследований, относящихся к области неврологии, урологии, гинекологии, эндокринологии, которые могут отражать как этиологические факторы сексуального расстройства, так и приобретенные в результате заболевания, сопутствующие или коморбидные ему.

Сексология как медицинская наука обладает собственным понятийным, диагностическим и терапевтическим арсеналом, связанным с особенностями патогенеза сексуальных расстройств. Сексуальные расстройства отличаются большим количеством значимых дискретных диагностических признаков, относящихся к различным областям медицины. Кроме того, с учетом парности сексуальной функции, для эффективной помощи пациентам необходима коррекция партнерских отношений и личных взглядов пациента на иерархию партнерских ценностей. Существует сложная связь между биологическими (врожденными и приобретенными), личностными, партнерскими, социально-психологическими факторами в формировании, развитии и устойчивости половых расстройств. При этом преобладание биологических, психических, социальных факторов носит строго индивидуальный характер.

В МКБ-10 сексуальные расстройства прежде всего шифруются в рубрике F52 “Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием”. Согласно определению, это психогенные или функциональные расстройства. Также выделяют сексуальные расстройства, “обусловленные органическими расстройствами или заболеванием”, которые

шифруются соответственно этому основному заболеванию, и, наконец, патологии смешанного, функционально-органического характера.

Функциональные психогенные сексуальные дисфункции представляют собой проявления нарушений в сексуальной структуре личности, при которых изначально страдает психологическое управление сексуальной функцией, но строение и функции органов половой системы сохранены. Диагностика этих дисфункций основана на исключении соматических и психических заболеваний в качестве причины заболевания.

Нозогенные (или симптоматические, или органические) сексуальные расстройства связаны с развитием имеющегося соматического или психического заболевания и входят в структуру диагностических признаков данного заболевания. В их развитии выделяют специфические механизмы, связанные с повреждением каких-то органов или систем (нервной, эндокринной и др.), и неспецифические (астенический синдром, алгический синдром, стрессовый синдром, депрессивный синдром, синдром дезактуализации сексуальной функции, вторичные невротические (фобические) и др.), являющиеся общими для патогенеза подавляющего большинства сексуальных расстройств.

Учитывая то, что на сексуальные проблемы жалуются в основном молодые мужчины и женщины, в практике сексолога преобладают функциональные сексуальные расстройства.

Несмотря на кажущееся однообразие жалоб, подлинные причины, а также патогенетические механизмы развития сексуальных расстройств в каждом отдельном случае значительно различаются, что требует индивидуального обследования и подхода к лечению.

Полноценное обследование пациента с сексуальными расстройствами включает в себя диагностику его состояния с точки зрения психиатрии, неврологии, эндокринологии, урологии, гинекологии и других медицинских специальностей. Постановка сексологического диагноза может включать в себя более 100 диагностических критериев (в сравнении с 5–10 при постановке большинства терапевтических и хирургических диагнозов). Это связано с тем, что сексуальное расстройство может зависеть как



от физиологических показателей, так и от особенностей самого интимного общения, а также полового акта как такового и межличностных отношений в паре.

Учитывая возможность наличия полиэтиологичного сексуального расстройства даже выявление единичного нарушения не является поводом для прекращения обследования, в процессе которого могут быть поставлены и другие диагнозы. Таким образом, в подавляющем большинстве случаев необходимо обследовать каждого пациента полностью — для исключения или подтверждения полисиндромности его состояния.

Кроме того, следует иметь в виду парность сексуальной функции для эффективной помощи в коррекции партнерских отношений и личных взглядов пациента на иерархию семейных или партнерских ценностей.

Наконец, практически в каждом случае имеет место нарушение социального компонента интимного общения — от незначительной смены жизненных ориентиров вплоть до социальной самоизоляции или полного прекращения интимных отношений.

Выявление природы заболевания — нозологической или психогенной — далеко не всегда очевидно. Например, слабая эрекция может быть (и чаще бывает) функциональной, имеет психогенное происхождение, что не исключает также наличия сосудистых или эндокринных расстройств. Выявленная гиполибидемия у мужчины может быть в рамках эндокринного расстройства, астенодепрессивного синдрома, сексуальной дисгармонии в паре и др. Но, если, например, на фоне даже пониженного уровня тестостерона в крови и отсутствия половой жизни в супружестве, мужчина регулярно мастурбирует, это является признаком сохранности его влечения и указывает на функциональный характер его состояния.

В то же время следует помнить, что более 95% сексуальных расстройств протекают с вовлечением в процесс психической составляющей в виде астении, невроза, депрессии и других проявлений симптомов малой и большой психиатрии.

Декларируемые жалобы пациента не являются нозологической единицей, при этом практически любая жалоба может

иметь несколько объяснений, из которых верно лишь одно, порой не имеющее отношения к сексуальности как таковой (например, сексуальные расстройства при депрессии).

Анализ предъявляемых жалоб в первую очередь включает в себя интерпретацию, отражающую индивидуально-личностную реакцию каждого из пациентов на имеющееся половое расстройство или нарушение сексуальной гармонии. Большое значение имеет квалификация депрессивной и невротической симптоматики, а также возможные обусловленные другими имеющимися расстройствами признаки, которые могут быть значимыми предрасполагающими факторами в развитии сексуального расстройства.

Во избежание подобных ошибок необходимо придерживаться разработанного алгоритма обследования, включающего выявление параметров как физиологического и психического состояния пациента, так и особенностей его психологической реакции на происходящее и партнерские отношения.

Алгоритм обследования сексологического пациента включает:

1. Соматическое обследование; психиатрическое обследование; выявление профессиональных вредностей, вредных привычек; регулярный прием медикаментов.

2. Выявление индивидуальной личностной реакции на свое состояние; выяснение причин этой реакции, поддерживающих ее механизмов, возможных источников разрешения внутреннего конфликта.

3. Выяснение содержания партнерских отношений, взаимоотношений с супругом вне интимной области, расстановки приоритетов в супружеской паре, стремлений и возможностей супруга (супруги), его/ее отношения к имеющемуся расстройству.

4. Необходимость оценки соотношения психогенных и соматических влияний на состояние пациента после постановки диагноза. Разработанный план комплексной терапии определяет соотношение фармако- и психотерапии в зависимости от индивидуальности случая.

Следует иметь в виду, что:

- ни одно соматическое заболевание не дает полную картину сексуального расстройства; в ней всегда присутствуют вторичные психологические или психические изменения, связанные со структурой личности пациента. Нозогенные сексуальные расстройства без психологических изменений встречаются редко;
- даже в случаях длительного соматического заболевания (например, при сахарном диабете) улучшение сексуальных отношений и самооценки пациента возможно в результате психотерапии, супружеской секс-терапии, изменения мировоззрения партнеров о месте интимных отношений в их жизни;
- необходимо выяснить подлинные ожидания пациента, которые он может не выражать прямо вследствие скрытности, неумения, незнания терминологии и т.д. При этом достижение реальной цели зачастую возможно не только тем прямолинейным путем, который он, возможно, имеет в виду. Возможность альтернативного решения проблемы, как правило, снижает тревожность больного за счет появления свободы выбора.

Сексуальные расстройства очень часто носят характер психогенных, функциональных, а потому диагностика и подход к лечению их должны быть строго индивидуальными.

## **Раздел 1. СЕКСОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ**

### **1.1. Шкала половой конституции мужчины**

Для объективизации оценки возможностей и запросов мужчины, его анамнестических данных используется понятие половой конституции.

**Половая конституция** – количественная характеристика устойчивой способности к половой жизни в виде числа *семязвержений за определенный промежуток времени*, а также его *устойчивость к абстиненции* и возможность *быстро восстановить привычный уровень* частоты половой жизни.

Половая конституция отражает развитие сексуальности, раскрывая возможные особенности и нарушения психосексуального развития на различных этапах. Основные показатели шкалы половой конституции мужчины остаются неизменными на протяжении всей жизни.

Основные показатели половой конституции человека:

- а) регулярная половая активность – средняя частота законченных половых актов (с эякуляцией, в том числе и с эксцессами), которую мужчина может поддерживать длительное время (при стабильной половой жизни);
- б) эксцесс – максимальное количество законченных половых актов, которые мужчина имел в течение одних суток в любом возрасте.

Понятие половой конституции человека коренным образом отличается от понятия потенции. Под потенцией в сексологии подразумевают способность мужчины к половому акту, которая характеризуется прежде всего степенью напряжения полового члена, скоростью появления эрекции и интенсивностью половой жизни. Таким образом, потенция является частью половой конституции и характеризует состояние сексуальности мужчины в определенный период времени, например, в юности, во время медового месяца и др. в отрыве от процессов ее формирования и эволюции.

Для определения половой конституции в целях объективной оценки биологических и социальных факторов сексуальности мужчины предложена специальная шкала (табл. 1).

Шкала включает в себя 7 показателей (векторов), значения которых определены на основе практических исследований.

Работа со шкалой предусматривает следующие этапы.

1. Выяснение показателей по каждому вектору.

2. Установление индексов конституции для каждого из показателей по всем 7 векторам. Размах показателей от 1 до 9; векторы VI и VII оцениваются только у мужчин, вступивших в брак в молодом возрасте и имеющих регулярные сношения в течение не менее года.

3. Сложение всех полученных индексов. Деление полученной суммы на количество учтенных векторов (на 7 или на 5). Полученный показатель характеризует силу половой конституции. Его обозначают как **Кф – фенотипический индекс**.

Половая конституция трактуется как:

1 – от 1,0 до 1,5 – чрезвычайно слабая;

2 – от 1,6 до 2,5 – очень слабая;

3 – от 2,6 до 3,5 – слабая;

4 – от 3,6 до 4,5 – несколько ослабленный вариант средней;

5 – от 4,6 до 5,5 – средняя;

6 – от 5,6 до 6,5 – сильный вариант средней;

7 – от 6,6 до 7,5 – сильная;

8 – от 7,6 до 8,5 – очень сильная;

9 – от 8,6 до 9 – чрезвычайно сильная.

При анализе содержания векторов шкалы векторы I, II, III, IV несут явную *биологическую* нагрузку, на которую не могут повлиять социальные факторы: возраст пробуждения либидо, возраст первой эякуляции, трохантерный индекс, оволосение лобка. Они зависят только от функционирования эндокринной системы, причем проявляются в возрасте полового созревания, и в дальнейшем уже не меняются.

Для оценки *биологической* стороны половой конституции мужчины высчитывают индекс **Кг (генотипический)**: сумма показателей векторов I, II, III, IV, деленная на 4.

Таблица 1

## Шкала векторного определения половой конституции мужчины

Векторы	Конституция								
Сила половой конституции	слабая			средняя			сильная		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I. Возраст пробуждения либидо, лет	17 и позже	16	15	14	13	12	11	10	9 и раньше
II. Возраст 1-й эякуляции, лет	19 и позже	17-18	16	15	14	13	12	11	10 и раньше
III. Трохантерный индекс	<1,85	1,86-1,89	1,90-1,91	1,92-1,94	1,95-1,96	1,97-1,98	1,99	2,00	>2,00
IV. Оволосение лобка	Редкие пушковые волосы	Горизонтальная линия волос	Тенденция к горизонтали	По мужскому типу	По мужскому типу с гипертрихозами				
V. Максимальный экссесс	0	2	3	4	5	6	7	8	9 и более
VI. Возраст вхождения в УФР* после женитбы	-	Медовый месяц	1 год	2-3 года	4-5 лет	6-10 лет	11-19 лет	20-29 лет	30 и более лет
VII. То же, в показателях возраста, лет	-	До 22	23-26	27-31	32-36	37-40	41-45	46-50	51 и старше

\* – УФР – условно-физиологический ритм половой жизни, составляет 2–3 законченных половых акта в неделю.

Векторы V, VI, VII более **социализированы**: сексуальный эксцесс может быть не реализован в связи с нежеланием партнерши; вхождение в полосу УФР также зависит от обоих партнеров. Эти векторы реализуются в переходном и зрелом периодах, могут в динамике варьировать в широких пределах.

Для оценки *социальной* стороны и половой активности в рамках половой конституции мужчины высчитывают индекс **Ка** (конституционально модулированный индекс половой активности): сумма показателей векторов V, VI, VII, деленная на количество измеренных векторов (на 3 или на 1).

Дополнительно высчитывают соотношение **Ка\Кг**, то есть отношение сексуальной **активности** к биологической **закладке**.

Полученные в результате клинических исследований самые высокие индексы отмечаются в группах

условной нормы (**Кф**=5,06; **Ка**=5,55; **Кг**=4,70; **Ка/Кг**=1,18);  
псевдоимпотенции (**Кф**=4,29; **Ка**=4,50; **Кг**=4,17; **Ка/Кг**=1,08).

Показатели шкалы, характерные для различных расстройств, различаются достаточно значимо.

Таким образом, первоначально работа со шкалой предусматривает тщательную арифметическую обработку полученных результатов.

Кроме того, в процессе работы со шкалой определенные выводы могут быть сделаны оперативно:

1. О торможении полового развития свидетельствуют низкие показатели I и II векторов при сохранности III и IV.

2. Задержка психосексуального развития из-за задержки полового развития проявляется уровнем **Кг** ниже 3,5; но с достаточно гармоничным соотношением всех четырех векторов.

3. Социогенное преждевременное половое развитие характеризуется преобладанием полусуммы I и II векторов над полусуммой III+IV векторов.

4. Изолированно высокий показатель I вектора (возраст пробуждения либидо) может быть связан с наличием шизотипического расстройства, органического поражения головного мозга, наличия другой ориентации, развратных действий.

5. Соотношение индексов **Ка/Кг** ниже 0,8–0,7 – признак социального ограничения биологического уровня сексуальности мужчины.

6. Векторы III и V должны коррелировать между собой. Преобладание показателя V вектора свидетельствует о необъективности пациента в оценке своей функции.

В то же время было бы необъективно оценивать уровень половой активности пациента на основании только соотношения **Ка/Кг**, поскольку **Ка** социализирован и констатируется без учета возраста пациента. Кроме того, **Ка** может быть достаточно объективным показателем только у мужчин, имеющих длительный период регулярной половой жизни. Определение **Ка** только по одному вектору имеет чисто ориентировочный характер.

Индексы половой конституции для удобства использования отражены в таблице 2.

*Таблица 2*

**Индексы половой конституции при различных формах сексуальных расстройств у мужчин**

Клиническая характеристика группы	Индексы половой конституции			
	Кг	Ка	Кф	Ка / Кг
1. Условная норма	4,70	5,55	5,06	1,18
2. Синдромы нейрогуморальных расстройств	3,01	3,42	3,32	1,17
2.1. Первичная задержка пубертатного развития	2,13	1,47	1,87	0,69
2.2. Инволюционные формы	2,88	3,55	3,36	1,23
2.3. Диэнцефальные синдромы	3,59	4,22	4,04	1,17
3. Синдромы расстройств психической составляющей	4,15	2,91	3,88	0,70
3.1. Формы с преобладанием эндогенных факторов	4,43	2,55	4,03	0,58
3.2. Формы с преобладанием экзогенных факторов				
3.2.1. С первичным поражением сексуальной сферы	4,07	3,22	3,85	0,79
3.2.2. Со вторичным вовлечением сексуальной сферы	3,65	2,71	3,47	0,74



4. Мнимые сексуальные расстройства	4,17	4,50	4,29	1,08
5. Специфические синдромы поражения эякуляторной составляющей	3,69	3,40	3,66	0,92
5.1. Урогенитальные расстройства	3,65	3,84	3,71	1,05
5.2. Вторичная патогенетическая дезинтеграция	3,20	2,80	3,30	0,88
5.3. Первичная патогенетическая дезинтеграция (СПЦД)	3,96	2,63	3,71	0,64

**Кг** – генотипически акцентуированный индекс;

**Ка** – индекс уровня половой активности;

**Кф** – фенотипический индекс.

## 1.2. Сексуальная форма мужская – модифицированная (СФМ-м)

Инструмент сексолога, позволяющий оценить состояние сексуальности мужчины в настоящее время, в отличие от шкалы половой конституции.

Классический вариант СФМ включает в себя три триады векторов и один внесистемный показатель. Триады характеризуют:

- ранние стадии копулятивного цикла;
- реализацию полового акта;
- оценку состоявшегося контакта;
- внесистемный показатель – длительность расстройства.

Недостатки классической СФМ:

- не учитывает психологическое состояние **мужчины**;
- не учитывает влияние взаимоотношений с **женщиной**;
- не учитывает **влияния женщины** на сексуальные показатели.

Роль женщины в контакте (факторы стимуляции или торможения сексуальной активности мужчины) отражена лишь в одном пункте третьей триады: **IX – оценка партнерши**.

Таким образом, в СФМ почти не отражается основное положение отечественной сексологии о парности сексуальной функции. Поэтому Модифицированный вариант СФМ (СФМ-м)

включает четвертую триаду, содержащую характеристики сексуальной функции, влияние которого на проявления сексуальности прежде не учитывалось. В конечном результате СФМ-м (модифицированный) имеет следующий вид.

## **Сексуальная формула мужская модифицированная СФМ-м**

Инициалы, возраст

дата

Женат Холост Разведен

В каждом из разделов отметьте строку, которая наиболее отвечает Вашему состоянию **в настоящее время**.

### **I. Потребность в половых сношениях**

Как часто возникает настоятельное желание иметь половой акт (вне зависимости от напряжения полового члена):

- 0 – вообще никогда или не чаще 1 раза в год;
- 1 – несколько раз в год, но не чаще 1 раза в месяц;
- 2 – раза 2–4 в месяц;
- 3 – раза 2 или чаще в неделю;
- 4 – ежедневно, 1 или несколько раз.

### **II. Настроение перед сношением**

0 – сильный страх неудачи, и потому попыток никогда не предпринимал;

- 1 – выраженная неуверенность, и потому ищу предлог, чтобы уклониться от попытки;
- 2 – некоторая неуверенность, но от попытки не уклоняюсь (или – провожу сношение в угоду жене, без внутреннего побуждения) или – провожу сношение, чтобы испытать себя;
- 3 – главным образом – желание наслаждения, овладения женщиной, и к сношению приступаю без опасений;
- 4 – всегда только жажда наслаждения женщиной, никогда не испытываю ни малейших сомнений.

### **III. Половая предприимчивость**

Провожу действия, направленные на непосредственное осуществление полового акта:

- 0 – вообще не провожу или с интервалом не менее года;
- 1 – несколько раз в год, но не чаще 1 раза в месяц;
- 2 – несколько раз в месяц, но не чаще 1 раза в неделю;
- 3 – раза 2 или чаще в неделю;
- 4 – ежедневно, 1 или несколько раз.

#### **IV. Частота осуществления полового акта**

Мне удастся провести половое сношение (хотя бы и не совсем полноценное по форме, то есть кратковременное или при неполном напряжении полового члена):

- 0 – вообще никогда не удавалось;
- 1 – очень редко;
- 2 – в большинстве случаев;
- 3 – в обычных условиях – всегда;
- 4 – в любых условиях, даже если обстоятельства этому не благоприятствуют.

#### **V. Напряжение полового члена (эрекция)**

- 0 – эрекция не наступает ни при каких обстоятельствах;
- 1 – вне обстановки полового акта эрекция достаточная, но к моменту сношения ослабевает, и введение члена не удается;
- 2 – приходится применять усилия или местные манипуляции, чтобы вызвать достаточную для введения эрекцию (или же эрекция ослабевает после введения, но до семяизвержения);
- 3 – эрекция неполная, но введение удается без труда;
- 4 – эрекция наступает в любых условиях, даже самых неблагоприятных.

#### **VI. Длительность сношения**

Семяизвержение наступает:

- 0 – сношение носит затяжной характер и не завершается семяизвержением;
- 0,5 – наступает не при каждом половом акте, сношение носит затяжной, подчас изнурительный характер;
- 1 – еще до введения члена или в момент введения;

- 2 – через несколько секунд после введения (5–10 движений);
  - 2,5 – через 0,5 минуты (примерно в пределах 15–20 движений);
  - 3 – через 0,5–1 минуту (30–60 движений);
  - 4 – через 1,5–2 минуты или дольше (90–150 движений или больше), указать примерную длительность
- 

## **VII. Частота половых отпавлений**

Семязизвержение происходит при сношениях (или ночных поллюциях, онанизме и др.) в среднем:

- 0 – вообще не происходит или не чаще 1 раза в год;
- 1 – несколько раз в год, но не чаще 1 раза в месяц;
- 2 – несколько раз в месяц, но не чаще 1 раза в неделю;
- 3 – раза два или несколько чаще в неделю;
- 4 – ежесуточно 1 или несколько раз.

## **VIII. Настроение после сношения (или неудавшейся попытки)**

- 0 – крайняя подавленность, ощущение катастрофы (либо отвращение к жене);
- 1 – разочарование, досада;
- 2 – безразличие (или некоторый осадок от сознания, что женщина чувствует себя неудовлетворенной);
- 3 – удовлетворенность и приятная усталость;
- 4 – полная удовлетворенность, душевный подъем.

## **IX. Оценка успешности половой жизни**

- 0 – женщина не хочет иметь со мной близость;
- 1 – женщина высказывает упреки;
- 2 – половая жизнь проходит с переменным успехом;
- 3 – половая жизнь происходит в общем успешно;
- 4 – способен в любых условиях удовлетворить женщину.

## ***Векторы, добавленные в СФМ-м***

**X. Сексуальная активность партнерши.** Как часто женщина совершает действия, направленные на совершение

сношения (соблазнение словами или действиями, эротическим поведением и др.)

- 0 – вообще никогда или не чаще 1 раза в год;
- 1 – несколько раз в год, но не чаще 1 раза в месяц;
- 2 – несколько раз в месяц, но не чаще 1 раза в неделю;
- 3 – 2 раза или несколько чаще в неделю;
- 4 – ежедневно 1 или несколько раз.

**XI. Уровень запросов женщины. Как быстро ваша партнерша может испытать оргазм:**

- 0 – вообще никогда или после длительных изнуряющих ласк или фрикций;
- 1 – через 20 и более минут непрерывных фрикций;
- 2 – в течение 10–20 минут фрикций;
- 3 – в первые 5 минут фрикций, бывают повторные оргазмы за одно сношение
- 4 – очень быстро, порой даже во время предварительных ласк.

**XII. Как часто во время ласк и сношения вы пренебрегаете своими интересами, совершая действия, которые желательны партнерше:**

- 0 – всегда или почти всегда;
- 1 – в большинстве случаев;
- 2 – в половине случаев;
- 3 – очень редко, обычно женщина потом возмещает эти неудобства;
- 4 – никогда; всегда соблюдаю только свои интересы.

**XIII. Длительность полового расстройства**

- 0 – с начала половой жизни;
- 1 – дольше, чем полгода;
- 2 – менее полугода;
- 3 – в настоящее время нет никаких расстройств, но они случались в прошлом (в особенности в начале половой жизни);
- 4 – не знаю, что такое иметь затруднения в половой жизни.

## ОБРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ СФМ-м

Значение показателей векторов

**0, 1, 2** – различные степени **снижения** показателя;

**3** – среднестатистическая **норма** для мужчины средних лет;

**4** – норма для периода возрастной **гиперсексуальности** или для сильной половой конституции. В некоторых случаях может вызывать сомнения для оценки степени агрессивности мужчины или особенностей отношений с партнершей.

Первая триада СФМ: оценка предварительной стадии коитуса, психофизиологическая готовность к сношению.

Вторая триада СФМ: характеризует состояние физиологических факторов коитуса – эрекция и эякуляция.

Третья триада СФМ: показатели постэякуляторной стадии коитуса.

Четвертая триада СФМ: характеристика сексуальных запросов и возможностей партнерши, как проявления партнерского характера сексуального поведения.

Внесистемный показатель – длительность расстройства.

## АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СФМ-м

1. Запись показателя каждого вектора, отмеченного пациентом. Например, показатели первой триады: 3-2-3. Затем разделение знаком / и запись показателей второй триады: 2-2-3. И так со всеми триадами и внесистемным показателем.

2. Общий вид записи: 3-2-3/2-2-3/1-1-0/0-1-1/0.

3. Сложение всех показателей в каждой триаде:  $3-2-3/2-2-3/1-1-0/0-1-1/0 = 8/7/2/2/0$ .

4. Подсчет суммы всех векторов:  $3-2-3/2-2-3/1-1-0/0-1-1/0 = 8/7/2/2/0 = 19$ .

5. Выявление наиболее сохранных и наиболее пораженных триад. Первая и вторая триады (исходное состояние сексуальности и показатели фрикционной стадии коитуса) сохранны. Третья и четвертая триады (оценка сношения обоими партнерами и запросы и возможности женщины) – резко снижены. Длительность расстройства – всегда, с начала половой жизни.

Таким образом, самые **низкие** показатели указывают на самые **уязвимые** места всей структуры, а самые **высокие** характеризуют:

- **общий резерв** компенсаторных возможностей;
- наиболее **сохранные структуры** всей сексуальной системы, на которых можно строить терапию.

6. В данном случае можно предполагать наличие тревожности у мужчины (негативная оценка нормального коитуса) и семейно-сексуальную дисгармонию (отсутствие взаимопонимания в выработке гармоничного интимного контакта с учетом запросов партнерши).

7. Оценка внесистемного показателя. (XIII. Длительность полового расстройства)

- 0 – с начала половой жизни (расстройство чаще характеризует особенности самого пациента);
- 1 – дольше чем полгода (возможно, расстройство связано с появлением новой партнерши или новых особенностей в отношениях, причем за довольно большой срок условно-рефлекторная цепочка нарушений последовательности коитуса может стать достаточно резистентной к попыткам изменить ситуацию);
- 2 – менее полугода (возможно расстройство связано с появлением новой партнерши или новых особенностей в отношениях, причем срок нарушений в условно-рефлекторной цепочке нарушений коитального цикла еще не принял окончательную форму и может быть достаточно податлив для психотерапии);
- 3 – в настоящее время нет никаких расстройств, но они случались в прошлом (в особенности в начале половой жизни) – (требуется дополнительной информации для исключения проявлений тревожности);
- 4 – не знаю, что такое иметь затруднения в половой жизни.

*Отдельного анализа требует сопоставление следующих трех векторов:*

**Х. Сексуальная активность партнерши.** Как часто женщина совершает действия, направленные на совершение сно-

шения (соблазнение словами или действиями, эротическим поведением и др.).

**III. Половая предприимчивость.** Провожу действия, направленные к непосредственному осуществлению полового акта.

**VII. Частота половых отправлений.** Семязвержение происходит при сношениях (или ночных поллюциях, онанизме и др.) в среднем.

Сексуальная активность партнерши может быть невысокой или вообще отсутствовать, ЕСЛИ половая предприимчивость мужчины высока. Например, вектор X.=1 вполне компенсируется показателем вектора III.=4.

В то же время значительная величина вектора IV. (например, IV.=4) в сочетании с вектором III.=2 выявляет активную мастурбаторную практику на фоне редкой половой жизни как проявление семейно-сексуальной дисгармонии.

## **ПРИМЕРЫ результатов СФМ-м**

### **1. МНИМАЯ ИМПОТЕНЦИЯ**

$$3-2-3 \setminus 3-3-2 \setminus 3-2-1 \setminus 0-1-2 \setminus 2 = 8 \setminus 8 \setminus 6 \setminus 3 \setminus 2 = 25 \setminus 2 = 27$$

Поражены **третья** и особенно **четвертая** триады. Длительность расстройства (XIII. показатель)=2, что совпадает с началом данных отношений. Состояние явно связано с поведением партнерши и отношениями между партнерами.

Первая и вторая триады сохранены, на них акцентируется внимание в терапии.

### **2. СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕ СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ**

$$3-2-3 \setminus 2-0-1 \setminus 1-0-3 \setminus 3-3-4 \setminus 1 = 8 \setminus 3 \setminus 4 \setminus 10 \setminus 1 = 25 \setminus 1 = 26$$

(поражены **V.** и **VI.** показатели (эрекция, эякуляция), остальные страдают вторично). Активная, альтруистичная партнерша (четвертая триада) – основа для работы.

### **3. СЛУЧАЙНАЯ НЕУДАЧА**

$$3-3-2 \setminus 3-2-3 \setminus 3-1-3 \setminus 3-3-2 \setminus 3 = 8 \setminus 8 \setminus 7 \setminus 8 \setminus 3 = 31 \setminus 3 = 34$$



Предвкушение (первая триада) в норме, показатели фрикционной стадии не снижены, но оценка коитуса (VIII вектор) снижена. В то же время четвертая триада сохранена, партнерша готова к продолжению отношений и снятию стресса. Психотерапия на основе первой, второй и третьей триад, вероятно, в рамках супружеской секс-терапии.

#### 4. СИНДРОМ ТРЕВОЖНОГО ОЖИДАНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ НЕУДАЧИ

$$2-1-2 \setminus 3-2-3 \setminus 3-2-3 \setminus 3-3-3 \setminus 2 = 5 \setminus 8 \setminus 8 \setminus 9 \setminus 2 = 30 \setminus 2 = 32$$

Вторая триада в рамках нормы, но сниженные показатели первой триады демонстрируют настороженность, тревожность, готовность к неудаче. Поэтому в третьей триаде самооценка снижена. Психотерапия данного пациента будет строиться с привлечением партнерши, реакции которой совершенно сохранны (четвертая триада).

#### 5. КОИТОФОБИЯ

$$1-0-0 \setminus 0-3-0 \setminus 3-0-1 \setminus 1 = 1 \setminus 5 \setminus 5 \setminus 1 = 11 \setminus 1 = 12$$

Первая триада тотально поражена, что вызывает резкое снижение остальных показателей, хотя векторы V. (эрекция) и VII. (частота эякуляции) сохранены. Четвертая триада отсутствует, поскольку партнерши нет. “НУЛЕВАЯ” первая триада – обязательный признак коитофобии.

### 1.3. Карта сексологического обследования мужская

Рекомендации по заполнению Карты отмечены шрифтом с подчеркиванием

ФИО, возраст \_\_\_\_\_

Дата обследования \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес (не обязательно) \_\_\_\_\_

Образование \_\_\_\_\_

Профессия (должность) \_\_\_\_\_

Профессиональная карьера (*как оценка особенностей характера и менталитета*) \_\_\_\_\_

Сексуальная формула (СФМ) \_\_\_\_\_

Шифр (МКБ-10) (*заполняется после обследования*) \_\_\_\_\_

**Жалобы:** впервые мысль о наличии сексологического заболевания возникла (когда и при каких обстоятельствах) \_\_\_\_\_

Динамика сексологического заболевания и реакция на него каждого из супругов (*при наличии постоянной партнерши*) \_\_\_\_\_

Ранее проводившееся лечение сексологического заболевания (*если проводилось*) \_\_\_\_\_

Мотивы обращения к врачу-сексологу (*также оценить адекватность мотивов*) \_\_\_\_\_

В настоящее время:

**либидо:** сохранено, повышено, снижено, отсутствует;

**попытки коитуса:** \_\_\_\_ раз в неделю, месяц, год; (*динамика за последний год*)

использует спонтанные, адекватные **эрекции** (\_\_\_\_ % жена, \_\_\_\_ %).

**Имиссия** удается в \_\_\_\_ % попыток (жена), в \_\_\_\_ % попыток (другая партнерша) (*при наличии второй партнерши оценить различия в отношении обеих женщин*).

**Спонтанные эрекции:** практически отсутствуют; \_\_\_\_\_ раз в неделю, месяц, год; полные; неполные; слабые (*динамика за последний год*) \_\_\_\_\_

**Качество спонтанных эрекций:** лучше, чем при попытке коитуса; такое же, хуже.

Использует **спонтанные эрекции** для коитуса: утром, днем, ночью; не использует.

**Эрекция при мастурбации:** полная, неполная, слабая, практически отсутствует, не мастурбирует (*отметить наличие/отсутствие адекватных/неадекватных фантазий*) \_\_\_\_\_

**Качество эрекции** при мастурбации: лучше, чем при попытке коитуса; такое же; хуже.

**Адекватные эрекции:** полные, неполные, слабые (типа набухания), отсутствуют;

**возникают:** быстро, медленно, с большим трудом, при мыслях эротического содержания, визуальной эротической стимуляции, в процессе взаимных ласк, при интенсивной стимуляции женой (мануальная, орально-генитальная), при самостимуляции;

**ослабевают:** при мыслях о предстоящем коитусе, при обнажении, избирательно (с женой / сексуальной партнершей), во время ласк через \_\_\_\_ минут, при попытке совершить имиссию, после начала фрикций (через \_\_\_\_ фрикций, \_\_\_\_ секунд, минут);

**усиливаются:** при обнажении, после имиссии, перед эякуляцией, при малой активности пациента во время фрикций, самостимуляции, при заменяющих реальный коитус представлениях \_\_\_\_\_

**Качество адекватных эрекции** до эякуляции: не изменяется, изменяется.

**Эякуляция:** не наступает (\_\_\_\_ % сношений); наступает: до имиссии (\_\_\_\_ %), в момент имиссии (\_\_\_\_ %), после начала фрикций (через \_\_\_\_ фрикций, \_\_\_\_ секунд, минут \_\_\_\_ %).

Контроль над эякуляцией: сохранен, снижен, отсутствует, не актуален.

**Сексуальные ощущения:** сохранены, усилены, болезненны, притуплены, отсутствуют (имеются в виду специфические ощущения от ласк со своей стороны, от ласк со стороны партнерши, соприкосновения гениталий, фрикций. Возможна оценка показателя по различным видам прикосновений).

**Оргазм:** сохранен, усилен, болезненный, смазан, отсутствует. (при нарушениях оргазма уточнить, как протекает оргазм, что именно пациент считает оргазмом, даст описание ощущений).

**Психосексуальная удовлетворенность:** полная, частичная, отсутствует (насколько мужчина удовлетворен физиологичес-

кими ощущениями, социальным значением коитуса, переживаниями женщины).

Последний коитус (попытка коитуса) (дата) \_\_\_\_\_ (чем закончилась попытка).

Предпоследний коитус (попытка коитуса) (дата) \_\_\_\_\_ (чем закончилась попытка).

## **Сексологический анамнез**

### **Либи́до:**

возраст пробуждения/реализации либи́до:

платонического \_\_\_/\_\_\_ эротического \_\_\_/\_\_\_ сексуального \_\_\_/\_\_\_ лет.

**Первая эякуляция:** никогда не была; наступила в \_\_\_ лет при дневной (адекватной, неадекватной) поллюции, ночной поллюции, мастурбации, петтинге, половом акте.

**Мастурбация:** никогда не было; с \_\_\_ до \_\_\_ лет в среднем \_\_\_ раз в неделю, месяц;

мотивы: \_\_\_\_\_

(уточнить мотивы).

Мастурбацию прекратил в \_\_\_ лет по причине \_\_\_\_\_

Максимальный мастурбаторный сексуальный эксцесс \_\_\_\_\_ раз в \_\_\_\_\_ лет, последний сексуальный эксцесс в \_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ неделю, \_\_\_\_\_ месяцев, \_\_\_\_\_ лет назад.

**Тип мастурбации:** периода юношеской гиперсексуальности, заместительная, ранняя допубертатная, импульсивная, фрустрационная, подражательная, персевераторно-обсессивная, адаптивная, дезадаптивная (описать) \_\_\_\_\_.

**Отношение к мастурбации:** удовольствие, наслаждение, освобождение от навязчивости, чувство вины, стыда, страха, подавленности, отвращения, удовлетворения, другие \_\_\_\_\_

### **Поллю́ции:**

дневные: никогда не было, единичные, частые, адекватные, неадекватные, полные, стали реже (исчезли) в \_\_\_ лет;

провоцирующие их раздражители \_\_\_\_\_

ночные: впервые в \_\_\_\_ лет; в настоящее время \_\_\_\_ раз в неделю, месяц, год; отсутствуют;

последняя поллюция \_\_\_\_ дней, недель, месяцев, лет назад; после ночных поллюций ощущается: страх и подавленность, физическая разбитость, чувство облегчения, на общем физическом состоянии и настроении не сказываются.

Эротические сновидения: никогда не было, с частотой \_\_\_\_ раз в неделю, месяц, год; связь эротических сновидений с поллюциями: никогда не сопровождалась поллюциями, раньше сопровождалась, в настоящее время не сопровождают, обычно заканчиваются поллюциями. \_\_\_\_\_

Петтинг: не практиковал, практиковал: возраст \_\_\_\_ с кем \_\_\_\_\_

Фрустрации: никогда не были, единичные эпизоды в \_\_\_\_ лет. Периоды систематических фрустраций (с чем связаны, переносимость).

---

### **Динамика половой жизни**

Половая активность в браке: в первый месяц \_\_\_\_ в первый год \_\_\_\_\_

Условно-физиологический ритм половой жизни: с \_\_\_\_ лет, через \_\_\_\_ месяцев, лет;

в последний год перед заболеванием \_\_\_\_ раз в неделю, месяц, год.

Установившаяся продолжительность половых актов \_\_\_\_ секунд, минут.

Максимальный сексуальный эксцесс \_\_\_\_ раз; в \_\_\_\_ лет;

последний сексуальный эксцесс в \_\_\_\_ лет; \_\_\_\_ недель, месяцев, лет назад.

**Сексуальность жены** пробудилась: до брака; в браке; через \_\_\_\_ недель, месяцев, лет; пробудилась частично (удовлетворение без оргазма); не пробудилась; не знает.

**Процент** ее оргастичности \_\_\_\_ (максимально \_\_\_\_ % в \_\_\_\_ лет).

Сексуальная **притязательность** жены: высокая, средняя, низкая.

Эмоциональная значимость для пациента оргазма у жены: высокая, средняя, низкая, отсутствует.

**Ласки перед** половым актом: нет, имеют место \_\_\_\_ минут (до заболевания \_\_\_\_ минут).

**Мотивация** \_\_\_\_\_

Оценка пациентом степени готовности жены к началу сношения \_\_\_\_\_

**Ласки после** полового акта: нет, имеют место \_\_\_\_ минут (до заболевания \_\_\_\_ минут).

**Мотивация** \_\_\_\_\_

Неотреагированные сексуальные желания \_\_\_\_\_

**Периоды абстиненции:** нет; бывают продолжительностью до \_\_\_\_ дней \_\_\_\_ раз в год: тотальные, парциальные (мастурбация, петтинг, поллюции) – *(уточнить более подробно)* \_\_\_\_\_

Субъективная переносимость периодов абстиненции: чувство облегчения и подъем настроения, переносит спокойно, на настроении никак не сказывается, ощущает умеренный физический дискомфорт, отмечает фиксацию мыслей на сексуальной сфере, не выдерживает тягостных переживаний и прибегает к мастурбации или к другим мерам \_\_\_\_\_

Наличие девиаций и парафилий: да, нет.

**Девиации и парафилии:** возраст появления фантазий, приобретения ими патологических черт, динамическая характеристика попыток реализации аномального влечения \_\_\_\_\_

**Оволосение:** лобка с \_\_\_\_ лет, лица с \_\_\_\_ лет.

Бреется с \_\_\_\_ лет \_\_\_\_ раз в неделю.

**Мочеиспускание:** свободное, с задержкой, с изменением струи мочи, безболезненное, болезненное, учащенное: днем до \_\_\_\_ раз, ночью до \_\_\_\_ раз.

**Энурез:** не был, был с \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ лет.

Наличие: сперматореи, простатореи да, нет, в возрасте \_\_\_\_ лет.

Объективные данные:

рост \_\_\_\_ см, вес \_\_\_\_ кг, высота ноги \_\_\_\_ см, трохантерный индекс \_\_\_\_

**Оволосение:** на лице: нет, скудное, выражено;

на лобке: нет; пушковые волосы; по женскому типу; переходный тип; по мужскому типу; по мужскому типу с гипертрихозами;

на внутренних поверхностях бедер: нет, имеется;

на других частях тела: нет, слабое, соответствует возрасту, с гипертрихозами.

Облысение: выраженное, умеренное со лба, умеренное с макушки, нет.

Наличие/отсутствие седины: нет, частично, тотальное.

Отложение жира (где) \_\_\_\_\_

Наличие стрий (где) \_\_\_\_\_

**Эндокринная система:** без особенностей; особенности \_\_\_\_\_

---

**Внутренние органы:** без особенностей; особенности \_\_\_\_\_

---

**Артериальное давление:** правая рука \_\_\_\_/\_\_\_\_ мм рт. ст.,  
левая рука \_\_\_\_/\_\_\_\_ мм рт. ст.

**Нервная система:**

рефлексы: кавернозный: не вызывается, итеративный, сохранен, повышен с расширением рефлексогенной зоны;

креmasterный: справа – не вызывается, снижен, сохранен, повышен с расширением рефлексогенной зоны; слева – не вызывается, снижен, сохранен, повышен с расширением рефлексогенной зоны;

мошоночный: не вызывается, снижен, сохранен;

Ладони: гиперемированные, бледные, теплые, холодные, влажные, сухие.

Дермографизм: красный: появляется через \_\_\_\_ секунд, держится \_\_\_\_ минут;

белый: появляется через \_\_\_\_ секунд, держится \_\_\_\_ минут.

## Психический статус \_\_\_\_\_

---

Особенности личности: мнительность, нерешительность, неуверенность, тревожность, застенчивость, впечатлительность, обидчивость, ранимость, раздражительность, вспыльчивость (без потери/с потерей контроля над собой), стремление быть в центре внимания, демонстративность, театральность, эгоцентризм, склонность к фантазированию, лживость, эмоциональная незрелость, слабоволие, повышенная внушаемость, пассивная подчиняемость, инертность эмоций, застревание на обидах, упрямство, злобность, жестокость, замкнутость, эмоциональная отчужденность, отсутствие аффективного резонанса, стремление к уединению, постоянное недовольство, подозрительность, мстительность, повышенная/сниженная самооценка.

Осведомленность в области психогигиены половой жизни: достаточная, недостаточная, искаженная.

Отношение к сексологическому заболеванию: переоценка с ипохондрическими элементами; соответствует степени расстройства и жизненной ситуации; неадекватная, вследствие недооценки тяжести своего состояния.

## Мочеполовая система

**Половой член:** длина \_\_\_\_ см, окружность \_\_\_\_ см;

анатомические особенности: без рубцов и затвердений, рубцово изменен, пластическое затверждение, без искривлений, искривлен: вверх, вниз, вправо, влево; пульсация на артериях полового члена: сохранена, снижена, отсутствует;

головка полового члена: закрыта свободно смещаемой крайней плотью, открыта, фимоз, парафимоз, после обрезания;

чувствительность головки: анестезия, гипестезия, гиперестезия, норместезия;

наружное отверстие мочеиспускательного канала: расположено нормально, эписпадия, гипоспадия;

губки уретры: без патологических изменений, отечны, гиперемированы.



**Состояние мошонки:** складчатость: выражена, снижена, отсутствует;

пигментированность: выражена, снижена, отсутствует;

тонус: нормальный, повышен, снижен.

Паховые кольца: не расширены, расширены умеренно, расширены с образованием грыжи (справа, слева).

Семенные канатики: без патологических изменений; патологически изменены: варикоцеле I, II, III степени (справа, слева), киста (справа, слева);

### **Яички**

Правое: размеры \_\_\_\_ х \_\_\_\_ см; поверхность: гладкая, бугристая; консистенция: твердая, твердо-эластичная, мягко-эластичная, мягкая, дряблая;

болезненность при сдавливании: сохранена, повышена, снижена, утрачена полностью.

Левое: размеры \_\_\_\_ х \_\_\_\_ см; поверхность: гладкая, бугристая; консистенция: твердая, твердо-эластичная, мягко-эластичная, мягкая, дряблая;

болезненность при сдавливании: сохранена, повышена, снижена, утрачена полностью.

### **Придатки яичек:**

правый: без патологических изменений, гипертрофирован, атрофирован, оперативно удален, кистозно изменен;

при пальпации: болезненный, безболезненный;

левый: без патологических изменений, гипертрофирован, атрофирован, оперативно удален, кистозно изменен;

при пальпации: болезненный, безболезненный.

**Предстательная железа:** размеры: обычные, увеличены, уменьшены; контуры: четкие, нечеткие;

поверхность: гладкая, бугристая; консистенция: дряблая, мягко-эластичная, плотно-эластичная, плотная;

болезненность: отсутствует, слабая, умеренная, значительная;

бороздка: выражена, не выражена, расширена, отсутствует;

симптом “серпа”: нет, выражен;

слизистая оболочка над предстательной железой: легко подвижна, подвижна, неподвижна, рубцово изменена (железа оперативно удалена).

Предварительный диагноз \_\_\_\_\_

План обследования \_\_\_\_\_

План лечения \_\_\_\_\_

#### **1.4. Векторная шкала половой конституции женщины**

Векторная шкала половой конституции женщин имеет отличия от мужской.

В шкале половой конституции женщины большое место уделено состояниям, которые требуют достаточного гормонального подкрепления – менструации, зачатие, течение беременности.

Несмотря на то что у многих женщин коитальная оргастичность пробуждается только после родов, определенная связь между этими показателями существует.

Кроме того, антропологические показатели (трохантерный индекс) позволяют оценивать анамнестически гормональную насыщенность организма в самое ответственное время – период полового созревания.

Поскольку у женщин наиболее стабильными показателями гормонального состояния являются менструации и беременность, именно их и взяли за основу суждений о сексуальности женщины. При этом учитывается, что материнский инстинкт сильнее и стабильнее полового, и потому может влиять на сексуальность как в условиях желательности зачатия, так и в период после родов – в процессе кормления и заботы о младенце.

Эти особенности отражены в Шкале векторного определения половой конституции женщины (табл. 3).

Таблица 3

## Шкала векторного определения половой конституции женщины

Векторы		Слабая			Средняя			Сильная		Патология
		1	2	3	4	5	6	7	8	
<b>1.0.</b> Менструальная функция	<b>1.1.</b> Менархе, возраст, лет	>17	16	15	14	13	12	11	10	9
	<b>1.2.</b> Регулярность месячных	Аменорея	Длительные нарушения цикла	Нарушения при неблагоприятных условиях	Редкие нарушения	Регулярный цикл	Регулярный менструальный цикл			Различные нарушения цикла
<b>2.0.</b> Беременность	<b>2.1.</b> Сроки от нач. половой жизни	-	> 10 лет	3–9 лет	1–2	3–6 мес	1–2 мес	Даже при контрацепции		-
	<b>2.2.</b> Течение беременности	-	Нevынашивание	Угроза прерывания	Легкий токсик.	Нормальное течение				-
<b>3.0.</b> Трохантерный индекс		1,88	1,89–1,93	1,94–1,96	1,97–1,98	1,99	2,00	22,01–2,02	2,03–2,04	>2,05
	<b>4.0.</b> Оволосение	АoPo	A1P1	A2P2	Женский тип	Женский тип A2P3			Мужской тип	Гипертрихозы
<b>5.0.</b> Пробуждение эротического либидо, возраст		>16	15–16	14	13	12	11	10	9	<9
	<b>6.0.</b> Оргазм (коитальный)	-	>34 лет	31–34 лет	25–30	21–25	18–20	15–17	12–14	<12
	<b>6.1.</b> Первый оргазм (возраст)	-	10 лет	3–9 лет	1–2 года	6–11 мес	2–5 мес	1 мес	С нач. половой жизни	До начала половой жизни
	<b>6.2.</b> 50–100% ораcтичность от начала половой жизни	-	40	35	30	25	20	19	18–16	С начала половой жизни
	<b>6.3.</b> 50–100% ораcтичность (возраст)	-	40	35	30	25	20	19	18–16	С начала половой жизни

## Последовательность работы со шкалой

Последовательно вычисляются индексы половой конституции по следующим правилам:

- **Кф – фенотипический индекс.** Сложение всех полученных индексов и деление полученной суммы на количество векторов. **Кф** – общий показатель силы половой конституции.
- **Кг – генотипический индекс.** Сумма показателей 1, 2, 3, 4 векторов, деленная на количество векторов.
- **Ка – индекс половой активности.** Сумма 5.0., 6.1., 6.2., 6.3. векторов, деленная на количество векторов.
- **Соотношение векторов Ка/Кг.** Суть этого вычисления неясна, так как первоначально активность женщины в интимной жизни не учитывалась.

## ПРИМЕР работы со шкалой половой конституции женщины

К сексологу обратилась женщина 39 лет с жалобами на первичную аноргазмию.

Данные анамнеза пациентки изложены в таблице 4.

Графа “показатель” отражает соответствующий показатель по шкале половой конституции женщины.

**Кф** – вычисляют как среднее арифметическое от суммы всех показателей.

$$\text{Кф} = 4+5+2+1+5+3+6+7+3+1+1=38:11=3,5$$

Результат 3,5 соответствует сильному варианту слабой половой конституции.

Вычисляем отклонения каждого из показателей от средне-арифметической (от **Кф**).

По результатам вычислений сохранились следующие показатели:

**1.1, 1.2, 3.0.** – физические факторы, а также

**5.0, 6.1.** – начало становления либидо.

Снижены следующие показатели:

**2.1., 2.2.** – в 19 лет перенесла гонорею (незначимо для оценки сексуальности);

**6.0.** – оволосение лобка (малозначимо для оценки сексуальности);

**4.0., 6.1., 6.2.** – личный опыт интимной жизни.

Общие данные – см. таблицу 4.

*Таблица 4*

**Данные анамнеза пациентки**

Вектор	Данные	Показатель	Отклонение от <b>Кф</b> (=3,5)
1.1.	14	4	+ 0,5
1.2.	Регул.	5	+ 1,5
2.1.	8 лет	2	- 1,5
2.2.	Нет	1	- 2,5
3.0.	1,99	5	+ 0,5
4.0.	Ах2Р2	3	- 0,5
5.0.	11	6	+ 2,5
6.1.	15	7	+ 3,5
6.2.	4	3	- 0,5
6.3.	-	1	- 2,5

При обработке данных **Ка** наиболее показателен и близок к генотипической закладке вектор **5.0.**, поскольку он менее других подвержен влиянию окружающей среды. Векторы **6.1., 6.2., 6.3.** могут меняться под влиянием психических и эндокринных факторов.

Значения сочетаний показателей отдельных векторов.

1. Вектор **4.0.** резко сдвинут вправо (=8, 9) + вектор **3.0.** ниже 3 – подозрение на синдром Штейна-Левенталя (яичниковая гиперандрогения).

2. Вектор **4.0.** резко сдвинут вправо (=8, 9) + вектор **3.0.** ниже 3 – подозрение на постнатальную форму аденогенитального синдрома (надпочечниковая гиперандрогения).

3. Вектор **4.0.** резко сдвинут вправо (=8, 9) + вектор **3.0.** в пределах 4, 5, 6 – подозрение на вирильную форму дизэнцефального синдрома.

## 1.5. Сексуальная формула женская – модифицированная (СФЖ-м)

Классическая СФЖ содержит четыре ДИАДЫ векторов и один внесистемный показатель. Итого 9 показателей.

Диады характеризуют:

1. Ранние стадии копулятивного цикла.
2. Реализацию полового акта.
3. Оценку состоявшегося контакта.
4. Сексуальные показатели мужчины.

Внесистемный показатель – длительность расстройства.

Оценка показателей проводится аналогично обработке СФМ-м.

Недостатки классической СФЖ:

- не учитывает психологическое состояние женщины;
- не отражает сексуальные запросы женщины;
- запрограммированная пассивность и зависимость женщины.

Таким образом, в классической СФЖ не отражается основное положение отечественной сексологии о парности сексуальной функции и игнорируется возможность активной позиции женщины в паре.

С учетом этих особенностей в Модифицированном варианте СФЖ (СФЖ-м) к векторам каждой диады добавлены показатели, направленные на раскрытие психологических и партнерских особенностей. Таким образом, в СФЖ-м имеются триады, а не диады. В результате СФЖ-м (модифицированный) имеет следующий вид.

В тексте СФЖ добавленные векторы отмечены нижним подчеркиванием.

### Сексуальная формула женская СФЖ-м

Инициалы, возраст

Дата

Одинокaя Замужем Разведена

В каждом из разделов отметьте строку, которая наиболее отвечает Вашему состоянию **в настоящее время**.

## **I. Менструация:**

- 0 – кровянистых выделений из половых путей никогда не было;
- 1 – нерегулярные кровянистые выделения из половых путей или регулярные из других мест (например, носовые);
- 2 – менструации стали нерегулярными или полностью прекратились в течение последних лет;
- 3 – менструации утрачивали свою регулярность только под влиянием неблагоприятных условий, при нервно-психических состояниях, в летний период или при смене места жительства;
- 4 – менструации всегда сохраняли свою периодичность, даже в самых неблагоприятных условиях.

## **II. Отношение к половой активности:**

- 0 – половой акт всегда вызывал непреодолимое отвращение (или боль);
- 1 – половой акт с некоторых пор вызывает отвращение, что заставляет искать предлог, чтобы от него уклониться;
- 2 – половой акт безразличен и участие в нем проходит без внутреннего побуждения (из чувства долга или чтобы избежать конфликта);
- 3 – половой акт доставляет удовольствие, но степень наслаждения находится в явной зависимости от фазы менструального цикла;
- 4 – половой акт вызывает глубокое наслаждение всегда, вне зависимости от фазы менструального цикла.

## **III. Собственная половая активность**

Как часто проводите действия, направленные к осуществлению полового акта (в виде ласк по собственной инициативе, соблазнения внешним видом, словами и т.д.).

- 0 – вообще никогда или не чаще 1 раза в год;
- 1 – несколько раз в год, но не чаще 1 раза в месяц;
- 2 – несколько раз в месяц, но не чаще 1 раза в неделю;
- 3 – 2 раза или несколько чаще в неделю;
- 4 – ежедневно 1 или несколько раз.

#### **IV. Выделение влагалищной слизи к началу полового акта:**

- 0 – никогда не было;
- 1 – происходит не всегда и находится в зависимости от фазы менструального цикла (в “неблагоприятные” периоды не происходит даже при длительных предварительных ласках);
- 2 – происходит со значительным постоянством (вне зависимости от фазы менструального цикла), но при условии достаточной длительности предварительных ласк;
- 3 – происходит во всех случаях при условии, что половой акт совершается по внутреннему побуждению;
- 4 – происходит всегда и очень быстро, даже при самых поверхностных ласках (поверхностные беглые объятия и поцелуи), а иногда и просто при разговоре, принимающем интимный характер.

#### **V. Наступление глубокой острой нервной разрядки (оргазма):**

- 0 – никогда ни при каких обстоятельствах не испытывала оргазма;
- 1 – испытывала оргазм только при сновидениях эротического содержания;
- 2 – испытывала единичные случаи оргазма при исключительных обстоятельствах (сексуальные “игры”, особые формы полового воздействия при общении с изощренным мужчиной) или при самостимуляции;
- 3 – оргазм наступает примерно в 50% всех половых актов;
- 4 – оргазм наступает более чем в 80% всех половых актов, бывают повторные оргастические разрядки при однократном половом акте.

#### **VI. Быстрота достижения оргазма при половом акте при условии достаточной подготовленности:**

- 0 – вообще никогда или после длительных изнуряющих ласк или фрикций;



- 1 – через 20 минут и более непрерывных фрикций;
- 2 – в течение 10–20 минут фрикций;
- 3 – в первые 5 минут фрикций, бывают повторные за одно сношение;
- 4 – очень быстро, порой даже во время предварительных ласк.

#### **VII. Физическое самочувствие после половых актов:**

- 0 – боль или ощущение тяжести в половых органах;
- 1 – полное физическое безразличие;
- 2 – ощущение неотреагированного полового возбуждения, долго не исчезающее;
- 3 – ощущение разрядки полового возбуждения, наступающее сразу по окончании полового акта или в процессе заключительных ласк;
- 4 – удовлетворенность и приятная усталость.

#### **VIII. Настроение после сношения:**

- 0 – отвращение или (и) чувство униженности;
- 1 – чувство избавления от досадной обязанности;
- 2 – чувство полного безразличия;
- 3 – удовлетворение от сознания выполненного долга (или удовольствие от сознания доставленной мужчине радости);
- 4 – чувство благодарности мужчине за испытанное удовольствие, радость обоюдно разделяемого взаимного сближения.

#### **IX. Оценка успешности половой жизни:**

- 0 – половая жизнь вызывает только негативные эмоции;
- 1 – мужчина высказывает упреки;
- 2 – половая жизнь происходит с переменным успехом;
- 3 – половая жизнь происходит в общем успешно;
- 4 – половая жизнь вызывает только позитивные эмоции.

**Х. Уровень половой активности. Половые акты осуществляются со следующей периодичностью:**

- 0 – никогда не было;
- 0,5 – с интервалами не менее 1 года;
- 1 – несколько раз в год, но не чаще 1 раза в месяц;
- 2 – несколько раз в месяц, но не чаще 1 раза в неделю;
- 3 – 2 раза или несколько чаще в неделю;
- 4 – ежедневно 1 или несколько раз.

**ХI. Длительность сношения. Семяизвержение у партнера наступает:**

- 0 – еще до введения члена или в момент введения;
- 0 – не наступает ни при каких обстоятельствах;
- 0,5 – через несколько секунд после введения;
- 1 – не при каждом половом акте, сношение носит затяжной, подчас изнурительный характер;
- 2 – примерно в пределах 15–20 движений;
- 3–4 – через 1–2 минуты или дольше (указать примерную длительность) \_\_\_\_\_

**ХII. Потребность в половой жизни. Как часто хотели бы иметь сношения при нынешней частоте переживания оргазма:**

- 0 – никогда или не чаще 1 раза в год;
- 1 – несколько раз в год, но не чаще 1 раза в месяц;
- 2 – несколько раз в месяц, но не чаще 1 раза в неделю;
- 3 – 2 раза или несколько чаще в неделю;
- 4 – ежедневно 1 или несколько раз.

**ХIII. Длительность полового расстройства:**

- 0 – с начала половой жизни;
- 1 – более полугода;
- 2 – менее полугода;
- 3 – в настоящее время нет никаких расстройств, но они случались в прошлом (в особенности в начале половой жизни);
- 4 – не знаю, что значит иметь затруднения в половой жизни.

## АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СФЖ-м

**0, 1, 2** – различные степени **снижения** показателя.

**3** – среднестатистическая **норма** для женщины средних лет.

**4** – норма для периода возрастной **гиперсексуальности** или для сильной половой конституции. В некоторых случаях может вызывать сомнения в связи с превышением средних норм и с особенностями психического состояния.

## ОБРАБОТКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СФЖ-м

1. Запись показателя каждого вектора, отмеченного пациенткой. Например, показатели первой триады: 3-2-3. Затем разделение знаком / и запись показателей второй триады: 2-2-3. И так со всеми триадами и внесистемным показателем.

2. Общий вид записи: 3-2-3/2-2-3/ 1-1-0/ 0-1-1/ 0.

3. Сложение всех показателей в каждой триаде:  $3-2-3/2-2-3/1-1-0/0-1-1/0 = 8/7/2/2/0$ .

4. Подсчет суммы всех векторов:  $3-2-3/2-2-3/1-1-0/0-1-1/0 = 8/7/2/2/0 = 19$ .

5. Выявление наиболее сохранных и наиболее пораженных триад.

В данном примере первая и вторая триады (исходное состояние сексуальности и показатели фрикционной стадии коитуса) сохранены. Третья и четвертая триады (оценка сношения обоими партнерами, и запросы и возможности женщины) – резко снижены. Длительность расстройства – всегда, с начала половой жизни.

Таким образом, самые **низкие** показатели указывают на самые **уязвимые** места всей структуры, а самые **высокие** характеризуют:

- **общий резерв** компенсаторных возможностей
- наиболее **сохранные структуры** всей сексуальной системы, на которых можно строить терапию.

6. В данном случае можно предполагать несовпадение запросов и возможностей партнера и женщины (негативная оценка коитуса при незначительном снижении показателей фрикционной стадии коитуса), а также признаки семейно-

сексуальной дисгармонии (отсутствие взаимопонимания в выработке гармоничного интимного контакта с учетом запросов партнерши).

7. Оценка внесистемного показателя. (**XIII**. Длительность полового расстройства):

- 0 – с начала половой жизни (расстройство чаще характеризует особенности самой пациентки);
- 1 – дольше чем полгода (возможно, расстройство связано с появлением нового партнера или новых особенностей в отношениях, причем за довольно большой срок условно-рефлекторная цепочка нарушений последовательности коитуса может стать достаточно резистентной к попыткам изменить ситуацию);
- 2 – менее полугода (возможно, расстройство связано с появлением нового партнера или новых особенностей в отношениях, причем срок нарушений в условно-рефлекторной цепочке нарушений коитального цикла еще не принял окончательную форму и может быть достаточно податлив для психотерапии);
- 3 – в настоящее время нет никаких расстройств, но они случались в прошлом (в особенности в начале половой жизни) – (требует дополнительной информации для исключения проявлений тревожности);
- 4 – не знаю, что такое иметь затруднения в половой жизни.

### **ПРИМЕРЫ результатов СФЖ-м**

**1. Отсутствие межличностного контакта и эффективной стимуляции со стороны партнера.**

$$3-1-0/2-1-0/1-1-1/1-1-0/1 = 4/3/3/2/1 = 13.$$

Снижение показателей по всем триадам, особенно во второй, третьей, четвертой. Терапия должна включать в себя партнерские методики.

**2. Неэффективная стимуляция, незнание техники ласк и эрогенных зон.**

$$4-3-2/2-2-1/2-3-1/2-2-3/2 = 9/5/6/7/2 = 29.$$

Снижены показатели второй и третьей триад (II. Реализация полового акта. III. Оценка состоявшегося контакта). Также обращает на себя внимание длительность расстройства (**XIII.** – 2, менее полугода), возможно это связано с новым партнером или ухудшением отношений с постоянным партнером.

### **3. Слабый гормональный фон, семейно-сексуальная дисгармония.**

$$2-1-0/0-2-0/1-1-1/3-2-0/0 = 3/2/3/5/0 = 13.$$

Поражены все триады, исходные показатели первой триады низкие, показатели фрикционной стадии глубоко поражены, оценка состоявшегося сношения, скорее, безразличны или негативны.

## **1.6. Карта сексологического обследования женская**

**Рекомендации по заполнению** карты отмечены шрифтом с подчеркиванием.

ФИО, возраст (либо принятым шифром) \_\_\_\_\_

Дата обследования \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес (не обязательно) \_\_\_\_\_

Образование \_\_\_\_\_

Профессия (должность) \_\_\_\_\_

Профессиональная карьера (оценка особенностей характера и менталитета) \_\_\_\_\_

Сексуальная формула (СФЖ) \_\_\_\_\_

Шифр (МКБ-10) (заполняется после обследования) \_\_\_\_\_

**Жалобы:** впервые мысль о наличии сексологического заболевания возникла (когда и при каких обстоятельствах) \_\_\_\_\_

Динамика сексологического заболевания и реакция на него каждого из супругов (при наличии постоянного партнера) \_\_\_\_\_

Ранее проводившееся лечение сексологического заболевания (если проводилось) \_\_\_\_\_

Мотивы обращения к врачу-сексологу (также оценить адекватность мотивов) \_\_\_\_\_

**В настоящее время:**

что именно вызывает возбуждение и/или выделение влагалищной слизи: фантазирование, чтение эротической литературы, просмотр эротических кинофильмов, эротические сновидения, мастурбация, петтинг, половой акт, другие \_\_\_\_\_

Процент оргастичности: при петтинге \_\_\_\_\_ мастурбации \_\_\_\_\_ половом акте \_\_\_\_\_ эротических сновидениях \_\_\_\_\_.

Оценка сексуального влечения:

Влечение к мужу	До замужества	В браке	В настоящее время
Платоническое	Да / нет	Да/ нет	Да/ нет
Стремление к ласкам	Есть; безразличие; прикосновения в тягость; отвращение; избегание	Есть; безразличие; прикосновения в тягость; отвращение; избегание	Есть; безразличие; прикосновения в тягость; отвращение; избегание
Стремление к половому акту	Есть; безразличие; прикосновения в тягость; отвращение; избегание	Есть; безразличие; прикосновения в тягость; отвращение; избегание	Есть; безразличие; прикосновения в тягость; отвращение; избегание

Потребность в интимной близости: \_\_\_\_\_ раз в неделю, месяц, год (личная потребность, не связанная с запросами партнера).

Инициативу для сближения: не проявляет; проявляет \_\_\_\_\_ раз в неделю, месяц, год; в какой форме \_\_\_\_\_

Активность во время интимной близости:

в процессе предварительных ласк: пассивна; активна: всегда, часто, иногда, редко; никогда;

во время полового акта: пассивна; активна: всегда, часто, иногда, редко; никогда;

в процессе завершающих ласк: пассивна; активна: всегда, часто, иногда, редко, никогда;

Сексуальные ощущения (воллуст): отсутствуют, сохранены, усилены, болезненны, притуплены (уточнить причины выбранного состояния).

Психосексуальная удовлетворенность после полового акта: полная, частичная, отсутствует (уточнить причины выбранного состояния).

Сексуальная притязательность: высокая, средняя, низкая, отсутствует.

Потребность в изменении стереотипа сексуального поведения: нет, имеется:

- в личностных отношениях \_\_\_\_\_

- в ласках \_\_\_\_\_

Потребность в завершающих ласках: нет, есть: в виде увеличения, уменьшения их продолжительности до \_\_\_\_\_ минут (уточнить причины выбранного состояния).

Коррекция длительности периода фрикций: нет; увеличить до \_\_\_\_\_ минут; уменьшить до \_\_\_\_\_ минут (уточнить причины выбранного состояния).

Отношение мужа к ее потребности смены сексуального стереотипа \_\_\_\_\_

Дата последнего полового акта (попытки полового акта) \_\_\_\_\_ (чем закончился)

Дата предпоследнего полового акта (попытки полового акта) \_\_\_\_\_ (чем закончился)

### **Сексологический анамнез.**

Особенности воспитания до школы \_\_\_\_\_

Эмоциональная близость дома (с кем) \_\_\_\_\_

Осознание половой принадлежности (внешний вид, одежда, строение тела и гениталий) в \_\_\_\_\_ лет.

Интерес к половым органам своего пола (рассматривание, ощупывание) в \_\_\_\_\_ лет, другого пола в \_\_\_\_\_ лет.

Сексуальные игры (в доктора, в папу-маму и другие) \_\_\_\_\_  
(*отношение к ним*).

Реакция на них окружающих \_\_\_\_\_

Стеснительность, трудности обнажения: в присутствии лиц своего пола с \_\_\_\_\_ лет, другого пола с \_\_\_\_\_ лет.

**Мастурбация:** отрицает, с \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ лет, в среднем \_\_\_\_\_ раз в неделю, месяц.

Источники информации о сексуальных отношениях \_\_\_\_\_

Мотивы мастурбации \_\_\_\_\_

Форма мастурбации: мануальная стимуляция гениталий, направление струи воды на половые органы, сжатие мышц, другие  
(*оценить степень адаптивности, дезадаптивности*) \_\_\_\_\_

сопровождается: оргазмом с \_\_\_\_\_ лет, без оргазма (уточнить, почему без оргазма и на чем держится интерес к мастурбации в такой ситуации) \_\_\_\_\_

сопровождается фантазированием с \_\_\_\_\_ лет, не сопровождается (содержание фантазий, оценка степени дезадаптивности); тип мастурбации: импульсивная, периода юношеской гиперсексуальности, заместительная, ранняя допубертатная, персевераторно-обсессивная, фрустрационная, подражательная

реакция окружающих \_\_\_\_\_

отношение к мастурбации: расслабление, удовольствие, освобождение от навязчивости, чувство вины, стыда, страха, подавленности, отвращения, удовлетворения, другое \_\_\_\_\_

## **Либи́до:**

**платоническое либи́до:** первая платоническая влюбленность в \_\_\_\_\_ лет, в партнера своего, другого пола \_\_\_\_\_ лет, коллективная влюбленность в (кого) \_\_\_\_\_



сопровождалась мечтами: сидеть за одной партой, вместе играть, делать уроки, ходить в школу, проводить время, другое

---

реализация платонического либидо (записки, свидания, ухаживание) в \_\_\_\_ лет с партнером своего, другого пола \_\_\_\_ лет; (уточнить активность свою и партнера). \_\_\_\_\_

---

### **эротическое либидо:**

проявления: фантазирование с \_\_\_\_ лет, интерес к эротической литературе с \_\_\_\_ лет, стремление к ласкам, прикосновениям с \_\_\_\_ лет;

реализация эротического либидо с \_\_\_\_ лет с партнером своего, другого пола с \_\_\_\_ лет;

сопровождалась влечением, возбуждением: да, нет, другое; (например, агрессией) \_\_\_\_\_

замещающие реализацию формы поведения: эротическое фантазирование с искаженным представлением о действительности

---

неосознанная гомосексуальная реализация: нежность, ласки, прикосновения к подругам, любимым женщинам;

осознанная гомосексуальная реализация: разговоры с подругами на эротические темы, совместное фантазирование с проигрыванием эротически окрашенных ситуаций, игра в эротику с заменой гетеросексуального партнера из фантазии на реального гомосексуального;

сопровождалась влечением, возбуждением: да, нет, другое (например, агрессией).

Эротические сновидения: никогда не было, с \_\_\_\_ лет, частота \_\_\_\_; сопровождаются возбуждением, выделением влагалищной слизи, оргазмом с \_\_\_\_ лет (содержание снов: на платоническом, эротическом, сексуальном уровне, страшные, кошмарные, агрессивные, с оргазмом в момент пробуждения, сразу после пробуждения; прерываются непосредственно перед оргазмом).

**Петтинг:** не практиковала, практиковала: активный, пассивный, поверхностный, глубокий, односторонний, двусторонний, гомо-, гетеросексуальный (указать, когда и с кем) \_\_\_\_\_

сопровождался влечением, выделением влагалищной слизи, оргазмом, безразличием, был неприятен (чем) \_\_\_\_\_

**Фрустрации:** никогда не были, единичные эпизоды в \_\_\_\_ лет. Периоды систематических фрустраций: причины; сопровождаются возбуждением, выделением влагалищной слизи с \_\_\_\_ лет, оргазмом с \_\_\_\_ лет; чем смягчаются: мастурбация, физическая нагрузка, психологическая нагрузка, другое \_\_\_\_\_

### **Динамика половой жизни.**

Первый половой акт в \_\_\_\_ лет с партнером \_\_\_\_ лет; наедине; при посторонних, без посторонних, но с угрозой быть застигнутыми; в состоянии опьянения; \_\_\_\_\_

Мотивы первого сношения: взаимная любовь, желание эмоционального контакта, предполагаемое вступление в брак, самоутверждение, престиж, любопытство, давление сверстников, принуждение, другие \_\_\_\_\_

поведение сексуального партнера при первом половом акте: проявлял нежность, такт, заботу, грубость, эгоизм \_\_\_\_\_;

испытываемые эмоции \_\_\_\_\_

дефлорация: болезненная, безболезненная \_\_\_\_\_

Оценка первого полового акта в то время: позитивная, противоречивая, негативная (уточнить причины) \_\_\_\_\_

Как развивались и чем закончились первые сексуальные отношения \_\_\_\_\_

Динамика влюбленностей, добрых связей (включая петтинг), и предшествующих браков \_\_\_\_\_

Замужем с \_\_\_\_ лет (с \_\_\_\_ года).

Половая активность в браке:

в первый месяц \_\_\_\_\_ в первый год \_\_\_\_\_

Условно-физиологический ритм половой жизни (УФР):

с \_\_\_\_ лет, через \_\_\_\_ месяцев, лет регулярной половой жизни;  
в последний год перед сексуальным расстройством \_\_\_\_ раз в  
неделю, месяц, год.

Установившаяся продолжительность половых актов \_\_\_\_\_  
секунд, минут.

Потребность в сексуальной близости: в первый месяц \_\_\_\_\_  
в первый год \_\_\_\_\_. В последний год перед заболеванием  
\_\_\_\_\_

Инициативу для сближения: не проявляет; стала проявлять  
через \_\_\_\_ месяцев, лет половой жизни в \_\_\_\_ браке; \_\_\_\_ раз  
в месяц, год, в какой форме \_\_\_\_\_

**Периоды абстиненции:** нет; бывают продолжительностью  
до \_\_\_\_ дней \_\_\_\_ раз в год: тотальные, парциальные (смягча-  
ются мастурбацией, петтингом, эротическими сновидениями с  
оргазмом).

Субъективная переносимость: ощущает чувство облегчения  
и подъем настроения; переносит спокойно; на настроении не  
сказывается; ощущает умеренный физический дискомфорт;  
фиксация мыслей на сексуальной сфере; не выдерживает тя-  
гостных переживаний и прибегает к мастурбации или к другим  
мерам (*уточнить, к каким и степень эффективности*) \_\_\_\_\_

Внебрачные половые связи (уточнить причины физического,  
психологического, социального плана, степень удовлетво-  
ренности связью, причины прекращения) \_\_\_\_\_

**Оргазм** с \_\_\_\_ лет; при сексуальных играх, мастурбации, пет-  
тинге, во сне, в состоянии необычного аффекта, при половом  
акте, другое \_\_\_\_\_  
до начала регулярной половой жизни; через \_\_\_\_ месяцев, лет  
регулярной половой жизни, в \_\_\_\_ браке.

Характер оргазма:

по локализации: клиторический, вагинальный, неопределенной локализации, психический; другая локализация \_\_\_\_\_

по течению: пикообразный, волнообразный, однократный, многократный;

по интенсивности: сильный, умеренный, слабый.

Зависимость оргазма: от фазы менструального цикла, переутомления, бытовых факторов, другое \_\_\_\_\_

Достижение 50–100% оргастичности в \_\_\_\_\_ лет, через \_\_\_\_\_ месяцев, лет половой жизни в \_\_\_\_\_ браке.

Ситуационный (непроизвольный) оргазм: никогда не было, был с \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ лет, адекватный, неадекватный (*уточнить условия*) \_\_\_\_\_.

Провоцирующие его раздражители \_\_\_\_\_

Девиации и парафилии (возраст появления фантазий, приобретения ими патологических черт, динамическая характеристика попыток реализации аномального влечения) \_\_\_\_\_

Мочеиспускание: свободное, с задержкой, безболезненное, болезненное, учащенное: днем \_\_\_\_\_ раз, ночью \_\_\_\_\_ раз; с возраста \_\_\_\_\_ лет.

энурез: не было, был до \_\_\_\_\_ лет.

Объективные данные: рост \_\_\_\_\_ см, окружность грудной клетки \_\_\_\_\_ см, вес \_\_\_\_\_ кг, высота ноги \_\_\_\_\_ см, трохантерный индекс \_\_\_\_\_.

**Развитие** вторичных половых признаков:

Диаметр ареол сосков: правого \_\_\_\_\_ см, левого \_\_\_\_\_ см.

Количественная оценка гирсутизма: верхняя губа \_\_\_\_\_ подбородок \_\_\_\_\_ грудь \_\_\_\_\_ предплечье \_\_\_\_\_ плечо \_\_\_\_\_ спина \_\_\_\_\_ поясница \_\_\_\_\_ верхняя часть живота \_\_\_\_\_ нижняя часть живота \_\_\_\_\_ бедро \_\_\_\_\_ голень \_\_\_\_\_

Облысение: нет, выраженное, умеренное со лба, умеренное с макушки.

Седина волосистой части головы: тотальная, участками, отсутствует.

Отложение жира (локализация) \_\_\_\_\_

Стрии (локализация) \_\_\_\_\_

Эндокринная система: наименование заболеваний \_\_\_\_\_

Внутренние органы: наименование заболеваний \_\_\_\_\_

Артериальное давление: правая рука \_\_\_\_/ \_\_\_\_ мм рт.ст.;  
левая рука \_\_\_\_/ \_\_\_\_ мм рт.ст.

Нервная система:

рефлексы: поверхностный анальный: не вызывается, снижен, сохранен;

подошвенный: справа – не вызывается, снижен, сохранен; слева – не вызывается, снижен, сохранен.

коленный: справа – не вызывается, снижен, сохранен; слева – не вызывается, снижен, сохранен.

Ладони: гиперемированные, бледные, теплые, холодные, влажные, сухие.

Дермографизм: красный: появляется через \_\_\_\_ секунд, держится \_\_\_\_ минут;

белый: появляется через \_\_\_\_ секунд, держится \_\_\_\_ минут.

Психический статус \_\_\_\_\_

**Отношение** к сексологическому заболеванию: переоценка с ипохондрическими элементами; соответствует степени сексологического заболевания и жизненной ситуации; недооценка тяжести своего состояния.

**Особенности личности:** мнительность, нерешительность, неуверенность, тревожность, застенчивость, впечатлительность, обидчивость, ранимость, раздражительность, вспыльчивость (без потери/с потерей контроля над собой), стремление быть в центре внимания, демонстративность, театральность, эгоцентризм, склонность к фантазированию, лживость, эмоциональ-

ная незрелость, слабоволие, повышенная внушаемость, пассивная подчиняемость, инертность эмоций, застревание на обидах, упрямство, злобность, жестокость, замкнутость, эмоциональная отчужденность, отсутствие аффективного резонанса, стремление к уединению, постоянное недовольство, подозрительность, мстительность, повышенная/сниженная самооценка.

Сексуальная формула женская (дополнительный вектор).

Х. Внешний облик:

- 0 – грубые, бросающиеся в глаза дефекты (хромота, обезображивающие наросты, другие \_\_\_\_\_);
- 1 – наличие дефектов внешнего облика, выявляемых не с первого взгляда, при более длительном контакте;
- 2 – общая невыразительность, заурядность внешнего облика при отсутствии четких дефектов;
- 3 – привлекательность внешнего облика и поведения;
- 4 – редкая (классическая) красота, бросающаяся в глаза.

### **Гинекологический статус.**

Оволосение лобка: по женскому типу; по женскому типу прореженное; тенденция к мужскому типу; по мужскому типу; по мужскому типу с гипертрихозом (гирсутизм).

Наружные половые органы.

Большие половые губы: развитие: правильное, гипертрофия, гипотрофия, неразвитие; складчатость: отсутствует, снижена, выражена;

пигментированность: отсутствует, снижена, слабо выражена, выражена, усилена, пигментные пятна, участки депигментации.

Малые половые губы: развиты: правильное, гипертрофия, гипотрофия, неразвитые.

Клитор: развит правильно, гипертрофия, псевдогипертрофия, размер \_\_\_\_ см.

Расстояние от клитора до наружного отверстия уретры \_\_\_\_ см.

Слизистая вульвы: цвет; розовая, бледно-розовая, бледная, гиперемирована; поверхность: гладкая, блестящая, атрофичная, тусклая, эрозирована, отечна, влажная, сухая;

пигментированность: отсутствует, снижена, слабо выражена, выражена, усилена, пигментные пятна, участки депигментации; опухолевидное и рубцовые образования.

Осмотр в зеркалах: болезненный, безболезненный;

влагалище: широкое, узкое, свободное; опущение передней, задней стенки;

слизистая: розовая, бледно-розовая, бледная, гиперемирована;

поверхность: гладкая, блестящая, атрофичная, тусклая, эрозирована, отечная, влажная, сухая;

пигментированность: отсутствует, снижена, слабо выражена, выражена, усилена, пигментные пятна, участки депигментации; опухолевидное образование, рубцовые изменения.

Шейка матки сформирована, деформирована старыми разрывами, рубцовая деформация;

форма: коническая, цилиндрическая; поверхность: чистая, эрозирована, ретенционные кисты;

наружный зев: закрыт, открыт, зияет; выделения: слизисто-серозные, гнойные, пенистые, творожисто-хлопьевидные, кровавистые, умеренные, обильные, незначительные.

Вагинальный (бимануальный) осмотр (*в случае вагинизма и коитофобии описывается отдельно*) болезненный, безболезненный;

уретра: мягкая, плотная, болезненная, безболезненная;

губки уретры без патологических изменений, отечны, гиперемированы, уретроцеле;

бартолиниевы железы: не изменены с двух сторон, справа, слева, болезненные, безболезненные, увеличены в размерах;

влагалище: глубина влагалища до шейки матки \_\_\_\_\_ см, до заднего свода \_\_\_\_\_ см.

Тело матки: нормальных размеров, маленькое, увеличено до \_\_\_\_\_ недель беременности, плотное, мягковатое, мягкое, бугристое, болезненное, безболезненное;

отклонено: кпереди, кзади; смещено: вправо, влево; подвижное, ограничено в подвижности, удалено при операции, пальпируется опухолевидное образование.

Придатки: не пальпируются; увеличены: слева, справа; в спайках, болезненные, удалены при операции, опухолевидное образование.

Промежность: высокая, средняя, низкая.

Состояние мышц промежности: тонус нормальный, снижен, повышен, рубцовая деформация, болезненность.

Предварительный диагноз \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

План обследования \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

План лечения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **1.7. Трохантерный индекс**

Трохантерный индекс – отношение роста пациента (пациентки) к длине ноги.

Измерение трохантерного индекса (ТИ) используют для выявления особенностей пубертатных изменений скелета, которые остаются неизменными на протяжении всей жизни.

Рост костного скелета у обоих полов отражает особенности течения пубертата, связанного прежде всего с патологией гонад.

Рост костного скелета в период препубертата-пубертата-раннего постпубертата протекает неравномерно. В препубертатный период рост увеличивается за счет удлинения бедренных костей; в пубертате – за счет удлинения костей торса. Но в раннем постпубертате удлинение костного скелета вновь происходит в основном за счет костей ног.

Таким образом, по трохантерному индексу можно в любом возрасте судить о том, насколько рано начался и как долго продлился период препубертата, и насколько рано и быстро он сменился пубертатом.

Чем больше длина ноги, тем меньше трохантерный индекс, и это свидетельствует о затянувшемся пубертате, то есть ослабленном варианте полового или психосексуального развития.



Относительно короткие ноги – признак рано наступившего пубертата.

Измерение трохантерного индекса (ТИ).

Процедуру проводят в положении пациента стоя босиком. Определяется расстояние от большого вертела бедренной кости до пола. Если пациент в обуви, то от большого вертела до каблука.

Большой вертел располагается на латеральной поверхности таза. Для его поиска ведут пальцем по шву брюк или платья, и примерно на 2 поперечных пальца выше уровня промежности фиксируют наличие выступающей кости. В этой области пальпируется только одно костное образование – большой вертел. Приложив к нему и зафиксировав нулевой конец измерительного устройства (желательно твердого – деревянного или металлического, а не мягкого тканевого), второй конец прикладывают к полу. Полученный результат называют длиной ноги.

Далее проводят арифметические действия: цифры роста испытуемого делят на цифры длины ноги. Измерение необходимо проводить с точностью до второго знака после запятой. Полученный результат и является ТИ.

**ПРИМЕР:** мужчина ростом 182 см, длина ноги 92 см.  $ТИ=182:92=1,98$ . Согласно данным шкалы половой конституции мужчины, этот показатель соответствует сильному варианту средней половой конституции.

Показатели ТИ у представителей обоих полов представлены в таблице 5.

*Таблица 5*

**Показатели ТИ и половая конституция у мужчин и женщин**

Пол	Конституция								
	слабая			средняя			сильная		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Мужчины	<1,85	1,86– 1,89	1,90– 1,91	1,92– 1,94	1,95– 1,96	1,97– 1,98	1,99	2,00	>2,0
Женщины	1,88	1,89– 1,93	1,94– 1,96	1,97– 1,98	1,99	2,00	2,01– 2,02	2,03– 2,04	>2,05

## **1.8. Синдромы расстройств составляющих копулятивного цикла и частота их диагностики**

Данные касаются частоты встречаемости определенных расстройств в общей популяции пациентов, предъявляющих жалобы на наличие сексуальных проблем.

### **I. Синдромы расстройств нейрогуморальной составляющей (27,8%)**

1. Первично-сексологические плюригландулярные синдромы – 26,8%:
  - 1а – синдромы нарушения темпов пубертатного развития (задержанное, преждевременное и дисгармоничное) – 6,3%;
  - 1б – инволюционное снижение половой активности – 17,4%;
  - 1в – расстройства, спровоцированные применением гормонотерапии, и др. – 3,1%.
2. Вторичные сексуальные расстройства при специфических эндокринных заболеваниях ~ 1,1%:
  - 2а – патология дифференцировки пола (вследствие нарушений соматосексуального развития);
  - 2б – сексуальные нарушения при поражении гипоталамуса;
  - 2в – сексуальные расстройства гипофизарного происхождения;
  - 2г – половые расстройства при заболеваниях семенников (яичек);
  - 2д – сексуальные нарушения при заболеваниях других эндокринных желез.

### **II. Синдромы расстройств психической составляющей (50,8%)**

1. Нарушения психосексуального развития ~ 1%;
2. Сексуальные нарушения при психопатологических расстройствах с преобладанием конституционально-эндокринных факторов – 10,4%:
  - 2а – акцентуации характера – 1,6%;
  - 2б – психопатии – 4,7%;
  - 2в – эндогенные психозы – 4,1%.

3. Сексуальные нарушения при психопатологических расстройствах с преобладанием экзогенных (реактивных, ситуационных) факторов – 30,0%:
  - 3а – с первичным поражением сексуальной сферы – 23,1%;
  - 3б – со вторичным вовлечением сексуальной сферы в клиническую картину невроза – 6,9%.
4. Синдромы дезактуализации и нарушенной реадaptации сексуальной сферы – 1,8%.
5. Мнимые сексуальные расстройства – 7,6%:
  - 5а – с преобладанием предъявления к себе чрезмерных требований;
  - 5б – с отнесением к себе воображаемых изъянов;
  - 5в – с неадекватной личностной реакцией на физиологические колебания сексуальных проявлений (в том числе на постабстинентные ускорения эякуляции);
  - 5г – с преобладанием неправильного поведения партнеров (в том числе при несоблюдении элементарной “техники” коитуса, например, при редукции предварительных ласк) или сексуальных дефектов женщины.

### **III. Синдромы поражения эрекционной составляющей (1%)**

1. Сосудистые формы.
2. Спинальные и экстраспинальные формы (при миелите, рассеянном склерозе, каудитах, фуникулитах, плекситах, невритах, опухолях, травмах и др.):
  - 2а – проводниковые;
  - 2б – сегментарные;
  - 2в – периферические.
3. Заболевания и повреждения полового члена.

### **IV. Синдромы нарушений эякуляторной составляющей (20,4%)**

1. Урогенитальные синдромы (без титуляризации) – 11,0%.
2. Урогенитальные синдромы с вторичной титуляризацией – 5,4%.
3. Синдром парацентральных долек – 3,8%.
4. Спинальные синдромы нарушения эякуляции – 0,2%.

## **Раздел 2. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ**

### **2.1. Рефлекс кремастерный**

Кремастерный рефлекс – общий.

СНИЖЕНИЕ рефлекса может быть признаком:

- 1) повреждения нервных волокон спинного мозга или его оболочек;
- 2) повреждения позвоночника L1-L2 или подвздошно-пахового нерва;
- 3) перекрута яичка (сопровождается сильными болями в области яичка).

В сексологической практике чаще встречается первый и второй варианты снижения кремастерного рефлекса.

ПОВЫШЕНИЕ кремастерного рефлекса может имитировать крипторхизм или эктопию яичка в связи с чрезмерно активным подъемом яичка.

Исследование кремастерного рефлекса.

Мужчина находится в положении стоя, область от пупка до колен обнажена. Врач совершает штриховые движения по внутренней стороне бедра от границы нижней и средней трети бедра заостренным тупым предметом (например, соответствующей деталью неврологического молоточка, заостренным концом шариковой ручки и т.д.). В ответ на кожную стимуляцию происходит сокращение мышцы, поднимающей яичко. Яичко на этой стороне поднимается в сторону пахового канала.

Рефлекс исследуют с каждой стороны отдельно. Реакция на стимуляцию с обеих сторон может не совпадать по выраженности.

### **2.2. Рефлекс кавернозный**

Рефлекторная дуга кавернозного рефлекса проходит через половой нерв в центры спинного мозга на уровне Cr2-Cr3. Выявляется у 100% мужчин и примерно у 70% женщин (при стимуляции головки клитора).

Исследование кавернозного рефлекса.

Исследуемый находится в положении стоя, область от пупка до колен обнажена.

Головку пениса или клитора стимулируют легкими колющими прикосновениями закругленного острого предмета (неврологического молоточка, концом шариковой ручки, спичкой и др.). При стимуляции происходит сокращение наружного анального сфинктера или бульбокавернозной мышцы.

Бульбокавернозный рефлекс может отсутствовать при поражении крестцовых нервов.

### **2.3. Рефлекс мошоночный**

Мошоночный рефлекс – аксонный, местный (вегетативная реакция).

Исследование мошоночного рефлекса.

Исследуемый находится в положении стоя, область от пупка до колен обнажена.

Врач совершает 3–5 штриховых движений по внутренней стороне бедра от границы нижней и средней трети бедра заостренным тупым предметом (например, соответствующей деталью неврологического молоточка, заостренным концом шариковой ручки и т.д.). В ответ на кожную стимуляцию происходит подтягивание кверху яичка с этой стороны совместно с мошонкой.

Рефлекс ослаблен или отсутствует при миелопатии.

### **2.4. Рефлекс ахиллов**

Ахиллов рефлекс – глубокий сухожильный. Рефлекторная дуга проходит через чувствительные волокна большеберцового нерва, седалищного нерва, I–II крестцовые сегменты.

Рефлекс заключается в сокращении икроножных мышц и подошвенном сгибании стопы в ответ на удар молоточком по пяточному (ахиллову) сухожилию.

Исследование ахиллова рефлекса.

Исследуемый встает коленями на край стула, стопы свободно свисают, ладонями держится за спинку стула, удерживая тело. Врач совершает однократный удар неврологическим молоточком по ахиллову сухожилию. Рефлекторная реакция происходит мгновенно на исследуемой конечности. Затем проводится удар молоточком по ахиллову сухожилию второй ноги. Удары необходимо контролировать, совершая их с одинаковой силой и в одинаковую область сухожилия во избежание ложной разницы в рефлексах.

Отсутствие рефлекса, как правило, связано с различными неврологическими нарушениями, показана консультация невропатолога. Расширенный рефлекс (проявляется при ударах в средней или даже в верхней трети икроножной мышцы) – признак синдрома парацентральных долек (СПЦД).

## 2.5. Особенности мочеиспускания

Таблица 6

### Виды нарушения мочеиспускания и возможные причины

Вид нарушения	Определение	Причины
Изурия	Выделение мочи в течение суток через равные интервалы времени и одинаковыми порциями	Хроническая почечная недостаточность
Ишурия	Задержка мочи в мочевом пузыре/задержка мочеиспускания	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Поражение спинного мозга (снижение тонуса мочевого пузыря);</li> <li>- рефлекторно-периферическая ишурия (послеоперационная)</li> </ul>
Странгурия	Мочеиспускание малыми порциями (по каплям)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Стриктура шейки мочевого пузыря;</li> <li>- ущемление камней и инородных тел в уретре;</li> <li>- опухоль мочевого пузыря;</li> <li>- фимоз</li> </ul>
Поллакиурия, дизурия	Учащенное и болезненное мочеиспускание	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Инфекции мочевых путей;</li> <li>- нарушения оттока мочи</li> </ul>

## 2.6. Признаки преобладания симпатической / парасимпатической вегетативной нервной системы

Таблица 7

### Клиническая характеристика функционального состояния вегетативной нервной системы

Симптомы и показатели	Симпатические реакции	Парасимпатические реакции
Эрекция	Устойчивая	Неустойчивая
Эякуляция	Ускоренная	Может затягиваться
Дермографизм	Розовый, белый	Интенсивно-красный, возвышающийся
Цвет кожи	Бледность	Склонность к гиперемии
Сосудистый рисунок	Не выражен	Усилен, цианоз
Сальность	Нормальная	Повышена
Сухость	Повышена	Нормальная
Потоотделение	Уменьшено (если пот вязкий, то повышено)	Усилено (пот жидкий)
Температура кожи	Снижена	Повышена
Пигментация	Усилена	Снижена
Температура тела	Повышена	Снижена
Переносимость холода	Удовлетворительная	Плохая
Переносимость жары	Плохо переносит жару	Удовлетворительная
Масса тела	Склонность к похуданию	Склонность к увеличению
Аппетит	Повышен	Понижен
Зрачки	Расширены	Нормальные
Глазные щели	Расширены	Нормальные
Пульс	Лабильная тахикардия	Брадикардия
АД (систолическое и диастолическое)	Повышено	Понижено или нормальное
ЭКГ	Синусовая тахикардия	Синусовая брадикардия

Головокружение	Нехарактерно	Часто
Частота дыхания	Нормальное или учащенное	Медленное, глубокое
Слюноотделение	Уменьшено	Усилено
Состав слюны	Густая	Жидкая
Кислотность желудочного сока	Нормальная или повышена	Повышена
Моторика кишечника	Атонический запор, слабая перистальтика	Дискинезии, поносы, спастический запор
Мочеиспускание	Полиурия, светлая моча	Императивные позывы
Пиломоторный рефлекс	Усилен	Нормальный
Аллергические реакции (отеки, зуд)	Отсутствует	Склонность
Темперамент	Повышенная возбудимость	Вялость, малоподвижность
Сон	Непродолжительный, плохой	Сонливость
Физическая работоспособность	Повышена	Снижена
Психическая сфера	Рассеянность, неспособность сосредоточиться на чем-либо одном, активность выше вечером	Внимание удовлетворительное, активность выше в первой половине дня
Число эритроцитов	Увеличено	Уменьшено
Число лейкоцитов	Увеличено	Уменьшено
Уровень глюкозы в крови	Повышен, норма	Снижен (гипогликемия)
Переносимость голода	Обычная	Плохая
Реакция на УФО	Нормальная, снижена	Усилена
Ортостатическая проба	Пульс относительно ускорен	Пульс относительно замедлен
Клиностатическая проба	Пульс относительно замедлен	Пульс относительно ускорен
Проба Ашнера	Норма, парадоксальное ускорение пульса	Значительное замедление пульса



## Раздел 3. ГОРМОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

В разделе приведены значения нормальных гормональных показателей, наиболее часто исследуемых при сексуальных расстройствах.

### 3.1. Гормоны щитовидной железы

Исследуют следующие гормоны щитовидной железы:

Т3 общий.

Т4 общий.

Т3 свободный.

Т4 свободный.

ТТГ (тиреотропный).

Антитела к тиреоглобулину (АТ-ТГ).

Антитела к тиреопероксидазе (АТ-ТПО).

Таблица 8

#### Нормы анализов гормонов щитовидной железы

Мужчины	Женщины вне беременности
ТТГ – от 0,5 до 5,0 мМЕ/л	ТТГ 0,3–4,2 мкМЕ/м
Свободный Т4 – от 0,7 до 1,9 нг/дл	Т4 свободный – 0,7–1,48 нг/дл
Общий Т4 – от 5,0 до 12,0 мкг/дл	
Общий Т3 – 80–220 нг/дл	Т3 (общий) 1,2–3,1 нмоль/л
Т3 свободный 3,1–6,5 пмоль/л	Т3 свободный 3,1–7,2 пмоль/л
Антитела к тиреоглобулину (АТ-ТГ) 0–4,11 Ед/мл (аутоиммунные заболевания)	АТ-ТГ 0–4,11 Ед/мл
Антитела к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) 0–34 ме/мл. После 50 лет – норма до 50 ме/мл	

### **Т3 общий**

#### **Сниженный уровень – гипотиреоз, повышенный – гипертиреоз**

Гипотиреоз: резкий набор массы тела, сухость кожных покровов, повышенная утомляемость, сниженная выносливость к физическим нагрузкам, повышенная чувствительность к низким температурам; у женщин нарушения цикла.

Гипертиреоз: учащенное сердцебиение, похудение, нарушение сна, тремор рук, гиперемия слизистой оболочки глаз, отеки на лице.

### **Т4 общий**

Симптомы гипертиреоза или гипотиреоза.

### **Т3 свободный**

Контролирует тканевой рост, белковый, липидный и углеводный обмен, нормализацию сердечной работы, влияет на пищеварение, дыхание, половую и нервную системы, отвечает за образование тепловой энергии, клеточное дыхание.

Анализ рекомендован при повышенном или пониженном уровне ТТГ и Т4.

### **Т4 свободный**

Контролирует процессы метаболизма и клеточное дыхание, усиливает обменные процессы, в том числе обмен костной ткани, стимулирует выработку в печени витамина А, снижает уровень холестерина, положительно влияет на репродуктивную функцию, способствует нормализации психического состояния.

### **ТТГ**

Регулирует деятельность самой щитовидной железы, в особенности выработки Т3 и Т4. Обычно уровень ТТГ, Т3 и Т4 исследуют одновременно. Концентрация Т3 и Т4 обратно пропорциональна содержанию ТТГ. Нарушение ТТГ появляется раньше, чем нарушения в показателях анализов Т3 и Т4.

Нарушения ТТГ могут быть проявлением поражения гипоталамуса.

### **Антитела к тиреоглобулину (АТ-ТГ)**

Тиреоглобулин может стимулировать аутоиммунную реакцию организма, что запускает воспалительный процесс в щитовидной железе. АТ-ТГ могут приводить к развитию, гипо- или гиперфункции.

### **Антитела к тиреопероксидазе (АТ-ТПО)**

Это иммуноглобулины, которые считаются главным маркером аутоиммунного процесса в щитовидной железе. Появление АТ-ТПО приводит к гипертиреозу или гипотиреозу.

## **3.2. Гормоны коры надпочечников**

Исследуют следующие гормоны коры надпочечников:

**АКТГ** (адренокортикотропный гормон, кортикотропин, Adrenocorticotrophic Hormone, АСТН). Полипептидный гормон передней доли гипофиза.

Регулирует выработку и выделение гормонов коры надпочечников.

### **Кортизол** (гидрокортизон, Cortisol)

Основной глюкокортикоидный гормон, индикатор функции коры надпочечников.

### **Свободный кортизол** (суточная моча) (free Cortisol, urine)

Исследуют содержание в суточной моче. Отражает состояние гиперфункции коры надпочечников.

### **Кортизол** (слюна) (Cortisol, Saliva)

Основной тест в диагностике эндогенного гиперкортицизма.

## **3.3. Гипофизарные гонадотропные гормоны и пролактин**

**Фолликулостимулирующий гормон** (ФСГ, Follicle Stimulating Hormone, FSH)

Гормон гипофиза, регулирует созревание фолликулов у женщин и сперматогенез у мужчин.

### **Лютеинизирующий гормон (ЛГ, Luteinizing Hormone, LH)**

Гормон гипофиза, контролирует образование половых гормонов у женщин и гормональные изменения по фазам менструального цикла. Стимулятор синтеза тестостерона у мужчин.

### **Пролактин (Prolactin).**

Гормон гипофиза, участвует в регуляции функции молочных желез и лактации. Повышение уровня пролактина снижает выработку тестостерона.

## **3.4. Оценка андрогенной функции**

### **Тестостерон (Testosterone)**

Основной андрогенный гормон. Участвует в процессах полового развития, гипогонадизма у мужчин. У женщин повышенный уровень тестостерона может приводить к нарушениям цикла, бесплодию, вирилизации.

**Пределы нормы** у мужчин: 11–33 нмоль/л; у женщин 0,24–3,8 нмоль/л.

### **Дегидроэпиандростерон-сульфат (ДЭА-S04, ДЭА-С, Dehydroepiandrosterone sulfate, DHEA-S)**

Показатель андроген-синтезирующей активности надпочечников, участвует в процессах, приводящих к гипер- и гипогонадизму.

**Пределы нормы** у мужчин: 2,41–12,11 мкмоль/л; у женщин: 2,68–9,21 мкмоль/л.

### **Глобулин, связывающий половые гормоны (ГСПГ, Sex hormone-binding globulin).**

Белок плазмы крови, участвующий в связывании и транспорте половых гормонов.

**Пределы нормы** у мужчин: 13–71 нмоль/л; у женщин: 18–114 нмоль/л.

### **17-ОН-прогестерон (17-Hydroxyprogesterone, 17-ОНР).**

Промежуточный стероид в биосинтезе глюкокортикоидов, андрогенов и эстрогенов. Исследование проводят при подозре-

нии на врожденную гиперплазию надпочечников (врожденный адреногенитальный синдром).

**Пределы нормы:** до 2 нг/мл (6 нмоль/л);

- показатель 2–10 нг/мл (6–30 нмоль/л) сомнительный и требует проведения дополнительных тестов;
- показатель выше 10 нг/мл (30 нмоль/л) признак врожденной дисфункции коры надпочечников.

### **17-КС в моче (17-кетостероиды)**

Тест на андрогенную активность надпочечников.

**Пределы нормы:** у мужчин: 9–17 мг/сут; у женщин: 5–14 мг/сут.

### **Дигидротестостерон (DHT, Dihydrotestosterone)**

Один из активных тканевых метаболитов тестостерона.

**Пределы нормы** у мужчин: 250–990 пг/мл; у женщин: 24–450 пг/мл.

### **Свободный тестостерон (Free Testosterone)**

Биологически активная часть тестостерона крови.

**Пределы нормы** у мужчин: 4,5–42 пг/мл; у женщин: 0 до 4,1 пг/мл.

### **Андростендиол глюкуронид (Androstanediol glucuronide, 3-alpha-diol-G)**

Исследование проводят в целях дифференциальной диагностики гирсутизма.

**Пределы нормы:** 0,1 нг/мл – 50,0 нг/мл.

### **Андростендион (Androstenedione)**

Предшественник тестостерона и эстрогена в стероидном биосинтезе. Исследование важно при диагностике гиперандрогенных состояний.

**Пределы нормы:** 1,05–35 нмоль/л.

**Дегидроэпиандростерон** (ДГЭА), дегидроэпиандростерон неконъюгированный (ДГЭА неконъюгированный) (Dehydroepiandrosterone unconjugated (DHEA unconjugated)).

Показатели важны для дифференцированной диагностики гиперандрогенных состояний (синдром поликистозных яичников, врожденный адреногенитальный синдром, гирсутизм, вирилизирующие опухоли надпочечников), диагностики нарушений полового созревания, преждевременного полового созревания.

Показатели нормы гормона зависят от возраста исследуемого.

## **Раздел 4. ВНЕШНИЕ ПРИЗНАКИ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

### **4.1. Поражение щитовидной железы**

*Гипотиреоз* – микседема: страдальческое выражение лица, опущены наружные уголки глаз, волосы ломкие, наружная половина бровей редкая, мешки под глазами, одутловатое лицо, кожа лица сухая.

*Гипертиреоз* – базедова болезнь: выпученные глаза (экзофтальм), зоб, потливость, температура тела повышена.

*Зоб* – увеличение щитовидной железы без уточнения нарушения функции.

### **4.2. Поражение аденогипофиза**

*Акромегалия* – увеличены размеры носа, языка, ушей, конечностей. Лицо имеет грубый вид, без округлостей; кожа сальная, повышенная потливость.

### **4.3. Поражение коры надпочечников**

*Синдром Кушинга* (болезнь Иценко-Кушинга) – широкие багрово-цианотичные стрии на животе. Лицо, грудь, спина – выраженно багрово-цианотичны, мраморный рисунок кожи туловища и конечностей. Жировые отложения в области лица, шеи, туловища, на спине в виде “горбика” на уровне верхних грудных позвонков, но на конечностях отложений нет. У женщин на лице оволосение.

### **4.4. Характеристика оволосения у женщин**

Определение гирсутного числа по шкале Ферриман-Галлуэй (1961).

Проводится в случаях, когда информации, содержащейся в “Шкале половой конституции женщины” (раздел 1.2.) недостаточно.

Наличие и выраженность оволосения проводят по зонам:

1. Верхняя губа.
2. Подбородок.
3. Грудь.
4. Спина – верхняя половина.
5. Спина – нижняя половина.
6. Живот – от пупка вверх.
7. Живот – от пупка вниз.
8. Плечо.
9. Предплечье.
10. Бедро.
11. Голень.

Недостатком Шкалы Ферриман-Галлуэй является отсутствие отдельного определения, важной с эндокринологически-сексологической точки зрения области:

1. Промежность и межъягодичная область.
2. Подмышки.

Тем не менее оценка этих зон не искажает показания исследования.

Выраженность оволосения обозначают в баллах:

- 0 – волос нет (только пушок);
- 1 – единичные волосы;
- 2 – рассеянные единичные волосы;
- 3 – незначительное оволосение;
- 4 – загущенный рост волос.

Оценка полученных результатов:

Гирсутное число менее 10 – физиологическое, не связано ни с какими заболеваниями;

- 11–13 баллов – пограничное число, не исключает наличия какой-то патологии;
- свыше 14 баллов – указывает на наличие эндокринных заболеваний, требует обследования у эндокринолога.

У женщин после 30 лет показатели нормы увеличиваются до 14 баллов за счет роста волос над губой и на животе (в результате снижения выработки эстрадиола).



## **Раздел 5. ОБСЛЕДОВАНИЕ ГЕНИТАЛИЙ**

### **5.1. Обследование половых органов мужчины**

Проводится в состоянии стоя, с обнаженной областью низа живота от пупка до средней трети бедер.

**Визуальная** оценка области гениталий

Оволосение лобка и пениса: лобка по мужскому типу, частичное оволосение пениса.

Наружные половые органы сформированы правильно.

Мошонка: сформирована правильно, кожа темная, с грубыми складками.

Размеры пениса вне эрекции: в среднем от 5 до 15 см.

Пенис: симметричный, без очагов воспаления, шрамов, инородных тел, родимых пятен, участков раздражения, потерь, более темных или обесцвеченных участков.

Подкожные сосуды пениса: выражены.

Головка пениса: сформирована правильно, открывается полностью/неполностью.

Крайняя плоть: сформирована правильно, отверстие пропускает головку.

Уздечка пениса: растяжима / имеет признаки бывшего разрыва.

**Пальпаторно:** ткани пениса однородны по всему объему, отсутствие очагов размягчения или уплотнения, твердых объектов в толще пениса.

Пальпаторная оценка размеров яичек: 2–3 х 2–3 х 5–6 см.

Пальпаторная оценка состояния яичек: тугоэластичной консистенции, безболезненны при пальпации.

Пальпаторная оценка семенных канатиков: толщина 1–5 мм, без узлов, прямые, безболезненны при пальпации.

Исследование кремастерного рефлекса: выражен.

Исследование кавернозного рефлекса: выражен.

Исследование мошоночного рефлекса: выражен.

## 5.2. Обследование простаты

Осмотр проводится в позиции пациента в коленно-локтевой позе с обнаженным торсом и бедрами.

Врач надевает стерильные перчатки и наносит достаточное количество стерильного lubricata на указательный палец руки, которой будет проводить исследование.

Визуально оценивает свободный подход к анальному отверстию или наличие затрудняющих факторов (геморроидальных узлов, шрамов в области ануса и др.).

Визуально оценивает наличие/отсутствие выделений из уретры.

Медленно вводит указательный палец в прямую кишку обследуемого и пальпаторно выявляет особенности строения простаты.

Форма простаты – округлая, симметричная /особенности формы и описание несимметричности, в том числе, симптом серпа: простата имеет полулунную форму, обращенную вверх открытой стороной (симптом выраженной андрогенной недостаточности).

Контуры простаты – четкие / описание нарушений выраженного отличия простаты от окружающих тканей.

Поверхность простаты – гладкая / описание особенностей поверхности железы.

Эластичность – средняя плотность / описание нарушений эластичности простаты.

Консистенция – однородная / описание очагов более плотной или более мягкой консистенции.

Подвижность простаты – подвижна / описание ограничения подвижности.

Симметричность долей простаты – симметричны.

Центральная борозда – выражена / сглажена, располагается посередине / смещена в \_\_\_\_\_ сторону.

Размеры простаты – до 3 см (в среднем 16–23 x 27–43 x 24–42 мм).

Чувствительность – безболезненная при пальпации / болезненность в \_\_\_\_\_ местах.

Образования и включения в толще простаты – нет / описание включений.

Отечность – нет / описать места и выраженность отека.

Простатический секрет во время исследования – нет/ скудный / в умеренных количествах / обильный (после исследования взят мазок).

### **5.3. Обследование половых органов женщины**

**Описана последовательность исследования половых органов женщины, не страдающей вагинизмом или другими болевыми синдромами.**

#### **Визуальный осмотр**

Исследование проводится в положении женщины на гинекологическом кресле с разведенными ногами, подколенные ямки находятся на подколениках, руки лежат на подлокотниках. Врач стоит между ног женщины.

Оценка оволосения лобковой области и промежности. В случае отсутствия оволосения выяснить, является ли это следствием эпиляции или стрижки / бритья этой области.

Оценка наличия / отсутствия фолликулярных повреждений кожи.

Оценка состояния промежности: наличие / отсутствие покраснений, ссадин, отеков, нарушений пигментации, кондилом и др., а также анатомических особенностей, асимметрии промежности,

Оценка состояния входа во влагалище: симметрия обеих сторон входа, отсутствие / наличие повреждений, синехий, шрамов, расчесов и других повреждений кожи.

Оценка состояния и симметрии больших половых губ, малых половых губ, капюшона клитора, задней спайки.

Оценка самого входа во влагалище: вход прикрыт половыми губами / зияет.

#### **Пальпация преддверия влагалища**

Проводится большим и указательным пальцами, один из которых введен неглубоко во влагалище.

Пальпация преддверия влагалища с выявлением участков затвердения в толще больших половых губ как признаков наличия / отсутствия кисты или абсцесса бартолиниевой железы. Разведя большие половые губы и открыв отверстие входа во влагалище, врач просит пациентку потужиться, чтобы выявить признаки несостоятельности тазовых мышц.

**Исследование в зеркалах** в целях сексологической диагностики является избыточным и обычно не проводится.

### **Бимануальное исследование**

Врач использует стерильную перчатку, нанося lubricant на указательный и средний пальцы перчатки. Второй рукой врач мягко разводит большие половые губы женщины, облегчая проникновение. Указательный и средний палец первой руки вводят во влагалище, продвигаясь по основной оси влагалища. Вторая рука располагается чуть выше лобкового симфиза и мягко надавливает, направляя обследуемую область навстречу находящейся внутри влагалища руке. При этом оценивают состояние круговой мышцы влагалища (предложив женщине несколько раз подряд напрячь эту мышцу). Затем определяют размер, положение и консистенцию матки, а при необходимости – яичников.

Оценка состояния матки.

В норме размер матки около 6 на 4 см, она отклонена кпереди / кзади, смещена в сторону, имеет гладкую поверхность, однородна по консистенции и упругости, легко смещается, безболезненная при пальпации. Пальпация матки не сопровождается иррадиирующими болями.

### **Ректальное исследование**

Проводится исключительно по показаниям.

После бимануального исследования врач вводит указательный палец во влагалище и средний палец в прямую кишку и пальпирует ректовагинальную перегородку. Цель исследования – оценка целостности перегородки, безболезненности, отсутствие / наличие рубцовых изменений.

#### **5.4. Исследование ромба Михаэлиса**

Ромб Михаэлиса (пояснично-крестцовый ромб) – условно выделяемое место в области крестца, имеющее контуры ромбовидной площади.

Опознавательные точки ромба Михаэлиса:

- 1) верхний угол ромба – остистый отросток V поясничного позвонка;
- 2) нижний угол ромба – верхушка крестца (место отхождения больших ягодичных мышц);
- 3) боковые углы – верхне-задняя ость подвздошных костей.

Форма и размеры ромба Михаэлиса позволяют судить о развитии костей таза.

Исследование ромба Михаэлиса состоит из двух этапов.

1. Визуальная оценка симметричности всех сторон ромба. В норме все четыре стороны ромба имеют примерно одинаковую длину, что приблизительно соответствует форме квадрата.
2. Измерение диагоналей ромба. Горизонтальная диагональ составляет около 10 см, вертикальная – около 11 см.

#### **5.5. Обследование молочных желез**

Сексологическое обследование молочных желез направлено в первую очередь на выявление чувствительности самой груди и сосков. В то же время необходимо обращать внимание на физические особенности груди.

Исследование груди проводится в положении женщины стоя, с обнаженным торсом.

**Визуальный осмотр:**

- размер груди (согласно размерности бюстгалтера),
- симметричность с обеих сторон – отмечать, в чем заключается несимметричность – в размере, форме, наличии оволосения, шрамах и др.;
- особенности каждой груди отдельно;
- поверхность гладкая; с западениями или возвышениями;

- оволосение вокруг соска: отсутствует, единичные бесцветные тонкие волоски; единичные волоски достаточно грубые;
- наличие / отсутствие вокруг сосков следов от эпиляции или другого удаления волосков;
- стрии / отсутствие стрий на молочных железах;
- выраженность подкожных вен: невыражены, умеренно выражены, выражены, образуют сосудистый рисунок;
- наличие / отсутствие шрамов, родинок, невусов, гемангиом, их размеры и расположение.

### **Пальпация молочных желез:**

- наличие / отсутствие участков уплотнения или размягчения в толще молочной железы;
- болезненность / безболезненность пальпации: с уточнением локализации;
- наличие / отсутствие эротической реакции на пальпаторное исследование (без использования эротической стимуляции!).

## **Исследование сосков**

### **Визуальный осмотр:**

- форма ареол: округлая, неправильная, диаметр или размеры по вертикали и горизонтали;
- цвет ареол и сосков: единый / отличается – описать;
- уровень возвышения сосков: выступают / не выступают над поверхностью ареолы, втянутые;
- форма сосков: округлая / неправильная;
- особенности сосков: наличие бывших или существующих повреждений, потертости, гнойники и др.
- наличие выделений из сосков при осмотре;
- наличие выделений при самомассаже сосков.

## Л и т е р а т у р а

Доморацкий В.А. Сексуальные нарушения и их коррекция. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. – 288 с.

Доморацкий В.А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств. – М.: Академический Проект; Культура, 2009. – 470 с.

Келли Г.Ф. Основы современной сексологии. – СПб.: Питер, 2000. – 896 с.

Кибрик Н.Д., Прокопенко Ю.П. Инструменты сексолога при обследовании мужчин // Лечащий врач. – 2014. – № 10. – С.78-94.

Кибрик Н.Д., Прокопенко Ю.П. Особенности функциональных сексуальных расстройств в общесоматической практике // Лечащий врач. – 2016. – № 01 (26). – С. 46-62.

Кочарян Г.С. Современная сексология. – Киев, Ника-Центр, 2007. – 400 с.

Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний: Пер. с чешск. – М.: Медицина, 1991. – 336 с.

Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии. – М.: Мир, 1998. – 702 с.

Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств (клиническое руководство) / Под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича. – М.: МНИИ психиатрии Минздрава России, 1999. – 188 с.

Общая сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – 488 с.

Святош А.М. Женская сексопатология. – Кишинев: Изд. Штиинца, 1991. – 193 с.

Сексология: Справочник / Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.

**ПРОВЕРОЧНЫЕ ВОПРОСЫ**

**Введение**

1. Укажите, какой пункт не относится к области пропедевтики?
  - а. Сбор анамнеза.
  - б. Назначение терапии выявленного заболевания.
  - в. Выяснение анамнеза жизни пациента.
  
2. Какое из утверждений правильное?
  - а. Сексуальные расстройства обусловлены преимущественно биологическими факторами.
  - б. Среди причин развития сексуального расстройства преобладают психические факторы.
  - в. Преобладание биологических, психических, социальных факторов в развитии сексуального расстройства носит строго индивидуальный характер.
  
3. В МКБ-10 в рубрике F52 размещены указания на сексуальные расстройства, имеющие следующий характер:
  - а. Психогенные.
  - б. Органические.
  - в. Наследственные.

**Ключ к проверочным вопросам**

Вопрос	Правильный ответ
1	б
2	в
3	а



## Раздел 1. Сексологические показатели

1. Каковы отношения между понятиями потенции и половой конституции:

- а. Потенция и половая конституция – синонимы, используются для характеристики сексуальных способностей мужчины в настоящее время.
- б. Понятие потенции включает в себя половую конституцию.
- в. Понятие потенции является частью понятия половой конституции.

2. Какой половой конституции соответствуют показатели шкалы половой конституции мужчины: 3-4-3-6-7-5-4:

- а. Средняя половая конституция.
- б. Сильная половая конституция.
- в. Слабая половая конституция.

3. Каково клиническое значение показателя  $Ka/Kr$  ниже 0,8–0,7 при обработке данных шкалы половой конституции мужчины:

- а. Раннее угасание полового влечения у мужчины со слабой половой конституцией.
- б. Социально обусловленное ограничение биологического уровня сексуальности мужчины.
- в. Отсутствие постоянной сексуальной партнерши у мужчины с сильной половой конституцией.

4. В чем недостатки классической сексуальной формулы мужской?

- а. Не учитывает возрастные особенности мужчины.
- б. Не учитывает влияние взаимоотношений с женщиной
- в. Не учитывает возможность обмана со стороны пациента.

5. В чем различия между мужской и женской шкалами половой конституции:

- а. В шкале половой конституции женщины большое место уделено состояниям, которые требуют достаточного гормонального подкрепления – менструации, зачатие, течение беременности.
  - б. Шкала половой конституции мужчины уделяет больше внимания социальным факторам, чем Шкала половой конституции женщины.
  - в. В шкале половой конституции женщины нет параметров, характеризующих биологические исходные данные.
6. Какие показатели шкалы половой конституции женщины могут быть признаком яичниковой гиперандрогении:
- а. Вектор **4.0.** резко сдвинут вправо, а вектор **3.0.** ниже 3.
  - б. Векторы **3.0.** и **4.0.** резко сдвинуты вправо.
  - в. Вектор **4.0.** резко сдвинут влево, а вектор **3.0.** ниже 3.
7. Каковы недостатки классической сексуальной формулы женщины:
- а. Не отражены частота наступления беременности и их исхода.
  - б. Нет указаний на сексуальную активность мужчины.
  - в. Запрограммированная пассивность и зависимость женщины.
8. С какой целью в Карте сексологического обследования женской уточняется профессиональная карьера женщины:
- а. Для оценки маскулинных черт характера.
  - б. Для оценки погруженности женщины в область семейной нагрузки или карьерного роста.
  - в. Для оценки особенностей характера и менталитета.
9. Рост костного скелета в периоде препубертата происходит за счет:
- а. Удлинения бедренных костей.
  - б. Удлинения костей торса.
  - в. Равномерного удлинения костей всего скелета.

10. Показатель ТИ (трохантерный индекс) равен 1,99. Какой половой конституции соответствует показатель у мужчины и у женщины.

- а. Мужчина – сильная, женщина – средняя
- б. Мужчина – средняя, женщина – сильная.
- в. Мужчина – средняя, женщина – слабая.

### **Ключ к проверочным вопросам**

Вопрос	Правильный ответ
1	в
2	а
3	б
4	б
5	а
6	а
7	в
8	в
9	а
10	а

## **Раздел 2. Неврологические показатели**

1. Снижение кремастерного рефлекса может быть признаком:

- а. Повреждения позвоночника L1-L2 или подвздошно-пахового нерва.
- б. Эктопии яичка.
- в. Повреждения тазового нервного сплетения.

2. Какое определение неверно?

- а. Cremaстерный рефлекс – общий.
- б. Мошоночный рефлекс – аксонный.
- в. Ахиллов рефлекс – местный (вегетативная реакция).

3. Клиническое проявление странгурии:

- а. Учащенное и болезненное мочеиспускание.
- б. Мочеиспускание малыми порциями (по каплям).
- в. Мочеиспускание в течение суток через равные интервалы времени и одинаковыми порциями.

4. О преобладании какой части вегетативной нервной системы свидетельствуют следующие признаки: повышенный аппетит, полиурия, устойчивая эрекция, ускоренное семяизвержение, белый дермографизм?

- а. Симпатической.
- б. Парасимпатической.
- в. Уравновешенное влияние.

**Ключ к проверочным вопросам**

Вопрос	Правильный ответ
1	а
2	в
3	б
4	а

**Раздел 3. Гормональные показатели**

1. Какие клинические признаки не специфичны для гипотиреоза?

- а. Сухость кожных покровов, повышенная утомляемость
- б. Учащенное сердцебиение, похудение,
- в. Резкий набор массы тела, у женщин нарушения цикла.

2. Антитела к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) в крови **не** являются при следующем состоянии:

- а. Гипотиреозе.
- б. Гипертиреозе.
- в. Поражении гипоталамуса.

3. Исследование кортизола в слюне проводится при подозрении на:

- а. Гипертиреоз.
- б. Гиперфункцию коры надпочечников.
- в. Эндогенный гиперкортицизм.

4. При повышении уровня пролактина:

- а. Уровень тестостерона понижается.
- б. Уровень кортизола понижается.
- в. Уровень эстрогенов повышается.

5. Уровень 17-КС в моче – показатель:

- а. Андрогенной активности надпочечников.
- б. Выработки эстрогенов яичниками.
- в. Выраженности иммунного процесса в щитовидной железе.

#### **Ключ к проверочным вопросам**

Вопрос	Правильный ответ
1	б
2	в
3	в
4	в
5	а

#### **Раздел 4. Внешние признаки эндокринных заболеваний**

1. Какой признак не специфичен для микседемы?

- а. Экзофтальм.
- б. Страдальческое выражение лица.
- в. Мешки под глазами.

2. Увеличенные размеры носа, языка, ушей, конечностей характерны для:

- а. Гипертиреоза.
- б. Гиперкортицизма.
- в. Акромегалии.

3. Исследование оволосения у женщин по шкале Ферриман-Галлуэй проводится по следующему количеству зон:

- а. 6.
- б. 11.
- в. 13.

**Ключ к проверочным вопросам**

Вопрос	Правильный ответ
1	а
2	в
3	б

**Раздел 5. Обследование гениталий**

1. При пальпаторном исследовании пениса исследуют следующие показатели, кроме:

- а. Наличие / отсутствие очагов размягчения или уплотнения.
- б. Наличие / отсутствие твердых объектов в толще пениса.
- в. Наличие / отсутствие пульса в сосудах пениса.

2. Исследование простаты проводится в следующей позиции:

- а. Коленно-локтевом положении.
- б. Лежа на левом боку.
- в. Стоя, опираясь руками на спинку стула или стену.

3. Симптом серпа выражается следующим признаком:

- а. Простата в виде полумесяца, открытой частью обращенная вверх.
- б. Простата в виде полумесяца, открытой частью обращенная вниз.
- в. Простата в виде полумесяца, открытой стороной обращенная в одну из боковых сторон.

4. Пальпация преддверия влагалища проводится следующим образом:

- а. Указательными пальцами обеих рук, введенными неглубоко во влагалище.
- б. Большими пальцами обеих рук, введенными неглубоко во влагалище.
- в. Большим и указательным пальцами одной руки, один из которых введен неглубоко во влагалище.

5. Исследование молочных желез проводится в положении женщины:

- а. Стоя, с обнаженным торсом.
- б. Лежа на спине с обнаженным торсом.
- в. Стоя с обнаженным торсом, наклонившись вперед под углом 30 градусов.

#### **Ключ к проверочным вопросам**

Вопрос	Правильный ответ
1	в
2	а
3	в
4	г
5	в

## **Часть II**

# **МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ РАССТРОЙСТВ СЕКСУАЛЬНОГО ПРЕДПОЧТЕНИЯ**

---

## **ВВЕДЕНИЕ**

Половое влечение и поведение распределяется между нормой и выраженными расстройствами. Но переходные варианты многочисленные и далеко не всегда несут в себе четкие признаки нарушений. Это требует выработки фиксированных требований к оценке сексуальности некоторых личностей для дифференциальной диагностики как сиюминутного поведения, так и прогноза поведения человека в интимных условиях, для профилактики потенциального риска как для самого человека, так и для его партнера или окружения.

Отклонения от параметров условной сексуальной нормы расцениваются как расстройство сексуального предпочтения. Однако само понятие сексуальной нормы не стабильно. Оно меняется в зависимости от социальной атмосферы, взглядов врачей, психологов, педагогов, философов, даже от модных течений и влияния СМИ. Такие изменения происходят на наших глазах. Например, в настоящее время из критериев сексуальной нормы исключен параметр сексуальной ориентации, поскольку различные формы ориентации не классифицируют в качестве психических и поведенческих расстройств.

Настоящее учебное пособие основано на данных, отраженных в МКБ-10.

## **1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ**

Сексуальные перверсии (половые извращения, парафилии) – это патологические отклонения направленности полового влечения или способов его удовлетворения. Ранее к ним



относили все сексуальные девиации, т.е. любые сексуальные потребности и действия человека, которые отличаются от господствующей в обществе модели полового поведения. Они считались болезненными проявлениями психических нарушений и других заболеваний и, кроме того, всячески осуждались с точки зрения права и морали.

Со временем отношение к нестандартному сексуальному поведению менялось. Некоторое время назад критериями сексуальной нормы являлись парность, гетеросексуальность, половозрелость партнеров, добровольность связи, стремление к обоюдному согласию, отсутствие физического и морального ущерба здоровью партнеров и других лиц.

Традиционно расстройство сексуального предпочтения означало всякое отклонение от нормы в сексуальном поведении, независимо от его проявлений и характера, степени выраженности и этиологических факторов. Это понятие включает расстройства в смысле отклонения от социальных и медицинских норм (Крафт-Эбинг Р., 1875).

В то же время на современном этапе развития медицины, согласно предлагаемым в МКБ-11 критериям, некоторые личные сексуальные предпочтения, не сопровождающиеся дистрессом и не вызывающие негативных последствий для самого человека и его сексуального партнера, уже не считаются расстройствами полового предпочтения, а могут рассматриваться как вариант индивидуальной нормы. Например, в предлагаемой МКБ-11, в разделе 6D33 указывается, что насильственное сексуальное садистическое расстройство (англ. CSSD – coercive sexual sadism disorder) – сексуальный садизм с доставлением физических или психологических страданий партнеру, который не давал согласие на это; добровольные садистические практики исключают диагноз и не относятся к парафилиям (при условии, что действия партнеров не несут в себе риск травматизации или смерти).

Таким образом, показателем наличия парафилии является степень дистресса у пациента в зависимости от отношения к имеющемуся у него расстройству, а также при диагностике парафильного расстройства предлагается учитывать влияние

этого расстройства на общественное здоровье, подразумевающее, в том числе, юридические последствия от реализации аномальных предпочтений в отношении других субъектов.

## **2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ НАЛИЧИЯ/ОТСУТСТВИЯ ПАРАФИЛИЙ**

По мнению Г.С. Васильченко (1983), а также И.А. Фурманова (2006) можно выделить 3 степени выраженности парафилии:

1. Парафилические элементы – легкие девиации полового влечения, свойственные нормальной сексуальности, играющие роль дополнительных, второстепенных факторов, не являющиеся патологией.

2. Парафилические тенденции – установки, деформирующие либидо, проявляющиеся в мечтах и фантазиях, но по каким-то причинам нереализуемые.

3. Истинные парафилии – состояния, при которых искаженное половое влечение частично или полностью замещает нормальную сексуальную жизнь и препятствует осуществлению нормативных сексуальных отношений.

Согласно исследовательской версии МКБ-10, наличие длительно существующих аномальных сексуальных фантазий является достаточным основанием для постановки диагноза парафилии. Так, в указанной версии МКБ-10 предлагаются следующие критерии:

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

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

**G3.** Это предпочтение наблюдается минимум 6 мес.

**Первый уровень – G1** – отражает указания на устойчивое и длительное сексуальное влечение, не соответствующее традиционным рамкам, принятым в данной культуре. В настоящее время наблюдается стремление ограничить круг парафилий теми, которые связаны с потенциальным риском причинения вреда другому, например, при наличии объекта, не желающего

участвовать в данной сексуальной активности или не способного выразить свое согласие.

**Второй уровень – G2** – более важный, поскольку указывает на клиническую значимость переживаний.

Это различие значимо, так как девиантные сексуальные побуждения могут подвергаться разным стратегиям совладания и, в таком качестве могут долгое время включаться в обычное сексуальное взаимодействие, хорошо контролироваться, подвергаться канализации и т.д., то есть остаются в пределах лишь идеаторной активности (фантазирования). При этом необходимо помнить, что могут проявляться связанные с сексуальными побуждениями личностный дистресс, чуждость и насильственность сексуальных импульсов. Также возможны нарушения социального функционирования и общественно опасное поведение.

### **3. СОДЕРЖАНИЕ ВЛЕЧЕНИЯ В РАМКАХ ПАРАФИЛИЙ**

Нетипичное сексуальное предпочтение прослеживается по содержанию влечения к определенным объектам, или субъектам, или сексуальным действиям.

#### **1. Сексуальное влечение к нетипичному партнеру.**

Объектом сексуального интереса могут быть дети и подростки (педофилия), пожилые (геронтофилия), лица с ампутациями (апотемнофилия), с физическими уродствами (дисморфофилия), с особенностями внешности, имеющие определенное социальное положение (сапиосексуализм), преступники (гибристофилия), трупы (некрофилия), животные (зоофилия) и более редкие варианты.

**2. Фетишистское влечение** – эротическое влечение к неодушевленному предмету или частям тела партнера: груди, губам, ступням, а также к предметам, принадлежащим другим людям: обуви, белью, латексу и др. Коитус возможен только, если в половом акте участвует фетиш, а при отсутствии партнера – путем мастурбации при наличии фетиша или в фантазиях, включающих фетиш.

**3. Аутоэротические парафилии** – возбуждение от осуществления собственного действия: подглядывание за обнаженными или занимающимися сексом (вуайеризм), прикосновение к незнакомым людям без их согласия (фроттеризм), переодевание в одежду, предназначенную только для противоположного пола (фетишистский трансвестизм). Наличие партнера исключено, сексуальное удовлетворение достигается путем мастурбации.

#### **4. ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПАРАФИЛИЙ**

Как уже было сказано, девиантные сексуальные побуждения могут присутствовать в нормативном сексуальном поведении и могут непредсказуемо долго оставаться в пределах идеаторной активности (фантазирование).

Как и при других состояниях в этой группе, аддиктивный этап динамики парафилий сопровождается уходом от реальности, изоляцией от общества с постепенным упрощением отношения к самому себе. Вырабатывается определенный аддиктивный ритм, фиксация на заранее предсказуемой эмоции, которая достигается стереотипным образом, и, что самое главное, – с достижением иллюзии контроля своих аддиктивных реализаций, когда поведение функционирует как самообеспечивающаяся система, что клинически проявляется его ригидностью и низким полиморфизмом.

Утеря дифференциации переживаний с их сменой на внеличные, архаичные и потому безотчетные и произвольные аффекты ведет к тому, что последние при этом могут совершенно не соответствовать осознаваемым побуждениям и потому восприниматься как абсолютно чуждые, насильственные образования.

Поведение как процесс, согласующий когнитивный и аффективный компоненты самосознания и направленный на поддержание целостности самосознания (в частности, половой идентичности), при его искажении сопровождается особым спектром переживаний, образующих разнообразную психопатологическую картину.

Таким образом, формирование расстройства сексуального предпочтения представляет собой непрерывный процесс, в котором выделяют 3 основных этапа (Oxford Handbook of Psychiatry (4 edn).

**1. Человек обнаруживает у себя нетипичное сексуальное влечение.** Обычно это происходит в подростковом или зрелом возрасте. При этом первоначально он осознает, что с ним происходит нечто необычное и в связи с этим чувствует стыд и тревогу. На начальном этапе он ведет борьбу с расстройством, пытаясь ограничить свое влечение фантазиями и не допустить их реализации.

**2. Закрепление расстройства происходит довольно быстро.** Каждый случай нетипичного поведения (и даже фантазии) сопровождаются сексуальным удовольствием, что быстро закрепляет условно-рефлекторную цепочку. Образуется прочная связь между нетипичным поведением и удовольствием. Сопротивляться реализации влечения становится все труднее, поэтому в большинстве случаев человек быстро прекращает эти бесплодные попытки. В то же время психологические переживания по поводу своей особенной сексуальности вначале достаточно выражены (но по мере прогрессирования процесса значительно ослабевают и редуцируются), что может приводить к невротизации и развитию депрессии.

**3. Расстройство приобретает характер навязчивости.** Навязчивые мысли практически постоянны, влияют на выбор поведения и целей, заставляют совершать рискованные или бессмысленные поступки, идти на риск ради получения удовольствия. Окончательно исчезает конфликт между “хочу” и “могу”, наличие проблемы отрицается, остаются только страхи по поводу разоблачения и наказания за антисоциальное поведение.

В соответствии с современными представлениями о психопатологии (Крылов В.И., 2012), были выделены клинические варианты аномального сексуального фантазирования, которые, по сути, увязываются с динамикой расстройства (табл. 1).

Таблица 1

**Сексуальное фантазирование в динамике  
парафильного расстройства**

<b>Фантазии / условия</b>	<b>Произвольные фантазии</b>	<b>Навязчивые фантазии</b>	<b>Овладевающие фантазии</b>
<b>Возникновение</b>	Произвольное	Непроизвольное, <b>насильственное</b>	Непроизвольное, <b>насильственное</b>
<b>Критическое отношение</b>	<b>ЕСТЬ</b>	<b>НЕТ</b> реже <b>ЕСТЬ</b>	<b>НЕТ</b> редко <b>ЕСТЬ</b>
<b>Эмоциональный компонент</b>	Гипертимные нарушения	Преобладание гипертимных нарушений	Гипертимные и <b>тревожные</b> нарушения
<b>Реализация в действие</b>	<b>НЕТ</b>	<b>НЕТ</b>	<b>ЕСТЬ</b>
<b>Патологическое влечение</b>	Обсессивное	Обсессивное	<b>Компульсивное</b>
<b>Функциональное назначение</b>	Замещение аддиктивной реализации	Замещение аддиктивной реализации	Провоцирование аддиктивной реализации

Расстройства сексуального предпочтения имеют ряд структурно-динамических особенностей, соответствующих общебиологическим закономерностям течения заболевания, и проходят в своем развитии ряд стадий

**А.** На инициальном этапе первые признаки расстройства носят малоспецифический характер и представлены психопатологическими состояниями, феноменологически сходными с проявлениями сексуальных аддикций. Также достаточно высокая коморбидность с другими психическими расстройствами, такими как злоупотребление ПАВ, тревожные и аффективные расстройства.

В генезе сексуальных аддикций может наблюдаться сексуальная травматизация в детстве – от прямого инцеста до закладки у ребенка убеждений, что он представляет интерес только как сексуальный объект. Формируется комплекс неполноценности, изоляция, недоверие к окружающим и зависимость от них, чувство угрозы извне и сверхценное отношение к сексу. С развитием аддикции возрастает негативное отношение

к себе, убеждение, что к нему могут относиться только плохо, что секс — это единственная сфера, в которой он может проявить свою самостоятельность и преодолеть изоляцию. У сексуальных аддиктов выше уровень тревоги, депрессии, обсессивно-компульсивных проявлений.

**Б.** На нозологическом этапе клинико-динамические особенности парафилий тесно связаны с нарушениями самосознания и отражают поэтапную смену его расстройств. Наиболее анализируемым клиническим проявлением нарушений самосознания, является реакция личности на болезнь. Выделено несколько таких форм реагирования, которые представлены ниже.

**Негативный тип реагирования.** Отмечается негативное восприятие изменений собственной сексуальности при формировании расстройств сексуального предпочтения. Имеется критическое отношение к навязчивым аномальным сексуальным фантазиям, желаниям, поведению. Само сексуальное противоправное действие характеризуется стереотипностью.

**Интактный тип реагирования.** Отсутствует осознание болезненных изменений собственной сексуальности при формировании парафилий. Типичен сверхценный характер влечения. Часто наблюдается полиморфное аномальное сексуальное поведение.

**Изменение/трансформация самосознания** (деперсонализация, альтернатива и амбивалентность) носят транзиторный характер и приурочены к аддиктивной реализации, сопровождаясь полиморфными аффективными расстройствами и утратой собственной идентичности. На протяжении совершения противоправного действия эти нарушения могут полностью вытеснять контроль за происходящим и за окружающей обстановкой.

**В.** На терминальном этапе происходит алиенация самосознания, которая характеризуется формированием аддиктивного мировоззрения, прогрессированием клинической симптоматики аддикции и ее необратимостью. Таким образом, структурно-динамические закономерности расстройств сексуального предпочтения отражают поэтапную смену различных

вариантов нарушений самосознания, обуславливающих клиническое оформление аддиктивного поведения.

## **5. КЛИНИКА ПАРАФИЛИЙ**

Парафилии, по сути, могут рассматриваться как вариант аддиктивного поведения.

Общие признаки аддикции характеризуются развитием в рамках психофизиологического закона подкрепления.

1. Аддиктивный поступок, приносящий положительные ощущения, сопровождается хорошим настроением, чувством удовольствия и защищенности, включает систему мотивации и награждения.

2. Отсутствие возможности совершить аддиктивное действие приводит к ухудшению общего состояния проявлениями психологического и физиологического дискомфорта. В психологическом плане – резкие перепады настроения, неадекватная оценка ситуации, ухудшение когнитивных функций, нежелание общаться; в плане физиологическом – плохое самочувствие, нарушения работы внутренних органов.

Таким образом, клиническая картина аддиктивного сексуального акта характеризуется выраженным эмоциональным напряжением перед началом действия и психологической и/или физиологической разрядкой, наступающей в процессе и особенно после осуществления акта. Эти клинические признаки являются стойкими и носят пролонгированный характер.

Механизмы формирования сексуального парафильного поведения как аддиктивного связаны с комплексным воздействием биологических и социальных факторов, обуславливающих дисгармоничное формирование личности и сексуальной сферы, что впоследствии способствует фиксации аномальной сексуальной активности и объекта.

Парафилии характеризуются структурно-динамическими особенностями, развитие которых подразделяются на преморбидный, инициальный, нозологический и терминальный периоды.



Поскольку поэтапное динамическое психопатологическое оформление сексуальной аддикции соотносится с нарушениями самосознания, то клинический анализ парафилий предлагается проводить в соответствии с трехкомпонентной системой самосознания (когнитивной, эмоциональной, поведенческой составляющими) с учетом патогенетического или патопластического влияния коморбидной психической патологии (Каменсков М.Ю. и соавт., 2017). Предлагаемая на рассмотрение типология была разработана на основании результатов обследования лиц, совершивших деяния против половой неприкосновенности.

**1. В преморбидном периоде** выделяют биологические и социальные факторы, а также дизонтогенетические состояния. Большую роль в диагностике имеют наследственность, течение беременности и родов, наличие неврозоподобных и гипердинамических нарушений, формирование патохарактерологических черт в пубертате. Кроме того, значимы особенности микросоциума, воспитания в семье и отношения между ее членами, нарушения эмоциональной сферы.

Особое внимание следует уделять выявлению отклонений на каждом из этапов психосексуального развития, особенно искажениям развития на этапе базовой и полоролевой идентичности: инверсия фаз либидо, раннее пробуждение сексуального либидо под влиянием социальных и микросоциальных факторов.

**2. В инициальном периоде** развития парафилии часто встречаются другие расстройства влечения несексуального круга. Также часты навязчивые страхи, тревожность, ритуализированные действия, сверхценные увлечения и другие обсессивно-фобические состояния.

**3. В нозологическом периоде** формирования парафилий часто выявляются нарушения самосознания по типу реагирования – негативный и интактный, что затем проявлялось в поэтапной смене нарушений самосознания с появлением качественно новых вариантов: изменений (деперсонализации) и трансформации (амбивалентности, альтернации, алиенации).

Реагирование самосознания – это реакция личности на болезнь. Исследование динамики изменений самосознания у пациентов, совершивших сексуально-ориентированное правонарушение, демонстрирует следующие закономерности

**А. При негативном типе** реагирования самосознания личность негативно воспринимает изменения своей сексуальности, сохраняет критическое отношение к этому процессу. Аномальные запросы воспринимает как чуждые, болезненные. Аномальные представления могут быть настолько интенсивными, что происходит сужение сознания и частично утрачивается связь с реальностью. По мере развития аддикции постепенно утрачивается критическое отношение к парафильным фантазиям и побуждениям и происходит постепенное их принятие, что сопровождается уменьшением интенсивности обсессивных нарушений. Тревожные, депрессивные и тревожно-депрессивные состояния предшествуют эпизодам эротического фантазирования и/или противоправным деяниям, а затем сменяются периодами положительных эмоций, устраняя негативные переживания. Также отмечаются вегетативные расстройства.

Реализации парафильного влечения сопровождалась аффективным сужением сознания: в момент деликта имеют место ограничение восприятия пространства, его сужение с фиксированностью на жертве, нарушения чувствительности по типу гипестезий в одной или двух модальностях (зрительной, аудиальной).

**Б. При интактном и позитивном типе** реагирования самосознания отсутствует осознание болезненных изменений собственной сексуальности при формировании парафилий; влечение носит сверхценный характер. У большей части больных наблюдается полиморфное аномальное сексуальное поведение.

Аномальные сексуальные фантазии вначале несут заместительную функцию, позволяя совладать с нарастающим влечением, но затем они выходят на первый план, перекрывая другие потребности и мысли, имевшие до этого свою ценность. Влечение приобретает доминирующий характер, аномальные представления провоцируют противоправное поведение.

В дальнейшем влечение становится сверхценным, тесно сплетается с эмоциональной охваченностью. Удовлетворение

аддиктивной потребности становится ведущим, мешая выполнению профессиональных обязанностей и влияя на семейную и социальную адаптацию. Нормативные сношения все чаще оказываются ненужными и неудачными.

Дисфорические расстройства предшествуют сексуальному правонарушению, которое сопровождается сужением сознания, изменением восприятия окружающей обстановки и времени, а при поиске жертвы чаще сменяется на чувство прилива сил, сопряженного с тревожно-радостным аффектом. После совершения нападения интенсивность дисфорических переживаний существенно снижается.

**В. Изменения самосознания** больные ощущают как измененность собственного образа Я, но не появление нового Я. Это проявляется в деперсонализации самосознания (транзиторных расстройствах сознания с глубокими нарушениями самосознания).

Деперсонализация достигает своего пика в момент правонарушения. Перед деликтом появляются навязчивые или доминирующие эротические представления и побуждения. По мере борьбы с ними возникают аффективные расстройства и нарушения психовегетативных функций.

Аффективные нарушения многообразны и у каждого больного могут изменяться раз от раза. При этом непосредственно во время поиска жертвы одно аффективные состояния сменяется другим – тревожными, тревожно-депрессивными, депрессивными, дисфорическими, амфитимическими, паратимическими, а также витальными и сенестопатическими переживаниями. Практически у всех больных отмечаются аутопсихическая деперсонализация с психической анестезией – чувство утраты эмоциональных переживаний, принадлежности собственных действий, активности мышления.

В ситуации парафильного действия появляется аллопсихическая деперсонализация – утрачивается представление о внешнем мире, возникает чувство нереальности окружающей обстановки и происходящего, а после совершения деликта – диссоциативная амнезия.

**Г. Трансформация самосознания** – другой вариант нарушения самосознания. Изменения протекают в форме альтер-

нации и амбивалентности, когда появляется ощущение формирования новой личности с другими характерологическими качествами, желаниями, потребностями. Этот процесс сопровождается депрессивными, дисфорическими расстройствами или по типу повышенного аффекта с утратой критики к парафилии.

При альтернации осознание *Я* происходит то в исходном, то в новом качестве. При амбивалентности идет одновременное осознание больным реального и нового образа *Я* в их сосуществовании. Оба вида нарушений транзиторны и проявляются в период аддиктивной реализации.

При альтернации наблюдаются аффективные расстройства по дисфорическому типу и по типу повышенного аффекта – экзальтации, эйфории, гипертимии.

При дисфорическом варианте нападения на жертв сопровождаются агрессивными и садистическими действиями, которые больной присваивал не себе, а новому образу *Я*, считая самого себя неспособным к агрессивным действиям.

**4. Исход заболевания** заключается в алиенации самосознания, формировании нового “аддиктивного” мировоззрения при отсутствии критического отношения к расстройствам сексуального предпочтения с появлением сверхценных аддиктивных увлечений, подчиняющих себе любую другую деятельность, и постепенным уходом от реальности в мир аномальных сексуальных переживаний и фантазий. В этом мире аномальное сексуальное поведение отражает предпочитаемый, а иногда и единственно возможный способ удовлетворения сексуальной потребности. Личность уплощается, выхолащивается, сужается круг интересов и общения. Вырабатывается новое, аддиктивное мировоззрение, оправдывающее “нормальность” убеждений и действий больного.

В промежутках между деликтами преобладают дистимические состояния. Постепенно целью парафильного действия становится не сексуальное удовлетворение, а устранение субъективно тяжелых аффективных переживаний.

## 6. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПАРАФИЛИЙ

**Диагностика** парафилий осуществляется на основе клинического интервью с использованием данных параклинических и лабораторных исследования.

О наличии парафилии свидетельствуют периодически возникающие интенсивные сексуальные влечения и фантазии, включая использование каких-либо нестандартных предметов, или направленные на получение определенных ощущений, которые квалифицируют как патологические.

В ряде случаев применяют дополнительные методы обследования с использованием визуальных методов диагностики.

Дополнительно могут применяться инструментальные методики и лабораторные тесты (табл. 2).

*Таблица 2*

### Сексологическое и психиатрическое обследование при парафилии

Сексологическое обследование	Психиатрическое обследование
1. Особенности сексуального дизонтогенеза. 2. Оценка характера влечения. 3. Оценка отношения к влечению	1. Оценка психического дизонтогенеза. 2. Коморбидные расстройства

## 7. ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПАРАФИЛИИ

1. Подробное анамнестическое обследование по возможности с получением данных объективного анамнеза, что позволяет проследить динамику психосексуального развития.

2. Клинико-психопатологическое обследование для выявления/исключения психической патологии у пациента; оценка психического онтогенеза, выявление коморбидных расстройств.

3. Сексологическое обследование для оценки особенностей сексуального дизонтогенеза, характера влечения, отношения к влечению.

4. Экспериментально-психологическое исследование с применением специфических для определения особенностей сексуальных предпочтений методик.

5. Психофизиологическое исследование.
6. Перспективное направление в диагностике парафилии – исследование уровня дофамина, серотонина и норадреналина.

## **8. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАРАФИЛИИ**

### **Методы исследования**

1. Сбор сексологического анамнеза.
2. Оценка психического состояния.
3. Оценка состояния соматосексуальной сферы.
4. Психофизиологическое состояние.
5. Заключение эксперта.

Если обследование проводится в рамках уголовного дела, то первым пунктом обследования является

6. Анализ материалов уголовного дела.

Основной метод обследования – клиническое интервью, в процессе которого врач выявляет и оценивает различные факторы, составляющие клиническую картину развития и клинических проявлений заболевания.

### **Клиническое интервью – направленность, цели, выявляемые факторы**

1. Оценка полового развития (течение беременности и родов у матери, взаимоотношения в родительской семье, тип воспитания, оценка сексуальности в препубертатном возрасте, характер игровой деятельности, особенности контакта со сверстниками, наличие сексуальных притязаний и сексуальных игр, патогенные воздействия: черепно-мозговые травмы, длительные соматические и неврологические заболевания, косметические дефекты, психогенные факторы, оценка сексуальности в пубертатном возрасте с анализом формирования платонического, эротического и сексуального либидо, возраст появления полового влечения, эротических фантазий и анализ их содержания, оценка мастурбаторной активности: возраст появления, характер мастурбации (адаптивный, дезадаптивный), регулярность и эксцессивность).

2. Динамики половой жизни (личностная и внешняя характеристика партнерш, длительность отношений и причины их разрыва, распределение бытовых обязанностей, особенности интимной жизни: регулярность, предпочитаемые формы половой активности, наличие функциональных сексуальных расстройств).

3. Выявление этиопатогенетических факторов и клинических признаков парафилий.

4. Анализ коморбидной психической патологии и установление ее связи с динамикой парафилий.

5. Выявление уголовно релевантных феноменов.

### **Оценка сексуального дизонтогенеза**

Отдельным пунктом клинического интервью является оценка сексуального дизонтогенеза в целях выяснения различных, последовательных и поэтапных отклонений от гармоничного психосексуального развития.

#### **А. Нарушения половой идентичности на 1 этапе. Этап базовой половой идентичности (1–6 лет)**

1. Предпочтение игровой деятельности в группе детей противоположного пола.
2. Смешанный характер игровой деятельности.
3. Отождествление с персонажами противоположного пола.
4. Предпочтение внешних атрибутов другого пола.
5. Негативное восприятие собственного телесного облика.

#### **Б. Нарушения половой идентичности на 2 этапе. Этап полоролевых стереотипов (7–11 лет)**

1. Переживание психологического дискомфорта и непонимания сверстников своего пола.
2. Предпочтение интересов и увлечений, в данной культуре более свойственных другой роли
3. Элементы гиперролевого поведения.

Негативное восприятие физиологических проявлений, естественных для своего паспортного пола.

4. Стремление физически походить на противоположный пол или фобия этого.

## **В. Нарушения половой идентичности на 3 этапе. Этап психосексуальных ориентаций (12–18 лет)**

1. Негативное или амбивалентное отношение к противоположному полу.
2. Предпочтение общения с женщинами.
3. Психологическая неудовлетворенность в сексуальных контактах.
4. Выбор социальной роли, естественной в данной культуре для противоположного пола.
5. Выбор сексуальной роли, более характерной для противоположного пола.
6. Интермиттирующие функциональные сексуальные расстройства.

Полученная информация оценивается по балльной шкале.

**На основании проведенных исследований** делается заключение о наличии у больного следующих состояний:

1. Преждевременное психосексуальное развитие.
2. Задержка психосексуального развития.
3. Задержка соматосексуального развития.
4. Преждевременное соматосексуальное развития.
5. Сочетанная задержка полового развития.
6. Сочетанное преждевременное половое развитие.
7. Сложная дисгармония полового развития.

## **9. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПАРАФИЛИЙ**

Включает в себя следующие пункты:

1. Возраст начала и механизмы формирования парафилии.
2. Аномальные эротические фантазии (их характеристики).
3. Аномальное сексуальное поведение (его характеристики).



**Особенности результатов обследования  
при обсессивно-компульсивном, компульсивном характере  
влечения**

Показатели	Обсессивный характер влечения	Обсессивно-компульсивный, компульсивный характер влечения
Фантазии	Аутохтонность возникновения. Стереотипное содержание. Стойкость и навязчивость зрительных образов. Наличие критического отношения. Копинговое поведение	Аутохтонность возникновения. Стереотипное или полиморфное содержание. Стойкость и навязчивость зрительных образов. Постепенная утрата критического отношения. Копинговое поведение
Эмоции	Тревожные расстройства. Депрессивные расстройства. Дисфорические расстройства. Смешанные аффективные расстройства	Депрессивные расстройства. Смешанные аффективные расстройства. Протопатическая аффективность
Поведение	Реализации предшествуют аффективные расстройства и обсессивные фантазии. Реализация происходит на фоне аффективного сужения сознания	Связь со временем суток и сезоном. Аффективное сужение сознания. Аутопсихическая деперсонализация. Соматопсихическая деперсонализация. Аллопсихическая деперсонализация. Диссоциативная амнезия

## 10. ВИДЫ ПАРАФИЛИЙ, ВЫДЕЛЕННЫЕ В МКБ-10 (F65)

### F65.0. Фетишизм

Использование какого-либо неодушевленного предмета в качестве стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения. Многие фетиши являются дополнениями к человеческому телу (предметы одежды или обуви). Другая часть характеризуется особым материалом (резина, пластик или кожа). Фетиши могут варьировать по степени их значимости для индивидуума. В некоторых случаях они просто служат для

повышения сексуального возбуждения, достигаемого обычным путем (например, надевая на своего партнера какую-нибудь особую одежду).

Фетишизм может быть диагностирован лишь тогда, когда фетиш служит наиболее значительным источником сексуальной стимуляции или является необходимым для удовлетворительного сексуального ответа.

Фетишистские фантазии встречаются часто, но они не считаются расстройством до тех пор, пока они не приводят к ритуальным действиям, которые являются столь непреодолимыми и неприемлемыми, что препятствуют осуществлению полового акта и вызывают страдания у самого индивидуума.

К. Имелинский (1986) выделял 2 неспецифических признака парафилии:

- 1) навязчивое (принудительное) желание реализовывать только перверсные формы сексуальной активности, что создает затруднения в создании гармоничного партнерского союза;
- 2) замещение жажды наслаждения от близости с половым партнером стремлением к наслаждению от выполнения определенных фиксированных действий сексуального характера.

В отношении фетишизма эти особенности, как правило, не связаны с партнером, а в большинстве случаев речь идет о неодушевленных предметах, запахах, последовательности интимных процессов и др. Поиск, добыча, использование фетиша сами по себе составляют определенный навязчивый ритуал, который со временем может значительно усложняться. Это затрудняет образование собственно интимных отношений с партнером/партнершей, а также построение положительных психологических взаимоотношений и, соответственно, гармоничного сексуального партнерства, брака.

В качестве фетиша чаще выступают детали одежды, обувь, предметы, принадлежащие другому человеку. Униформа может объединять весь спектр стимулов, но не является обязательным фетишистским комплексом. Как правило, в сочетании с признаками использования другим человеком (выделения на

белье, ношенная и имеющая чужой запах обувь, помарки губной помады или еды на женской кофте и др.).

Несмотря на то, что у женщин фетишизм встречается реже, чем у мужчин, у представителей обоих полов фетишем могут служить части тела, вызывающие эротический интерес (женская грудь, гениталии или области, близкие к ним, обнаженные ноги, пятки, ложбинка между молочными железами, ягодицы, развитая мускулатура у мужчины и практически любые другие области тела, как видимые больным, так и представляемые им в фантазиях).

### **F65.1. Фетишистский трансвестизм**

Надевание одежды противоположного пола главным образом для достижения сексуального возбуждения.

Это расстройство необходимо дифференцировать от простого фетишизма на основании того, что фетишистские предметы или одежда не только надеваются, но и используются таким образом, чтобы сделать внешность субъекта похожей на внешность, свойственную противоположному полу. Обычно надевается больше одного предмета и часто полный комплект одежды, включая парик и косметику. Фетишистский трансвестизм (ФТ) отличается от транссексуального трансвестизма своей четкой связью с сексуальным возбуждением и сильным желанием снять одежду после достижения оргазма и снижения сексуального возбуждения. Кроме того, фетишистский трансвестизм в ряде случаев может быть расценен как ранняя стадия развития транссексуализма (см. МКБ-10).

**А.** В течение не менее 6 месяцев присутствует интенсивное сексуальное возбуждение от кросс-дрессинга, что проявляется через фантазии, импульсы или поведение.

**В.** Наблюдается клинически значимый дистресс или ухудшения в важных сферах функционирования.

ФТ является видом сексуального фетишизма как такового. Половое возбуждение появляется или усиливается при переодевании в одежду, характерную для противоположного пола. При этом нет желания смены пола или привлечения внимания

представителей собственного пола (в отличие от гомосексуализма и транссексуализма).

ФТ расценивается как психическое расстройство, только если проявляется навязчивыми желаниями, противоречащими психологическим (моральным) установкам пациента и/или становится фактором, затрудняющим нормативную половую жизнь.

Чаще встречается у гетеросексуальных мужчин, состоящих в браке.

Не выявлено достоверных различий между страдающими ФТ и другими мужчинами из общей популяции по возрасту, социально-экономическому статусу, наличию своей семьи, злоупотреблению алкоголем, пережитому сексуальному насилию в детстве, психическому и физическому здоровью.

В то же время с ФТ коррелируют наличие гомосексуального опыта, порнофилия, повышенная сексуальная возбудимость и достаточно активная мастурбационная активность.

В картине ФТ могут преобладать моменты, относящиеся к самому процессу переодевания и всему комплексу используемых предметов – ткань одежды, определенные модели одежды, косметики и др. В этом плане нет отличий от сексуального фетишизма как такового. При этом часть обследованных придают первостепенное значение ощущениям себя в роли представителя противоположно пола. В таких случаях может отмечаться поведение, свойственное выбранному персонажу, вплоть до эротических или сексуальных эпизодов. Такие эпизоды следует рассматривать именно как продолжение ФТ в новом качестве, а не как гомосексуализм. У мужчин нет влечения к мужчинам, а есть стремление еще больше войти в роль женщины через принятие внешнего вида, а затем, возможно (но редко), и женских действий.

Коморбидной нозологией называют, как правило, мазохизм.

## **F65.2. Эксгибиционизм**

Периодическая или постоянная склонность к демонстрации собственных половых органов незнакомым людям (обычно лицам противоположного пола) или в общественных местах без предложения или намерений более близкого контакта. Обычно,

но не всегда, во время демонстрации имеет место половое возбуждение, которое часто сопровождается мастурбацией. Эта склонность может проявляться только в периоды эмоционального стресса или кризиса, перемежаясь с длительными периодами без подобного поведения.

### **Разновидности эксгибиционизма**

Эксгибиционизм истинный как проявление парафилии. Акт эксгибиционизма протекает по типу obsессивно-компульсивного, сознание сужено, сопровождается утратой контроля над своими действиями. Эпизоду, как правило, предшествует достаточно короткий продромальный период.

Эксгибиционизм ложный: поступок, совершенный из хулиганских побуждений, в состоянии опьянения, на спор и из других социальных причин. Характеризуется отсутствием стойкой навязчивой потребности в совершении обнажения. Не является медицинской проблемой.

Эксгибиционизм социально безопасный: поведение эксгибициониста демонстративное, направленное на дистантный контакт без телесного воздействия.

Эксгибиционизм социально опасный: поведение эксгибициониста может приносить телесный урон объекту поведения. Кроме того, социально опасным считается и демонстрация гениталий подросткам и детям, что в ряде случаев расценивается в первую очередь как педофилия.

Частота актов эксгибиционизма может повышаться на фоне стрессов, соматических заболеваний, кризисов в личной жизни, хронической усталости и др. Периоды активности могут сменяться длительными периодами спокойного поведения без малейших проявлений заболевания.

Известно, что 80% социально опасных случаев эксгибиционизма практикуют мужчины. Женский эксгибиционизм чаще протекает по мазохистическому варианту.

### **Клинические проявления во время акта эксгибиционизма**

Эксгибиционист внезапно начинает демонстрировать свои гениталии перед незнакомой случайной женщиной (реже –

перед несколькими женщинами или женщиной с ребенком) в ситуации, не являющейся возможной обстановкой для коитуса. При демонстрации гениталий у мужчины может появляться эрекция, хотя она не обязательна. Примерно у трети эксгибиционистов акт сопровождается мастурбацией. В зависимости от садистического или мазохистического варианта эксгибиционизма мастурбация может быть демонстративной или маскируется мужчиной.

Цель поведения больного – выявление некой эмоциональной реакции: страха, презрения, физиологической оценки со стороны жертвы, а также пробуждение у него самых значимых для него эмоций. Отсутствие предвкушаемой реакции приводит к фрустрации, нарастанию напряжения, поиску новой жертвы, агрессивности. В редких случаях такое нарастание напряжения может приводить к социально опасному поведению.

В большинстве случаев акт эксгибиционизма начинается с продромальных явлений – тревожность, беспокойство, раздражительность, усиление двигательной активности, представление эротических и сексуальных сцен, настроя на мастурбацию. Навязчивая потребность в акте эксгибиционизма нарастает и из слабой становится осознанной. В то же время почти треть эксгибиционистов сообщали об отсутствии продромы и совершении обнажения в виде неожиданного и непреодолимого импульса.

Следует учитывать, что сужение сознания снижает уровень оценки ситуации, возможность руководить своими поступками, предвидеть реакцию окружающих, степень запоминания происходящего, подробности внешности жертвы или свидетелей. После завершения акта эксгибиционизма физическое и ментальное состояние эксгибициониста восстанавливается в среднем в период от нескольких минут до 2–3 часов.

Психологические особенности эксгибиционистов. Обобщенные данные различных исследований выявили общие черты характера и личной жизни. Более 70% из них моложе 40 лет, состоят в браке, инфантильны, неагрессивны, безынициативны, робкие, неконфликтны, стыдливы, со сниженной самооценкой. Личные отношения, как правило, затруднены, не стремятся к завязыванию интимных контактов с женщинами, хотя могут

настойчиво фантазировать на эти темы. Социализация выражена и обычное поведение не позволяет заподозрить склонность к асоциальным поступкам.

В анамнезе могут быть выявлены маловыраженные психические расстройства, а также эпизоды насилия (в том числе сексуального) в детско-подростковом возрасте. Кроме того, у некоторых эксгибиционистов отмечаются эпизоды эксгибиционизма в подростковых компаниях, в результате которых сценарий обнажения и сопутствующие реакции обеих сторон приобрели позитивный стимульный смысл.

### **F65.21. Эксгибиционизм, садистический тип**

Периодическая или постоянная наклонность к демонстрации собственных половых органов незнакомым людям (обычно лицам противоположного пола) или в общественных местах без предложения или намерений более близкого контакта. Обычно, но не всегда, во время демонстрации имеет место половое возбуждение, которое часто сопровождается мастурбацией. Эта наклонность может проявляться только в периоды эмоционального стресса или кризиса, перемежаясь с длительными периодами без подобного поведения.

Эксгибиционист получает максимальное удовлетворение, видя страх (испуг) жертвы.

Особенности состояния, клиники и обследования – см. F65.2. Эксгибиционизм.

Рубрика введена для дифференциации состояния от мазохистического эксгибиционизма.

### **F65.22. Эксгибиционизм, мазохистский тип**

Периодическая или постоянная наклонность к демонстрации собственных половых органов незнакомым людям (обычно лицам противоположного пола) или в общественных местах без предложения или намерений более близкого контакта. Обычно, но не всегда, во время демонстрации имеет место половое возбуждение, которое часто сопровождается мастурбацией. Эта наклонность может проявляться только в периоды эмоцио-

нального стресса или кризиса, перемежаясь с длительными периодами без подобного поведения.

Эксгибиционист получает максимальное удовлетворение при агрессивной реакции жертвы. Кроме того, желаемой реакцией является также страх перед возможным преследованием, реакцией посторонних лиц.

Особенности состояния, клиники и обследования – см. F65.2. Эксгибиционизм.

Рубрика введена для дифференциации состояния от садистического эксгибиционизма.

### **F65.29. Эксгибиционизм неуточненный**

*Включается:*

- эксгибиционизм БДУ.

Рубрика используется обычно при отсутствии окончательного диагноза в процессе обследования или для обозначения редкого варианта эксгибиционизма.

### **F65.3. Вуайеризм**

Периодическая или постоянная склонность наблюдать за людьми, занимающимися сексом или некими “интимными делами”, такими как раздевание. Это обычно приводит к половому возбуждению и мастурбации и осуществляется тайно от наблюдаемой особы.

Как правило, вуайериста возбуждает не факт подглядывания за конкретным человеком, а сам процесс подглядывания.

Признаки вуайеризма:

- человеку свойственно периодически возникающее сексуальное влечение и соответствующие фантазии относительно визуального или аудиального восприятия интимных или личных сцен человека/людей, не поставленных в известность об этой активности;
- человек совершает действия, удовлетворяющие это влечение и испытывает при этом значительный дистресс, причиняет неудобство себе, а в некоторых случаях и окружающим людям;
- данное состояние должно продолжаться более 6 месяцев.



Отдельные проявления вуайеризма:

- наблюдение за людьми, которые об этом не знают, в то время, когда они совершают эротические и сексуальные действия: например, обнажаются, занимаются сексом или мастурбируют;
- фото- или видеосъемка такого поведения без их разрешения;
- незаконное проникновение на закрытые территории, чтобы подсматривать за людьми;
- чувство разочарования или стресс, когда невозможно участвовать в таком поведении;
- неспособность возбудиться или получить оргазм иначе, кроме как во время наблюдения за людьми;
- невозможность сопротивляться вуайеристским действиям, даже если они вредят его благополучию.

#### **F65.4. Педофилия**

Сексуальное предпочтение детей обычно препубертатного или раннего пубертатного возраста. Одних педофилов привлекают только девочки, других – только мальчики, а третьи интересуются детьми обоего пола.

Педофилия редко встречается у женщин. Контакты между взрослыми и половозрелыми лицами юношеского возраста являются социально неодобряемыми, особенно если их участники одного пола, но они не обязательно связываются с педофилией. Влечение к подросткам – эфебофилия, может рассматриваться как медицинская проблема, а при совершении общественно опасных действий – и как криминальная.

Отдельный случай, особенно если виновник сам юношеского возраста, не свидетельствует о наличии постоянной или доминирующей склонности, необходимой для постановки диагноза. Однако в число педофилов включены мужчины, которые, предпочитая взрослых сексуальных партнеров, из-за постоянных фрустраций при установлении соответствующих контактов, привычно обращаются к детям в качестве замены.

Мужчины, которые сексуально посягают на собственных детей препубертатного возраста, иногда обращаются также к

другим детям и в обоих случаях их поведение определяется как педофилия.

Обязательным для установления диагноза считается достижение субъектом по меньшей мере 16-летнего возраста и наличие 5-летней разницы с используемым объектом. Данная диагностическая категория включает тех мужчин, которые, несмотря на предпочтение взрослых сексуальных партнеров, в силу постоянных фрустраций при установлении соответствующих контактов, привычно обращаются в качестве замены к педофильному объекту.

### **F65.5. Садомазохизм**

Предпочтение сексуальной активности, включающей в себя причинение боли или унижения. Если индивидуум предпочитает быть подверженным такого рода стимуляции – это мазохизм, если же он предпочитает быть ее источником – садизм. Часто индивидуум получает сексуальное удовлетворение как от садистической, так и от мазохистской активности.

Слабые проявления садомазохистской стимуляции обычно применяются для усиления в остальном нормальной сексуальной активности. Эта категория может использоваться для определения медицинской проблемы лишь в тех случаях, когда садомазохистская активность является наиболее значительным источником сексуальной стимуляции или необходима для сексуального удовлетворения.

Сексуальный садизм часто трудно ограничить от проявлений в сексуальных ситуациях жесткости или гнева, не связанных с половым чувством. Диагноз может легко устанавливаться в случаях, когда насилие необходимо для эротического возбуждения.

### **F65.6. Множественные расстройства сексуального предпочтения**

Иногда у пациента наблюдается несколько нарушений сексуального предпочтения без четкого преобладания одного

из них. Наиболее часто сочетаются фетишизм, трансвестизм и садомазохизм.

В тоже время при выраженном различии в частоте одного из предпочтений, это может быть отражено в диагнозе. Например: фетишизм в сочетании с садомазохизмом и включениями трансвестизма.

### **F65.8. Другие расстройства сексуального предпочтения**

Расстройства сексуального предпочтения многообразны и далеко не всегда являются массовыми. К подобным видам относятся, например,

- фроттеризм – прикосновения и трение о незнакомых людей в общественных местах;
- пикцизм – питье мочи или поедание кала партнера для полового возбуждения;
- скатолалия – непристойные выражения и разговоры в личной беседе или по средствам связи;
- зоофилия – половое влечение к животным;
- асфиксиофилия – ограничение дыхания (удушение) для усиления полового возбуждения;
- апотемнофилия – предпочтение сексуальных партнеров с какими-либо физическими дефектами;
- некрофилия – половое влечение к трупам и совершение с ними сексуальных действий.

Многие действия из подобного списка не являются общественно опасными и не становятся предметом медицинского внимания.

### **F65.9. Расстройство сексуального предпочтения неуточненное**

Рубрика чаще всего используется при незаконченном обследовании в сложных случаях.

*Включаются:*

- парафилия БДУ;
- сексуальная девиация БДУ.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Проблема парафилий находится на стыке медицинского, социального, культурального и юридического подходов. В настоящее время идет активное обсуждение новых клинических критериев парафилий, предлагаемых в МКБ-11. В новой классификации фетишизм и фетишистский трансвестизм упразднены, а садомазохизм заменен на насильственное сексуальное садистическое расстройство. БДСМ-практики в рамках принципа “SSC” (аббревиатура от английских слов *safe, sane, consensual* – безопасный, разумный, согласованный) исключают диагноз данной парафилии. Тем не менее правильная диагностика и трактовка парафильных действий в сочетании с психическими или другими коморбидными расстройствами остаются важнейшей задачей для предупреждения противоправных действий, а также снижения уровня жизни самого больного.

## Л и т е р а т у р а

Аномальное сексуальное поведение / Под ред. А.А. Ткаченко. – М., 2003. – 660 с.

Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. – Киев: Сфера, 1999. – Т. 1. – 300 с.

Доморацкий В.А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств. – М.: Академический проект, 2009. – 470 с.

Евсегнеев Р.А. Психиатрия в общемедицинской практике: Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2010. – 592 с.

Имелинский К. Сексология и сексопатология: Пер. с польск. – М.: Медицина, 1986. – 424 с.

Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины: Методическое пособие / Под ред. Е.П. Какориной, М.В. Максимовой, О.Д. Мишнева и др. – М., 2002. – 41 с.

Каменсков М.Ю. Клинико-патогенетические и диагностические аспекты парафилий и их судебно-психиатрическое значение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2017.

Каменсков М.Ю. Введенский Г.Е., Штарк Л.Н. и соавт. Комплексная судебно-психиатрическая оценка лиц с педофилией // Судебно-психиатрическая диагностика / Под ред. Е.В. Макушкина, А.А. Ткаченко. – М., 2017. – С. 246-287.

Каменсков М.Ю., Гурина О.И. Нейротрансмиттерные механизмы развития парафильных расстройств // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – № 8. – С. 61-67.

Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия с обращением особого внимания на извращение полового чувства. – М.: Республика, 1996. – 591 с.

Крылов В.И. Психология и психопатология воображения (когнитивные функции и воображение) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2012. – № 3. – С. 22-26.

Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств (клиническое руководство) / Под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича. – М., 1999. – 224 с.

Немов Р.С. Психологический словарь. – М.: Владос, 2007.

Оксфордский толковый словарь по психологии / Под ред. А. Ребера: Пер. с англ. – М.: Вече АСТ, 2003. – Т. 1. – 592 с.

Перехов А. Я. Клинико-патофизиологическое различие сексуальных девиаций и парафилий // Сборник материалов международной конференции “Социальные и клинические проблемы сексологии и сексопатологии”. – М., 2002. – С. 128-129.

Полторан А.В. Парафилия (расстройство сексуального предпочтения) – симптомы и лечение. <https://probolezny.ru/parafiliya/>

Расстройства сексуального предпочтения. [https://www.polismed.com/articles-rasstrojstva-seksual-nogo-predpochtenija.html#anchor\\_0](https://www.polismed.com/articles-rasstrojstva-seksual-nogo-predpochtenija.html#anchor_0)

Сидоров П.И., Дерягин Г.Б. Половое поведение и насилие. – М.: МЕД-пресс, 2007.

Ткаченко А.А. и др. Судебная сексология: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2001.

Ткаченко А.А. Введение в судебную сексологию. Медицинская и судебная психология. Курс лекций: Учебное пособие / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. – 4-е изд. – М.: Генезис, 2016. – 656 с.

Ткаченко А.А., Каменсков М.Ю., Демидова Л.Ю. Современная диагностика расстройств сексуального предпочтения (международный опыт) // Российский психиатрический журнал. – 2017. – № 6. – С. 61-67.

Ткаченко А.А., Введенский Г.Е. Расстройства сексуального предпочтения // Психиатрия. Национальное руководство. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С. 1227-1246.

Фетишистский трансвестизм. <https://mkb-10.com/index.php?pid=4358>

Фурманов И.А. Феномены садизма и мазохизма: Историческая эволюция представлений // Психологический журнал. – 2006. – №4 (12). – С. 22-28.

Хавкин А.Ю. Комплексная диагностика нарушений сексуального предпочтения (клинико-психопатологический, психофизиологический и психологический аспекты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003.

Частная сексопатология: Руководство для врачей / Под. ред. Г.С. Васильченко. – М., Медицина, 1983. – Т.2.

Чуприков А.П., Цупрык В.М. Общая и криминальная сексология: Учебное пособие. – Киев: МАУП, 2002. – 248 с.

Шацберг А.Ф., ДеБаттиста Ч. Руководство по клинической психофармакологии. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2017. – 656 с.

American Psychiatric Publishing. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5). – Arlington, 2013. – P. 658-705.

Briere J. et al. Sexual fantasies, gender and molestation history // Child. Abuse Negl. – 1994. – Feb. Vol. 18. – N 2. – P. 252-254.

Cohen L.J. et al. Impulsive personality traits in male pedophiles versus healthy controls: is pedophilia an impulsive-aggressive disorder? // Compr. Psychiatry. – 2002. Mar-Apr. – Vol.43. – N 2. – P. 127-134.

Geoffrey M. Reed, Jack Drescher et al. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations // World Psychiatry. – 2016 Oct. – Vol. 15(3). – P.205-221.

Green R. Is pedophilia a mental disorder? // Arch. Stx. Behav. – 2002. Dec. – Vol. 31. – N 6. – P. 467-471; discussion – P.479-510.

Oxford Handbook of Psychiatry (4 edn) doi.org/10.1093/med/9780198795551.003.0011

Thibaut F., Cosyns P., Fedoroff J.P. et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders // World J. Biol. Psychiatry. – 2020. – № 6. – P. 412-490.

### **ПРОВЕРОЧНЫЕ ВОПРОСЫ**

#### **Методы обследования расстройств сексуального предпочтения**

1. Какое из понятий не является критерием сексуальной нормы?
  - а. Половозрелость партнеров.
  - б. Способность к возбуждению и переживанию оргазма.
  - в. Добровольность связи.
2. Какова правильная последовательность выраженности парафилии?
  - а. Парафилические элементы – парафилические тенденции – истинные парафилии.
  - б. Парафилические тенденции – парафилические элементы – истинные парафилии.
  - в. Парафилические элементы – Истинные парафилии – Парафилические тенденции.
3. Какой из общих диагностических критериев парафилий указывает на клиническую (психопатологическую) значимость переживаний?
  - а. G1
  - б. G2
  - в. G3
4. Какие признаки позволяют поставить диагноз парафилии?
  - а. Выявление девиантного сексуального побуждения, даже в рамках обычного сексуального взаимодействия.
  - б. Наличие девиантных сексуальных побуждений в рамках идеаторной активности.
  - в. Совершение отклоняющихся действий в условиях утраты контроля над собственным поведением.



5. Какой из показателей не является показателем влечения в рамках парафилии?

- а. Аутоэротическое влечение.
- б. Влечение к “необычному” партнеру.
- в. Влечение к количественным показателям интимной близости.

6. Отметьте, в какой последовательности происходит формирование расстройства сексуального предпочтения?

- а. Осознание наличия у себя нетипичного влечения. Закрепление расстройства. Появление у расстройства характера навязчивости.
- б. Осознание наличия у себя нетипичного влечения. Появление у расстройства характера навязчивости. Закрепление расстройства.
- в. Появление у расстройства характера навязчивости. Закрепление расстройства. Осознание наличия у себя нетипичного влечения.

7. Какой вариант аддиктивных и патологических фантазий характеризует компульсивное патологическое влечение?

- а. Произвольные фантазии.
- б. Овладевающие фантазии.
- в. Навязчивые фантазии.

8. Какой из показателей не является частью теоретической модели сексуальной аддикции?

- а. Нарушение тормозного контроля за сексуальным поведением.
- б. Нарушение рефлекторной цепочки развития возбуждения.
- в. Нарушение функционирования мотивационной системы награды.

9. Какое исследование не является обязательным при диагностике парафилии?

- а. Эндокринологическое обследование.
- б. Сексологическое обследование.
- в. Психиатрическое обследование.

10. Какая особенность парафильного поведения не является частью фетишизма?

- а. Наслаждение от близости с половым партнером замещено наслаждением от выполнения неких фиксированных действий сексуального характера.
- б. Фетиш выбирается произвольно на ранних стадиях образования парафилии.
- в. Навязчивое желание реализовывать только перверсные формы сексуальной активности.

11. С каким состоянием не проводится дифференциальная диагностика фетишистского трансвестизма?

- а. Садистический эксгибиционизм.
- б. Транссексуальный трансвестизм.
- в. Простой фетишизм.

12. Верно ли утверждение, что в садомазохистической паре у каждого из партнеров есть зачатки и садизма, и мазохизма?

- а. Да.
- б. Нет.
- в. Зависит от пола участника.

### Ключ к проверочным вопросам

Вопрос	Правильный ответ
1	б
2	а
3	б
4	в
5	в
6	а
7	б
8	б
9	а
10	б
11	а
12	б

# **Пропедевтика сексологии**

## ***Учебное пособие***

*Заведующая редакцией*

*Н.Б. Гончарова*

*Редактор*

*Л.Б. Абрамова*

*Компьютерная верстка*

*М.М.Абрамовой*

Подписано в печать 25.05.2023 г.

Формат 60х84/16. Гарнитура Century Schoolbook.

Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 7,75.

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
“Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии  
и наркологии имени В.П. Сербского” Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

119034 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.

## ДЛЯ ЗАМЕТОК