

Кейсы | Высшее образование | Сексология

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Сексология | Записей: 2

Сексология - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Сексология

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Женщина 27 лет обратилась на прием к сексологу.

1.2. Жалобы

Предъявляет жалобы на невозможность вести половую жизнь с мужем, из-за резкой болезненности при имиссии и неприятных, часто болезненных ощущениях при фрикциях.

1.3. Анамнез заболевания

Жалобы появились 3-4 месяца назад, до этого половая жизнь была безболезненной, приятной, хотя оргастичность не превышала 20-30%. Пациентка замужем 1.5 года, детей нет, метод контрацепции – прерванный половой акт. В ближайших планах у мужа – рождение ребенка, однако, в приватной беседе пациентка сообщает, что не уверена, что разделяет это желание мужа, сообщает, что ей неприятно давление по этому вопросу родственников с обеих сторон, она предпочла бы пожить еще немного «для себя», и вообще стала сомневаться в своем выборе партнера. Мужа характеризует, как слишком мягкого и ласкового, инфантильного, подверженного влиянию матери. Полгода назад, на отдыхе познакомилась с женатым мужчиной, с которым у нее завязался роман, с ним болевых ощущений при коитусе не испытывает, однако понимает бесперспективность этих отношений. На фоне эмоциональных переживаний у нее снизилось сексуальное влечение по отношению к мужу, контакты стали неприятны, а затем и болезненны. Болевые ощущения описывает, как «нестерпимые, жгущие, острые», часто длящиеся до суток после контакта. В настоящее время половая активность в браке практически отсутствует. Пациентка обращалась к 2 гинекологам, однако, те не выявили органических причин алгии. Сохраняется сексуальное фантазирование, мастурбация 1-2 р./неделю, сексуальные контакты с другим партнером 1-2 р./месяц, безболезненные, с оргазмом.

1.4. Анамнез жизни

Родилась в полной семье, первый ребенок, есть младший брат 18 лет. Роды срочные, без особенностей. Анамнез не отягощен психическими заболеваниями. Из перенесенных инфекций – ОРВИ, грипп, ветряная оспа. Училась на 4 и 5, любила участвовать в спектаклях в детском саду и школе, образование высшее – дизайнер интерьеров, в настоящее время не работает.

Менархе с 13 лет, ритм установился в течение 3х месяцев. Платоническое влечение с 10-11 лет, эротическое с 13 лет – влюбленность в одноклассника. Сексуальное фантазирование с 15 лет, тогда же начала мастурбировать (мануальная стимуляция области клитора, стимуляция струей душа). Начало половой жизни в 16 лет, 50-60% оргастичность достигнута к 21 году. Беременность - 1, в 18 лет – медикаментозный аборт, без осложнений.

1.5. Объективный статус

Пациентка худощавого телосложения, рост 168, вес 50 кг. Одета по моде, макияж, маникюр яркие. Ориентирована верно, поведение несколько демонстративное, отвечает быстро в плане

задаваемых вопросов, многословна, эмоциональна, склонна к преувеличениям. Манерна, мимика живая, выражения лица часто сменяют друг друга, при описании семейных отношений, сексуального расстройства становится страдальческим. Ищет понимания, эмпатии со стороны врача. Подчеркивает, что ее никто не хочет понимать, она находится в кризисном состоянии. Суждения отличаются инфантилизмом и экстрапунитивностью.

1. План обследования

1. Вопрос

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

1. анализ крови на ВИЧ, RW, гепатиты
2. общий анализ крови
3. биохимический анализ крови

4. анализ крови на половые гормоны (эстроген, прогестерон, ЛГ, ФСГ, тестостерон)

Правильный ответ: анализ крови на половые гормоны (эстроген, прогестерон, ЛГ, ФСГ, тестостерон)

Недостаточный уровень эстрогенов и прогестерона (повышенный ЛГ, ФСГ) могут говорить о нарушениях полового развития, служить причиной недоразвития (инфантилизма) половых органов, при котором возможны недостаточная lubricация, узость влагалища и, как следствие болезненные проявления при коитусе. Низкий уровень тестостерона может вызывать снижение либидо, которое усугубляет болевое сексуальное расстройство, является препятствием к его устранению.

'Сексопатология: Справочник' - Васильченко Г.С., Агаркова Т.Е., Агарков С.Т. Москва: Медицина, 1990, раздел 7.3.1.5. Гормональные пробы

3. Результаты лабораторного метода обследования

3.1. Анализ крови на половые гормоны (эстроген, прогестерон, ЛГ, ФСГ, тестостерон)

Пролактин – 11 нг/л

ФСГ – 7,8 мМЕ/мл

ЛГ – 8,2 мМЕ/мл

Тестостерон – 0,25 нг/мл

Эстрадиол -136 пг/мл

Прогестерон -1,7 нм/л

результаты в рамках нормы (соответствует фолликулярной фазе)

2. Вопрос

К необходимым для постановки диагноза методам обследования относят

1. измерение базальной температуры

2. гинекологический осмотр

3. электроэнцефалографию (ЭЭГ)
4. кольпоцитодиагностику

5. УЗИ органов малого таза (вагинальный датчик)

6. компьютерную томографию головы

Правильные ответы: гинекологический осмотр; УЗИ органов малого таза (вагинальный датчик)

Гинекологический осмотр дает возможность установить наличие или отсутствия органической причины диспареунии, а также тонуса мышц тазового дна, эмоционально и вегето-сосудистой

реакции на осмотр.

Сексопатология: Справочник' - Васильченко Г.С., Агаркова Т.Е., Агарков С.Т. Москва: Медицина, 1990, раздел 7.3.1. Методы функциональной диагностики

Ультразвуковое исследование позволить подтвердить или исключить органическую причину алгии.

Национальное руководство «Психиатрия» М.2018, Глава 19. Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими болезнями или нарушениями

5. Результаты обследования

5.1. Гинекологический осмотр

При гинекологическом осмотре: Наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу, без гипертрихозов, Большие и малые половые губы пигментированы, влагалище нерожавшей, тело матки, нормальных размеров, безболезненное при пальпации, придатки без патологии, не увеличены, б/болезненные. Пациентка сообщает перед осмотром, что плохо переносит эту процедуру, просит не вводить зеркала, быть осторожнее. Несмотря на это, осмотр практически безболезненный, введение зеркал удается без сопротивления мышц преддверия влагалища, после отвлечения и выполнения дыхательных упражнений в сочетании с упражнениями по Кегелю.

5.2. УЗИ органов малого таза (вагинальный датчик)

Тело матки:

Грушевидной формы, положение anteversio, по средней линии, размеры не увеличены: длина 45 мм, толщина – 33 мм, ширина 28 мм. Строение эндометрия не изменено.

М-эхо: толщина 9 мм, соответствует 1 фазе, не изменено.

Полость матки: не расширена.

Шейка матки: определяется в типичном месте, размеры не увеличены: длина 32 мм, толщина 42 мм, ширина 29 мм. Строение не изменено.

Правый яичник: расположение обычное, размеры: 36x15x23 мм, строение не изменено. Фолликулы в достаточном количестве.

Левый яичник: расположение обычное, размеры: 28x16x22 мм, строение не изменено. Фолликулы в достаточном количестве.

Жидкость в позадматочном пространстве - незначительное количество.

Объемные образования в полости малого таза – не определяются.

3. Вопрос

Для уточнения объективных показателей предыстории полового развития пациентки необходимо антропометрическое исследование в виде определения

1. трохантерного индекса

2. индекса талия/бедро

3. индекса Эрисмана

4. индекса соотношения роста/массы тела пациентки

Правильный ответ: трохантерного индекса

Трохантерный индекс является специфическим признаком наличия или отсутствия раннего нарушения пубертатного развития, связанного с патологией гонад, а так же важным критерием определения половой конституции.

'Сексопатология: Справочник' - Васильченко Г.С., Агаркова Т.Е., Агарков С.Т. Москва: Медицина, 1990, глава 4.6.1.2. Трохантерный индекс как один из важнейших объективных показателей предыстории полового развития индивидуума

7. Результаты обследования

7.1. Трохантерный индекс

1,99

4. Вопрос

Исходя из сексологического анамнеза и данных обследования, пациентку можно отнести к + _____ + типу(-а) половой конституции

1. сильному
2. нижней границе сильного

3. среднему

4. слабому

Правильный ответ: среднему

Сроки начала первой менструации, трохантерный индекс, тип оволосения лобка, сроки проявления платонического, эротического и сексуального либидо, время начало мастурбации и уровень оргстичности позволяют отнести пациентку к средней половой конституции.

Сексopatология: Справочник' - Васильченко Г.С., Агаркова Т.Е., Агарков С.Т. Москва: Медицина, 1990, глава 4.7.1. Модифицированный (ускоренный) вариант карты сексологического обследования женщин

2. Диагноз

5. Вопрос

В соответствие с критериями МКБ-10 пациентке следует выставить диагноз

1. F52.6 Диспареуния неорганического происхождения

2. F66.2 Расстройство сексуальных отношений
3. N94.1 Диспареуния (органическая) (см.МКБ-1)
4. F52.5 Вагинизм неорганического происхождения

Правильный ответ: F52.6 Диспареуния неорганического происхождения

В данном случае, по данным обследования диспареуния не связана с локальным патологическим процессом. Отсутствует первичная неорганическая сексуальная дисфункция – вагинизм, сухость влагалища). Исключена: диспареуния (органическая) (N94.1) (Источник – МКБ-10)

10. Диагноз

10.1. F52.6 Диспареуния неорганического происхождения

6. Вопрос

Психосексуальное развитие пациентки можно отнести к

1. ретардированному
2. преждевременному
3. дисгармоничному

4. нормальному

Правильный ответ: нормальному

Отсутствуют признаки как ретардации, так и искажения, дисгармонии или преждевременного психосексуального развития. Сроки физиологического и психологического созревания укладываются в рамки нормы.

7. Вопрос

У пациентки наблюдается расстройство сексуального влечения в виде

1. парциальной сексуальной аверсии

2. первичной гиполибидемии
3. вторичной алибидемии
4. первичной сексуальной аверсии

Правильный ответ: парциальной сексуальной аверсии

Уровень либидо находился в рамках нормы (сексуальное фантазирование, мастурбация, половая жизнь с партнером вне брака остаются нормальными), на фоне ухудшения межличностных отношений с мужем, появилась отвращение к сексуальным контактам с ним, и болевые ощущения, по сути являющиеся истералгиями.

Национальное руководство «Психиатрия» М.2018, Глава 19. Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими болезнями или нарушениями

8. Вопрос

В рассматриваемом случае, благоприятную почву для развития данной сексуальной патологии создали имеющиеся + _____ + черты личности

1. истерические

2. тревожные
3. психастенические
4. неустойчивые

Правильный ответ: истерические

Пациентка склонна к демонстративности, ищет поддержки и симпатии у врача, склонна обвинять окружающих в проблеме, инфантильна в поступках и суждениях, что дает возможность отнести ее к личности и истерическими чертами.

Национальное руководство «Психиатрия» М.2018, Глава 16. Расстройства личности

3. Лечение

9. Вопрос

Правильной тактикой терапии пациентки будет назначение в первую очередь

1. фармакотерапии с использованием антидепрессантов
2. фармакотерапии с использованием транквилизаторов

3. психотерапии

4. сексуального тренинга

Правильный ответ: психотерапии

Учитывая высокую эффективность психотерапии у пациентов с истерическими чертами личности, наиболее уместной будет рациональная индивидуальная и парная психотерапия, целью которой станет разъяснение природы болевого расстройства и сексуальной аверсии и создание благоприятной перспективы развития партнерских отношений.

Национальное руководство «Психиатрия» М.2018, Глава 19. Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими болезнями или нарушениями

10. Вопрос

На втором этапе терапии эффективной методикой будет

1. гипноз
- 2. суггестивная терапия**
3. техника чувственного фокусирования
4. аутотренинг

Правильный ответ: суггестивная терапия

Высокая внушаемость лиц, с истерическими чертами при должном доверии и авторитете к личности терапевта, делает суггестивную терапию, методикой выбора для устранения истералгий повышения уровня комплаенса пациентки.

Национальное руководство «Психиатрия» М.2018, Глава 31. Психотерапия

11. Вопрос

На первом этапе секс-тренинга паре рекомендуется

1. регулярность половых актов не реже 2-3-х раз в неделю
2. отказа от просмотра видео эротического содержания и мастурбации
3. отказ от суррогатных видов сексуального взаимодействия

4. условный запрет на половые акты

Правильный ответ: условный запрет на половые акты

Такой запрет является психотерапевтической тактикой, позволяющей пациентке не испытывать чувство тревоги, страха и ожидания боли, и сфокусироваться на приятных ощущениях от стимуляции эрогенных зон.

Национальное руководство «Психиатрия» М.2018, Глава 19. Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими болезнями или нарушениями

12. Вопрос

На следующем этапе секс-тренинга пациентке рекомендуется

1. массаж крестцово-копчиковой зоны и области наружных половых органов.
2. прием небольших доз алкоголя для эффекта расслабления и снятия тревоги и гиперконтроля
- 3. самостоятельная и совместная с партнером стимуляция влажных эрогенных зон**
4. самостоятельное и совместное с партнером введение влажных зеркал малого диаметра

Правильный ответ: самостоятельная и совместная с партнером стимуляция влажных эрогенных зон

Методика десенсибилизации позволяет преодолеть страх, научиться управлять тонусом мышц тазового дна, снизить тревожное ожидание болевых ощущений при имиссии, добиться повышения эрогенной чувствительности влажных эрогенных зон.

Национальное руководство «Психиатрия» М.2018, Глава 19. Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими болезнями или нарушениями

Сексология - кейс 2

Образование: Высшее образование | Специализация: Сексология

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Мужчина, 43 года. Назначена судебная стационарная комплексная сексолого-психиатрическая экспертиза в рамках уголовного дела в связи с привлечением к уголовной ответственности за совершение сексуальных действий с малолетними мальчиками.

1.2. Жалобы

Предъявляет жалобы на наличие стойких эротических фантазий о сексуальных контактах с детьми обоего пола.

1.3. Анамнез заболевания

Родился в полной семье. Детский сад посещал с ясельной группы и любил играть в одиночестве в «машинки». В дошкольном возрасте узнал о межполовых различиях, подглядывая за девочками в туалете. В общеобразовательной школе учился средне, по характеру был необщительным, неактивным, поддерживал контакты только с одним мальчиком, с которым бесцельно бродил по улицам. В младших классах подшучивал над девочками, бросая в них снежки или толкая в снег. С 5 лет стал мастурбировать, что было случайной находкой. Онанировал почти ежедневно. С 12 лет мастурбация стала сопровождаться семяизвержением, мастурбировал ежедневно до 4-х раз в сутки. В 12 лет от знакомых узнал о сексуальных отношениях между мужчиной и женщиной. Тогда же при появлении волос в лобковой области испытал «шоковое состояние», считая, что оно должно появиться позже. Стал подглядывать за сверстниками в туалете, раздевалке, сначала из любопытства, интересуясь, растут ли волосы у них. Однако с 14 лет стал подсматривать за сверстниками, испытывая к ним уже сексуальное влечение, но чувства влюблённости никогда не возникало. Появились фантазии, в которых представлял обнаженных мальчиков, манипуляции с их половыми органами, а также обнаженных девочек, но реже. В юношестве комплексовал «из-за своего влечения», размышлял о причине его появления, но попыток бороться с ним не предпринимал. С 18-летнего возраста появилось желание совершать орально-генитальные контакты с малолетними мальчиками, гладить их тело. Эротические фантазии с участием девочек отмечались приблизительно в 30% от всех представлений с сексуальным сюжетом. В эротических фантазиях сексуальные контакты с женщинами не фигурировали. Никогда не пытался познакомиться с женщиной и наладить с ней длительные отношения. Сексуальных контактов с ними никогда не было. С 20 лет пытался совладать со своим влечением, избегая смотреть на встречающихся на улице детей, стараясь не думать о контактах с ними. При этом пытался занять себя работой, однако не всегда это помогало, и эротические мысли порой мешали выполнению профессиональных обязанностей. Удавалось отвлечься от своих желаний только на сутки, однако в этот период у него снижалось настроение, становился раздражительным, что было заметно окружающим. В периоды сниженного настроения сексуальное влечение усиливалось, и тогда уже не мог отвлечься от своего желания, прибегая к мастурбации и просматривая порнографические фильмы с участием детей. Иногда прибегал к онанизму до 10 раз в сутки, после чего испытывал «облегчение». Последние 2 года влечение было «невероятно сильным», и в день тратил по 2-3 часа на мастурбацию. Эротические фантазии могли появляться спонтанно, «сами по себе».

1.4. Анамнез жизни

- * Наследственность психопатологически не отягощена
- * Не курит, алкоголь не употребляет
- * Работает слесарем

1.5. Объективный статус

Входит обычной походкой. При внешнем спокойствии, отмечается выраженная вегетативная реакция: пятна покраснения на шее, в области лба, на руках – неравномерная синюшная

окраска. Поддерживает зрительный контакт. Первым в беседу не вступает, но сразу соглашается на обследование. Беседует охотно, а диалог ведет неторопливо. На вопросы отвечает по существу, развернуто. Речь тихая, ровная, слегка смазанная, с бедным словарным запасом. Отмечается обильное слюноотделение, эпизодически вытирает рот ладонью. Откровенно рассказывает о половом развитии и своих сексуальных переживаниях. Твердо указывает, что никогда не влюблялся, и было только сексуальное влечение к детям. Порой испытывал симпатию к человеку, но исключительно из-за его деловых качеств. Подчеркивает, что всегда сторонился людей, что объясняет «закомплексованностью», неуверенностью, нерешительностью. Увлеченно поддерживает диалог о компьютерных программах, с помощью которых находил сайты с порно-продукцией с участием детей. До ситуации правонарушений сдерживал свое желание и отказывался от непосредственного контакта с детьми: прибегал к мастурбации, фантазируя о добровольных орально-генитальных контактах с мальчиками, в которых видел себя в пассивной роли. Иногда фантазии возникали спонтанно, либо при просмотре фотографий с обнаженными мальчиками и девочками. Имел свободный график работы, выкраивая время для ежедневной мастурбации. Во время беседы об инкриминируемых деяниях, остается внешне спокойным, но при этом густо краснеет, речь становится чуть громче. Упоминает, что однажды в магазине к нему подошел мальчик, спрашивая денег, и в этот момент в нем «все перевернулось», так как ребенок по внешнему виду подходил под идеального партнера. Тут же предложил потерпевшему вступить с ним в орально-генитальный контакт, но, получив отказ, настаивать не стал. В течение нескольких дней ездил по работе мимо магазина, видел этого мальчика и его друзей. Однажды увидев очередного ребенка и заговорив с ним, не смог сдержаться, испытал сильное сексуальное возбуждение, спонтанно возникли мысли о сексе, «тормоза отключились». Мысли «бежали хаотично, мгновенно». Предложил мальчику вступить с ним в орально-генитальный контакт, и тот согласился. На машине вывез потерпевшего в заброшенное место, где сделал ему минет. Указывает, что это был первый половой опыт с детьми, после которого он сам был «шокирован» содеянным, тем, что «переступил грань», однако в то же время получил громадное удовольствие: «был счастлив». В последующем, по инициативе разных мальчиков, с которыми ранее общался на улице, встречался с ними, вступал в орально-генитальные контакты. После сексуальных контактов с ними стал чаще прибегать к мастурбации, а при просьбе потерпевших о встрече ощущал «восторг». Каждый раз после очередной встречи «говорил себе», что это «последний раз», пытался полностью прекратить общение, но не мог этого сделать. Понимал, что его могут привлечь к уголовной ответственности, однако это не останавливало от встреч с детьми. Считает, что он болен и нуждается в лечении. Около 5 лет назад по интернету искал препараты, снижающие сексуальное влечение, но не смог их найти. К специалистам за медицинской помощью не обращался, т.к. стеснялся своего влечения и возможности его обнаружения. За время нахождения в СИЗО неоднократно появлялись эротические фантазии с участием детей, и он прибегал к мастурбации.

1. План обследования

1. Вопрос

Для дальнейшего обследования необходимо провести

1. УЗИ предстательной железы

2. антропометрию

3. экспериментально-психологическое исследование сексуальной сферы

4. анализ соматосексуального развития (со слов подэкспертного)

5. внешний осмотр

6. психофизиологическое тестирование на полиграфе

Правильные ответы: антропометрию; экспериментально-психологическое исследование сексуальной сферы; анализ соматосексуального развития (со слов подэкспертного); внешний осмотр; психофизиологическое тестирование на полиграфе

При проведении антропометрии оцениваются индексы, свидетельствующие о половой конституции, характере телосложения и гармоничности развития

Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. – М.: Медицина, 2001. – 560 с.

Психологическое обследование позволяет выявить патопсихологический симптомокомплекс, характерный для лиц с педофилией.

Нормативно-правовые акты и информационно-методические документы по судебно-психиатрической экспертизе. – М., 2010, 232 с.

Данный анализ является обязательным при сексологическом исследовании, поскольку позволяет оценить своевременность появления вторичных половых признаков.

Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. – М.: Медицина, 2001. – 560 с.

Внешний осмотр пациента является обязательным при сексологическом исследовании, поскольку позволяет оценить первичные и вторичные половые признаки

Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. – М.: Медицина, 2001. – 560 с.

Психофизиологическое обследование на полиграфе позволяет выявить реакции на аномальные сексуальные стимулы, используя визуальные и вербальные тесты, что дает возможность верифицировать диагностику расстройства.

Нормативно-правовые акты и информационно-методические документы по судебно-психиатрической экспертизе. – М., 2010, 232 с.

3. Результаты обследования

3.1. Анализ соматосексуального развития (со слов подэкспертного)

Со слов, возраст появления оволосения лобковой области – с 12 лет, подбородка – с 17 лет, бреется с 18 лет. Мутация голоса – с 13 лет. Ночные поллюции отрицает. Эякуляция при мастурбации с 12 лет.

3.2. Внешний осмотр

Оволосение туловища и конечностей по мужскому типу. Оволосение лобковой области по мужскому типу. Распределение жировой клетчатки равномерное. Наружные половые органы сформированы правильно, размеры гениталий соответствуют возрастной норме. Мошонка пигментирована, складчатость выражена, тонус сохранен.

3.3. Антропометрия

Андроморфия (индекс Таннера – 96). Нормостенический тип конституции (коэффициент Риса-Айзенка-98.9). Сильная половая конституция (I-9; II-7 (первая эякуляция в 12 лет); III-3 (трохантерный индекс – 1.90); IV-5; V-9).

3.4. Психофизиологическое тестирование на полиграфе

Оценить результаты исследования не представляется возможным в связи со сниженной физиологической реактивностью.

3.5. Экспериментально-психологическое исследование сексуальной сферы

Выявляется фемининный тип образа «Я» при негативном самоотношении. Образ мужчины усвоен правильно, определен по маскулинному типу и наделен амбивалентным эмоциональным отношением. В мужском и женском коллективе демонстрирует недифференцированные модели поведения. Образ женщины определен по фемининному типу при положительном к нему отношении. Сексуальные предпочтения недифференцированы по возрасту, а отношение к сексуальности амбивалентное.

3.6. УЗИ предстательной железы

Размеры и объем предстательной железы соответствуют нормативным значениям. Эхогенность средняя, структура -неоднородная мелкозернистая, форма треугольная.

2. Диагноз

2. Вопрос

Основным психосексуальным расстройством является

1. бисексуальная педофилия
2. гетеросексуальная педофилия
3. гомосексуальная педофилия
4. бисексуальная гебофилия

Правильный ответ: бисексуальная педофилия

Об этом свидетельствует появление у подэкспертного, начиная с подросткового возраста, аномального сексуального влечения в отношении малолетних мальчиков и девочек, с последующим присоединением аномальных желаний и фантазий о сексуальных контактах с детьми обоего пола и реализацией своих желаний в ситуации инкриминируемых ему деяний в виде орально-генитальных контактов с мальчиками. О наличии указанного расстройства также свидетельствуют данные экспериментально-психологического исследования сексуальной сферы, выявившего фемининный тип образа «Я» при негативном самоотношении, амбивалентное эмоциональное отношение к образу мужчины, недифференцированность поведения во взаимодействии с мужчинами и женщинами, а также недифференцированность сексуальных предпочтений.

Ткаченко А.А., Введенский Г.Е. Феноменология и психопатология парафильного поведения / Аномальное сексуальное поведение под ред. Ткаченко А.А. - М.: РИО ГНЦ СисП им. В.П.Сербского, 1997. - С. 32-82.

3. Вопрос

В соответствии с критериями МКБ-10 подэкспертному следует выставить диагноз

1. F65.5 Садизм
2. F65.4 Педофилия
3. F65.8 Другие расстройства сексуального предпочтения
4. F65.6 Множественные расстройства сексуального предпочтения

Правильный ответ: F65.4 Педофилия

Несмотря на то, что у подэкспертного отмечается бисексуальная педофилия, данное расстройство в соответствии с критериями МКБ-10 следует квалифицировать в рубрике «Педофилия», а не в рубрике «Множественных расстройств сексуального предпочтения».

Психиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, 1000 с.

6. Диагноз

6.1. F65.4 Педофилия

4. Вопрос

В данном случае речь скорее всего идет о + _____ + характере влечения

1. импульсивном
2. сверхценном
3. **обсессивно-компульсивном**
4. обсессивном

Правильный ответ: обсессивно-компульсивном

Возникновение навязчивых аномальных эротических желаний и фантазий, сопровождающихся борьбой мотивов и приобретающих характер доминирующей идеи на фоне нарастания эмоционального напряжения, – свидетельствует об обсессивно-компульсивном характере влечения.

Ткаченко А.А., Введенский Г.Е. Феноменология и психопатология парафильного поведения / Аномальное сексуальное поведение под ред. Ткаченко А.А. - М.: РИО ГНЦ СиСП им. В.П.Сербского, 1997. - С. 32-82.

5. Вопрос

Отношение к влечению следует квалифицировать как

1. эгодистоническое
2. недифференцированное
3. синтонно-дистонное
4. эгосинтоническое

Правильный ответ: эгодистоническое

Наличие у подэкспертного критического отношения к существующим эротическим представлениям и девиантному поведению, понимание их болезненности свидетельствует об эгодистоническом отношении к влечению.

Психиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, 1000 с.

6. Вопрос

У подэкспертного обнаруживаются признаки

1. задержки психосексуального развития
2. задержки соматосексуального развития
3. опережения психосексуального развития
4. сложной дисгармонии пубертата

Правильный ответ: опережения психосексуального развития

Об этом свидетельствует наличие ранней допубертатной мастурбации, сопровождающейся психическим оргазмом, опережение формирования сексуальной фазы либидо других фаз, редукция платонической и эротической фаз либидо.

Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. – М.: Медицина, 2001. – 560 с.

7. Вопрос

Соматосексуальное развитие подэкспертного следует расценивать как

1. нормативное
2. задержанное
3. дисгармоничное
4. преждевременное

Правильный ответ: нормативное

Все особенности соматосексуального развития соответствуют нормативным значениям.

Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. – М.: Медицина, 2001. – 560 с.

8. Вопрос

При оценке осознанно-волевой регуляции поведения следует считать, что подэкспертный + _____ + осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

1. не мог в полной мере вследствие отставания в психическом развитии

2. не мог в полной мере

3. не мог

4. мог

Правильный ответ: не мог в полной мере

В силу имеющихся у подэкспертного навязчивых труднопреодолимых аномальных эротических желаний и фантазий, приобретающих характер доминирующей идеи на фоне нарастания эмоционального напряжения, он не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период, относящийся к совершению инкриминируемых ему деяний.

Ткаченко А.А. Расстройства сексуального поведения. – М.: Медкнига, 2008. – 634 с.

3. Лечение

9. Вопрос

Подэкспертному следует рекомендовать принудительное лечение в

1. психиатрическом стационаре общего типа
2. психиатрическом стационаре специализированного типа
3. психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением

4. амбулаторных условиях

Правильный ответ: амбулаторных условиях

Подэкспертным, признанным ограниченно вменяемыми, рекомендовано амбулаторное принудительное лечение.

Ткаченко А.А. Расстройство сексуального поведения. – М.: Медкнига, 2008. – 634 с.

10. Вопрос

При обсессивно-компульсивном характере влечения рекомендуется назначение

1. амитриптилина
2. карбамазепина

3. сертралина

4. солей лития

Правильный ответ: сертралина

В соответствии с рекомендациями, при обсессивно-компульсивном характере влечения рекомендовано назначение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина

Введенский Г.Е., Ткаченко А.А. Лечение и профилактика парафилий (пособие для врачей), 2002, 44 с.

11. Вопрос

При резистентности к терапии психотропными препаратами следует назначать

1. электро-судорожную терапию
2. когнитивную психотерапию
3. тестикулоэктомию

4. антиандрогены

Правильный ответ: антиандрогены

При наличии резистентности к терапии показано назначение антиандрогенов.

4. Вариатив

12. Вопрос

Патогенез обсессивно-компульсивных расстройств связан с дисфункцией
+ _____ + систем

1. дофаминергической и норадренергической
2. серотонинергической и холинергической
3. серотонинергической и дофаминергической

4. серотонинергической и норадренергической

Правильный ответ: серотонинергической и норадренергической

В настоящее время считается, что в основе обсессивно-компульсивных расстройств лежит дисфункция серотонинергической и норадренергической систем