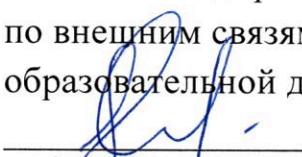


Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
**Федеральное государственное бюджетное научное учреждение**  
**«Научный центр психического здоровья»**  
(ФГБНУ НЦПЗ)

СОГЛАСОВАНО  
Заместитель директора  
по внешним связям и  
образовательной деятельности  
  
В.Г. Каледа  
«15 » апреля 2025 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)  
«СЕКСОПАТОЛОГИЯ»**

Специальность  
**31.08.20 Психиатрия**

Направленность (профиль) программы  
**Психиатрия**

Уровень высшего образования  
**подготовка кадров высшей квалификации**

Москва, 2025 г.

Рабочая программа дисциплины «Сексопатология» разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.20 Психиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утверждённым приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 16.10.2023 г. № 981, руководителями и (или) работниками иных организаций, осуществляющими трудовую деятельность в профессиональной сфере, соответствующей профессиональной деятельности, к которой готовятся выпускники и привлекаемыми к реализации программы ординатуры на условиях гражданско-правового договора:

- 1) Каменсков Максим Юрьевич, психиатр, судебно-психиатрический эксперт, сексолог, врач - судебно-психиатрический эксперт, руководитель лаборатории судебной сексологии ФГБУ "НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского" Минздрава России, д.м.н.

## **ОГЛАВЛЕНИЕ**

1.	Цель и задачи изучения дисциплины (модуля), планируемые результаты обучения .	4
2.	Объем дисциплины (модуля) по видам учебной работы.....	7
3.	Содержание дисциплины (модуля).....	7
4.	Тематический план дисциплины (модуля).....	14
5.	Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся .....	16
6.	Оценочные средства для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся .....	16
6.1.	Описание критериев и шкал оценивания компетенций .....	17
6.2.	Оценочные средства .....	17
7.	Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля) .....	42
8.	Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля) .....	42
9.	Методические указания для обучающихся по изучению дисциплины (модуля) .....	43

## **1. Цель и задачи изучения дисциплины (модуля), планируемые результаты обучения**

### **Цель изучения дисциплины (модуля)**

Целью изучения дисциплины является подготовка квалифицированного специалиста, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности к диагностике и лечению сексуальных расстройств, квалифицируемых в рубрике «Психические расстройства и расстройства поведения» в соответствии с принятой международной классификацией болезней.

### **Задачи дисциплины (модуля)**

Формирование базовых, фундаментальных медицинских знаний по психосексуальным расстройствам; подготовка специалиста, обладающего клиническим мышлением; формирование умений в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов; формирование компетенций в областях:

- диагностической деятельности: диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования; проведение медицинской экспертизы;
- лечебной деятельности: оказание специализированной медицинской помощи;
- формирование у пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

### **Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)**

Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю) выражаются в знаниях, умениях, навыках и (или) опыте профессиональной деятельности, характеризующие этапы формирования компетенции и обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы ординатуры.

В результате изучения дисциплины (модуля) обучающийся должен освоить следующие компетенции и приобрести знания, умения, навыки и (или) опыт профессиональной деятельности:

**УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте**

**УК-1.1. Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте**

**Знать:**

- законодательство Российской Федерации по вопросам охраны сексуального здоровья и организации сексологической помощи населению (Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. От 14.10.2014) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»
- Приказ Минздрава СССР от 10.05.1988 № 370 «О дальнейшем совершенствовании сексопатологической помощи населению» (вместе с положениями: «Об отделении семейного врачебно-психологического

- 
- консультирования»; «О враче-сексопатологе отделения семейного врачебно-психологического консультирования»)
- Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1131н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте»
  - Основы медицинской этики и деонтологии в сексологии;
  - Положения об уголовной, гражданско-правовой ответственности специалистов и экспертов
- 

**Уметь:**

- Оценивать характер уголовных, гражданско-правовых правонарушений специалистов и экспертов
- 

**Владеть навыками и (или) опытом профессиональной деятельности:**

- Поиска ответов на правовые вопросы в программе «Консультант плюс»

**ПК-1. Способен осуществлять медицинскую деятельность в сфере психиатрии**

**ПК-1.1. Проводит диагностику психических расстройств и расстройств поведения**

---

**Знать:**

- Принципы социальной гигиены, биосоциальные аспекты здоровья и болезни; основы медицинской этики и деонтологии в сексологии;
  - Клинические рекомендации по диагностике и терапии сексуальных дисфункций
  - Основные вопросы анатомии, физиологии и патологии репродуктивной системы мужчин и женщин, гормонального обеспечения сексуальной сферы
  - Биологическую основу сексуальных расстройств, заболевания других систем организма, способных приводить к сексуальным расстройствам и семейно-сексуальным дисгармониям;
  - патофизиологию основных патологических процессов;
  - психогенез психогенных заболеваний сексуальной сферы и семейно-сексуальных дисгармоний (неврозы, расстройства поведения и личности);
  - Этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину, принципы диагностики, дифференциальной диагностики, терапии и профилактики сексуальных расстройств
  - Принципы клинической, в том числе психопатологической, диагностики сексуальных расстройств в соответствии с действующей классификацией МКБ
  - Осмотр пациентов с сексуальными расстройствами с применением дополнительных объективных методов исследования
  - Общие принципы использования шкал, применяемых в сексологии
  - Заболевания других систем организма, способных приводить к сексуальным дисфункциям
  - Основы проведения комплексной сексолого-психиатрической экспертизы
- 

**Уметь:**

- Проводить сбор клинико-анамнестических данных с целью выявления сексуальных расстройств с учетом психического состояния пациента
  - Проводить клиническое сексологическое интервью и клиническое психопатологическое обследования пациентов с сексуальными расстройствами
  - Проводить физикальные и неврологические методы исследования пациентов с сексуальными расстройствами для оценки соматического обеспечения
-

---

сексуальной функции пациентов

- Использовать современные стандартизованные методы оценки состояния пациентов с сексуальными расстройствами, применяемые в сексологии, и интерпретировать их результаты
  - Определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, функциональных, патопсихологических, медико-генетических) и уметь интерпретировать их результаты
  - Оценить особенности полового развития пациентов с сексуальными расстройствами
  - Квалифицировать состояние сексуальной сферы пациента в соответствии с диагностическими указаниями действующей Международной классификацией болезней
  - Осуществить взаимодействие с другими врачами-специалистами по вопросам дифференциальной диагностики симптоматических сексуальных дисфункций (урологами, эндокринологами, неврологами, гинекологами и др.)
  - Определить объем и последовательность терапевтических и организационных мероприятий и обеспечить их своевременную практическую реализацию
- 

**Владеть навыками и (или) опытом профессиональной деятельности:**

- Расспроса больного, сбора анамнестических и катамнестических сведений, наблюдения за пациентом, проведения клинического психопатологического обследования пациентов с сексуальными расстройствами
  - Анализа получаемой информации
  - Проведения объективного обследования больных с сексуальными расстройствами (психопатологического, гинекологического, урологического, неврологического, направленного экспериментально-психологического исследования сексуальной сферы)
  - Назначения необходимого обоснованного клинического, лабораторного, инструментального, функционального обследования, оценки и интерпретации его результатов
  - Использования диагностических и оценочных шкал, анкет и опросников, применяемых в сексологии
  - Осуществления взаимодействия с другими врачами-специалистами по вопросам дифференциальной диагностики симптоматических сексуальных расстройств (урологами, эндокринологами, неврологами, гинекологами и др.)
- 

**ПК-1.2. Назначает и проводит лечение пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, контролирует его эффективность и безопасность**

---

**Знать:**

- Основы оказания и стандарты амбулаторной и стационарной помощи при сексуальных расстройствах и семейно-сексуальных дисгармониях
  - Плана терапии конкретных сексуальных дисфункций с учетом клинической картины, сексологического диагноза, соматического состояния, возраста, личностных особенностей и партнерской ситуации
  - Назначение, применение лекарственных средств и немедикаментозной терапии
  - Особенности динамического контроля за состоянием и коррекции лечения, в том
-

---

числе с учетом побочных действий, пациентов с сексуальными расстройствами

---

**Уметь:**

- Обосновать план, схему и тактику ведения больного, показания и противопоказания к назначению психофармакотерапии, психотерапии, медико-психологической коррекции и других методов лечения (физиотерапии, рефлексотерапии, диетотерапии и пр.);
  - Разработать план подготовки больного к терапии, определить соматические противопоказания
  - Оформить надлежащим образом медицинскую документацию
- 

**Владеть навыками и (или) опытом профессиональной деятельности:**

- Психотерапевтических методик, применяющихся при лечении сексуальных расстройств
  - Назначения лекарственных средств и медицинских изделий при лечении сексуальных расстройств, хирургического лечения (при органических сексуальных дисфункциях)
  - Выбора и назначения физиотерапии, рефлексотерапии, диетотерапии, лечебной физкультуры, санаторно-курортного лечения сексуальных расстройств
- 

## 2. Объем дисциплины (модуля) по видам учебной работы

Виды учебной работы	Всего, час.	По семестрам, час.			
		1	2	3	4
Контактная работа (КР):	36	-	-	-	36
Лекционное занятие (ЛЗ)	6	-	-	-	6
Семинарское/практическое занятие (СПЗ)	30	-	-	-	30
Самостоятельная работа обучающегося, в том числе подготовка к промежуточной аттестации (СРП)	34	-	-	-	34
Промежуточная аттестация (зачет)	2	-	-	-	2
<b>Общий объем</b>	<b>в часах</b>	<b>72</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>72</b>
	<b>в зачетных единицах</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2</b>

## 3. Содержание дисциплины (модуля)

### Раздел 1. Общие вопросы сексологии

#### Тема 1.1. История развития сексологии

Основные этапы становления сексопатологии. История развития сексологии как специальности в СССР. Особенности развития сексологии в Российской Федерации на настоящем этапе. Особенности развития сексологии в зарубежных странах.

#### Тема 1.2. Предмет и задачи сексологии

Основные направления в сексологии. Общая характеристика нормальной сексологии, клинической сексологии, судебной сексологии, фамилистики, этно-культуральной сексологии. Особенности клинико-диагностической деятельности при обследовании пациентов с сексуальными расстройствами. Основные задачи при лечении сексуальных расстройств и принципы терапии.

### *Тема 1.3. Вопросы биоэтики и права в сексологии*

Биоэтические проблемы контрацепции, стерилизации, искусственного прерывания беременности. Биоэтические аспекты и сексуальность человека: принцип добровольности, принцип искренности, принцип уважения личности, принцип уважения чужих убеждений. Права и обязанности специалиста в гражданском и уголовном праве. Права и обязанности эксперта в гражданском и уголовном праве. Основные законодательные акты, регламентирующие деятельность специалиста при лечении сексуальных расстройств.

## **Раздел 2. Вопросы нормы в сексологии. Онтогенетические этапы формирования сексуальности и анатомо-физиологическое обеспечение сексуальности человека**

### *Тема 2.1. Биологические, медицинские и социальные нормы в сексологии*

Понятие нормы в сексологии. Современные представления о нормальном сексуальном поведении. Современные представления о девиантном сексуальном поведении. Биологические критерии нормы сексуального поведения. Медицинские критерии нормы сексуального поведения в соответствии с МКБ-10 и МКБ-11. Социальные и правовые нормы поведения. Понятие «возраст полового согласия». Возраст полового согласия в дореволюционной России, СССР и Российской Федерации. Возраст полового согласия в зарубежных странах. Основные аспекты этно-культуральной сексологии.

### *Тема 2.2. Биологические детерминанты пола. Компоненты пола*

Раздельнополость. Уровни и механизмы детерминации пола. Морфологические детерминанты пола. Физикальные детерминанты пола. Социально-психологические детерминанты пола. Особенности внутриутробной дифференцировки мужского и женского плода. Критические периоды внутриутробной половой дифференцировки.

### *Тема 2.3. Онтогенетические этапы формирования сексуальности*

Этапы развития половой сферы. Этап становления базовой половой идентичности. Этап формирования полоролевых стереотипов. Этап формирования психосексуальных ориентаций. Общие закономерности полового созревания в юношеском возрасте у мальчиков и девочек и основные параметры проявлений мужской и женской сексуальности в этом возрастном диапазоне. Особенности переходного этапа сексуальности мужчин и женщин. Сексуальные эксцессы как типичное проявление переходного периода сексуальности. Этап зрелой сексуальности. Понятие условно-физиологического ритма. Сексуальные абстиненции и их виды. Инволюционный период. Основные закономерности течения инволюционного периода.

### *Тема 2.4. Анатомо-физиологическое обеспечение сексуальности*

Основные проявления нормальной мужской сексуальности: эрекция, эякуляция, оргазм, половое влечение. Копулятивный цикл мужчины как единое целое. Стадии копулятивного цикла мужчины. Составляющие копулятивного цикла мужчины.

Основные проявления нормальной женской сексуальности: эрогенная реактивность, любрикация, оргазм, либидо. Копулятивный цикл женщины как единое

целое. Стадии копулятивного цикла женщины. Составляющие копулятивного цикла женщины.

#### *Тема 2.5. Копулятивный цикл человека*

Основные формы половой жизни человека. Экстрагенитальные формы половой активности. Генитальные формы половой активности. Суррогатные и викарные формы половой активности. Суррогатные формы коитуса. Нормальный гетеросексуальный коитус. Орально-генитальные и анально-генитальные формы половой активности. Мастурбация как форма викарной половой активности. Основные формы мастурбации: понятие типичной и атипичной мастурбации. Возрастные нормы мастурбаторной активности. Варианты поллюций.

#### *Тема 2.6. Половая конституция мужчины и женщины. Методы определения половой конституции*

Интегральная оценка половой конституции. Шкала векторного определения половой конституции мужчин. Шкала векторного определения половой конституции женщин. Варианты половой конституции и их характеристика. Понятие трохантерного индекса и его клиническое значение. Анализ основных показателей половой конституции. Применение шкалы векторного определения половой конституции в клинической практике.

### **Раздел 3. Методы исследования и вопросы диагностики в сексологии**

#### *Тема 3.1. Методика сексологического обследования мужчин и женщин*

Основные особенности обследования сексологических больных. Карта клинического обследования мужчин и женщин как ориентир в клинической работе с пациентами с сексуальными расстройствами. Квантитационные шкалы, используемые в сексологии. Сбор сексологического анамнеза: особенности клинического интервью лиц с психическими и психосексуальными расстройствами, оценка этапности становления сексуальности и динамики половой жизни.

#### *Тема 3.2. Методика сексологического обследования детей и подростков*

Семиологическое значение различных форм первой эякуляции. Клинические варианты мастурбации и их семиологическое значение. Клиническое значение поллюций. Особенности обследования подростков, совершивших половые преступления. Особенности обследования детей и подростков, потерпевших от сексуальных притязаний. Основные методы обследования детей дошкольного возраста: клиническое интервью и игровые методики.

#### *Тема 3.3. Объективные методы исследования*

Сексологическая антропометрия: морфограмма, трохантерный индекс, индекс Таннера, коэффициент Риса-Айзенка. Внешний осмотр: характер оволосения тулowiща, конечностей, лобка, отложения подкожножировой клетчатки. Неврологические методы исследования. Урологические методы исследования. Локальная отрицательная декомпрессия.

#### *Тема 3.4. Структурный анализ сексуальных расстройств*

Оценка функционального состояния копулятивного цикла. Синдромы расстройств нейрогуморальной составляющей (первичные и вторичные сексуальные расстройства). Синдромы расстройств психической составляющей. Синдромы поражения эрекционной составляющей. Синдромы нарушения эякуляторной составляющей. Выявление различных форм межсиндромных взаимодействий. Феноменологические варианты расстройств женской сексуальности.

#### *Тема 3.5. Сексуальные расстройства в МКБ*

Квалификация сексуальных расстройств, обусловленных соматическими заболеваниями, в соответствии с критериями различных классов болезней МКБ. Квалификация функциональных сексуальных расстройств в классе «F» МКБ-10. Общие диагностические критерии функциональных сексуальных расстройств. Частные диагностические критерии функциональных расстройств у мужчин и женщин. Диагностические критерии расстройств половой идентификации. Общие диагностические критерии расстройств сексуального предпочтения.

### **Раздел 4. Сексуальные расстройства, обусловленные болезнями эндокринной системы**

#### *Тема 4.1. Сексуальные расстройства, обусловленные поражением гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы*

Этиология сексуальных расстройств при поражениях гипоталамуса, гипофиза и надпочечников.

Синдром гипоталамической гиперсексуальности. Клинические проявления гиперсексуальности. Дифференциальная диагностика юношеской гиперсексуальности, истинной гиперлибидемии, нимфомании, сатириазиса и гипоталамической гиперсексуальности.

Половые расстройства при нарушениях функций гипофиза: клинические проявления гипофизарного нанизма, синдрома Шихена, болезни Симмондса. Гиперпролактинемический синдром у мужчин.

Хроническая недостаточность коры надпочечников: клиническая картина и диагностика.

Базовые аспекты лечения сексуальных расстройств, связанных с поражением гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.

#### *Тема 4.2. Сексуальные расстройства, обусловленные поражением половых желез*

Гипогонадизм: различия первичного и вторичного гипогонадизма. Клиническая картина пубертатного и постпубертатного гипогонадизма. Особенности гормональной диагностики первичного и вторичного гипогонадизма. Частные варианты гипогонадизма: крипторхизм, синдром дель Кастилио, адипозогенитальная дистрофия, синдром Мэддока, синдром Каллманна, синдром Паскуалини. Основные принципы лечения гипогонадизма.

*Тема 4.3. Сексуальные расстройства при заболеваниях щитовидной и поджелудочной железы*

Этиология и патогенез сексуальных расстройств при поражении щитовидной железы. Клиническая картина сексуальных расстройств при микседеме. Клиническая картина сексуальных расстройств при тиреотоксикозе. Основные принципы лечения сексуальных расстройств при поражении щитовидной железы.

Этиология и патогенез сексуальных расстройств при поражении поджелудочной железы. Клиническая картина сексуальных расстройств при сахарном диабете. Дифференциальная диагностика нарушений эрекции при сахарном диабете и при других заболеваниях. Основные принципы лечения сексуальных расстройств при сахарном диабете.

*Тема 4.4. Сексуальные расстройства в инволюционном периоде*

Этиология и патогенез сексуальных расстройств инволюционного периода. Взаимосвязь инволюционных расстройств с особенностями полового развития. Ранний инволюционный синдром. Клинические варианты инволюционного синдрома. Дифференциальная диагностика сексуальных расстройств инволюционного периода. Базовые аспекты лечения инволюционных сексуальных расстройств.

**Раздел 5. Сексуальные расстройства, обусловленные психическими расстройствами и расстройствами личности и поведения**

*Тема 5.1. Нарушения психосексуального развития*

Этиология нарушений полового развития. Задержки психосексуального развития: клиническая картина. Преждевременное психосексуальное развитие: клиническая картина. Шкала дизонтогенеза: основные клинические критерии нарушений психосексуального и соматосексуального развития. Варианты нарушений полового развития в соответствии со Шкалой дизонтогенеза. Лечебная тактика при нарушениях полового развития.

*Тема 5.2. Гендерная дисфория. Транссексуализм*

Понятие гендерной дисфории. Гендерная дисфория как синдром различных психических расстройств. Понятие транссексуализма. Место транссексуализма в МКБ-10 и МКБ-11: основные клинические критерии и особенности квалификации расстройства. Клиническая картина транссексуализма: основные клинические признаки транссексуализма у мужчин и женщин. Шкала нарушений половой идентичности. Лечебная тактика при транссексуализме. Правовые аспекты транссексуализма.

*Тема 5.3. Сексуальные расстройства при расстройствах личности и невротических расстройствах*

Этиопатогенетические особенности сексуальных расстройств при неврозах и психопатиях. Функциональные сексуальные расстройства у мужчин. Клиническая картина эректильной дисфункции и дифференциальная диагностика функциональных и органических нарушений эрекции. Клиническая картина ингибиированного оргазма и его диагностика. Клиническая картина преждевременного семязвержения. Дифференциальная диагностика функциональных и органических нарушений эякуляции:

понятие первичной и вторичной дезинтеграции. Клиническая картина синдрома паракентральной дольки.

Функциональные сексуальные расстройства у женщин: варианты и клиническая картина вагинизма и фригидности.

Секс-терапия. Основные методики секс-терапии и их применение при функциональных сексуальных расстройствах у мужчин и женщин.

#### *Тема 5.4. Сексуальные расстройства при эндогенных заболеваниях*

Сексуальные расстройства при шизофрении: особенности полового развития, проявления сексуальности в зрелом возрасте. Сексуальные расстройства при эпилепсии: особенности динамики сексуальных расстройств с учетом клинико-динамических закономерностей течения эпилепсии. Сексуальные расстройства при биполярном аффективном расстройстве: клинические проявления сексуальных расстройств с учетом фазности течения биполярного аффективного расстройства. Лечебная тактика сексуальных расстройств при эндогенных заболеваниях.

#### *Тема 5.5. Сексуальные расстройства, обусловленные синдромом зависимости от ПАВ*

Этиология и патогенез сексуальных расстройств при синдроме зависимости от ПАВ. Влияние различных групп наркотических веществ на сексуальность. Клинические проявления сексуальных расстройств при наркомании и алкоголизме и их лечебная тактика.

### **Раздел 6. Сексуальные расстройства, обусловленные болезнями мочеполовой системы**

#### *Тема 6.1. Болезнь Пейрони*

Этиология и патогенез болезни Пейрони. Клиническая картина болезни Пейрони. Показания к консервативному лечению болезни Пейрони. Алгоритм консервативного лечения и критерии оценки его эффективности. Показания к хирургическому лечению болезни Пейрони.

#### *Тема 6.2. Сексуальные расстройства и воспалительные заболевания*

Этиология и патогенез простатита. Клиническая картина острого и хронического простатита. Сексуальные расстройства при хроническом простатите с учетом его динамики. Лечебная тактика сексуальных расстройств при простатите. Вибротерапия.

Этиология и патогенез сексуальных расстройств у женщин при воспалительных заболеваниях внутренних органов. Клиническая картина сексуальных расстройств: диспареуния и ее дифференциальная диагностика. Лечебная тактика при сексуальных расстройствах.

### **Раздел 7. Семейно-сексуальные дисгармонии**

#### *Тема 7.1. Дисгамии*

Понятие гражданского и религиозного брака. Правовые и религиозные аспекты брака. Функции брака. Факторы стабильного брака и совместимости супругов. Стадии брака. Критические периоды супружества. Понятие комплементарности брака. Типы дисгамий. Методики диагностики дисгамий.

## *Тема 7.2. Психотерапевтическая коррекция супружеских дисгармоний*

Этапы семейной терапии. Основные принципы коррекции. Сексуальное просвещение. Развязнительная и рациональная психотерапия. Аутогенная тренировка. Поведенческая терапия. Секс-терапия.

## **Раздел 8. Судебная сексология**

### *Тема 8.1. Методологические основы судебной сексологии*

Теоретические аспекты сексолого-психиатрической экспертизы. Правовые аспекты сексолого-психиатрической экспертизы. Виды сексолого-психиатрической экспертизы. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе. Сексолого-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. Алгоритм производства сексолого-психиатрических экспертиз.

### *Тема 8.2. Юридически значимые сексуальные расстройства*

Диагностические клинические критерии парафильных расстройств в МКБ-10 и МКБ-11. Клиническая картина парафильных расстройств. Характер отношения к влечению: обсессивный, компульсивный, импульсивный и их переходные варианты. Отношение к влечению: эгосинтоническое, эгодистоническое. Клиническая взаимосвязь критики к расстройству и отношения к нему. Динамика парафильных расстройств с учетом течения коморбидной психической патологии. Диагностика парафильных расстройств: психофизиологические методики (тестирование на полиграфе, бинокулярные трекинг глаз) и психологические методики (тест цветовых отношений, методика «маскулинность и фемининность», методика кодирования). Экспертная оценка парафильных расстройств. Критерии общественной опасности лиц с парафильными расстройствами. Правовое и медицинское сопровождение лиц с педофильным расстройством.

### *Тема 8.3. Принципы терапии лиц с аномальным сексуальным поведением*

Основные принципы лечения парафильных расстройств. Психофармакотерапия парафильных расстройств. Антиандrogenная терапия парафильных расстройств. Психотерапия парафильных расстройств. Основные принципы и стадии когнитивно-поведенческой психотерапии парафильных расстройств. Продолжительность лечения парафильных расстройств. Особенности лечебной тактики в зависимости от клинической картины парафильных расстройств.

### *Тема 8.4. Сексолого-психиатрическая экспертиза потерпевших*

Понятие виктимного поведения. Виды виктимного поведения. Факторы виктимного поведения. Понятие беспомощного состояния. Оценка беспомощного состояния. Юридическое значение виктимного поведения и беспомощного состояния. Основные принципы оказания медицинской помощи потерпевшим.

#### 4. Тематический план дисциплины (модуля)

Номер и наименование разделов и тем дисциплины (модуля), промежуточная аттестация		Объем дисциплины (модуля) по видам учебной работы, час.					Контроль	Индикатор
		Всего	КР	ЛЗ	С ПЗ	СР		
Раздел 1	<b>Общие вопросы сексологии</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	-	<b>1</b>	<b>3</b>	Устный опрос	УК-1.1.
Тема 1.1	История развития сексологии	1	-	-	-	1		
Тема 1.2	Предмет и задачи сексологии	1	-	-	-	1		
Тема 1.3	Вопросы биоэтики и права в сексологии	2	1	-	1	1		
Раздел 2	<b>Вопросы нормы в сексологии. Онтогенетические этапы формирования сексуальности и анатомо-физиологическое обеспечение сексуальности человека</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	Устный опрос	УК-1.1. ПК-1.1.
Тема 2.1	Биологические, медицинские и социальные нормы в сексологии	2	1	-	1	1		
Тема 2.2	Биологические детерминанты пола. Компоненты пола	1	-	-	-	1		
Тема 2.3	Онтогенетические этапы формирования сексуальности	2	1	1	-	1		
Тема 2.4	Анатомо-физиологическое обеспечение сексуальности	1	-	-	-	1		
Тема 2.5	Копулятивный цикл человека	2	1	-	1	1		
Тема 2.6	Половая конституция мужчины и женщины. Методы определения половой конституции	2	1	-	1	1	Устный опрос	ПК-1.1. ПК-1.2.
Раздел 3	<b>Методы исследования и вопросы диагностики в сексологии</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>5</b>		
Тема 3.1	Методика сексологического обследования мужчин и женщин	2	1	1	-	1		
Тема 3.2	Методика сексологического	1	-	-	-	1		

	обследования детей и подростков							
Тема 3.3	Объективные методы исследования	2	1	-	1	1		
Тема 3.4	Структурный анализ сексуальных расстройств	2	1	-	1	1		
Тема 3.5	Сексуальные расстройства в МКБ	2	1	-	1	1		
<b>Раздел 4</b>	<b>Сексуальные расстройства, обусловленные болезнями эндокринной системы</b>	8	<b>4</b>	-	<b>4</b>	<b>4</b>	Устный опрос	ПК-1.1. ПК-1.2.
Тема 4.1	Сексуальные расстройства, обусловленные поражением гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы	2	1	-	1	1		
Тема 4.2	Сексуальные расстройства, обусловленные поражением половых желез	2	1	-	1	1		
Тема 4.3	Сексуальные расстройства при заболеваниях щитовидной и поджелудочной железы	2	1	-	1	1		
Тема 4.4	Сексуальные расстройства в инволюционном периоде	2	1	-	1	1		
<b>Раздел 5</b>	<b>Сексуальные расстройства, обусловленные психическими расстройствами и расстройствами личности и поведения</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	Устный опрос	УК-1.1. ПК-1.1. ПК-1.2.
Тема 5.1	Нарушения психосексуального развития	3	2	-	2	1		
Тема 5.2	Гендерная дисфория. Транссексуализм	4	3	1	2	1		
Тема 5.3	Сексуальные расстройства при расстройствах личности и невротических расстройствах	5	3	-	3	2		
Тема 5.4	Сексуальные расстройства при эндогенных заболеваниях	1	-	-	-	1		
Тема 5.5	Сексуальные расстройства, обусловленные синдромом зависимости от ПАВ	<b>1</b>	-	-	-	1		

<b>Раздел 6</b>	<b>Сексуальные расстройства, обусловленные болезнями мочеполовой системы</b>	2	-	-	-	<b>2</b>	Устный опрос	ПК-1.1. ПК-1.2.
Тема 6.1	Болезнь Пейрони	1	-	-	-	1		
Тема 6.2	Сексуальные расстройства и воспалительные заболевания	<b>1</b>	-	-	-	1		
<b>Раздел 7</b>	<b>Семейно-сексуальные дисгармонии</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	Устный опрос	УК-1.1. ПК-1.1. ПК-1.2.
Тема 7.1	Дисгамии	2	1	1	-	1		
Тема 7.2	Психотерапевтическая коррекция супружеских дисгармоний	3	2	-	2	1		
<b>Раздел 8</b>	<b>Судебная сексология</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	Устный опрос	УК-1.1. ПК-1.1. ПК-1.2.
Тема 8.1	Методологические основы судебной сексологии	2	1	-	1	1		
Тема 8.2	Юридически значимые сексуальные расстройства	7	5	1	4	2		
Тема 8.3	Принципы терапии лиц с аномальным сексуальным поведением	2	1	-	1	1		
Тема 8.4	Сексолого-психиатрическая экспертиза потерпевших	7	5	1	4	2		
	<b>Промежуточная аттестация</b>	<b>2</b>	-	-	-	-	<b>Зачет</b>	
	<b>Общий объем</b>	<b>72</b>	<b>36</b>	<b>6</b>	<b>30</b>	<b>34</b>		-

## 5. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся

Цель самостоятельной работы обучающихся заключается в глубоком, полном усвоении учебного материала и в развитии навыков самообразования.

Самостоятельная работа включает себя:

- работу с учебной литературой, нормативными правовыми актами, в том числе материалами сети «Интернет»;
- работу с профессиональными базами данных и информационными справочными системами;
- подготовку к текущему контролю успеваемости;
- промежуточной аттестации.

Контроль самостоятельной работы осуществляется на семинарских (практических) занятиях и является неотъемлемой частью оценки качества подготовки обучающихся.

## 6. Оценочные средства для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся

Фонд оценочных средств предназначен для оценки степени достижения

запланированных результатов обучения в ходе освоения дисциплины (модуля), а также оценки промежуточных и (или) окончательных результатов обучения по завершению освоения дисциплины (модуля) в целом или ее разделов.

## **6.1. Описание критериев и шкал оценивания компетенций**

**Текущий контроль успеваемости** проводится по каждому разделу тематического плана в виде устного опроса.

**Промежуточная аттестация** проводится в форме зачета (тестирование, решение ситуационных задач).

Результаты текущего контроля успеваемости по разделам дисциплины оцениваются по четырехбалльной шкале:

**Оценка «Отлично»** - выставляется ординатору, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, свободно справляется с вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, правильно обосновывает принятые решения, владеет навыком комплексной оценки предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

**Оценка «Хорошо»** - выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов, владеет навыками комплексной оценки предложенной ситуации.

**Оценка «Удовлетворительно»** - выставляется ординатору, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя (экзаменатора), выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

**Оценка «Неудовлетворительно»** - выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями отвечает на предложенные вопросы или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации.

Результаты промежуточной аттестации по дисциплине оцениваются по двухбалльной шкале:

**Оценка «зачтено»** – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: подробно ответил на теоретические вопросы, справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных программой ординатуры.

**Оценка «не зачтено»** – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: не владеет теоретическим материалом и допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля).

Ординатор считается аттестованным при наличии положительной оценки «зачтено» за устное собеседование.

## **6.2. Оценочные средства**

### **Раздел 1. Общие вопросы сексологии**

1. Этапы развития сексологии
2. Становление сексологии в дореволюционной России
3. Развитие сексопатологии в СССР
4. Развитие отечественной сексологии в РФ
5. Понятие «сексология»
6. Задачи сексологии
7. Предмет изучения сексологии
8. Основные направления сексологии
9. Основные биоэтические принципы в сексологии
10. Права специалиста в соответствии с уголовным кодексом
11. Права специалиста в соответствии с гражданским кодексом
12. Обязанности специалиста в соответствии с уголовным кодексом
13. Обязанности специалиста в соответствии с гражданским кодексом
14. Права эксперта в соответствии с уголовным кодексом
15. Права эксперта в соответствии с гражданским кодексом
16. Обязанности эксперта в соответствии с уголовным кодексом
17. Обязанности эксперта в соответствии с гражданским кодексом

### **Раздел 2. Вопросы нормы в сексологии. Онтогенетические этапы формирования сексуальности и анатомо-физиологическое обеспечение сексуальности человека**

1. Понятие нормы в сексологии
2. Понятие девиантного сексуального поведения
3. Принципы квалификации сексуальных расстройств в соответствии с МКБ
4. Понятие возраста полового согласия
5. Возраст полового согласие в уголовном кодексе РФ
6. Аномальные формы сексуального поведения с учетом культуральных особенностей
7. Анатомические образования мужской половой сферы
8. Анатомические образования женской половой сферы
9. Принципы внутриутробной половой дифференцировки
10. Этап формирования базовой половой идентичности
11. Этап формирования полоролевых стереотипов
12. Этап формирования психосексуальных ориентаций
13. Особенности оволосения у юношей
14. Особенности оволосения у девушек
15. Переходный этап сексуальности
16. Сексуальные эксцессы: понятие и представления о норме
17. Этап зрелой сексуальности
18. Условно-физиологический ритм

19. Инволюционный этап сексуальности
20. Возрастные нормы соматосексуального развития у юношей
21. Возрастные нормы соматосексуального развития у девушек
22. Стадии копулятивного цикла у мужчин
23. Стадии копулятивного цикла у женщин
24. Нормативные проявления мастурбаторной активности
25. Понятие «поллции»
26. Формы экстрагенитального взаимодействия
27. Формы генитального взаимодействия
28. Суррогатные формы половой активности
29. Понятие половой конституции
30. Векторы половой конституции
31. Формы половой конституции
32. Индексы половой активности
33. Генотипический индекс
34. Фенотипический индекс
35. Трохантерный индекс и половая конституция
36. Основной показатель силы половой конституции у женщин

### **Раздел 3. Методы исследования и вопросы диагностики в сексологии**

1. Оценка соматосексуального развития у мужчин
2. Оценка соматосексуального развития у женщин
3. Оценка соматосексуального развития у детей и подростков
4. Краткая характеристика Шкалы Таннера
5. Особенности клинического интервью в сексологии
6. Особенности клинического обследования детей
7. Структура клинического интервью
8. Клиническое значение мастурбации
9. Клинические варианты мастурбации
10. Клиническое значение поллюций
11. Оценка психического состояния
12. Оценка неверbalного поведения
13. Антропометрия
14. Индекс Таннера
15. Коэффициент Риса-Айзенка
16. Краткая характеристика квантификационной шкалы
17. Краткая характеристика Шкалы дизонтогенеза
18. Урологическое исследование
19. Неврологическое исследование
20. ЛОД-диагностика
21. Рентгенологическая диагностика: показания
22. Синдромы сексуальных расстройств у мужчин
23. Синдромы сексуальных расстройств у женщин
24. Основные диагностические критерии функциональных сексуальных расстройств в МКБ-10

25. Основные диагностические критерии расстройств сексуального предпочтения в МКБ-10

**Раздел 4. Сексуальные расстройства, обусловленные болезнями эндокринной системы**

1. Гипоталамическая гиперсексуальность: основные клинические признаки
2. Клиническая картина гипофизарного нанизма
3. Синдром Шихена
4. Болезнь Симмондса
5. Сексуальные расстройства при надпочечниковой недостаточности
6. Отличия первичного и вторичного гипогонадизма
7. Основные клинические признаки пубертатного гипогонадизма
8. Отличия постпубертатного и пубертатного гипогонадизма
9. Синдром дель Кастилио
10. Адипозогенитальная дистрофия
11. Синдром Мэддока
12. Синдром Каллманна
13. Синдром Паскуалини
14. Принципы лечения гипогонадизма
15. Сексуальные расстройства при микседеме
16. Сексуальные расстройства при тиреотоксикозе
17. Сексуальные расстройства при сахарном диабете
18. Ретроградная эякуляция
19. Основные принципы лечения сексуальных расстройств при болезнях щитовидной железы
20. Клинические варианты инволюционного синдрома
21. Основные принципы лечения сексуальных расстройств в инволюции

**Раздел 5. Сексуальные расстройства, обусловленные психическими расстройствами и расстройствами личности и поведения**

1. Виды дизонтогенеза
2. Задержка полового развития
3. Преждевременное половое развитие
4. Кластеры Шкалы дизонтогенеза
5. Основные клинические признаки задержки полового развития по Шкале дизонтогенеза
6. Основные клинические признаки преждевременного полового развития по Шкале дизонтогенеза
7. Шкала нарушений половой идентичности: краткая характеристика
8. Отличие искажений от нарушений половой идентичности
9. Понятие «гендерная дисфория»
10. Основные клинические признаки транссексуализма
11. Основные клинические признаки транссексуализма в соответствии с МКБ-10
12. Отличие транссексуализма от фетишистского трансвестизма
13. Отличие транссексуализма от трансвестизма двойной роли

14. Функциональные сексуальные расстройства у мужчин
15. Функциональные сексуальные расстройства у женщин
16. Клиническая характеристика эректильной дисфункции
17. Клиническая характеристика ингибионного оргазма
18. Клиническая характеристика преждевременной эякуляции
19. Клинические признаки синдрома парацентральной дольки
20. Клиническая характеристика вагинизма
21. Клиническая характеристика фригидности
22. Особенности полового развития при шизофрении
23. Сексуальные расстройства при депрессии
24. Сексуальные расстройства при мании
25. Сексуальные расстройства при эпилепсии
26. Сексуальные расстройства при алкоголизме
27. Сексуальные расстройства при наркомании
28. Влияние различных ПАВ на проявления сексуальности
29. Принципы лечения сексуальных расстройств при психических заболеваниях
30. Понятие секс-терапии
31. Методики секс-терапии при лечении сексуальных расстройств у мужчин
32. Методики секс-терапии при лечении сексуальных расстройств у женщин
33. Этапы чувственного фокусирования

## **Раздел 6. Сексуальные расстройства, обусловленные болезнями мочеполовой системы**

1. Понятие болезни Пейрони
2. Основные клинические признаки болезни Пейрони
3. Терапевтическая тактика при болезни Пейрони
4. Хирургическая тактика болезни Пейрони
5. Сексуальные расстройства при воспалительных заболеваниях половых органов у мужчин
6. Клиническая картина сексуальных расстройств при простатите
7. Основные принципы лечения сексуальных расстройств при хроническом простатите
8. Клиническая картина сексуальных расстройств при воспалительных заболеваниях женских половых органов
9. Основные принципы лечения сексуальных расстройств при воспалительных заболеваниях половых органов у женщин
10. Клиническая картина сексуальных расстройств при эндометриозе
11. Дифференциальная диагностика диспареунии
12. Основные принципы лечения сексуальных расстройств при воспалительных заболеваниях половых органов у женщин

## **Раздел 7. Семейно-сексуальные дисгармонии**

1. Основные обязанности супругов в соответствии с семейным кодексом
2. Особенности заключения брака в соответствии с семейным кодексом
3. Особенности расторжения брака в соответствии с семейным кодексом

4. Основные обязанности родителей в соответствии с семейным кодексом
5. Понятие религиозного брака
6. Критерии залога гармоничного брака
7. Краткая характеристика функций брака
8. Критические периоды брака
9. Понятие «измены»
10. Варианты дисгамий
11. Принципы диагностики дисгамий
12. Этапы семейной терапии
13. Виды психотерапии дисгамий
14. Принципы психотерапевтической коррекции супружеских дисгармоний

## **Раздел 8. Судебная сексология**

1. Понятие судебной сексологии
2. Порядок назначения сексолого-психиатрических экспертиз
3. Порядок производства сексолого-психиатрических экспертиз
4. Основные этапы сексологического обследования при производстве сексолого-психиатрических экспертиз
5. Особенности анализа материалов уголовного дела при производстве сексолого-психиатрических экспертиз
6. Особенности диагностики при производстве сексолого-психиатрических экспертиз
7. Виды сексолого-психиатрических экспертиз
8. Основные виды парафильных расстройств
9. Клинические диагностические критерии парафильных расстройств
10. Виды отношения к влечению при парафильных расстройствах
11. Варианты характера влечения при парафильных расстройствах
12. Методика «Кодирование»: краткая характеристика
13. Методика «ЦТО»: краткая характеристика
14. Методика «МиФ»: краткая характеристика
15. Бинокулярный трекинг глаз: принципы диагностики
16. Полиграфическое тестирование: стимульный материал
17. Полиграфическое тестирование: особенности принятия решения о значимости стимулов
18. Полиграфическое тестирование: основные этапы
19. Критерии риска повторного правонарушения
20. Основные принципы лечения парафильных расстройств
21. Принципы антиандrogenный терапии при парафильных расстройствах
22. Принципы психофармакотерапии при парафильных расстройствах
23. Принципы психотерапии при парафильных расстройствах
24. Этапы когнитивно-поведенческой терапии парафильных расстройств
25. Варианты виктимного поведения
26. Факторы виктимности
27. Понятие беспомощного состояния
28. Смягчающие и отягчающие вину обстоятельства с учетом состояния сексуальной сферы потерпевших

**Задания для промежуточной аттестации (зачету)**

- 1. Корректные подходы к определению нормы сексуальных проявлений учитывают все перечисленные аспекты, КРОМЕ:**
  - А. Моральный
  - Б. Юридический
  - В. Физиологический
  - Г. Конституциональный
- 2. Понятие эгодистонической сексуальной ориентации точнее всего описывается утверждением:**
  - А. Проявления бисексуальности в подростковом возрасте до начала сексуальной жизни
  - Б. Диссоциация половой и сексуальной идентичностей
  - В. Желание изменить не вызывающие сомнения половую принадлежность или сексуальную ориентацию в силу дополнительно имеющихся психологических или поведенческих расстройств
  - Г. Склонность к компульсивному представлению себя во время полового акта в противоположной роли
- 3. Болезнь Бейля – это:**
  - А. Соматогенно обусловленные психозы
  - Б. Совокупность психических расстройств как следствие сифилиса головного мозга
  - В. Преходящие состояния когнитивного дефекта при выраженной церебрастении
  - Г. Стойкие изменения характера у больных с ревматоидным цереброваскулитом
- 4. В основе транссексуализма, скорее всего, лежат:**
  - А. Ранние средовые влияния
  - Б. Латентная психопатология
  - В. Пренатальные нарушения половой дифференцировки мозга
  - Г. Прижизненно возникающие гормональные расстройства
- 5. Какие периоды включают возрастные кризы (периоды наибольшей подверженности нервно-психическим нарушениям):**
  - А. 1-й криз – 1-2 года; 2-й криз – 3-4 года; 3-й криз – 10-18 лет
  - Б. 1-й криз – 3-4 года; 2-й криз – 5-7 лет; 3-й криз – 12-18 лет
  - В. 1-й криз – 5-6 лет; 2-й криз – 9-10 лет; 3-й криз – 16-18 лет
  - Г. 1-й криз – 3-4 года; 2-й криз – 5-7 лет; 3-й криз – 15-18 лет
- 6. Одной из форм расстройства половой идентификации является:**
  - А. Гомосексуальность
  - Б. Гермафродитизм
  - В. Транссексуальность
  - Г. Андрогиния
- 7. Сексуальное поведение считается нарушенным, если:**
  - А. Рассматривается как неприемлемое традициями или культурой, в которых человек живет
  - Б. Запрещено действующими законами

- В. Включает в себя неконвенциональные сексуальные практики
- Г. Наносит вред другим людям или самому человеку

**8. Что из перечисленного часто становится причиной виргогамии:**

- А. Мужская аноргазмия  
Женская аноргазмия
- Б. Вагинизм
- В. Преждевременная эякуляция
- Г. Сексуальная ангедония

**9. Как называется расстройство у женщины, при котором она неспособна достичь в половом акте разрядки:**

- А. Оргазмическая дисфункция
- Б. Диспареуния
- В. Вагинизм
- Г. Утрата полового влечения

**10. Молодой мужчина испытывает компульсивное влечение к переодеванию в женскую одежду, без чего не может достичь сексуального возбуждения. Какой из диагнозов уместен в этом случае:**

- А. Фетишистский трансвестизм
- Б. Транссексуализм
- В. Эгодистоническая сексуальная ориентация
- Г. Фетишизм

**11. Согласно У. Мастерсу и В. Джонсон, различают стадии сексуального цикла, в число которых НЕ входит стадия**

- А. Интереса/желания
- Б. Возбуждения
- В. Плато
- Г. Оргазма

**12. Младенческая мастурбация**

- А. Возникает в ситуациях депривации и эмоционального дискомфорта
- Б. Связана с раздражением гениталий или близких зон вследствие дерматозов, гельминтозов, инфекционных и соматических заболеваний, нарушении гигиенического ухода.
- В. Начинается на первом году жизни, связана с мозговыми дисфункциями, незрелостью ЦНС
- Г. Является привычными действиями игрового характера

**13. Условно физиологический ритм предполагает:**

- А. 1 половой акт в неделю
- Б. 1 половой акт в день
- В. 2-3 половых акта в неделю
- Г. регулярно в соответствии с потребностями партнеров

**14. Эксцесс:**

- А. Сокращение периода относительной рефрактерности, способность к половому акту сразу после окончания предыдущего
- Б. Повторные завершенные половые акты в течение суток
- В. Длительный половой акт, не завершающийся интравагинальной эякуляцией

Г. Интенсивные половые акты в необычных формах

**15. В результате поражения гонад в допубертатном возрасте может развиться**

- А. Евнухоидизм
- Б. Гермафродитизм
- В. Крипторхизм
- Г. Анорхизм

**16. При первичном гипогонадизме наблюдается поражение**

- А. Половых желез
- Б. Гипофиза
- В. Гипоталамуса
- Г. Надпочечников

**17. При гипопитуитаризме у женщин отмечается**

- А. Повышение процента оргастичности
- Б. Повышение полового влечения
- В. Снижение полового влечения
- Г. Усиление любрикации

**18. При гипотериозе наблюдается**

- А. Снижение полового влечения
- Б. Повышение полового влечения
- В. Частые эротические поведения
- Г. Повышение оргастичности

**19. Проявлением болезни Пейрони является**

- А. Потеря чувствительности полового члена
- Б. Исчезновение ночных эрекций
- В. Затруднение семязвержения
- Г. Боли в половом члене

**20. К экстрагенитальным формам половой активности относится**

- А. Петтинг
- Б. Мастурбация
- В. Коитус
- Г. Поллюции

**21. Показаниями для ЛОД-терапии являются**

- А. Стимуляция сперматогенеза
- Б. Тренировка сосудов гениталий
- В. Отработка рефлексов эрекции
- Г. Демонстрация достаточной гормональной насыщенности

**22. Использование биостимуляторов оправдано при**

- А. Ускоренном семязвержении
- Б. Ослаблении эрекции во время фрикций
- В. Мнимом сексуальном расстройстве
- Г. Возрастном снижении либидо

**23. При супружеской секс-терапии обязательно лечение в виде**

- А. Чувственного фокусирования

- Б. Необязывающего коитуса
- В. Обсуждения свершившегося коитуса
- Г. Стимуляции сексуального фантазирования

**24. Транквилизаторами, используемым в сексологии являются**

- А. Тофизепам
- Б. Тиоридазин
- В. Феназепам
- Г. Мезокарб

**25. Вазоактивным препаратом селективного действия является**

- А. Трентал
- Б. Танакан
- В. Силденафил
- Г. Сермион

**26. Основой сексологической диагностики является**

- А. Системный подход
- Б. Сочетания диагностических блоков
- В. Клиническая оценка предрасположенных факторов
- Г. Параклиническое подтверждение полученных данных

**27. Заключение психофизиологического обследования, проводимого с целью диагностики парафилий, носит характер**

- А. категоричный
- Б. вероятностный
- В. условный
- Г. альтернативный

**28. Урологическое исследование наиболее показано при**

- А. Астено-депрессивном синдроме
- Б. Семейно-супружеской дисгармонии
- В. Ускоренном семяизвержении
- Г. Эксгибиционизме

**29. Трохантерный индекс вычисляется делением**

- А. Роста на длину ноги
- Б. Роста стоя на рост сидя
- В. Высоты ноги на рост
- Г. Раста сидя на рост стоя

**30. Средние показатели половой конституции мужчины:**

- А. 3, 3, 3, 3, 3, 3, 3
- Б. 1, 2, 3, 2, 1, 1, 3
- В. 7, 8, 7, 9, 7, 7, 8
- Г. 5, 4, 6, 6, 4, 5, 5

## **Ситуационная задача 1**

Мужчина, 21 год. Обратился за медицинской помощью в связи с нарушениями эрекции.

### **Анамнез заболевания**

Родился и воспитывался в полной семье. Является единственным ребенком. Об особенностях раннего развития не помнит. В школу пошел в 8 лет, агрессии по отношению к девочкам не проявлял, со сверстниками были ровные отношения, но несколько их сторонился, предпочитая проводить время в одиночестве. Дома помогал матери по хозяйству, любил прибираться, мыть посуду. В 14 лет начал комплексовать по поводу своей внешности – передние зубы казались «уродливыми». В 14 лет впервые испытал влюбленность к ровеснице, писал ей записки с признанием в своих чувствах, на которые она не отвечала в связи с чем сильно переживал, плакал. В этом же возрасте узнал о половых отношениях из прочитанной медицинской литературы. С 16-17 лет начал мастурбировать по 2-3 раза в неделю, представляя обнаженных ровесниц. Тогда же появилось желание вступать в эротические контакты. Ближе к 18 годам мастурбировал примерно 2 раза в неделю, фантазируя о половых контактах с женщинами. Во время таких представлений, особенно при воображении ласк и поцелуев, всегда появлялась полноценная эрекция. В 20 лет по собственной инициативе предпринял первую попытку половой близости с ровесницей, при этом был «трезвым». Во время предварительных ласк возникла достаточная эрекция, которая полностью исчезла, после того как оба партнера разделись. Введение полового члена, равно как и совершение полового акта не удалось. По данному поводу «переживал, но сильно не расстроился», решив, что в следующий раз все будет удачно. Однако при повторной попытке через месяц с другой партнершей эрекция также пропала в процессе обнажения. В последующем с разными женщинами предпринял еще 5 попыток совершить половой акт, при этом сильно опасался повторения неудачи, поэтому самостоятельно за час до планируемой близости употреблял препарат «Виагра». На фоне употребления последнего, несколько раз удалось введение полового члена во влагалище, однако после пары фрикций эрекция пропадала. На протяжении последних 3 месяцев встречался с ровесницей, к которой испытывал чувство влюбленности. Попытки совершения половых актов с ней были неудачными.

### **Объективный статус**

Охотно вступает в беседу, хотя и подробно сообщает анамнестические данные, касающиеся его сексуальной сферы, обнаруживает трудности при вербализации собственных переживаний и ощущений, имеющих к ней отношение. Проявляет любопытство к происхождению имеющегося у него расстройства сексуальной сферы, интересуется методами их лечения. Подчеркивает, что с момента неудачного начала половой жизни, на протяжении почти года, тягостные мысли, в основном, касались его сексуальной неполноценности, из-за чего сильно нервничал, был «угрюмым, молчаливым», старался ни с кем не разговаривать и не общаться, что замечали друзья. Описывает, что в последнее время намеренно старался избегать, ситуаций, предрасполагающих к интимной близости с возлюбленной.

Основным психосексуальным расстройством является

- А. психогенная эректильная дисфункция
- Б. эректильная дисфункция в рамках синдрома раннего инволюционного снижения
- В. эректильная дисфункция на фоне нарушений нейрогуморальной составляющей
- Г. эректильная дисфункция сосудистого генеза

В соответствие с критериями МКБ-10 подэкспертному следует выставить диагноз

- А. F52.2 Недостаточность генитальной реакции

- Б. F52.0 Потеря сексуального влечения
- В. F52.3 Оргазмическая дисфункция
- Г. F52.10 Сексуальное отвращение

Подэкспертному следует рекомендовать

- А. гормональную терапию
- Б. фитотерапию
- В. психотерапию
- Г. лечебную физкультуру

На начальном этапе лечения недостаточности генитальной реакции может быть использована методика

- А. мнимого запрета
- Б. «стоп-старт»
- В. прогрессивной десенсибилизации
- Г. генитального услаждения

Методика «медового месяца» является разновидностью методики

- А. чувственного фокусирования
- Б. «стоп-старт»
- В. сжатия
- Г. мнимого запрета

С целью уменьшения тревоги, возникающей перед совершением полового акта, следует рекомендовать методику

- А. чувственного фокусирования I
- Б. сжатия
- В. чувственного фокусирования II
- Г. прогрессивной десенсибилизации

В качестве лечения психогенной эректильной дисфункции также следует рекомендовать

- А. экстравагинальный оргазм
- Б. прогрессивную десенсибилизацию
- В. чувственное фокусирование
- Г. методику «стоп-старт»

В тех случаях, когда стандартные психотерапевтические методики оказались неэффективны, следует прибегать к методу

- А. «стоп-старт»
- Б. прогрессивной десенсибилизации
- В. гинекологического положения
- Г. нейролингвистического программирования

### **Ситуационная задача 2**

Мужчина, 25 лет. Обратился за медицинской помощью в связи с наступлением быстрого семязвержения при половых контактах.

Анамнез заболевания

Родился и воспитывался в полной семье. В дошкольном возрасте в равной степени общался как с мальчиками, так и с девочками. Любопытства к строению половых

органов лиц противоположного пола в возрасте до 7 лет не было. В школе отношения со сверстниками были ровными, ни с кем не конфликтовал, но и близких друзей не имел. Период межполовой агрессии отрицает. В возрасте 9 лет во время ползания по канату испытал «приятные ощущения» в области гениталий, а в последующем в ходе ползания стал испытывать оргазм. Иногда специально во время перемены прибегал в физкультурный зал для лазания по канату с целью испытать оргастические переживания. В 11 лет стал прибегать к мануальной мастурбации с периодичностью 3-4 раза в неделю, представляя обнаженных девушек. Во время онанизма оргазм наступал через несколько секунд. В юношеском возрасте увлекался легкой атлетикой. Во время занятий спортом при подтягивании на турнике самопроизвольно происходило семяизвержение, сопровождающееся тусклыми оргастическими переживаниями. Первый половой опыт имел в 18 лет с бывшей одноклассницей. При интимной близости семяизвержение произошло при введении полового члена во влагалище, в связи с чем было «стыдно» перед партнершей. В последующем с ней более не встречался. С 18 до 25 лет имел несколько случайных половых партнерш приблизительно его возраста. Во время близости с ними эякуляция происходило еще во время прелюдии, или при введении полового члена во влагалище или через несколько секунд от начала фрикций. При повторном половом контакте время фрикций существенно не увеличивалось.

#### Объективный статус

Охотно вступает в беседу, подробно, но со смущением сообщает анамнестические сведения, касающиеся его сексуальной сферы. Выказывает недоумение по поводу неудачно складывающейся половой жизни, интересуется у врача, с чем связано быстрое наступление семяизвержения при половых контактах. Удрученно упоминает о том, что некоторые партнерши после половой близости с ним высказывались о нем нелицеприятно, иногда даже позволяли себе делать оскорбительные замечания относительно его половой несостоятельности. Акцентирует внимание на том, что из-за его «проблемы» не мог построить длительных отношений с понравившимися девушками.

Основным психосексуальным расстройством является

- А. синдром вторичной патогенетической дезинтеграции
- Б. поражение эякуляторной составляющей при патологии спинного мозга
- В. поражение эякуляторной составляющей при урологической патологии
- Г. синдром первичной патогенетической дезинтеграции

Синдром первичной патогенетической дезинтеграции относится к нарушениям \_\_\_\_\_ составляющей копулятивного цикла

- А. эрекционной
- Б. нейрогуморальной
- В. психической
- Г. эякуляторной

Синонимом синдрома первичной патогенетической дезинтеграции является синдром ...

- А. парацентральных долек
- Б. Амуды дель Кастильо
- В. Каллмана
- Г. одних клеток Сертоли

Патогенез синдрома парацентральных долек связан с поражением

- А. гипофизарно-надпочечниковой оси

- Б. семенных пузырьков по типу молчаливого простатовизикулита
- В. проводящих путей спинного мозга
- Г. высших корковых центров регуляции урогенитальных автоматизмов

Помимо выявленных у пациента клинических признаков синдрома паракентральных долек, в рамках данной патологии также могут наблюдаться

- А. гиперлибидемия
- Б. бесплодие
- В. частые ночные поллюции
- Г. приапизм

Одним из осложнений синдрома паракентральных долек является

- А. поллакиурия
- Б. ночной энкопрез
- В. нарушение эрекции
- Г. приапизм

Синдром паракентральных долек явился патогенетическим звеном в формировании у обследуемого

- А. сложной дисгармонии пубертата
- Б. задержки психосексуального развития
- В. опережения психосексуального развития
- Г. опережения соматосексуального развития

В качестве лечебных мероприятий пациенту следует назначить

- А. хлорэтиловые блокады
- Б. методику «сжатия»
- В. частичную денервацию полового члена
- Г. обрезание

### **Ситуационная задача 3**

Мужчина, 23 года. Обратился за медицинской помощью в связи с затруднениями достижения оргазма. Предъявляет жалобы на долгое наступление оргазма вплоть до отсутствия эякуляций при половых контактах с партнершей.

#### **Анамнез заболевания**

Родился и воспитывался в полной семье. Мать по характеру былаластной и тоталитарной женщиной, периодически наказывала за проступки физически, контролировала личную жизнь обследуемого, вмешивалась в его отношения с девушками. Отец по характеру был мягким и податливым человеком. В дошкольном возрасте обследуемый посещал детский сад, где играл с девочки в ролевые игры, с мальчиками – в машинки, конструктор. Интереса к межполовым различиям в этом возрасте не было. В школьные годы адаптация к новому коллективу проходила достаточно трудно, в классе держался обособленно, в связи с чем часто являлся объектом шуток со стороны мальчиков. По отношению к девочкам нормативную межполовую агрессию не проявлял. Свободное время проводил преимущественно дома за чтением фантастической литературы, занимался в секции по жонглированию. В 13 лет впервые испытал чувство влюбленности к однокласснице, писал ей записки с признанием, после чего она ответила на них, и они в течение последующих полутора лет встречались. На протяжении этого периода ухаживал за ней, дарил цветы. В 14 лет впервые с ней поцеловался, испытав «приятные чувства». Отмечает, что нравилось

вступать с ней в эротические контакты, целоваться и обниматься, во время чего у него возникала эрекция, однако желания вступить в половой контакт не было. После полутора лет знакомства возлюбленная переехала в другой город, переживал расставание, плакал и скучал по ней. Ближе к 15 годам появилось половое влечение, эротические фантазии с участием понравившихся ему сверстниц. В фантазиях представлял преимущественно то, как целуется и обнимается с девушками, ласкает их тела. Половые контакты с ними редко фигурировали в представлениях. Во время фантазирования мастурбировал, оргазм наступал в течение 5-10 минут и сопровождался эякуляцией. Периодичность мастурбации – почти ежедневная с эjacессами до 3 актов. В 17 лет, обучаясь в техникуме познакомился с девушкой, с которой стал встречаться. Испытывал к ней сильное чувство влюбленности. Спустя месяц знакомства у них состоялась первая попытка половой близости: несмотря на достаточную эрекцию и продолжительный период фрикций оргазма не достиг. В последующем регулярно вступал в близость со своей возлюбленной с периодичностью 3-4 раза в неделю. Во время контактов оргазм наступал только после длительного периода фрикций – около получаса-час, что утомляло партнершу. Иногда оргазма не наступало вовсе, тогда он завершал половой акт мастурбацией. Возлюбленная неоднократно высказывала претензии по поводу продолжительных половых актов, рекомендовала обратиться за медицинской помощью.

#### Объективный статус

Охотно вступает в беседу, выказывает озабоченность в связи с имеющейся проблемой, связанной с половой жизнью. Активно предъявляет жалобы на нарушения эякуляции, ищет взглядом поддержки у собеседника. Недоумевает, почему не может порой достичь оргазма во время половой близости со своей женой, в то время как при мастурбации подобных проблем не возникает. Высказывает предположение, что возможно имеющиеся у него проблемы связаны с перенесенной травмой: в возрасте 13 лет упал с дерева и ударился спиной о ветку, получив ушиб, по поводу чего проходил лечение. Дополняет, что в последнее время постепенно стал пропадать интерес к половой близости, иногда намеренно ее избегал, сексуальная активность снизилась до 1-2 половых актов в неделю, при этом мог периодически прибегать к мастурбации, чего стыдился. Упоминает единичные случаи, когда у него после длительного периода полового воздержания, связанного с отъездами, на фоне сильного возбуждения быстро наступала эякуляция при половых контактах – через несколько фрикций.

По результатам неврологического исследования неврологической симптоматики и признаков очагового поражения центральной нервной системы не обнаружено.

Основным психосексуальным расстройством является

- А. психогенный ингибированный мужской оргазм
- Б. синдром первичной патогенетической дезинтеграции
- В. поражение эякуляторной составляющей при патологии спинного мозга
- Г. поражение эякуляторной составляющей при урологической патологии

В соответствие с критериями МКБ-10 следует выставить диагноз

- А. F52.0 Потеря сексуального влечения
- Б. F52.2 Недостаточность генитальной реакции
- В. F52.3 Оргазмическая дисфункция
- Г. F52.10 Сексуальное отвращение

У обследуемого выявляются нарушения полового развития в виде \_\_\_\_\_ развития

- А. задержки соматосексуального
- Б. сложной дисгармонии психосексуального

- В. сложной дисгармонии соматосексуального
- Г. задержки психосексуального

В качестве основного метода лечения следует рекомендовать

- А. гормональную терапию
- Б. психотерапию
- В. фитотерапию
- Г. лечебную физкультуру

В качестве психотерапевтической методики следует использовать методику

- А. чувственного фокусирования
- Б. «старт-стоп»
- В. «сжатия»
- Г. прогрессивной десенсибилизации

Одним из этапов прогрессивной десенсибилизации является техника

- А. мост
- Б. якорения
- В. чувственного фокусирования
- Г. сжатия

В качестве комплексной терапии может быть рекомендовано применение

- А. лечебной физкультуры
- Б. массажа предстательной железы
- В. вибростимуляции
- Г. лечебной локальной декомпрессии

В качестве комплексной терапии также может быть рекомендовано применение

- А. амантадина
- Б. ксанакса
- В. чувственного фокусирования
- Г. повышенной стимуляции

#### **Ситуационная задача 4**

Мужчина, 30 лет. Обратился за медицинской помощью в связи с нарушениями эрекции. Предъявляет жалобы на недостаточную эрекцию при половых контактах.

##### **Анамнез заболевания**

Родился и воспитывался в полной семье. В дошкольном возрасте общался преимущественно с мальчиками, с которыми играл в машинки и конструктор. Вместе с ними подглядывал в туалете за девочками, так как было любопытно, как устроены у них половые органы. В начальной школе быстро адаптировался к новому коллективу и поддерживал отношения исключительно с мальчиками-ровесниками, играя с ними в футбол, хоккей и катаясь на санках с горок. В классе нравились некоторые одноклассницы и, чтобы привлечь их внимание, дергал их за косички, подкладывал им кнопки и пачкал одежду мелом. В 12 лет впервые испытал чувство влюбленности к ровеснице, ухаживал за ней, помогал отнести портфель до дома, часто проводил с ней время за выполнением домашних заданий. Спустя год впервые с ней поцеловался, от чего остались приятные воспоминания. В последующем практиковал с ней эротическую близость: обнимал ее, целовал, нравилось держать ее за руку. В 13 лет начал прибегать с

ней к петтинговой активности, во время которой испытывал оргазм, сопровождавшийся эякуляцией. Помимо этого, начал мастурбировать, просматривая порнографические фильмы с участием мужчин и женщин. К онанизму прибегал почти ежедневно, с эксцессами до 4 раз в сутки. В 15 лет имел первый половой опыт со своей возлюбленной, который оценивает как успешный. В дальнейшем, по мере возможности, вступал с ней в орально-генитальные и вагинальные контакты. Спустя год девушка переехала в другую страну, в связи с чем переживал разлуку, пытался с ней поддерживать связь по телефону. Через несколько месяцев их общение прекратилось. До 25-летнего возраста у обследуемого было несколько половых партнерш, с каждой из которых встречался от 2-х до 6-ти месяцев. Вел регулярную половую жизнь с эксцессами до 6 половых актов в сутки. В 25 лет познакомился с женщиной на 2 года младше него. Поначалу испытывал к ней симпатию, а по мере более тесного знакомства – влюбленность. Спустя год они вступили в брак, в котором родился сын. С женой вел регулярную половую жизнь, половыe контакты были почти ежедневными. В 26 лет во время драки получил удар в паховую область, в последствие развился отек мошонки, по поводу чего проходил лечение. В дальнейшем во время близости с супругой первое время испытывал болевые ощущения в яичках, которые со временем исчезли. На протяжении последних трех лет изменилось качество половой жизни: стали возникать нарушения эрекции.

#### Объективный статус

В ходе диалога выказывает беспокойство по поводу качества своей половой жизни, со смущением описывая имеющиеся у него проблемы. Акцентирует внимание на том, что у него ранее никогда не было трудностей в интимных отношениях с женщинами. Упоминает, что пытался самостоятельно справиться с имеющимися расстройствами: принимал виагру, но это помогало несущественным образом. Дополняет, что читал сексологическую литературу и пришел к выводу, что у него «ранняя инволюция». Предполагает, что это генетические проблемы, так как делился со своими трудностями с отцом, который сообщил, что в возрасте 30 лет у него тоже впервые появились проблемы с эрекцией. Уточняет, что 3 года назад у него постепенно стало снижаться половое влечение и сексуальная жизнь с супругой стала более редкой, чем раньше. В настоящее время ее регулярность составляет 1 половой акт в 7-14 дней. Помимо этого, оргазм стал «тусклым» и «каким-то вялым», а на протяжении последнего года появились проблемы с эрекцией, которая не всегда была достаточной для совершения полового акта. Дополняет, что стал быстро уставать, появилось равнодушие к тем вещам, которые ранее были интересны, часто испытывает сонливость и раздражительность. Заявляет, что во время занятий легкой атлетикой понизилась выносливость, а также заметил, что волосы на груди стали более редкими.

Анализ соматосексуального развития и внешний осмотр показали, что возраст появления оволосения лобка обследуемого – 13 лет, лица – 17 лет, бритья начал с 18 лет. Эякуляции появились в 13 лет. Оволосение в области лобка с тенденцией к горизонтали. Отмечается истончение волос на голове. Яички при пальпации мягкой эластической консистенции. Правое яичко в диаметре составляет 3 см, левое – 3,5 см. Мошонка пигментирована, тонус снижен. Половой член сформирован правильно. Головка полового члена полностью прикрыта крайней плотью, свободно обнажается.

При пальпации предстательной железы выявлено следующее: размеры и объем предстательной железы снижены, между правой и левой долями железы пальпируется углубление в диаметре около 1 см. Консистенция железы мягкая эластическая.

Соматосексуальное развитие обследуемого следует расценивать как  
А. задержанное

- Б. преждевременное
- В. нормативное
- Г. дисгармоничное

Психосексуальное развитие обследуемого следует расценивать как

- А. нормативное
- Б. задержанное
- В. преждевременное
- Г. дисгармоничное

Основным психосексуальным расстройством является

- А. утрата полового влечения
- Б. ранняя инволюция
- В. постпубертатный гипогонадизм
- Г. недостаточность генитальной реакции

В соответствие с критериями МКБ-10 следует выставить диагноз

- А. E26.0 Синдрома Конна
- Б. E29.1 Гипофункции яичек
- В. E29.9 Дисфункции яичек неуточненной
- Г. E31.0 Синдрома Шмидта

Наиболее очевидной причиной наличия у обследуемого заболевания является

- А. травма яичек
- Б. дисгенезия гонад
- В. генетическая особенность
- Г. недостаточность 5-альфа-редуктазы

Имеющийся у обследуемого расстройство является

- А. вторичным приобретенным
- Б. первичным врожденным
- В. вторичным врожденным
- Г. первичным приобретенным

В качестве основных лечебных мероприятий пациенту следует назначить

- А. заместительную андрогенотерапию
- Б. хлорэтиловые блокады
- В. лечебную физкультуру
- Г. терапию, направленную на улучшение кровоснабжения половых органов

В качестве заместительной терапии пациенту следует назначить

- А. кломифен
- Б. небидо
- В. бупропион
- Г. андрокур

#### **Ситуационная задача 5**

Мужчина, 35 лет. Обратился за медицинской помощью в связи с появлением искривления полового члена в состоянии эрекции.

### **Анамнез заболевания**

На протяжении последнего года пациент стал замечать болевые ощущения в половом члене, затем появилось его искривление в эрегированном состоянии. В начале заболевания искривление было не выражено, однако со временем оно стало увеличиваться и во время проведения полового акта усилились болевые ощущения, которые периодически сопровождались нарушениями эрекции.

### **Объективный статус**

В ходе диалога выказывает беспокойство по поводу возникшего косметического дефекта. Удручен тем, что с течением времени искривление стало увеличиваться ввиду чего стал стесняться женщин во время половой близости, опасался быть высмеянным. Акцентирует внимание на том, что в последнее время у него эрекция была не всегда полной.

В соответствие с критериями МКБ-10 следует выставить диагноз

- А. N48.6 Баланит
- Б. N48.8 Другие уточненные болезни полового члена
- В. N50 Другие болезни мужских половых органов
- Г. N51 Поражение мужских половых органов при болезнях, классифицированных в других рубриках

Выявленное у пациента расстройство носит название

- А. Синдрома Пейрони
- Б. Болезни Калмана
- В. Болезни Пейрони
- Г. Синдрома Майера-Костера

Синонимом расстройства является

- А. фибринолиз полового члена
- Б. фибропластическая индуратия
- В. баланопостит
- Г. пикацизм

Консервативное лечение расстройства показано в \_\_\_ от начала заболевания

- А. первый год
- Б. первые полтора года
- В. первые два года
- Г. первые три года

Консервативное лечение болезни Пейрони показано при искривлении полового члена менее \_\_\_ градусов

- А. 50-55
- Б. 45-50
- В. 30-45
- Г. 37-50

Обнаруженное у пациента искривление полового члена в 30 градусов позволило проводить лечение с назначением

- А. апоморфина
- Б. 20% геля папаверина
- В. Алпростадила

## Г. ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа

Для уменьшения болевого синдрома следует назначить

- А. 5% гель верапамила
- Б. 20% гель папаверина
- В. гель лиотона
- Г. гель диклофенака

В качестве местного лечения следует назначить

- А. Пентоксифиллин
- Б. вакуум-эректорную терапию
- В. низкодозное облучение
- Г. инъекции глюкокортикоидов

## Ситуационная задача 6

Мужчина, 30 лет. Назначена судебная стационарная комплексная сексолого-психиатрическая экспертиза в рамках уголовного дела в связи с привлечением к уголовной ответственности за совершение сексуальных действий с 9-летней дочерью: в ситуации правонарушения на протяжении 3-х месяц с периодичностью 1 раз в месяц подходил к кровати засыпающей дочери, обнажал ее половые органы, трогал их в течение короткого времени, после чего уходил.

### Анамнез заболевания

Детский сад посещал, играл больше с мальчиками, так как девочек стеснялся. В дошкольном возрасте не интересовался межполовыми различиями. В школе, в начальных классах был влюблен в одноклассницу, но свои чувства никак не проявлял из-за стеснительности. Период межполовой агрессии отрицает. Мастурбировать начал с 6-7 лет, но не помнит, с какой периодичностью. С 12 лет начал просматривать порнографический контент в сети Интернет («традиционный» вагинальный половой акт), при этом мастурбируя. В 14 лет встречался с девушкой, с которой познакомился на дискотеке, с ней «просто общались, разговаривали». В период отношений были только поцелуи. В 17 лет с ровесницей имел первый половой опыт. Встречались на протяжении полугода. В дальнейшем стал встречаться с бывшей одноклассницей. В последующем были единичные половые связи с разными женщинами. В 21 год познакомился со своей будущей женой, после 1 года встреч они зарегистрировали брак. Вначале семейной жизни подэкспертного все устраивало в сексуальном плане. Вели регулярную половую жизнь с частотой 2-3 половых контакта в сутки. Проблем при половом акте не возникало. Максимальный экссес – 4 половых акта в сутки. В периоды полового воздержания, связанных с командировками, прибегал к онанизму, представляя половые контакты с женой. Спустя 3 года брака начал обращать внимание на фигуру жены, замечал в ней недостатки. Стал просить, чтобы она начала посещать фитнес, что она и делала, но неохотно. В браке родилось двое детей: сын и дочь. Приблизительно через 5 лет брака стал замечать, что жена его «недостаточно возбуждает», начал еще явственнее видеть ее «недостатки»: изъяны в фигуре, тот факт, что она получала удовлетворение во время полового акта только в определенной позе, что не устраивало его. Половые контакты с супругой сократились из-за частых конфликтов, прибегал к мастурбации, но этого было недостаточно. Вскоре, примерно с 28-29 лет, у него стала появляться «реакция» (сексуальное возбуждение) при виде 9-летней дочери. Объясняет это тем, что он подсознательно перенес «источник» своего возбуждения на свою дочь. Данное возбуждение возникало на протяжении года, по несколько раз в месяц. Боролся с ним, старался не допустить повторного возникновения – говорил жене, что ей нужно сделать,

чтобы вернуть сексуальное возбуждение к ней, «пытался подтолкнуть» ее. В «какой-то» момент не сдержался и «позволил» себе «трогать» дочь, «без проникновения»: ощупывал у засыпающей дочери половые органы. Иногда, укладывая ее спать, лежал рядом с ней и «мысленно боролся» с влечением, понимая, что «это грех»; заставлял себя уйти, при этом желания были навязчивыми и прерывал их мастурбацией или же отвлекался от них, переключаясь на домашние дела. Но затем «пошел на поводу у возбуждения» и два раза, в ситуациях, когда дочь просила полежать с ней перед сном, вводил палец ей во влагалище. Совершая данные действия, максимально старался, чтобы ребенок «ничего не понял». Иногда после этого уходил в ванную мастурбировать, при этом представлял половой акт с дочерью во влагалище или анальное отверстие, подобные фантазии возникали редко и спонтанно, старался их контролировать и переключался на представления о сексуальном контакте с женой. Когда в фантазиях фигурировала дочь, «становилось мерзко, больно». Со временем, в течение года, эротические фантазии с участием дочери стали появляться еженедельно, «сами по себе», в «неподходящей обстановке». Тяготило данное вление, хотелось с кем-то поговорить, обсудить это, но не решался, так как не хотел, чтобы на него «изменили взгляд». Во время одного из конфликтов с супругой признался в своем сексуальном влечении к дочери, но пообещал, что больше не будет ее «трогать».

#### Объективный статус

В кабинет заходит по приглашению. Располагается в свободной позе, руки расположены на коленях, при первой беседе принес с собой тетрадь, в которой были записаны его мысли и размышления по поводу инкриминируемых ему деяний. Зрительный контакт поддерживает, открыт в беседе, но тщательно обдумывает свои ответы. В ходе диалога на сексуальные темы старается говорить свободно, но все же иногда смущается, прячет взгляд, посмеивается. При обсуждении инкриминируемых ему деяний устремляет взгляд в пол, становится напряженным, полностью не раскрывается в ответах, объясняя это тем, что ему «тяжело говорить об этом, больно и стыдно». Но тут же оживляется, рассуждая о том, почему так сделал: «У нас есть потребности. Если они не восполняются, то возрастают. И могут зайти за границы дозволенного. Я человек сексуально-активный, я верующий человек, но по этим вопросам у меня слабая воля». Демонстрирует в тетраде схему причинно-следственных связей, которые повлекли совершение преступления. Добавляет, что, находясь в аресте, много обдумывал, почему так произошло: полагает, что совпадал целый ряд факторов – отсутствие желания обратиться к Богу, конфликт с женой и половое воздержание. При этом начинает плакать и сокрушенно говорит, что понимает, что «это дно, что ничего не может быть ниже» и что он «до самого последнего момента надеялся, что она [дочь] не поймет, старался, чтобы ребенок ничего не понял». Добавляет, что такое возбуждение существовало на протяжении года. Зачастую удавалось с ним справиться и старался переключить свои мысли на решение бытовых проблем.

Соматосексуальное развитие. Со слов, возраст появления оволосения лобковой области – 13 лет, подбородка – 16 лет. Первая эякуляция – в 12 лет при мастурбации. При внешнем осмотре: оволосение по мужскому типу, умеренное. Оволосение лобковой области по мужскому типу. Распределение жировой клетчатки равномерное. Наружные половые органы сформированы правильно, размеры гениталий соответствуют возрастной норме. Мошонка пигментирована, складчатость выражена. Травмы половых органов, операции на урогенитальной сфере, венерические заболевания отрицает.

Основным психосексуальным расстройством является

- А. гетеросексуальная эфебофилия
- Б. гетеросексуальная гебофилия

В. гетеросексуальная педофилия

Г. цисвестизм

В соответствие с критериями МКБ-10 подэкспертному следует выставить диагноз

А. F65.4 Педофилии

Б. F65.6 Множественных расстройств сексуального предпочтения в виде педофилии и гебофилии

В. F65.4 Гетеросексуальной педофилии

Г. F65.8 Других расстройств сексуального предпочтения в виде гебофилии

В данном случае речь скорее всего идет о \_\_\_\_\_ характере влечения

А. обсессивном

Б. сверхценном

В. компульсивном

Г. обсессивно-компульсивном

Отношение к влечению является

А. эгосинтоническим

Б. эгодистоническим

В. недифференцированным

Г. синтонно-дистонным

У подэкспертного обнаруживаются признаки

А. задержки психосексуального развития

Б. опережения психосексуального развития

В. сложной дисгармонии пубертата

Г. задержки соматосексуального развития

При оценке осознанно-волевой регуляции поведения следует считать, что подэкспертный

А. не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

Б. не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

В. не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими вследствие отставания в психическом развитии

Г. мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

В данном случае в большей степени показана \_\_\_\_\_ психотерапия

А. десенсибилизационная

Б. адверсивная

В. семейная и групповая

Г. когнитивно-поведенческая

Подэкспертному также следует назначить препараты

А. анафриила и флюанксола

Б. мirtазапина и адндрокура

В. сертраплина и андрокура

Г. флюанксола и андрокура

### **Ситуационная задача 7**

Женщина, 21 года. Обратилась в связи с боязнью начать половую жизнь. Замужем 4 месяца. Всегда боялась боли, крови, насекомых, чужих людей, уколов и пр. Испытывает «ужас перед дефлорацией». Мужу 25 лет. Имеет опыт половой жизни. Жена допускает разнообразные ласки тела, прикосновения к наружным половым органам. Во время ласк возникает любрикация, при стимуляции клитора – оргазм. Однако при попытке полового акта возникает тревога, выраженный страх, судорожно сводит бедра, не допускает попыток введения полового члена или пальца во влагалище. Не помогли уговоры, успокаивающие, алкогольное опьянение. Половые органы нормально развиты. Менструации с 12 лет, регулярные, безболезненные. Половая конституция средняя. Родила и развивалась в условиях строгого пуританского воспитания. Мать интерпретировала сексуальные интересы как признак распущенности, пугала родами.

Основным психосексуальным расстройством является

- А. истерическая реакция у тревожно-мнительной личности
- Б. фригидность
- В. оргазмическая дисфункция у психастенической личности
- Г. вагинизм

У пациентки наблюдается \_\_\_\_\_ вариант сексуального расстройства

- А. Истерический
- Б. Психастенический
- В. Фобический
- Г. Ананкастный

В соответствие с критериями МКБ-10 подэкспертному следует выставить диагноз

- А. F45.0 Соматоформное расстройство
- Б. F52.3 Оргазмическая дисфункция
- В. F52.5 Психогенный вагинизм
- Г. F52.1 Отвращение к половым сношением
- Д. N 94.2 Органический вагинизм

Имеющееся у пациентки расстройств имеет происхождение:

- А. Конституциональное
- Б. Социогенное
- В. Гормональное
- Г. Органическое

Возможные методы лечения:

- А. Когнитивно-поведенческая психотерапия
- Б. Психодрама
- В. Секс-терапия
- Г. Психоаналитическая терапия

Возможные методы лечения:

- А. Когнитивно-поведенческая психотерапия
- Б. Периодическая десенсибилизация

- В. Психоаналитическая терапия
- Г. Систематическая десенсибилизация

Пациентке следует также рекомендовать

- А. Функциональный тренинг на расслабление мышц промежности
- Б. Альтернативные методы близости
- В. Чувственное фокусирование
- Г. Методику якорения

В качестве дополнительной рекомендации при лечении имеющегося расстройства следует предложить

- А. Глубокую петтинговую активность
- Б. Поверхностную петтинговую активность
- В. Освоение навыков эмоциональной регуляции, релаксации и аутотренинга
- Г. Методику сжатия

### **Ситуационная задача 8**

Потерпевшей 5-ти лет была назначена комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза по уголовному делу. Из материалов уголовного дела известно следующее: при проведении судебно-медицинской экспертизы потерпевшей у нее был обнаружен надрыв кожи в области заднепроходного отверстия. Повреждений половых органов у нее не было выявлено. Потерпевшая показала, что обвиняемый является ее крестным отцом. Он неоднократно забирал девочку из детского сада и отвозил к себе домой. Однажды он стал показывать ей видеофильм, в котором обнаженный мальчик «засовывал писю в писю девочки». Потерпевшая данный фильм не смотрела, а отвернулась в сторону. После просмотра сюжета, обвиняемый полностью обнажил потерпевшую и обнажился сам, а затем стал вводить свой половой член ей «в писю», заставлял трогать его гениталии. В завершении он «писал» ей на живот и вытирая девочку одеялом. После «этых плохих дел» у нее «болела пися». Обвиняемый признался, что мастурбировал в присутствии девочки, а также пытался совершить с ней анальный контакт. В этот момент потерпевшая располагалась к нему спиной. Другие какие-либо действия отрицал.

#### **Анамнез заболевания**

Со слов подэкспертной, общается преимущественно с девочками, с которыми играет в игры, соответствующие ее полу: «куклы», «дочки-матери», занимая роль матери. Кроме того, так же общается с мальчиком-ровесником, с которым играет в «жениха и невесту». Любопытства к строению половых органов лиц противоположного пола не испытывала, однако об особенностях анатомического строения гениталий мужчин знает, исходя из ситуации противоправного деяния.

#### **Объективный статус**

При беседе на темы, касающиеся сексуального развития, на вопросы отвечает кратко, но по существу. Описывая межполовые различия, правильно называет атрибуты женской одежды и внешнего облика женщин. Затрудняется назвать характерные для мужчин и женщин качества, а также особенности распределения бытовых обязанностей в зависимости от пола. В вопросах половых отношений, зачатия и деторождения не осведомлена. При обсуждении ситуации противоправного деяния сообщает, что обвиняемый совершал в отношении нее «плохие» действия: «вставлял свою писю в ее писю», «писал на живот» жидкостью желтого цвета и демонстрировал «нехорошие мультики». Во время совершения этих действий испытывала страх, так как боялась, что из гениталий «пойдет кровь». О событиях противоправного деяния никому не сообщала, так как обвиняемый «давал шоколадки». Отмечает, что описываемые ею действия –

«плохие», что «нельзя» совершать подобное с «маленькими детьми» (однако, почему именно, пояснить не может), что обвиняемый – «преступник» (значение этого слова также не поясняет).

Состояние соматосексуальной сферы. Оволосение на лобке, в подмыщечных впадинах отсутствует. Молочные железы препубертатные, железнистая ткань отсутствует, диаметр ареолы 1,8 см, ареолы бледно окрашены. Менструаций нет. Целостность девственной пlevы не нарушена.

Стадию развития лобкового оволосения потерпевшей по Таннеру следует оценивать как

- A. P2
- Б. P4
- В. P1
- Г. P3

Первая стадия оволосения лобка по Таннеру соответствует возрасту до \_\_\_\_ лет

- A. 10
- Б. 11
- В. 12
- Г. 13

Стадию развития молочных желез потерпевшей по Таннеру следует оценивать как

- A. B2
- Б. B4
- В. B1
- Г. B3

Первая стадия развития молочных желез соответствует возрасту до \_\_\_\_ лет

- A. 10
- Б. 11
- В. 11,5
- Г. 10,5

Соматосексуальное развитие обследуемой следует расценивать как

- А. задержанное
- Б. нормативное
- В. преждевременное
- Г. дисгармоничное

Выпадение периода любопытства является признаком ... психосексуального развития

- А. нормативного
- Б. преждевременного
- В. асинхроничного
- Г. задержанного

Потерпевшая в момент совершения в отношении нее противоправных действий

- А. не понимала характер и значение совершенных с нею действий и не могла оказывать им сопротивление
- Б. понимала характер, но не понимала значение совершенных с нею действий и не могла оказывать им сопротивление.

- В. понимала характер и не в полной мере значение совершенных с нею действий, но могла оказывать им сопротивление
- Г. понимала характер и значение совершенных с нею действий и могла оказывать им сопротивление

В качестве лечебных мероприятий потерпевшей следует назначить

- А. когнитивно-поведенческую терапию
- Б. сексуальное образование
- В. чувственное фокусирование
- Г. десенсibilизирующую терапию

## **7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля)**

1. Психиатрия : национальное руководство / гл. ред.: Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1008 с. - ISBN 978-5-9704-7334-4. - URL: <https://mbasegeotar.ru/book/ISBN9785970473344.html>

2. Женская сексология и сексопатология [Электронный ресурс] / Б. М. Ворник, С. Ю. Калинченко, М. И. Коган [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. Режим доступа: <https://mbasegeotar.ru/book/ISBN9785970458655.html>.

3. «Общая сексопатология». Руководство для врачей. Под.ред. Г.С. Васильченко. М., «Медицина», 1977, 488 с., илл.

4. Частная сексопатология: (Руководство для врачей) / Под ред. Г.С. Васильченко. – Т. 1 – М.: Медицина, 1983, ил., 304 с.

5. Частная сексопатология: (Руководство для врачей) / Под ред. Г.С. Васильченко. – Т. 2 – М.: Медицина, 1983, 352 с. илл.

### **Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»**

1. Официальный сайт ФГБНУ НЦПЗ: адрес ресурса – <https://ncpz.ru/>, на котором содержатся сведения об НЦПЗ и его подразделениях, локальные нормативные акты, сведения о реализуемых образовательных программах, их учебно-методическом и материально-техническом обеспечении, а также справочная, оперативная и иная информация.

2. Официальный сайт Министерства науки и высшего образования Российской Федерации: адрес ресурса – <https://minобрнауки.gov.ru/>

### **Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем**

1. <https://www.elibrary.ru> – национальная библиографическая база данных научного цитирования.

2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> - национальная медицинская библиотека.

## **8. Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля)**

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, текущего контроля и промежуточной аттестации укомплектованы специализированной мебелью (столы, стулья/кресла) и техническими средствами

обучения (экран, проектор, ноутбук), служащими для представления учебной информации большой аудитории.

При проведении занятий лекционного типа используются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации всех разделов рабочей программы дисциплины.

Помещения для самостоятельной работы (библиотека, в том числе читальный зал) оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде ФГБНУ НЦПЗ.

**Программное обеспечение:**

- Windows 10 Pro
- Google Chrome
- Microsoft office 2016
- Paint
- Adobe Acrobat reader
- 7zip
- Linux Mint 18.04
- Google Chrome, Mozilla Firefox
- OnlyOffice Desktop
- LibreOffice
- Xviewer
- Drawing
- Xreader
- Менеджер архивов

**9. Методические указания для обучающихся по изучению дисциплины  
(модуля)**

Преподавание дисциплины (модуля) осуществляется в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования, с учетом компетентностного подхода к обучению.

Основными формами получения знаний по дисциплине являются занятия лекционного типа и самостоятельная работа обучающегося. Закрепление знаний осуществляется на занятиях семинарского типа.

Проведение занятий лекционного и семинарского типов осуществляется строго в соответствии с тематическим планом дисциплины (модуля), приведенного в разделе 4 данной рабочей программы дисциплины.

При проведении учебных занятий обеспечивается развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, развитие лидерских качеств на основе инновационных (интерактивных) занятий: групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей, преподавания дисциплин (модулей) в форме курсов, составленных на основе результатов научных исследований, проводимых ФГБНУ НЦПЗ и т.п.

На учебных занятиях уделяется внимание рассмотрению вопросов и заданий, включенных в оценочные задания, при необходимости, решаются аналогичные задачи с объяснением алгоритма решения. С оценочными заданиями необходимо ознакомиться на первом учебном занятии.

Оценка полученных знаний осуществляется в рамках прохождение текущего контроля успеваемости, который проводится по каждому разделу дисциплины, и промежуточной аттестации, которая проводится по итогам изучения дисциплины, и направлена на оценку знаний, умений и навыков и (или) опыта профессиональной деятельности (уровень приобретенных компетенций).

Текущий контроль успеваемости по дисциплине (модулю) и промежуточная аттестация осуществляются в соответствии с:

- порядком проведения текущего контроля успеваемости,
- порядком организации и проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

Наличие в ФГБНУ НЦПЗ электронной информационно-образовательной среды, а также электронных образовательных ресурсов позволяет изучать дисциплину инвалидам и лицам с ОВЗ.

Особенности изучения дисциплины инвалидами и лицами с ОВЗ определены в Положении об организации получения образования для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.