

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
8 ноября 2022 г. № 108

**Об утверждении клинических протоколов**

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с аффективными расстройствами настроения (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами приема пищи (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами сна неорганической этиологии (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с половыми (сексуальными) расстройствами (дисфункциями), не обусловленными органическим расстройством или заболеванием (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с послеродовым периодом, не классифицированными в других рубриках (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с умственной отсталостью (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами психологического (психического) развития (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с поведенческими и эмоциональными расстройствами, обычно начинающимися в детском и подростковом возрасте (взрослое и детское население)» (прилагается).

2. Признать утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2010 г. № 1387 «О клиническом протоколе оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 мая 2016 г. № 502 «О внесении дополнения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2010 г. № 1387».

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

**Первый заместитель Министра**

**Е.Н.Кроткова**

СОГЛАСОВАНО

Управление делами Президента  
Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности  
Республики Беларусь

Государственный пограничный  
комитет Республики Беларусь

Государственный комитет  
судебных экспертиз  
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел  
Республики Беларусь

Министерство обороны  
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным  
ситуациям Республики Беларусь

Национальная академия  
наук Беларуси

Брестский областной  
исполнительный комитет

Витебский областной  
исполнительный комитет

Гомельский областной  
исполнительный комитет

Гродненский областной  
исполнительный комитет

Могилевский областной  
исполнительный комитет

Минский областной  
исполнительный комитет

Минский городской  
исполнительный комитет

УТВЕРЖДЕНО

Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
08.11.2022 № 108

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ**

**«Оказание медицинской помощи пациентам с половыми (сексуальными) расстройствами (дисфункциями), не обусловленными органическим расстройством или заболеванием (взрослое и детское население)»**

### **ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами в области оказания психиатрической помощи (далее – врач-специалист) в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания организаций

здравоохранения, а также вне организаций здравоохранения, пациентам с половыми (сексуальными) расстройствами (дисфункциями), не обусловленными органическим расстройством или заболеванием, соответствующими шифру F52 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательными актами.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи», Законом Республики Беларусь от 30 июня 2022 г. № 183-З «О правах инвалидов и их социальной интеграции», Законом Республики Беларусь от 1 июля 2010 г. № 153-З «Об оказании психологической помощи», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-ХІІ «О правах ребенка».

4. Госпитализация пациентов с половыми (сексуальными) расстройствами (дисфункциями), не обусловленными органическим расстройством или заболеванием в больничные организации здравоохранения осуществляется в порядке, установленном Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи».

5. Продолжительность оказания медицинской помощи определяется временем, необходимым для купирования симптоматики, достижения стабилизации психического состояния.

6. Лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (возраст, степень тяжести заболевания, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного средства (далее – ЛС) и характеристик медицинского изделия.

7. При отсутствии возможности оказания экстренной психиатрической помощи врачом-специалистом такая помощь может быть оказана медицинским работником, имеющим высшее медицинское образование с иной квалификацией, чем у врача-специалиста и (или) медицинским работником, имеющим среднее специальное медицинское образование.

## **ГЛАВА 2**

### **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛОВЫХ (СЕКСУАЛЬНЫХ) РАССТРОЙСТВ (ДИСФУНКЦИЙ), НЕ ОБУСЛОВЛЕННЫХ ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕМ**

8. Половые (сексуальные) расстройства (дисфункции), не обусловленные органическим расстройством или заболеванием, включают различные варианты неспособности пациента участвовать в половой жизни в соответствии с его желанием, в том числе:

отсутствие влечения;  
отсутствие удовлетворения;  
отсутствие или снижения физиологических реакций, необходимых для эффективного сексуального взаимодействия (например, эрекции, оргазма);  
укорочения или удлинения (затяжные варианты) продолжительности полового акта;  
отсутствие или снижение эмоционального ощущения оргазма.

9. Отсутствие или потеря сексуального влечения (F52.0 по МКБ-10):  
потеря полового влечения проявляется низкой сексуальной активностью и отсутствием у пациента желания проявлять эту активность.

Психогенные факторы подавления либидо:  
перенесенная травма сексуального насилия;  
низкая самооценка, связанная с убежденностью в своей сексуальной непривлекательности;  
болезненные личностные реакции на критику партнера или расставание с ним;  
бессознательное торможение желания близости как психологическая защита от глубинных страхов по поводу сексуальной жизни;  
равнодушие или отрицательное отношение к партнеру; неосознаваемые (вытесненные) гомосексуальные импульсы, которые тормозят гетеросексуальное влечение;  
длительное половое воздержание (по любым мотивам);  
дезактуализация сексуальных проявлений у людей, всецело поглощенных карьерой, бизнесом или зависимым поведением.

Отсутствие или потеря сексуального влечения может наблюдаться при следующих психических расстройствах (заболеваниях):

при расстройствах личности;  
шизофрении;  
аффективных расстройствах настроения;  
психических и поведенческих расстройствах вследствие употребления психоактивных веществ (далее – ПАВ) (опиоидов, алкоголя).

Потеря полового влечения отмечается также при:

височной эпилепсии;  
эндокринных нарушениях:  
у мужчин:  
первичный (связанный с патологическими изменениями в яичках); вторичный (обусловленный патологией гипофиза и гипоталамуса) гипогонадизм;  
пролактинсекретирующие опухоли гипофиза и другое;  
у женщин:  
патология надпочечников, яичников, гипоталамо-гипофизарная недостаточность;  
нежелательные реакции ряда ЛС: антипсихотиков, анксиолитиков группы бензодиазепинов, антидепрессантов, гипотензивных ЛС;  
длительно существующих половых дисфункциях, которые существенно затрудняют или делают невозможным сексуальные контакты (снижение или отсутствие либидо в этих случаях является вторичным, например, по отношению к нарушению функции эрекции).

10. Отвращение к половым сношениям и отсутствие полового удовольствия (F52.1 по МКБ-10):

при сексуальном отвращении (аверсии) половая связь с партнером вызывает сильные негативные чувства, страх или тревогу, достаточные для уклонения от половой активности.

Психологические факторы, формирующие сексуальное отвращение (мишени для психотерапевтической коррекции):

негативное, брезгливое отношение к сексу и страх перед проявлениями сексуальности, связанные с неправильным воспитанием;

изнасилование, инцест в прошлом;

выдвижение партнером, неприемлемых, с точки зрения пациента, требований к сексуальным контактам (выходящих за рамки допустимых форм сексуального общения, то есть индивидуального «диапазона приемлемости»);

регулярное отсутствие удовлетворения от половой близости из-за длительно существующей сексуальной дисгармонии.

Отсутствие сексуального удовлетворения рассматривается как проявление невротических реакций диссоциативного типа, отделяющих аффективный компонент оргазма от сознания. В их основе могут лежать конфликтные партнерские отношения, сексуальные комплексы (бессознательный запрет на чувственное наслаждение). Текущие депрессивные эпизоды различной тяжести также могут приводить к снижению или утрате удовольствия от переживания оргазма.

#### 11. Недостаточность генитальной реакции (F52.2 по МКБ-10):

у мужчин заключается в отсутствии или недостаточности эрекции полового члена для осуществления полового акта, у женщин выражается в отсутствии или недостаточности lubricации, полового возбуждения (эрекции клитора, набухания малых половых губ, дилатации влагалища, образовании оргастической манжетки).

Причинами нарушения недостаточности генитальной реакции являются психогенные факторы:

ситуационные факторы (неблагоприятные условия для проведения полового акта и другие);

травмирующие переживания (навязчивые воспоминания о предшествующих сексуальных срывах, тревожные опасения потерпеть новую неудачу и другие), травматический опыт (насилие, инцест), негативное родительское программирование в процессе воспитания, которое является причиной задержки психосексуального развития и тормозит развитие генитальных эрогенных зон;

партнерские проблемы (нарушения межличностной коммуникации и конфликтные отношения в паре, сексуальные дисгармонии);

личностные факторы (тревожно-мнительные черты характера, повышенная склонность к самоанализу; сниженная самооценка, ошибочные убеждения и установки в отношении половой жизни и прочее).

У пациентов обоих полов отсутствие генитальной реакции может наблюдаться при эндогенных и органических психических расстройствах, а также эпилепсии.

Органические факторы:

сосудистая патология (артериальная, венозная и сочетанная недостаточность генитального кровотока вследствие атеросклероза, травм, врожденных аномалий и другого);

неврологические нарушения (церебральные, спинальные и экстраспинальные);

эндокринные расстройства (патология гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, тестикулярные нарушения, сахарный диабет, другие эндокринопатии);

патология мочеполовой системы (пороки развития, опухоли, заболевания и травмы);

токсические влияния (зависимость от ПАВ, отравление гербицидами, свинцом и другими);

осложнения фармакотерапии – известны около 250 ЛС, способных вызывать нарушения эрекции. В их числе большинство ЛС для лечения психических расстройств (заболеваний) и гипотензивные ЛС, антиандрогены, блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов желудка, ингибиторы синтеза простагландинов, антигистаминные ЛС и другие;

органические причины у женщин: инфекционные, эндокринные расстройства половой сферы (эстрогенная недостаточность в постменопаузе), рубцовые изменения в тканях гениталий после родовых травм.

#### 12. Оргазмическая дисфункция (F52.3 по МКБ-10):

неспособность или сниженная способность получения сексуальной разрядки при сексуальной стимуляции у женщин. Отсутствие сексуальной разрядки и (или) отсутствие эякуляции у мужчин.

Оргазмическая дисфункция встречается чаще у женщин и связана с целым рядом психологических факторов подавления оргазма:

ситуационные факторы:

боязнь забеременеть;

неблагоприятные условия для сексуального контакта;

периодическое отсутствие в момент коитуса сексуального желания;

личностные факторы:

ложные и негативные установки по отношению к сексуальной жизни и к мужчинам;

страх полной потери контроля над своим поведением во время оргазма;

тревожное ожидание наступления оргазма и попытки сознательно усилить его приближение;

самореализующееся предсказание на отсутствие оргазма, вытесненный в бессознательное травматический сексуальный опыт, незрелость генитальных и экстрагенитальных эрогенных зон на фоне задержки психосексуального развития;

партнерские факторы:

сексуальный партнер не создает женщине благоприятных условий для переживания оргазма (как в эмоциональном плане, так и чисто технически);

конфликтные отношения с партнером, обусловленные его пьянством, изменами и другим.

При психогенном (невротическом) подавлении оргазма у женщин половое влечение может сохраняться или может быть незначительно снижено, эрогенные зоны реактивны (чувствительны) или гипоактивны. Могут сохраняться эротические сновидения с оргазмом, возможен мастурбационный оргазм.

Выделяют первичную и вторичную аноргазмию.

Первичная аноргазмия характеризуется неспособностью достижения сексуальной разрядки с начала половой жизни, либо при попытках мастурбаторной практики.

Вторичная аноргазмия (приобретенная), чаще всего, развивается после периода проявления относительно нормальных сексуальных феноменов (половая жизнь, мастурбаторная практика с оргазмом, эротические сновидения).

Аноргазмия чаще является вторичной, то есть развивается после периода относительно нормального сексуального функционирования и может носить селективный (избирательный) характер, проявляясь с конкретным партнером, либо может развиваться по различным психогенным причинам, связанным с конкретным местом или с конкретной ситуацией, а также при стереотипных сценариях и формах эротической стимуляции.

Причины:

атипичные формы мастурбаторной практики (оргазм достигается только особым способом, например, при мастурбации струями душа или ритмичном сжатии бедер (миотоническая форма мастурбации), уретральная мастурбация и другие, которые нарушают нормадаптацию при половых актах);

женщины изначально не испытывают высокой степени полового возбуждения и оргазма при коитусе (в некоторых случаях отсутствие развития и созревания эрогенных зон на фоне задержки психосексуального развития).

У мужчин оргазмическая дисфункция отмечается значительно реже и сочетается с отсутствием эякуляции при коитусе – анэякуляторное расстройство. В 2/3 случаев оно наблюдается с самого начала половой жизни и обусловлено задержками психосексуального развития. У таких мужчин ночные поллюции являются единственным источником семяизвержения (иногда мастурбация или петтинг), тогда как половой акт любой продолжительности никогда не приводит к эякуляции.

Изменение и отсутствие оргастических ощущений часто наблюдается при шизофрении, аффективных и органических психических расстройствах, зависимостях от употребления ПАВ, девиантных формах сексуальных предпочтений и парафилиях. Органические патогенетические причины вызывающие нарушение оргазмической функции:

осложнения при сахарном диабете;

заболевания щитовидной железы;

поражение иннервационных и сосудистых структур оргастического рефлекса;

нарушения половой гормональной регуляции;

интоксикации ПАВ;

прием ЛС (антипсихотики, анксиолитики, антидепрессанты, гипотензивные ЛС и другие).

13. Преждевременная эякуляция (F52.4 по МКБ-10):

невозможность контролировать эякуляцию в той мере, которая достаточна, чтобы оба партнера получили удовлетворение от полового акта.

Исключения:

дисфункция не является результатом длительного полового воздержания и не может быть приписана психическому расстройству или фармакотерапии.

Причины:

нерегулярная половая жизнь;  
тревога или беспокойство мужчины во время полового акта (часто на фоне проблем взаимоотношений с партнершей);  
привычка («самореализующееся предсказание») к быстрому наступлению эякуляции;  
сильное возбуждающее эротическое влияние партнерши;  
отсутствие перцептивного осознания мужчиной ощущений, предвещающих наступление эякуляции, что лишает его возможности пролонгировать коитус;  
органические факторы (заболевания предстательной железы застойного или воспалительного генеза, присоединение к ним симптомов регионального симпатоза, синдром парацентральных долек с формированием очень низких порогов возбудимости эякуляторного рефлекса).

14. Вагинизм неорганического происхождения (F52.5 по МКБ-10):

вагинизм считается психогенным расстройством. В тех случаях, когда обнаруживается органическая причина для болевых проявлений (воспалительные процессы, травмы и другое), речь идет о «псевдовагинизме». Среди нередко встречающихся психических нарушений у женщин, страдающих вагинизмом, следует отметить различные виды невротических расстройств (тревожно-фобические, диссоциативные, ипохондрические), а также специфические расстройства личности: шизоидные, истерические, тревожные (уклоняющиеся). Вагинизм может наблюдаться у женщин, страдающих шизофренией.

15. Диспареуния неорганического происхождения (F52.6 по МКБ-10):

диспареуния характеризуется болевыми ощущениями во время полового акта, возникает, как у мужчин, так и у женщин.

16. Повышенное половое влечение (F52.7 по МКБ-10):

характеризуется чрезмерным сексуальным влечением. Повышенное половое влечение может быть как самостоятельной проблемой, так и вторичным: на фоне аффективных расстройств настроения (F30-F39 по МКБ-10), на ранних стадиях деменции (F00-F03 по МКБ-10), у пациентов с умственной отсталостью (F70-F79 по МКБ-10).

Патологическая гиперсексуальность отличается не только количественным увеличением половых контактов, но и качественным изменением поведения – когда удовлетворение высоких сексуальных потребностей становится сверхценной идеей, целиком поглощающей индивида в ущерб другим сферам жизни.

Повышенное половое влечение проявляется в настоятельной потребности вступать в очень частые сексуальные контакты и всячески их разнообразить, а также в очень высоких физических возможностях в половой жизни либо сочетанием обоих этих качеств. Чрезмерная выраженность либидо обычно приводит к непрерывной смене сексуальных партнеров, многократным в течение суток половым актам с ними, сексуальным оргиям, эксцессивной мастурбации.

17. Другая сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью (F52.8 по МКБ-10):

включает сексуальные дисфункции, обусловленные психическими расстройствами или психогенными факторами: посткоитальная дисфория (встречается в основном у мужчин и проявляется тем, что после успешного коитуса у них возникают напряжение, тревога, сильная раздражительность и пониженное настроение), посткоитальные головные боли, компульсивная мастурбация и другие.

### ГЛАВА 3

#### **ДИАГНОСТИКА ПОЛОВЫХ (СЕКСУАЛЬНЫХ) РАССТРОЙСТВ (ДИСФУНКЦИЙ), НЕ ОБУСЛОВЛЕННЫХ ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕМ**

18. Перечень обязательного общеклинического обследования:

консультация психолога с целью психологической диагностики;  
использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;



- общий анализ крови – однократно, далее по медицинским показаниям;
  - общий анализ мочи – однократно, далее по медицинским показаниям;
  - биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение уровня аспаратаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, общего холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов, глюкозы – однократно, далее по медицинским показаниям;
  - обследование на сифилитическую инфекцию – однократно (совершеннолетним пациентам);
  - флюорография органов грудной клетки не реже 1 раза в год (совершеннолетним пациентам);
  - консультация врача-акушера-гинеколога – однократно (для женщин);
  - консультация врача-уролога – однократно (для мужчин);
  - мазок на кишечечно-патогенную флору – по медицинским показаниям.
19. Перечень дополнительного обследования (по медицинским показаниям):
- консультация врачей иных специальностей;
  - измерение индекса массы тела;
  - определение уровней содержания фруктозы и лимонной кислоты в эякуляте;
  - диагностика функционального состояния яичников (измерение базальной температуры, кольпоцитологическое исследование и прочее;
  - диагностическое применение ингибиторов фосфодиэстеразы (силденафил, тадалафил, варденафил) с учетом наличия сексуальной стимуляции;
  - фармакологическое тестирование (определение качества эрекции после интракавернозной инъекции простагландина E1 (10 мкг алпростадил));
  - ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов малого таза, у мужчин – УЗИ сосудистого русла гениталий до и после интракавернозной фармакологической нагрузки (инъекции папаверина гидрохлорида 2 мл – 2 %, либо простагландина E1 (10 мкг алпростадил));
  - эхокардиография;
  - ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга;
  - фаллоартериография;
  - динамическая инфузионная кавернозография;
  - определение вибрационной чувствительности полового члена при помощи биотензиометра;
  - определение уровня половых гормонов: фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона, пролактина, общего тестостерона, секс-стероид-связывающего глобулина, свободного тестостерона, ДГЭА-S, прогестерона, пролактина, эстрадиола в плазме крови;
  - электромиография мышц промежности;
  - компьютерная томография (далее – КТ) либо магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) головного и/или спинного мозга: при потере сексуального влечения – КТ либо МРТ головного мозга с акцентом на гипоталамо-гипофизарной области;
  - электроэнцефалография;
  - электрокардиография;
  - определение уровня тиреотропного гормона;
  - определение уровня гликированного гемоглобина;
  - определение уровня пролактина;
  - определение уровня церулоплазмينا и меди в крови при подозрении на болезнь Вильсона-Коновалова;
  - анализ мочи на токсические вещества (медь, свинец, ртуть, толуол, бензол) при подозрении на интоксикацию;
  - анализ мочи на бензодиазепины и барбитураты;
  - анализ мочи на дельта-аминолевулиновую кислоту при подозрении на острую перемежающуюся порфирию;

исследование спинномозговой жидкости/крови на герпесвирусы, бактериальные инфекции, антинейрональные антитела – при подозрении на инфекционную этиологию заболевания либо аутоиммунный энцефалит;

тест на беременность;

медико-генетическое консультирование для исключения наследственных заболеваний.

20. Допускается не проводить обязательное обследование при предоставлении пациентом выписки из медицинских документов с результатами обследований, указанных в пунктах 18–19 настоящего клинического протокола, проведенных не позднее чем за три месяца до обращения.

#### ГЛАВА 4

### МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ПОЛОВЫМИ (СЕКСУАЛЬНЫМИ) РАССТРОЙСТВАМИ (ДИСФУНКЦИЯМИ), НЕ ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

21. Оказание медицинской помощи выполняется в амбулаторных условиях.

Лечение:

начинается с сексуальной ресоциализации, то есть с создания необходимых предпосылок для успешного лечения:

расширение круга общения и возможностей для знакомства и сближения с лицом противоположного пола (при отсутствии сексуального партнера);

смягчение супружеских конфликтов до уровня, позволяющего начать восстановительное лечение;

вовлечение партнера в лечебный процесс (как минимум, его не противодействие половой активности пациента, в оптимальном варианте – заинтересованное участие в сексуальных контактах);

рекомендации по устранению помех (объединение партнерских постелей, подбор адекватной контрацепции, создание атмосферы уединения и интимности).

Лечение половых (сексуальных) расстройств (дисфункций), не обусловленных органическим расстройством или заболеванием, является комплексным и предполагает, как использование психотерапевтических методов, так и сочетанное, с применением фармакотерапии, психотерапии, физических методов лечения, в некоторых случаях – механотерапии (эректоров и вакуумных приспособлений для достижения эрекции) или хирургических вмешательств (у пациентов с осложненными органическими нарушениями функции эрекции при неэффективности иных лечебных мероприятий).

Психотерапия:

когнитивно-поведенческая психотерапия, гипносуггестивная терапия, приемы секс-терапии, нейролингвистическое программирование (далее – НЛП), десенсибилизация и переработка движениями глаз (далее – ДПДГ), гештальт-терапия, краткосрочная парадоксальная терапия, психотерапевтическое опосредование лечебных процедур, партнерская, семейная (эмоционально фокусированная) терапия, супружеская психотерапия и другие.

Фармакотерапия:

назначаются анксиолитики, антидепрессанты:

пароксетин 20–40 мг/сутки;

эсциталопрам 10–20 мг/сутки;

флувоксамин – 100–200 мг/сутки;

сертралин – 50–150 мг/сутки;

флуоксетин – 20–40 мг/сутки.

венлафаксин – 150–225 мг/сутки;

дулоксетин – 60–120 мг/сутки;

кломипрамин – 50–250 мг/сутки;

клоназепам – 0,5–1 мг/сутки;

алпразолам 0,25–2 мг/сутки;

феназепам – 2–4 мг/сутки.

Физические методы:

электролечение (промежностная, ректальная и уретральная электростимуляция, диатермия вагинальная, дарсонвализация наружных половых органов женщины);

воздействие ультразвуком (ультрафонофорез);

водолечение: гидромассаж простаты, лечебные микроклизмы; грязелечение в аппликационной и внутривполостной (ректальной, вагинальной) формах;

лечебный массаж: пальцевой массаж предстательной железы и семенных пузырьков, пневмомассаж полового члена с помощью локального низкого давления;

методы рефлекторного воздействия: хлорэтиловые блокады ромба Михаэлиса, акупунктура, аурикулотерапия, традиционный восточный массаж;

вибростимуляция эрогенных зон при помощи вибромассажера и другие.

Помимо фармакологического и физических методов лечения возможно местное применение увлажняющих гелей-смазок или смазочных средств.

Психосоциальная реабилитация, этап сексуальной реадaptации, ожидаемый результат:

оптимизация сексуального взаимодействия с партнером, достижение или восстановление гармонии в интимной жизни и приобретение супружеской парой безопасной эмоциональной привязанности, способности конструктивно разрешать проблемные ситуации в семейно-сексуальных отношениях.

Проведение психосоциальной реабилитации возможно лишь при следующих условиях:

пациент имеет устойчивые партнерские отношения или состоит в браке;

у партнеров (супругов) есть обоюдное желание повысить удовлетворенность от совместной половой жизни;

партнер(ша) согласен(а) участвовать в сексологическом лечении и следовать рекомендациям медицинских работников и предписаниям относительно его поведения при интимной близости с пациентом.

Рекомендуется возобновление парой регулярных половых контактов. В ряде случаев их рекомендуют начинать спеттинга либо используют приемы секс-терапии для повышения физического удовольствия от сексуальных контактов (приемы чувственного фокусирования и другие) и устранения тревожного ожидания неудачи при коитусе;

уточнение индивидуальных сексуальных предпочтений партнеров с целью совместного планирования и последующей практической реализации оптимальных для них вариантов сексуального взаимодействия;

семейная и супружеская психотерапия для обучения партнеров более эффективному межличностному взаимодействию.

22. Отсутствие или потеря сексуального влечения (F52.0 по МКБ-10):

особенности диагностики:

при сборе сексологического анамнеза особое внимание следует уделить наличию коморбидной патологии, связанной с другими психическими и поведенческими расстройствами, психосексуальному развитию, наличию парафилий и девиаций полового влечения (бисексуальное, гомосексуальное и прочее), сексуальному дебюту и последующему опыту интимных контактов, представлениям пациента о сексуальной норме и психофизиологии половой жизни, характеру межличностных и сексуальных взаимоотношений с постоянным сексуальным партнером/супругом либо выяснению причин отсутствия такового.

Лечение:

активизация подавленного полового влечения может осуществляться на биологическом уровне (использование фармакотерапии и физических методов лечения) и психологическом уровне (психотерапевтическое воздействие).

По медицинским показаниям используются следующие группы ЛС:  
антидепрессанты (тианептин, эсциталопрам, сертралин, флувоксамин);  
анксиолитики (тофизопам, мебикар, буспирон, грандаксин, феназепам);  
ноотропы (пирацетам).

ЛС с целью заместительной гормональной терапии назначаются пациентам только после врачебной консультации по профилю заболевания;

поливитамины;

ЛС, улучшающие кровообращение (ницерголин, пентоксифиллин и другие).

Психотерапия:

НЛП, ДПДГ, гештальт-терапия, клинический гипноз, телесно-ориентированные практики, психоанализ, когнитивно-рациональная психотерапия, секс-терапия.

Физические методы лечения проводятся согласно пункту 21 настоящего клинического протокола.

Дополнительные методы лечения: акупунктура и лазеропунктура, аурикулотерапия, традиционный восточный массаж.

23. Отвращение к половым сношениям и отсутствие полового удовольствия (F52.1 по МКБ-10):

показана психотерапия сексуальной аверсии, индивидуальная и парная. Используются техники, направленные на нейтрализацию негативного сексуального опыта, ликвидацию последствий психологической травмы (НЛП), гипносуггестивная терапия, ДПДГ, гештальт-терапия, секс-терапия.

Фармакотерапия проводится согласно пункту 21 настоящего клинического протокола.

Ожидаемый результат – оптимизация межличностного конструктивного, а в последующем и сексуального взаимодействия с партнером, достижение и восстановление гармонии в интимной жизни и приобретение супружеской парой способности разрешать проблемные ситуации в семейно-сексуальных отношениях.

24. Недостаточность генитальной реакции (F52.2 по МКБ-10):

лечение:

сочетанное использование фармакотерапии, психотерапии, физических методов лечения и рефлексотерапии.

Психотерапия:

техники нейролингвистического программирования («интеграция якорей», «визуально-кинестетическая диссоциация», «взмах»);

гипнотерапия (ресурсные транссы, техника левитации руки с соответствующими суггестиями и другие);

ДПДГ;

секс-терапия поэтапно: эротическое наслаждение без эрекции, эрекция без оргазма, экстравагинальный оргазм, интромиссия без оргазма, коитус (при благожелательном отношении партнерши к лечению);

психотерапевтическая коррекция нарушенных межличностных и сексуальных отношений в паре (семейная или супружеская психотерапия).

Фармакотерапия:

в случаях нарушения кровоснабжения гениталий – пурины, алкалоиды спорыньи, простагландины, фибраты, ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы, ингибиторы фосфодиэстеразы;

при поражении венозного русла – биофлавоноиды;

при поражениях проводящих нервных путей – антихолинэстеразные ЛС;

для получения быстрого эффекта применяют специфические ЛС для лечения нарушений эрекции – блокаторы фосфодиэстеразы 5-го типа: силденафил (предварительно проводят психотерапевтическую коррекцию страха перед коитусом, а при снижении либидо – терапию, направленную на повышение полового влечения).

Физические методы лечения:

лечебный массаж: пальцевой массаж предстательной железы и семенных пузырьков, пневмомассаж полового члена с помощью локального низкого давления, а также рефлексотерапия (акупунктура);

кремы – лубриканты.

25. Оргазмическая дисфункция (F52.3 по МКБ-10):

при психогенной (невротической) аноргазмии у женщин применяется индивидуальная и парная психотерапия, направленная на повышение интереса к половой жизни и сексуальной предприимчивости, улучшение межличностных и сексуальных отношений с партнером. Применяется секс-терапия с применением специфических методик (вибростимуляция эрогенных зон, чувственное фокусирование, «мост» и прочее).

Применяется телесно-ориентированная терапия. Краткосрочная стратегическая парадоксальная терапия. Эриксоновский гипноз и другие.

У женщин с психогенной аноргазмией вследствие неадекватно развитой сексуальности лечебные мероприятия концентрируются на формировании адекватных оргастических навыков. С этой целью используется секс-терапия, которая включает следующие этапы: достижение оргазма при мастурбации, оргазм в присутствии партнера посредством клиторальной стимуляции, оргазм в ходе коитуса (при его недостижении – прием «мост»).

Применяют кремы, повышающие эрогенную чувствительность и реактивность, методы рефлексотерапии (акупунктура, аурикулотерапия, традиционный восточный массаж).

Основной метод лечения первичного анэякуляторного расстройства у мужчин – психотерапия с проведением курса вибростимуляции полового члена до получения эякуляции и оргазма.

26. Преждевременная эякуляция (F52.4 по МКБ-10):

определяется в соответствии со степенью выраженности дисфункции, а также длительностью расстройства и сопутствующей психопатологической (урологической либо неврологической) симптоматикой. При наличии обострения хронического простатита на начальном этапе лечения проводится санация предстательной железы.

Фармакотерапия:

антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (далее – СИОЗС) (сертралин, эсциталопрам, флуоксетин, флувоксамин, пароксетин) – курсом от 1 до 4–6 месяцев;

использование местноанестезирующих ЛС (например, орошение 10 % раствором лидокаина в аэрозоле нижней части головки пениса, использование кремов с анестетиками).

Физические методы лечения:

массаж предстательной железы (6–15 процедур через день);

орошение хлорэтилом ромба Михаэлиса (6–12 процедур);

аурикулотерапия и акупунктура.

Все лечебные процедуры проводятся на фоне регулярной половой жизни.

Психотерапия направлена на снижение тревоги перед коитусом (гипнотерапия, техники НЛП, ДПДГ), улучшение межличностных и сексуальных отношений в паре (приемы супружеской и сексуальной терапии).

Самостоятельно или в комбинации с антидепрессантами группы СИОЗС могут использоваться специальные секс-терапевтические упражнения (техника сжатия головки, техника стоп-старт).

27. Вагинизм неорганического происхождения (F52.5 по МКБ-10):

лечение вагинизма носит парный и комплексный характер. При наличии у пациента тех или иных психопатологических расстройств применяют антидепрессанты, анксиолитики, антипсихотики.

Психотерапия:

гипносуггестивная терапия либо ДПДГ для устранения страха перед половым актом, нейтрализации негативных воспоминаний о предшествующих болезненных попытках коитуса, а также усиления эротических переживаний;

прогрессивная десенсибилизация с использованием специальных расширителей влагалища увеличивающихся размеров (когда становится возможным безболезненное введение расширителя, имитирующего эрегированный половой орган мужчины, врач-специалист санкционирует переход к коитальной активности).

Важное место занимает сексуальная реадaptация пары с привлечением на заключительных этапах терапии партнера в качестве ко-терапевта. С целью десенсибилизации реакции на пенетрацию, партнера обучают секс-терапевтическим приемам.

28. Диспареуния неорганического происхождения (F52.6 по МКБ-10):

лечение:

при наличии гениталий психосоматического генеза проводится фармакотерапия с использованием антидепрессантов (эсциталопрам, флувоксамин, кломипрамин), анксиолитиков (клоназепам), антипсихотиков (сульпирид).

Психотерапия:

техники визуализации, направленные на работу с болью и дискомфортом;

гипносуггестивная терапия и аутотренинг;

супружеская терапия для улучшения взаимоотношений между партнерами;

секс-терапия, приемы телесно-ориентированной терапии.

29. Повышенное половое влечение (F52.7 по МКБ-10):

лечение:

фармакотерапия: ЛС (преимущественно антипсихотики пролонгированного действия), противосудорожные ЛС.

Психотерапия направлена на коррекцию самооценки, выработку более адекватного отношения к своему состоянию, формирование лечебной перспективы и повышение способности контролировать собственное сексуальное поведение.

30. Другая сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью (F52.8 по МКБ-10):

лечение:

фармакотерапия проводится с учетом характера сексуальных нарушений и выраженности психопатологической симптоматики.

Психотерапия направлена на коррекцию основных психологических механизмов, участвующих в формировании половых дисфункций, а также их отдельных проявлений.

31. Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью, неуточненная (F52.9 по МКБ-10):

лечение:

фармакотерапия проводится с учетом характера сексуальных нарушений и выраженности психопатологической симптоматики.

Психотерапия направлена на коррекцию основных психологических механизмов, участвующих в формировании половых дисфункций, а также их отдельных проявлений.

Приложение  
к клиническому протоколу  
«Оказание медицинской помощи  
пациентам с половыми (сексуальными)  
расстройствами (дисфункциями),  
не обусловленными органическим  
расстройством или заболеванием  
(взрослое и детское население)»

## **ПЕРЕЧЕНЬ**

**структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики, рекомендуемых к применению при половых (сексуальных) расстройствах (дисфункциях), не обусловленных органическим расстройством или заболеванием**

1. Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы (КНОКС) И.М.Тонконогий;
2. Батарея лобной дисфункции (FAB);
3. Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE);
4. Методика «Заучивание 10 слов» А.Р.Лурия;
5. Методика «Кратковременная память на числа»;
6. Метод «Пиктограммы» (С.В.Логинова, С.Я.Рубинштейн);
7. Воспроизведение рассказов (под ред. Е.Ю.Балашовой, М.С.Ковязиной);
8. Шкала памяти Д.Векслера;
9. Методика «Таблицы Шульте»;
10. Корректурная проба (Б.Бурдон);
11. Методика «Счет по Э.Крепелину»;
12. Методика диагностики ассоциативного процесса «Пиктограммы» С.В.Логинова, С.Я.Рубинштейн, Л.С.Выготский, В.Г.Херсонский;
13. Методика «Классификация предметов» (К.Гольштейн, Л.С.Выготский, Б.В.Зейгарник);
14. Методика «Исключение четвертого лишнего» (Т.Д.Марциновская);
15. Методика «Сравнение понятий» (Л.С.Выготского, Л.С.Сахарова);
16. Методика «Соотношение пословиц, метафор и фраз» (Б.В.Зейгарник);
17. Методика исследование интеллекта Д.Векслера (взрослый и детский);
18. Прогрессивные матрицы Равена;
19. Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ – модификация ММРІ Ф.Б.Березиным, М.П.Мирошниковой, Е.Д.Соколовой);
20. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ, Л.Н.Собчик);
21. Методика изучения структуры темперамента Я.Стреляу;
22. Опросник личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина;
23. Шкала для самооценки тревоги Цунга;
24. Личностная шкала проявлений тревоги (J.Teulor), адаптирован Т.А.Немчиным;
25. Методика «Дифференциальная диагностика депрессивных состояний» (В.Жмуров);
26. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.Зунга (адаптация Т.И.Балашовой);
27. Опросник депрессивных состояний (И.Г.Беспалько, Л.И.Вассерман), для дифференциального различия невротической и эндогенной депрессии (мужской и женский варианты);
28. Готландская шкала мужской депрессии (В.Рютц, З.Ример);
29. Шкала депрессии Т.Бека (взрослый и подростковый вариант);
30. Шкала суицидальных намерений SSI (Т.Бек, М.Коувэкс) и ее модификация MSSI;
31. Шкала суицидальных интенций (SIS);

32. Шкала безнадежности Т.Бека;
33. Тест «Оценка агрессивности в отношениях» А.Ассингера;
34. Опросник уровня агрессивности Басса–Перри (адаптация С.Н.Ениколоповым, Н.П.Цибульским);
35. Метод портретных выборов Сонди (адаптация С.Н.Собчик);
36. Цветовой тест Люшера (адаптация С.Н.Собчик);
37. Методика фрустрации Розенцвейга;
38. Опросник эмоциональных отношений в семье Е.И.Захаровой (методика ОДРЭВ);
39. Опросник АСВ (анализ семейных взаимоотношений) Э.Г.Эйдемиллера.