

Ситуационные задачи

Сексология

medkeys.ru/product/seksolog/



Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 35 лет. Назначена судебная стационарная комплексная сексолого-психиатрическая экспертиза в рамках уголовного дела в связи с привлечением к уголовной ответственности за совершение сексуальных действий с 11-летним мальчиком в виде орально-генитальных контактов.

Жалобы

Жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

Со слов подэкспертного, в детском возрасте находился на домашнем воспитании, интереса к межполовым различиям не было. С 7 лет обучался во вспомогательной школе. Предпочитал общаться с девочками, играл с ними. Периода дистинкции не было. В 8-10 лет, находясь на отдыхе в детском лагере, по просьбе «двух-трех мальчиков – ровесников», позволил им мастурбировать свой половой член, затем мастурбировал их пенисы. Тогда впервые испытал наступление оргазма, эякуляции. С 12 лет продолжал обучение в школе-интернате, где также сторонился общения со сверстниками, подвергался избиениям и сексуальным притязаниям. Так, в 14 лет старшеклассник «заманил» его в актовый зал школы под предлогом «поговорить», однако при встрече, угрожая побоями, склонил его к анально-генитальному контакту. После этого через 1-2 года стали возникать фантазии о сексуальных контактах в оральной и анальной формах в пассивной роли с мальчиками 11-12 лет, во время которых мастурбировал, что происходило примерно 1 раз в месяц. С 17 лет стали появляться желания реализовать свои фантазии, но некоторое время ограничивался мастурбацией, так как не было возможности осуществить свои побуждения. В 20 лет познакомился с 12-летним мальчиком, пообещал устроить его на работу в цирк, а также подарить сотовый телефон и игровую приставку. Затем увёз в другой город, где проживал с ним 2 дня в номере гостиницы. Там он мастурбировал половой член мальчика, совершал с ним орально-генитальный контакт в пассивной роли, просил потерпевшего вступить с ним в анально-генитальный контакт, при этом хотел выступать также в пассивной роли. Было назначено условное наказание в виде 2 лет лишения свободы. В 24 года вступал в орально-генитальные контакты в пассивной роли с тремя мальчиками 11-12 лет. В одном из эпизодов удерживал мальчика в ванной комнате, целовал его в щеки, гладил по рукам, ногам, спине, ягодицам, затем взял в рот половой член мальчика, одновременно мастурбируя свой половой член. Похожие действия совершал и с другими мальчиками. Было назначено наказание в виде 10 лет лишения свободы и принудительное

наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях в связи с диагностированной умственной отсталостью. В 34 года был освобожден, в дальнейшем проживал с матерью. Платонико-эротических чувств к женщинам и мужчинам никогда не испытывал. Сексуальных отношений с ними никогда не было.

Анамнез жизни

* Мать страдала параноидной шизофренией; * Родился недоношенным; * Воспитывался в неполной семье; * Не курит, алкоголь употребляет редко; * Безработный.

Объективный статус

Движения замедленные, неловкие. На стул присаживается в причудливую позу: располагается по отношению к собеседнику вполоборота, при этом поворачивает голову в сторону эксперта и пристально смотрит на протяжении всего обследования. Выражение лица то испуганно-взволнованное, то периодически появляется неуместная улыбка, не связанная с контекстом обсуждаемых тем. Изредка вытягивает губы трубочкой, совершает стереотипные ими движения, что-то шепчет, причмокивает, щелкает языком, поглаживает кончики пальцев, стереотипно постукивает пяткой о пол. Говорит монотонным голосом, порой с оправдывающейся интонацией. На вопросы отвечает кратко, но не строго заданную тему, не отклоняясь в беседе от основной ее канвы. Однако не всегда понимает смысл заданных вопросов (которые приходится предельно упрощать), в связи с чем иногда отвечает не по существу. Опирается шаблонными высказываниями. Биографические сведения излагает непоследовательно, не может вспомнить и датировать основные события своей жизни, при этом надолго задумывается, лицо становится напряженным, но, в конечном счете, так и не может дать верного ответа. В течение беседы затрудняется запомнить имя и отчество врача даже после третьего напоминания. Предъявляет жалобы на запоминание текущих событий: так, не может вспомнить те блюда, которые употреблял в пищу накануне, прочитанные им короткие заметки. В связи с этим любит просматривать рекламные ролики, так как не запоминает содержание полнометражных фильмов и не улавливает смысл сюжета. Облегченно относится к своему состоянию, неоднократно акцентирует внимание эксперта на том, что является здоровым человеком, при этом приводит формальную аргументацию: «Если бы был болен, состоял бы у психиатра» на учете. Удивленно спрашивает, зачем его привезли на обследование в Центр. Затрудняется пояснить цель обследования, а на вопросы, связанные с инкриминируемыми деяниями, оставляет без ответа или уклоняется от них. Крайне неохотно говорит об особенностях полового развития, правонарушений, совершенных в прошлом. При обсуждении правонарушений выставляет себя в

качестве жертвы, указывая, что мальчик «насиловал его», выступая в оральном контакте в качестве активного партнера. Утверждает, что потерпевший называл себя «геем» и практически ежедневно, на протяжении двух недель, «насиловал» подэкспертного, при этом он не сопротивлялся, так как «наверное, было приятно». Позднее в беседе высказывает сомнения в достоверности своих воспоминаний, так как каждый раз «был пьян, не соображал ничего». Сообщает, что также трогал в области половых органов и ягодиц мальчика, которому это «нравилось». Не расценивает свое влечение к мальчикам как нечто болезненное, убежден в том, что многие мужчины желают иметь в качестве половых партнеров мальчиков или девочек, однако не идут на это, так как опасаются наказания. *Состояние соматосексуальной сферы.* Со слов, возраст появления оволосения подбородка – 20 лет, лобковой области – 16 лет. При осмотре оволосение туловища скудное и по женскому типу: оволосение лобка – горизонталь, груди и живота – отсутствует. Наружные половые органы сформированы правильно. Гинекоморфия. Астенический тип конституции. Слабая половая конституция.

Для дальнейшего обследования необходимо провести

Результаты обследования

Дополнительная информация

Дополнительно сексологом было назначено психологическое исследование сексуальной сферы, в ходе которого выявлено, что у подэкспертного фемининный тип полоролевой идентичности при положительном самоотношении, мужской образ усвоен формально по андрогинному типу, а отношение к нему амбивалентное, представление об образе женщины сформировано поверхностно с отрицательным к нему отношением, сексуальные предпочтения не дифференцированы по половому и возрастному признакам.

Указанный патопсихологический симптомокомплекс наиболее характерен для

- расстройств половой идентификации
- эфебофилии
- педофилии
- гомосексуальной ориентации

Основным психосексуальным расстройством является

- расстройств половой идентификации
- эфебофилии

- педофилии
- гомосексуальной ориентации

Диагноз

Отношение к влечению следует квалифицировать как

- недифференцированное
- эгосинтоническое
- синтонно-дистонное
- эгодистоническое

Половое развитие подэкспертного следует расценивать как

- задержанное
- преждевременное
- дисгармоничное
- нормативное

Учитывая, что психиатрами у подэкспертного были обнаружены грубые интеллектуально-мнестические расстройства при оценке осознанно-волевой регуляции поведения, следует считать, что подэкспертный + _____ + осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

- не мог
- не мог в полной мере
- не мог в полной мере вследствие отставания в психическом развитии
- мог

Подэкспертному следует рекомендовать принудительное лечение в

- амбулаторных условиях
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре общего типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением

На начальном этапе лечения противопоказанием к проведению когнитивно-поведенческой терапии при педофилии является

- дистоническое отношение к влечению
- синтоническое отношение к влечению
- обсессивный характер влечения

- компульсивный характер влечения

При наличии у подэкспертного противопоказаний к психотерапии следует назначать

- сертралин
- андрокур
- флюанксол
- карбамазепин

Дизонтогенетические состояния связаны с дефицитом + + системы

- серотонинергической
- норадренергической
- дофаминергической
- холинергической

При реализации аномального сексуального влечения в пароксизмальных состояниях показан

- флюанксол
- амитриптилин
- сертралин
- карбамазепин

Гиперпролактинемия не отмечается при назначении

- флюанксол
- амитриптилин
- сертралин
- карбамазепин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 35 лет. Назначена судебная стационарная комплексная сексолого-психиатрическая экспертиза в рамках уголовного дела в связи с привлечением к уголовной ответственности за совершение сексуальных действий с малолетними девочками.

Жалобы

Предъявляет жалобы на наличие стойких эротических фантазий о сексуальных контактах с девочками.

Анамнез заболевания

Родился от 3-ей беременности. Наблюдался у невролога с диагнозом: «Задержка психомоторного развития». В детском дошкольном учреждении играл в одиночестве, избегая общения со сверстниками. К детям был «бессознательно жесток», замечен воспитателями в занятиях онанизмом. В начальных классах общался преимущественно с мальчиками, но друзей не имел, предпочитая оставаться в одиночестве. Иногда подшучивал над девочками, которых дергал за косички, подкладывал им кнопки. С 12-13 лет спонтанно при виде малолетней девочки 5-7 лет стали появляться желания дотронуться до ее половых органов, из любопытства посмотреть их. В этом же возрасте был единичный эпизод во время фантазирования, когда представлял, как трогает половые органы знакомого 5-летнего мальчика. Фантазии же с участием девочек периодически появлялись и до задержания по настоящему уголовному делу. Будучи подростком, впервые стал реализовывать свои желания. Однажды с 7-летней соседкой имитировал половой акт и трогал ее половые органы. В последующем в этом же возрасте был повторный подобный эпизод с младшей сестрой. В 13-14 лет стал мастурбировать при просмотре порнографических фильмов и журналов нормативного или лесбийского содержания. При эротическом фантазировании представлял девочек: то, как трогает их половые органы и водит членом по их гениталиям. В 17-летнем возрасте заметил двух девочек приблизительно семи лет; в тот момент спонтанно возникло желание прикоснуться до их гениталий, что и реализовал, зайдя за ними в подъезд. Подобные же действия совершил еще и в 20 лет в отношении своих соседок. В 17-18 лет влюбился в девушку на два года младше него. С ней имел первый половой опыт, который оценивает как удачный. Из-за частых конфликтов они расстались. В последующем имел несколько половых партнерш. Как правило, это были сиюминутные знакомства, которые никак в дальнейшем не поддерживал. Максимальный экссесс – 5 половых контактов в сутки. Помимо ведения нормативной половой жизни, прибегал к мастурбации, представляя сексуальные контакты с девочками.

Анамнез жизни

* Бабка по материнской линии страдала алкоголизмом * Отец страдал алкоголизмом, расстройством личности * Имеет двух младших братьев и сестру
* Курит, злоупотребляет алкоголем * Разнорабочий

Объективный статус

Входит ссутулившись, устремив взгляд вниз; садится в закрытую позу. Жестикуляция на протяжении всей беседы отсутствует. Выражение лица по большей части нейтральное. Иногда по несущественному поводу начинает внезапно плакать; после того как самостоятельно успокаивается, на лице появляется благодушная улыбка. Во время общения изъясняет стремление к

диалогу, однако инициативу в нем не поддерживает, на вопросы отвечает хотя и по существу, но после долгих пауз раздумья кратко и односложно. Без смущения рассказывает об особенностях сексуального развития, взаимоотношениях с противоположным полом. При разговоре об инкриминируемом деянии голос становится тихим, морщины лица разглаживаются, смотрит в одну точку, взгляд устремлен в пол. Во время бесед сообщает противоречивые сведения, а при указании на это, замолкает. Так, то говорит, что правонарушения совершал в состоянии опьянения, то, будучи трезвым; с одной стороны описывает те же события противоправных деяний, о которых сообщал во время следствия, то, внезапно, отрицает свою причастность в ряде из них, утверждая, что было всего три эпизода, во время которых трогал половые органы девочек. Упоминает, что при виде девочки в короткой юбке возникало желание потрогать ее гениталии. В этот момент появлялся страх, становился «другим» человеком, во время эротических действий мысли «из головы исчезали», перед глазами была только одна картинка: член и половые органы девочки, а все окружающее переставало существовать. Отмечает, что алкогольные напитки чаще всего снижали половое влечение, а в ситуациях инкриминируемого ему деяния происходило наоборот. Свое поведение оценивает как негативное, поскольку за данные деяния привлекают к уголовной ответственности. Допускает мысль, что в случае отсутствия уголовной наказуемости за эти поступки, продолжил бы их совершать. Хотя и расценивает свое влечение к малолетним девочкам отрицательно, тем не менее, почему именно это так, ответить не может, затрудняясь даже отнести его к «ненормальным» или «болезненным» проявлениям.

В план обследования следует включить

- флюанксол
- амитриптилин
- сертралин
- карбамазепин

Результаты обследования

Основным психосексуальным расстройством является

- гетеросексуальная педофилия
- гетеросексуальная гебофилия
- гетеросексуальная эфебофилия
- бисексуальная педофилия

В соответствие с критериями МКБ-10 подэкспертному следует выставить диагноз

- гетеросексуальная педофилия
- гетеросексуальная гебофилия
- гетеросексуальная эфебофилия
- бисексуальная педофилия

Диагноз

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

- обсессивно-компульсивном
- импульсивном
- компульсивном
- сверхценном

Отношение к влечению следует квалифицировать как

- эгосинтоническое
- недифференцированное
- эгодистоническое
- синтонно-дистонное

У подэкспертного обнаруживаются признаки

- задержки психосексуального развития
- опережения психосексуального развития
- сложной дисгармонии пубертата
- задержки соматосексуального развития

Соматосексуальное развитие подэкспертного следует расценивать как

- задержанное
- преждевременное
- нормативное
- дисгармоничное

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

- не мог в полной мере
- не мог
- не мог в полной мере вследствие отставания в психическом развитии
- мог

Подэкспертному следует рекомендовать принудительное лечение в

- психиатрическом стационаре общего типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- амбулаторных условиях

При компульсивном характере влечения рекомендуется назначение

- амитриптилина
- карбамазепина
- сертралина
- солей лития

При резистентности к терапии психотропными препаратами следует назначать

- антиандрогены
- электро-судорожную терапию
- когнитивную психотерапию
- тестикулоэктомию

Патогенез импульсивных парафильных расстройств связан с дисфункцией

+ _____ + систем

- антиандрогены
- электро-судорожную терапию
- когнитивную психотерапию
- тестикулоэктомию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

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

Жалобы

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

Анамнез заболевания

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

Анамнез жизни

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

Объективный статус

Входит обычной походкой. При внешнем спокойствии, отмечается выраженная вегетативная реакция: пятна покраснения на шее, в области лба, на руках – неравномерная синюшная окраска. Поддерживает зрительный контакт. Первым в беседу не вступает, но сразу соглашается на обследование. Беседует охотно, а диалог ведет неторопливо. На вопросы отвечает по существу, развернуто. Речь тихая, ровная, слегка смазанная, с бедным словарным запасом. Отмечается обильное слюноотделение, эпизодически вытирает рот ладонью. Откровенно рассказывает о половом развитии и своих сексуальных переживаниях. Твердо указывает, что никогда не влюблялся, и было только сексуальное влечение к детям. Порой испытывал симпатию к человеку, но исключительно из-за его деловых качеств. Подчеркивает, что всегда сторонился людей, что объясняет «закомплексованностью», неуверенностью, нерешительностью. Увлеченно поддерживает диалог о компьютерных программах, с помощью которых находил сайты с порно-продукцией с участием детей. До ситуации правонарушений сдерживал свое желание и отказывался от непосредственного контакта с детьми: прибегал к мастурбации, фантазируя о добровольных орально-генитальных контактах с мальчиками, в которых видел себя в пассивной роли. Иногда фантазии возникали спонтанно, либо при просмотре фотографий с обнаженными мальчиками и девочками. Имел свободный график работы, выкраивая время для ежедневной мастурбации. Во время беседы об инкриминируемых деяниях, остается внешне спокойным, но при этом густо краснеет, речь становится чуть громче. Упоминает, что однажды в магазине к нему подошел мальчик, спрашивая денег, и в этот момент в нем «все перевернулось», так как ребенок по внешнему виду подходил под идеального партнера. Тут же предложил потерпевшему вступить с ним в орально-генитальный контакт, но, получив отказ, настаивать не стал. В течение нескольких дней ездил по работе мимо магазина, видел этого мальчика и его друзей. Однажды увидев очередного ребенка и заговорив с ним, не смог сдержаться, испытал сильное сексуальное возбуждение, спонтанно возникли мысли о сексе, «тормоза отключились». Мысли «бежали хаотично, мгновенно». Предложил мальчику вступить с ним в орально-генитальный контакт, и тот согласился. На машине вывез потерпевшего в заброшенное место, где сделал ему минет. Указывает, что это был первый половой опыт с детьми, после которого он сам был «шокирован» содеянным, тем, что «переступил грань», однако в то же время получил громадное удовольствие: «был счастлив». В последующем, по инициативе разных мальчиков, с которыми ранее общался на

улице, встречался с ними, вступал в орально-генитальные контакты. После сексуальных контактов с ними стал чаще прибегать к мастурбации, а при просьбе потерпевших о встрече ощущал «восторг». Каждый раз после очередной встречи «говорил себе», что это «последний раз», пытался полностью прекратить общение, но не мог этого сделать. Понимал, что его могут привлечь к уголовной ответственности, однако это не останавливало от встреч с детьми. Считает, что он болен и нуждается в лечении. Около 5 лет назад по интернету искал препараты, снижающие сексуальное влечение, но не смог их найти. К специалистам за медицинской помощью не обращался, т.к. стеснялся своего влечения и возможности его обнародования. За время нахождения в СИЗО неоднократно появлялись эротические фантазии с участием детей, и он прибегал к мастурбации.

Для дальнейшего обследования необходимо провести

- антиандрогены
- электро-судорожную терапию
- когнитивную психотерапию
- тестикулоэктомию

Результаты обследования

Основным психосексуальным расстройством является

- гетеросексуальная педофилия
- бисексуальная педофилия
- гомосексуальная педофилия
- бисексуальная гебофилия

В соответствие с критериями МКБ-10 подэкспертному следует выставить диагноз

- гетеросексуальная педофилия
- бисексуальная педофилия
- гомосексуальная педофилия
- бисексуальная гебофилия

Диагноз

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

- обсессивном
- сверхценном

- импульсивном
- обсессивно-компульсивном

Отношение к влечению следует квалифицировать как

- эгодистоническое
- эгосинтоническое
- синтонно-дистонное
- недифференцированное

У подэкспертного обнаруживаются признаки

- сложной дисгармонии пубертата
- задержки соматосексуального развития
- задержки психосексуального развития
- опережения психосексуального развития

Соматосексуальное развитие подэкспертного следует расценивать как

- дисгармоничное
- нормативное
- преждевременное
- задержанное

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

- не мог
- не мог в полной мере
- не мог в полной мере вследствие отставания в психическом развитии
- мог

Подэкспертному следует рекомендовать принудительное лечение в

- психиатрическом стационаре общего типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- амбулаторных условиях
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением

При обсессивно-компульсивном характере влечения рекомендуется назначение

- сертралина

- карбамазепина
- солей лития
- амитриптилина

При резистентности к терапии психотропными препаратами следует назначать

- когнитивную психотерапию
- электро-судорожную терапию
- тестикулоэктомию
- антиандрогены

Патогенез обсессивно-компульсивных расстройств связан с дисфункцией

+ _____ + систем

- когнитивную психотерапию
- электро-судорожную терапию
- тестикулоэктомию
- антиандрогены

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 32 года. Назначена судебная стационарная комплексная сексолого-психиатрическая экспертиза в рамках уголовного дела в связи с привлечением к уголовной ответственности за совершение сексуальных действий с падчерицей: на протяжении 3-х лет, начиная с ее 7-летнего возраста, подэкспертный неоднократно ощупывал ее половые органы.

Жалобы

Жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

Посещал детский сад, где играл в кубики и машинки с другими мальчиками. В детском саду узнал о межполовых различиях. С 7 лет начал обучение в средней школе. В младшем школьном возрасте часто дёргал девочек за косички. С начальной школы был влюблён в одноклассницу, хотел сидеть с ней за одной партой, ухаживал за ней, дарил подарки, провожал после школы. Реакция девочки была неоднозначной - в один день она могла быть к нему благосклонна, в другой – обидчива и агрессивна. В беседах со сверстниками узнал о сексуальных отношениях и мастурбации. Примерно с 13-14 лет мастурбировал с частотой около 1 раза в неделю, представляя при этом обнажённых взрослых женщин. В 15 лет на дискотеке познакомился с девушкой,

уговорил её на поцелуй, в дальнейшем короткое время встречался с ней, обнимался, целовался, занимались петтингом, взаимной мастурбацией. Расстались по той причине, что она была «очень высокого мнения о себе» и считала его недостойным партнёром. В 16 лет на дискотеке познакомился с будущей женой. Встречались 1 год до брака. С ней совершил первый половой контакт, считает его удачным. В 18 лет родилась дочь, ещё через 2 года - сын. В браке прожили 5 лет, после чего расстались по инициативе супруги. В 25 лет познакомился в социальной сети с женщиной 26 лет, имевшей дочь от прежнего брака. Переписывались несколько месяцев, после чего встретились, понравились друг другу, через несколько недель между ними произошёл первый сексуальный контакт, и вскоре они стали жить вместе. В браке половые акты были регулярными. После нескольких дней совместного проживания с женой и её дочерью, стал испытывать к девочке 7 лет сексуальное влечение, что проявлялось в желании прикоснуться к ее половым органам, погладить её. В один из дней, когда жены не было дома, стал массировать ей ягодицы. Отметил для себя, что девочке это понравилось, перешёл на массаж её половых органов, в то же время испытал эрекцию, мастурбировал до наступления эякуляции. После этого ощущал стыд и неприемлемость своего поведения, старался забыть, «отбросить мысли о сексе», а беспокойство о произошедшем переключить на повседневные заботы. Однако возможность постоянно видеть падчерицу дома приводила к тому, что направленное на потерпевшую сексуальное влечение вновь возвращалось. Пытался бороться с ним, отвлекаясь от мыслей о сексуальном контакте с ней, стараясь «забыть» о них, перестать думать об этом, но при возникновении удобной для совершения сексуального контакта ситуации, осуществлял его уже без предварительной борьбы с влечением. В дальнейшем с периодичностью около одного раза в три месяца совершал с ней такие сексуальные контакты. В последнее время около года во время половой близости с женой представлял, что наблюдает за тем, как с ней вступает в половой контакт другой мужчина, а он наблюдает за этим со стороны. От этого сексуальное возбуждение усиливалось.

Анамнез жизни

* Воспитывался в полной семье * Имеет младшего брата * Курит, алкоголь употребляет часто * Работает разнорабочим

Объективный статус

Входит в кабинет размеренным шагом, как бы нехотя присаживается, принимает удобную позу, широко расставляя колени и опираясь на них руками. Постепенно вовлекается в беседу, оживляется, меняет позу, начинает активно жестикулировать. Периодически просит паузу, чтобы «собраться с мыслями», задумывается, затем демонстративно, со вздохом заявляет: «Я не помню, о чем это я...», при этом жеманничает, сутулится, зажимает ладони рук между

коленями. Взгляд устремлён на собеседника, а при обсуждении инкриминируемого деяния отводит в сторону, избегает зрительного контакта. При обсуждении его отношения к сексуальному влечению к девочке, с одной стороны, неоднократно подчеркивает, что совершал «неправильные» поступки, корил себя за это, боролся на протяжении длительного времени с «ненормальными» побуждениями и отвлекался от своих желаний, прикладывая волевые усилия. С другой стороны, поясняет, что не пытался разобраться со своим состоянием, читать специализированную литературу, обратиться к врачу. Сообщает, что испытал гнев и возмущение, когда при амбулаторной экспертизе его назвали «педофилом». Отмечает, что ранее никогда не испытывал подобного влечения к малолетним. К концу беседы обращается с вопросом: «Доктор, ведь это не лечится, да?». При этом мимика приобретает скорбные мотивы - опускаются уголки рта, приподнимаются брови, глаза краснеют, наполняются слезами. Упоминает, что в перерывах между сексуальными действиями с ребенком его посещали мысли, что стоит это всё прекратить, что «всё, хватит», молил о прощении в церкви, «гнобил» себя. Отвлечься помогала работа, беседы с другими людьми, но о происходящем ни с кем не говорил.

Для дальнейшего обследования необходимо провести

- когнитивную психотерапию
- электро-судорожную терапию
- тестикулоэктомию
- антиандрогены

Результаты обследования

Для квалификации состояния соматосексуальной сферы в первую очередь необходимо

- когнитивную психотерапию
- электро-судорожную терапию
- тестикулоэктомию
- антиандрогены

Дополнительная информация

При проведении оценки соматосексуальной сферы выяснилось, что возраст появления волос на лобке – 14 лет, лице – 16 лет. При внешнем осмотре: оволосение туловища и конечностей по мужскому типу, умеренное. Наружные половые органы сформированы правильно, размеры гениталий соответствуют возрастной норме. Мошонка пигментирована, складчатость выражена, тонус сохранен. Андроморфия. Пикнический тип конституции. Средняя половая

конституция. Травмы половых органов, заболевания, передаваемые половым путём, отрицает.

Описанный соматосексуальный профиль подэкспертного соответствует

- дисгармоничному
- преждевременному
- нормативному
- задержанному

Основным психосексуальным расстройством является

- дисгармоничному
- преждевременному
- нормативному
- задержанному

Диагноз

На протяжении последнего года у подэкспертного отмечается появление желаний и фантазий о наблюдении за половым актом между мужчиной и женщиной в реальной обстановке, что следует рассматривать как

- визионизм
- визионистские элементы
- визионистские тенденции
- нормативные проявления сексуальности

Отношение к влечению следует квалифицировать как

- недифференцированное
- эгодистоническое
- эгосинтоническое
- синтонно-дистонное

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

- обсессивном
- обсессивно-компульсивном
- сверхценном
- импульсивном

Соматосексуальное развитие подэкспертного следует расценивать как

- преждевременное
- дисгармоничное

- задержанное
- нормативное

Психосексуальное развитие подэкспертного следует расценивать как

- нормативное
- дисгармоничное
- задержанное
- преждевременное

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

- не мог
- мог
- не мог в полной мере
- не мог в полной мере вследствие отставания в психическом развитии

Подэкспертному в соответствии со статьями 97 ч. 1 п. «д» и 99 ч. 2 УК РФ следует рекомендовать принудительное лечение в

- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- психиатрическом стационаре общего типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- амбулаторных условиях

На четвертом этапе психотерапевтического лечения парафилий следует применять

- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- психиатрическом стационаре общего типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- амбулаторных условиях

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 33 года. Назначена судебная стационарная комплексная сексолого-психиатрическая экспертиза в рамках уголовного дела в связи с привлечением к уголовной ответственности за совершение на протяжении 2-х лет сексуальных

действий с девочками 9-11 лет, в ходе которых он трогал их половые органы и принуждал мастурбировать половой член.

Жалобы

Жалоб не предъявляет

Анамнез заболевания

В дошкольном возрасте посещал детский сад, в котором общался в основном с мальчиками. Особенности игровой деятельности не помнит. Периода любопытства к межполовым различиям не было, только в 10 лет узнал о различии в строении половых органов мужчин и женщин. В школу пошел своевременно, в новом коллективе адаптировался с трудом: так, одноклассники нередко задирались к нему, инициировали драки, которые он всячески пытался избежать, поэтому старался держаться в стороне от своих сверстников. Общался только с одной одноклассницей, с которой вместе гулял и ходил к ней в гости. Однако в последующем она была исключена из школы за совершение краж и общение с ней прервалось. К некоторым одноклассницам испытывал симпатию, но в своих чувствах не признавался. Будучи подростком, в свободное от занятий время предпочитал общаться с детьми младше себя – 10-12-летнего возраста, с которыми катался на велосипеде, купался, играл в подвижные игры с мячом. Тогда сексуального влечения не было, вопросы половых отношений между мужчинами и женщинами не интересовали, к мастурбации не прибегал, ночных поллюций не было. Приблизительно в 17 лет вместе со знакомым стал просматривать из любопытства эротические фильмы, во время чего полового возбуждения не испытывал. В этом же возрасте имел первый половой опыт с ровесницей, который оценивает как успешный. Особенности знакомства с партнершей и ситуацию первой интимной близости не помнит. В последующем у подэкспертного половая жизнь была нерегулярной с периодами полового воздержания вплоть до месяца. Во время сексуальной абстиненции почти ежедневно прибегал к мастурбации, о технике которой узнал в 17 лет из порнографического фильма. При онанизме просматривал сцены сексуальных контактов между мужчинами и женщинами. На протяжении длительного времени постоянной партнерши не имел: периодически встречался со знакомыми женщинами, с которыми вступал в интимную близость, предпочитая вагинальные контакты. Максимальный экссесс – 6 половых актов в сутки. До момента задержания на протяжении двух лет сожительствовал с одной партнершей, которая была младше него на год. Проблем в интимной близости не возникало.

Анамнез жизни

* Воспитывался в неполной семье матерью * Единственный ребенок * Не курит, алкоголь употребляет редко * Работает грузчиком

Объективный статус

В течение беседы сидит преимущественно в однообразной позе, ссутулившись, скрестив ноги под стулом и свесив кисти рук между бедер. Во время общения заметно нервничает: отмечается легкое дрожание кончиков пальцев, их перебирание, периодическое ритмичное подергивание ног. Порой начинает спонтанно раздражаться, в частности при обсуждении ситуации правонарушения; тогда занимает другую позу, опираясь кулаком руки о бедро. В ходе диалога категорически отрицает наличие у него когда-либо сновидений или фантазий о сексуальных контактах с девочками. В тоже время упоминает, что при посещении порнографических сайтов пытался найти видеосюжеты с запечатленными на них половыми актами между мужчинами и девочками. С некоторым разочарованием отмечает, что подобные видео-сцены ему так и не удалось обнаружить. Несколько оживляясь и с неуместной улыбкой, упоминает, что в его «коллекции» есть эротические фотографии девочек, которые он нашел в интернете. Более подробных сведений о сексуальном влечении к детям не сообщает. При разговоре о правонарушении неоднократно пытается занять внешне обвиняющую позицию по отношению к потерпевшим, с улыбкой указывая на то, что это они его «совратили». Рассказывает, что в период правонарушений играл с девочками «в бутылочку»; в ходе игры он вместе с ними обнажался, и неоднократно трогал их половые органы; если девочки «проигрывали», то они мастурбировали его половой член. При неоднократных попытках со стороны эксперта пояснить, что подобные сексуальные действия с детьми расцениваются обществом как явление противоестественное, каждый раз приводит оправдательные аргумента. Так, указывает на то, что в некоторых странах сексуальные и брачные отношения с детьми разрешены, что в годы войны «детей за детей уже не считали и заставляли после 3-4 класса работать», что он в возрасте потерпевших «уже сам пил и курил». Тут же с раздражением подмечает, что «у нас плохое законодательство», и что он «никого не насиловал». Поясняет, что «надо других сажать» - тех, кто убивает и насилует детей. Считает, что его действия необходимо переквалифицировать на ст. 135 УК РФ. Не может пояснить, почему данные действия являются противоправными, не оценивает их как болезнь. В довершении к этому упоминает, что одна из потерпевших вызывала в нем симпатию, была «привлекательна» для него «лицом». Упоминает, что даже «хотел переписать на нее квартиру». Не скрывает, что знал о том, что совершает правонарушения, однако «в тот момент об этом не думал», так как в общении с девочками начинал «вести себя как ребенок», чувствовал себя «ребенком», не мог отказать девочкам в их просьбах («нужно было общение, боялся, что они перестанут ходить» к нему в гости).

Для дальнейшего обследования необходимо провести

- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- психиатрическом стационаре общего типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- амбулаторных условиях

Результаты обследования

Выявленный психологический симптомокомплекс наиболее типичен для лиц с

- гомосексуальной ориентацией
- парафилиями
- нормативным половым развитием
- расстройствами половой идентификации

Обнаруженная у подэкспертного недифференцированность объекта сексуального влечения по возрасту наиболее характерна для

- эфебофилии
- эксгибиционизма
- садизма
- педофилии

Для квалификации состояние соматосексуальной сферы в первую очередь необходимо

- эфебофилии
- эксгибиционизма
- садизма
- педофилии

Дополнительная информация

При проведении оценки соматосексуальной сферы выяснилось, что возраст появления у подэкспертного оволосения лобковой области – 16 лет, подбородка – 19 лет; при внешнем осмотре оволосение скудное, в области лобка – с тенденцией к горизонтали. Наружные половые органы сформированы правильно, индекс Таннера – 88,5, коэффициент Риса-Айзенка – 105,7.

Указанные особенности соответствуют + _____ + соматосексуальному развитию

- нормативному
- дисгармоничному
- преждевременному

- задержанному

Основным психосексуальным расстройством является

- нормативному
- дисгармоничному
- преждевременному
- задержанному

Диагноз

Отношение к влечению следует квалифицировать как

- эгосинтоническое
- эгодистоническое
- синтонно-дистонное
- недифференцированное

У подэкспертного обнаруживаются признаки

- задержки психосексуального развития
- преждевременного соматосексуального развития
- опережения психосексуального развития
- сложной дисгармонии пубертата

В целом у подэкспертного выявляется

- изолированная задержка соматосексуального развития
- изолированная задержка психосексуального развития
- сочетанная задержка полового развития
- сложная дисгармония пубертата

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

- не мог в полной мере
- не мог
- не мог в полной мере вследствие отставания в психическом развитии
- мог

Подэкспертному следует рекомендовать принудительное лечение в

- психиатрическом стационаре специализированного типа
- амбулаторных условиях

- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- психиатрическом стационаре общего типа

На втором этапе психотерапевтического лечения парафилий следует применять

- психиатрическом стационаре специализированного типа
- амбулаторных условиях
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- психиатрическом стационаре общего типа

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 54 года. Назначена судебная стационарная комплексная сексолого-психиатрическая экспертиза в рамках уголовного дела в связи с привлечением к уголовной ответственности за совершение 10 изнасилований женщин с 2001 по 2007 годы.

Жалобы

Предъявляет жалобы на наличие стойких эротических фантазий об изнасиловании женщин

Анамнез заболевания

О своем раннем сексуальном развитии в детском и препубертатном возрастах не помнит. В 12 лет впервые влюбился в ровесницу, желал проводить с ней время, обнимать ее и целовать. Однако в своих чувствах не признавался из-за стеснительности. В 12-13 лет узнал о мастурбации, которую стал практиковать, уединяясь в укромных местах или подглядывая за молодой учительницей. В последующем начал прятаться в кустах, наблюдая за мимо проходящими женщинами и мастурбируя. Когда не было по близости «объекта» мог рассматривать на кладбище статуи женщин и мастурбировать. В 17-летнем возрасте совершил попытки изнасилования женщин. Однако фантазий о насильственных сексуальных действиях тогда еще не было. Свое поведение объясняет сильным сексуальным влечением. В этом же возрасте после попыток изнасилования* *имел первый половой опыт с партнершей старше него на год. Впоследствии она стала его супругой. Несмотря на ведение нормативной половой жизни, во время близости с женой стал вспоминать эпизоды нападений и изнасилований женщин. В последующем совершил ряд изнасилований, за которые привлекался к уголовной ответственности. В период

нападений при виде мимо проходящий женщины возникало желание принудить ее к половому акту. Понимал ненормальность своего влечения, пытался с ним бороться, ограничиваясь мастурбацией или же погружаясь в работу. Во время самих нападений сопротивление со стороны жертвы возбуждало, появлялось желание «сломать ее физически». Во время отбывания наказания почти каждодневно при мастурбации вспоминал эпизоды нападений. На протяжении нескольких лет после освобождения пытался бороться со своим влечением к совершению изнасилований, поскольку удерживали от этого те чувства, которые испытывал к своей жене, а также рождение дочери, считая, что несет ответственность за обеих. Желал перенаправить свое влечение к изнасилованию. Фантазии о нападении все чаще стали появляться непроизвольно до нескольких раз в день, вне связи с внешними факторами. Пытался их прервать, занимаясь мастурбацией, однако спустя 1-2 часа, они возобновлялись. Иногда ограничивался подглядыванием за обнажающимися женщинами. Порой в транспорте в час-пик «пристраивался» сзади к понравившейся женщине и терся половым органом о ее тело, достигая оргастической разрядки. Приблизительно с 37 лет стал замечать появление сексуального возбуждения от вида нижнего женского белья, которое необязательно должно быть одето на женщине; мог подолгу рассматривать его и трогать. С 2001 года вновь стал совершать нападения на женщин, которые ему инкриминируются в настоящее время. Выбирал жертв с одинаковыми внешними данными. Все правонарушения совершил в пределах одной улицы.

Анамнез жизни

* мать и бабушка привлекались к уголовной ответственности * сестра закончила жизнь самоубийством * курит до 1 пачки в сутки, алкоголь употребляет раз в неделю * работает водителем

Объективный статус

Во время бесед дает развернутые ответы на вопросы, отмечая, что в сложившейся судебно-следственной ситуации ему «нечего терять и скрывать», при этом, порой, отпускает остроумные, но безрадостно-черные шутки. При описании состояния в момент нападения с трудом подбирает слова, вскользь произнося, что ему приходится «выворачивать душу». Рассказывая о своем состоянии, наиболее часто предшествующим правонарушениям, говорит, что желания и фантазии об изнасиловании могли появляться уже днем, пытался их прервать. Появлялась головная боль, которая нарастала по интенсивности, казалось «что чувствуешь сердце... каждый удар», присоединялись покалывания и дрожь в теле, подергивания мышц. Настроение становилось тоскливым, появлялась раздражительность, которые, после выхода на улицу для воплощения представлений, сменялись на чувство «приподнятости», «появлялись силы», проходила головная боль. Расстояние от дома до места

правонарушений (1,5 км) казалось, что проходил за несколько секунд, «не чувствовал, как время идет... не замечал, что происходит вокруг, как проходит целые кварталы... появлялась нервозность... мысли были быстрыми: воспоминания о прошлых нападениях тут же сменялись представления о том, как он сейчас совершит изнасилование». Заметив женщину, начинал преследовать ее, шел за ней как «кошка за мышкой... как игра», выжидал удобный момент для нападения. Иногда мог вести слежку по 1-2 часа, не чувствуя усталости. Непосредственно перед самым нападением появлялось чувство «автоматичности движений»; хватая сзади жертву, не чувствовал силу, которую прилагал, казалось, что в руках «ничего не держишь»; не чувствовал как женщины кусали его за ладонь; было безразлично поведение жертвы: «кричит она или плачет... главное сделать, что задумал». После изнасилования через короткий интервал времени появлялась «пустота или злость, подавленность, жалость к потерпевшей и отвращение к себе и насилию». Переживания после реализации аномальных фантазий связывает с тем, что осознавал ненормальность своих действий, понимая, что они являются болезненными и приносят «физический и моральный вред» потерпевшим, в виду возникающих у них опасений за свою жизнь, самого факта сексуального насилия. Вспоминая эпизоды изнасилований, не всегда мог вспомнить, каким именно путем преследовал жертву, как нес ее до того места, где вступил с ней в половой контакт. Отрицает, что с кем-либо из потерпевших вступал в орально-генитальный или анальный контакт, избивал их (что противоречит объективным данным). За медицинской помощью никогда не обращался, поскольку стеснялся и стыдился своего влечения.

Эпизоды мастурбации при рассматривании статуй женщин следует расценивать как

- транзиторный пигмалионизм
- атипичный эксгибиционизм
- атипичный визионизм
- фетишизм

Выбор подэкспертным женщин с фиксированным внешними характеристиками квалифицируется как

- символичность
- деперсонификация
- ритуализация
- фетишизация

Для дальнейшего обследования необходимо провести

- символичность
- деперсонификация
- ритуализация
- фетишизация

Результаты обследования

Стержневым расстройством сексуального предпочтения является

- садизм
- раптофилия
- фетишизм
- фроттеризм

В соответствие с критериями МКБ-10 подэкспертному следует выставить диагноз

- садизм
- раптофилия
- фетишизм
- фроттеризм

Диагноз

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

- сверхценном
- импульсивном
- обсессивном
- обсессивно-компульсивном

На предкриминальном этапе у подэкспертного отмечаются нарушения мышления в виде

- тахифрении
- брадифрении
- ментизма
- блокады ассоциативных процессов

Отношение к влечению следует квалифицировать как

- синтонно-дистонное
- эгодистоническое
- недифференцированное

- эгосинтоническое

Изменения самосознания в виде автоматизированности собственных действий квалифицируется как

- дереализация
- соматопсихическая деперсонализация
- алиенация
- аутопсихическая деперсонализация

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

- мог
- не мог
- не мог в полной мере вследствие отставания в психическом развитии
- не мог в полной мере

Правильнее всего начать лечение парафильного расстройства с

- антиандрогенов
- когнитивной психотерапии
- психофармакотерапии
- адверсивной терапии

При резистентности к терапии психотропными препаратами следует назначать

- антиандрогенов
- когнитивной психотерапии
- психофармакотерапии
- адверсивной терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 35 лет. Назначена судебная стационарная комплексная сексолого-психиатрическая экспертиза в рамках уголовного дела в связи с привлечением к уголовной ответственности за совершение изнасилования женщины.

Жалобы

Предъявляет жалобы на наличие стойких эротических фантазий об изнасиловании женщин

Анамнез заболевания

В дошкольном возрасте посещал детский сад, где общался с мальчиками, с которыми участвовал в активных, подвижных играх. Вместе с этим играл и в игрушки для девочек, в «шутку» надевал одежду сестры и красил губы. Интерес к межполовым различиям не было. В детском и подростковом возрастах занимался спортом в секциях по футболу, баскетболу, волейболу, а в свободное время увлекался рыбалкой. В начальных классах и в юношестве общался преимущественно с мальчиками, иногда участвовал в драках, но лидером в классе не был. Периода нормативной межполовой агрессии не было. В начальной школе испытывал симпатию к однокласснице, пока не узнал из анкеты, что она «его ненавидит и любит другого», после чего осталась обида. В 13-летнем возрасте была первая эякуляция в форме поллюции. В 15-16 лет появились стабильные поллюции, эротические сновидения и фантазии, в которых представлял, как вступает в половые контакты с женщинами. Во время эротического фантазирования мастурбировал, испытывая во время эякуляции оргазм. Тогда же имел первый половой опыт с девушкой, который расценивает как «неудачный» в связи с тем, что контакт не удалось завершить физиологически, несмотря на наличие полноценной эрекции. В возрасте 16-17 лет впервые испытал чувство влюбленности к своей будущей жене, с которой на тот момент вместе учились. В 18-19 лет имел с ней половой опыт, а спустя 1-2 года они вступили в брак. Эмоциональные отношения между супругами были взаимно теплыми. Первый год половая жизнь была нерегулярной, в связи с этим имел внебрачные связи. Во время отсутствия супруги в течение года ухаживал за родившимся ребенком, помимо этого, параллельно работал. После возвращения супруги половая жизнь стал регулярной – почти ежедневной. Максимальный эксцесс – 3 половых контакта в течение суток. В 22 года привлекался к уголовной ответственности. Тогда в состоянии алкогольного опьянения после распития легких и крепких алкогольных напитков проник в дом своего знакомого, где разбудил его спящую супругу, принудил ее к орально-генитальному контакту, а затем попытался совершить с ней половой акт, но в связи с появлением мужа потерпевшей свои действия прервал. Был осужден. По инициативе супруги брак был расторгнут. После освобождения впервые появились эротические навязчивые побуждения и фантазии о том, чтобы «женщину взять силой», с «принуждением» без намеренного причинения ей боли. Как правило, данные желания возникали спонтанно, преимущественно в осенний и весенний периоды, во время которых беспричинно снижалось или, наоборот, повышалось настроение. Подобные

эротические фантазии также могли быть ситуационно обусловлены и возникали при виде на улице женщины, одетой в черные чулки или короткую юбку. Однако удавалось справиться с этими желаниями и отвлечься от них посредством выполнения бытовых обязанностей или работы. Второй раз женился в 30 лет на ровеснице. В моменты близости с супругой допускал проявления агрессии. Половая жизнь с супругой была регулярной. Несмотря на это, периодически прибегал к мастурбации и фантазировал об изнасиловании женщин. Прибегал к мастурбации, когда подобные эротические представления становились стойкими.

Анамнез жизни

* Отец страдал алкоголизмом * курит до 1 пачки в сутки, алкоголь не употребляет * разнорабочий

Объективный статус

Свободной походкой входит в кабинет, садится на стул. В начале беседы занимает позу с широко расставленными ногами, несколько сползая со стула; пальцы рук сцеплены в области паха. Выражение лица напряженное. Голос маломодулированный, речь замедленна, на вопросы отвечает в плане заданного. Во время обсуждения вопросов сексуальной тематики рукой подпирает голову и начинает активно потирать висок и усы. Периодически улыбается, пытается шутить, при этом взгляд фиксирован на одном месте. При обсуждении интимных отношений с женщинами не смущается, игриво улыбается, сидит в открытой позе. При обсуждении инкриминируемых деяний межует, совершает стереотипные действия: потирает нос, закрывает глаза. Иногда принимает полузакрытую позу: сутулясь, стремится скрестить руки на груди, зрительного контакта избегает. Сведения, представленные в материалах уголовного дела относительно сексуальных притязаний к женщине, не отрицает, но утверждает, что «ничего не помнит». Однако в последующем сообщает, что события помнит фрагментарно (при допросах давал подробные показания), упоминая, что в день деликта при виде девушки у него возникла мысль «взять ее силой», что тут же реализовал. Во время совершения насильственных действий появилось ощущение, что он «владеет ситуацией». Неоднократно подчеркивает, что «раз такая ситуация повторилась, то это ненормально, нужно лечиться». Считает, что его влечения является болезненным и он нуждается в медицинской помощи. Состояние соматосексуальной сферы. Со слов, возраст появления оволосения лобковой области – 17-18 лет, подбородка – 20 лет.

Для дальнейшего обследования необходимо провести

- антиандрогенов

- когнитивной психотерапии
- психофармакотерапии
- адверсивной терапии

Результаты обследования

Основным психосексуальным расстройством является

- сатириаз
- раптофилия
- флагелланнизм
- садизм

В соответствие с критериями МКБ-10 подэкспертному следует выставить диагноз

- сатириаз
- раптофилия
- флагелланнизм
- садизм

Диагноз

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

- обсессивном
- обсессивно-компульсивном
- импульсивном
- сверхценном

Отношение к влечению следует квалифицировать как

- недифференцированное
- эгодистоническое
- синтонно-дистонное
- эгосинтоническое

У подэкспертного обнаруживаются признаки

- опережения психосексуального развития
- задержки соматосексуального развития
- задержки психосексуального развития
- сложной дисгармонии пубертата

Соматосексуальное развитие подэкспертного следует расценивать как

- преждевременное
- задержанное
- дисгармоничное
- нормативное

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

- не мог в полной мере
- мог
- не мог
- не мог в полной мере вследствие отставания в психическом развитии

Правильнее всего начать лечение парафильного расстройства с

- когнитивной психотерапии
- психофармакотерапии
- адверсивной терапии
- антиандрогенов

При резистентности к терапии психотропными препаратами следует назначать

- электро-судорожную терапию
- антиандрогены
- когнитивную психотерапию
- тестикулоэктомию

Феномен, определяющий лишение субъективности, личностных свойств объекта сексуального влечения определяется как

- деперсонификация
- символичность
- фетишизация
- аутоэротичность

При обсессивном характере влечения рекомендуется назначение

- деперсонификация
- символичность
- фетишизация
- аутоэротичность

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 23 года. Назначена судебная стационарная комплексная сексолого-психиатрическая экспертиза в рамках уголовного дела в связи с привлечением к уголовной ответственности за совершение на протяжении 2-х лет ряда изнасилований женщин, сопровождавшихся их избиением, придушиванием, нанесением поверхностных ножевых ранений.

Жалобы

Жалоб не предъявляет

Анамнез заболевания

В дошкольном возрасте посещал детский сад, где предпочитал играть в одиночестве в машинки, конструктор; изредка с ровесниками играл в подвижные игры. Периода любопытства к строению половых органов противоположного пола не было, а об анатомии женщин, особенностях интимных отношений между мужчиной и женщиной узнал в 11 лет из книг. Обучаясь в начальных и старших классах, близко ни с кем не сошелся. Неоднократно между ним и сверстниками возникали конфликты в связи с насмешками с их стороны над его полнотой, испытывал дискомфорт в общении с ребятами. Нормативной межполовой агрессии не проявлял. В 11 лет, после того как узнал о сексуальных отношениях, стал испытывать желание половой близости, начал прибегать к мастурбации, сопровождавшейся оргазмом без семяизвержения. В 13 лет появились ночные поллюции и эякуляция при оргазме. При онанизме представлял обнаженную девушку или женщину. Иногда мастурбировал, просматривая порнографические фильмы со сценами гетеросексуальных контактов, однократно смотрел фильм с изнасилованием. Увиденное вызвало интерес, хотел повторить действия мужчины: связать девушку, использовать в близости маски, плетки. В 16 лет имел половой контакт в состоянии алкогольного опьянения со случайной партнершей того же возраста. Был разочарован в близости, поскольку ожидал большего: желал продолжения отношений, встреч, а не сиюминутного оправления своих физиологических потребностей. В последующем имел около 10 половых партнерш. Как правило, это были сиюминутные знакомства, которые, после интимной близости, не имели своего продолжения. Во время контактов нравилась активность девушки, предпочитал позы «женщина сверху». Практиковал орально-генитальные, анальные и вагинальные контакты, длительность первых колебалась в пределах 5-10 минут, при половом же акте – от 7 до 20 минут, вплоть до отсутствия оргазма и эякуляции. С целью своей сексуальной стимуляции покусывал, пощипывал партнершу, испытывал

желание «порвать белье», причинить боль. После близости почти всегда появлялось беспричинное чувство вины. С 17 лет после перенесенной черепно-мозговой травмы появились периоды пониженного настроения, длящиеся от суток до недели. С частотой около раза в месяц возникали состояния, когда на протяжении нескольких часов испытывал тоску, раздражение, к которому примешивалось чувство «чего-то надвигающегося...», провоцировавшее появление страха. В таком состоянии выходил на улицу, в течение нескольких часов мог бродить около парка, размышляя о произошедших накануне конфликтах. В 19 лет во время таких состояний спонтанно стали появляться мысли о нападении на женщин. В первое время пытался себя отвлечь от представлений о том, как на пустынной улице нападает на молодую девушку, пугает ножом, пока фантазии не стали «настойчивее». Побуждения существовали на протяжении нескольких часов и исчезали после реализации. В результате совершил ряд нападений на женщин, во время которых угрожал ножом, а после совершал кражу. Спустя 2 года присоединилось желание совершить с жертвой сексуальное насилие, а не только напасть и ограбить. В момент нападения испытывал сильное желание «морально растоптать» жертву, прибегнув к изнасилованию, унижить ее, причинить боль. Всего совершил около 40 попыток нападений.

Анамнез жизни

* Бабка страдала расстройством личности * Беременность матери протекала с нефропатией, анемией * Роды были преждевременные * В ранний период жизни наблюдался у невролога с диагнозом «Перинатальной энцефалопатии» * Воспитывался в полной семье * Курит, алкоголь употребляет редко * Безработный

Объективный статус

Ссутулившись входит в кабинет. Садясь по приглашению, откидывается на спинку стула, скрещивает руки на груди, ноги при этом расставлены в стороны. Поза остается почти всегда неизменной и на протяжении всего диалога, и от одной беседы к другой. Хотя мимические реакции живые, однако, угловаты, лишены пластики и нюансировки, без плавного перехода от нейтрального выражения лица к радостному или раздраженному. Голос тихий, интонационно слабо модулированный. По началу на вопросы отвечает односложно, отводя взгляд в сторону, но в последующем более подробно излагает факты биографии и сексуальные переживания, поддерживая зрительный контакт. Во время беседы об инкриминируемых ему противоправных деяниях, особенно при описании состояния, предшествующего деликту, мимические морщины разглаживаются, взгляд становится отрешенным и неподвижным, непроизвольные подергивания мышц лица либо полностью исчезают, либо становятся менее заметными и редкими. Напротив, вспоминая поведение

жертв, ухмыляется, радостно описывая испытываемый ими страх, жестикуляция при этом усиливается. Упоминает, что перед нападением на фоне «внутреннего подъема», страха, чувствовал, как по всему телу «бегали мурашки», ощущал «сухость во рту», сердцебиение, потливость, мысли были «быстрее». Окружающее воспринимал «обостренно»: четче слышались собственные шаги, шорохи, листья деревьев становились ярче. Движение машин, людей воспринималось как кинофильм, их действия были замедленными. Когда в поле зрения попадала женщина, начинал отслеживать ее, мог наблюдать за ней, было «интересно», испытывал приятное ощущение о того, что потерпевшая не знает, что за ней следят. Во время слежки был сосредоточен только на жертве, на происходящее вокруг не обращал внимания, посторонние звуки становились «отдаленными». Если жертва пропадала из виду, то в последующем не мог сориентироваться, где находится, хотя хорошо знал район нападений. При контакте с женщиной важен был ее испуг, страх, было желание подчинить ее себе, доминировать над ней, полностью подавив сопротивление, унизив и причинив боль. Не всегда может отчетливо вспомнить последовательность своих действий, отмечая только схожесть поведения от одного нападения к другому. Не помнит, что душил некоторых жертв или наносил им ножевые ранения, хотя и не отрицает этого, ссылаясь на забывание. Отчетливо помнит только те факты, что избивал жертв, а после – совершал изнасилование. При появлении свидетелей прекращал свои действия и убегал, в других случаях сильный крик жертв «приводил в чувство», и он также покидал место преступления. Рассказывает, что после совершения нападений ощущал «полное успокоение, опустошенность, истощенность, как после тяжелой работы»; ни о чем не думал, желал только быстрее оказаться дома, где тут же ложился спать. Иногда и 12-часового сна часов не хватало для чувствования себя бодрым. Отмечает, что понимал наказуемость его действий, однако в период правонарушения об этом не задумывался. До момента задержания свое поведение не рассматривал как «ненормальное», вообще не задумывался об этом, и лишь только после привлечения к уголовной ответственности, допросов, судебно-психиатрических экспертиз, где многократно задавались одни и те же вопросы «о целях и мотивах поступков», стал допускать мысль о «ненормальности» такого поведения, и то только потому, что «не все же этим занимаются». И сейчас затрудняется отнести свои противоправные действия к болезненным проявлениям, считает их своей индивидуальной особенностью.

Для дальнейшего обследования необходимо провести

- деперсонификация
- символичность

- фетишизация
- аутоэротичность

Результаты обследования

Дополнительная информация

Дополнительно сексологом было назначено психологическое исследование сексуальной сферы, в ходе которого выявлено, что тип полоролевой идентичности подэкспертного гипермаскулинный, восприятия образа «Я» амбивалентное, образа женщины – отрицательное, агрессивные тенденции выражены.

Указанный патопсихологический симптомокомплекс чаще всего выявляется у лиц с

- эфебофилией
- расстройствами половой идентификации
- парафилиями агрессивного круга
- гиперролевым синдромом

При психологическом исследовании сексуальной сферы агрессивные тенденции выявляются посредством методики

- «маскулинность и фемининность»
- «кодирование»
- «тест руки»
- «тест цветовых отношений»

Основным психосексуальным расстройством является

- «маскулинность и фемининность»
- «кодирование»
- «тест руки»
- «тест цветовых отношений»

Диагноз

Отношение к влечению следует квалифицировать как

- недифференцированное
- эгосинтоническое
- эгодистоническое
- синтонно-дистонное

На предкриминальном этапе у подэкспертного отмечались аффективные и вегетативные расстройства, нарушения восприятия окружающей действительности и времени, а также

- явления аутопсихической деперсонализации
- расщепление восприятия
- доминирующие идеи преследования
- сужение сознания

В данном случае следует квалифицировать + _____ + характер влечения

- компульсивный
- обсессивный
- сверхценный
- импульсивный

Психосексуальное развитие подэкспертного следует квалифицировать как

- нормативное
- задержанное
- дисгармоничное
- преждевременное

Выявленные у подэкспертного при клиническом обследовании переживание психологического дискомфорта и непонимание сверстников своего пола; психологическая неудовлетворенность после интимной близости при нормативных контактах (появление чувства вины); интермиттирующие функциональные сексуальные расстройства (задержка или отсутствие эякуляции при половом акте); выбор сексуальной роли более характерной для противоположного пола (предоставление в сексуальных контактах инициативы женщине); элементы деперсонификации в сексуальной близости (орально-генитальные и анальные контакты) позволяют квалифицировать

- латентную гомосексуальность
- расстройство половой идентификации в детском возрасте
- расстройство половой идентификации в зрелом возрасте
- искажение половой идентичности

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

- не мог в полной мере

- мог
- не мог в полной мере вследствие отставания в психическом развитии
- не мог

Подэкспертному следует рекомендовать принудительное лечение в

- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре общего типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- амбулаторных условиях

Антиандрогены преимущественно применяются для лечения

- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре общего типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- амбулаторных условиях

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 40 лет. Назначена судебная стационарная комплексная сексолого-психиатрическая экспертиза в рамках уголовного дела в связи с привлечением к уголовной ответственности за совершение сексуальных действий с 11-летней девочкой, а именно, обнажался и мастурбировал в ее присутствии.

Жалобы

Предъявляет жалобы на наличие стойких эротических побуждений к мастурбации в общественных местах.

Анамнез заболевания

В дошкольном возрасте посещал детский сад, где общался в основном с мальчиками. В тот же период времени вместе с другой девочкой и мальчиком из любопытства демонстрировали друг другу половые органы. В возрасте 5-6 лет стал рассматривать собственные гениталии, уединившись под одеялом. Обнажал головку полового члена, испытывал приятные ощущения и в последующем стал прибегать к онанизму. В детстве при мастурбации эякуляции не было, а в первые она появилась в 13 лет. В начальных классах отмечался период межполовой агрессии. В 12 лет испытывал чувство влюбленности к однокласснице, в чем ей не признавался, так как «неудобно было». В возрасте 16 лет встречался с девушкой на год младше него, влюбленности к ней не

испытывал, имел с ней первый половой опыт. Во время интимной близости быстро достиг оргастической разрядки, но повторный половой акт был дольше. В последующем встречался с ней на протяжении 2-х лет и вел половую жизнь с частотой 1 раз в неделю, однако такая активность его не удовлетворяла и, помимо этого, каждый день онанировал, вспоминая половые акты с девушкой. В 19 лет и 23 года привлекался к уголовной ответственности за кражу и нанесение побоев. Отбывал наказания в местах лишения свободы. Находясь в колонии, прибегал к мастурбации; там же поддерживал отношения с ранее знакомой женщиной, которая навещала его, и он имел с ней половые контакты. Максимальный эксцесс – 7 половых контактов в течение суток. После освобождения имел несколько половых партнеров, с которыми не выстраивал длительных и эмоционально глубоких отношений. Наличие регулярной половой жизни не препятствовало еще и совершать мастурбаторные акты. Когда ему было 35 лет, он мастурбировал на дачном участке на улице. В этот момент его заметила соседская девочка, отчего он испытал «испуг и возбуждение». Эти ощущения запомнились, и в последующем стал их вспоминать при мастурбации. Спустя некоторое время, «из неоткуда» начали появляться мысли и желания обнажения гениталий в присутствии незнакомых женщин (с частотой 1-2 раза в месяц). Вначале достаточно легко мог от них отвлечься, прибегая к общению со знакомыми или занимая себя повседневными делами. Со временем данные побуждения стали возникать чаще, «сильнее», преимущественно в вечернее время суток на фоне раздражительности и «внутреннего напряжения». Первое время пытался бороться со своими сексуальными переживаниями, а когда они стали более частыми (до 2-3 раз в неделю) и стойкими, так что не удавалось от них отвлечься, обратился за помощью к «бабке-говорухе», что не помогло. Также исповедовался священнику, упорно молился, когда возникали аномальные желания, но это отвлекало только на некоторое время. Состояние борьбы с влечением было «тягостным»: в такие моменты ощущал «жар», раздражительность, «возбужденность», «напряжение», сердцебиение. Однажды, находясь в описанном «состоянии», впервые реализовал свои побуждения перед женщиной. В последующем стал обнажаться и мастурбировать на улице в присутствии девушек 15-16-ти лет и молодых женщин. При виде привлекательной женщины или девушки, выглядевшей на 16-18 лет, возникало желание обнажиться, которое тут же осуществлял, не всегда пытаясь с ним бороться. В момент мастурбации иногда возникало ощущение, что его «принуждают это сделать». Достижение оргастических переживаний в таких ситуациях было «не основным»; само поведение устраняло «тягостное состояние», появлялось облегчение. В последнее время только иногда пытался сдерживать себя, прибегая к мастурбации и представляя сцену обнажения.

Анамнез жизни

* Отец страдал алкоголизмом, госпитализировался в психиатрические больницы в связи с алкогольным делирием * Имеет двух младших сестер * Курит, алкоголь употребляет редко * Работает водителем

Объективный статус

В кабинет входит ссутулившись и присаживается после приглашения, свесив кисти рук между бедер. На протяжении обследования редко меняет позу, выражение лица унылое. Заинтересованности в беседе не проявляет и вначале отвечает на вопросы хотя и по существу, но кратко, не давая подробных пояснений. Однако спустя некоторое время начинает активно вступать в диалог, жестикулировать, особенно если речь касается его сексуального влечения. Рассказывая о своем влечении к демонстрации гениталий и мастурбации, говорит об этом с горечью, называя свое состояние то «проклятием» или «порчей», то «болезнью». Отмечает, что из-за испытываемых побуждений испытывал отвращение к самому себе и сам расценивал свое поведение как «мерзость». Чувствовал, что влечение «сильнее его», и чтобы с ним справиться думал об отрезании полового члена. Однако осуществление своих желаний приносило «освобождение от нервного состояния, напряжения», а иногда закрадывались мысли о том, что женщинам «приятно» смотреть на мужские гениталии так же, как и ему приятен вид женских половых органов. При обсуждении правонарушения упоминает, что в тот день поругался со своей «девушкой», после чего появилась раздражительность и побуждения об обнажении гениталий перед посторонними, после чего в течение 3-х часов искал возможность их реализовать, бродя по улицам. Увидев двух девушек, последовал за ними, и начал мастурбировать в их присутствии несмотря на то, что в любой момент могли появиться свидетели. Они вскоре «ушли», и он потерял их из виду. Понимая, что «состояние его не отпустит», последовал за мимо проходящей девочкой (потерпевшей). Подчеркивает, что у него никогда не было желаний совершать эти действия перед детьми, а решил пойти именно за ней, так как более не мог «выносить своего состояния», хотел «выйти из него», совершил правонарушение «от безвыходности». При этом не пытался скрыть своего лица, хотя мог бы предварительно надеть затемненные очки и накинуть капюшон. Предполагает, что если в тот момент попала бы пожилая женщина, то последовал бы и за ней. Понимая, что перед ним ребенок, старался мастурбировать в ее присутствии, не обращая на себя внимание, поэтому никак не окликал девочку и не подавал ей какие-либо знаки, не становился перед ней. Уточняет, что поскольку она его не привлекала, то некоторое время не мог достичь оргазма, который обычно наступал достаточно быстро при демонстрации гениталий женщинам. После совершения правонарушения ушел в машину, где от злости за содеянное начал бить себя

кулаками, хотел отрезать половой член, так как считал, что проблема «в нем», и нанес повреждения с помощью ключа.

Для дальнейшего обследования необходимо провести

- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре общего типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- амбулаторных условиях

Результаты обследования

Выявленный психологический симптомокомплекс наиболее типичен для лиц

- гомосексуальной ориентацией
- расстройствами половой идентификации
- нормативным половым развитием
- парафилиями

Обнаруженные у подэкспертного в «тесте руки» Вагнера выраженные демонстративные черты наиболее характерны для

- эксгибиционизма
- садизма
- эфебофилии
- педофилии

Для квалификации состояние соматосексуальной сферы в первую очередь необходимо

- эксгибиционизма
- садизма
- эфебофилии
- педофилии

Дополнительная информация

При проведении оценки соматосексуальной сферы выяснилось, что возраст появления у подэкспертного оволосения лобковой области – 14 лет, подбородка – 17 лет; при внешнем осмотре оволосение было по мужскому типу, наружные половые органы были сформированы правильно, индекс Таннера – 99,5, коэффициент Риса-Айзенка – 100.

Указанные особенности соответствуют + _____ + соматосексуальному развитию

- задержанному
- преждевременному
- дисгармоничному
- нормативному

Основным психосексуальным расстройством является

- задержанному
- преждевременному
- дисгармоничному
- нормативному

Диагноз

В данном случае речь скорее всего идет о

+ _____ + характере влечения

- импульсивном
- обсессивно-компульсивном
- компульсивном
- обсессивном

Отношение к влечению следует квалифицировать как

- синтонно-дистонное
- эгосинтоническое
- эгодистоническое
- недифференцированное

У подэкспертного обнаруживаются признаки

- задержки психосексуального развития
- опережения психосексуального развития
- задержки соматосексуального развития
- сложной дисгармонии пубертата

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

- не мог в полной мере вследствие отставания в психическом развитии
- не мог

- мог
- не мог в полной мере

Подэкспертному следует рекомендовать принудительное лечение в

- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- психиатрическом стационаре общего типа
- амбулаторных условиях
- психиатрическом стационаре специализированного типа

На первом этапе психотерапевтического лечения парафилий следует применять

- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- психиатрическом стационаре общего типа
- амбулаторных условиях
- психиатрическом стационаре специализированного типа

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 50 лет. Назначена судебная стационарная комплексная сексолого-психиатрическая экспертиза в рамках уголовного дела в связи с привлечением к уголовной ответственности за совершение сексуальных действий с 10-летней девочкой. В период правонарушения подэкспертный, находясь на улице в вечернее время суток, напал на незнакомую девочку, принудил ее к орально-генитальному контакту, закончившимся семяизвержением, после чего ее убил, ударив по голове камнем.

Жалобы

Жалоб не предъявляет

Анамнез заболевания

В течение обследования формально вступает в контакт, отрицая аномальные сексуальные переживания. Весь сексуальный анамнез был собран по данным медицинской документации, приложенной к материалам уголовного дела. Так, согласно объективным сведениям, в детском возрасте общался как с мальчиками, так и с девочками. Охотнее поддерживал дружеские отношения с мальчиками, увлекался спортом (футболом). Приблизительно в 12 лет узнал о сексуальных отношениях, а с 14-15 – стал мастурбировать с частотой 2-3 раза в день. Содержание эротических фантазий не раскрывал. В 17 лет испытал

чувство первой влюбленности к девушке старше него на 5 лет. По прошествии двух лет вступил с ней в сексуальные отношения. Половой контакт характеризовал как удовлетворительный, закончившийся семяизвержением. Максимальный эксцесс – 2 половых акта в течение суток. Помимо ведения половой жизни с возлюбленной периодически пользовался услугами проституток «для удовлетворения скрытых сексуальных желаний орального секса, так как любимую женщину не мог просить о подобном». По причине измены любимой женщины была попытка суицида. Обвинял в произошедшем любовника возлюбленной, которому хотел мстить. Появлялись желания нанести увечья и причинить боль, как душевную, так и физическую, любовнику и его семье. В дальнейшем стал выслеживать жертв, в том числе девочку 10-ти лет, которая приходилась родственницей любовника его партнерши. В результате напал на девочку, избил ее и принудил к оральному контакту. Было возбуждено уголовное дело. На этапе прохождения судебно-психиатрической экспертизы сообщил врачам, что «несколько раз испытывал сексуальное возбуждение при виде девочек» (в трезвом состоянии и в опьянении), с которым он пытался бороться: «переключал свои мысли на думы о родственниках, о совести». Упомянул, что перед совершением нападения пытался бороться с влечением, «погасить» мысли о нападении, что оказалось в результате безуспешным. Был признан вменяемым и приговорен к 10-ти годам лишения свободы. После отбывания наказания приехал домой к матери. Вскоре был задержан работниками милиции на улице после того, как к ним обратилась мать 9-летней девочки с заявлением о сексуальных притязаниях к ее дочери. Причастность к правонарушению отрицал, заявляя, что никаких противоправных действий по отношению к девочке не совершал. На амбулаторной экспертизе на все вопросы отвечал «не помню», содеянного не отрицал, пытался объяснить свой поступок тем, что «хотел достичь особого состояния, которое врачам не понять». На последующей стационарной экспертизе свой поступок объяснял тем, что был обижен на всю женскую половину человечества с момента измены его постоянной партнерши. Именно поэтому он совершал изнасилования, «чтобы они, повзрослев, всегда помнили о своем унижении, и мысль об этом его успокаивала». Заявлял, что ему надо было родиться на тысячу лет раньше, тогда бы он смог совершать убийства и изнасилования безнаказанно. Был осужден и находился в местах лишения свободы. После освобождения сошелся с женщиной и жил в ее квартире. Сожительница показала, что «в плане проживания к нему у нее никаких претензий не было», он помогал ей по хозяйству, отношение к ней было «нежное, трепетное». В последующем подэкспертный вновь привлекался к уголовной ответственности по настоящему правонарушению в обвинении в сексуальных притязаниях и убийстве девочки. При прохождении амбулаторной экспертизы сообщал, что при виде «красивой девочки» в очередной раз не стал

сдерживать свои побуждения и принудил ее к оральному контакту, а потом убил.

Анамнез жизни

* Воспитывался в неполной семье * Курит, злоупотребляет алкоголем *

Безработный

Объективный статус

В кабинет входит ссутулившись, шаркающей походкой. Неохотно вступает в контакт и отказывается обсуждать любые сведения, касающиеся сексуальной сферы. С нарочитым раздражением заявляет, что не готов разговаривать, так как не заинтересован в результатах обследования. Однако тут же называет другую причину: ссылается на головную боль и плохое настроение. Допускает, что будет готов к беседе в другой раз, но говорит об этом с долей сомнения. При повторной встрече контакт также носит малопродуктивный характер. На вопросы отвечает кратко, неполно, избегает уточняющих формулировок. По большей части общения отвечает односложно, шаблонно: «да», «нет», «не помню», «сложно ответить, трудный вопрос». Старается подчеркнуть нормативность своей сексуальности, отмечая, что в течение жизни у него было несколько половых партнерш – женщины его ровесницы или старше него по возрасту, с которыми могли быть как случайные половые связи, так и длительные отношения по 2-3 года. Указывает, что половая жизнь в рамках «гражданского брака» была частой и регулярной, а проблем интимного плана никогда не возникало. Категорически отрицает сексуальное или эротическое влечение к детям, фантазии с их участием, а также причастность к правонарушениям, по которым он привлекался к уголовной ответственности ранее и в настоящее время.

Для дальнейшего обследования необходимо провести

- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- психиатрическом стационаре общего типа
- амбулаторных условиях
- психиатрическом стационаре специализированного типа

Результаты обследования

Выявленные при психологическом исследовании отрицательное отношение к образу мужчины и женщины, привлекательность детского возраста и недифференцированный тип полоролевой идентичности наиболее характерны для

- садизма
- эфебофилии
- раптофилии
- педофилии

Основным психосексуальным расстройством является

- садизма
- эфебофилии
- раптофилии
- педофилии

Диагноз

В данном случае следует квалифицировать +
характер влечения

- сверхценный
- обсессивно-компульсивный
- импульсивный
- обсессивный

Комиссией экспертов было принято решение, что в период совершения правонарушения подэкспертный мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В соответствии со статьями 97 ч. 1 п. «д» и 99 ч. 2 УК РФ следует рекомендовать принудительное лечение в

- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- психиатрическом стационаре общего типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- амбулаторных условиях

Правильнее всего начать лечение парафильного расстройства с

- адверсивной терапии
- психофармакотерапии
- когнитивной психотерапии
- антиандрогенов

Патогенез обсессивно-компульсивных расстройств связан с дисфункцией
+ + систем

- дофаминергической и норадренергической
- серотонинергической и холинергической
- серотонинергической и дофаминергической
- серотонинергической и норадренергической

При обсессивно-компульсивном характере влечения рекомендуется назначение

- сертралина
- солей лития
- амитриптилина
- карбамазепина

При резистентности к терапии психотропными препаратами следует назначать

- электро-судорожную терапию
- антиандрогены
- тестикулоэктомию
- когнитивную психотерапию

Для лечения парафильных расстройств наиболее широко используется

- ацетат леупролида
- гoserelin
- ацетат медроксипрогестерона
- ацетат ципротерона

Резистентность к ацетату ципротерона отмечается в + +%

- 15-18
- 30-35
- 20-25
- 5-10

Феномен, определяющий лишение субъективности, личностных свойств объекта сексуального влечения определяется как

- 15-18
- 30-35
- 20-25
- 5-10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 45 лет обратился на прием к врачу сексологу.

Жалобы

На боль в половом члене, искривление полового члена, трудности в проведении полового акта.

Анамнез заболевания

Половую жизнь начал в 20 лет. Женился в 26 лет. Эксцессы до 4 половых актов в сутки. Вел регулярную половую жизнь. В браке 2-ое детей. В полосу УФР (условно физиологического ритма) вступил в 32 года. За год до обращения, во время очередного полового акта, при неловком фрикционном движении почувствовал «хруст» в половом члене и боль. Через 2 месяца стали возникать болезненные ощущения в половом члене при эрекции, как по утрам, так и в ситуации интимной близости. Еще через 2 месяца стал замечать искривление полового члена на верхней поверхности при возникновении эрекции. При половом акте, по мере усиления возбуждения болезненные ощущения усиливались. Искривление полового члена со временем стало больше. Из-за деформации полового члена, пациент стал испытывать трудности с интроитусом. На этом фоне у пациента формировалось ожидание болезненных ощущений во время близости, что приводило к снижению возбуждения и ослаблению эрекции. На момент обращения проведение половых актов стало практически невозможным. Из-за болезненности ночных эрекций просыпается, в связи с чем, недосыпает, что привело к снижению работоспособности.

Анамнез жизни

Отец – характеризуется пациентом как спокойный, не конфликтный. Мать – по характеру мягкая, добрая, склонная к компромиссам. Второй ребенок в семье. Акушерский анамнез без патологии. Перенес несколько детских инфекций. Травм головы не было. В анамнез ревматизм в подростковом периоде, было подозрение на ревмокардит. В школе учился хорошо. Окончил 10 классов и институт, по специальности экономист. Имеет собственный бизнес. Первая эякуляция в 13 лет, при ночной поллюции. Мастурбация с 14 лет. К 14 годам оформилось оволосение лобка по мужскому типу.

Объективный статус

Психический статус: ориентирован в месте, во времени и собственной личности. Озабочен проблемами в половой сфере. С некоторым стеснением говорит о проблемах половой жизни. На вопросы отвечает в плане заданного. Отмечает наличие некоторой астенизации и нарушения сна в связи с болевыми ощущениями в половом члене. Сомато-неврологический статус: черепно-мозговая иннервация без особенностей. Брюшные рефлексы в норме.

Рефлексы с верхних и нижних конечностей живые, равные. Координационные пробы выполняет удовлетворительно. Кавернозные и кремастерные рефлексы слабые. Ладони теплые, влажные. Пульс: лежа 72, стоя 80. АД – 130/80 мм рт.ст. Внутренние органы без патологии. Мочеполовая система: наружные половые органы развиты нормально. На верхней поверхности полового члена, на расстоянии 2 см от корня, пальпируется плотное болезненное образование в виде пластинки, размером 1 см. Кожа над образованием подвижна и не изменена, без патологии. Предстательная железа в размере 3,2 x 2,3 x 3,6, гладкая, тонус снижен, чувствительна при исследовании, правая доля больше левой, контуры четкие, борозда слегка сглажена. В секрете предстательной железы: эпителий – в небольшом количестве; лейкоциты – единичные в поле зрения; лецитиновых зерен – незначительное количество; слизь – небольшое количество. Сексологическая антропометрия: трохантерный индекс – 1,95, оволосение лобка – «по мужскому типу». Патологии эндокринной системы не выявлено. СФМ = $3-3-3/2-2-3/3-1-2/1=9/7/6/1=23$. Величина векторов (по шкале половой конституции): 5-5-5-5/5-5-5 Кф= 5,0; Кг= 5,0; Ка= 5,0; Ка/Кг= 1,0

Для постановки диагноза данному больному, помимо сексологического, необходимо проведение + + обследования

- 15-18
- 30-35
- 20-25
- 5-10

Результаты обследования

К инструментальному методу обследования, которое может быть использовано для постановки диагноза данному больному, относится

- 15-18
- 30-35
- 20-25
- 5-10

Результаты инструментального метода обследования

Лабораторным методом исследования, используемым при постановке диагноза, является

- 15-18
- 30-35
- 20-25

- 5-10

Результаты лабораторного метода обследования

Учитывая клинические данные больному, в соответствии с МКБ-10, можно поставить диагноз

- 15-18
- 30-35
- 20-25
- 5-10

Диагноз

Учитывая клинические данные и результаты лабораторно-инструментальных методов обследования, причиной наблюдающегося сексуального расстройства можно считать

- периуретрит
- синдром ожидания сексуальной неудачи
- воспаление кавернозных тел
- деформацию полового члена, усугубленную невротической фиксацией

Причиной болезненных ощущений в половом члене является

- невротическое расстройство
- некротический процесс
- аффективная патология
- фиброзная бляшка в белочной оболочке

К искривлению полового члена у больного привело поражение

+ + ткани

- мышечной
- эпителиальной
- нервной
- соединительной

Представленный больной имеет + + половой конституции

- слабый вариант средней
- слабый вариант сильной
- средний вариант средней
- сильный вариант слабой

Основным методом лечения у данного больного является

- психофармакотерапия
- психотерапия
- терапия ингибиторами фосфодиэстеразы 5-го типа
- рассасывающая терапия

В качестве медикаментозной терапии пациенту целесообразно назначение

- глюкокортикоидов
- миорелаксантов
- половых гормонов
- ингибиторов антихолинэстеразы

Описанным у больного изменениям в половом члене могли способствовать

- венерические заболевания
- микротравмы полового члена
- частые и длительные половые сношения
- частые и длительные ночные эрекции

Применение хирургических методов лечения у данного больного

- венерические заболевания
- микротравмы полового члена
- частые и длительные половые сношения
- частые и длительные ночные эрекции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-психиатру обратился молодой человек 19 лет с целью прохождения врачебной комиссии по смене пола.

Жалобы

На неприязнь к мужским половым органам, мужской физиологии, маскулинным чертам лица, росту волос на лице и теле, высказывает желание внешне выглядеть как девушка.

Анамнез заболевания

* С детства испытывал трудности социализации, держался обособленно от коллективов. Предпочитал играть в плюшевых зверей, собирал конструктор. По характеру был застенчивым, робким, пугливым, отмечалась склонность к фантазированию. В школе друзей завести не мог, подвергался насмешкам со

стороны одноклассников за излишнюю застенчивость и пугливость. Обиды терпел, сдачи дать не мог. Наедине с собой плакал, на людях слезы старался не показывать. Увлекался компьютерными играми, за которыми мог проводить до 10 часов подряд, любил аниме. * С 13 лет испытывал отвращение к своему телу – к мужским половым органам, наличию волос на теле, не нравился низкий голос. Считал, что обладает «женским» характером. Тогда же стал отращивать волосы, носил одежду в стиле «унисекс», больше похожую на женскую, использовал легкий макияж. * В 15 лет узнал о возможности смены пола, завел виртуальные знакомства с людьми, уже сменившими пол или собиравшимися сделать это. * В 16 лет окончательно принял решение сменить пол, рассказал об этом родителям, что было негативно ими воспринято. Выполнял специальные упражнения для голосовых связок, чтобы голос стал более высоким. В Интернете прочитал о том, что частые мастурбации способствуют снижению уровня тестостерона, из-за чего делал это ежедневно путем стимуляции области сосков и анальной зоны. * С этого же возраста (16 лет) стал часто прогуливать школу. Вместо занятий оставался дома, играл в компьютерные игры. * После 10 класса (16 лет) поступил в колледж по специальности «компьютерные технологии». С одноклассниками почти не общался, подвергался насмешкам с их стороны, подозревался в гомосексуальной ориентации за женственный внешний вид. * В семье и среди знакомых людей выполняет мужскую социальную роль: говорит о себе в мужском роде, низким голосом, одевается в мужскую одежду. Среди незнакомых людей исполняет женскую роль – одевается в стиле «унисекс», представляется женским именем, говорит о себе в женском роде, высоким голосом. * Направленность полового влечения сформирована в сторону мужчин. Романтических отношений не имел. Общается преимущественно в социальных сетях, где представляется девушкой. Половых контактов не имел, сообщает, что до смены пола (имея мужские половые органы) интимной близости инициировать ни с кем не будет, так как считает, что это «обман», и он пока «не заслуживает» отношений. * Ранее к психиатрам не обращался.

Анамнез жизни

* Наследственность психопатологически отягощена по линии матери. Оба деда страдали алкоголизмом, родной брат матери страдает умственной отсталостью, младший брат в возрасте 17 лет покончил жизнь самоубийством путем падения с высоты. * Родился от второй беременности матери (первая закончилась самопроизвольным абортом), протекавшей с угрозой прерывания, по поводу чего мать принимала гормональный препарат «Туринал» (прогестагенное средство, обладает антиандрогенной активностью). * В настоящее время обучается в колледже по специальности «компьютерные технологии». Непродолжительное время работал в call-центре и сборщиком компьютеров,

однако дольше 3-х месяцев на работе не удерживался, так как не справлялся со своими обязанностями, получал замечания со стороны начальства.

Объективный статус

Выглядит младше своего возраста. Волосы длинные, ниже плеч, распущены. Одет в женскую одежду ближе к стилю «унисекс» – в свитер и обтягивающие брюки. На лице - тональный крем, губы подкрашены неяркой помадой. Мимика обеднена. Сидит в однообразной позе. Зрительный контакт не поддерживает. Голос достаточно высокий. Во время беседы часто покашливает, говорит, что это связано с тем, что еще не до конца научился говорить «женским голосом». На вопросы отвечает не всегда в плане заданного, соскальзывает на другие темы. Отмечается тенденция к рассуждательству. Представляется женским именем, о себе говорит в женском роде. Причиной обращения называет желание сменить пол с мужского на женский, хочет внешне выглядеть как девушка. Сообщает, что недоволен своим голосом и фигурой, особенно наличием мужских половых органов. Настаивает на проведении гормональной терапии. В будущем планирует выполнить хирургическую коррекцию половых органов – вагинопластику. На смене документов внимание не акцентирует. Фон настроения несколько снижен. Без особых эмоций рассказывает о недавней смерти младшего брата. Сон и аппетит не нарушены. Суицидальные мысли, обманы восприятия отрицает. _При соматическом осмотре:_ высокого роста, пониженного питания. Носит женское нижнее белье (трусы и бюстгалтер). Мужские половые органы развиты правильно, оволосение по мужскому типу. Молочные железы не увеличены.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- венерические заболевания
- микротравмы полового члена
- частые и длительные половые сношения
- частые и длительные ночные эрекции

Результаты обследования

В план обследования помимо сбора объективных анамнестических сведений и лабораторных методов исследования обязательно должны входить

- консультация терапевта
- консультация уролога
- ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза
- консультация эндокринолога

На основании проведенных клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования можно предположить диагноз

- консультация терапевта
- консультация уролога
- ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза
- консультация эндокринолога

Диагноз

У пациента можно выделить синдромы: дисморфофобический и

- обсессивно-компульсивный
- тревожно-фобический
- синдром сверхценных образований
- синдром Кандинского-Клерамбо

В клинической картине у пациента наблюдается

- сенестопатия
- аутизация
- негативизм
- разорванность мышления

Тип течения данного заболевания относится к

- рекуррентному
- простому
- непрерывному
- приступообразно-прогредиентному

Лечение следует начать с

- транскраниальной магнитной стимуляции
- психотерапии
- гормональной терапии
- психофармакотерапии

Препаратами выбора при лечении данного расстройства являются

- нейролептики
- антидепрессанты
- стабилизаторы настроения
- транквилизаторы

Пациенту показана

- психофармакотерапия
- гормональная терапия
- перемена гражданского пола (смена документов)
- гормональная и хирургическая коррекция пола

Начало данного заболевания чаще всего относится к возрасту + _____ + лет

- после 60
- до 3-х
- 12-16
- после 30

Согласно МКБ -10 в диагностическую группу «Шизофрения» не входит

- кататоническая шизофрения
- остаточная (резидуальная) шизофрения
- шизотипическое расстройство
- постшизофреническая депрессия

Впервые термин «шизофрения» ввел

- кататоническая шизофрения
- остаточная (резидуальная) шизофрения
- шизотипическое расстройство
- постшизофреническая депрессия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-сексологу обратился молодой человек 23 лет с целью прохождения врачебной комиссии по смене пола.

Жалобы

На неприятие своего внешнего вида, желание сменить пол на женский, обладать феминной внешностью.

Анамнез заболевания

* В детстве общался преимущественно с мальчиками. Предпочитал уединенные игры – собирал конструктор. По характеру формировался замкнутым, нерешительным, был склонен к фантазированию. * Первая влюбленность – в 14 лет, в мальчика, испугался своих чувств, которыми ни с кем не делился, задумывался над тем, почему он испытывает такие чувства, «что с ним не так».

* В 15 лет узнал о транссексуализме. С этого же возраста (15 лет) отмечал недовольство своей внешностью: не нравилась фигура, мужской голос, наличие волос на теле. Стал задумываться о смене пола. * Мастурбации – с 15 лет, в сексуальных фантазиях представлял себя девушкой в половых контактах с мужчинами. * С 18 лет состоял в романтических отношениях с девушкой, которая была их инициатором, особых чувств к ней не испытывал. В 20 лет, по настоянию девушки, женился на ней. Детей не имеет. * Первый половой контакт с женой в 20 лет. Эрекции всегда была недостаточными для введения полового члена, поэтому интимная близость осуществлялась путем орально-мануальных ласк. * В 21 год рассказал жене о своем желании сменить пол, в чем получил поддержку с ее стороны. * В 22 года узнал от жены, что за время их брака у нее были отношения с девушкой. На этом фоне снизилось настроение с чувством обиды, что сохранялось на протяжении 1 месяца, после чего «простил» жену. Тогда же (22 г) окончательно принял решение о смене пола.

Анамнез жизни

* Наследственность психопатологически не отягощена. * В школе учился на «4» и «5» Окончил МАИ по специальности «авиакосмические двигатели». В настоящее время работает специалистом в сфере IT-технологий. * В армии не служил по причине отсрочки по учебе. * Ранее к психиатрам не обращался

Объективный статус

Выглядит моложе своего возраста. Одет в стиле унисекс – в обтягивающую черную водолазку, черные джинсы. Волосы длинные, ниже плеч, местами тонированы в фиолетовый цвет. Лицо гладко выбрито. Выражение лица грустное, мимика обеднена. Зрительный контакт поддерживает.

Представляется своим настоящим именем, говорит о себе то в мужском, то в женском роде. Отвечает в плане заданного, поначалу кратко, в дальнейшем, в ходе беседы, становится более откровенным. Речь в обычном темпе, голос тихий, маломодулированный. Причиной обращения называет желание сменить пол на женский. Рассказывает, что испытывает недовольство своим внешним видом: не нравятся широкие плечи, узкие бедра, недостаточно выраженная талия, вид мужских половых органов. Больше всего недоволен своим мужским голосом, наличием волосяного покрова на теле, из-за чего периодически прибегает к эпиляции. Испытывает негативные эмоции при ношении мужской одежды. Высказывает желание с помощью половых гормонов изменить пропорции тела, хирургическим путем увеличить грудь. На коррекцию половых органов не настроен, опасается неблагоприятного исхода операции, потери чувствительности. Несмотря на недовольство внешним видом своих половых органов использует их при мастурбации, разрешает партнерше дотрагиваться до них. Сообщает, что в половых актах не нравится занимать активную позицию.

Фон настроения ближе к ровному. Обманы восприятия, суицидальные мысли отрицает. Острой психотической симптоматики не выявлено. _При соматическом осмотре:_ среднего роста, нормостенического телосложения. Носит мужское нижнее белье. Мужские половые органы развиты правильно, оволосение по мужскому типу. Молочные железы не увеличены.

План обследования обязательно должен включать

- ЭЭГ
- МРТ головного мозга
- УЗИ органов малого таза
- сбор объективных анамнестических сведений

Для уточнения диагноза следует выполнить

- ЭЭГ
- МРТ головного мозга
- УЗИ органов малого таза
- сбор объективных анамнестических сведений

Результаты обследования

На основании проведенных клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования можно предположить диагноз

- ЭЭГ
- МРТ головного мозга
- УЗИ органов малого таза
- сбор объективных анамнестических сведений

Диагноз

В клинической картине на первый план выходит синдром

- деперсонализационный
- обсессивно-компульсивный
- депрессивный
- дисморфофобический

У пациента можно отметить личностную акцентуацию

- ананкастную
- шизоидную
- диссоциальную
- истероидную

Лечение следует начать с

- психофармакотерапии
- хирургической коррекции пола
- гормональной терапии
- психотерапии

Оказание медицинской помощи данному пациенту можно проводить

- в условиях дневного стационара
- амбулаторно
- стационарно недобровольно
- стационарно добровольно

Гормональная и хирургическая коррекция пола пациенту

- показана после получения согласия его родителей
- не показана
- показана после проведения психофармакологического лечения
- показана через 1 год наблюдения у психиатра и сексолога

В данном случае можно говорить о нарушении в ходе психосексуального развития этапа

- формирования стереотипа полоролевого поведения
- становления полового самосознания
- психосексуальных ориентаций
- сексуального либидо

В МКБ-10 отсутствует диагноз

- фетишистский трансвестизм
- эксгибиционизм
- садомазохизм
- гомосексуализм

Необходимым условием для выдачи разрешения на смену пола является

- предшествующий прием психотропных препаратов
- предшествующая гормональная терапия
- предшествующий курс психотерапии длительностью минимум 1 год
- установленный диагноз «транссексуализм»

Для постановки диагноза «Транссексуализм» не является обязательным критерием

- предшествующий прием психотропных препаратов
- предшествующая гормональная терапия
- предшествующий курс психотерапии длительностью минимум 1 год
- установленный диагноз «транссексуализм»

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 37 лет обратился на прием к врачу сексологу.

Жалобы

На расстройство эрекции.

Анамнез заболевания

В 24 года отдыхал с матерью на море. Познакомился с «некрасивой девушкой». К девушкам, которые ему нравились, он даже не подходил, считая, что «такие на него не обратят внимание». Когда зашел к девушке в комнату, вначале было и желание и хорошая эрекция, но когда девушка пошла принимать душ, эрекция стала ослабевать, пытался вручную стимулировать половой член, чтобы удержать эрекцию до ее прихода. Эрекция полностью исчезла. После прихода девушки эрекция так и не наступила, появились мысли о сексуальной несостоятельности. Придя к себе в комнату промастурбировал, чтобы проверить себя. Сильной эрекции, не удалось достичь, семяизвержение произошло при слабой эрекции. Стал ежедневно оценивать качество спонтанных эрекций. Через год на корпоративной вечеринке, познакомился с женщиной, которая работала у них в организации. Спустя 3 дня они созвонились и встретились. Практически целый день до встречи думал об этом. Представлял возможный сценарий предстоящей встречи. Появлялись мысли о возможной сексуальной несостоятельности, в случае если придется иметь с ней сексуальные контакты. Ночью спал очень плохо. Сон был поверхностный и тревожный. Накануне встречи купил «настойку женьшеня» и принял 20 капель, «чтобы все прошло успешно». После посещения кинотеатра, женщина пригласила его к себе. По дороге к ней в сознании пациента стали всплывать образные представления возможных деталей фиаско, проигрывались различные варианты реакции женщины, включая самые оскорбительные. В постели пациент стал волноваться, появилось ощущение внутренней дрожи, сердцебиения, похолодания в груди. Внимание его было фиксировано на половом члене, не доверяя своим ощущениям, он стал украдкой мануально пытаться усилить возбуждение полового члена. Достичь эрекции так и не удалось. Женщина вербальных упреков не высказала, но своим поведением продемонстрировала недовольство. Настроение стало подавленным, постоянно

думал о случившемся, что сопровождалось беспокойством, суетливостью, невозможностью расслабиться, потливостью, тахикардией. На этом фоне стало трудно сосредоточиться, снизилась работоспособность, усилилась раздражительность. Через месяц обратился к урологу. Был диагностирован «хронический простатит». Проведен курс противовоспалительной терапии. При этом пациент внимательно отслеживал частоту и качество спонтанных эрекций, мастурбировал. На этом фоне заметил еще большее ухудшение состояния. При обращении уролог органической патологии не выявил, однако провел курс лечения противовоспалительными средствами и направил к врачу сексологу.

Анамнез жизни

Отец – замкнутый, нелюдимый, алкоголизировался, покинул семью до рождения пациента. Мать – по характеру спокойная, обстоятельная, заботливая, склонная во всем опекать его как маленького ребенка, что нравится больному и не тяготит. На прием пришла вместе с сыном, и первая говорила с врачом она. Акушерский анамнез без особенностей. Вскармливание естественное. В раннем возрасте был капризным и плаксивым. С детских лет боялся темноты и оставаться одному. В школе с 8 лет, посещать ее не любил. Учился из чувства долга, был аккуратным, послушным, исполнительным. Физкультуру не любил, в движениях был скован, нескладен, нерешительный, застенчивый, склонен к сомнениям, боялся неудач, болезненно переживал даже их возможность. Сторонился шумных и бойких сверстников, не любил чрезмерно шумных игр, испытывал чувство робости, тяжело переживал контрольные, экзамены и проверки. Часто стеснялся отвечать перед классом. До 8-го класса учился практически на «пятерки». Переживал, если приходилось идти в школу неподготовленным, опасаясь перемены отношения к нему преподавателей. Охотно подчинялся опеке старших, нотации взрослых вызывали у него угрызения совести, чувство вины и отчаяния. После окончания института стал работать по распределению переводчиком иностранной корреспонденции в «закрытой» военной организации. Перед первым рабочим днем стал рассматривать свои институтские записи, чтобы подготовиться к работе и не оказаться неспособным работником, чтобы не подумали, что он неграмотный. Старался достичь наивысших результатов, предусмотреть все заранее и запланировать в мельчайших деталях. Был чрезвычайно добросовестным и скрупулезным, нередко повторно перепроверял всё сделанное. Старался понравиться руководству, был чувствителен к отношениям окружающих. Свойственные больному с детства такие черты характера как обидчивость, чувствительность, застенчивость мешали сблизиться с теми, с кем бы хотелось. В конфликтных ситуациях искал поддержку и опору со стороны. В 16 лет оформилось оволосение лобка по типу «тенденция к горизонтали». Появился интерес к девочкам, но боялся к ним подходить из-за своей

внешности - «был худым и некрасивым», а также боязни быть отвергнутым. Появились спонтанные эрекции. В 17 лет, при ночной поллюции, произошло первое в жизни семяизвержение. Стал мастурбировать. В обществе сверстников, в которых бывал редко, нравилось «обсуждение самого процесса», с удовольствием рассматривал порнографию. Это увлечение сохранилось до сих пор. Вместе с тем, разговоры о том, «кто, как, с кем и сколько раз» всегда раздражали, порождали неуверенность. Постоянно думал о возможно нанесенном вреде, стал сдерживаться, и с 19 лет частота онанизма снизилась до 1 раза в 2-3 месяца. Появились мысли о возможной сексуальной несостоятельности.

Объективный статус

Психический статус: Ориентирован, контактен. В начале беседы пациент несколько взволнован, говорил с дрожью в голосе, губы и слизистые ротовой полости были сухие. А ходе беседы стал постепенно успокаиваться. На вопросы отвечает по существу. О себе рассказывает охотно. Речь внятная, грамотная.

Жалуется на отсутствие эрекции. Считает себя человеком впечатлительным и ранимым. Предполагает, что сексуальная дисфункция возможна вследствие онанизма. С беспокойством интересуется мнением врача. Отмечает, что «расстроена и нервная система». Себя характеризует как впечатлительного, застенчивого, нерешительного и мнительного человека. Соматический статус: нервная система: черепно – мозговая иннервация без особенностей.

Поверхностные брюшные рефлексы оживлены, глубокие в норме. Рефлексы с верхних и нижних конечностей без особенностей. Патологических знаков нет. Координационные пробы выполняет удовлетворительно. Нарушения чувствительности не выявлены. Кавернозный рефлекс, кремастерные рефлексы живые. Ладони прохладные, влажные. Пульс лежа 72, стоя 78. АД – 125/75 мм рт.ст. По внутренним органам – без особенностей. Анализы крови и мочи – без патологии. Мочеполовая система: наружные гениталии без отклонений. Правое яичко 4,3 см по длинной оси, левое - 4,5. Мошонка депигментирована с отсутствием складчатости. Предстательная железа – 3 x 2,2 x 3 см., гладкая, эластичная, безболезненная, доли равны, борозда сглажена. В секрете: эпителий – ед. в п/зр., лейкоциты 4-6 в п/зр., лецитин. Зерен – умеренное количество. Сексологическая антропометрия: трохантерный индекс – 1,89, оволосение лобка по типу «тенденция к горизонтали». Со стороны эндокринной системы нарушений не выявлено. СФМ (после коррекции) = $3-1-1/1-1-3/2-1-1/1=4,5/5/4/1=15$ Величина векторов половой конституции: $2-2-2-3/2$. Кг=2,25; Ка=2; Ка/Кг=0,89.

Для постановки диагноза данному больному помимо сексологического, урологического, неврологического необходимо проведение

+ + обследования

- предшествующий прием психотропных препаратов
- предшествующая гормональная терапия
- предшествующий курс психотерапии длительностью минимум 1 год
- установленный диагноз «транссексуализм»

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза данному больному инструментальным методам обследования относят

- предшествующий прием психотропных препаратов
- предшествующая гормональная терапия
- предшествующий курс психотерапии длительностью минимум 1 год
- установленный диагноз «транссексуализм»

Результаты инструментальных методов обследования

Лабораторным методом исследования, используемым при постановке диагноза, является

- предшествующий прием психотропных препаратов
- предшествующая гормональная терапия
- предшествующий курс психотерапии длительностью минимум 1 год
- установленный диагноз «транссексуализм»

Результаты лабораторного метода обследования

Учитывая клинические данные больному, в соответствии с МКБ-10, можно поставить диагноз

- предшествующий прием психотропных препаратов
- предшествующая гормональная терапия
- предшествующий курс психотерапии длительностью минимум 1 год
- установленный диагноз «транссексуализм»

Диагноз

Учитывая клинические данные и результаты лабораторно-инструментальных методов обследования, причиной наблюдающегося сексуального расстройства можно считать

- гипогонадизм
- невротическое расстройство
- органическое сосудистое расстройство

- заболевание щитовидной железы

Наблюдающееся у пациента сексуальное расстройство является проявлением

- тревожного ожидания неудачи
- патологического венозного оттока
- обкрадывания тазового кровотока
- сенесто-ипохондрического синдрома

Признаком расстройства эрекции психогенного генеза является

- нарушение эрекции при мастурбации
- отсутствие зависимости от эмоционального состояния
- отсутствие спонтанных эрекций
- нарушение адекватных эрекций при сохранности спонтанных

В лечении сексуального расстройства у данного больного патогенетически обоснованным является применение

- ангиопротекторов
- гормональных средств
- психотерапии
- миорелаксантов

В качестве медикаментозной терапии в лечении сексуального расстройства у данного больного можно использовать

- миорелаксанты
- гормональные средства
- ангиопротекторы
- транквилизаторы

В качестве немедикаментозного метода терапии в лечении сексуального расстройства у данного пациента целесообразным является применение

- электростимуляции предстательной железы
- хлорэтиловых блокад
- массажа предстательной железы
- локальной декомпрессии

В диагностике сексуального расстройства у данного пациента может быть использован тест с

- интракавернозным введением алпростадилла
- интракавернозным введением адреналина

- внутримышечным введением тестостерона
- внутривенным введением папаверина

В качестве симптоматической терапии у представленного пациента можно применять

- интракавернозным введением алпростадилла
- интракавернозным введением адреналина
- внутримышечным введением тестостерона
- внутривенным введением папаверина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-сексологу обратилась женщина 30 лет.

Жалобы

На неприятие своих первичных и вторичных половых признаков, желание быть лицом противоположного (мужского) пола. Высказывает желание сменить пол с женского на мужской.

Анамнез заболевания

С детства предпочитала общаться с мальчиками, отказывалась от ношения платьев и юбок, чувствовала себя в них некомфортно, любила играть с мальчиками в футбол, хоккей, увлекалась литературой о войне. С 9 лет психологически ощущала себя мальчиком, при этом правильно осознавала свой биологический пол. С 12 лет, с появлением вторичных половых признаков, началом менструаций, испытывала выраженное недовольство своей внешностью. Не нравилось наличие груди, округлые бедра. Испытывала отвращение к своим наружным половым органам, наличию менструаций. С целью скрыть признаки женственности утягивала грудь эластичными бинтами. Стремилась внешне быть похожей на мальчика, из-за чего коротко стригла волосы, носила спортивную одежду. С 14 лет стала говорить о себе в мужском роде, просила называть себя мужским именем. Незнакомыми людьми воспринималась как парень, представлялась мужским именем. Испытывала сексуальное влечение к девушкам, вступала с ними в романтические отношения, о своей половой принадлежности рассказывала не сразу. В сексуальных контактах полностью не раздевалась, запрещала партнершам дотрагиваться до своих половых органов, груди, использовала strapon. Оргазм никогда не испытывала. В возрасте 18 лет узнала о возможности смены пола, однако к врачам по этому поводу не обращалась из-за финансовых проблем.

Анамнез жизни

* Наследственность манифестными психозами неотягощена. Отец и мать пациентки погибли в ДТП, когда ей было 20 лет. Родной старший брат умер от онкологического заболевания, когда ей было 26 лет. Родная младшая сестра (25 лет) подтверждает информацию о том, что пациентка внешне выглядела как парень, говорила о себе в мужском роде, поэтому та относилась к ней как к брату. * Работает официантом. В коллективе принята в мужской социальной роли. * В настоящее время на протяжении 1 года состоит в отношениях с девушкой, которая знает о ее половой принадлежности, поддерживает в желании смены пола. * Вредных привычек не имеет. * Хроническими заболеваниями не страдает. * Менструальный цикл регулярный. Сексуальных контактов с мужчинами никогда не было. Беременностей не было.

Объективный статус

Волосы коротко подстрижены. Одета в мужскую одежду - рубашку и джинсы. Грудь утянута. В беседе держится уверенно. Зрительный контакт поддерживает. На вопросы отвечает в плане заданного, подробно. Мышление последовательное, рассуждает логично. О себе говорит в мужском роде. Фон настроения несколько снижен. Говорит, что испытывает неприязнь к своему телу, старается меньше смотреть на себя в зеркало. Высказывает желание приобрести внешние признаки противоположного пола – низкий голос, увеличение роста волос на лице и тела, избавиться от груди и менструаций. Обманы восприятия отрицает, поведением не обнаруживает. Суицидальные мысли отрицает. Сон, аппетит достаточные. При соматическом осмотре: наружные половые органы развиты правильно, соответствуют женскому фенотипу. Оволосение – по женскому типу. Молочные железы утянуты плотным топом, развиты правильно.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- интракавернозным введением алпростадила
- интракавернозным введением адреналина
- внутримышечным введением тестостерона
- внутривенным введением папаверина

Результаты лабораторных методов обследования

Дополнительным методом обследования, необходимым для постановки диагноза является

- интракавернозным введением алпростадила
- интракавернозным введением адреналина

- внутримышечным введением тестостерона
- внутривенным введением папаверина

Результаты обследования

Пациентке необходимо назначить консультацию сексолога и

- гинеколога
- уролога
- генетика
- эндокринолога

На основании проведенных клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования у пациентки можно предположить диагноз

- гинеколога
- уролога
- генетика
- эндокринолога

Диагноз

Ведущим синдромом в данном случае является

- галлюцинаторно-бредовой
- депрессивный
- половая дисфория
- деперсонализационный

Оказание медицинской помощи в данном случае следует проводить

- в дневном психиатрическом стационаре
- в общесоматическом стационаре
- в психиатрическом стационаре
- амбулаторно

Пациентке показано

- назначение антидепрессантов
- назначение нейролептиков
- назначение стабилизаторов настроения
- дальнейшее наблюдение у психиатра и сексолога

Для прохождения врачебной комиссии по смене пола

- необходимо наблюдение у психиатра и сексолога не менее 2-х месяцев
- необходимо наблюдение у психиатра и сексолога не менее 1 года
- необходимо получение согласия всех членов семьи
- достаточно однократного визита к психиатру и сексологу

Основной целью психотерапевтической помощи пациентке является

- примирение со своим биологическим полом
- нормализация сексуальных отношений
- коррекция эндогенного психического заболевания
- повышение адаптационных возможностей

Для смены гражданского пола в России необходимо(-а)

- предшествующая хирургическая коррекция пола
- предшествующая гормональная терапия
- проведение гормональной терапии и хирургической коррекции пола
- получить справку о смене пола установленного образца

Минимальный срок наблюдения у врача-психиатра и сексолога для пациента, желающего сменить пол, составляет

- 1 год
- 3 года
- 4 года
- 6 месяцев

Во врачебную комиссию по смене пола обязательно должен входить

- 1 год
- 3 года
- 4 года
- 6 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 55 лет обратился к врачу сексологу.

Жалобы

На частые пробуждения среди ночи из-за болезненных эрекций, которые нарушают сон и в связи с этим вялость, сонливость, разбитость, лабильность настроения.

Анамнез заболевания

Указанные явления у пациента возникли примерно 2 года назад. Вначале пробуждения среди ночи и эрекция возникали 1 раз в 7-10 дней. Эрекции пропадали после мочеиспускания. Процесс повторного засыпания был затруднительным еще до начала этих проблем. Постепенно пробуждения с болезненной эрекцией становились чаще, 2-3 раза в неделю и порой не пропадали после мочеиспускания и хождения по комнате. Половые акты редки, 2-3 раза в месяц. На фоне указанных явлений сексуальное желание снизилось, утренние и адекватные эрекции стали слабее. Последние полгода больной стал просыпаться несколько раз за ночь. Со слов пациента просыпался он из-за болезненных эрекций. Сон стал поверхностным, а ночь мучительным.

Анамнез жизни

* Отец – характеризуется пациентом как спокойный, не конфликтный. Мать – по характеру жесткая, не склонная к компромиссам. Второй ребенок в семье. Акушерский анамнез без патологии. Перенес несколько детских инфекций. Были травмы головы. * В анамнез транзиторная гипертония. Бывают боли и неприятные ощущения в различных частях тела- в области сердца, спины, желудка. Проходил обследования у различных специалистов. Метеочувствителен, бывают головные боли, плохо переносить жару и духоту. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы первой степени. Дизурические проявления скорректированы приемом препаратов. В школе учился хорошо. Окончил 10 классов и институт по специальности экономист. Работает инженером. Первая эякуляция в 13 лет, при ночной поллюции. Мастурбация с 14 лет. К 14 годам оформилось оволосение лобка по мужскому типу.

Объективный статус

Психический статус: ориентирован в месте, во времени и собственной личности. Озабочен указанными проблемами, выглядит несколько вялым и сонливым. Настроение снижено. При рассказе о проблеме, связанной с ночными пробуждениями и болезненной эрекцией оживляется. Адекватен, интеллект соответствует полученному образованию. Сомато-неврологический статус: черепно-мозговая иннервация без особенностей. Брюшные рефлексы в норме. Рефлексы с верхних и нижних конечностей живые, равные. Координационные пробы выполняет удовлетворительно. Кавернозные и кремастерные рефлексы слабые. Ладони теплые, влажные. Пульс: лежа 72, стоя 80. АД – 130/80мм рт.ст. Внутренние органы без патологии. Мочеполовая система: наружные половые органы развиты нормально. Предстательная железа в размере 4,2 x 4,3 x 4,6, гладкая, тонус снижен, чувствительна при исследовании, правая доля больше левой, контуры четкие, борозда сглажена. В секрете предстательной железы: эпителий – в небольшом количестве; лейкоциты – единичные в поле зрения; лецитиновых зерен – незначительное количество; слизь – небольшое

количество. УЗИ предстательной железы: признаки доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Сексологическая антропометрия: трохантерный индекс – 1,95, оволосение лобка – «по мужскому типу». Патологии эндокринной системы не выявлено. СФМ = $3-3-3/2-2-3/3-1-2/1=9/7/6/1=23$. Величина векторов (по шкале половой конституции): 5-5-5-5/5-5-5 Кф= 5,0; Кг= 5,0; Ка= 5,0; Ка/Кг= 1,0

Для постановки диагноза данному больному, помимо сексологического, урологического, эндокринологического, необходимо проведение
+ + обследования

- 1 год
- 3 года
- 4 года
- 6 месяцев

Результаты обследования

К инструментальному методу обследования, которое может быть использовано для постановки диагноза данному больному, относится

- 1 год
- 3 года
- 4 года
- 6 месяцев

Результаты инструментальных методов обследования

Лабораторным методом исследования, используемым при постановке диагноза, является

- 1 год
- 3 года
- 4 года
- 6 месяцев

Результаты лабораторного метода обследования

Учитывая клинические данные больному, в соответствии с МКБ-10, можно поставить диагноз

- 1 год
- 3 года
- 4 года

- 6 месяцев

Диагноз

Учитывая клинические данные и результаты лабораторно-инструментальных методов обследования, причиной/причину ночных болезненных эрекций

- является психоорганический синдром
- является никтурия
- является травма полового члена
- точно установить невозможно

Причиной снижения сексуального влечения у больного является

- органическое нарушение кровообращения в сосудах полового члена
- астеническое расстройство
- синдром ожидания сексуальной неудачи
- травма полового члена

Представленный больной имеет + _____ + половой конституции

- слабый вариант сильной
- средний вариант средней
- слабый вариант средней
- сильный вариант слабой

Представленному больному требуется + _____ + лечение

- санаторно-курортное
- недобровольно стационарное
- добровольно стационарное
- амбулаторное

Основным методом лечения представленного больного является

- фармакотерапия
- психотерапия
- хирургическая коррекция
- физиотерапия

В качестве медикаментозных средств в лечении данного больного целесообразно применение

- нейрометаболитов

- ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа
- андрогенов
- глюкокортикоидов

Гормональными препаратами, используемыми в лечении данного больного, являются

- глюкокортикоиды
- андрогены
- эстрогены
- минералокортикоиды

Применение хирургических методов лечения у данного больного

- глюкокортикоиды
- андрогены
- эстрогены
- минералокортикоиды

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 52 лет обратился к врачу сексологу.

Жалобы

На расстройство как адекватных, так и спонтанных эрекций, отсутствие эякулята при сохранности оргазма, некоторая слабость, повышенная жажда, сухость во рту, снижение массы тела, учащенное мочеиспускание, кожный зуд, ухудшение зрения.

Анамнез заболевания

Начало половой жизни с 18 лет, регулярная половая жизнь с 22 лет. С 26 лет частота половых актов 2-3 раза в неделю. Эксцессы бывали до 3 раз в сутки. С 45 лет 1-2 раза в неделю. В этом возрасте была серьезная стрессовая ситуация, связанная с работой. Потерял бизнес. Через месяц стал замечать повышенную жажду, сухость во рту, снижение массы тела, учащенное мочеиспускание, кожный зуд. Через год стал отмечать ухудшение эрекций при половом акте. Спонтанные эрекции стали редкими и слабыми. 2 года назад уменьшилось количество спермы при семяизвержении, а год назад заметил, что оргазм происходит, есть слабое ощущение выброса, но эякулята нет. Отмечает также изменение ощущений в нижних конечностях: в нале было жжение, за полгода до обращения возникло зябкость и снижение чувствительности. Ухудшилось также зрение. Женат, имеет 2-х детей.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально, в полной семье. Отец, жесткий, требовательный, страдал гипертонической болезнью. Мать, мягкая, без конфликтная, страдала сахарным диабетом. Акушерский анамнез без патологии. Перенес несколько детских инфекций. В школе учился хорошо. В коллективах адаптировался нормально. Предпочитал мужские компании. С 16 лет встречался с девушкой, были поцелуи, ласки, петтинг. Окончил 10 классов и институт по специальности экономист. Первая эякуляция в 15 лет, при ночной поллюции. Мастурбация с 16 лет. К 14 годам оформилось оволосение лобка по мужскому типу.

Объективный статус

Психический статус: Ориентируется в месте, во времени и собственной личности. В начале беседы несколько взволнован и напряжен. В ходе беседы успокаивается и спокойно излагает жалобы и рассказывает о состоянии. Помимо общего состояния сильно переживает из-за сексуальных проблем. В характерологических особенностях отмечает наличие с детства впечатлительности, тревожности и повышенной чувствительности к несправедливости. Антивитальных переживаний не высказывает. Обманы восприятия и бредовых идей не высказывает. Рост 170 см, масса тела 60 кг. Трохантерный индекс – 1,93.. АД 135/85 мм рт.ст. ЧСС – 80 уд.в мин. Нижние части голени и стопы холодные, отмечается выраженное снижение чувствительности. Половые органы развиты нормально. Яички 3,5х3х3,5 см, эластичной консистенции, чувствительны при пальпации. Половой член длиной 8 см, окружность 10 см. Величина векторов: 4-4-5-5/4-5-5; Кф=4,57 (1-7); Кг=4,5 (1-4); Ка=4,7 (5-7); Ка/Кг=1,04. У пациента средний вариант половой конституции. СФМ в момент обращения=222/220/012/1=6/4/3/1=14. СФМ до 40 лет=333/333/333/4=9/9/9/4=31.

Для постановки диагноза данному больному, помимо сексологического, урологического, эндокринологического, необходимо проведение
+ + обследования

- глюкокортикоиды
- андрогены
- эстрогены
- минералокортикоиды

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза данному больному инструментальным методам обследования относят

- глюкокортикоиды

- андрогены
- эстрогены
- минералокортикоиды

Результаты инструментальных методов обследования

Лабораторными методами исследования, используемым при постановке диагноза, являются

- глюкокортикоиды
- андрогены
- эстрогены
- минералокортикоиды

Результаты лабораторных методов обследования

В плане обследования больному целесообразно назначить консультацию

- ревматолога
- венеролога
- иммунолога
- окулиста

Учитывая клинические данные больному, в соответствии с МКБ-10, можно поставить диагноз

- ревматолога
- венеролога
- иммунолога
- окулиста

Диагноз

Учитывая клинические данные и результаты лабораторно-инструментальных методов обследования, причиной имеющегося у больного расстройств эрекции является

- высокий уровень холестерина в крови
- синдром ожидания неудачи
- ангиопатия
- высокий уровень глюкозы в крови

Учитывая клинические данные и результаты лабораторно-инструментальных методов обследования, причиной имеющегося у больного ретроградной эякуляции является

- высокий уровень глюкозы в крови
- нейропатия
- высокий уровень холестерина в крови
- синдром ожидания неудачи

Представленный больной имеет + _____ + половой конституции

- сильный вариант слабой
- средний вариант слабой
- слабый вариант сильной
- слабый вариант средней

Наблюдающееся у больного основное заболевание характеризуется нарушением обмена

- жиров
- микроэлементов
- белков
- углеводов

Лечебно-реабилитационные мероприятия у данного больного прежде всего направлены на

- стабилизацию уровня тиреоидных гормонов
- повышение уровня половых гормонов
- стабилизацию углеводного обмена
- стабилизацию белкового обмена

Из немедикаментозных методов в лечении данного больного может применяться

- массаж предстательной железы
- хлорэтиловая блокада
- локальная декомпрессия
- вибростимуляция эрогенных зон

Для улучшения эректильной функции данному больному, помимо терапии основного заболевания, можно назначать

- массаж предстательной железы
- хлорэтиловая блокада
- локальная декомпрессия
- вибростимуляция эрогенных зон

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет пришла на прием к врачу с просьбой сменить пол.

Жалобы

На сильный дискомфорт и неприязнь по отношению к первичным и вторичным половым признакам в связи с ощущением себя лицом противоположного пола. В связи с этим трудности социальной адаптации и ситуационно связанное подавленное состояние.

Анамнез заболевания

С тех пор как помнит себя, чувствует себя мальчиком. Предпочитала коллективы мальчиков, играя с ними, была равнодушна к куклам. В школу старалась ходить в тренировочном костюме, а в остальное время стремилась одеваться как мальчик. Родители за это ругали. Мальчики не сразу брали в компанию, приходилось порой вступать в драку, но со временем принимали «за своего». С 8-9 лет стал обращать внимание на девочек своего возраста. Возникало стремление дотронуться до них, погладить, поцеловать. Была влюбленность в девочку. Пыталась опекать ее. После окончания школы уехала из города и стала одевать мужскую одежду. Тяжело переживала и с неприязнью относилась к появлению месячных в 12 лет и молочных желез. Бинтовала грудь, стала принимать мужские гормоны. В 17 лет в мужской одежде познакомилась с 20-летней девушкой. Были поцелуи и поверхностный петтинг. От интимных контактов отказывалась из-за страха разоблачения. Отучилась в строительном колледже, в последующем работала на разных строительных работах. Пыталась официально не оформляться, чтобы не показывать документы на женское имя. После получения водительских прав, занималась частным извозом. Периодически пребывала в подавленном состоянии «из-за невозможности полной адаптации в роли мужчины и невозможности в полной мере выглядеть как мужчина. Отец негативно относится к ее заявлениям о принадлежности к противоположному полу и желанию «стать мужчиной», мать относится с пониманием.

Анамнез жизни

* Среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался * не

курит, алкоголь употребляет изредка, в основном не крепкие спиртные напитки
* в детстве перенесла детские инфекции * в настоящее время не работает

Объективный статус

Одета в джинсы и толстовку. Волосы коротко подстрижены. О себе говорит в мужском роде. Ориентация в месте, времени, собственной личности сохранена, контактна, фон настроения снижен, критика к своему состоянию сохранена. Прямой зрительный контакт не поддерживает, при рассказе и ответах на целенаправленные вопросы, касающиеся идентичности, появляются слезы. При осмотре: надеты мужские трусы, молочные железы туго утянуты бинтом.

Главным специалистом в диагностике расстройств половой идентификации является

- врач-эндокринолог
- врач-невролог
- врач-генетик
- врач-сексолог

При первичной диагностике расстройства половой идентификации обязательным является осмотр

- уролога
- невролога
- гинеколога
- эндокринолога

В плане обследования пациентов с расстройством половой идентификации обязательным является стационарное + _____ + обследование

- психиатрическое
- гинекологическое
- урологическое
- эндокринологическое

Для уточнения диагноза необходимыми лабораторными методами исследования являются

- психиатрическое
- гинекологическое
- урологическое
- эндокринологическое

Результаты лабораторных методов обследования

Основной целью психологического обследования является исследование

- факторов социальной дезадаптации
- сопутствующей психической патологии
- психосексуальной сферы
- внутрисемейных отношений

Учитывая клинические данные пациентки, можно поставить диагноз

- факторов социальной дезадаптации
- сопутствующей психической патологии
- психосексуальной сферы
- внутрисемейных отношений

Диагноз

**Для установления диагноза необходимо исключить другое + +
заболевание**

- гинекологическое
- урологическое
- неврологическое
- психическое

Первым этапом медико-социальных мероприятий является

- подготовительный
- половой переориентации
- вводный
- восстановительно-реабилитационный

Вторым этапом медико-социальных мероприятий является

- подготовительный
- вводный
- половой переориентации
- восстановительно-реабилитационный

Третьим этапом медико-социальных мероприятий является

- вводный
- половой переориентации
- восстановительно-реабилитационный
- подготовительный

Обязательным составляющим этапа половой переориентации является

- смена гражданского пола
- хирургическая коррекция
- гормональная коррекция
- психофармакотерапия

Необходимым условием для выдачи справки о смене пола является

- смена гражданского пола
- хирургическая коррекция
- гормональная коррекция
- психофармакотерапия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет, азиатской национальности, пришла на прием к врачу в сопровождении старшей сестры.

Жалобы

Вначале приема жалобы высказывались на отсутствие сексуального влечения, отсутствие lubricации и болезненные ощущения во время полового акта, подавленность, тоскливость, тревожность, апатичность, снижение аппетита, суицидальные мысли. В ходе беседы пациентка заявила, что основной жалобой у нее является сильная неприязнь по отношению к своим первичным и вторичным половым признакам в связи ощущением себя лицом противоположного пола.

Анамнез заболевания

Родилась в многодетной семье, Имеет 4-х братьев и 1 сестру. С раннего детства, как себя помнит, чувствовала себя мальчиком. Предпочитала подвижные игры, старалась играть преимущественно с братьями. Играла с сестрой в ролевые игры, где она была «мальчиком». По мере взросления стала переживать по поводу своих ощущений принадлежности к противоположному полу, делилась с сестрой, спрашивала, нет ли у нее таких ощущений. В 7-8 лет пыталась носить мальчиковую одежду, за что родители её сильно отругали. Появление месячных в 11 лет и увеличение молочных желез воспринимала противоречиво. С одной стороны, ей было неприятно, что эти проявления у нее есть, с другой стороны надеялась, что их появление поможет ей чувствовать себя женщиной. Убедившись, что ощущения не пропадают, стала с тревогой ожидать их начала, надеялась, что они пропадут. Стала замкнутой, чаще пребывала в подавленном

настроении. Надеюсь, что ощущения принадлежности к противоположному полу пропадут. Знала, что если она заявит об этом, то может быть наказана. В школе училась хорошо, пыталась отвлечься от мыслей о своей идентичности. Пыталась влюбиться в мальчика, который всем нравился, но ничего не получалось. В 11 лет ей стала нравиться одноклассница, часто с ней общалась, но свою симпатию не демонстрировала. В 16 лет ее выдали замуж. На это событие она отреагировала со страхом, т.к. мысли об интимных отношениях с мужчиной у неё вызывали неприязнь и подавленное состояние. Несмотря на то, что муж не был грубым, ласки были неприятны, а половые акты болезненными. Из-за отсутствия lubricации, муж применял смазки. Пациентка часто отказывалась от половых актов, говоря, что ей больно. Родила 3-х детей. При рождении первого ребенка также надеюсь, что возникнут «материнские» чувства, которые помогут ей почувствовать себя женщиной. Но когда убедилась, что этого не происходит, впала в глубокую депрессию, совершила 3 суицидальные попытки: принимала большое количество таблеток, резала вены. 3 раза лежала в психиатрической больнице по поводу депрессивного состояния, антидепрессивная терапия не давала значимого эффекта. Неоднократно, по инициативе мужа, обращалась к гинекологам по поводу болезненных ощущений во время полового акта и отказа от них. Лечение никакого эффекта не дало. О проблемах с идентичностью знает только сестра, с которой пациентка пришла на прием.

Анамнез жизни

* Среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался * не курит, алкоголь не употребляет * в детстве перенесла ряд детских инфекций * не работает

Объективный статус

Одета в традиционную азиатскую женскую одежду. На лице макияжа нет. Ориентация в месте, времени, собственной личности сохранена, малоконтактна, фон настроения снижен, критика к своему состоянию сохранена. Прямой зрительный контакт не поддерживает, при рассказе и ответах на целенаправленные вопросы, касающиеся состояния, в особенности идентичности, появляются слезы.

Для постановки диагноза данной пациентке, помимо сексологического и психологического, необходимо проведение + + обследования

- смена гражданского пола
- хирургическая коррекция
- гормональная коррекция
- психофармакотерапия

Результаты обследования

Необходимая продолжительность динамического наблюдения у психиатра лиц с расстройством половой идентификации

- 6 месяцев
- 2 года
- 3 года
- 3 месяца

Выберите необходимый для постановки диагноза расстройства половой идентификации лабораторный метод исследования

- 6 месяцев
- 2 года
- 3 года
- 3 месяца

Результаты лабораторного метода обследования

В соответствие с критериями МКБ-10 пациентке можно поставить диагноз

- 6 месяцев
- 2 года
- 3 года
- 3 месяца

Диагноз

У данной пациентки можно предположить вариант транссексуализма

- краевой, по типу трансформации полового влечения
- краевой
- краевой, по конформному типу
- ядерный

Патогномоничным клиническим симптомом при транссексуализме является

- надевание одежды противоположного пола
- стойкое ощущение принадлежности к противоположному полу, начиная с раннего детского возраста
- наличие сексуального влечения к представителям своего биологического пола
- полоролевое поведение, характерное для противоположного пола

В подготовительный этап медико-социальной помощи лицам с транссексуализмом осуществляется

- заместительная гормональная терапия
- перемена гражданского пола
- хирургическая коррекция
- динамическое наблюдение и всестороннее обследование

На этапе половой переориентации медико-социальной помощи лицам с транссексуализмом проводится

- психофармакотерапия для коррекции расстройства полового самосознания
- перемена гражданского пола
- психотерапия для коррекции расстройства полового самосознания
- гормональная терапия для коррекции расстройства полового самосознания

Восстановительно-реабилитационный этап медико-социальной помощи лицам с транссексуализмом включает

- поддерживающую психотерапию и социально-психологическую помощь при трудностях адаптации
- перемену гражданского пола и социально-психологическую помощь при трудностях адаптации
- психотерапию для коррекции расстройства полового самосознания и социально-психологическую помощь при трудностях адаптации
- психофармакотерапию для коррекции расстройства полового самосознания и социально-психологическую помощь при трудностях адаптации

Основной целью гормональной терапии при транссексуализме является коррекция

- первичных половых признаков
- полоролевого поведения
- полового самосознания
- вторичных половых признаков

Гормональную коррекцию пола при расстройстве половой идентификации можно проводить

- на любом этапе медико-социальной помощи
- до смены паспортного пола

- после хирургической коррекции пола
- после смены паспортного пола

Хирургическую коррекцию пола при расстройстве половой идентификации можно проводить

- на любом этапе медико-социальной помощи
- до смены паспортного пола
- после хирургической коррекции пола
- после смены паспортного пола

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 26 лет пришел на прием к врачу сексологу.

Жалобы

На ускоренное семяизвержение и в связи с этим сексуальную дисгармонию в отношениях с женой.

Анамнез заболевания

Сексуальную жизнь начал с 19 лет с женщиной 22 лет, с которой вместе работал. Семяизвержение произошло в момент введения. Повторный половой акт предпринял на утро. Семяизвержение при этом произошло через 5-6 фрикций. С регулярностью 1 раз в неделю встречался с этой женщиной. Длительность полового акта, не превышала 10-15 фрикций, до 0,5 минуты. Пациент в принципе легко возбуждался, но если даже удавалось различными приемами пролонгировать половой акт, то быстро утомлялся, эрекция при этом ослабевала и трудно было достичь семяизвержения. Рефрактерный период был длительным, после семяизвержения чувствовал себя уставшим и поэтому чаще всего за ночь повторных попыток не предпринимал. Через три месяца по ее инициативе были прерваны встречи. До 24 лет с регулярностью 4-5 раз в год имел сексуальные контакты с разными женщинами. Практиковал прием алкоголя для пролонгации полового акта. Без алкоголя длительность полового акта не превышал 5-15 фрикций. Женился в 24 года. До женитьбы с будущей женой все контакты проходили на фоне приема алкоголя. После женитьбы стал реже принимать алкоголь из-за плохой его переносимости. В последнее время и прием алкоголя не пролонгировал половой акт. Жена демонстрирует свое недовольство, отказывая ему в интимных отношениях, так как она не успевает получить оргазм. На этом фоне снизилось настроение. Пытался самостоятельно решить проблему. Покупал в магазинах «Интим» крема и спреи для пролонгации полового акта. Первые применения давали эффект. В

последующем наблюдалось ухудшение эрекции чаще без изменения продолжительности полового акта, реже завершить акт не удавалось.

Анамнез жизни

* Среди ближайших родственников психическим заболеванием никто не страдает. Отец – по характеру спокойный, малоразговорчивый, добрый человек. Мать – преподаватель в школе, по характеру властная, несклонная к компромиссам, лидер в семье. * Родился в осложненных родах с травмой (у матери узкий таз, роды были длительными, голова была деформирована). Вскармливание естественное. В раннем возрасте со слов матери был капризным и плаксивым ребенком. Ночной энурез до 8 лет. Обращались к невропатологу. Получал лечение по поводу гипертензионного синдрома. В школу пошел с 8 лет, посещать ее не любил. В раннем детстве отличался чрезмерной подвижностью, неусидчивостью, суетливостью, несобранностью, неустойчивостью внимания. В связи с этим в начальных классах была плохая успеваемость. С четвертого класса стал спокойнее, послушнее и стал учиться лучше. Испытывал затруднения при длительном чтении, прослушивании лекций. Быстро утомлялся, рассеивалось внимание, было трудно сосредоточиться. После окончания школы поступил в ПТУ. По окончании был призван в армию, служил в строительных войсках. После демобилизации до настоящего времени в разных учреждениях работает электромонтажником. * Интерес к девочкам появился в 14 лет. Спонтанные эрекции с 14 лет. В это же время при ночной поллюции, произошло первое в жизни семяизвержение. В 16 лет оформилось оволосение лобка по типу тенденции к горизонтали. В компании сверстников узнал о мастурбации. Стал мастурбировать с регулярностью 1-3 раз в неделю.

Объективный статус

* Ориентирован, контактен. Настроение снижено. Склонен к рассуждательству. Жалуется на ускоренное семяизвержение. Подчеркивает наличие повышенной утомляемости. При беседе к концу речь стала менее живой. Больной указывает на наличие признаков гиперестезии, проявляющейся в виде плохой переносимости бытовых шумов, звуков радио, телевизора, разговора находящихся рядом людей, яркого света, запахов. То же самое наблюдалось и в половой жизни. Внешние раздражители приводили к ослаблению или исчезновению сексуального желания. Кроме того, больной указывал на перемежающиеся головные боли в основном распирающего характера, чувством давления в области глазных яблок, возникающие и усиливающиеся преимущественно при перемене погоды. Больной плохо переносил жару, духоту, длительные поездки в транспорте, прием алкогольных напитков. Все эти симптомы указывали на наличие ликвородинамических нарушений (повышение внутричерепного давления). Из вегетативных нарушений у

больного были отмечены повышенная потливость, гиперсаливация, сосудистая лабильность. Нередко отмечались расстройства сна в виде нарушения засыпания, поверхностного и не освежающего сна. * Неврологический статус: легкое ослабление конвергенции слева. Незначительное отставание правого угла рта при оскале и отклонение кончика языка вправо. В позе Ромберга немного неустойчив. Имеется легкий тремор пальцев рук, легкий гипергидроз рук и ног. Во время беседы несколько раз давал вегетативную реакцию в виде покраснения лица. Поверхностные брюшные рефлексы оживлены, глубокие в норме. Рефлексы с верхних и нижних конечностей без особенностей, за исключением расширения рефлексогенной зоны ахиллова рефлекса слева. Нарушение чувствительности не выявлены. Кавернозные рефлексы определяются, живые. Кремастерные рефлексы двусторонние, живые, равные, сопровождаются содружественным сокращением мышц передней брюшной стенки. * Соматический статус: Со стороны внутренних органов органической патологии не выявлено. Пульс: лежа 76, стоя 82. АД – 125/75 мм рт. ст. Анализ крови и мочи – без патологии. * Мочеполовая система: наружные гениталии без отклонений. Половой член по длине 8 см, крайняя плоть легко отодвигается. Простата 3 x 2,4 x 3 см, гладкая, эластичная, безболезненная, доли равны, борозда сглажена. В секрете: эпителии – единичные в поле зрения, лейкоциты – 4-5 в поле зрения, лецитиновых зерен – умеренное количество. Половые железы: левое яичко - 3 см по длине, безболезненное, эластичное; правое яичко - 3,2 см по длине, безболезненное, эластичное. Мошонка слабо пигментирована и складчата. Оволосение лобка по типу «тенденция к горизонтали». Трохантерный индекс – 1,90. * Величина векторов: 4 – 4 – 3 – 3 / 2 – 3 – 3. Кф = 3,1 (1 - 7); Кг = 3,5 (1 – 4); Ка = 2,7 (5 – 7); Ка/Кг = 0,8. Больной имеет слабую половую конституцию.

Для постановки диагноза помимо сексологического, урологического, эндокринологического необходимо проведение + _____ + обследования

- на любом этапе медико-социальной помощи
- до смены паспортного пола
- после хирургической коррекции пола
- после смены паспортного пола

Результаты обследования

Инструментальными методами исследования, используемым при постановке диагноза, являются

- на любом этапе медико-социальной помощи

- до смены паспортного пола
- после хирургической коррекции пола
- после смены паспортного пола

Результаты инструментальных методов обследования

Лабораторными методами исследования, используемыми при постановке диагноза, являются

- на любом этапе медико-социальной помощи
- до смены паспортного пола
- после хирургической коррекции пола
- после смены паспортного пола

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая клинические данные больному, в соответствии с МКБ-10, можно поставить диагноз

- на любом этапе медико-социальной помощи
- до смены паспортного пола
- после хирургической коррекции пола
- после смены паспортного пола

Диагноз

Учитывая клинические данные и результаты лабораторно-инструментальных методов обследования, причиной наблюдающегося сексуального расстройства можно считать

- заболевание щитовидной железы
- органическое поражение головного мозга
- воспалительное заболевание предстательной железы
- невротическое расстройство

Признаком преждевременного семяизвержения в рамках органического поражения головного мозга (синдрома парацентральных долек) является

- установление нормальной продолжительности полового акта при регулярной половой жизни
- сохранение ускоренного семяизвержения при регулярной половой жизни
- значительное удлинение продолжительности полового акта при повторных актах
- зависимость от конкретной партнерской ситуации

У мужчин со снижением порога эякуляторного рефлекса и слабой половой конституцией может наблюдаться феномен

- Тарханова И.Р.
- Белова Н.А.
- ретроградной эякуляции
- эякуляторной атаксии

В лечении преждевременного семяизвержения, обусловленного органическим поражением головного мозга, применяются

- антипсихотические средства
- мужские половые гормоны
- препараты нейрометаболического действия
- средства, улучшающие нервную проводимость

Хлорэтиловая (или иная термическая) блокада при преждевременном семяизвержении осуществляется в области

- надлобковой
- пояснично-крестцовой
- промежности
- межлопаточной

Из методов секстерапии при преждевременном семяизвержении используется техника

- стоп-старт
- чувственного фокусирования
- мануально модулированного ввода
- моста

Хлорэтиловая (или иная термическая) блокада, применяемая в лечении преждевременного семяизвержения, относится к методам

- секстерапии
- фармакотерапии
- рефлексотерапии
- физиотерапии

В качестве симптоматической терапии для пролонгации полового акта при преждевременном семяизвержении применяются

- секстерапии

- фармакотерапии
- рефлексотерапии
- физиотерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 59 лет обратился на прием к врачу сексологу.

Жалобы

На расстройство эрекции.

Анамнез заболевания

Половая жизнь с 19 лет. Никаких проблем с самого начала половой жизни проблем в сексуальной сфере не испытывал. Женился в 25 лет. Жена на 4 года моложе. Сексуальная активность в последние 2 года (до начала первых проявлений снижения потенции) 1 раз в неделю. Отношение с женой доброжелательные, оргастичность ее доходит до 90%, сексуальные притязания средние. Период предварительных ласк раньше был около 5 минут, в последнее время, в связи с недостаточной эрекцией, удлинился до 25 минут. Первые признаки снижения сексуальной активности заметил три года тому назад, когда на фоне регулярных половых актов (1 раз в неделю) эрекция наступала недостаточная. Последний год адекватные эрекции настолько слабые, что в 50% случаев введение вообще не удается, наполнение происходит медленно, требуются продолжительные ласки. Это вызывает психологический дискомфорт в виде стыда, неудобства перед женщиной и опасений потери сексуальной активности. В связи с этим полностью прекратил встречи со второй женщиной, с которой он периодически 1-2 раза в месяц встречался последние 2 года. Спонтанные эрекции не чаще одного раза в месяц, напряжение слабое, но лучше, чем адекватные. В связи с этим половые акты стал проводить по утрам. Жена, на сексуальные неудачи мужа реагирует спокойно, успокаивает его и говорит, что «сексуальные контакты в настоящее время для нее не актуальны и вообще многие мужчины прекращают половую жизнь еще раньше. Самое главное для нее его здоровье и хорошие отношения в семье». Последние 7 лет страдает гипертонической болезнью. Периодически принимает гипотензивные препараты. Начинал с дибазола, затем принимал адельфан, арифон, атенолол. Последние годы отмечает также астенических явлений, снижение работоспособности. В молодости курил, но последние 30 лет не курит. Алкоголь употребляет редко (1 раз в месяц по 100 грамм водки). Обратился к урологу, была диагностирована «доброкачественная гиперплазия предстательной железы 1 – ой степени». Назначен препарат «простамоуно». Месячный прием

препарата улучшения в сексуальной сфере не дало, после чего обратился к сексологу.

Анамнез жизни

Родился первым ребенком в семье рабочих. Наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Женат, в браке 34 года, имеет 3 детей (2 дочерей и 1 сына). Работает начальником строительного управления.

Объективный статус

Психический статус: Ориентируется в месте, во времени и собственной личности. Обеспокоен перспективой полной потери «потенции», но говорит, что если лечение не даст желаемого результата, то это не будет считать трагедией. Однако хотел бы попробовать все варианты возможного терапевтического вмешательства. Активно интересуется возможностями терапии. К предложенному сексологическому обследованию и лечению относится серьезно. В беседе с врачом жена проявляет озабоченность прежде всего соматическим состоянием пациента. Демонстрирует доброжелательность и готовность помочь мужу в восстановлении сексуальной активности, так как для него это значимо. Сомато-неврологический статус: Черепно-мозговые нервы без патологии. Сухожильные рефлексы слегка ослаблены, равномерны. В позе Ромберга устойчив. Имеется легкий тремор пальцев рук, руки и ноги сухие. Поверхностные брюшные рефлексы ослаблены. Кавернозные рефлексы не определяются. Кремастерные рефлексы ослаблены. Поясничный остеохондроз в стадии компенсации. Со стороны внутренних органов: Гипертоническая болезнь в стадии компенсации. Хроническая ишемическая болезнь сердца. Артериальное давление 140/80 мм рт. ст. Пульс 80 уд. в 1 мин. Мочеполовая система: половой член - длина 10 см, окружность 9,6 см. Правое яичко - 4,5 см по длинной оси, левое 4,2 см. Мошонка с выраженной пигментацией, но со слабой складчатостью. Предстательная железа – правая доля увеличена, эластичной консистенции, безболезненна при пальпации. Междолевая бороздка слегка сглажена. При массаже не удалось получить сок простаты. Оволосение лобка по мужскому типу. Трохантерный индекс - 2,0. Величина векторов: 4-4-5-5/4-5-5; Кф=4,57 (1-7); Кг=4,5 (1-4); Ка=4,7 (5-7); Ка/Кг=1,04. У пациента средний вариант половой конституции. СФМ (после коррекции)=2-2-2/2-2-3/1;2;2/1=6/7/5/1=19.

Для постановки диагноза данному больному необходимо проведение сексологического, урологического и + + обследования

- секстерапии
- фармакотерапии
- рефлексотерапии

- физиотерапии

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза данному больному инструментальным методам обследования относят

- секстерапии
- фармакотерапии
- рефлексотерапии
- физиотерапии

Результаты инструментальных методов обследования

Лабораторным методом исследования, используемым при постановке диагноза, является

- секстерапии
- фармакотерапии
- рефлексотерапии
- физиотерапии

Результаты лабораторного метода обследования

Учитывая клинические данные больному, в соответствии с МКБ-10, можно поставить диагноз

- секстерапии
- фармакотерапии
- рефлексотерапии
- физиотерапии

Диагноз

Учитывая клинические данные и результаты лабораторно-инструментальных методов обследования, причиной наблюдающегося сексуального расстройства можно считать

- органическое поражение сосудов полового члена
- синдром ожидания сексуальной неудачи
- заболевание щитовидной железы
- снижение уровня половых гормонов

Признаком расстройства эрекции органического генеза является

- избирательный характер нарушения эрекции
- урежение спонтанных эрекций при сохранности полного наполнения
- нарушение как адекватных, так и спонтанных эрекций
- нарушение лишь адекватных эрекций, при сохранности спонтанных

По представленным клиническим данным у больного можно предположить наличие

- патологического венозного оттока
- облитерирующего поражения аортоподвздошного сегмента
- синдрома обкрадывания тазового кровотока
- органического поражения половых артерий

В лечении сексуального расстройства у данного больного патогенетически обоснованным является применение

- психотропных средств
- гормональных средств
- вазоактивных средств
- миорелаксантов

В качестве немедикаментозного метода терапии в лечении сексуального расстройства у данного пациента целесообразным является применение

- локальной декомпрессии
- массажа предстательной железы
- хлорэтиловых блокад
- электростимуляции предстательной железы

При васкулогенных расстройствах эрекции помимо ангиопротекторов применяются

- гормональные средства
- адаптогены
- транквилизаторы
- миорелаксанты

В диагностике сексуального расстройства у данного пациента может быть использован тест с

- внутримышечным введением тестостерона
- интракавернозным введением адреналина
- интракавернозным введением алпростадилла
- внутривенным введением папаверина

При неэффективности консервативных методов терапии у пациентов с расстройством эрекции, вследствие поражения артерий полового члена, целесообразно проведение хирургического лечения методом

- внутримышечным введением тестостерона
- интракавернозным введением адреналина
- интракавернозным введением алпростадилла
- внутривенным введением папаверина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 40 лет, обратился на прием к врачу сексологу.

Жалобы

На снижение сексуального влечения, недостаточность адекватной эрекции и укорочение продолжительности полового акта.

Анамнез заболевания

На четвертом курсе стал встречаться с однокурсницей, которая и была инициатором этих встреч. Были мысли о возможной неудаче. После того как разделись, эрекция ослабла. С помощью женщины, которая ранее имела сексуальный опыт, удалось добиться эрекции, достаточной для введения. Через 10-12 фрикций произошло семяизвержение. На протяжении полугода имелись сексуальные контакты с регулярностью 1-2 раза в неделю. Повторные акты удавались очень редко. Прекратились отношения по инициативе женщины. Женится в 26 лет. В начале интимных отношений повторилась аналогичная ситуация как с предыдущей партнершей. Но затем все нормализовалось. Первые три месяца женитьбы имел 4-5 сексуальных контактов в неделю. Затем частота половых актов не превышала 2-3 раз в неделю. Последние 2,5 года акты стали еще реже, 1-2 раза в неделю на фоне стрессовой ситуации, связанной с новой работой и частого переутомления на работе, ухудшения самочувствия, раздражительности, головных болей, плохого сна, повышенной утомляемости, слабости, разбитости и отсутствия бодрости. Пациент все время тревожился, создавая вокруг себя нервную обстановку и легко срывался. При этом общение в семье сводилось до минимума. Раздражительность, несдержанность затрудняли общение и понимание между супругами. На этом фоне возникали конфликты, ссоры, которые еще больше снижали сексуальную предприимчивость и активность, возникшую в рамках общепсихической симптоматики. Сексуальные расстройства у него проявлялись вначале снижением сексуального влечения. Попытки совершал

преимущественно из-за чувства «супружеского» долга, чтобы избежать обид и упреков со стороны жены. Частота половых актов снизилось до 1 раза в месяц. Позже больной стал отмечать ухудшение адекватных эрекций и укорочение длительности полового акта до 10-15 фрикций. Уменьшилось энергичность семяизвержения и яркость оргазма. Если супруга на первых порах, в период организации «бизнеса», не предъявляла претензий и относилась с пониманием, то после достижения стабильности в делах и сохранения психического и сексуального состояния мужа на прежнем плохом уровне, стала высказывать недовольства с требованием обратиться за специализированной помощью. Нарастающее ухудшение межличностных отношений, вызванное сексуальной неудовлетворенностью супруги, привело к еще большему ухудшению в сексуальной сфере. Три месяца назад, по инициативе жены, прекратились интимные отношения. Опасение остаться одному, утратить комфорт («к которому привык») – вынудили обратиться за помощью. Обратился к урологу. После обследования был диагностирован «хронический простатит» и выявлены инфекции, передающиеся половым путем (хламидии, уреаплазмы и микоплазмы). Полуторамесячный курс лечения, включающий массаж предстательной железы, прием антибиотиков и других противовоспалительных средств положительного эффекта не дало. После чего был направлен к сексологу.

Анамнез жизни

Отец – жесткий, властный, нередко в семье устраивал скандалы. Мать – доверчивая, долго переживает неприятности. Страдает заболеванием щитовидной железы. Брат – вспыльчивый, часто употребляет алкоголь. Акушерский анамнез без патологии (со слов матери). Помнит себя с 5 лет. В 6 лет перенес корь, в 7 - паротит (без осложнений). В детстве сильно переживал, когда родители ругались. Со страхом ожидал очередного скандала в семье. Был робким, пугливым, боялся темноты, животных и оставаться одним. В школу пошел с 7 лет. В первом классе успеваемость была плохая. Отец ругал его за это. После работы часами сидел рядом с ним и заставлял его заниматься. Учитель начальных классов была очень добрая и отзывчивая женщина. К нему она относилась нежно и при случае хвалила его за успехи. Сторонился шумных и бойких сверстников, не любил чрезмерно шумных игр, испытывал чувство робости и застенчивости, тяжело переживали контрольные, экзамены и проверки. Часто стеснялся отвечать перед классом. Старался идти в школу всегда подготовленным. В случае если не успевал подготовиться, переживал, боялся опозориться перед учителями и одноклассниками. При получении низких отметок мог и заплакать. Поэтому всячески пытался избежать таких ситуаций. Ночь перед экзаменами практически не спал, переживал и думал об этом. Такая же тенденция сохранялась и во время учебы в институте. Охотно

подчинялся опеке старших, нотации взрослых вызывали у него угрызения совести, чувство вины, слезы и отчаяние. Свойственная ему с детства обидчивость, чувствительность, застенчивость, мешали сблизиться с теми, с кем хочется. Особенно чувствителен был на отношения к нему окружающих. Тревожно-мнительный радикал личности всегда ограничивал его общение. В 15 лет оформилось лонное оволосение по типу «горизонтали». Появились платонические увлечения – «стали нравиться девочки». Боялся подходить к девушкам из-за страха быть отвергнутым. При общении боялся быть неинтересным, плохим собеседником. В 17 лет при ночной поллюции произошло первое в жизни семяизвержение. В 17 лет, будучи в компании сверстников, узнал о мастурбации. Попробовал в душе, добился семяизвержения с оргазмом. Мастурбировал с регулярностью 1-2 раза в неделю. При редких мастурбациях бывали эротические сны с поллюцией (1-3 раза в месяц). После окончания школы не смог поступить в институт. Отслужил в армии в строительных войсках. После армии поступил в политехнический институт.

Объективный статус

Психическое состояние: Ориентирован, контактен. В начале беседы был малословен. Почувствовав интерес и внимание со стороны врача, охотно с подробностями рассказывал о себе. В процессе беседы заметно оживился, став даже несколько назойливым. Речь логичная, модулированная. Жизнь больному кажется бесперспективной из-за того, что не удастся отрегулировать работу, межличностные контакты и сексуальную функцию. Жалуется на практически полное отсутствие сексуального влечения и недостаточность эрекции. Считает себя «несильным мужчиной» в сексуальной сфере. Подчеркивает, что часто и сильно устает, постоянно ощущает вялость, слабость, утомляемость, а в результате «нет никакого желания, то есть не наступает эрекция, сильно потею, долго не могу заснуть из-за разных мыслей». Кроме того, жалуется на короткий половой акт, эякуляция наступает раньше наступления оргазма у жены. Считает себя человеком впечатлительным и ранимым. Указывает на возникновение сексуальных проблем после перехода на эту работу и ухудшения общего самочувствия. Жалуется на то, что в настоящее время нет человека, который бы его полностью понимал. Надеется на восстановление семейно-сексуальных отношений. Сомато-неврологический статус: нервная система: Черепно-мозговые нервы без патологии. Сухожильные рефлексы слегка оживлены, равномерны. Чувствительность не нарушена. В позе Ромберга устойчив. Имеется легкий тремор пальцев рук, легкий гипергидроз рук и ног. Во время беседы несколько раз давал вегетативную реакцию в виде покраснения лица. Поверхностные брюшные рефлексы оживлены, глубокие в норме. Кавернозные рефлексы определяются, живые. Кремастерные рефлексы двусторонние,

живые, равные, сопровождаются содружественным сокращением мышц передней брюшной стенки. Со стороны внутренних органов органической патологии не выявлено. Пульс лежа 70, стоя 78. АД – 125/75 мм рт. ст. Анализы крови и мочи – без патологии. Мочеполовая система: наружные гениталии без отклонений. Половой член по длине 8 см, крайняя плот легко отодвигается. Предстательная железа: 3 x 2,4 x 3 см, гладкая, эластичная, безболезненная, доли равны, борозда сглажена. В секрете: эпителий – единичные в поле зрения, лейкоциты – 4-5 в поле зрения, лецитиновых зерен – умеренное количество. Половые железы: левое яичко - 3 см по длине, безболезненное, эластичное; правое яичко - 3,2 см по длине, безболезненное, эластичное. Мошонка слабо пигментирована и складчата. Оволосение лобка по типу «тенденция к горизонтали». Трохантерный индекс – 1,87. Величина векторов: $2 - 2 - 2 - 2 / 2 - 1 - 1$. Кф = 1,71 Кг = 2,0; Ка = 1,33; Ка/Кг = 0,67. СФМ (после коррекции) = $1 - 2 - 2 / 2 - 2 - 2,5 / 2 - 2 - 1 / 1 = 5 / 6,5 / 5 / 1 = 17,5$.

Для постановки диагноза данному больному необходимо проведение сексологического, урологического, эндокринологического и
+ обследования

- внутримышечным введением тестостерона
- интракавернозным введением адреналина
- интракавернозным введением алпростадилла
- внутривенным введением папаверина

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза данному больному инструментальным методам обследования относят

- внутримышечным введением тестостерона
- интракавернозным введением адреналина
- интракавернозным введением алпростадилла
- внутривенным введением папаверина

Результаты инструментальных методов обследования

Лабораторным методом исследования, используемым при постановке диагноза, является

- внутримышечным введением тестостерона
- интракавернозным введением адреналина
- интракавернозным введением алпростадилла
- внутривенным введением папаверина

Результаты лабораторного метода обследования

Учитывая клинические данные больному, в соответствии с МКБ-10, можно поставить диагноз

- внутримышечным введением тестостерона
- интракавернозным введением адреналина
- интракавернозным введением алпростадилла
- внутривенным введением папаверина

Диагноз

Учитывая клинические данные и результаты лабораторно-инструментальных методов обследования, причиной наблюдающегося сексуального расстройства можно считать

- заболевание щитовидной железы
- невротическое расстройство
- органическое сосудистое расстройство
- органическую патологию головного мозга

Сексуальное расстройство у данного больного наблюдается в рамках + _____ + синдрома

- сенесто-ипохондрического
- астенического
- обсессивно-компульсивного
- тревожно-фобического

Представленный больной имеет + _____ + половой конституции

- средний вариант средней
- слабый вариант средней
- слабый вариант сильной
- средний вариант слабой

В лечении сексуального расстройства у данного больного патогенетически обоснованным является применение

- антипсихотиков
- психотерапии
- миорелаксантов
- гормональных средств

В качестве медикаментозной терапии в лечении сексуального расстройства у данного больного можно использовать

- миорелаксанты
- ноотропные препараты
- ингибиторы антихолинэстеразы
- гормональные средства

В качестве немедикаментозного метода терапии в лечении сексуального расстройства у данного пациента целесообразным является применение

- локальной декомпрессии
- рефлексотерапии
- массажа предстательной железы
- электростимуляции предстательной железы

В лечении данного больного можно применять

- миорелаксанты
- адаптогены
- ингибиторы антихолинэстеразы
- гормональные средства

Важным составляющим на начальном этапе лечебно-реабилитационного процесса данного пациента является

- миорелаксанты
- адаптогены
- ингибиторы антихолинэстеразы
- гормональные средства

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 42 лет обратился на прием к врачу сексологу.

Жалобы

На сниженное половое влечение, недостаточность адекватных эреций, неприятные потягивающие, покалывающие ощущения в промежности, половых органах и «где-то внутри в тазовой области», иррадиирующие на внутреннюю поверхность бедер и постоянные конфликты с женой.

Анамнез заболевания

Половую жизнь начал только в браке в 24 года. Жена единственная его

сексуальная партнерша. Эксцессы были лишь в медовый месяц, несколько раз по 2 половых акта в день. Регулярные интимные отношения прекратились буквально через несколько месяцев после женитьбы. Сексуальное желание возникало не чаще 1 раза в неделю, но половые акты он пытался проводить 2 раза в неделю, чтобы соответствовать потребностям жены. Пациент продолжал мастурбировать 1 раз в месяц, представляя сцену «спящей женщины». И желание чаще у него возникало, когда супруга спала. Через год после женитьбы родился сын. Очень раздражался, когда ребенок плакал и не давал спать. К ребенку никогда не испытывал сильных теплых чувств. С 27 лет стал отмечать, что утром встает «невыспавшимся». Вялость сохранялась до полудня. Появились неприятные ощущения «потягивания, покалывания» в области промежности, которые спонтанно возникали и исчезали, продолжались по несколько часов, сопровождались подавленностью, раздражительностью и беспокойством. Стал испытывать ощущения «нытья» и покалывания в области сердца, но более кратковременные и редкие. С 28 лет либидо еще больше снизилось и потребность в сексуальных контактах стало возникать еще реже, 1-2 раза в месяц. К 29 годам усилились неприятные ощущения «потягивания, покалывания» в области половых органов. К 30 годам появилось также «жжение» в промежности. Возросла лабильность настроения, появилась «моральная усталость», снизилась работоспособность. Сузился круг общения, появилось стремление к уединению. Практически исчезло влечение. Мотивом половых актов был лишь «супружеский долг», частота их снизилась до 1 раза в месяц. Эрекции при этом были слабые, порой даже не удавалось введение, а длительность половых актов стала более пролонгированной. Спонтанные эрекции были сохранены, но не сопровождались появлением либидозного настроения. Возникли мысли о наличии серьезного, постепенно прогрессирующего заболевания. Стал думать о том, что данное заболевание является результатом или ранее перенесенных простудных заболеваний, после которых, в организме осталась какая-то «инфекция», или возможно, мастурбация нанесла вред. Наличие серьезного соматического заболевания больной подтверждал ощущением неожиданной физической слабости, покачивания и чувство пустоты или тяжести внутри тела, а также в половых органах. Обратился к урологу в поликлинику по месту жительства. Надеялся, что тот, обнаружив и устранив воспалительное заболевание половых органов, тем самым избавит его от неприятных ощущений и восстановит сексуальную функцию. Был диагностирован «хронический простатит», после чего больной окончательно утвердился в правоте своих предположений. Но после курса лечения улучшения в своем состоянии не отметил. Обращаться в коммерческие медицинские центры в надежде найти прогрессирующее у него заболевание, возможно инфекционное или онкологическое. Когда пациенту сообщили о наличии у него так называемой «сосудистой патологии» в половых органах, он согласился на

интракавернозные инъекции и прием препаратов из группы ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа. Эффект от всех полученных терапевтических мероприятий или отсутствовал или был кратковременный. Чаще стал выпивать, после чего становился агрессивным, устраивал скандалы, вплоть до рукоприкладства. Стал сомневаться в верности жены, устраивал «разбирательства». В последние 2 года более тревожен, подозрителен, раздражителен, формален в общении. Полностью перестал мастурбировать и отказался от половых актов, мотивируя это возможным их влиянием на развитие и прогрессирование его «болезни». Появилась уверенность в неверности жены. На фоне крайне конфликтных отношений с женой и тяжелого состояния психической и сексуальной сферы обратился к сексологу.

Анамнез жизни

Отец – характеризуется пациентом как мягкий, безвольный, слабохарактерный, склонный к злоупотреблению алкоголем. Мать – по характеру властная, не склонная к компромиссам, раздражительная, вспыльчивая. Имеет одного брата, с которым, со слов пациента, он практически не общается из-за сложных отношений с его супругой. Брат – обидчивый и замкнутый. Акушерский анамнез без патологии. В детстве был полным, спокойным, тихим, трудно входил в коллектив, стремился уединиться. С 5 до 18 лет частые простуды, два раза пневмония. Бывали часто кошмарные сновидения. С 5 лет боязнь темноты, лишь к 18 годам страхи редуцировались. Учиться начал с 7 лет. Друзей не было. До 4 класса учился хорошо, всем интересовался. С 11 лет успеваемость снизилась, прогуливал уроки, старших не слушался. К 14 годам стал более неусидчив, отвлекаем, дойдя до конца страницы не знал, о чем читал. Увлёкся техникой. Стал заниматься спортом, боксом. Добился неплохих успехов, участвовал на соревнованиях. Окончил 10 классов, в основном на «тройки». Поступил в автошколу, проучился 2 месяца и получил водительские права. Служил в армии 2 года во внутренних войсках. Службу переносил тяжело, появлялись мысли «сбежать». После армии работал в разных местах водителем, грузчиком, охранником. Последние 2 года работает в вневедомственной охране. В возрасте 18-19 лет оформилось оволосение лобка по типу «тенденция к горизонтали». В 20 лет во время принятия душа стал разминать головку полового члена и при этом произошла эякуляция с оргазмом. При этом ничего не представлял. Был замкнутым и застенчивым. Ни с кем не встречался. Около 2-х лет онанировал однократно 2-3 раза в месяц, с использованием той же техники. Вспомнив об испытанном удовольствии, начинал разминание головки полового члена, которое стал сопровождать представлением просто «спящей женщины», а в дальнейшем сексуального контакта с ней. Это усиливало возбуждение и сокращало время достижения эякуляции.

Объективный статус

Психический статус: мрачный, на вопросы отвечает односложно, в глаза собеседнику не смотрит. Голос тихий, монотонный. Фиксирован на переживаниях по поводу своего здоровья. Жалуется на боли в промежности и в области половых органов, максимально выраженные в области корня полового члена, а также на отсутствие сексуального влечения, недостаточность эрекции, бледность оргастических ощущений. Боли бывают тянущие и колющие. После эякуляции возникают ощущения «отнятия», «разреженности», «пустоты» в области промежности и половых органов. Болевые ощущения воспринимаются только в бодрствующем состоянии. Появляются утром через 10-30 минут после пробуждения. Считает расстройство сексуальной функции и болевые ощущения результатом патологии предстательной железы или даже возможно более серьезного заболевания «внутри». Неприятные ощущения наибольшей выраженности сопровождаются мышечной вялостью, медлительностью, ощущением зябкости, «как будто продрог, промерз». Пугает неустранимость болевых ощущений, что, по его мнению, свидетельствует о наличии серьезного заболевания. Беспокоит также перспектива утраты семьи из-за его полной сексуальной несостоятельности. Практически полностью отсутствует интерес к половой жизни. Единичные сексуальные контакты сопровождаются слабой эрекцией, усилением неприятных ощущений у основания полового члена, в промежности и «внутри», а после эякуляции возникает жгучая болезненность в головке полового члена. Сам половой акт пролонгирован, эрекция может полностью пропасть во время акта. При рассказе о конфликтных отношениях с женой становится более словоохотливым. Ждет от собеседника поддержки и одобрения. Подчеркивает сложность своего положения в настоящее время – жена хочет с ним развестись, «устроить свою жизнь и не мучаться с ним». Отмечает, что упорные болевые ощущения, неоднократные безуспешные попытки лечения, расстройство половой функции и предстоящий развод создали к настоящему моменту «невыносимую» ситуацию. Считает, что жена неверна ему, но хотел бы сохранить семью. Жена первая и единственная его женщина, если она с ним разведется, то больше не сможет найти себе женщину. Свое отношение к сексуальному расстройству определяет так: «В первую очередь нужно выявить заболевание, от которого возникают неприятные ощущения, вылечить его, тогда все восстановится». Сомато-неврологический статус: черепно-мозговая иннервация без особенностей. Брюшные рефлексы в норме. Рефлексы с верхних и нижних конечностей живые, равные. Координационные пробы выполняет удовлетворительно. Кавернозные и кремастерные рефлексы слабые. Ладони теплые, влажные. Пульс: лежа 72, стоя 80. АД – 130/80 мм рт.ст. Внутренние органы без патологии. Мочеполовая система: наружные половые органы развиты нормально, без патологии. Предстательная железа в размере 3,2 x 2,3 x 3,6, гладкая, тонус снижен,

чувствительна при исследовании, правая доля больше левой, контуры четкие, борозда слегка сглажена. В секрете предстательной железы: эпителий – в небольшом количестве; лейкоциты – единичные в поле зрения; лецитиновых зерен – незначительное количество; слизь – небольшое количество. Сексологическая антропометрия: трохантерный индекс – 1,90, оволосение лобка – «тенденция к горизонтали». Патологии эндокринной системы не выявлено. СФМ = $1-2-1,5/2-2-3/1-2-1/1 = 4,5/7/4/1 = 16,5$. Величина векторов (по шкале половой конституции): 1-1-3-3/2-2-3 Кф= 2,14; Кг= 2,0; Ка= 2,33; Ка/Кг= 1,17.

Для постановки диагноза данному больному необходимо проведение сексологического, урологического и + + обследования

- миорелаксанты
- адаптогены
- ингибиторы антихолинэстеразы
- гормональные средства

Результаты обследования

К инструментальному методу обследования, которое может быть использовано для постановки диагноза данному больному, относится

- миорелаксанты
- адаптогены
- ингибиторы антихолинэстеразы
- гормональные средства

Результаты инструментального метода обследования

Лабораторными методами исследования, используемыми при постановке диагноза, являются

- миорелаксанты
- адаптогены
- ингибиторы антихолинэстеразы
- гормональные средства

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая клинические данные больному, в соответствии с МКБ-10, можно поставить диагноз

- миорелаксанты

- адаптогены
- ингибиторы антихолинэстеразы
- гормональные средства

Диагноз

Учитывая клинические данные и результаты лабораторно-инструментальных методов обследования, причиной наблюдающегося сексуального расстройства можно считать

- психоорганический синдром
- застойные явления в предстательной железе
- синдром ожидания сексуальной неудачи
- неврозоподобную симптоматику

Неприятные ощущения у больного являются проявлением

- сенесто-ипохондрического синдрома
- нарушения иннервации в области половых органов
- воспалительного процесса в предстательной железе
- нарушения кровообращения в области половых органов

Представленный больной имеет + _____ + половой конституции

- средний вариант слабой
- слабый вариант средней
- слабый вариант сильной
- средний вариант средней

В лечении сексуального расстройства у данного больного патогенетически обоснованным является применение

- физиотерапии
- рефлексотерапии
- психотерапии
- психофармакотерапии

В качестве медикаментозной терапии в лечении сексуального расстройства у данного больного можно использовать

- гормональные средства
- противовоспалительные средства
- ингибиторы антихолинэстеразы
- антипсихотики

Терапевтические мероприятия у данного больного прежде всего направлены на коррекцию

- сосудистых нарушений
- гормональных нарушений
- воспалительного процесса
- психопатологической симптоматики

В терапии данного больного возможно применение

- антидепрессантов
- ангиопротекторов
- миорелаксантов
- антибиотиков

Психотерапевтические мероприятия у данного больного направлены на

- антидепрессантов
- ангиопротекторов
- миорелаксантов
- антибиотиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 32 лет обратился на прием к врачу сексологу.

Жалобы

На отсутствие удовольствия от полового акта, бледность оргастических ощущений, снижение чувствительности полового члена и дисгармоничные отношения с супругой.

Анамнез заболевания

Половую жизнь начал в 20 лет. Женился в 26 лет. Эксцессы бывали в первый год отношений, нечасто, по 2 половых акта в день. Регулярные интимные отношения прекратились примерно через 2 года. После рождения дочери испортились отношения с женой, т.к. она стала больше внимания уделять ребенку. В связи с этим раздражался, когда ребенок плакал и не давал спать. Стали возникать конфликты с женой. Супруга высказывала упреки по поводу того, что он не помогает ей с ребенком, на что пациент говорил, что он работает, устает на работе и ему необходим отдых и внимание со стороны супруги. Половые акты становились все реже, не чаще 1 раза в 7-10 дней, прелюдии сократились до 2-3 минут. Жена высказывала недовольства по

поводу урежения частоты и качества интимных отношений. После одного из разборок, во время близости пациент почувствовал, что потерял чувствительность в половом члене. Контакты стали еще реже. Через месяц стал отмечать, что, несмотря на наступление семяизвержения, «удовольствия» от этого перестал испытывать. После каждого акта демонстрировал утрированно и нарочито (со слов супруги) «страдание», требуя к себе особо отношения. При нахождении дома пациент демонстрировал подавленность и расстроенность. Прошел обследование у уролога, патологии не выявили. Пациент мастурбирует раз в неделю, ощущения такие же. Мотивом мастурбации называет, то, что есть потребность в сексуальных отправлениях, но попытки близости редки потому, что не хочет себя и жену расстраивать лишней раз, поэтому мастурбирует. Эрекция функция не страдает.

Анамнез жизни

Отец – характеризуется пациентом как спокойный, не конфликтный. Мать – по характеру мягкая, добрая, склонная к компромиссам. Родители его сильно опекали, и защищала от любых «трудностей». Единственный ребенок в семье. Акушерский анамнез без патологии. В детстве отмечались страхи, нарушения сна, стремление к лидерству, потребность в признании, жажда постоянного внимания к своей персоне, жажда власти и похвалы. Истерические реакции оставались предпочтительной формой реагирования, причем могли возникнуть по самым различным, зачастую объективно малосущественным поводам, которые черпались из неприятных событий повседневной жизни. Он нередко раздражал окружающих своей самоуверенностью и высокими притязаниями. Сам систематически провоцировал конфликты, но при этом активно защищался. После одной конфликтной ситуации были боли в области сердца и незначительным транзиторным повышением артериального давления. После тщательного кардиологического обследования был выставлен диагноз вегето-сосудистой дистонии. Окончил 10 классов и институт. Работает менеджером по продажам. В возрасте 18-19 лет оформилось оволосение лобка по типу «тенденция к горизонтали». Мастурбация и первое семяизвержение с 18 лет.

Объективный статус

Психический статус: ориентирован в месте, во времени и собственной личности. Пытается произвести впечатление, показать свою начитанность и эрудицию. Многословен, старается представить себя в роли жертвы. Выказывает сильное желание пройти обследование для установления наблюдающегося у него «необычного» сексуального расстройства. Рассказывает о конфликтных отношениях с супругой, о ее безразличии к его состоянию, делам и т.п. Ждет от собеседника поддержки и одобрения. Сомато-неврологический статус: черепно-мозговая иннервация без особенностей. Брюшные рефлексы в норме. Рефлексы с верхних и нижних конечностей живые, равные. Координационные

пробы выполняет удовлетворительно. Кавернозные и кремастерные рефлексы слабые. Ладони теплые, влажные. Заключение невролога: практически здоров. Пульс: лежа 72, стоя 80. АД – 130/80мм рт.ст. Внутренние органы без патологии. Мочеполовая система: наружные половые органы развиты нормально, без патологии. Предстательная железа в размере 3,2 x 2,3 x 3,6, гладкая, тонус снижен, чувствительна при исследовании, правая доля больше левой, контуры четкие, борозда слегка сглажена. В секрете предстательной железы: эпителий – в небольшом количестве; лейкоциты – единичные в поле зрения; лецитиновых зерен – незначительное количество; слизь – небольшое количество. Сексологическая антропометрия: трохантерный индекс – 1,90, оволосение лобка – «тенденция к горизонтали». Патологии эндокринной системы не выявлено. СФМ = $1-2-1,5/2-2-3/1-2-1/1=4,5/7/4/1=16,5$. Величина векторов (по шкале половой конституции): 1-1-3-3/2-2-3 Кф= 2,14; Кг= 2,0; Ка= 2,33; Ка/Кг= 1,17.

Для постановки диагноза данному больному необходимо проведение сексологического, урологического и + + обследования

- антидепрессантов
- ангиопротекторов
- миорелаксантов
- антибиотиков

Результаты обследования

К инструментальному методу обследования, которое может быть использовано для постановки диагноза данному больному, относится

- антидепрессантов
- ангиопротекторов
- миорелаксантов
- антибиотиков

Результаты инструментального метода обследования

Лабораторным методом исследования, используемым при постановке диагноза, является

- антидепрессантов
- ангиопротекторов
- миорелаксантов
- антибиотиков

Результаты лабораторного метода обследования

Учитывая клинические данные больному, в соответствии с МКБ-10, можно поставить диагноз

- антидепрессантов
- ангиопротекторов
- миорелаксантов
- антибиотиков

Диагноз

Учитывая клинические данные и результаты лабораторно-инструментальных методов обследования, причиной наблюдающегося сексуального расстройства можно считать

- психоорганический синдром
- истеро-конверсионное расстройство
- синдром ожидания сексуальной неудачи
- застойные явления в предстательной железе

Потеря чувствительности в области половых органов может наблюдаться в рамках

- травматического поражения головного мозга
- сосудистой энцефалопатии
- эпилепсии
- рассеянного склероза

Представленный больной имеет + _____ + черты характера

- тревожные
- ананкастные
- шизоидные
- истерические

Представленный больной имеет + _____ + половой конституции

- слабый вариант сильной
- средний вариант слабой
- средний вариант средней
- слабый вариант средней

В лечении сексуального расстройства у данного больного патогенетически обоснованным является применение

- психотерапии
- секстерапии
- физиотерапии
- рефлексотерапии

Терапевтические мероприятия у данного больного, прежде всего, направлены на коррекцию

- невротического расстройства
- воспалительного процесса
- гормональных нарушений
- сосудистых нарушений

В качестве медикаментозной терапии в лечении сексуального расстройства у данного больного можно использовать

- противовоспалительные средства
- ингибиторы антихолинэстеразы
- транквилизаторы
- гормональные средства

Психотерапевтические мероприятия у данного больного направлены на

- противовоспалительные средства
- ингибиторы антихолинэстеразы
- транквилизаторы
- гормональные средства

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 56 лет обратился к врачу сексологу.

Жалобы

На отсутствие полового влечения и семяизвержений, исчезновение эрекций, общую слабость, выпадение волос на лице и теле, побледнение кожи, зябкость, запоры, головокружения, снижение памяти и остроты зрения.

Анамнез заболевания

Регулярная половая жизнь с 20 лет. До 50 лет вел регулярную половую жизнь, 2-4 раза в неделю. Эксцессы бывали до 4-5 раз в сутки. Женат, имеет 2-х детей. В

50 лет сексуальное желание снизилось до 1-2 раз в неделю. Стал реже бриться, на конечностях волосы стали выпадать. Уже через год сексуальное влечение резко снизилось, акты стали редкими 1-2 раза в месяц, семяизвержения не достигал. В 53 года выпали волосы на лобке, в подмышечных впадинах, истончились волосы на голове, побледнела кожа, появилась гипотония (АД 96/60-100/60 мм рт.ст). Обращался к урологу по поводу сексуальных проблем. Принимал андрогены, без положительного эффекта. Были госпитализации, в связи с приступами слабости с потерей сознания и гипотонией. Появилась апатия, сонливость, зябкость, ухудшилось зрение.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально, в полной семье. Отец, сильный, стеничный. Мать, мягкая, без конфликтная. Акушерский анамнез без патологии. Перенес несколько детских инфекций. В школе учился хорошо. В коллективах адаптировался нормально. Предпочитал мужские компании. С 15 лет встречался с девушкой, были поцелуи, ласки, петтинг. Окончил 10 классов и институт по специальности экономист. Работает инженером. Первая эякуляция в 13 лет, при ночной поллюции. Мастурбация с 14 лет. К 14 годам оформилось оволосение лобка по мужскому типу.

Объективный статус

Психический статус: Ориентируется в месте, во времени и собственной личности. Выглядит вялым, несколько подавленным. На вопросы отвечает в плане заданного. Отмечает общую слабость, апатию, выпадение волос на лице и теле, побледнение кожи, зябкость, запоры, головокружения, снижение памяти и остроты зрения. Помимо общего состояния сильно переживает из-за потери «потенции». Антивитальных переживаний не высказывает. Обманы восприятия и бредовых идей не высказывает. Рост 167 см, масса тела 60 кг. Трохантерный индекс – 1,96, Растительность на лице скудная, на голове волосы истончены, на лобке – очень скудные, в подмышечных впадинах отсутствуют. АД 100/50 мм рт.ст. Половые органы развиты нормально. Яички 4х3х2,5 см, тугоэластичной консистенции, чувствительны при пальпации. Половой член длиной 8 см, окружность 10 см. Величина векторов: 4-4-5-5/4-5-5; Кф=4,57 (1-7); Кг=4,5 (1-4); Ка=4,7 (5-7); Ка/Кг=1,04. У пациента средний вариант половой конституции. СФМ в момент обращения=000/00-/0-1/1=0/0/1/1=2. СФМ до 53 лет=333/344/333/4=9/11/9/4=33. Консультация окулиста: простая атрофия зрительных нервов

Для постановки диагноза данному больному необходимо проведение сексологического, урологического, эндокринологического и
+ + обследования

- противовоспалительные средства
- ингибиторы антихолинэстеразы
- транквилизаторы
- гормональные средства

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза данному больному инструментальным методам обследования относят

- противовоспалительные средства
- ингибиторы антихолинэстеразы
- транквилизаторы
- гормональные средства

Результаты инструментальных методов обследования

Лабораторными методами исследования, используемыми при постановке диагноза, являются

- противовоспалительные средства
- ингибиторы антихолинэстеразы
- транквилизаторы
- гормональные средства

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая клинические данные, больному, в соответствии с МКБ-10, можно поставить диагноз

- противовоспалительные средства
- ингибиторы антихолинэстеразы
- транквилизаторы
- гормональные средства

Диагноз

Учитывая клинические данные и результаты лабораторно-инструментальных методов обследования, причиной имеющихся у больного расстройств является

- сердечная недостаточность
- заболевания крови
- недостаточность функции гипофиза

- эндогенная депрессия

Основной причиной сексуальных расстройств у больного является

- синдром ожидания сексуальной неудачи
- вторичный гипогонадизм
- сердечная недостаточность
- первичный гипогонадизм

Представленный больной имеет + _____ + половой конституции

- слабый вариант сильной
- средний вариант средней
- слабый вариант средней
- сильный вариант слабой

Причиной брадикардии, зябкости, сухости кожи, запоров является

- заболевание крови
- снижение гонадотропной функции
- снижение адренокортикотропной функции
- снижение тиреотропной функции

Причиной низкого АД, общей слабости, побледнение кожи, ортостатического коллапса является

- заболевание крови
- снижение гонадотропной функции
- снижение тиреотропной функции
- снижение адренокортикотропной функции

Основным методом лечения представленного больного является

- физиотерапия
- фармакотерапия
- рефлексотерапия
- психотерапия

Патогенетически обоснованным является назначение

- антидепрессантов
- тропных гормонов
- ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа
- адаптогенов

- антидепрессантов
- тропных гормонов
- ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа
- адаптогенов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 42 лет обратился к врачу сексологу.

Жалобы

На резкое снижение полового влечения, ослабление эрекций, уменьшение объема эякулята, вялость, сонливость, зябкость, запоры, сухость кожи, выпадение волос, снижение температуры тела и памяти.

Анамнез заболевания

Регулярная половая жизнь с 20 лет. До 40 лет вел регулярную половую жизнь, 3-4 раза в неделю. Эксцессы бывали до 4 раз в сутки. Женат, имеет 2-х детей. В 40 лет появилась вялость, сонливость, зябкость, запоры, сухость кожи, брадикардию и резкое снижение сексуального желания до 1 раз в 7-10 дней. Через год сексуальное желание снизилось до 1-2 раз в месяц, уменьшился объем эякулята, ухудшилась эрекция, стал отмечать значительное снижение памяти, отечность лица и голеней, ломкость и выпадение волос на голове, лобке, наружных частях бровей, снижение температуры тела. Обращался к урологу по поводу сексуальных проблем. Принимал андрогены, без положительного эффекта.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально, в полной семье. Отец, жесткий, требовательный. Мать, мягкая, без конфликтная. Акушерский анамнез без патологии. Перенес несколько детских инфекций. В школе учился хорошо. В коллективах адаптировался нормально. Предпочитал мужские компании. С 16 лет встречался с девушкой, были поцелуи, ласки, петтинг. Окончил 10 классов и институт по специальности экономист. Работает инженером. Первая эякуляция в 13 лет, при ночной поллюции. Мастурбация с 14 лет. К 14 годам оформилось оволосение лобка по мужскому типу.

Объективный статус

Психический статус: Ориентируется в месте, во времени и собственной личности. Выглядит вялым, несколько подавленным. На вопросы отвечает в плане заданного. Отмечает вялость, апатию, снижение памяти. Помимо общего

состояние сильно переживает из-за потери «потенции». Антивитальных переживаний не высказывает. Обманы восприятия и бредовых идей не высказывает. Рост 167 см, масса тела 60 кг. Трохантерный индекс – 1,96, Растительность на лице скудная, на голове волосы истончены, на лобке – очень скудные, в подмышечных впадинах отсутствуют. АД 100/50 мм рт.ст. ЧСС – 50 уд.в мин. Половые органы развиты нормально. Яички 2,5х2х2,5 см, тугоэластичной консистенции, чувствительны при пальпации. Половой член длиной 8 см, окружность 10 см. Величина векторов: 4-4-5-5/4-5-5; Кф=4,57 (1-7); Кг=4,5 (1-4); Ка=4,7 (5-7); Ка/Кг=1,04. У пациента средний вариант половой конституции. СФМ в момент обращения=000/00-/0-1/1=0/0/1/1=2. СФМ до 40 лет=333/344/333/4=9/11/9/4=33.

Для постановки диагноза данному больному необходимо проведение сексологического, эндокринологического, неврологического и
+ + обследования

- антидепрессантов
- тропных гормонов
- ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа
- адаптогенов

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза данному больному инструментальным методам обследования относят

- антидепрессантов
- тропных гормонов
- ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа
- адаптогенов

Результаты инструментальных методов обследования

Лабораторными методами исследования, используемыми при постановке диагноза, являются

- антидепрессантов
- тропных гормонов
- ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа
- адаптогенов

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая клинические данные больному, в соответствии с МКБ-10, можно поставить диагноз

- антидепрессантов
- тропных гормонов
- ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа
- адаптогенов

Диагноз

Учитывая клинические данные и результаты лабораторно-инструментальных методов обследования, причиной имеющихся у больного расстройств является

- эндогенная депрессия
- недостаточность функции щитовидной железы
- сердечная недостаточность
- заболевания крови

Основной причиной сексуальных расстройств у больного является

- сердечная недостаточность
- синдром ожидания сексуальной неудачи
- первичный гипотиреоз
- первичный гипогонадизм

Представленный больной имеет

+

+ половой конституции

- сильный вариант слабой
- средний вариант средней
- слабый вариант средней
- слабый вариант сильной

Основным методом лечения представленного больного является

- физиотерапия
- психотерапия
- рефлексотерапия
- фармакотерапия

Патогенетически обоснованным является назначение

- антидепрессантов
- тиреоидных гормонов

- ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа
- адаптогенов

Терапевтические мероприятия у данного больного, прежде всего, направлены на

- восстановление аппетита
- восстановление сексуальной функции
- устранение сосудистых нарушений
- ликвидацию гормонального дефицита

Представленному больному требуется + + лечение

- амбулаторное
- недобровольно стационарное
- добровольно стационарное
- санаторно-курортное

В лечении данного больного также применяются

- амбулаторное
- недобровольно стационарное
- добровольно стационарное
- санаторно-курортное

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 32 лет пришла на прием к сексологу.

Жалобы

Жалобы на невозможность достижения оргазма при половом акте, снижение сексуального влечения в течение последних 6 месяцев, нарушение психологического комфорта в отношениях с партнером.

Анамнез заболевания

С настоящим партнером находится в постоянных отношениях 11 месяцев. Партнеру 30 лет, по совместному решению планируют создать семью. Мужчину, даже в большей степени, чем пациентку, беспокоит отсутствие совместного оргазма при коитусе. Со слов женщины, он утверждает, что все его предыдущие партнерши легко достигали оргазма, в том числе многократного, одновременного. Нынешняя ситуация заставляет его чувствовать себя неполноценным, он часто высказывает женщине упреки во фригидности,

холодности, отсутствии сексуальной инициативы, пассивности. Пациентку такие претензии обижают, она начало часто задумываться о своих сексуальных особенностях и несоответствии желаемым стандартам. Читает научно-популярную литературу на тему женской оргастичности, посещает форумы с этой тематикой, что только убеждает ее в собственной ущербности. Начала избегать половых актов, ссылаясь на плохое самочувствие и усталость, снизился общий фон настроения, появилась плаксивость и обидчивость.

Анамнез жизни

Родилась 2 ребенком от срочных родов, без патологии. Со слов пациентки семейный анамнез психическими заболеваниями не отягощен. Семья полная, воспитание характеризует, как пуританское (мать – верующая, с детства приобщала пациентку и ее старшую сестру к обрядам, постам, прививала взгляды на необходимость «держаться в чистоте» для будущего мужа»). Перенесла детские инфекции, хронические заболевания, ранее обращение к психиатрам, сексологам отрицает. Окончила школу, затем получила высшее экономическое образование. Училась всегда отлично, очень переживала из-за оценок и боялась реакции родителей на негативные отзывы учителей. Вредные привычки отрицает. Среди собственных характерных черт отмечает перфекционизм, тревожность, повышенное внимание к мнению окружающих, особенно членов семьи и руководства, а в настоящее время и партнера. Сообщает, что в периоды сдачи экзаменов и других эмоционально значимых жизненных моментов нарушался сон, аппетит, становилась плаксивой, гиперчувствительной, не могла заснуть от постоянно циркулирующих мыслей о предстоящем событии и страхе оказаться не на высоте. Сексологический анамнез: Менархе с 14,5 лет, месячные устанавливались в течении 1-1.5 лет, часто болезненные, требуют приема обезболивающих препаратов. Платоническое фантазирование с 12 лет, эротическое фантазирование с 17-18 лет. Мастурбацию отрицает, допускает, что испытывала единичные оргазмы при сновидениях. Половая жизнь с 19 лет с однокурсником, мотивация, со слов пациентки – страх потерять партнера. Медикаментозный аборт в 20 лет, без последствий. Метод предохранения на момент обращения – презервативы.

Объективный статус

Опрятно одета, макияж, украшения практически отсутствуют. Зрительный контакт поддерживает, однако при выяснении данных сексологического анамнеза смущается, краснеет, опускает глаза и долго обдумывает и формулирует ответы. Мимика сдержанная, осанка скованная. Уровень осведомленности о сексуальной сфере и парных отношениях инфантильный, нереалистичный, склонна к их романтизации.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- амбулаторное
- недобровольно стационарное
- добровольно стационарное
- санаторно-курортное

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым для постановки диагноза методам обследования относят

- амбулаторное
- недобровольно стационарное
- добровольно стационарное
- санаторно-курортное

Результаты обследования

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

- амбулаторное
- недобровольно стационарное
- добровольно стационарное
- санаторно-курортное

Результаты обследования

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

- среднему
- нижней границе средней – верхней границе слабой
- слабому
- сильному

В соответствие с критериями МКБ-10 пациентке следует диагноз

- среднему
- нижней границе средней – верхней границе слабой
- слабому
- сильному

Диагноз

Психосексуальное развитие пациентки можно отнести к

- дисгармоничному
- нормальному
- ретардированному
- раннему

Данный случай относится к + _____ + типу аноргазмии

- вторичному коитальному
- вторичному тотальному
- первичному коитальному
- первичному тотальному

У данной пациентки наблюдается нарушение сексуального влечения в виде

- вторичной алибидемии
- избирательной гиполибидемии
- вторичной гиполибидемии
- первичной алибидемии

Правильной тактикой терапии пациентки будет назначение в первую очередь

- парной психотерапии
- психофармакотерапии
- сексуального тренинга
- бихевиаральной психотерапии

Пациентке показано назначение

- транквилизаторов
- антидепрессантов
- ноотропов
- нейролептиков

На втором этапе терапии следует рекомендовать

- парную секс-терапию
- гипносуггестию
- аутотренинговые методики
- гештальт-терапию

Применение методики «чувственного фокусирования» в ходе терапии пациентки требует

- парную секс-терапию
- гипносуггестию
- аутотренинговые методики
- гештальт-терапию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 28 лет пришла на прием к сексологу.

Жалобы

Жалобы на невозможность начать половую жизнь, из-за страха коитуса и резкой болезненности при попытках имиссии. Такие жалобы актуальны с первой попытки дефлорации - на протяжении 9 лет.

Анамнез заболевания

Пациентка находится в официальном браке 2,5 года. Партнеру 31 год, первый брак для обоих. Состояла в длительных отношениях дважды до брака (9 и 15 месяцев). В обоих случаях они завершились по инициативе пациентки, с ее слов, «из-за бесперспективности». Впервые предприняла попытку половой близости в 19 лет, с однокурсником, по инициативе партнера. Мотивацией служил страх его потерять и желание «стать как все ровесницы». Несмотря на достаточный уровень возбуждения и lubricации, при попытке перейти от ласк к введению полового члена, отметила резкое исчезновение возбуждения, страх боли, а также непроизвольное сведение бедер, напряжение мышц брюшного пресса и интроитуса, дрожь во всем теле, тремор конечностей, чувство жара, приливающего к лицу. В дальнейшем, все попытки имиссии протекали с подобными проявлениями, разной степени выраженности. Обратилась за помощью к гинекологу, который после осмотра направил на сексологический прием.

Анамнез жизни

Родилась в срок от первых родов, единственный ребенок. Воспитывалась в неполной семье мамой и бабушкой, родители развелись, когда пациентке было 3 года, из-за алкоголизма отца. Воспитание в строгом, пуританском духе. Мать характеризует, как озабоченную состоянием здоровья всех членов семьи, педантичную, скупую в вопросах чистоты и гигиены, давящую, склонную к вмешательству во все сферы жизни дочери. Перенесла детские инфекции (ветрянка, грипп, ОРВИ), в анамнезе гастрит в подростковом возрасте, дважды

воспаление легких, один раз бронхит (за последние 3 года). Менархе в 13 лет, ритм установился в течение года, болезненные в первые 2 дня (принимает анальгетики, иногда пропускает работу). Платоническое фантазирование с 10 лет, эротическое с 13, тогда же началась мастурбация (мануальная стимуляция клитора). В настоящее время сексуальные контакты с мужем 2-4 раза в неделю в виде взаимной оральной, мануальной стимуляции половых органов с практически 100% оргастичностью.

Объективный статус

Пациентка астенического сложения, субтильная. Рост 165 см, вес 43 кг. Одето опрятно, скромно, декоративной косметики и украшений нет. Ориентирована в месте, времени, собственной личности. Контактна, фон настроения не снижен, критика к своему состоянию сохранена. При затрагивания интимных тем смущается, прекращает визуальный контакт и краснеет, делает паузы, тщательно подбирает слова при ответе.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- парную секс-терапию
- гипносуггестию
- аутотренинговые методики
- гештальт-терапию

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым для постановки диагноза методам обследования относят

- парную секс-терапию
- гипносуггестию
- аутотренинговые методики
- гештальт-терапию

Результаты обследования

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

- парную секс-терапию
- гипносуггестию
- аутотренинговые методики
- гештальт-терапию

Результаты обследования

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

- нижней границе слабого
- слабому
- среднему
- сильному

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- нижней границе слабого
- слабому
- среднему
- сильному

Диагноз

Данное расстройство можно отнести к + _____ + форме вагинизма

- психосоматической
- органической
- фобической
- истерической

Рассматриваемый случай следует отнести к + _____ + степени вагинизма

- I-ой
- III-ей
- II-ой
- ни к какой из вышеперечисленных

Психосексуальное развитие пациентки можно отнести к

- ретардированному
- раннему
- дисгармоничному
- нормальному

Правильной тактикой терапии пациентки будет назначение в первую очередь

- хирургического удаления/рассечения hymen
- гипносуггестивной терапии
- психофармакотерапии

- техники десенсибилизации

На втором этапе терапии пациентки следует применить

- рациональную психотерапию
- аутотренинговые методики
- суггестивную психотерапию
- технику десенсибилизации

На первом этапе секс-тренинга паре рекомендуется

- отказаться от просмотра видео эротического содержания и мастурбации
- запрет на попытки имиссии полового члена
- предпринимать попытки коитуса не реже 2-3 х раз в неделю
- отказаться от суррогатных видов сексуального взаимодействия

На втором этапе сексуального тренинга пациентке рекомендуется

- отказаться от просмотра видео эротического содержания и мастурбации
- запрет на попытки имиссии полового члена
- предпринимать попытки коитуса не реже 2-3 х раз в неделю
- отказаться от суррогатных видов сексуального взаимодействия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 37 лет обратилась на прием к сексопатологу.

Жалобы

Жалобы на болезненность половых актов, особенно в момент имиссии и при длительности более 10 минут. Снижение сексуального влечения, трудность достижения оргазма при коитусе.

Анамнез заболевания

Болевые ощущения появились около года назад, связывает их с лечебно-диагностической лапароскопией, выполненной для выяснения и устранения причин вторичного бесплодия. Находится во втором браке 5 лет, есть ребенок 15 лет от первого брака, муж настаивает на рождении второго ребенка. Супруги в течение 3,5 лет обследуются и лечатся в разных медицинских учреждениях, в ближайших планах вероятен протокол инсеминации и/или ЭКО. На фоне неудачных попыток забеременеть у пациентки примерно 12-14 месяцев назад стал меняться фон настроения, появилась апатия, подавленность, мысли о собственной неполноценности, страх потерять партнера. Сексуальное влечение

снизилось, часто отказывает мужу в близости, ссылаясь на плохое самочувствие или болезненные ощущения при половом акте. Оргастичность снизилась с 30-40 до 10-20%. Болевые ощущения видоизменились: если в периоде реабилитации после диагностической процедуры было умеренно болезненным введение полового члена и глубокие фрикции, теперь пациентка отмечает болезненность в проекции придатком матки, промежности через 1-2 дня после полового акта, иногда боль в малом тазу без провоцирующего фактора, усиливающуюся при сниженном настроении, астенизации. Женщина также отмечает, что ее стали беспокоить мысли о причинах возникновения тазовой боли, она читает научно-популярные, медицинские статьи, о заболеваниях, приводящих к хронической тазовой боли и бесплодию. Обследуется в разных клиниках и медицинских центрах.

Анамнез жизни

Анамнез психическими заболеваниями у родственников не отягощен. Перенесла детские инфекции (краснуха, ветряная оспа, ОРВИ). Развитие по возрасту, образование высшее, экономическое. Работает бухгалтером – аудитором. Менархе с 14 лет, цикл устанавливался в течение года, менструации очень болезненные первые 2 дня, принимает анальгетики, иногда берет отгулы на работе. Пациентка сообщает, что вообще очень чувствительна к боли, боится визитов к гинекологу, стоматологу, уколов и пр. Платоническое фантазирование с 14 лет, эротическое с 16-17, мастурбация с 21 года, заместительная не более 1 раза в неделю. Начало половой жизни в 20 лет, с первым мужем, дефлорация болезненная. Оргазмы при половых актах – не более 30%, только при прямой стимуляции клитора.

Объективный статус

Одета скромно, движения скованные, мимика скудная, выражение лица подавленное, часто плачет, при затрагивании тем болезни, беременности. Ориентирована верно, отвечает в плане заданных вопросов, многословно и обстоятельно, если тема касается медицинских обследований и диагнозов.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- отказаться от просмотра видео эротического содержания и мастурбации
- запрет на попытки имиссии полового члена
- предпринимать попытки коитуса не реже 2-3 х раз в неделю
- отказаться от суррогатных видов сексуального взаимодействия

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым для постановки диагноза методам обследования относят

- отказаться от просмотра видео эротического содержания и мастурбации
- запрет на попытки имиссии полового члена
- предпринимать попытки коитуса не реже 2-3 х раз в неделю
- отказаться от суррогатных видов сексуального взаимодействия

Результаты обследования

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

- отказаться от просмотра видео эротического содержания и мастурбации
- запрет на попытки имиссии полового члена
- предпринимать попытки коитуса не реже 2-3 х раз в неделю
- отказаться от суррогатных видов сексуального взаимодействия

Результаты обследования

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

- слабому
- верхней границе среднего
- нижней границе среднего
- сильному

В соответствие с критериями МКБ-10 пациентке следует выставить диагноз

- слабому
- верхней границе среднего
- нижней границе среднего
- сильному

Диагноз

Психосексуальное развитие пациентки можно отнести к

- дисгармоничному
- преждевременному
- нормальному
- ретардированному

У пациентки наблюдается нарушение сексуального влечения в виде

- вторичной гиполибидемии
- сексуальной аверсии
- первичной гиполибидемии
- алибидемии

Правильной тактикой терапии пациентки будет назначение в первую очередь

- парной психотерапии
- бихевиаральной психотерапии
- психофармакотерапии
- сексуального тренинга

Препаратами выбора для коррекции психических нарушений у пациентки являются

- ноотропные препараты и адаптогены
- антидепрессанты и адаптогены
- нестероидные анальгетики и адаптогены
- транквилизаторы и мягкие нейролептики

На втором этапе терапии пациентки следует применять

- рациональную психотерапию
- аутотренинг
- суггестивную психотерапию
- технику десенсибилизации

На первом этапе секс-тренинга паре рекомендуется

- отказ от суррогатных видов сексуального взаимодействия
- регулярность половых актов не реже 2-3 х раз в неделю
- условный запрет на половые акты
- отказ от просмотра видео эротического содержания и мастурбации

На следующем этапе секс-тренинга пациентке рекомендуется

- отказ от суррогатных видов сексуального взаимодействия
- регулярность половых актов не реже 2-3 х раз в неделю
- условный запрет на половые акты
- отказ от просмотра видео эротического содержания и мастурбации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 33 лет обратилась на прием к сексологу.

Жалобы

Жалобы на отсутствие сексуального желания, отсутствия чувства возбуждения и оргазма при половых актах.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, интерес к сексуальной сфере никогда не был высоким, никогда не испытывала оргазма при половых контактах, что не считает патологией, не страдает от этого. Ранее половые акты были приятны или безразличны, однако, в последнее время, отказывается от близости, мотивируя это усталостью и страхом быть застигнутыми ребенком. Обратилась по желанию мужа, сама себя считает просто равнодушной к сексу и не очень ласковой, эмоциональной.

Анамнез жизни

Родилась 2 ребенком в полной семье, роды срочные без патологии. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Характеризует мать, как спокойную, сдержанную женщину, которая «всегда одним взглядом могла заставить детей слушаться». Отец формальный лидер в семье, все глобальные вопросы решаются матерью. Есть старший брат, женат, имеет детей. Росла послушным ответственным ребенком, училась хорошо, но в общественной жизни ровесников почти не участвовала, подруг было мало. Получила высшее юридическое образование, работает нотариусом. Менархе в 15 лет, ритм менструаций установился в течение полугода. Платоническое фантазирование с 15-17 лет. Эротического практически нет – в фантазиях представляет сцены ухаживания, комплименты до поцелуев. Сексуальные сцены представлять «неприятно и глупо». Мастурбация с 23 лет, после просмотра порнографического фильма с подобным сюжетом. В настоящее время отсутствует более 6 месяцев. Начало половой жизни в 22 года с одноклассником. Мотив – стать как все ровесницы, «взрослой, полноценной женщиной». Первые длительные отношения с мужем – с 27 лет, познакомились на сайте знакомств, поженились через 9 месяцев. Ребенку 3.5 года. Беременность и роды не повлияли на уровень сексуального влечения. Со слов пациентки, муж никогда не привлекал, как сексуальный партнер, мотивом замужества были хороший психологический контакт, комфортность совместного проживания, желания отделиться от родителей. В настоящее время сексуальная предприимчивость мужа снизилась с 2-3 контактов в неделю до 1, однако и этот ритм тягостен для пациентки, она вступает в сексуальные отношения без внутреннего побуждения, болевых ощущений никогда не испытывает, но ей

неприятны постоянные упреки мужа в холодности и попытки добиться совместного достижения оргазма при коитусе.

Объективный статус

Пациентка нормального телосложения, повышенного питания. Одета скромно, не по моде, волосы убраны в пучок, минимум декоративной косметики, без украшений. Ориентирована верно, темп речи замедленный, монотонный, обдумывает ответы на вопросы о сексуальной жизни несколько десятков секунд. Мимика, жестикуляция скудные. Визуальный контакт только при разговоре на нейтральные темы.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- отказ от суррогатных видов сексуального взаимодействия
- регулярность половых актов не реже 2-3 х раз в неделю
- условный запрет на половые акты
- отказ от просмотра видео эротического содержания и мастурбации

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым для постановки диагноза методам обследования относят

- отказ от суррогатных видов сексуального взаимодействия
- регулярность половых актов не реже 2-3 х раз в неделю
- условный запрет на половые акты
- отказ от просмотра видео эротического содержания и мастурбации

Результаты обследования

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

- отказ от суррогатных видов сексуального взаимодействия
- регулярность половых актов не реже 2-3 х раз в неделю
- условный запрет на половые акты
- отказ от просмотра видео эротического содержания и мастурбации

Результаты обследования

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

- среднему
- верхней границе среднего
- сильному
- слабому

В соответствие с критериями МКБ-10 пациентке следует выставить диагноз

- среднему
- верхней границе среднего
- сильному
- слабому

Диагноз

У пациентки наблюдается нарушение сексуального влечения в виде

- парциальной алибидемии
- первичной тотальной алибидемии
- вторичной парциальной гиполибидемии
- вторичной тотальной алибидемии

Психосексуальное развитие пациентки можно отнести к

- дисгармоничному
- нормальному
- преждевременному
- ретардированному

Правильной тактикой терапии пациентки будет назначение в первую очередь

- психотерапии
- сексуального тренинга
- фармакотерапии с использованием транквилизаторов
- фармакотерапии с использованием антидепрессантов

На втором этапе терапии пациентки следует применять

- технику чувственного фокусирования
- суггестивную терапию
- гипнотерапию
- аутотренинговые методики

На первом этапе секс-тренинга паре рекомендуется

- регулярность половых актов не реже 2-3х раз в неделю
- отказа от просмотра видео эротического содержания и мастурбации
- условный запрет на половые акты
- отказ от суррогатных видов сексуального взаимодействия

Из медикаментозных препаратов пациентке показаны

- нейролептики со стимулирующим действием
- транквилизаторы
- антидепрессанты
- адаптогены

Наиболее эффективными рекомендация по сексуальной активности для пары после постановки данного диагноза является

- нейролептики со стимулирующим действием
- транквилизаторы
- антидепрессанты
- адаптогены

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 27 лет обратилась на прием к сексологу.

Жалобы

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

Анамнез заболевания

Жалобы появились 3-4 месяца назад, до этого половая жизнь была безболезненной, приятной, хотя оргастичность не превышала 20-30%. Пациентка замужем 1.5 года, детей нет, метод контрацепции – прерванный половой акт. В ближайших планах у мужа – рождение ребенка, однако, в приватной беседе пациентка сообщает, что не уверена, что разделяет это желание мужа, сообщает, что ей неприятно давление по этому вопросу родственников с обеих сторон, она предпочла бы пожить еще немного «для себя», и вообще стала сомневаться в своем выборе партнера. Мужа характеризует, как слишком мягкого и ласкового, инфантильного, подверженного влиянию матери. Полгода назад, на отдыхе познакомилась с женатым мужчиной, с которым у нее завязался роман, с ним болевых ощущений при коитусе не испытывает, однако понимает бесперспективность

этих отношений. На фоне эмоциональных переживаний у нее снизилось сексуальное влечение по отношению к мужу, контакты стали неприятны, а затем и болезненны. Болевые ощущения описывает, как «нестерпимые, жгущие, острые», часто длящиеся до суток после контакта. В настоящее время половая активность в браке практически отсутствует. Пациентка обращалась к 2 гинекологам, однако, те не выявили органических причин алгии. Сохраняется сексуальное фантазирование, мастурбация 1-2 р./неделю, сексуальные контакты с другим партнером 1-2 р./месяц, безболезненные, с оргазмом.

Анамнез жизни

Родилась в полной семье, первый ребенок, есть младший брат 18 лет. Роды срочные, без особенностей. Анамнез не отягощен психическими заболеваниями. Из перенесенных инфекций – ОРВИ, грипп, ветряная оспа. Училась на 4 и 5, любила участвовать в спектаклях в детском саду и школе, образование высшее – дизайнер интерьеров, в настоящее время не работает. Менархе с 13 лет, ритм установился в течение 3х месяцев. Платоническое влечение с 10-11 лет, эротическое с 13 лет – влюбленность в одноклассника. Сексуальное фантазирование с 15 лет, тогда же начала мастурбировать (мануальная стимуляция области клитора, стимуляция струей душа). Начало половой жизни в 16 лет, 50-60% оргастичность достигнута к 21 году. Беременность - 1, в 18 лет – медикаментозный аборт, без осложнений.

Объективный статус

Пациентка худощавого телосложения, рост 168, вес 50 кг. Одеты по моде, макияж, маникюр яркие. Ориентирована верно, поведение несколько демонстративное, отвечает быстро в плане задаваемых вопросов, многословна, эмоциональна, склонна к преувеличениям. Манерна, мимика живая, выражения лица часто сменяют друг друга, при описании семейных отношений, сексуального расстройства становится страдальческим. Ищет понимания, эмпатии со стороны врача. Подчеркивает, что ее никто не хочет понимать, она находится в кризисном состоянии. Суждения отличаются инфантилизмом и экстрапунитивностью.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- нейролептики со стимулирующим действием
- транквилизаторы
- антидепрессанты
- адаптогены

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым для постановки диагноза методам обследования относят

- нейрорепрессанты со стимулирующим действием
- транквилизаторы
- антидепрессанты
- адаптогены

Результаты обследования

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

- нейрорепрессанты со стимулирующим действием
- транквилизаторы
- антидепрессанты
- адаптогены

Результаты обследования

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

- слабому
- среднему
- нижней границе сильного
- сильному

В соответствии с критериями МКБ-10 пациентке следует выставить диагноз

- слабому
- среднему
- нижней границе сильного
- сильному

Диагноз

Психосексуальное развитие пациентки можно отнести к

- дисгармоничному
- преждевременному
- нормальному
- ретардированному

У пациентки наблюдается расстройство сексуального влечения в виде

- первичной сексуальной аверсии
- вторичной алибидемии
- парциальной сексуальной аверсии
- первичной гиполибидемии

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

- тревожные
- истерические
- неустойчивые
- психастенические

Правильной тактикой терапии пациентки будет назначение в первую очередь

- психотерапии
- фармакотерапии с использованием транквилизаторов
- фармакотерапии с использованием антидепрессантов
- сексуального тренинга

На втором этапе терапии эффективной методикой будет

- аутотренинг
- гипноз
- техника чувственного фокусирования
- суггестивная терапия

На первом этапе секс-тренинга паре рекомендуется

- отказа от просмотра видео эротического содержания и мастурбации
- условный запрет на половые акты
- регулярность половых актов не реже 2-3-х раз в неделю
- отказ от суррогатных видов сексуального взаимодействия

На следующем этапе секс-тренинга пациентке рекомендуется

- отказа от просмотра видео эротического содержания и мастурбации
- условный запрет на половые акты
- регулярность половых актов не реже 2-3-х раз в неделю
- отказ от суррогатных видов сексуального взаимодействия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 41 года обратилась на прием к сексологу.

Жалобы

На снижение сексуального влечения, нежелание вести половую жизнь, психологический дискомфорт в отношениях с мужем.

Анамнез заболевания

Находится в браке 15 лет, 2 детей – 14 и 9 лет. Мужу 44 года. Ранее, по мнению пациентки, сексуальная жизнь была удовлетворительной, достигла условно-физиологического ритма через 2-3 года от начала отношений. Ухудшение межличностных отношений произошло 3 года назад, когда открылись обстоятельства измены мужа. Несмотря на обоюдное решение сохранить брак, длительную терапию у клинического психолога (1.5 года) и восстановление формальных отношений, пациентка не испытывает сексуального влечения к партнеру, часто представляет себе яркие картины измены, чувствует себя униженной, нежеланной. Сексуальное влечение снижено и по отношению к другим мужчинам, частота мастурбации – 1-2 раза в месяц, половой жизни – примерно такая же. Муж постоянно поднимает вопрос о повышении частоты сексуальных отправлениях, расширении диапазона ласк, проявления инициативы и активности со стороны женщины.

Анамнез жизни

Родилась 2 ребенком от срочных родов, без патологии. Со слов пациентки семейный анамнез психическими заболеваниями не отягощен. Воспитывалась в неполной семье (с 7 лет) мамой и бабушкой. Мать часто характеризовала мужчин, как ненадежных, бесчестных, берущих, но ничего не дающих взамен потребителей, предупреждала об опасностях половой жизни (аборты, венерические заболевания и пр.), контролировала круг общения. Перенесла детские инфекции, хронические заболевания отрицает. Окончила школу, затем получила высшее педагогическое образование. Работает в школе – преподаватель русского языка и литературы. Вредные привычки отрицает. Сексологический анамнез: Менархе с 14 лет, месячные устанавливались в течении года, умеренно болезненные в 1-й день. Платоническое фантазирование с 11 лет, эротическое - с 14 лет. Мастурбация с 18 лет, сопровождалась чувством вины, желанием избавиться от «вредной привычки». Половая жизнь с 19 лет. Ранее коитальная оргастичность составляла 30-40%, после конфликта с мужем из-за измены – не более 10%, но оргазм не является мотивацией к половой жизни, равно, как и чувство воллюста.

Объективный статус

Пациентка нормального телосложения, повышенного питания. Одет

аккуратно, скромно, макияж минимальный, украшения практически отсутствуют. Ориентирована верно. Зрительный контакт поддерживает, отвечает в плане заданных вопросов. Мимика сдержанная, осанка скованная. Плачет при затрагивании темы отношения с мужем.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- отказа от просмотра видео эротического содержания и мастурбации
- условный запрет на половые акты
- регулярность половых актов не реже 2-3-х раз в неделю
- отказ от суррогатных видов сексуального взаимодействия

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- отказа от просмотра видео эротического содержания и мастурбации
- условный запрет на половые акты
- регулярность половых актов не реже 2-3-х раз в неделю
- отказ от суррогатных видов сексуального взаимодействия

Результаты обследования

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

- отказа от просмотра видео эротического содержания и мастурбации
- условный запрет на половые акты
- регулярность половых актов не реже 2-3-х раз в неделю
- отказ от суррогатных видов сексуального взаимодействия

Результаты обследования

Исходя из сексологического анамнеза и данных обследования, пациентку можно отнести к + + типу половой конституции

- нормальному
- сильному
- среднему
- слабому

В соответствие с критериями МКБ-10 пациентке следует поставить диагноз

- нормальному
- сильному
- среднему
- слабому

Диагноз

Психосексуальное развитие пациентки можно отнести к

- ретардированному
- нормальному
- раннему
- дисгармоничному

В данном случае имеется следующее расстройство сексуального влечения

- вторичная парциальная алибидемия
- вторичная тотальная алибидемия
- первичная парциальная гиполибидемия
- вторичная парциальная гиполибидемия

У пациентки выявляется следующее нарушение оргазма

- вторичная коитальная гипооргазмия
- вторичная коитальная аноргазмия
- первичная коитальная аноргазмия
- избирательная аноргазмия

Правильной тактикой терапии пациентки будет назначение в первую очередь

- сексуального тренинга
- бихевиоральной психотерапии
- парной психотерапии
- психофармакотерапии

Пациентке показано назначение

- адаптогенов
- нейролептиков
- антидепрессантов
- транквилизаторов

На втором этапе терапии следует рекомендовать

- парную секс-терапию

- аутотренинговые методики
- гештальт-терапию
- гипносуггестию

Применение методики «чувственного фокусирования» в ходе терапии пациентки требует

- парную секс-терапию
- аутотренинговые методики
- гештальт-терапию
- гипносуггестию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 29 лет пришла на прием к сексологу.

Жалобы

Жалобы на невозможность достижения оргазма при половом акте, с начала половой жизни.

Анамнез заболевания

С настоящим партнером находится в браке 1.5 года. Мужу 30 лет. Мужчину, равно, как и пациентку, беспокоит отсутствие оргазма при коитусе. Он часто высказывает женщине упреки, в холодности, отсутствии сексуальной инициативы, узком диапазоне приемлемости в ласках, пассивности. Пациентка стала избегать половых актов, ссылаясь на плохое самочувствие и усталость, снизился общий фон настроения, появилась плаксивость и обидчивость.

Анамнез жизни

Родилась 1 ребенком от срочных родов, без патологии. Со слов пациентки семейный анамнез психическими заболеваниями неотягощен. Семья полная, воспитание характеризует, как строгое. Мать склонна к рассуждениям на моральные темы, отец всегда контролировал сферу общения, успеваемость, время прихода домой. Перенесла детские инфекции: ветряную оспу, краснуху. Окончила школу, затем получила высшее юридическое образование. Училась всегда отлично, отличалась тревожностью и переживала, что будет «недостойной дочерью», опозорит себя и не оправдает надежды родителей. Вредные привычки отрицает. Среди собственных характерных черт отмечает перфекционизм, повышенное внимание к мнению окружающих, особенно членов семьи и руководства, мужа. Сообщает, что в периоды сдачи экзаменов и других эмоционально значимых жизненных моментов нарушался сон, аппетит,

становилась плаксивой, гиперчувствительной, не могла заснуть от постоянно циркулирующих мыслей о предстоящем событии и страхе оказаться не на высоте. Сексологический анамнез: Менархе с 15 лет, месячные устанавливались в течении 1-1.5 лет, нарушения цикла бывают 1-3 раза в год в виде выпадения, удлинения цикла до 35-40 дней, часто болезненные, требуют приема обезболивающих препаратов. Платоническое фантазирование с 12 лет, эротическое фантазирование с 19 лет. Мастурбацию отрицает. Половая жизнь с 21 года. Отношения продолжались 4 года и прекращены по настойчивым требованиям родителей. С мужем встречалась 1 год до замужества. Метод контрацепции – оральные контрацептивы.

Объективный статус

Одета небрежно, не по моде, макияж, украшения практически отсутствуют. Зрительный контакт поддерживает непостоянно, смущается, краснеет, долго обдумывает и формулирует ответы. Мимика сдержанная, осанка скованная. Уровень осведомленности о сексуальной сфере и парных отношениях крайне низкий и нереалистичный, склонна к романтизации.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- парную секс-терапию
- аутотренинговые методики
- гештальт-терапию
- гипносуггестию

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым для постановки диагноза методам обследования относят

- парную секс-терапию
- аутотренинговые методики
- гештальт-терапию
- гипносуггестию

Результаты обследования

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

- парную секс-терапию
- аутотренинговые методики
- гештальт-терапию

- гипносуггестию

Результаты обследования

Исходя из сексологического анамнеза и данных обследования, пациентку можно отнести к + + типу половой конституции

- нижней границе средней – верхней слабому
- слабому
- сильному
- среднему

В соответствие с критериями МКБ-10 пациентке следует выставить диагноз

- нижней границе средней – верхней слабому
- слабому
- сильному
- среднему

Диагноз

Психосексуальное развитие пациентки можно отнести к

- ретардированному
- раннему
- дисгармоничному
- нормальному

Данный случай следует отнести к следующему типу аноргазмии

- вторичная тотальная
- вторичная коитальная
- первичная тотальная
- первичная коитальная

Данное расстройство следует отнести к следующему типу нарушения сексуального влечения

- вторичная алибидемия
- избирательная гиполибидемия
- первичная алибидемия
- вторичная гиполибидемия

Правильной тактикой терапии пациентки будет назначение в первую очередь

- сексуального тренинга
- бихевиориальной психотерапии
- парной психотерапии
- психофармакотерапии

Пациентке показано назначение

- адаптогенов
- нейролептиков
- транквилизаторов
- антидепрессантов с транквилизирующим действием

На втором этапе терапии следует рекомендовать

- аутотренинговые методики
- гештальт-терапию
- гипносуггестию
- парную секс-терапию

Применение методики «чувственного фокусирования» в ходе терапии пациентки требует

- аутотренинговые методики
- гештальт-терапию
- гипносуггестию
- парную секс-терапию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Анна 32 года, владеет небольшим бизнесом. Есть партнер, Сергей 35 лет, живут вместе уже 5 лет. Занимает руководящий пост в банке.

Жалобы

Обратилась с жалобами на отсутствие оргазма во время полового акта, невозможность его достичь и возникающее при этом чувство фрустрации.

Анамнез заболевания

В последние два месяца ухудшились отношения с партнером, так как раньше она имитировала оргазм во время коитуса, но после конфликта с ним решила, что больше не будет этого делать. И в настоящее время партнер очень озадачен сложившейся ситуацией, так как он чувствует себя "неполноценным, так как не может довести ее до оргазма" и на этом фоне конфликты участились. Пациентка

хочет наладить отношения и научиться достигать оргазм во время полового контакта.

Анамнез жизни

Анна: Наследственность не отягощена. Общее физическое и психическое развитие нормальное. Хорошо училась в школе, окончила финансово-экономический техникум. Работой довольна. Сергей. Родился вторым ребенком в семье. Общее физическое и психическое развитие было нормальным. Получил воспитание по типу гипопротекции, мать была лидером в семье. После окончания школы закончил политехнический институт, занимал руководящие должности.

Объективный статус

АННА Психический статус. Интеллектуально достаточно развита. Мышление и память не нарушены. Пациентка активна, энергична, самостоятельна, решительна. Легко выходит из себя, повышает тон разговора. Несколько раздражительна, требовательна. Ценностные ориентации и оценка выполнения функций семьи также одинаковые с партнером. Данные сексологического обследования. Половое самосознание правильное. Психосексуальная ориентация гетеросексуальная. Сомато- и психосексуальное развитие своевременное. Платоническое либидо с 6 лет, эротическое с 12 лет. Оволосение по женскому типу. Половую жизнь начала в 18 лет. Трохантерный индекс 1,99. Мастурбация с 13 лет, при сжимании бедер, напрягая мышца промежности. Регулярность в настоящее время 1-2 раза в неделю. Информированность в вопросах половой жизни достаточная. Разнообразие сексуальных приемов с этим партнером практически нет. Он предпочитает "миссионерскую" позу. Соматический статус. Патология внутренних органов не выявлена. СЕРГЕЙ Психический статус. Раздражителен, вспыльчив, часто по малейшему поводу. Склонен к агрессии, может долго сдерживаться, когда вспылит, впадает в неудержимую ярость, не прощает ошибок. Пунктуален в исполнении работы. Не любит начальственного отношения к себе, не выносит, когда его прерывают, не гибок в отношениях с людьми. Данные сексологического обследования. Половое самосознание правильное. Гетеросексуальная ориентация. Сомато- и психосексуальное развитие — по возрасту. Начало половой жизни с 15 лет. До встречи с данной партнершей вел беспорядочную половую жизнь. Имел внебрачные связи, мотивом их было получение оргазма. Индекс 1,94, оволосение лобка по мужскому типу. максимальный эксцесс-3. Платоническое и эротическое либидо развиты слабо, сексуальное — выражено. Игнорирует ласки и предварительный период полового акта, не оказывает воздействия на эрогенные зоны, диапазон приемлемости узкий. Информированность в области секса достаточная. Мотив полового акта — получение оргазма. Поведение гипермаскулинное.

Соматический статус, в том числе неврологический и урологический, — патология не выявлена.

Пациентке в рамках обследования необходимо назначить консультацию

- аутотренинговые методики
- гештальт-терапию
- гипносуггестию
- парную секс-терапию

Результаты обследования

Для постановки диагноза и исключения сопутствующей патологии в данном случае к инструментальным методам обследования относят

- аутотренинговые методики
- гештальт-терапию
- гипносуггестию
- парную секс-терапию

Результаты обследования

Форма семейно-сексуальной дисгармонии у данной пары

- конституциональная
- полоролевая
- социокультурная
- коммуникативная

Акцентуация характера у пациентки по + _____ + типу

- лабильному
- сензитивному
- неустойчивому
- возбудимому

В соответствии с критериями МКБ-10 больной следует выставить диагноз

- лабильному
- сензитивному
- неустойчивому
- возбудимому

Диагноз

Акцентуация характера у пациента по + + типу

- сензитивному
- неустойчивому
- лабильному
- демонстративному

Лечебно-реабилитационные мероприятия необходимо начинать с

- парной психотерапии
- секс-терапии
- гипноза
- фармакотерапии

Для достижения оргазма во время полового акта пациентке необходимо рекомендовать

- поменять партнера
- прекратить мастурбацию
- прибегнуть к помощи продукции секс-шопов
- научиться мастурбировать другим способом

На втором этапе лечебно-реабилитационных мероприятий применяется

- секс-терапия
- метод локальной декомпрессии
- психофармакотерпия
- гипноз

Один из основных приемов секс-терапевтической стратегии для успешного достижения оргазма во время полового акта это

- "мост"
- мнимый запрет
- необязывающий коитус
- стоп-старт

Муж имеет + + вариант половой конституции

- сильный
- слабый
- очень сильный
- средний

У пациентки + + вариант половой конституции

- сильный
- слабый
- очень сильный
- средний

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Супруги Р. состоят в браке 4 года, имеют ребенка. Мужу 28 лет, инженер НИИ. Жене 27 лет, парикмахер.

Жалобы

Супруг жалуется на невозможность проведения повторных половых актов. Либи́до сохранено. Продолжительность полового акта 5 минут. Сексуальная активность год назад была 3-4 сношения в неделю, а в настоящее время снизилась до 1-2 в неделю. считает, что этого недостаточно, необходимы ежедневные половые акты. Постепенно фон настроения у него ухудшался, он утрированно озабочен тем, что возможно у него какое-то соматическое заболевание из-за чего и происходит ослабление эрекции при повторном контакте. Жена согласна с мнением мужа, озабочена его состоянием. Чувствует себя из-за этого менее желанной, что отражается на ее уверенности в себе.

Анамнез заболевания

МУЖ Сексологический анамнез. Соматосексуальное развитие своевременное, психосексуальное задержанное. Мастурбация с 13 до 21 года, умеренная. Первый половой акт в 21 год. Удавались повторные половые акты. Но через 3-4 месяца после женитьбы повторные попытки не удавались, эрекция ослабевала в момент введения, либо вообще не возникала. ЖЕНА Сексологический анамнез. Соматосексуальное и психосексуальное развитие своевременное. Менструации с 13 лет, установились сразу. Эротическое либи́до с 12 лет. Начало половой жизни в 20 лет. Мастурбация с 16 лет. в настоящий момент мастурбирует 1-2 раза в месяц.

Анамнез жизни

МУЖ Наследственность неотягощена. В физическом развитии не отставал от сверстников, рос и развивался нормально. Учиться начал с 7 лет, успевал хорошо. В детстве болел гриппом, ангиной. Окончил школу, институт, работает в НИИ. По характеру тревожно-мнительный. ЖЕНА Наследственность неотягощена. В детстве росла и развивалась нормально. Болела ангиной, гриппом, острыми респираторными заболеваниями. Беременность одна, закончилась нормальными родами.

Объективный статус

МУЖ Соматический статус— без патологии. Неврологический статус. Легкая асимметрия носогубных складок. Сухожильные рефлексy рук, коленные, ахилловы - равномерные, живые. Ладони влажные. Очаговой симптоматики не выявлено. Психический статус. Речевой контакт устанавливает легко. Говоря о сексуальном расстройстве, волнуется. Эмоционально неустойчив, тревожно-мнителен. Пессимистически оценивает свои сексуальные возможности. Считает, что болен, т.к. " ...мужчина должен совершать два половых акта за ночь лет до 50, а раз у него это перестало получаться, то необходимо начать обследоваться". Сон нарушился. снизилась работоспособность.

Сексологический статус. Вторичные половые признаки развиты достаточно. Оволосение по мужскому типу. Трохантерный индекс 1,95. Тип сексуальной мотивации генитальный, мотив полового акта — получение оргазма. Уровень осведомленности в области психогигиены половой жизни очень низкий. ЖЕНА Психический статус. Формальных расстройств психики нет. Несколько эмоционально лабильна. Любит быть в центре внимания, эгоистична, внушаема. На приеме одета экстравагантно и достаточно откровенно. Использует яркий макияж. Сексологический статус. Вторичные половые признаки развиты хорошо. Мотив полового акта — получение оргазма. Трохантерный индекс 1,98. Процент оргастичности 60%.

Для исключения сопутствующей патологии у данного пациента (так как он думает о наличии соматической патологии) можно рекомендовать

- сильный
- слабый
- очень сильный
- средний

Результаты обследования

Укажите, какое из действий не относится к первому этапу структурного анализа (оценке функционального состояния составляющих копулятивного цикла)

- анализ критериев оценки эякуляторной составляющей
- анализ критерии оценки психической составляющей
- анализ критериев оценки нейрогуморальной составляющей
- анализ различных форм межсиндромальных взаимодействий

Данные жалобы могут быть отнесены к следующей группе синдромов расстройств психической составляющей у мужчин

- семейно-сексуальная дисгармония
- синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи
- мнимые сексуальные расстройства
- синдром парацентральных долек

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует поставить диагноз

- семейно-сексуальная дисгармония
- синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи
- мнимые сексуальные расстройства
- синдром парацентральных долек

Диагноз

В соответствии с критериями МКБ-10 состояние пациента соответствует следующему диагнозу

- F 52.11 Отсутствие сексуального удовлетворения
- F52.3 Оргазмическая дисфункция
- F52.1 Отсутствие или потеря полового влечения
- F52.4 Преждевременная эякуляция

Органическая эректильная дисфункция характеризуется следующим дифференциально-диагностическим признаком

- наличием эрекции при мастурбации
- отсутствием эрекции при мастурбации
- наличием спонтанной эрекции во сне и сразу после пробуждения
- возникновением эрекции при эротических ласках с ее последующим ослаблением при попытке интроитуса

У данной пары семейно-сексуальная дисгармония обусловлена

- поражением высших корковых центров, которые контролируют процесс возбуждения
- дезинформацией обоих супругов в области секса
- ухудшением межличностных отношений в паре
- инволюционными процессами

У пациентки отмечается акцентуация характера по + _____ + типу

- астеноневротическому
- неустойчивому
- эпилептоидному
- истероидному

Лечебно-реабилитационные мероприятия необходимо начинать с

- психофармакотерапии
- секс-терапии
- рациональной психотерапии
- гипнотерапии

На втором этапе лечебно-реабилитационных мероприятий применяется

- метод локального отрицательного давления (ЛОД)
- секс-терапия
- психофармакотерпия
- гипноз

Половая конституция у мужа характеризуется как

- очень сильная
- средняя
- слабая
- сильная

Половая конституция у жены характеризуется как

- очень сильная
- средняя
- слабая
- сильная

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Супруги Б. состоят в браке 1,5 года, брак по любви. Жене 23 года, работает бухгалтером, мужу 26 лет, бизнесмен.

Жалобы

Супруги обратились с жалобой на невозможность нормальной половой жизни из-за возникновения у жены судорожного спазма мышц входа во влагалище, промежности, бедер при попытке произвести интроитус.

Анамнез заболевания

Пациентка связывает свое состояние с попыткой изнасилования, которой подверглась в детстве, но мужу об этом не говорит. До замужества интимных отношений избегала. С мужем в предварительный период полового акта возбуждается и стремится к близости, но как только муж хочет перейти к

генитальным ласкам, испытывает непреодолимый страх перед его дальнейшими действиями. При первом прикосновении к половым органам возбуждение полностью исчезает и возникает рефлекторный спазм мышц таза и бедер. Муж не настаивает, к силе не прибегает, стремясь к тому, чтобы все происходило по желанию и с согласия супруги. Сексуальный контакт обычно заканчивается петтингом, при котором муж всегда достигает эякуляции и оргазма, а жена испытывает оргазм нечасто. Оба расценивают возникшее положение как патологию, и инициатива обращения к врачу-сексопатологу исходит с обеих сторон. Супруга: Сексологический анамнез. Половое самосознание и психосексуальная ориентация пациентки правильные, половое поведение фемининное. Темп полового созревания нормальный. Менструации с 12 лет. Возраст пробуждения платонического либидо — 13—14 лет, эротического либидо — в 16, сексуального — с 23 лет. Фрустрации переносит легко. Мастурбацию отрицает, относится к ней негативно. Супруг: Сексологический анамнез. Психосексуальное развитие протекало с некоторой задержкой: платоническое либидо развилось в 14 лет, эротическое — в 16, сексуальное — в 17 лет. Мастурбация с 17 лет, 2—4 раза в неделю, всегда завершалась семяизвержением. Первая эякуляция в 16 лет при ночной поллюции. После перехода к мастурбации поллюции почти прекратились. Фрустрации переносит относительно спокойно. До брака жил половой жизнью в течение 3—4 месяцев с одной женщиной, старше его на 10 лет. Максимальный экссесс — 2.

Анамнез жизни

Супруга. Родилась в семье служащих, росла и развивалась нормально. Наследственность неотягощена. В школе училась хорошо. После окончания школы поступила в финансовый техникум и окончила его, работает бухгалтером. В детстве перенесла грипп, ангины, ОРЗ, корь, аппендэктомию. Результаты обследования супруга. Анамнез жизни. Наследственность неотягощена. Рос и развивался в детстве нормально. Закончил школу хорошо, служил в армии, сейчас занимается бизнесом. Из перенесенных заболеваний отмечает краснуху, ангины, простудные заболевания. По характеру отзывчивый, застенчивый, мнительный, добрый, уступчивый. Любит жену, жалеет ее, серьезно озабочен возникшей ситуацией. Взаимоотношения с женой в основном доброжелательные, но иногда возникают конфликты по мелочам, особенно в последние месяцы, так как оба стали раздражительны, вспыльчивы, беспокойны. Надеется на излечение жены.

Объективный статус

СУПРУГА. Соматический статус, в том числе неврологический, — без патологии. Гинекологический статус. Наружные половые органы сформированы правильно, развиты нормально. При попытке ввести мизинец через отверстие

девственной плевы больная сводит бедра и напрягает мышцы таза, скользящим движением уводя таз назад, садится в кресле. Пациентку убедили, что без гинекологического осмотра помочь ей изменить сложившиеся отношения с мужем будет очень сложно, в связи с чем она должна настроиться на осмотр. При этом никакой боли она не почувствует. Ей предложили расслабиться, сжать мышцы живота как антагонисты тазовых мышц и поднатужиться на задний проход, как при дефекации. В этот момент врачу удалось беспрепятственно ввести мизинец во влагалище. Пациентка убедилась, что все произошло вполне безболезненно, и была удивлена. Психический статус. Пациентка доступна продуктивному контакту. Общительна, интеллектуально достаточно развита, откровенна, несколько демонстративна, раздражительна. Считает виновниками сексуальных проблем и мужа, и себя. Эмоционально неустойчива, внушаема, самовнушаема, сенситивна, ранима. К мужу испытывает привязанность, но отрицательно оценивает такие его черты, как уступчивость во всем, нерешительность, робость. Сексологический статус. Молочные железы развиты достаточно, оволосение лобка по женскому типу. Эротические сновидения бывают редко, при этом муж не снится никогда, в основном при сновидениях видит здорового мужчину, незнакомого, который без звука подходит к ней, раздевает и овладевает ею, она беспрекословно подчиняется ему, и ей это приятно. Психосексуальная ориентация гетеросексуальная. Полороловое поведение фемининное. Либи́до и сексуальные ощущения нормальные, оргазм — при петтинге и при эротических сновидениях. Трохантерный индекс 1,94. Уровень информированности о сексуальной норме — низкий, знает о сексе только по разговорам с подругами и сестрой. СУПРУГ. Соматический статус без патологии. Психический статус. Старается сохранить внешнее спокойствие, пунктуален, обидчив, педантичен, рассудителен. Отмечает в последнее время не свойственную ему некоторую несдержанность в отношениях с супругой. Сексологический статус. Вторичные половые признаки развиты нормально. Психосексуальная ориентация гетеросексуальная. Трансформация полоролового поведения. Информированность в области секса минимальна, почерпнута из рассказов друзей и видеофильмов. Спонтанные эрекции сохранены, адекватные вначале были нормальными: в последнее время иногда, при пассивности и нежелании жены войти в сексуальный контакт, бывают снижены. Тип сексуальной мотивации — игровой, мотив полового акта — дефлорация супруги, получение оргазма. Трохантерный индекс 1,90.

Чтобы исключить сопутствующую патологию, необходимо прибегнуть к лабораторным методам обследования

- очень сильная
- средняя

- слабая
- сильная

Результаты лабораторного метода обследования

Чтобы поставить диагноз и исключить сопутствующую патологию у пациентки, необходимо провести обследование

+ _____ + , относящееся к инструментальным методам

- очень сильная
- средняя
- слабая
- сильная

Результаты обследования

У мужа отмечается акцентуация характера по + _____ + типу

- сенситивному
- шизоидному
- эпилептоидному
- психастеническому

В данном случае речь идет о + _____ + расстройстве личности у супруги

- F60.6 тревожном
- F60.7 зависимом
- F60.1 шизоидном
- F60.4 истерическом

В соответствии с критериями МКБ-10 больной следует поставить диагноз

- F60.6 тревожном
- F60.7 зависимом
- F60.1 шизоидном
- F60.4 истерическом

Диагноз

Причина виргогамии (девственного брака) у данной пары обусловлена

- внутриличностным конфликтом у жены, после насилия и, как следствие, вагинизмом
- межличностным конфликтом супругов
- неправильным воспитанием женщины и связанными с этим дезинформацией и неправильным сексуальным поведением
- генитальной патологией у женщины

Подтверждением диагноза вагинизм является

- спазм мышц влагалища
- боли при попытке проведения полового акта, появляются в связи с половым актом и могут сочетаться с чувством тошноты
- отсутствие lubricации, может обусловить болезненность при вводе пениса и фрикциях, что, естественно, исключает должный комфорт
- снижение либидо

Лечебно-реабилитационные мероприятия необходимо начинать с

- психотерапии
- гипноза
- фармакотерапии
- тренинга по поэтапному расслаблению мышц промежности с применением упражнений Кегеля

На втором этапе лечебно-реабилитационных мероприятий для подавления условно-рефлекторной вагинальной реакции проводят

- оперативную дефлорацию
- тренинг по поэтапному расслаблению мышц промежности с применением упражнений Кегеля, расширителей Гегара
- когнитивно-поведенческую психотерапию, чтобы изменить тип поведения и реагирование на создавшуюся ситуацию
- фармакотерапию: прием психотропных средств в течении 2-3 недель, дозы постепенно снижают до полной отмены

При недостаточности первых двух этапов лечебно-реабилитационных мероприятий, необходимо присоединить

- психофармакотерапию
- гипноз
- анестезирующие средства
- хирургическую дефлорацию

У мужа определяется + _____ + половая конституция

- средняя
- очень сильная
- сильная
- слабая

У жены определяется + + половая конституция

- средняя
- очень сильная
- сильная
- слабая

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Супруги Б. состоят в браке 2,5 года, детей нет. Мужу 27 лет, инженер НИИ. Жене 24 года, медицинская сестра.

Жалобы

Обратилась жена (по настоянию мужа) с жалобой на свою низкую сексуальную активность, у нее редко (1-2 раза в месяц) возникает сексуальное желание. Отсутствие оргазма, что ее особо не беспокоит, но для супруга это имеет значение. Пациентка жалуется на неуверенность в своих силах, робость, неустойчивость настроения.

Анамнез заболевания

До брака была знакома с мужем 3 года, он любил ее, она относилась к нему с симпатией. В этот период он целовал, ласкал ее, несколько раз предпринимал попытки к половому сближению, но она решительно пресекала их. Будущий муж связывал это с тем, что она хочет дождаться официального бракосочетания, и не форсировал событий. После женитьбы супруги перешли к поверхностному петтингу и мануальной стимуляции, на что супруга пошла ради мужа. У нее самой желание возникало лишь в единичных случаях и только в состоянии легкого опьянения она испытывала приятные ощущения. Диапазон приемлемости ласк у пациентки очень узкий и не соответствует достаточно широкому диапазону приемлемости мужа. После 2,5 лет брака во взаимоотношениях супругов наступил кризис, муж предложил жене выбор — идти к врачу или развестись. Стремясь сохранить семью, супруга обратилась к врачу.

Анамнез жизни

Супруга: Росла под доминирующей гиперопекой матери, которая запрещала

свидания с мальчиками, не разрешала посещать вечера, даже танцевать с юношами. С. малых лет мать внушала дочери антипатию и отрицательное отношение к противоположному полу. Девочка росла подавленной, с очень ограниченной свободой, с комплексом неполноценности. Еще до замужества у пациентки были сомнения в том, что половая жизнь у нее сложится нормально, так как желания интимной близости, она, в отличие от сверстниц, практически не испытывала.

Объективный статус

Соматический статус. Патология внутренних органов не выявлена. Неврологический статус. Очаговых поражений центральной нервной системы нет. Определяются диффузная гиперрефлексия, вегетативная лабильность. При ортостатической пробе — склонность к тахикардии. Стойкий ярко-красный разлитой дермографизм. Гинекологический статус. Наружные половые органы сформированы правильно. Расстояние от клитора до наружного отверстия уретры 4,5 см. Промежность высокая. Клитор обычных размеров» чувствительность его снижена. Психический статус. Пациентка астенична. Эмоционально лабильна. Интеллектуально достаточно развита. Мышление и память не нарушены. Несколько фиксирована на сексуальных проблемах, хотя редкая потребность в интимных отношениях ее не волнует: Обеспокоена недовольством мужа. Отмечаются трудности в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями, бедность фантазий и других проявлений воображений, предпочтительное фокусирование на внутренних переживаниях. Сексологический статус. Половое самосознание правильное. Психосексуальная ориентация гетеросексуальная. Менструации с 15 лет. Возраст пробуждения платонического либидо 16, эротического — также с 16 лет, сексуальный компонент либидо слабо выражен. Мастурбацию отрицает. Оргазм не испытывала. Телосложение по женскому типу с признаками инфантилизма. Вторичные половые признаки выражены недостаточно. Трохантерный индекс 1,93.

Чтобы исключить сопутствующую патологию, необходимо воспользоваться лабораторными методами обследования

- средняя
- очень сильная
- сильная
- слабая

Результаты лабораторного метода обследования

**Для постановки диагноза и исключения сопутствующей патологии пациентке необходимо провести + _____ +
(инструментальный метод обследования)**

- средняя
- очень сильная
- сильная
- слабая

Результаты инструментального метода обследования

У пациентки имеет место + _____ + задержка психосексуального развития

- психогенная
- социогенная
- соматогенная
- сочетанная

У пациентки отмечается акцентуация характера по + _____ + типу

- неустойчивому
- эпилептоидному
- астеноневротическому
- сензитивному

В соответствии с критериями МКБ-10 больной следует поставить диагноз

- неустойчивому
- эпилептоидному
- астеноневротическому
- сензитивному

Диагноз

У пациентки имеет место + _____ + форма аноргазмии

- ретардационная
- дисгамическая
- психогенная
- симптоматическая

Одним из основных условий для постановки окончательного диагноза при обращении одного из партнеров является обследование и консультация

- эндокринолога обратившегося партнера
- другого партнера сексологом
- медицинского психолога каждому из партнеров
- гинеколога обратившегося партнера

Лечебно-реабилитационные мероприятия необходимо начинать с

- секс-терапии
- гипноза
- фармакотерапии
- психотерапии

На втором этапе лечебно-реабилитационных мероприятий для усиления сексуальной активности назначаются

- гипнотерапия
- общетонизирующие и стимулирующие средства
- тренингов по поэтапному расслаблению мышц промежности с применением упражнений Кегеля
- психотерапия

На третьем этапе лечебно-реабилитационных мероприятий применяется

- психофармакотерпия
- секс-терапия
- метод локальной декомпрессии
- гипноз

Секс-терапевтической стратегией для адекватной реакции женщины на стимуляцию является чувственное фокусирование I и II, необязывающий коитус и

- стоп-старт
- сношение с оргазмом
- техника -"мост"
- мнимый запрет

Половая конституция у жены относится к

- стоп-старт
- сношение с оргазмом
- техника -"мост"
- мнимый запрет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Дмитрий 26 лет, программист, есть постоянная партнерша 24 года, с которой вместе они уже 3 года.

Жалобы

Жалуется на снижение влечения и ослабление эрекции, периодически возникающее в 50-70% половых актов, партнерша в последнее время стала высказывать недовольство сложившейся ситуацией, так как она чувствует фрустрацию. Стали возникать конфликты. А так как он не планирует с ней расставаться, она его устраивает в бытовом плане, то он решил обратиться к врачу, чтобы начать нормализовывать общение. Он мастурбирует при просмотре порнофильмов, практически ежедневно "снимает нервное напряжение", а на половой контакт идет по необходимости, из "супружеского долга", что его утомляет. Периодически возникают головные боли, метеозависим.

Анамнез заболевания

Платоническое либидо с 13 лет. Мастурбация с 11 лет, поллюции с 14 лет, были редкими (один раз в 1-2 месяца). Мастурбация примерно 5-6 раз в неделю в настоящее время. Половая жизнь с 22 лет. Первый половой акт был оценен как "средний", так как эрекция, то появлялась, то пропадала, но завершить семяизвержением ему удалось. До встречи с нынешней партнершей у него были редкие единичные половые связи на фоне алкогольного опьянения. Мастурбирует практически ежедневно, порой до нескольких раз в день (3-4). Сексуальная активность была 4-5 раз в неделю. Считает, что он должен удовлетворять свою девушку как сексуальный партнер, даже если у него нет сексуального желания, а в последнее время влечение снизилось до 1-2 раз в неделю. Идет на контакт по инициативе партнерши, только из чувства долга. Но, бывают периоды, когда 7-10 дней он вообще практически с ней не общается, а мастурбацию не прекращает. И чувство удовлетворения наступает не всегда после однократной мастурбации.

Анамнез жизни

Родился раньше срока, кесарево сечение, у матери был токсикоз практически на протяжении всей беременности, была гипоксия плода. Наблюдался у невролога в раннем детстве. Пациент с детства был малообщительным. Всегда были сложности в общении с окружающими, друзей никогда не было и он не испытывал в них нужды. Предпочитал игры с конструктором. Учился хорошо, нравились точные науки. Поступив в технический вуз, жил в общежитии. Когда

был увлечен обучением или научной деятельностью, которой занимался в тот период, со слов пациента, мог не спать по двое суток, месяцами не поддерживать гигиену. Питался по необходимости, не испытывая чувства голода. Вспоминал о еде только, когда видел обедающим соседа по комнате. В настоящее время работает программистом из дома. Свободный график, что его устраивает, так как может просиживать за компьютером целые сутки, когда решает какую-либо интересную для себя задачу, он не отвлекается практически ни на что, минимизирует общение со всеми. Только может прерываться на мастурбацию. День-ночь перепутаны.

Объективный статус

Психический статус: эмоционально холоден, выглядит неопрятно, чудаковат, в глаза не смотрит, отвечает формально на поставленные вопросы, пытается найти логическую связь в вопросах. Не может ответить на вопросы, если необходимо описать чувства, это ему сложно. Просит врача привести шкалу какую-либо или статистически значимые различия между чувствами. Имеют место навязчивые мысли о том, что скорость ослабления эрекции, зависит от "вязкости жидкости которая выделяется из уретры в первые минуты".

Разубеждению не поддается. Обстоятелен. Отмечает, что примерно года 2-3 назад у него ухудшилось настроение, стал более безразличным, отмечает снижение желаний и потребностей, половой контакт воспринимается как обязанность. Чувствует себя хуже в осенне-весенний период. Наследственность психопатологически отягощена: у матери шизофрения. Сексологический статус. Вторичные половые признаки развиты нормально. Психосексуальная ориентация гетеросексуальная. Информированность в области секса минимальна, почерпнута из рассказов друзей и видеофильмов. Спонтанные эрекции сохранены, адекватные вначале ослабленные. Трохантерный индекс 1,96.

Чтобы исключить сопутствующую патологию, желательно прибегнуть к лабораторным методам обследования

- стоп-старт
- сношение с оргазмом
- техника - "мост"
- мнимый запрет

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза и исключения сопутствующей патологии в данном случае необходимо прибегнуть к инструментальным методам обследования

- стоп-старт

- сношение с оргазмом
- техника - "мост"
- мнимый запрет

Результаты инструментальных методов обследования

У пациента имеет место + + мастурбация

- персевераторно-обсессивная
- подражательная
- периода юношеской гиперсексуальности
- заместительная

В данном случае речь идет о

- F20.4 Постшизофренической депрессии
- F60.1 Шизоидном расстройстве личности
- F21. Шизотипическом расстройстве
- F 20.0 Параноидной шизофрении

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует поставить диагноз

F52.2 Отсутствие генитальной реакции и

- F20.4 Постшизофренической депрессии
- F60.1 Шизоидном расстройстве личности
- F21. Шизотипическом расстройстве
- F 20.0 Параноидной шизофрении

Диагноз

Для органического характера эректильной дисфункции характерно

- сохраненные спонтанные эрекции во сне и сразу после пробуждения
- возникновение эрекции при эротических ласках с ее последующим ослаблением при попытке интроитуса
- отсутствие эрекции при мастурбации
- наличие эрекция при мастурбации

В большинстве случаев органическое поражение центральной нервной системы приводит к + + сексуальной функции

- ухудшению
- отсутствию
- улучшению
- неизменности

Лечебно-реабилитационные мероприятия у данного больного следует начинать с

- секс-терапии
- гипнотерапии
- психотерапии
- фармакотерапии

На втором этапе лечебно-реабилитационных мероприятий необходима

- психофармакотерапия
- секс-терапия
- гипноз
- психотерапия

Одним из важных этапов лечебно-реабилитационных мероприятий является

- интракавернозные инъекции
- парная психотерапия
- применение препаратов фосфодиэстеразы 5 типа
- ЛОД-терапия (локальное отрицательное давление)

У пациента определяется + + половая конституция

- средняя
- сильная
- очень сильная
- слабая

Для успешной помощи данному пациенту необходимо рекомендовать

- средняя
- сильная
- очень сильная
- слабая

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Дмитрий 42 года, художник, никогда не жил сексуальной жизнью.

Жалобы

Жалуется на сниженное влечение к женщинам, отсутствие половой жизни, хочет нормализовать свою сексуальную жизнь. В последние пару лет отмечает,

что утренние эрекции тоже стали реже возникать. Помимо этого с его слов, фон настроения у него снижен уже больше 20 лет, преобладает апатия и тревога.

Анамнез заболевания

Платоническое либидо с 16 лет. Впервые случайно возникла эрекция в 13 лет, когда он увидел картинку женщины с нанесенным театральным гримом на лице, был очень возбужден и произошло семяизвержение. Себя ругал за это, как за недостойный поступок. Старался избегать журналов с таким содержанием, но периодически, когда попадались фото или картинки с данной тематикой, всегда это его приводило в состояние возбуждения, у него происходило семяизвержение практически сразу, на первой минуте. Только такие фантазии вызывали острые переживания у него. Он старался специально избегать мастурбации, не всегда это удавалось. Поллюции с 14 лет. В 22 года были 2 попытки провести половой акт с девушкой, к которой испытывал симпатию, но эрекция ослабла в момент введения, чем он был очень расстроен. У партнерши тоже не было сексуального опыта до него. Он отмечает, что она его привлекла, так как тон кожи у нее был очень темный, что вызвало у него ассоциации с гримом на лице. А он говорил о том, что именно лицо в гриме его возбуждает. Обратился к сексологу в тот период. Были даны рекомендации, которые он не соблюдал. Больше попыток познакомиться с девушками у него не было. В настоящее время мастурбирует 1 раз в неделю при просмотре фото женщин с гримом на лице, ищет такие фото в интернете.

Анамнез жизни

Родился в срок. С детства был малообщительным. Всегда были сложности в общении с окружающими, есть пару друзей. Окончил школу, ВУЗ, работает преподавателем живописи. Работой недоволен (хотелось бы полностью посвятить себя творчеству). Живет с матерью, с которой, с его слов, у него очень близкие отношения и она знает о его проблемах.

Объективный статус

Психический статус: эмоционально выхолощен, в глаза не смотрит, отвечает формально на поставленные вопросы. Имеют место навязчивые мысли "без внутреннего сопротивления" о том, что он не сможет найти женщину, которая примет его сексуальные предпочтения. Разубеждению не поддается. Отмечает, что примерно 1,5 года назад у него ухудшилось настроение, стал более безразличным, отмечает снижение желаний и потребностей. Он заставлял ходить себя на работу, а в остальное время лежал и ничего не делал. Чувствует себя хуже в осенне-весенний период. Сексологический статус. Вторичные половые признаки развиты нормально. Психосексуальная ориентация гетеросексуальная. Информированность в области секса неправильная, говорит

о своих проблемах нехотя. Оволосение лобка по женскому типу. Спонтанные эрекции ослаблены. Трохантерный индекс 1,91.

Диагностика данного расстройства должна основываться, в первую очередь, на клинико-психопатологическом и + + методах

- клинико-сексологическом
- нейрофизиологическом
- генетическом
- клинико-лабораторном

Пациенту в рамках обследования на первом этапе необходимо назначить консультацию

- терапевта
- эндокринолога
- уролога
- медицинского психолога

Для постановки диагноза и исключения сопутствующей патологии у пациента необходимо провести

- терапевта
- эндокринолога
- уролога
- медицинского психолога

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо установить фон, способствующий становлению перверсий. В данном случае речь идет о

- транзиторной, заместительной парафилии
- задержке психосексуального развития
- смешанной парафилии
- преждевременном психосексуальном развитии

У пациента можно предположить диагноз

- транзиторной, заместительной парафилии
- задержке психосексуального развития
- смешанной парафилии
- преждевременном психосексуальном развитии

Диагноз

В соответствии с критериями МКБ-10 данную нозологию следует рассматривать как

- F 65 Расстройства сексуального предпочтения
- F63 Расстройства привычек и влечений
- F64 Расстройства половой идентификации
- F60 Специфические расстройства личности

У пациента имеет место расстройство сексуального предпочтения в виде

- F 65.0 фетишизма
- F65.5 садо-мазохизма
- F65.3 вуайеризма
- F65.2 эксгибиционизма

В большинстве случаев органическое поражение центральной нервной системы приводит к + + сексуальной функции

- отсутствию
- отсутствию изменений
- ухудшению
- улучшению

Лечебно-реабилитационные мероприятия у данного больного необходимо начинать с

- психофармакотерапии
- фармакотерапии
- секс-терапии
- гипнотерапии

На втором этапе лечебно-реабилитационных мероприятий необходима

- психофармакотерапия
- гипнотерапия
- психотерапия
- секс-терапия

При работе с девиациями основной метод психотерапии это

- арт-терапия
- когнитивно - бихевиоральная
- психоанализ

- гештальд терапия

У пациента определяется + _____ + половая конституция

- арт-терапия
- когнитивно - бихевиоральная
- психоанализ
- гештальд терапия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Супруги П. состоят в браке 5 лет. Жене 29 лет, художник-модельер. Мужу 32 года, инженер. Брак по любви. Имеют ребенка.

Жалобы

Пациентка жалуется на отсутствие полового влечения к мужу, ослабление оргазма, нежелание общаться с мужем. Считает себя больной в течение 4 лет, когда постепенно ухудшались взаимоотношения с мужем из-за его характерологических особенностей. Муж жалуется на снижение полового влечения к жене, неудовлетворенность взаимоотношениями с женой.

Анамнез заболевания

Супруга: Сексологический анамнез. Начало роста молочных желез в 14 лет, менструации с 15 лет, регулярные с 16, рост волос в подмышечных впадинах с 15 лет. Беременность наступила через 2 года после начала половой жизни, протекала с токсикозом. Платоническое либидо с 14 лет, эротическое и сексуальное — с 15. Мастурбация с 15 лет. Первый оргазм клиторальный в 15 лет при мастурбации. Петтинг, фрустрации с 15 лет. Оргастичность 70%, позиция при половом акте — супруг сверху. Половая жизнь с 16 лет. Первый половой акт был со случайным партнером. До брака имела двух сексуальных партнеров. Половая жизнь в браке нерегулярная из-за частых конфликтов с мужем. Супруг: Сексологический анамнез. Развитие вторичных половых признаков своевременное. Мастурбацию отрицает. Поллюции с 15 лет во время сна, редкие. Половая жизнь с 19 лет, первый половой акт считает удачным. До брака имел непродолжительные половые связи, сексуальные контакты протекали нормально. Максимальный экссесс — 3 в 23 года. Сексуальная активность — один половой акт в неделю.

Анамнез жизни

Супруга: Родилась первым ребенком в семье, имеет младшую сестру. Наследственность не отягощена. С детства была замкнутой, застенчивой, не

имела друзей. Супруг: Родился единственным ребенком в семье. Наследственность неотягощена. В детстве рос и развивался нормально.

Объективный статус

Супруга: Соматический статус, в том числе неврологический и гинекологический без патологии. Психический статус. В словесный контакт вступает неохотно, на интересующие ее вопросы отвечает многословно, непоследовательно.

Мнительна, робка, застенчива, упряма, склонна к обобщениям, проявляет эмоциональную холодность. Необщительна, интровертирована, холодна в отношениях с близкими. Отмечаются отсутствие чувства юмора, чужаковатость.

Сексологический статус. Дифференцировка пола и половое самосознание правильные. Психосексуальная ориентация гетеросексуальная. Полоролевое поведение несколько маскулинное. Отмечается ретардация сомато- и психосексуального развития, сочетанная асинхрония полового развития.

Характер оволосения $A \sim 2 \sim P \sim 2 \sim$. Трохантерный индекс 1,94. Платоническое, эротическое и сексуальное либидо сохранены, сексуальные фантазии перверсными элементами. Сексуальные ощущения снижены. Эрогенные зоны — клитор, грудь. Чувства к супругу — негативные, как к человеку и

сексуальному партнеру. Осведомленность в вопросах психогигиены половой жизни недостаточная, в некоторых вопросах — неправильная. Тип сексуальной мотивации шаблонно-регламентированный, мотив полового акта — получение оргазма. Тип сексуальной культуры либеральный. Супруг: Соматический статус, в том числе неврологический без патологии. Урологический статус. Отмечаются явления застойного простатита. Психический статус. Контакт продуктивный.

Пациент несколько раздражителен, эмоционально лабилен. Озабочен сексуальной дисфункцией жены. Сексологический статус. Дифференцировка пола и половое самосознание правильные. Психосексуальная ориентация гетеросексуальная. Полоролевое поведение маскулинное. Все виды либидо сохранены. Эрекции спонтанные сохранены, адекватные — ослаблены. Продолжительность полового акта 4—5 мин. Оргазм нормальный. Регулировать сексуальные реакции не умеет.

Чтобы исключить сопутствующую патологию необходимо прибегнуть к лабораторным методам обследования

- арт-терапия
- когнитивно-бихевиоральная
- психоанализ
- гештальт терапия

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза и исключения сопутствующей патологии у пациентки необходимо провести

- арт-терапия
- когнитивно - бихевиоральная
- психоанализ
- гештальд терапия

Результаты обследования

У пациентки имеет место

- F52.10 Сексуальное отвращение или аверсия
- F52.7 Повышенное половое влечение
- F52.6 Диспарейния неорганической природы
- F52.5 Вагинизм неорганической природы

У пациентки отмечается + + расстройство личности

- F60.7 зависимое
- F60.4 истерическое
- F60.6 тревожное
- F 60.1 шизоидное

В соответствии с критериями МКБ-10 мужчине следует поставить диагноз

- F60.7 зависимое
- F60.4 истерическое
- F60.6 тревожное
- F 60.1 шизоидное

Диагноз

Для психогенного расстройства полового влечения характерно

- отсутствие расстройства полового влечения до приема фармакотерапии и возникновение после ее начала
- изменение в головном мозге, подтвержденные данными лабораторно-инструментальных методов
- улучшение сексуальной функции, наблюдающееся в процессе редукции психопатологической симптоматики на фоне психофармакотерапии , психотерапии и разрешения конфликтной ситуации в паре
- возникновение сексуального расстройства на фоне проявлений органического заболевания

В паре имеет место + + форма семейно-сексуальной дисгармонии

- конституциональная
- коммуникативная
- полоролевая
- социокультурная

На первом этапе лечебно-реабилитационных мероприятий при гиполибидемии прибегают к

- гипнозу
- секс-терапии
- физиотерапии
- рациональной психотерапии

На втором этапе лечебно-реабилитационных мероприятий возможно назначение

- гипнотерапии
- психофармакотерапии
- психотерпии
- секс-терапии

На третьем этапе лечебно-реабилитационных мероприятий применяется

- семейная и супружеская психотерапия
- секс-терапия
- гипноз
- психофармакотерпия

Половая конституция у мужа относится к

- очень сильной
- ослабленной средней
- слабой
- сильной

Половая конституция у жены определяется как

- очень сильной
- ослабленной средней
- слабой
- сильной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Супруги О. состоят в браке 4 года, имеют ребенка. Мужу 31 год, инженер НИИ. Жене 30 лет, педагог. Он инициатор визита к специалисту.

Жалобы

Супруг жалуется на гипозрекцию и снижение влечения в течении последнего года. Спонтанные эрекции сохранены. Отмечает постоянное ожидание неудачи, понимает его нелепость и безуспешно пытается бороться с навязчивостью.

Супруга жалуется на неудовлетворенность половой жизнью, так как она испытывает сексуальное желание значительно чаще, чем супруг, примерно 2-3 раза в неделю.

Анамнез заболевания

Супруг: Платоническое либидо с 14 лет. Мастурбация с 16-18 лет, поллюции с 17 лет, были редкими (один раз в 1-2 месяца) и продолжались до брака. Половая жизнь с 21 года. Первый половой акт с женщиной старше на 5 лет был успешным. До брака имел три непродолжительные (3-4 мес.) половые связи, причем половые акты протекали нормально. Максимальный эксцесс 2 в 25 лет, в браке было по 2 эксцесса. Сексуальная активность была 2-3 раза в месяц, а последний год 1 раз в месяц. Супруга: Соматосексуальное развитие своевременное. Менструации с 12 лет, регулярные, длятся по три дня, умеренные, безболезненные. Психосексуальное развитие протекало нормально. Возраст появления эротического либидо 12 лет. Первый оргазм в 14 лет при мастурбации. Эротические сновидения с 17 лет. Половая жизнь с 18 лет. Диапазон приемлемости ласк широкий. Оргазм при половом акте в 90%. В настоящее время мастурбация 1-2 раза в неделю. Телосложение по женскому типу. Молочные железы развиты хорошо. Оволосение лобка по женскому типу. Трохантерный индекс 1,99.

Анамнез жизни

Супруг с детства был мнительным, застенчивым, неуверенным в себе. Всегда озабочен критикой в свой адрес, часто напряжен, Учился хорошо, но еще в школе испытывал трудности в общении с девочками. Трудности возникали при попытке заговорить с понравившейся девочкой (пациент краснел, смущался). Супруга по характеру активная, стеничная в достижении своих целей. Родилась в полной семье, где главную роль играла мать, очень властная женщина по характеру.

Объективный статус

Супруг. Психический статус: склонен к сомнениям, нерешителен, тревожно-мнителен, озабочен критикой в свой адрес, хочет всем нравиться.

Для исключения сопутствующей патологии у супруга необходимо прибегнуть к лабораторным методам обследования

- очень сильной
- ослабленной средней
- слабой
- сильной

Результаты лабораторным методов обследования

**Чтобы поставить диагноз и исключить сопутствующую патологию у супруга, необходимо провести обследование + _____ + ,
относящиеся к инструментальным методам**

- очень сильной
- ослабленной средней
- слабой
- сильной

Результаты инструментального метода обследования

У пациента имеет место + _____ + задержка психосексуального развития

- сочетанная
- соматогенная
- социогенная
- психогенная

В данном случае речь идет о + _____ + расстройстве личности

- F60.6 тревожном
- F 60.7 зависимом
- F60.1 шизоидном
- F60.4 истерическом

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует поставить диагноз

- F60.6 тревожном
- F 60.7 зависимом
- F60.1 шизоидном
- F60.4 истерическом

Диагноз

Для органического характера эректильной дисфункции характерно

- наличие эрекции при мастурбации
- сохранение спонтанных эрекций во сне и сразу после пробуждения
- возникновение эрекции при эротических ласках с ее последующим ослаблением при попытке интроитуса
- отсутствие эрекции при мастурбации

У пары имеет место + форма семейно-сексуальной дисгармонии

- социокультурная
- полоролевая
- конституциональная
- коммуникативная

Лечебно-реабилитационные мероприятия необходимо начинать с

- секс-терапии
- фармакотерапии
- психотерапии
- гипноза

На втором этапе лечебно-реабилитационных мероприятий для усиления сексуальной активности назначаются

- психотерпия
- гипноз
- общетонизирующие и стимулирующие средства
- секс-терапия

На третьем этапе лечебно-реабилитационных мероприятий применяется

- гипноз
- метод локальной декомпрессии
- секс-терапия
- психофармакотерпия

Половая конституция у мужа определяется как

- очень сильная
- сильная
- слабая

- средняя

Половая конституция у жены определяется как

- очень сильная
- сильная
- слабая
- средняя

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Андрей, 27 лет, образование средне-специальное, работает охранником. Женат 3 года.

Жалобы

При детальном и направленном расспросе отметил снижение полового влечения из-за периодических ссор с женой, из-за ее перегруженного рабочего графика и ее переутомления после работы (более полугода назад).

Анамнез заболевания

Эротическое либидо пробудилось в 11-12 лет («представлял обнажённое тело ровесницы, возникали приятные эмоции»). Поцелуи с одноклассниками в 12-13 лет. Пробуждение сексуального либидо с 13 лет (представлял половые акты со старшими девочками). Первое семяизвержение возникло при мастурбации в 13 лет. Половая жизнь с 18 лет, спонтанно, с алкоголем (вино), по собственной инициативе, с женщиной 26 лет. Эрекция, При общении с женщинами отметил, что если что-то не нравится во внешности, форма пальцев или еще что-то, то отпадает желание встречаться. Жена редко сама проявляет инициативу. Сейчас влечение из-за усталости снизилось. Жена недостаточно раскрепощена в сексе по его мнению.

Анамнез жизни

Беременность у матери протекала без особенностей. Родился в семье военнослужащих. Имеет младшего брата. В семье доминировал отец. Внешне и по характеру похож на отца. Мать мягкая и добрая по характеру. Со стороны отца присутствовали редкие физические наказания. В детстве переболел дизентерией, ветрянкой.

Объективный статус

Психический статус: На приёме — повышенно разговорчивый, склонный к детализации, беспокойный, тревожный, погружен в собственные переживания. Себя характеризует, как человека вспыльчивого, мнительного, глубоко

переживает неудачу, с повышенным комплексом вины, постоянно всё перепроверяет, опасается, что как-то принесёт обиду другому человеку, боится быть в чём-то разоблачённым, постоянно стремится исправлять свою ошибку или компенсировать проблему. Отмечает, что в голову постоянно лезут негативные мысли («всё плохо, что и как получится»), старается себя постоянно держать под контролем. Память на цифры нормальная, а на лица — плохая. Внимание не снижено. В течение последних 1,5 лет практически не высыпается из-за неудобного графика работы (работает в охране). В последние 2 недели снизился аппетит, нарушился сон, снизилось настроение. Три раза были случаи засыпания за рулём. Возникает внезапная психическая и физическая усталость. Краски окружающего мира яркие. Проблемы возникли после нескольких ссор с женой. Тревожность была всегда, но усилилась в последнее время. Сексологический статус. Вторичные половые признаки развиты нормально. Психосексуальная ориентация гетеросексуальная. Трохантерный индекс - 1,85. Оволосение лобка по мужскому типу с гипертрихозом на ногах Соматический статус: Нормального телосложения и питания. Кожные покровы чистые. Хронические и урологические заболевания отрицает.

Чтобы исключить сопутствующую патологию необходимо прибегнуть к лабораторным методам обследования

- очень сильная
- сильная
- слабая
- средняя

Результаты лабораторных методов обследования

Диагностика данного расстройства должна основываться, в первую очередь, на клинико-психопатологическом и + + методах

- клинико-сексологическом
- генетическом
- клинико-лабораторном
- нейрофизиологическом

У пациента отмечается акцентуация характера по _____ типу

- неустойчивому
- эпилептоидному
- истероидному
- астеноневротическому

В данном случае речь идет о

- F45.2 Ипохондрическом расстройстве
- F43.0 Острой реакции на стресс
- F45.3 Соматоформной вегетативной дисфункции
- F48.0 Неврастении

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует поставить диагноз

- F45.2 Ипохондрическом расстройстве
- F43.0 Острой реакции на стресс
- F45.3 Соматоформной вегетативной дисфункции
- F48.0 Неврастении

Диагноз

К первому этапу структурного анализа (оценке функционального состояния составляющих копулятивного цикла) не относится

- критерии оценки психической составляющей
- выявление различных форм межсиндромальных взаимодействий
- критерии оценки эрекционной составляющей
- критерии оценки нейрогуморальной составляющей

**У пациента жалобы относятся к синдромам + _____ +
составляющей структурного анализа**

- поражения эрекционной
- нарушений эякуляторной
- расстройств нейрогуморальной
- расстройств психической

Лечебно-реабилитационные мероприятия у данного больного необходимо начинать с

- психотерапии
- фармакотерапии
- секс-терапии
- гипнотерапии

На втором этапе лечебно-реабилитационных мероприятий необходима

- гипнотерапия
- психофармакотерапия
- психотерапия

- секс-терапия

Одним из важных этапов лечебно-реабилитационных мероприятий является

- парная психотерапия
- интракавернозные инъекции
- ЛОД терапия (локальное отрицательное давление)
- применение препаратов фосфодиэстеразы 5 типа

Половая конституция у пациента относится к

- ослабленной средней
- очень сильной
- слабой
- сильной

Для постановки окончательного диагноза, уточнения формы семейно-сексуальной дисгармонии и назначения лечения необходимо

- ослабленной средней
- очень сильной
- слабой
- сильной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Супруги обратились к сексологу вместе.

Жалобы

На регулярные измены мужа гомосексуального характера, ухудшение отношений, урежение половой жизни.

Анамнез заболевания

В браке 10 лет, до брака вместе жили 2 года. Муж рассказывает, что впервые ощутил влечение к мальчикам в возрасте 14 лет: хотел с ними драться, щипать, показывать своё превосходство. В том же возрасте нравились девочки, которых хотелось дергать за косы, показывать свои умения и превосходство.

Пользовался успехом у девочек, с мальчиками не получалось делать то, что хотел. Половая жизнь с 19 лет – оральная гомосексуальная акт. Остался недоволен, впоследствии играет только активную мужскую роль. Половая жизнь с девушкой – с 19 лет, партнёрша одна – жена, по утверждению мужа. Других женщин не было. Однако считает себя бисексуалом, т.к. «был бы не

против иметь женщин, но не хочется». Всего имел около 30 гомосексуальных партнёров. В супружестве частота половой жизни 1-3 раза в неделю, чаще без особого возбуждения, фантазируя на гомосексуальные сцены. К партнёрам относился биологически, ни с кем не сближался. Бесплоден, жене сделано ЭКО со спермой донора, есть ребёнок 9 месяцев. В период беременности нашел партнера, в которого неожиданно для себя влюбился. С этого момента влечение стало исключительно гомосексуальным. Впервые о своём влечении сказал жене 7 лет назад в плане «попробовал, не понравилось». Она переживала, но простила и сохранила семью. Затем была уверена, что это был единичный случай, и была шокирована заявлением мужа полгода назад о своей влюбленности в мужчину и желание жить с ним или с ним и с ней. + Оба желают сохранить семью и снизить гомосексуальное влечение, чтобы муж хотел бы женщин (или хотя бы жену), чтобы иметь возможность заниматься с ней сексом.

Анамнез жизни

Муж: Рос и развивался нормально, в школе успевал, закончил институт, работает на высокой должности в области финансов. Соматически здоров. В дошкольном возрасте не отмечает у себя никаких мыслей и тенденций. Примерно с 12-13 лет появилось желание быть сильнее и значимее сверстников, одерживать над ними верх. Всегда был готов к драке, мог провоцировать мальчиков на конфликт, но это не приносило удовлетворения. С 14 лет, не осознавая, стал вырабатывать в себе образ альфа-самца. Мастурбация с 14 лет, адаптивная, фантазии гетеросексуальные, а также с военным уклоном, насилием над мужчинами. В 19 лет «что-то щелкнуло» - и понял, что вместо драк можно получать удовольствие от секса с мужчинами. Практически без выбора встретился с гомосексуалистом и провёл ему орально-генитальный контакт. Был удовлетворен тем, что начал «новую жизнь», но быть подчиненным не понравилось. С тех пор – только мужская роль. На протяжении последних лет сношения с женой 1-2 раза в неделю, длительность 5-10 минут, почти без прелюдии, достигает возбуждения и оргазма исключительно на фоне фантазий на тему сношения с другими женщинами. Почему не использует гомо-фантазии, не объясняет. Последняя связь с мужчиной 17 лет в течение полугода. Влюблён в него – впервые в гомо-практике. На фоне влюблённости полностью исчезло влечение к женщинам вообще и к жене, в частности. Сохраняет семью только из чувства долга. Жена: росла, развивалась правильно, этапы психосексуального развития без особенностей. Половая жизнь с 14 лет в рамках страстной влюблённости в 16-летнего юношу. Были вместе в течение 6 лет, последние 2 года жили вместе (студенты в другом городе). Роман с будущим мужем был вялым, но постепенно оба стали близки друг другу и на этом фоне вступили в брак. Первые 2 года секс с частотой 5-6 раз в неделю, активный,

«фееричный». Затем стал реже, но всё так же активно. Не подозревала о гомо-влечении мужа, но считает, что, если бы он изменял с женщинами, то она переживала бы ничуть не меньше. В связи с бесплодием мужа, сделала ЭКО со спермой донора – удачно. В этой связи мужа жалела, хотя он переносил ситуацию спокойно. Сама чувствует себя несколько виноватой, т.к. «ребенок не от него». Урежение сношений и отдаление мужа переносит тяжело, но хочет сохранить семью, поскольку любит его и хочет, чтобы у ребенка был отец.

Объективный статус

МУЖ: на приеме держится свободно, о своих переживаниях и поступках говорит свободно, не обдумывая вопросы, не бравирует и не стесняется происходящего. Жалеет жену, но особо подчеркивает, что на фоне влюбленности в нынешнего партнёра её переживания ему не так важны, как могли бы быть в другое время. Полностью ориентировать в месте, времени, ситуации. С интересом, но без подробностей характеризует свою работу, которая даёт ему «и деньги, и власть, и драйв». О влечении к женщинам говорит малоэмоционально, о влечении к мужчинам –с позитивными интонациями. Дважды возвращался к теме о своих запросах и о возможностях «лечения»: иметь влечение к мужчинам и к женщинам, чтобы не обижать жену, но продолжать практиковать гомо-контакты. **ЖЕНА:** держится несколько скованно, настроение лабильное, говорит быстро, эмоционально. Сосредоточена, в основном, на своей обиде на измену и недоумении – чего в ней не хватает для активного секса в семье. Гомосексуальное влечение мужа не очень беспокоит, озабочена самим фактом внебрачных связей. Несколько депрессивна, во многих высказываниях холодна к мужу и к самой ситуации. Высказывает готовность «меняться, если это надо для сохранения семьи», но не представляет, что для этого надо.

Форму гомосексуализма у пациента можно квалифицировать как

- скрытый мужской гомосексуализм БДУ
- поздний мужской гомосексуализм БДУ
- нормоинвертированный мужской гомосексуализм
- приобретённый мужской гомосексуализм БДУ

К необходимым для постановки диагноза методам обследования относят

- электроэнцефалограмма мужа, гормональное исследование
- опрос родителей и знакомых мужа, оценка этапов психо-сексуального развития
- психоаналитический опрос, консультация уролога
- сексологический опрос, психологические тесты

Учитывая данные анамнеза и опроса, можно поставить диагноз

- электроэнцефалограмма мужа, гормональное исследование
- опрос родителей и знакомых мужа, оценка этапов психо-сексуального развития
- психоаналитический опрос, консультация уролога
- сексологический опрос, психологические тесты

Диагноз

Основным лечением в данном случае является

- супружеская терапия, супружеская секс-терапия, рациональная терапия мужа
- транквилизаторы в сочетании с косвенной психотерапией
- психотропные препараты в сочетании с семейной терапией
- антидепрессанты на фоне психотерапии с участием жены

Формирование гомосексуального влечения у мужа произошло на этапе

+ _____ **+ психо-сексуального развития**

- формирования морфологического пола (внутриутробный)
- формирования половых ролей (11-13 лет)
- формирования стереотипа психосексуального поведения
- становления полового самосознания (3-5 лет)

Причиной перехода от бисексуальности к гомосексуальности в данном случае служит

- аффективное отношение к существующему гомосексуальному партнёру
- закономерный процесс выбора ориентации
- дискомфорт в общении с женой
- прогрессирование динамики изменения направленности влечения

Роль жены в происходящем процессе сводится к тому, что

- поведение жены слишком пассивно, провоцирует измены мужа, без негативной оценки, в то же время не принимая его особенности сексуальности
- поведение жены слишком активно, провоцирует измены мужа, стимулируя его постоянный повышенный интерес к происходящему и к имеющемуся гомосексуальному партнёру
- поведение жены не играет роли в данной ситуации

- жена ведёт себя пассивно, готова простить измены ради сохранения семьи, создавая у мужа уверенность в поддержке

Гипнотерапия в данном случае

- может быть эффективной в сочетании с аутотренингом
- менее эффективна, чем аутотренинг
- бесполезна для целей изменения направленности полового влечения, так же, как и другие техники психотерапии
- может быть эффективной в случае длительного курса (не менее 25-30 сеансов в течение 6 месяцев)

Супружеская психотерапия назначается с целью

- демонстрации преимуществ гетеросексуальных контактов над гомосексуальными
- препятствования гомосексуальным контактам на фоне постоянного контроля поведения
- пробуждения гетеросексуального удовольствия с коррекцией поведения жены
- размыкания границ абсолютного гомосексуального влечения с преобладанием гетеросексуального влечения

В данной ситуации изменение направленности полового влечения у жены

- может произойти под влиянием постоянного стресса
- не показано, поскольку лесбиянка не привлекает мужчину-гомосексуалиста
- невозможно
- непредсказуемо, зависит от длительности существующей ситуации

Вероятность гомосексуального влечения у ребенка в данной семье (мальчик) может расцениваться как

- не отличающаяся от таковой в популяции при сохранении нынешних отношений
- высокая вследствие риска вовлечения в гомосексуальную связь с отцом
- повышенная вследствие наличия гомосексуализма у одного из родителей
- повышенная вследствие влияния отца на воспитание ребенка

Факторами, влияющими на возможность сохранения семьи в данном случае являются

- не отличающаяся от таковой в популяции при сохранении нынешних отношений

- высокая вследствие риска вовлечения в гомосексуальную связь с отцом
- повышенная вследствие наличия гомосексуализма у одного из родителей
- повышенная вследствие влияния отца на воспитания ребенка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 27 лет самостоятельно явился на приём сексолога.

Жалобы

На сильное половое влечение к матери своей невесты, невозможность продолжать знакомство с ней.

Анамнез заболевания

Собирается жениться, с девушкой знаком около года. Половая жизнь в течение 2 месяцев, было 6 интимных встреч. Сексом оба довольны. Познакомился с её родителями месяц назад, встречался с матерью девушки 5 раз, приходя в гости. С первого раза мать обняла его, как будущего жениха. При этом он ощутил очень сильное возбуждение как от телесного контакта, так и некое «внутреннее единение». С будущей тёщей не флиртовал, но постоянно помнит о ней, ощущает внутреннее смятение от приближающейся новой встречи. Половая жизнь с невестой продолжается, во время сношения вспоминает о матери и возбуждение становится еще сильнее, что приводит к ускоренному семяизвержению (до 1 минуты). При этом вне интимной обстановки испытывает дискомфорт от влечения к будущей тёще и напряжение от того, что жить молодые будут в квартире тёщи. Считает, что тёща ничего не замечает, но при встречах всегда обнимается с ним «по-родственному». + Платоническое либидо с 13 лет, эротическое с 15 лет, мастурбация с 15 лет (адаптивная), не чаще 2 раз в неделю. Фантазии при мастурбации адекватные. Ухаживания за девушками с 16 лет, чаще по их инициативе, хотя считает, что они проявляют к нему интерес, поскольку он их к этому стимулирует. + Половая жизнь с 19 лет, было 4 партнёрши, все связи продолжались не более полугода, т.к. с обеих сторон не было особых чувств. Сексуальный эксцесс – 3 в течение суток. + Сексологический анамнез: впервые влюбился в 16 лет, первая эякуляция в 15 лет (поллюция), трохантерный индекс 1.89, оволосение лобка с тенденцией к горизонтали, эксцесс 3.

Анамнез жизни

Рос в неполной семье, мать по характеру уступчивая, в сыне видит хозяина дома. С детства был упрямый, вступал в соревнование с теми, кто, как ему казалось, были более сильными в каком-то деле. Телосложение астеническое, по поводу чего занимается бодибилдингом, принимает протеины. С работой

справляется, хочет расти по карьерной лестнице, хотя пока не слишком успевает. Соматически здоров, жалоб не предъявляет. Профессиональные вредности отрицает, вредные привычки (алкоголь, курение, наркотики) отрицает. Психопатологический семейный анамнез без особенностей.

Объективный статус

На приёме адекватен, несколько астенизирован. В месте и времени ориентирован. Контакт доступен в полном объеме. Фон настроения умеренно снижен, фиксирован на своих интимных переживаниях. В беседе держится несколько скованно, некоторых вопросов стесняется, но не избегает ответов. Настроен на получение помощи. + Одет опрятно, по моде без излишеств, достаточно ухожен. Мимика несколько сдержана, адекватна. Речь грамотная. + Психопатологические симптомы не выявляются. Речь несколько замедленная, логика в ответах сохранная. Фиксирован на ситуации, напуган направленностью своих сексуальных интересов. В беседе адекватен, на несексуальные темы говорит свободно, выражая заинтересованность работой, хобби (бодибилдинг), интернет-знакомствами и др. Психической патологии не выявлено. + На прямой вопрос, кого выбрал бы, если бы женщина не была матерью невесты и будущей тещей, долго молчит, затем отвечает уклончиво, но с выбором матери.

Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются

- гормональные анализы крови
- сексологический, психологический
- урологический, психоаналитический
- электроэнцефалограмма, обследование невролога

Для понимания ситуации важны данные анамнеза о

- необходимости жить в квартире тещи
- позднем возрасте вступления в брак
- воспитании в неполной семье, слабой половой конституции
- малом стаже знакомства

Учитывая жалобы, пациенту можно поставить диагноз

- необходимости жить в квартире тещи
- позднем возрасте вступления в брак
- воспитании в неполной семье, слабой половой конституции
- малом стаже знакомства

Диагноз

Оптимальной тактикой в данном случае является

- дискриминация сексуального образа будущей тёщи и рациональная психотерапия гармоничной жизни в браке
- прекращение отношений с обеими женщинами
- пробуждение негативного отношения к будущей тёще, проживание отдельно от неё
- опираться на свободный выбор будущей партнёрши со стороны пациента

В данном случае показаны следующие терапевтические мероприятия

- антидепрессанты в сочетании с транквилизаторами
- психоаналитические сессии
- психотерапевтическое воздействие
- откровенный разговор с будущей тёщей, в рамках которого устанавливаются границы взаимоотношений и будущего поведения обеих сторон, которые заранее обсуждались с сексологом и которые подаются в соответствии с заранее намеченной тактикой беседы

Половая конституция пациента в данном случае характеризуется как

- средняя
- слабая
- сильная
- ослабленный вариант сильной

У пациента имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- компульсивность
- тревожность
- бредообразование
- нарушения сознания

Данное состояние относится к следующему типу невротических расстройств

- компульсивному
- обсессивно-фобическому
- истерическому
- неврастеническому

Психосексуальное развитие пациента можно отнести к

- ускоренному
- нормальному
- ретардационному

- преждевременному

Партнёрская секс-терапия в данном случае не показана, потому что

- не может проводиться с участием незарегистрированных партнёров
- требует информированного участия обоих партнёров, но в данном случае информирование невесты о ситуации не будет позитивным
- может разрушить доверительные отношения между матерью и дочерью
- должна включать в себя также контакты с будущей тещей

Основной метод терапии ускоренного семяизвержения в данном случае

- рациональная психотерапия
- использование препаратов типа Дапоксетина
- техника стоп-старт
- крем-пролонгатор с анестетиками

Оптимальны для предотвращения дальнейшего сближения с тещей следующие формы общения

- рациональная психотерапия
- использование препаратов типа Дапоксетина
- техника стоп-старт
- крем-пролонгатор с анестетиками

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 19 лет, самостоятельно пришел на прием сексолога.

Жалобы

На исчезновение эрекции во время ласк при интимном контакте, невозможность совершения полового акта, ощущение жара и дурноты во время сексуального контакта, постоянные мысли о неизбежности повторения неудачи.

Анамнез заболевания

Полгода назад познакомился с девушкой, с которой был готов вступить в интимные отношения (до этого был девственником). На второй день знакомства с девушкой пригласил ее к себе в гости после посещения ночного клуба. Она отказалась, но, когда он довез ее до дома, сама предложила секс в машине, к чему он не был готов. Сосредоточился на мысли, сказать ли ей о своей девственности, возбуждение исчезло, но он все-таки сказал, после чего девушка вновь отказала ему в близости: «иначе ты влюбишься в меня». Затем

она ушла, а юноша некоторое время сидел в машине, т.к. был тремор рук, сильная потливость, тахикардия. В течение часа не мог справиться с этими проявлениями. Через 2 дня, также ночью катался с этой девушкой на машине, девушка провоцировала его к сношению на капоте машины (при температуре – 15 градусов), затем в лифте – на фоне полной психологической неготовности юноши. Затем девушка согласилась поехать к нему домой, и, уже снимая белье, сообщила, что у нее месячные и будут кровянистые выделения при сношении. Это вызвало страх, снова испытывал небольшую дурноту, тахикардию, усиленное потоотделение. Возбуждения не было, эрекция полностью отсутствовала, стимуляция со стороны девушки была безрезультатной. Девушка уехала сразу, как только выяснилось, что секса не будет. На следующий день посетил уролога, который не нашел никакой патологии. Это его несколько успокоило, но ощущение катастрофы происшедшего не исчезло. Обратился к сексологу через 2 недели после описанных событий. Выделяет два отрицательных момента неудачи: 1. упал в глазах девушки. 2. ее подруги «как-то не так на меня смотрят» - считает, что она им все рассказала, и теперь они смеются над ним. В связи с этим ему необходимо восстановить потенцию, чтобы остаться с девушкой, к которой стал ощущать нежные чувства, и восстановиться в глазах подруг. Больной оценивает свое состояние как следствие страха, которые охватывал его несколько раз за встречу: при отказе девушки в близости, при ее настрое на секс в машине, при колебаниях по поводу девственности. То же перечисляет и по поводу второй встречи: страх перед настроем девушки на экстремальный секс, а затем перед сексом во время менструации. Не может определиться со своим отношением к девушке: то хочет продолжать с ней встречаться, то намечает лишь восстановиться в ее глазах, а затем переключиться на других. Говорит, что здоров, а потому у него все должно получиться, во время повторного посещения упомянул о происшедшем с долей иронии. В то же время интересуется препаратами, гарантированно вызывающими эрекцию. Отмечает, что мысли о сношении приходят в голову неконтролируемо, самопроизвольно, носят отрицательный оттенок, отвлекают от работы и личных дел. Пытается уговаривать себя, что все в порядке, но, веря в это, раз за разом возвращается к отрицанию возможности удачных сексуальных отношений.

Анамнез жизни

Рос в неполной семье, мать по характеру уступчивая, в сыне видит хозяина дома. С детства был упрямый, вступал в соревнование с теми, кто, как ему казалось, были более сильными в каком-то деле. Телосложение астеническое, по поводу чего занимается бодибилдингом, принимает протеины. С работой справляется, хочет расти по карьерной лестнице, хотя пока не видит для этого основы. + Платоническое либидо с 13 лет, эротическое с 15 лет, мастурбация с

15 лет (адаптивная). Фантазии при мастурбации адекватные. Ухаживания за девушками с 16 лет, чаще по их инициативе, хотя считает, что они проявляют к нему интерес, поскольку он их к этому стимулирует. + Половой жизнью не жил, первая попытка полгода назад. + Соматически здоров, жалоб не предъявляет. Профессиональные вредности отрицает, вредные привычки (алкоголь, курение, наркотики) отрицает. Психопатологический семейный анамнез без особенностей. + Сексологический анамнез: впервые влюбился в 16 лет, первая эякуляция в 15 лет (поллюция), трохантерный индекс 1.89, оволосение лобка с тенденцией к горизонтали, эксцесс (мастурбаторный) - 2.

Объективный статус

В месте и времени ориентирован. Контакт доступен в полном объеме. Фон настроения умеренно снижен, фиксирован на своих интимных переживаниях. + В беседе держится несколько скованно, некоторых вопросов стесняется, но не избегает ответов. Настроен на получение помощи. + Одет опрятно, по моде без излишеств, достаточно ухожен. Мимика несколько сдержана, адекватна. Речь грамотная, заметно, что многие ответы отрепетированы. + Психопатологические симптомы не выявляются. Речь несколько замедленная, логика в ответах сохраняемая. Фиксирован на ситуации, постоянно возвращается к перечислению жалоб и уточнению подробностей происшедшего. В беседе адекватен, на несексуальные темы говорит свободно, выражая заинтересованность работой, хобби (бодибилдинг), интернет-знакомствами и др. Психической патологии не выявлено. + Настроение снижено, при расспросах нередко лицо становится маскообразным. + О себе высказывается с заниженной самооценкой в сексуальном плане, считает, что в будущем состояние не изменится, и ему стоит прекратить общаться с девушкой, чтобы не «мучить её» и не переживать стыд за свою неумелость. Причины происшедшего не понимает, предполагает, что «просто родился таким никчемным». Отмечаются признаки навязчивости в воспоминаниях о неудаче и в видах на будущее. + Психологически высказывания опираются на неуверенность в себе, непонимание механизмов развития соответствующих реакций, неумение выделить основные факторы воздействия и развития стрессовых процессов. + При рассказе о происшедшем волнуется, на лбу испарина, взгляд блуждающий. При нейтральных вопросах успокаивается, реагирует живо. + Со слов: сон нарушен (трудности засыпания, неглубокий сон, отсутствие чувства отдыха с утра). Appetit сохранён. Вес не стабилен. Мастурбирует с 15 лет; в последние полгода 2-3 раза в неделю, вне зависимости от происшедшего. Мастурбация адаптивная. + Отмечает, что настроение стало хуже, постоянно возвращаются мысли о происшедшей неудаче, не видит возможности улучшения состояния в будущем, не понимает, как это могло случиться именно с ним и что делать в такой ситуации.

Половая конституция пациента характеризуется как

- ослабленный вариант сильной
- сильная
- слабая
- средняя

К необходимым для постановки диагноза параклиническим методам обследования относят

- ослабленный вариант сильной
- сильная
- слабая
- средняя

Результаты обследования

Учитывая данные анамнеза и инструментальных методов обследования, больному можно поставить диагноз

- ослабленный вариант сильной
- сильная
- слабая
- средняя

Диагноз

Согласно МКБ-10 диагноз пациента

- F.40.2; F52.2
- F60.6
- F52.10
- F43.2

Симптомокомплекс, патогномоничный для выставленного диагноза, заключается в

- невозможности контроля за состоянием собственной эрекции
- отсутствии положительного сдвига на протяжении нескольких попыток сношения
- сочетании неэффективной тактики близости и ухудшении/отсутствии эрекции при приближении ситуации сношения

- сочетании приступа тревожности с вегетативными проявлениями перед приближающимся сношением с навязчивыми мыслями о грядущей неудаче вне сексуальной ситуации

Терапия диагностированного состояния включает в себя

- антидепрессанты
- препараты тестостерона: Андриол 60 мг/сут. в течение 3 недель с переходом на поддерживающую дозировку 30 мг/сут 6 недель
- блокаторы фосфодиэстеразы 5 типа в дозировках 50-100 мг за час до близости
- алпрозолам 250-500 мкг 3 раза/сут. (до 4.5 мг/сут.), пропранолон 40 мг/сут

Наряду с психотропными препаратами в терапии используется

- физиотерапевтическое лечение
- психотерапия поведенческая
- циркумцизио
- иглорефлексотерапия

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- конверсионные
- нарушения сознания
- бредообразование
- навязчивости и тревожности

Лечение данного больного следует проводить

- в условиях дневного стационара
- в санаторно-курортном учреждении
- амбулаторно
- в условиях стационара

Данное заболевание относится к следующему типу невротических расстройств

- обсессивно-компульсивному
- неврастеническому
- истерическому
- обсессивно-фобическому

Психосексуальное развитие пациента можно отнести к

- нормальному

- ретардированному
- дисгармоничному
- раннему

На втором этапе лечения пациенту назначают следующую терапию

- нормальному
- ретардированному
- дисгармоничному
- раннему

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 23 лет явился на приём к сексологу.

Жалобы

На отсутствие половой жизни в течение 3 лет, страх, возникающий при попытке полового акта, дурнотное состояние, позывы на мочеиспускание, усиленное потоотделение.

Анамнез заболевания

Платоническое либидо с 12 лет, эротические с 15 лет, сексуальное с 16 лет. Мастурбация с 15 лет, адаптивная, частота 2-5 раз в неделю. Эротические контакты с девушками с 16 лет, всегда по их инициативе. Считает, что девушек привлекает его внешность, но при более длительном общении они разочаровываются в его характере, поэтому отношения прерываются. Первая попытка сексуального контакта в 16 лет, по инициативе девушки. на втором свидании. В квартире девушки она предложила близость, он не отказался, но был насторожен её активностью, риском, что кто-то придёт, а также возможной беременностью у девушки. появилась мысль, что придётся жениться, и будет семья, как у его родителей. Испытывал небольшую дурноту, тахикардию, усиленное потоотделение. Полового возбуждения не было, эрекция отсутствовала, стимуляция со стороны девушки была неэффективной. Девушка пыталась сгладить ситуацию, но тревога осталась и была на протяжении всего вечера после свидания. Неудачу расценил как следствие неумения, отсутствия опыта, возможно – некоего физического расстройства. По этому поводу посетил уролога, получил уверенность, что физических проблем нет. Повторные попытки только через 2.5 года (находился на службе в Армии). Через полгода после демобилизации был контакт с бывшей одноклассницей. Возбуждение было сильным, желание выражено, эрекция адекватная. Однако перед имиссией отвлёкся на шум за стеной, возбуждение резко упало, эрекция

исчезла, появилась дурнота и страх, что опять не получится. Прервал свидание, несмотря на участие со стороны партнёрши. Дома пришёл к выводу, что «не долечился». Посетил сексолога с требованием всё восстановить, потому что решил жениться. Состояние связывает с неопределенностью ситуации, значимостью партнёрши, неясностью будущих отношений. В то же время считает, что полностью здоров, и проблемы временны. При расспросе выясняется, что воспоминания о неудаче не контролируются, и произвольно всплывают только в ситуациях, в которых есть «риск» совершения сношения, носят негативный характер. СФМ: $4-1-2 \setminus 0-3-0 \setminus 3-0-1 \setminus 0 = 7 \setminus 3 \setminus 4 \setminus 0 = 14$ Обращает на себя внимание резкое снижение второго показателя первой триады (настроение перед сношением); низкие показатели второй и третьей триад отражают дебютантный характер заболевания.

Анамнез жизни

Рос в полной семье. Отношения между родителями холодные, напряженные. Мать властная, взрывчатая, отец робкий, уступчивый. Слышал скандалы между родителями по поводу сексуальной слабости отца. С детства рос робким, во всём подчинялся матери, которая хотела сделать из него «настоящего мужчину». Телосложение астеническое, рефлексy ослаблены. Служба в Армии в срок, затем закончил курсы менеджмента, работал в разных фирмах. Карьерный рост минимальный – считает, что это из-за того, что не умеет отстаивать свои интересы. В настоящее время работа, в основном, связана с поисками в Интернете возможных клиентов, с которыми затем работают другие сотрудники. Быстро устаёт, концентрация внимания недлительная. Внешне привлекательный, ухоженный, носит модные усыки. Соматически здоров.

Объективный статус

Сознание ясное. Пациент ориентирован полностью в месте, времени, собственной личности. Обманы восприятия отрицает, поведением не обнаруживает. Бредовых идей не высказывает. Астенизирован. Быстро истощается в процессе беседы. На вопросы отвечает с паузами, по существу. Настроение снижено. Переживает по поводу снижения потенции, проблем в интимной жизни. Несколько ипохондричен. Обстоятелен. Склонен к детализации. Интеллект без патологии. К происходящему критичен.

Половая конституция пациента

- ослабленный вариант средней
- средняя
- сильная
- слабая

К необходимым для постановки диагноза параклиническим методам обследования относят

- ослабленный вариант средней
- средняя
- сильная
- слабая

Результаты обследования

Учитывая данные анамнеза и параклинических методов обследования, больному можно поставить диагноз

- ослабленный вариант средней
- средняя
- сильная
- слабая

Диагноз

В соответствии с МКБ-10, может быть выставлен диагноз

- F52.10
- F43.2
- F60.6
- F.40.2; F52.2

Симптомокомплекс, патогномоничный для выставленного диагноза, заключается в

- невозможности контроля за состоянием собственной эрекции
- отсутствии положительного сдвига на протяжении нескольких попыток сношения
- приступах тревожности с вегетативными проявлениями перед приближающимся сношением, но отсутствием мыслей о грядущей неудаче вне сексуальной ситуации
- сочетании неэффективной тактики близости и ухудшении/отсутствии эрекции при приближении ситуации сношения

Терапия диагностированного состояния включает в себя в первую очередь

- блокаторы фосфодиэстеразы 5 типа
- антидепрессанты
- психотерапию поведенческую

- препараты тестостерона

Терапия диагностированного состояния включает в себя также

- физиотерапевтическое лечение
- алпрозалам 250-500 мкг 3 раза/сут. (до 4.5 мг/сут.), пропранолон 40 мг/сут
- циркумцизио
- антидепрессанты. Пароксетин 20 мг/сут. 4-6 недель

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- навязчивости и тревожности
- бредообразование
- нарушения сознания
- конверсионные проявления

Лечение данного больного следует проводить

- в условиях стационара
- амбулаторно
- в условиях дневного стационара
- в санаторно-курортном учреждении

Данное заболевание относится к следующему типу невротических расстройств

- обсессивно-компульсивному
- обсессивно-фобическому
- неврастеническому
- истерическому

Психосексуальное развитие пациента можно отнести к

- нормальному
- дисгармоничному
- раннему
- ретардированному

На втором этапе лечения пациенту назначают следующую терапию

- нормальному
- дисгармоничному
- раннему
- ретардированному

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 65 лет самостоятельно явился на приём к сексологу.

Жалобы

На снижение влечения и потенции в последние 5 лет, невозможность совершения повторных актов с семяизвержением в течение одной встречи, снижение остроты оргазма.

Анамнез заболевания

Считает себя больным на протяжении последних 5-7 лет, когда отметил, что сношения стали реже, не стало потребности в повторных эякуляциях, интимная область жизни привлекает гораздо меньше, чем раньше. + Платоническое либидо с 12 лет, эротические с 15 лет, сексуальное с 16 лет. Мастурбация с 15 лет, адаптивная, частота 2-5 раз в неделю. Эротические контакты с девушками с 16 лет. Считает, что всегда был готов к сношению, даже если женщина не нравилась. + В I браке с 21 до 29 лет, во II браке с 37 до 41 года, в III браке с 45 до 48 лет. Все браки заканчивались по его желанию – жены не были достаточно заботливы и сексуальны. + В промежутках между браками, а также в браках имел постоянных любовниц, как правило, 2-4 одновременно, мог проводить у них несколько дней. Сношения имел ежедневно или несколько партнёрш за день. + Привлекал молодых сотрудниц, знакомился на танцах и в театре, на улице, в турпоездках и т.д. Считает, что имел не менее 650 женщин за всю жизнь. Никогда не предохранялся, но никто из партнёрш не беременел. + Семяизвержение контролировал, мог задерживать эякуляцию до часа, вызывая у партнёрши многократные оргазмы. + До 60 лет не контролировал свою половую жизнь, но 5 лет назад понял, что стало не так сильно и часто и начал наблюдать за собой. Выявил, что секс стал реже и не приносит прежнего удовольствия. Обратился к сексологу для срочного и полноценного подъема потенции до уровня хотя бы 35 лет. + Предварительно эпизодически принимал Виагру, Сиалис, Красный корень, китайские таблетки для потенции – безрезультатно. Оценка по Шкале половой конституции мужчины: + I-2, II-4, III-3, IV-3, V-6 (???); VI и VII векторы не оценивались. + СФМ: $2-2-2 \setminus 3-2-0.5 \setminus 2-3-2 \setminus 1 = 6 \setminus 5.5 \setminus 7 \setminus 1 = 19.5$

Анамнез жизни

Роды в срок, без особенностей. Раннее развитие без особенностей. Учеба в школе – справлялся без труда. Закончил институт машиностроения с хорошими оценками. Служба в СА офицером 1 год. Работал в НИИ машиностроения, карьерный рост умеренный. Начинал работать с должности старшего

лаборанта, вышел на пенсию в 60 лет с должности завсектором. С работой справлялся без затруднений. Соматически: гипертоническая болезнь I-II ст., компенсирована, подагра, варикозное расширение вен нижних конечностей, хр. гастрит. По всем заболеваниям получает умеренную терапию. К сексологу и психиатру никогда не обращался.

Объективный статус

Сознание ясное. В месте, времени, собственной личности ориентирован полностью. Бредовых идей не высказывает. Астенизирован, быстро истощается в процессе беседы. На вопросы отвечает быстро, с лёгкой улыбкой, не всегда по существу. Настроение нестабильное, может загрустить при некоторых воспоминаниях, но тут же опять начать улыбаться. Переживает по поводу снижения потенции, проблем в интимной жизни. Ситуацию оценивает только с точки зрения своей потенции, общие и социальные вопросы своей жизни не обсуждает, сразу вновь обращается к интимной сфере. Обстоятелен, но поверхностен в заключениях. Склонен к детализации воспоминаний – рассказывает с наслаждением. Интеллект без патологии. К происходящему неполностью критичен. + В ответ на вопросы по уточнению данных Шкалы половой конституции, не совпадающих с рассказом, отвечает легко, пренебрежительно: а я-то не знал, вот и жил так, как хотел...

Половая конституция пациента

- средняя
- слабая
- сильная
- ослабленный вариант сильной

К необходимым для постановки диагноза параклиническим методам обследования относят

- средняя
- слабая
- сильная
- ослабленный вариант сильной

Результаты обследования

Учитывая данные анамнеза и инструментальных методов обследования, больному можно поставить диагноз

- средняя
- слабая
- сильная

- ослабленный вариант сильной

Диагноз

Диагноз пациента в соответствии с МКБ-10

- F 52.0, F52.2
- F43.2
- F60.6
- F52.10

Симптомокомплекс, патогномоничный для выставленного диагноза, заключается в

- сочетании декларируемых пациентом возможностей интимной жизни в прошлом с показателями объективных исследований, не подтверждающих его заявления
- сочетании неэффективной тактики близости и ухудшении/отсутствии эрекции при приближении ситуации сношения
- отсутствии положительного сдвига на протяжении нескольких попыток сношения
- невозможности контроля за состоянием собственной эрекции

Терапия диагностированного состояния в первую очередь включает в себя

- транквилизаторы
- психофармакотерапию
- препараты тестостерона
- блокаторы фосфодиэстеразы 5 типа

Терапия диагностированного состояния включает в себя также

- циркумцизио
- нейролептики
- психотерапию рационально-релаксационную
- физиотерапевтическое лечение

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- навязчивости
- бредообразование
- нарушения сознания
- конверсионные симптомы

Лечение данного больного следует проводить

- в условиях дневного стационара
- в условиях стационара
- амбулаторно
- в санаторно-курортном учреждении

Данное заболевание относится к следующему типу невротических расстройств

- истерическому
- обсессивно-фобическому
- обсессивно-компульсивному
- неврастеническому

Психосексуальное развитие пациента можно отнести к

- раннему
- ретардированному
- нормальному
- дисгармоничному

На втором этапе лечения пациенту необходимо назначить

- раннему
- ретардированному
- нормальному
- дисгармоничному

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ирина К. 36 лет обратилась за помощью к психиатру консультативно-диагностического отделения одна добровольно.

Жалобы

На ощущение воздействия «микротоками», тревогу, бессонницу.

Анамнез заболевания

Психическое состояние изменилось 5 дней назад после прослушивания нейромусики на Яндекс – «начали вибрировать телефон и кровать», появились «покалывания» в теле. Считает, что таким образом ей «помогают справиться со стрессом». На фоне конфликта на работе 6 месяцев назад нарушался сон, казалось, что ей добавили в еду наркотическое вещество. Год назад «все перемешалось в голове», появилось ощущение, что «мир менялся». Ходила на улице без обуви. Обращалась к священнику в церкви, чтобы «снять порчу».

Состоит на учете в ПНД. Принимала рисперидон, хлорпротиксен, амитриптилин, эсциталопрам. Прекратила прием препаратов 6 месяцев назад из-за прибавки массы тела, нарушения менструального цикла.

Анамнез жизни

Наследственность отягощена. Отец страдает алкоголизмом, был судим за убийство. Родилась в срок с врожденной косолапостью. Развивалась с опережением. Посещала ясли непродолжительное время – отказывалась оставаться, плакала. Много времени проводила с бабушкой и дедушкой. С детьми общалась неохотно. Родители разведены. С 12 лет воспитывалась отчимом. В школу пошла с 6 лет. Учеба давалась легко. Было много пропусков занятий в школе по болезни. Отношения со сверстниками не складывались. Одноклассники оскорбляли из-за избыточного веса. Конфликты нередко заканчивались драками. После 9 класса поступила в колледж, получила специальность парикмахера. Училась в строительном университете, была отчислена с 3 курса. Работала администратором, продавцом, менеджером. Последние 3 года часто меняет места работы. Не работает около 4 месяцев. Замужем с 26 лет. Развелась в 2019 г. Имеет сына. В анамнезе ларингит, тонзиллит, пневмония. Аллергия на цитрусовые. Перенесла травму головы в детстве, медицинскую помощь не получала. Оперирована по поводу косолапости в раннем возрасте. Менструации с 13 лет, нерегулярные. Беременностей – 3, роды – 1, аборт – 2. Рост – 170 см, вес – 77 кг. Снизила вес на 3 кг за 6 месяцев. Алкоголем не злоупотребляет. Проживает с сыном. Посещает ночные клубы. Знакомится с мужчинами на сайтах знакомств.

Объективный статус

Психический статус: Сознание ясное. Ориентирована верно в месте, времени, собственной личности. Возбуждена. Говорит громко. Считает, что на нее воздействуют «токами», чтобы «помочь справиться со стрессом». Часто теряет нить разговора, переключается на другие темы. Многословна. Мышление нечеткое. Эмоционально неадекватна. К состоянию не критична.

У пациентки можно предположить диагноз

- раннему
- ретардированному
- нормальному
- дисгармоничному

Диагноз

Ведущим синдромом в клинической картине является

- Котара
- Капгра
- Ганзера
- Кандинского-Клерамбо

**Клиническая картина в данном случае определяется + _____ +
автоматизмами**

- сенсорными
- идеаторными
- ассоциативными
- двигательными

Для оценки пациентов с шизофренией используется шкала

- Янга
- _PANSS_
- Гамильтона
- Кови

Базовым препаратом для лечения шизофрении является

- транквилизатор
- антипсихотический препарат
- стабилизатор настроения
- антидепрессант

**Препаратами первого ряда выбора в данном случае являются нейролептики с
преимущественным + _____ + действием**

- седативным
- инцизивным
- дезингибирующим
- антигаллюцинаторным

К атипичным нейролептикам не относится

- оланзапин
- сульпирид
- рисперидон
- кветиапин

Продолжительность этапа купирующей терапии при шизофрении составляет

- 1-3 месяца

- 3-6 месяцев
- 4-8 недель
- 2-4 недели

Основанием для госпитализации в психиатрический стационар пациента с шизофренией является + _____ + симптоматика

- психопатоподобная
- психотическая
- негативная
- невротоподобная

Распространенность шизофрении по данным эпидемиологических исследований составляет + _____ + %

- 0,8-1,0
- 1,0-2,5
- 2,0-3,0
- 0,3-0,5

Предполагается, что негативная симптоматика при шизофрении обусловлена в первую очередь нарушением обмена

- серотонина
- ГАМК
- дофамина
- ацетилхолина

Основанием для установления за пациентом психиатрического диспансерного наблюдения является

- серотонина
- ГАМК
- дофамина
- ацетилхолина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Дмитрий П., 17 лет обратился за помощью к психиатру в консультативно-диагностическое отделение добровольно в сопровождении деда.

Жалобы

Предъявляет жалобы на зрительные обманы восприятия – «шары», «мозаику», ощущение замедления времени, тревогу, трудности засыпания, ранние пробуждения, сонливость днем, мастурбацию до нескольких раз в день, раздражительность, «дискомфорт в голове». Со слов деда, может часами «разглагольствовать».

Анамнез заболевания

Под наблюдением психиатра с 4-х лет. В детстве играл однообразно, часами делал одни и те же действия: целый день мог складывать и раскладывать газету. Стереотипно раскачивался из стороны в сторону. Был гиперактивным ребенком. Бурно выражал недовольство, когда нарушался порядок окружающих его вещей. Страдал энурезом. Посещал коррекционный детский сад. С другими детьми не играл, всегда был один. В возрасте 14 лет снизилось настроение, отмечались суицидальные мысли, мышечная скованность, заторможенность. Со слов деда, «одно время хотел стать девочкой», выявлялись «голоса», которые «приказывали», «заставляли что-то делать». Неоднократно госпитализировался в ПБ, последняя выписка 7 лет назад. Инвалид по психическому заболеванию с детства. Получал оланзапин, галоперидол, рисперидон, амисульприд, кветиапин, людимиол, карбамазепин, венлафаксин. Периодически принимает феназепам.

Анамнез жизни

Наследственность отягощена. Мать состоит на учете у психиатра с диагнозом шизофрении, имеет группу инвалидности. Отец злоупотребляет алкоголем. У двоюродного брата по линии матери – аутизм. Мать родила пациента вне брака. Проживает с матерью и дедом. В анамнезе простудные заболевания, травма головы в возрасте 6 лет. Операции, аллергические реакции отрицает.

Объективный статус

Психический статус: Сознание ясное. Ориентирован верно. Обманы восприятия на момент осмотра отрицает, поведением не обнаруживает. Выглядит младше своего возраста. Суждения поверхностные. Речь монологом. Обстоятелен. Склонен к резонерству. Эмоционально неадекватен. Экзальтирован. Запас знаний соответствует возрасту, полученному образованию. Речь правильная. Критика к состоянию неполная.

Выраженность позитивных и негативных симптомов при шизофрении оценивается шкалой

- _BDI_
- _ESRS_
- _UKU_

- PANSS

Для выявления нарушений мышления у пациентов при экспериментально-психологическом исследовании используется методика

- малая предметная классификация
- таблицы Шульте
- корректурная проба
- тест Струпа

У пациента можно предположить диагноз

- малая предметная классификация
- таблицы Шульте
- корректурная проба
- тест Струпа

Диагноз

При параноидной форме шизофрении у детей выявляются

- расстройства восприятия и нарушения мышления
- негативные симптомы
- расстройства поведения
- кататонические расстройства

К негативным симптомам при шизофрении относят

- навязчивость
- апатию
- бред
- галлюцинации

Основной группой препаратов, применяемых для лечения шизофрении у детей, являются

- ноотропы
- антипсихотики
- антидепрессанты
- стабилизаторы настроения

Антипсихотический эффект, как правило, достигается спустя + _____ + терапии

- 1 неделю

- 48 часов
- 24 часа
- 2 недели

При преобладании в структуре психоза у детей галлюцинаторно-бредовых расстройств препаратом выбора является

- рисперидон
- амисульприд
- сертиндол
- кветиапин

Атипичный антипсихотический препарат, неразрешенный к использованию у детей до 15 лет, -это

- клозапин
- оланзапин
- палиперидон
- рисперидон

Общая распространенность шизофрении в популяции составляет + + %

- 5,3
- 3,2
- 0,7
- 2,5

Мужчины болеют шизофренией в + + раза чаще женщин

- 2,5
- 1,4
- 2,0
- 1,8

Развитие шизофренического расстройства в первую очередь обусловлено

- 2,5
- 1,4
- 2,0
- 1,8

Условие ситуационной задачи

Ситуация

- генетический
- инструментальный
- иммунологический
- токсикологический

Когнитивные функции оцениваются с помощью шкалы

- Спилберга
- Янга _(YMRS)_
- _mini-mental state examination (MMSE)_
- Гамильтона

Диагностическим критерием сосудистого поражения головного мозга на КТ/МРТ являются

- аневризмы
- инфаркты
- гематомы
- кисты

У пациентки можно предположить диагноз

- аневризмы
- инфаркты
- гематомы
- кисты

Диагноз

Ведущим синдромом в клинической картине является

- депрессивный
- астенический
- амнестический
- психоорганический

Вариант психоорганического синдрома в данном случае можно определить как

- апатический
- астенический
- эксплозивный
- эйфорический

К неврологическим расстройствам при сосудистой деменции не относится

- затылочная ригидность
- дизартрия
- симптом Бабинского
- гемипарез

Для коррекции когнитивных расстройств применяются

- ангиопротекторы
- аминокислоты
- ингибиторы ацетилхолинэстеразы
- ноотропы

Нейрометаболические препараты не оказывают + действия

- мнимоотропного
- антипсихотического
- психостимулирующего
- ноотропного

Когнитивный тренинг в целях реабилитации эффективен в случае деменции

- глубокой
- легкой
- тяжелой
- умеренной

Распространенность деменции среди лиц старше 65 лет составляет + %

- 15-17
- 1-3
- 2-4
- 5-12

Основной причиной сосудистой деменции является

- 15-17
- 1-3
- 2-4
- 5-12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Сергей М., 36 лет обратился за помощью к психиатру в консультативно-диагностическое отделение добровольно.

Жалобы

Предъявляет жалобы на ночные пробуждения, короткий сон, раздражительность, слабость, снижение интереса, замкнутость. «Перепроверяет себя – закрыл ли двери». Периодически возникает ощущение, что окружающие его осуждают.

Анамнез заболевания

Ухудшение психического состояния в течение 6 месяцев на фоне стресса – нарушился сон, снизилось настроение, пропал аппетит, потерял в весе около 10 кг. Принимает клозапин в дозе 50 мг/сут. Ранее получал хлорпромазин, левомепромазин, положительного эффекта не было. Состоит на учете в ПНД по месту жительства. Нарушения поведения с 14 лет – прогуливал занятия в школе, время проводил в компании асоциальных подростков, проявлял агрессию. Госпитализировался в психиатрическую больницу 5 раз. В юношеском возрасте эпизодически употреблял амфетамин. Злоупотреблял алкоголем до 26 лет. Отмечались алкогольные эксцессы продолжительностью до 5 дней. Сформирован похмельный синдром. Состоял на учете у нарколога. Последняя госпитализация в психиатрическую больницу 10 лет назад, когда на фоне синдрома отмены алкоголя «что-то казалось», «слышались различные звуки». После выписки алкоголь и наркотические вещества не употребляет.

Анамнез жизни

Наследственность отягощена – отец страдает шизофренией, имеет группу инвалидности по психическому заболеванию, ранее злоупотреблял алкоголем. Сестра в детском возрасте отказывалась посещать школу, обучалась на дому. Брат обращался за помощью к психиатру по поводу панических состояний. Средний ребенок из 3-х детей. Воспитывался в полной семье. Родители часто конфликтовали. Родился в срок. Развивался по возрасту. Посещал детский сад с 3-х лет. Рос «нервным». Испытывал страхи. Отмечались нарушения сна. В школу пошел с 7 лет. Желания учиться не было. Успевал слабо. Дублировал 6 и 8 классы. Состоял на учете в инспекции по делам несовершеннолетних. После 9 класса закончил ПТУ по специальности автомеханик. Работает охранником. Стаж работы около 10 лет. Женат не был. Проживает с родителями. В анамнезе гастрит, ревматизм. Дважды перенес черепно-мозговые травмы, лечился стационарно. Аллергия на пыльцу растений. Судорожные припадки, обмороки отрицает. Рост – 182 см, вес – 70 кг.

Объективный статус

Психический статус: В контакт вступает постепенно. Напряжен. Избегает визуального контакта. Сознание ясное. Ориентирован полностью в месте, времени, собственной личности. Обманы восприятия на момент осмотра отрицает, поведением не обнаруживает. Мышление в обычном темпе. На

вопросы отвечает односложно. Переживаний до конца не раскрывает. Запас знаний соответствует полученному образованию. Память без грубой патологии. Эмоционально снижен. Мимика бедная. Быстро истощается. Аутичен. Критика к состоянию неполная.

Основным методом диагностики данного расстройства является

- клинический
- психометрический
- лабораторный
- инструментальный

Для данного расстройства характерны, в первую очередь, нарушения

- памяти
- интеллекта
- мышления
- внимания

У пациента можно предположить диагноз

- памяти
- интеллекта
- мышления
- внимания

Диагноз

Психическое расстройство у пациента начиналось с симптоматики

- психопатоподобной
- аффективной
- невротоподобной
- негативной

К негативным симптомам в рамках шизофрении относят

- обсецию
- апатию
- инсомнию
- депрессию

Пациенту в первую очередь рекомендовано назначение

- стабилизатора настроения

- нейролептика
- транквилизатора
- антидепрессанта

Антипсихотическим препаратом с преимущественно стимулирующим (дезингибирующим) действием не является

- пимозид
- амисульприд
- хлорпромазин
- сульпирид

Атипичные антипсихотические препараты чаще вызывают

- увеличение массы тела
- акатизию
- седацию
- гипотонию

Для коррекции нейролептической гиперпролактинемии рекомендуется назначение

- амантадина
- бромокriptина
- сибутрамина
- орлистата

Антипсихотические препараты второго поколения по сравнению с препаратами первого поколения реже вызывают

- гипотонию
- седацию
- экстапирамидные расстройства
- гипергидроз

Наибольший риск удлинения интервала QT и нарушения сердечного ритма отмечается при назначении

- кветиапина
- сертиндола
- рисперидона
- галоперидола

Для шизотипического расстройства характерен + _____ + тип течения

- рекуррентный
- непрерывный
- эпизодический с нарастающим дефектом
- эпизодический со стабильным дефектом