Расстройства сексуального предпочтения

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F65.0, F65.1, F65.2, F65.3, F65.4, F65.5, F65.6, F65.8 · Общественная организация "Российское общество психиатров"

Расстройства сексуального предпочтения (РСП) — психические расстройства с возникающими не менее 6 месяцев интенсивными аномальными сексуальными влечениями или фантазиями, которые реализуются либо вызывают значительный дистресс. Рекомендация описывает клиническую диагностику, оценку тяжести, психотерапию, медикаментозное лечение и длительное наблюдение пациентов с РСП.

Главное

- Диагноз устанавливают при сочетании трех признаков: периодически возникающие интенсивные сексуальные влечения или фантазии с необычными предметами либо активностью; их реализация или значительный дистресс; длительность не менее 6 месяцев.
- Аномальное сексуальное поведение само по себе не доказывает РСП: его необходимо отличать от сексуальной расторможенности при органических, шизофренических, когнитивных расстройствах или интоксикации психоактивными веществами. За РСП говорят стойкие и длительно существующие парафильные фантазии или поведение.
- При клинической оценке учитывают как минимум пять измерений: сексуальное возбуждение, активность, согласие, дистресс и вред здоровью. Важно также определить эгосинтоническое или эгодистоническое отношение к влечению и обсессивный, компульсивный либо импульсивный вариант его реализации.
- Лечение подбирают по тяжести: при легкой степени речь может идти только о психотерапии; при умеренной добавляют СИОЗС; при выраженной применяют антиандрогенную терапию, при необходимости вместе с СИОЗС; при тяжелой степени целесообразно применение аналогов ГнРГ, при необходимости с СИОЗС.
- Фармакологическое лечение РСП не проводят изолированно от психотерапевтических вмешательств; длительность фармакологического лечения должна составлять не менее 3 лет.
- Психотерапия проводится длительно: от 2 лет при легкой степени расстройства и от 5 лет при более тяжелых формах РСП.
- После отмены антиандрогенов и аналогов ГнРГ рецидив отмечается в 60–90% случаев; части пациентов требуется пожизненный прием этих лекарственных средств.
- Пациентам с РСП выраженной и тяжелой степени рекомендуется долгосрочная психотерапия и прохождение периодических профилактических приемов психиатра.
- Изолированное РСП без сопутствующего психического расстройства не является показанием к круглосуточной госпитализации или изоляции. Стационарное лечение проводят при наличии показаний, обусловленных коморбидным психическим расстройством.

Диагностика

1. Уточнить, имеются ли интенсивные периодически возникающие аномальные сексуальные влечения или фантазии, их реализация либо значительный дистресс, а также длительность симптомов не менее 6 месяцев.
2. Собрать субъективный и объективный анамнез: оценить психосексуальное развитие, динамику половой жизни, содержание и периодичность фантазий, особенности поведения, стратегии совладания, влияние симптомов на отношения и наличие наследственной отягощенности.
3. Провести психопатологическое обследование с определением возраста начала, механизмов формирования, характера влечения — обсессивного, компульсивного или импульсивного, — критики к нему и влияния коморбидной психической патологии.
4. Оценить коморбидные расстройства и провести дифференциальную диагностику с сексуальной расторможенностью при других психических расстройствах или интоксикации психоактивными веществами.
5. Лабораторные диагностические исследования для диагностики РСП не применяют. Лабораторный контроль нужен при назначении антиандрогенов или аналогов ГнРГ.

6. Если клиническая картина неясна, провести патопсихологическое исследование психосексуальной сферы с методиками «Маскулинность и Феминность», «Цветовой тест отношений» и «Кодирование» (УУР С, УДД 4). Для уточнения педофилии и оценки общественной опасности дополнительно применяют одну или две методики оценки когнитивных искажений — ШКИД и/или русскоязычную Molest scale (УУР С, УДД 4).

Лечение

- Всем пациентам с РСП рекомендуется применять разновидности когнитивно-поведенческой психотерапии для изменения аномального сексуального интереса, развития стратегий совладания с аномальными побуждениями и навыков социальной адаптации (УУР В, УДД 2).
- При легкой степени — только психотерапия; при умеренной степени, когда есть фантазии, дистантная активность или намерение реализации при эгодистоническом отношении, добавляют СИОЗС.
- При обсессивных фантазиях, импульсивности, гиперсексуальности, тревоге или депрессии рекомендуется применение флуоксетина 40–60 мг/сут или сертралина 50–200 мг/сут (УУР С, УДД 4). Пароксетин не рекомендуется применять из-за большей вероятности развития эректильной дисфункции (УУР С, УДД 4).
- При контактной реализации парафильных фантазий используют ципротерон 50–200 мг/сут внутрь или 200–400 мг внутримышечно еженедельно, затем каждые 2–4 недели; либо медроксипрогестерон 50–400 мг/сут внутрь или 400 мг внутримышечно еженедельно, затем ежемесячно (УУР С, УДД 5).
- При тяжелой степени рекомендуются трипторелин 3,75 мг внутримышечно 1 раз в месяц или лейпрорелин 3,75 мг внутримышечно 1 раз в месяц (УУР С, УДД 5). В первые недели терапии аналогами ГнРГ всем пациентам дополнительно рекомендуется применять ципротерон в указанных дозах для профилактики усиления влечения (УУР С, УДД 5).
- Дозу антиандрогенов и аналогов ГнРГ подбирают от минимальной до достижения эффекта. Наступление эффекта ожидается через 3–12 недель для антиандрогенов и через 1–3 месяца для аналогов ГнРГ; минимальная длительность лечения ципротероном и медроксипрогестероном — 2 года, аналогами ГнРГ — 3 года.
- Перед антиандрогенами или аналогами ГнРГ и во время лечения контролируют биохимический анализ крови: ежемесячно первые 3 месяца, затем каждые 3 месяца; общий анализ крови — каждые 6 месяцев; кальций, фосфор, пролактин и глюкозу натощак — каждые 6 месяцев; рентгеноденситометрию — ежегодно. При отклонениях нужен эндокринолог (УУР С, УДД 5).
- При тромбоэмболии или печеночной дисфункции ципротерон или медроксипрогестерон заменяют аналогами ГнРГ. При тяжелом остеопорозе назначают препараты кальция, витамин D и его аналоги и/или бисфосфонаты (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- При неясной клинической картине и отсутствии возможности провести дополнительные исследования направить пациента в учреждение, где доступны необходимые методы диагностики; до этого воздержаться от окончательного диагноза.
- Госпитализация нужна не из-за изолированного РСП, а при наличии коморбидного психического расстройства с самостоятельными показаниями к стационарному лечению.
- Пациент с РСП может быть выписан, когда сопутствующее расстройство, послужившее основанием для госпитализации, достигло ремиссии или компенсации; само РСП без острых психопатологических проявлений не оправдывает продолжение стационарного пребывания.
- При выраженной и тяжелой степени направлять на длительную индивидуальную или групповую психотерапию и периодические профилактические осмотры психиатра. При переживаниях о насильственных или недобровольных сексуальных контактах рассмотреть диспансерное наблюдение.

Частые вопросы

Какой минимальный срок симптомов нужен для диагностики РСП по МКБ-10?

Аномальное сексуальное предпочтение должно наблюдаться не менее 6 месяцев. Кроме длительности, необходимы реализация влечения либо значительный дистресс.

Нужны ли лабораторные исследования для подтверждения РСП?

Нет. Лабораторные исследования для диагностики РСП не применяются. Анализы нужны при медикаментозной терапии, особенно антиандрогенами и аналогами ГнРГ.

Какие препараты применяют при РСП и в каких дозах?

При обсессивных фантазиях, импульсивности, гиперсексуальности, тревоге или депрессии используют флуоксетин 40–60 мг/сут или сертралин 50–200 мг/сут. При контактной реализации применяют ципротерон или медроксипрогестерон в указанных в рекомендации дозах, а при тяжелой степени — трипторелин или лейпрорелин по 3,75 мг внутримышечно ежемесячно.

Можно ли лечить РСП только лекарствами?

Нет. Фармакологическое лечение не проводят изолированно от психотерапии; оптимален комплексный подход. Всем пациентам рекомендуется КПТ (УУР В, УДД 2).

Является ли изолированное РСП основанием для госпитализации?

Нет. Изолированное РСП без сопутствующей психической патологии не является показанием к круглосуточному стационару или изоляции. Госпитализация возможна при самостоятельных показаниях, связанных с коморбидным психическим расстройством.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1072-rasstrojstva-seksualnogo-predpochteniya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1072_1