

DOCTORSAN.RU  
PSYANDNEURO.RU

# ПАРАФИЛИИ

РЕКОМЕНДАЦИИ ВСЕМИРНОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ОБЩЕСТВ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ  
(WFSBP) ПО ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОМУ  
ЛЕЧЕНИЮ ПАРАФИЛИЙ

---

Florence Thibaut, Paul Cosyns, John Paul Fedoroff, Peer Briken, Kris Goethals, John M. W. Bradford & The WFSBP Task Force on Paraphilias (2020): The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders, The World Journal of Biological Psychiatry

Перевод: Филиппов Д.С.  
Редакция: Касьянов Е.Д.

Материал подготовлен совместными усилиями просветительского проекта «Психиатрия & Нейронауки» и Клиники психиатрии и наркологии Доктор САН.

---

Принципиально важно помнить то, что большинство людей, совершивших половое преступление, не страдают парафилиями, и не все пациенты с парафилиями совершают половые преступления (часто они лишь фантазируют и испытывают парафильное влечение, а их парафильная сексуальная практика не связана с неконсенсуальными или противозаконными действиями).

Данные рекомендации касаются только взрослых пациентов мужского пола.

### **Классификация парафилий**

Парафилии обычно манифестируют в позднем подростковом возрасте, проявляясь как девиантные сексуальные фантазии, девиантные влечения и девиантное сексуальное поведение.

Большинство парафилий описываются как хроническое состояние, длящееся много лет, если не всю жизнь. Тем не менее, не существует доказательств того, что парафилические склонности не могут меняться и/или отвечать на терапию.

Описано более сотни парафилий, большая часть из них, за исключением мазохизма, чаще встречается у мужчин. В большинстве случаев мужчина с парафильным расстройством страдает от нескольких парафилий. Обычно первичная парафилия определяет общее направление девиантного сексуального поведения.

По определению, данному в МКБ-11, парафилии характеризуются устойчивым и сильным атипичным сексуальным возбуждением, проявляющимся в вызывающих дистресс мыслях, фантазиях, побуждениях или поведении, чьи объекты из-за возраста или состояния не хотят или не могут дать согласие на сексуальный контакт. Возбуждение, переживаемое без вовлечения других индивидуумов или с вовлечением индивидуумов, давших согласие, относится к парафилиям при условии, что оно связано с заметным дистрессом, не являющимся реакцией на отказ или проявлением страха отказа, или со значительным риском травмы или смерти.

### **Экстибиционизм**

Повторяющиеся сексуально возбуждающие фантазии, сексуальные позывы или поведение, связанные с обнажением своих гениталий перед ничего не подозревающими незнакомцами. Начало заболевания обычно приходится на возраст до 18 лет. После 40 лет это состояние становится менее тяжелым.

### **Фроттеризм**

Повторяющиеся сексуально возбуждающие фантазии, сексуальные позывы или поведение, связанные с прикосновением и трением о человека, не дававшего на это согласие. Обычно наблюдается в возрасте 15-25 лет.

### **Вуайеризм**

Повторяющиеся сексуально возбуждающие фантазии, сексуальные позывы или поведение, связанные с наблюдением за ничего не подозревающим человеком, который обнажен, раздевается или вовлечен в сексуальную активность. Начало заболевания обычно приходится на возраст до 15 лет.

### **Фетишизм**

Повторяющиеся сексуально возбуждающие фантазии, сексуальные позывы или поведение, связанные с использованием предметов, например, женского нижнего белья, обуви и т. п. Обычно начинается в подростковом возрасте. (Это расстройство удалено из МКБ-11.)

### **Мазохизм**

Повторяющиеся сексуально возбуждающие фантазии, сексуальные позывы или поведение, связанные с пребыванием в роли жертвы реального (т. е. не имитированного) унижения, избиения, пыток и т. п. (Это расстройство удалено из МКБ-11.)

### **Садизм**

Повторяющиеся сексуально возбуждающие фантазии, сексуальные позывы или поведение, связанные с реальными (т. е. не имитированными) действиями, приносящими психологические или физические страдания другому человеку. Это расстройство обычно начинается в раннем зрелом возрасте. Сексуальный садизм может быть связан с изнасилованием.

Дискуссии о сексуальном садизме и сексуальном мазохизме часто осложняются тем, что парафильные расстройства предполагают неконсенсуальность, в то время как консенсуальные сексуальные практики не считаются проявлением психических расстройств.

## **Педофилия**

Устойчивое предпочтение сексуальной активности с препубертатным ребенком (1 и 2 стадия по шкале Таннера), как правило, в возрасте до 13 лет, а также с детьми раннего пубертатного возраста (3-5 стадия по шкале Таннера). Одно из условий постановки диагноза – пациенту должно быть не меньше 16 лет и, как минимум, на 5 лет больше чем объекту сексуальных желаний.

DSM-5 уточняет, что индивидум старшего подросткового возраста, находящийся в половых отношениях с лицом 12-13 лет, не соответствует диагностическим критериям педофилии. Так же и в МКБ-11 – сексуальные отношения между близкими по возрасту пре- и пост-пубертатными детьми не являются признаком педофилии.

При педофилии влечение могут вызывать мальчики, девочки (чаще, чем мальчики) или дети обоих полов. Если объект влечения девочки, то их возраст обычно 8-10 лет, если мальчики, то они обычно более старшего возраста. Повышенный риск рецидивов характерен для тех, кого привлекают мальчики.

Не у всех людей, совершающих половые преступления против детей, диагностируются парафильные расстройства, и наоборот, не все лица с педофилией совершают половые преступления против детей. Доля людей с педофилией среди совершивших половое преступление против детей, около 40-50 %; доля растлителей малолетних среди больных педофилией – около 43 %. Есть теория, объясняющая это тем, что почти половина растлителей малолетних совершает такие преступления не из-за полового влечения к детям, а из-за недостатка социальных навыков, необходимых для поиска взрослого полового партнера. Ребенок в таком случае становится “заместительным партнером”.

## **Другие парафилии**

В МКБ-11 есть также две добавочные категории: “Другие парафилии с вовлечением индивидуумов без их согласия” и “Парафилии без вовлечения других индивидуумов или с вовлечением индивидуумов, дающих согласие”. Вторая категория введена для использования в тех случаях, когда сексуальная практика связана со значительным уровнем дистресса, риском травм или смерти (например, асфиксофилия – эротическое самоудушение).

## Оценка результатов лечения

### Первичные результаты

Сексуальная активность (фантазии, влечения и поведение) оценивается с помощью самоотчетов. Также могут быть использованы опросники, дневники или оценочные шкалы.

Сексуальный рецидив определяется по факту задержаний, повторных судебных приговоров, выносимых, как правило, за совокупность половых преступлений и преступлений, связанных с превышением пределов необходимой обороны; или на основании самоотчетов.

### Вторичные результаты

Обычно используется самоотчет о количестве спонтанных эрекции и оргазмов, достигнутых любыми способами, в течение семидневного периода. Также можно использовать анализы крови на уровень свободного тестостерона, общего тестостерона, лютеинизирующего гормона и фолликулостимулирующего гормона, а в некоторых случаях физиологические паттерны сексуального возбуждения измеряются с помощью пенильной плетизмографии.

## Возможные биологические причины парафилий

### Эстрогены

Эстрогены сами по себе слабо влияют на сексуальное желание мужчин. В 2020 г. был опубликован отчет о клиническом случае: для устранения болезненных эрекции у пациента с болезнью Пейрони, который не переносил другие антиандрогеновые средства, было использовано топическое нанесение эстрадиола.

### Тестостерон

Тестостерон играет значительную роль не только в развитии и сохранении мужских половых признаков, но также в регуляции сексуальности, агрессии, когнитивных процессов и эмоций. В частности, от него зависит сексуальное желание, фантазии, поведение, а также частота, длительность и сила спонтанных эрекции. Эффект тестостерона (и его метаболита дигидротестостерона) опосредуется его действием на внутриклеточные рецепторы андрогена. Секреция тестостерона регулируется механизмом обратной связи в гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси.

Гипоталамус вырабатывает гонадотропин-рилизинг гормон, который вызывает усиление секреции лютеинизирующего гормона передней долей гипофиза. Лютеинизирующий гормон стимулирует высвобождение тестостерона из яичек, который в свою очередь подавляет активность гипоталамуса и гипофиза.

Тестостерон необходим для сексуального желания у мужчин. Минимальный необходимый уровень тестостерона по-прежнему остается спорным вопросом. Уровень тестостерона не коррелирует с силой сексуального влечения. Связь между тестостероном и агрессивным поведением также неоднозначна.

Нет четких доказательств того, что индивидуумы с парафилиями имеют более высокие базовые уровни тестостерона, также нет данных, указывающих на повышенную активность андрогенных рецепторов. У мужчин с педофилией обнаруживали повышенную гиперсекрецию лютеинизирующего гормона в ответ на гонадотропин-рилизинг гормон, по сравнению с индивидуумами с другими парафилиями, в то время как исходные уровни лютеинизирующего гормона и тестостерона находились в пределах нормального диапазона. Эти данные могут говорить о гипоталамо-гипофизарно-гонадной дисфункции при педофилии.

Понижение уровня тестостерона до уровня свойственного кастратам приводит к уменьшению сексуальной активности. Отмечается связь уровня лютеинизирующего гормона с рецидивом половых преступлений. Хотя это лишь предварительное наблюдение, оно может указывать на то, что уровень лютеинизирующего гормона имеет большее значение для парафильных расстройств, чем уровень тестостерона.

### *Нейротрансмиттеры*

Серотонин и дофамин в определенной степени влияют на сексуальное поведение. Агонисты дофамина могут провоцировать гиперсексуальное поведение и иногда совершение половых преступлений. У пациентов с парафилиями и компульсивными симптомами уровни норадреналина, дофамина, дигидроксифенилаланина и дигидроксифенилуксусной кислоты значительно выше, а уровень серотонина ниже. Таким образом, уровни нейротрансмиттеров, по-видимому, важны для контроля сексуального поведения, но не для развития самой парафилии. Опубликованы сообщения о том, что при педофилии уменьшены запасы n-3 полиненасыщенных жирных кислот, что может приводить к изменениям серотонинергической системы, из-за которых нарушается контроль над импульсивностью и возникает характерная для половых преступников агрессивность и враждебность.

## *Повреждения мозга*

Парафилии или состояния похожие на парафилии могут быть результатом травматических повреждений мозга, в особенности, произошедших в детстве. Это касается любых повреждений височной или лобной доли, а также синдромов Клейне-Левина и Клювера-Бюси (50 % пациентов проявляют признаки неадекватного сексуального поведения); эпилепсии; деменции (в особенности лобно-височной деменции); болезни Гентингтона (10 % пациентов проявляют признаки неадекватного сексуального поведения), особенно у мужчин. Парафилии также могут возникать у пациентов, лечащихся агонистами дофаминовых рецепторов (например, при болезни Паркинсона).

## **Противопоказания для гормональной терапии**

### *Медроксипрогестерон*

Медроксипрогестерон нельзя применять без получения согласия, до завершения пубертатного периода, при болезнях надпочечников, тяжелой форме гипертонии, тромбоэмболической болезни в анамнезе или риске тромбоэмболической болезни (риск повышается при курении), диабете, тяжелой депрессии, аллергии на медроксипрогестерон, болезнях гипофиза и менингиоме.

### *Ципротерон*

Ципротерон нельзя применять без получения согласия, до завершения пубертатного периода, при гепатоцеллюлярной недостаточности, печеночноклеточном раке, диабете, тяжелой форме гипертонии, карциноме, за исключением злокачественного новообразования предстательной железы, тромбоэмболической болезни в анамнезе или риске тромбоэмболической болезни (риск повышается при курении), болезнях сердца, болезни надпочечников, тяжелой депрессии, туберкулезе, кахексии, эпилепсии, психозе, аллергии на ципротерон, серповидноклеточной анемии, болезнях гипофиза и менингиоме.

### *Агонисты гонадотропин-рилизинг гормона*

Агонисты гонадотропин-рилизинг гормона нельзя применять без получения согласия, до завершения пубертатного периода, при тяжелой форме гипертонии, болезнях сердца (необходимо контролировать такие факторы риска как курение, повышенное давление, отклонения липидного профиля, диабет), удлинении интервала QT, остеопорозе (в особенности если в анамнезе есть переломы), тяжелой депрессии, психозе, аллергии на агонисты гонадотропин-рилизинг гормона, болезнях гипофиза.

## Мониторинг в ходе лечения

### *Лечение СИОЗС и антиандрогенами или агонистами гонадотропин-рилизинг гормона*

- Оценка сексуальных фантазий и поведения: 3-й месяц, 6-й, 12-й, 24-й и на каждой последующей консультации
- Вес, рост, индекс массы тела: 3-й месяц, 6-й, 12-й, 24-й
- Артериальное давление: 3-й месяц, 6-й, 12-й, 24-й ЭКГ: 3-й месяц, (при наличии кардиологической симптоматики: 6-й, 12-й, 24-й)
- Функции печени: 3-й месяц, (если принимается ципротерон: 6-й; если принимается ципротерон или агонисты гонадотропин-рилизинг гормона: 12-й, 24-й и затем каждые 3-6 месяцев, если принимается ципротерон)
- Функции почек: 3-й месяц, (если принимаются агонисты гонадотропин-рилизинг гормона: 12-й, 24-й)
- Функция щитовидной железы: 3-й месяц Клинический анализ крови: 3-й месяц
- Глюкоза в крови: 3-й месяц, 12-й, 24-й Липидный профиль: 3-й месяц, 12-й, 24-й

### *Лечение антиандрогенами или агонистами гонадотропин-рилизинг гормона*

- Кальций и фосфор в крови: 3-й месяц, 12-й, 24-й
- Физический осмотр, включая осмотр гениталий: 3-й месяц, 6-й, 12-й, 24-й
- Оценка риска феминизации (в особенности гинекомастии): 3-й месяц, 6-й, 12-й, 24-й
- Депрессия, суицидальные идеи: 3-й месяц, 6-й, 12-й, 24-й
- Гормоны в крови (тестостерон; глобулин, связывающий половые гормоны; лютеинизирующий гормон; пролактин): 3-й месяц
- Остеоденситометрия (при наличии факторов риска остеопороза: переломы в анамнезе, возраст >50 лет, прием глюкокортикоидов или антиконвульсантов, алкоголизм): 3-й месяц, 12-й, 24-й
- МРТ мозга (только при приеме ципротерона): 3-й месяц, 24-й (через 5 лет после начала курса и затем каждые 2 года, если курс продолжается; после прекращения приема ципротерона необходимости в МРТ нет)

## **Пациенты с парафилией и болезнями мозга**

Неврологические заболевания можно спутать с расстройствами сексуального поведения, кроме того, есть неврологические заболевания, связанные с расстройствами сексуального поведения. При лечении болезни Паркинсона дофаминергическими препаратами, такими как прамипексол, ропинирол, перголид, ротиготин, апоморфин или бромокриптин, у значительного числа больных развиваются нарушения самоконтроля, такие как гиперсексуальность, повышающая риск неадекватного сексуального поведения. Нарушения самоконтроля зависят от повышенной селективности к D3-рецепторам по сравнению с D2-рецепторами, в связи с чем наибольший риск нарушения самоконтроля связан с приемом прамипексола. Вопрос лечения неадекватного сексуального поведения, связанного с дофамином, плохо изучен.

### **Антиконвульсанты и литий**

Описаны отдельные случаи применения лития (контролируемые исследования не проводились). Также эпизодически применялись противосудорожные препараты (карбамазепин, топирамат, вальпроевая кислота). Проспективные исследования эффективности топирамата (“антиимпульсивное” лекарство) при педофилии не задокументированы, однако есть несколько отчетов о клинических случаях, показывающих, что топирамат (50-200 мг в течение 2-6 недель) эффективно ослабляет нежелательное сексуальное поведение или гиперсексуальность (секс с проститутками, компульсивный просмотр порнографии и компульсивная мастурбация).

Резюмируя, можно утверждать, что при отсутствии биполярного расстройства литий или противосудорожные препараты неэффективны при лечении парафильных расстройств.

### **Антипсихотики**

Важно отметить, что в нескольких отчетах о клинических случаях прием атипичных нейролептиков (арипипразол, амисульприд, оланзапин, рисперидон, палиперидон или кветиапин) был связан с гиперсексуальностью, которая может стать причиной неадекватного сексуального поведения.

Описаны клинические случаи с применением антипсихотиков (бенперидол, тиоридазин, галоперидол, рисперидон) при лечении парафилий. Следует помнить, что применение агонистов гонадотропин-рилизинг гормона у пациентов с шизофренией может обострить бред, связанный с парафильными идеями. Хотя половые преступления на почве бреда при шизофрении редко, но все-таки случаются, использование антипсихотиков для лечения парафилий неэффективно и сопряжено с множеством серьезных побочных эффектов.

## **Трициклические антидепрессанты и миртазапин**

Одно очень небольшое исследование показало эффективность кломипрамина и дезипрамина. Использование кломипрамина при парафилиях затруднено антихолинергическими побочными эффектами. Об успешном использовании миртазапина сообщается в единственном отчете о клиническом случае.

## **Налтрексон**

Налтрексон применяется при лечении алкогольной или наркотической зависимости. Сообщалось об эффективности налтрексона при лечении фетишизма с сопутствующим злоупотреблением психоактивными веществами.

Открытое проспективное исследование показало эффективность налтрексона (100-200 мг/сут в течение не менее 2 месяцев) вместе с психотерапией при лечении пациентов с педофилией, сексуальной гиперактивностью и компульсивной мастурбацией. В результате лечения сокращалось время, потраченное на сексуальные фантазии и мастурбацию.

## **Выводы об эффективности психотропных препаратов (за исключением СИОЗС)**

Доказанность эффективности психотропных препаратов (за исключением СИОЗС) в тех случаях, когда нет коморбидных психических болезней, очень слабая – описания клинических случаев, исследования с очень маленькой выборкой, отсутствие контролируемых исследований.

## **СИОЗС**

Цель приема СИОЗС при парафилии – изменить сексуальные фантазии и влечения, остановить парафильное поведение. У использования СИОЗС есть несколько теоретических обоснований.

1. Новейшие исследования в этой области указывают на значительное влияние, которое оказывает серотонин и серотониновые рецепторы на сексуальное поведение. Животные модели показали, что сниженный уровень серотонина связан с усиленным сексуальным влечением, и наоборот, активация серотонина ослабляет влечение. Повышенный уровень серотонина в гипоталамусе связан с подавлением сексуальной мотивации, повышенный уровень серотонина в префронтальной коре усиливает эмоциональную устойчивость и контроль над импульсивностью.

2. В результате клинических наблюдений установлено сходство парафильных фантазий, влечений и поведения с обсессивными/компульсивными симптомами. Описано сходство аномалий в кортикостриатальных связях. Эффективность СИОЗС при лечении обсессивно-компульсивных расстройств доказана, поэтому логично предположить, что они помогут при лечении пациентов с парафилиями, в чьей симптоматике есть компульсивная составляющая.

3. Существует связь между дисрегуляцией серотонина и определенной дименсией психопатологии: антисоциальная импульсивность, тревожность, депрессия и гиперсексуальность. СИОЗС ослабляют импульсивность, а также способствуют аффилиативному поведению, являющемуся вторичным эффектом повышения вазопрессина и окситоцина.

4. У пациентов с парафилиями и гиперсексуальностью встречаются коморбидные психические заболевания или расстройства личности: расстройства настроения, тревожные расстройства, нарушения самоконтроля, СДВГ, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами, а также пограничное, избегающее, шизоидное или антисоциальное расстройство личности. Сопутствующие заболевания рекомендуется лечить вместе с парафилиями.

5. Длительный прием СИОЗС повышает уровень нейротрофического фактора мозга, который оказывает нейропротекторное действие на гиппокампальные, стриатальные и мезенцефалические дофаминергические нейроны. Нейротрофический фактор мозга выступает связующим звеном между антидепрессантами и нейропластическими изменениями, с которыми связано улучшение депрессивной симптоматики. Повышается нейронная пластичность и, следовательно, улучшается способность изменять поведение.

### **Рекомендации по использованию СИОЗС**

Существуют доказательства того, что сертралин и флуоксетин вне зависимости от их антидепрессивного эффекта влияют на парафильное поведение, не затрагивая или даже улучшая непарафильную сексуальность.

Парафилии обычно дебютируют в подростковом возрасте и ограничиваются мастурбационными фантазиями в возрасте 12-18 лет. Прием СИОЗС в этом возрасте может предотвратить совершений действий, мотивированных парафильными влечениями.

СИОЗС рекомендованы при парафилиях тогда, когда возбуждение не поддается контролю с помощью психотерапии, присутствует коморбидное обсессивно-компульсивное расстройство, нарушения самоконтроля, депрессия, а также в качестве поддерживающей терапии.

СИОЗС можно применять вместе с антиандрогенами или агонистами гонадотропин-рилизинг гормона для того, чтобы улучшить депрессивную симптоматику, которая часто наблюдается в первые месяцы лечения антиандрогенами или агонистами гонадотропин-рилизинг гормона.

СИОЗС при парафилиях назначаются офф-лейбл. На данный момент число контролируемых исследований недостаточно большое, чтобы говорить о доказанной эффективности СИОЗС при парафилиях. Есть сведения об успешном применении сертралина и флуоксетина при лечении эксгибиционизма и педофилии (без совершения половых преступлений).

### **Эстрогены**

Первые публикации об эффективности эстрогенов появились в 1949 г. Несмотря на сообщения об их эффективности, эстрогены не рекомендуются при лечении парафилий по причине тяжелых побочных эффектов (тошнота, набор веса, феминизация, рак груди, ишемическая болезнь сердца и мозга, тромбоз эмболия).

### **Медроксипрогестерон**

В США и Канаде многие пациенты получают медроксипрогестерон. Однако в научной литературе, посвященной его эффективности, есть недостатки: маленький размер выборки, короткий период наблюдений, перекрестные исследования, открытые или ретроспективные исследования. Кроме того, при лечении медроксипрогестероном наблюдаются значительные побочные эффекты (ухудшение спермограммы, головная боль, бессонница, повышение давления и т. д.) Соотношение польза/риск говорит против использования медроксипрогестерона.

### **Ципротерон**

В связи с тем, что ципротерон иногда доступен только в таблетках, его применение затрудняется плохим комплаенсом. К этому добавляется возникающая в некоторых случаях проблема с лабораторным измерением уровня вещества в крови.

Ципротерон назначают многим пациентам, при этом в научной литературе, посвященной его эффективности, есть те же недостатки, что и в исследованиях медроксипрогестерона. Соотношение польза/риск – умеренное.

### **Аналоги или агонисты гонадотропин-рилизинг гормона**

Ципротерон и медроксипрогестерон показывают противоречивые результаты при лечении половых преступников. Проблемы с комплаенсом и побочные эффекты побуждают искать новые эффективные и безопасные методы лечения. Исследования результатов хирургической кастрации подтолкнули к более широкому использованию агонистов гонадотропин-рилизинг гормона. Их применение одобрено при лечении рака предстательной железы, эндометриоза, преждевременного полового развития, фибромиомы матки и женского бесплодия.

Длительность лечения остается открытым вопросом. Эффект агонистов гонадотропин-рилизинг гормона длится пока продолжается их прием. Максимальный известный науке срок наблюдения за приемом трипторелина – 15 лет, лепролерина – 10 лет. Во множестве случаев после прекращения приема агонистов гонадотропин-рилизинг гормона парафильное поведение возобновлялось.

Ранее опубликованный Кокрейновский анализ содержал вывод о том, что эффективность и переносимость препаратов, подавляющих тестостерон, неопределенна, т. к. все исследования были небольшими и имели ограниченную продолжительность. Тем не менее, опубликованы тысячи исследований, посвященных применению агонистов гонадотропин-рилизинг гормона при лечении других заболеваний, в частности, рака предстательной железы. Все исследования говорят о влиянии этих препаратов на половое влечение, а также об их переносимости и безопасности даже при лечении ослабленных пациентов с раком предстательной железы. Следует принять во внимание эти данные, а также тот факт, что связь между уровнем тестостерона и половым влечением четко установлена. Кроме того, исследования сотен лиц, которым была проведена хирургическая кастрация, показывают резкое снижение рецидивов половых преступлений.

Несмотря на отсутствие контролируемых исследований и трудности с проведением таких исследований, эффективность, наблюдаемая во многих открытых исследованиях при участии пациентов с наиболее тяжелыми парафильными расстройствами, позволяет сделать вывод о доказательности уровня В/С. В большинстве случаев такие пациенты ранее безрезультатно лечились другими антиандрогенами, СИОЗС или психотерапией.

## Алгоритм фармакологического лечения

### Уровень 1

Цель: контроль парафильных сексуальных фантазий, навязчивых желаний и поведения без влияния на обычную сексуальную активность и сексуальное желание.

Вуайеризм, фетишизм, фроттеризм без риска изнасилования или половых преступлений против детей.

Лечение: Психотерапия

### Уровень 2

Цель: контроль парафильных сексуальных фантазий, навязчивых желаний и поведения с небольшими изменениями обычной сексуальной активности и сексуального желания.

- Легкие случаи бесконтактных парафилий (\*) с низким риском насилия, например, эксгибиционизм без риска изнасилования или половых преступлений против детей.
- Неудовлетворительные результаты лечения на Уровне 1.

Лечение

- Психотерапия
- СИОЗС: те же дозировки, что и при лечении обсессивно-компульсивного расстройства; срок для достижения результата – 1-3 месяца; эффективность – 70 % в случаях, не связанных с насилием.

(\*)Бесконтактные парафилии: эксгибиционизм, вуайеризм. Контактные парафилии: садизм, мазохизм, фроттеризм, зоофилия, некрофилия. Бесконтактная педофилия подразумевает раздевание жертвы, обнажение в присутствии жертвы, указания по совершению сексуальных действий, фотографирование и запись видео интимного характера, просмотр порнографии вместе с жертвой. Контактная педофилия подразумевает прикосновения к одетой или обнаженной жертве, вагинальное и/или анальное проникновение, оральное проникновение со стороны преступника или со стороны жертвы.

### Уровень 3

Цель: контроль парафильных сексуальных фантазий, навязчивых желаний и поведения с существенным снижением сексуальной активности и ослаблением сексуального желания.

- Средний уровень риска половых преступлений (умственная отсталость, коморбидные неврологические расстройства, такие как деменция).
- Отсутствие садистских фантазий и/или садистского поведения (если присутствует, см. Уровень 4).
- Комплаенс (если отсутствует, используйте инъекции или см. Уровень 4).
- Если ципротерон и медроксипрогестерон недоступны или вызывают тяжелые побочные эффекты, см. Уровень 4.
- Неудовлетворительные результаты лечения на Уровне 2.

#### Лечение

- Психотерапия
- Ципротерон: орально 50-200 мг/д (максимум 300 мг/д) или инъекции 200-400 мг первую неделю, а затем каждые 2-4 недели  
или  
Медроксипрогестерон: орально 50-400 мг/д или инъекции 400 мг/нед, а затем каждый месяц  
Эффективность – 80-90 % (уровень рецидивов – 6 %)  
Срок для достижения результата – 1-3 месяца.
- При коморбидной тревожности, симптомах депрессии или обсессивно-компульсивного расстройства к ципротерону можно добавить СИОЗС

### Уровень 4

Цель: контроль парафильных сексуальных фантазий, навязчивых желаний и поведения с почти полным подавлением сексуальной активности и сексуального желания.

Средний и высокий риск половых преступлений, тяжелые формы парафилий. Педофилия, садистские фантазии и/или поведение с физическим насилием. Неудовлетворительные результаты лечения или отсутствие комплаенса на Уровне 3.

#### Лечение

- Психотерапия
- Агонисты гонадотропин-рилизинг гормона трипторелин или ацетат леупролида 3 (или 3,75) мг/мес или 11,25 мг каждые 3 мес  
Эффективность – более 90 % (уровень рецидивов – менее 5 %)

Срок для достижения результата – 1-3 месяца

Для контроля над комплаенсом проводятся анализы на уровень тестостерона

- Ципротерон может быть добавлен (за неделю до начала лечения агонистами гонадотропин-рилизинг гормона и в течение первого месяца лечения) для того, чтобы предотвратить увеличенную секрецию фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, повышающую риск рецидива парафильного поведения.

## Уровень 5

Цель: контроль парафильных сексуальных фантазий, навязчивых желаний и поведения с полным подавлением сексуальной активности и сексуального желаниа.

Самые тяжелые формы парафилий (катастрофические случаи).

Неудовлетворительные результаты лечения на Уровне 4.

## Лечение

- Психотерапия
- Агонисты гонадотропин-рилизинг гормона + антиандрогены (см. Уровень 3); возможно добавление СИОЗС

## *Длительность лечения*

- При легких формах парафилий – как минимум 2 года
- Если есть необходимость (высокий риск половых преступлений) – 5 лет или дольше
- Следует избегать резкого обрыва лечения агонистами гонадотропин-рилизинг гормона (при отмене этих препаратов можно использовать ципротерон для профилактики рецидивов)
- При остеопорозе рекомендуется прием кальция, витамина D и/или бисфосфонатов, каждый год нужно проводить остеоденситометрию
- В случае развития тяжелых побочных эффектов (тромбоэмболия или тяжелая почечная недостаточность) ципротерон или медроксипрогестерон нужно заменить на агонисты гонадотропин-рилизинг гормона

### **Шкала оценки степени тяжести парафилии (Devo-Provera Scale)**

Интерпретация результатов: 6 и более баллов или наличие 3 или более факторов, отмеченных (а), могут говорить о необходимости назначить лечение антиандрогенами или агонистами гонадотропин-рилизинг гормона

Несколько парафилий – 1

Преобладание парафилии в сексуальности индивидуума (а) – 1

Парафильный интерес, диагностированный методом пенильной плетизмографии (а) – 2

Жертвы мужского пола (а) – 2

Несколько жертв – 1

Пациент не проживает вместе с жертвой – 1

Использование насилия при совершении полового преступления – 1

Нарушение работы центральной нервной системы (отставание в развитии, травма мозга и т. п.) (а) – 2

Психические заболевания в анамнезе – 1

Возраст полового преступника при запланированном выходе из мест лишения свободы меньше 30 лет – 1

Сексуальное насилие, совершенное в исправительном учреждении – 1

Сексуальное насилие, совершенное во время отбывания условного или испытательного срока – 1

Безуспешные попытки лечения в анамнезе – 2

# Практические рекомендации Парафилии



Перевод: Филиппов Д.С.  
Редакция: Касьянов Е.Д.

Doctorsan.ru  
PsyAndNeuro.ru