

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ «ПЕДОФИЛИЯ»**

ТАШКЕНТ – 2025

"УТВЕРЖДАЮ"
Директор Республиканского
специализированного научно-
практического медицинского центра
психического здоровья

З.Ш.Ашуров


_____ 202 _____ год

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ «ПЕДОФИЛИЯ»**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«ПЕДОФИЛИЯ»**

Ташкент-2025 г

1. Вводная часть

Коды по МКБ 10/11

F 65.4	Педофилия
https://icd.who.int/browse10/2010/en#	
6D32	Педофилия
https://icd.who.int/browse10/2025-01/mms/ru#517058174	

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта: Республиканский специализированный научно-практический центр психического здоровья

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

Алимов У.Х. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников.

Абдуллаева В.К. – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии ТашПМИ.

Список авторов:

Ашуров З.Ш. - д.м.н., проф., директор РСНМЦПН заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Ташкентской медицинской академии, главный психиатр и нарколог Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Президент Ассоциации психиатров Узбекистана.

Чембаев Б.Р.- PhD, заместитель директора РСНПМЦПЗ по психиатрии.

Рогов А.В. – PhD, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии ТашПМИ.

Рецензенты:

Сиволап Ю.П. - д.м.н., профессор кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета непрерывного медицинского образования РУДН имени Патриса Лумумбы

Велияева А.С.-заведующая кафедрой психиатрии, медицинской психологии и наркологии, Самаркандского государственного медицинского

Руководитель рабочей группы- д.м.н., профессор З.Ш.Ашуров. Директор РСНПЦПЗ

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканский Специализированный Научно-Практический Центр Психического Здоровья

« » _____ 2025 г.

Председатель Ученого Совета – Директор РСНПЦПЗ д.м.н., профессор З.Ш.Ашуров

Экспертная оценка со стороны специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

1. Ибодуллаев Зарифбой Раджабович - Ташкентская Медицинская Академия
2. Нурхаджаев Сабир Насирхаджаевич - Ташкентский педиатрический медицинский институт

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Список сокращений:

ГПУВ — генератор патологически усиленного возбуждения
АД — антидепрессанты
АПП — антипсихотики первого поколения
КТ – компьютерная томография
МРТ – магниторезонансная томография
ПАВ – психоактивные вещества
СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
ТТГ – тиреотропный гормон
ЭКГ - электрокардиография
ЭЭГ - электроэнцефалография
ЭСТ — электросудорожная терапия
МКБ – Международная классификация болезней
РДР – Рекуррентное депрессивное расстройство
ЭПС – экстрапирамидная симптоматика
ТЦА – трициклические антидепрессанты
DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

*препарат не включен в перечень ЖВЛ РУз или не зарегистрированы в РУз

Оглавление:

1.	Национальный клинический протокол диагностики и лечения по нозологии «Педофилия»	6-21-стр
2.	Национальный клинический протокол медицинского вмешательства по нозологии «Педофилия»	21-22-стр
3.	Национальный клинический протокол профилактики и реабилитации по нозологии «Педофилия»	22 - стр

Пользователи протокола:

1. Врачи-психиатры;
2. Врачи-детские психиатры
3. Психоневрологи
4. Врачи-психотерапевты
5. Клинические психологи
6. Врачи общей практики;
7. Организаторы здравоохранения
8. Врачи общей практики
9. Врачи-терапевты
10. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, магистры, докторанты

Категории пациентов: пациенты с расстройством сексуального предпочтения в отношении детей.

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ

1.1 Определение

Педофилия— это расстройство сексуального предпочтения, характеризующееся стойким сексуальным влечением, рецидивирующими интенсивными сексуальными фантазиями, позывами или поведением к детям (мальчикам, девочкам или к тем и другим) обычно препубертатного (с 7 до 10 лет) или раннего пубертатного возраста (возраста полового созревания, с 8—9 лет у девочек и с 10—11 у мальчиков), которое приводит к дистрессу (состояние страдания, при котором человек не может полностью адаптироваться к стрессовым факторам и вызванному ими стрессу и демонстрирует дезадаптивное поведение), или негативным последствиям, выражением которого являются сексуальные мысли, фантазии, побуждения или действия.

1.2 Распространенность

Большинство педофилов – мужчины. Распространенность заболевания неизвестна, но, по оценкам, составляет до 3% взрослого мужского населения и значительно меньше у женщин (2). В настоящее время педофилия является наиболее распространенной формой *расстройства полового влечения* и составляет 48,8 % среди всех расстройств влечения. Отмечается также высокая рецидивность. До 44% педофилов в выборке сексуальных преступников были в старшем возрастном диапазоне (возраст 40-70 лет). По

сравнения с насильниками и сексуальными садистами, педофилы составляют 60% всех преступников старшего возраста, что указывает на то, что в более поздние годы педофилы совершают преступления чаще, чем другие сексуальные преступники. 93% педофилов имеют половые контакты со взрослыми и у 50-70% есть ассоциированные парафилии.

1.3 Этиология и патогенез

Множественные исследования показывают, что по сравнению с контрольной группой в мозге педофилов существуют как структурные, так и функциональные различия в корковой и подкорковой структурах (например, в лимбической системе, фронто-стриатальной зоне) (1). У гетеросексуальных педофилов, не имеющих склонности к насилию и садизму, обнаруживалось значительное снижение уровней тестостерона, по сравнению с другими мужчинами, с одновременным повышением уровней пролактина. Педофилия более часто обнаруживается в семьях педофилов, чем в семьях обладателей иных парафилий.

По Ткаченко с соавторами при парафилиях поражаются мозговые системы, ответственные за формирование базовой идентичности, в результате этого у человека нарушается последующий психосексуальный онтогенез, состоящий из: 1) формирования половой идентичности, 2) формирования полоролевого поведения, 3) формирования психосексуальной ориентации. При неправильном формировании половой идентичности, что, в свою очередь, вызвано органическим поражением головного мозга, остальные два этапа проходят искажённо.

Александр Бухановский считает, что парафилии, и педофилия, в частности, являются частным случаем нехимической болезни зависимого поведения. Механизм образования и развития любой нехимической зависимости связан с возникновением и деятельностью патологической системы, ядром которой является агрегат спонтанно активирующихся гиперреактивных нейронов — генератор патологически усиленного возбуждения

В психологической теории выделяют ряд взглядов на формирование аномального сексуального поведения:

- *Теория импринтинга.* В основе теории предположение, что существуют унаследованные и запечатленные индивидом реакции в процессе воспитания. Формирование педофилических тенденций происходит по

принципу отрицательной имитации. Иными словами, став жертвой насилия в детстве повторяется модель поведения насильника во взрослом возрасте. Исследования показывают, что педофилы предпочитают возраст, в котором сами имели насилие или психотравму.

- *Теория психического инфантилизма.* В основе теории, влечение к несовершеннолетним объясняется психосексуальным инфантилизмом, своего рода «застреванием» в детстве (на подростковой стадии сексуальной активности). Данный подход наиболее авторитетный в сексологии и психологии девиантного поведения.
- Теория социальной детерминации в формировании педофилии. В основе теории выделение психосоциальных факторов, влияющих на этиопатогенез: эмоциональная депривация, дисгармонии в родительской семье, сексуализированное и инцестуозное поведение от родителей, и пр.

Факторы риска

Выделяют следующие факторы, оказывающие влияние на формирование расстройства сексуального предпочтения в виде педофилии:

Биологические предпосылки.

Наследственная отягощенность алкоголизмом и/или наркоманией;

Неблагоприятное протекание беременности (особенно первый триместр);

Преждевременные роды;

Родовые травмы;

Психосоциальные предпосылки.

Инфантилизм;

Выраженные черты феминности (для представителей мужского пола).

Трудности в интериоризации мужской половой роли;

Нарушения в фазах психосоциального развития

Искажение половозрастного самосознания (идентичности);

Коммуникативные нарушения со сверстниками, недостаточность эмпатии;

Тенденция к идентификации с сексуальным партнером (ребенком).
Когнитивная составная полового самосознания существенно нарушена и искажена

1.4 Классификация

Влечение, может быть, к детям или подросткам одного или нескольких полов. Педофилов больше привлекают дети противоположного пола, чем дети своего пола (в отношении 2:1) (3). В большинстве случаев педофил знаком ребенку, он может быть членом семьи, отчимом или авторитетным человеком (например, учителем, священником, репетитором). При неинцестных случаях педофилии наблюдение за раздетыми детьми и ласкание их гениталий кажется более распространенным, чем половой акт (4).

Согласно руководству по диагностике и статистике психических расстройств, и в зависимости от предпочтения детей разного пола, различают:

- бисексуальную педофилию
- гетеросексуальную педофилию
- гомосексуальную педофилию

дополнительно рассматриваются:

А) смешанная или педогербефильная – в качестве сексуальных объектов рассматриваются обе возрастные группы (дети младшего возраста и подростки).

В) классическая (другое название – педофильная) – парафилическое желание направленно исключительно на детей (включая младенцев) допубертатного периода (младше 10-11 лет)

С) гербефильная – больной испытывает влечение к лицам пред- и пубертатного возраста (подросткам, не достигшим окончательного полового созревания);

Кроме того, педофилия делится на эксклюзивной вид (влечение исключительно к допубертатным детям (истинная педофилия)) или неэксклюзивной вид (влечение и к детям, и к взрослым заместительная педофилия).

МКБ-11: 6D32 Педофилия

Педофильное расстройство характеризуется устойчивым, целенаправленным и интенсивным характером сексуального возбуждения, что проявляется в постоянных сексуальных мыслях, фантазиях, побуждениях или поведении, связанных с препубертатными детьми. Кроме того, для того, чтобы

диагностировать педофилическое расстройство, индивидуум должен был действовать, согласно этим мыслям, фантазиям или убеждениям или быть сильно обеспокоенным ими. Этот диагноз не распространяется на сексуальное поведение среди детей до и после полового созревания с близкими по возрасту сверстниками.

DSM-5 сохраняет три диагностические критерии для этого расстройства:

- Наличие воображаемых сексуально возбуждающих фантазий, сексуальных импульсов или поведения, повторяющихся неоднократно и интенсивно в течение не менее 6 месяцев, включая сексуальную активность с ребенком или детьми препубертатного возраста;
- Фантазии, сексуальные импульсы или поведение являются источником клинически значимого страдания или изменения социального функционирования, профессионального или в других важных областях;
- Субъект должен быть старше 16 лет и старше ребенка как минимум на 5 лет.

1.5 Клиническая картина

Основная часть педофилов реализует сексуальные потребности лишь в соответствующих сексуальных фантазиях, мастурбаторных фантазиях, несексуальном общении с детьми, общении в Интернете, просмотре визуальной продукции соответствующего содержания. В случаях педофилии довольно редко встречаются половые акты, так же, как и изнасилования. Обычно все зиждется на «добровольных» началах. Лишь молодые мужчины могут использовать запугивания и угрозы. Жертвами сексуальных посягательств преимущественно становятся девочки - 75%. Педофилия чаще встречается и проявляется у мужчин. В число педофилов включены люди, которые изначально всегда предпочитали детей определённого возраста (истинная педофилия), а также предпочитающие взрослых сексуальных партнёров, но из-за проблем зрелого сексуального функционирования обращающиеся к детям в качестве замены (заместительная педофилия).

Педофилическая парафилия, в клиническом проявлении, сопровождающаяся компульсивным желанием, попытками совершить половой акт с несовершеннолетним (малолетним), встречается редко. Чаще симптомы и признаки педофилии проявляются в виде:

- повторяющихся, навязчивых фантазий, снов, касающихся совершения действий сексуального характера с малолетними, сопровождающихся половой разрядкой или без таковой;

- просмотра картинок, фильмов, книг эротического, порнографического характера изображающих, описывающих детей с сопутствующей мастурбацией;
- желаний контактировать с детьми, прикасаться во время совместной деятельности (игр, обучения, рисования, чтения, бесед)(5).

Педофилы, в отличие от остальных людей, склонны эротизировать обычные явления и находить сексуальные мотивы, эротизм в обычных действиях, в обычном поведении детей. К детям их может привлекать собственная эмоциональная изоляция, потребность в дружбе, так как от детей гораздо легче получить эмоционально теплый ответ, чем от взрослых.

Обязательным для установления диагноза «педофилия» считается достижение субъектом (старшим партнёром), по меньшей мере, 16-летнего возраста, и наличие не менее чем 5-летней разницы с объектом посягательства.

У мужчин, в клинической практике чаще наблюдается разделение на три основные возрастные группы:

1. Мужчины до 25 лет- в связи с ретардацией психосексуального и эмоционального развития не умеют налаживать контакт со сверстниками и ухаживать за ними. В следствии чего выбор сексуального партнера переносится на более слабых и незащищенных представителей социума - детей.
2. Мужчины до 30 лет – в данной группе преобладают женатые мужчины с достаточным багажом сексуального опыта при этом, не сумевшие устроить свои сексуальные и социальные отношения в желаемом контексте, или же фрустрированные мужчины, которые получают половое удовлетворение в игре с девочками и не рискуют пойти на близость со взрослыми женщинами.
3. Пожилые мужчины - среди пожилых чаще всего встречаются лица одинокие и страдающие половыми расстройствами. Одинокие ищут в общении с девочками выхода из своего сиротливого положения, большинство из них также испытывают трудности в контактах с женщинами, а пожилые мужчины с половыми расстройствами используют это общение для стимуляции своей угасающей сексуальности.

По характеру отношений между педофилом и жертвой можно выделить три группы сексуальных посягательств:

- внутри семьи (отцы, отчимы и иные родственники, входящие в ближайшее окружение ребёнка);

- знакомые ребёнку лица (друзья семьи, работники детских учреждений);
- незнакомые ребёнку лица.

В случаях *внутрисемейного насилия* на долю отчимов, (включая сожителей матери), дедушек, дядей и старших братьев жертв приходится большее количество преступных посягательств. "Лидерство" в этой группе с большим отрывом занимают отчимы и сожители матери. В случаях *внесемейных сексуальных* посягательств треть виновных составляют лица, на которых были возложены обязанности по воспитанию и обучению несовершеннолетних, организации их досуга: учителя, работники детских садов, тренеры спортивных секций, сотрудники досуговых клубов.

Практически не встречаются случаи, когда на детей младше 7 лет посягают посторонние лица. Опасность изнасилования малознакомым или незнакомым лицом становится реальной для девочек в возрасте от 14-ти лет и старше. Риск подвергнуться сексуальному насилию со стороны незнакомых лиц возрастает у старших подростков вследствие значительного расширения их социальных контактов.

При исследовании восприятия жертв насильниками и педофилами–инцестниками оказалось, что правонарушитель часто погружен в себя, извращает реакции жертвы в предвкушающее – последовательной манере, ожидая от нее желания и наслаждения от контакта, что отражает неспособность компетентно оценивать состояние другого человека.

Стили педофильного поведения разнятся:

- предпочтение однократным контактам со случайно встреченными детьми, чему, кроме иных причин, в немалой степени способствует страх перед разоблачением и уголовным наказанием.
- предпочтение более или менее длительным контактам.
- постоянные, для чего даже оформляют попечительство или опеку.

Коморбидность

Коморбидность с психическими заболеваниями были выявлены (расстройства настроения и больше психопатологии). Исследование педофилов в лечении оценивает две трети истории психических и тревожных расстройств, 60% - злоупотребление психоактивными веществами и 60% - расстройства личности.

С точки зрения личности, у насильников в большей степени преобладают истерические и ипохондрические, а также психотические (параноидальные, шизофренические и психастенические) черты характера. Другое исследование выявляет 61% пациентов с расстройствами личности, в

основном избегающим расстройством личности и пограничным расстройством личности. Депрессия и интроверсия также являются характерными чертами этих пациентов. Однако эти признаки не означают, что существует прямая связь с педофилией. Что касается суицидальных наклонностей, 46% говорят, что они серьезно рассматривали это из-за своего сексуального интереса, 32% рассматривают это и 13% уже пробовали.

Детская порнография - более надежный индикатор, чем сексуальное насилие над детьми, хотя непедофилы также употребляют этот вид порнографии. Среди педофилов, совершивших насилие, 37% признают, что употребляли только детскую порнографию, 21% признают, что только прикасались, а 42% признают, что совершали и то, и другое.

2.1 Жалобы и анамнез

5С

Всем пациентам в качестве первичной диагностики рекомендуется проведение мероприятий по выявлению симптомов:

- явления импульсивного влечения к детям пубертатного и допубертатного возраста
- симптомы страдания, при котором человек не может полностью адаптироваться к стрессовым факторам и вызванному ими стрессу и демонстрирует дезадаптивное поведение в условиях невозможности реализации сексуального влечения
- имеет ли пациент влечение исключительно к детям в препубертатном возрасте (исключительный тип) или и к детям, и к взрослым (неисключительный тип).
- привлекают ли пациента сексуально мужчины, женщины или лица обоих полов.
- ограничены ли его поведение/побуждения/фантазии только инцестом.
- – получить данные анамнеза или медицинской документации о наличии эпизодов действий сексуального характера в отношении детей
- – собрать анамнестические данные о наличии травм, инфекционных заболеваний головного мозга, соматических заболеваний, непосредственно предшествовавших появлению симптомов импульсивного влечения к детям пубертатного или до пубертатного возраста

- – провести целенаправленный опрос пациента и членов его семьи, для исключения факта приема пациентом ПАВ или лекарственных препаратов

2.2 Физикальное обследование

5С

В дополнение к стандартному физикальному обследованию всем пациентам рекомендовано провести:

- осмотр кожных покровов с целью выявления следов от инъекций для исключения факта приема пациентом ПАВ или лекарственных препаратов;
- оценку патологических произвольных движений и мышечного гипертонуса для исключения экстрапирамидных побочных эффектов при приеме антипсихотиков

2.3 параклинические методы исследования

5С

Не существует каких-либо параклинических методов диагностики педофилии, наиболее информативными принято считать:

1. Плетизмографии (представляет собой набор методов, используемый для измерения объемов, в сексологии при демонстрации соответствующих патологическому влечению объектов) полового члена у мужчин и вагинальный у женщин являются наиболее объективным показателем педофилической реакции.
2. Оценка Абеля на предмет сексуального интереса (также оценка Абеля на предмет интереса к парафилиям) — это оценочный тест, предназначенный для измерения сексуального интереса к различным предметам - и особенно для измерения тенденции к педофилии.
3. просмотр изображений с помощью эффекта Струпа распознает девиантный сексуальный интерес к детям. Глаз слежения и расширение зрачков являются методы измерений.
4. Функциональная магнитно - резонансная томография дает четкую информацию о сексуальных предпочтениях (шаблон) , который может быть использованы для диагностики.

5С

Перед назначением терапии, для проведения дифференциальной диагностики педофилии с другими заболеваниями, при необходимости госпитализации и для оценки различных рисков соматическому здоровью всем пациентам рекомендовано провести дополнительные методы обследования к которым относятся:

- исследование уровня общего гемоглобина в крови
- исследование уровня эритроцитов в крови
- исследование уровня тромбоцитов в крови
- исследование уровня лейкоцитов в крови
- дифференцированный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула)
- определение цветового показателя
- определение моноцитов, фагоцитирующих бета-амилоид
- исследование скорости оседания эритроцитов
- исследование уровня эозинофильного катионного белка в крови
- исследование уровня креатинина сыворотки крови
- определение белка в моче,
- обнаружение гемоглобина в моче,
- обнаружение эритроцитов (гемоглобина) в моче
- исследование уровня креатинина в моче,
- исследование уровня мочевины в моче
- исследование уровня креатинина в крови
- исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови
- исследование уровня свободного трийодтиронина (СТЗ) в крови
- исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови
- исследование уровня общего билирубина в крови
- определение активности аспартатаминотрансферазы в крови
- определение активности аланинаминотрансферазы в крови
- исследование уровня липопротеинов в крови
- исследование уровня холестерина в крови
- исследование уровня триглицеридов в крови
- исследование уровня глюкозы в крови
- исследование уровня холестерина липопротеинов высокой плотности в крови
- исследование уровня холестерина липопротеинов низкой плотности

Перед назначением терапии, для проведения дифференциальной диагностики педофилии с другими заболеваниями, при необходимости госпитализации и для оценки различных рисков соматическому здоровью всем пациентам рекомендовано провести дополнительные методы обследования [32, 37 и др.], к которым

относятся:

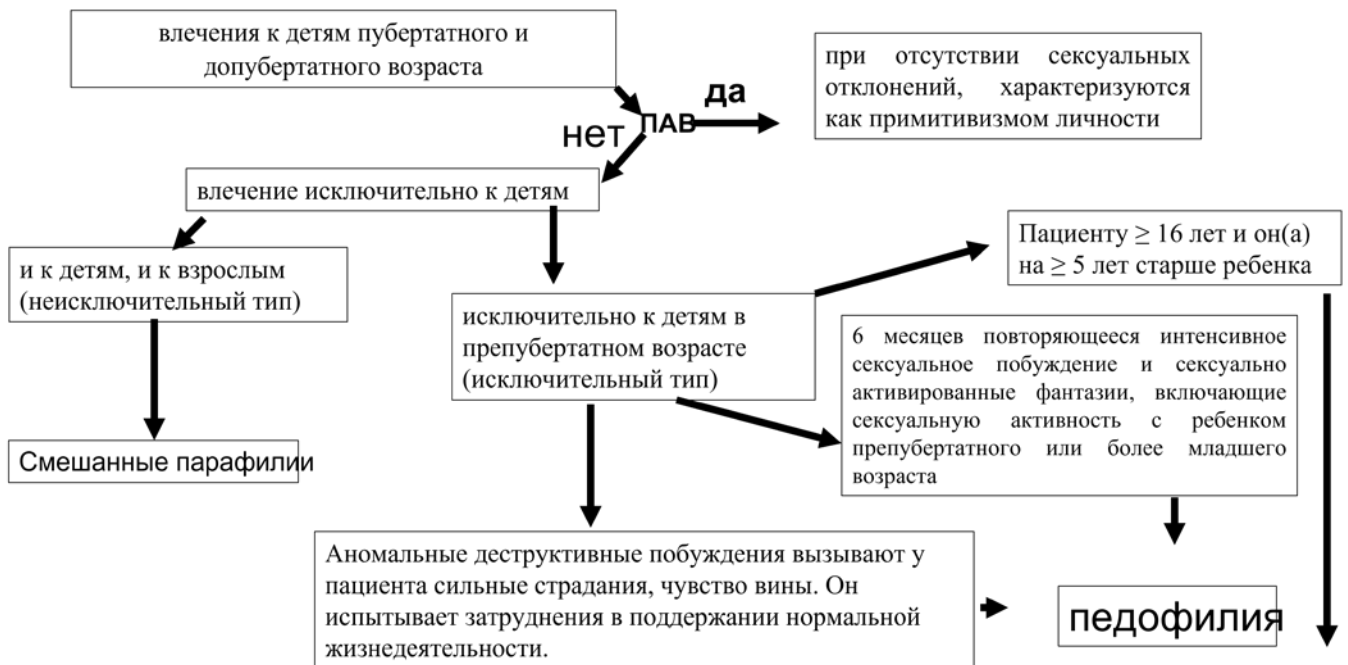
- электрокардиография (ЭКГ)
- электроэнцефалография (ЭЭГ)
- Для оценки метаболического синдрома всем больным с избыточной массой тела рекомендовано
- измерить артериальное давление
- провести измерение окружности талии, определение индекса массы тела

Клинические критерии диагностики

- Пациенту ≥ 16 лет и он(а) на ≥ 5 лет старше ребенка, на которого направлены фантазии или поведение
- За период, по меньшей мере, 6 месяцев повторяющееся интенсивное сексуальное побуждение и сексуально активированные фантазии, включающие сексуальную активность с ребенком препубертатного или более младшего возраста (обычно в возрасте 13 лет или младше);
- Эти фантазии, сексуальные побуждения или действия причиняют сильное страдание и способствуют ухудшению социального, профессионального и другого функционирования;
- Эти симптомы не подпадают под другие классификации психических расстройств (маниакальный эпизод, бредовые расстройства, эротомания);
- Эти симптомы возникают вне зависимости от употребления токсических веществ (злоупотребление наркотиками, алкоголем или лекарственными средствами), хотя и могут усиливаться вследствие воздействия токсических веществ;
- Восстановление психо-социального благополучия личности достигается через так называемую компульсивную агрессию, через обсессивно-компульсивные сексуальные действия по отношению к детям, несмотря на осознаваемую опасность наказания за такие действия. То есть существенным признаком парафильного поведения является утрата контроля над своими импульсами, снижение

прогнозирования неблагоприятных последствий для субъекта вследствие резкого сужения сознания в момент деликта.

Алгоритм диагностики



Терапия проводится комплексно и включает:

Медикаментозное лечение. Фармакотерапия дополняет психотерапию и состоит из двух направлений:

Снижение сексуального влечения (в клинических случаях классического вида педофилии). Применяются препараты:

- из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) – для уменьшения компульсивности, снижения уровня агрессии, купирования импульсов;

(пароксетин 20-40 мг/сут, эсциталопрам 10-20 мг/сут, циталопрам 20-40 мг/сут, сертралин 50-200 мг/сут), либо СИОЗСН (венлафаксин 75-225 мг/сут, дулоксетин 60-120 мг/сут)

Рекомендованные дозы СИОЗИ и СИОЗСН

Генерическое название	Стартовая доза (мг/с)	Диапазон доз (мг/с)
<i>Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина</i>		
Пароксетин**	20	20-50
Сертралин**	50	50-200
Флувоксамин	50-100	100-300
Флуоксетин**	20	20-80
Циталопрам	20	20-40
Эсциталопрам	10	10-20
<i>Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина</i>		
Венлафаксин	75	75-375
Дулоксетин	60	60-120
Милнаципран	100	100

- корректоры уровня гормонов (антиандрогенов) – блокаторы тестостерона, ответственного за реакцию полового возбуждения (выбор препарата и необходимая доза назначается в соответствии с утвержденными протоколами врачами андрологами)

Психотерапию – основной метод лечения и коррекции сексуальных девиаций. Целью становится помощь больному в осознании, контроле педофильных фантазий, побуждений, поиске альтернативных способов удовлетворения половых потребностей, улучшение самооценки, развитие социальных навыков, преодоление депрессии и тревоги, связанных с расстройством. Из-за деликатности, интимности проблемы, проводится только индивидуальная работа, групповые сеансы не практикуются. Используются психотерапевтические практики:

- когнитивно-поведенческая терапия;
- психоанализ;
- рационально-эмоциональная терапия;
- бихевиоральная терапия;
- альтернативные практики – арт-, музыкальная, ролевая, игровая терапия, библио-терапевтические приемы.

ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ПЕДОФИЛИЯ»

Важный момент – предупреждение развития парафилии у лиц, имеющих педофильные наклонности недостаточной степени выраженности для

постановки диагноза. Необходимо принять меры, чтобы деструктивные тенденции не приобрели патологического развития

Профилактика развития парафилий у детей и подростков включают:



- создание условий для здорового сексуального развития;
- формирование правильных представлений о половых отношениях, сексуальных правах и обязанностях, нормах и ценностях;
- создание благожелательной, доверительной атмосферы в семье;
- информировании о рисках, предупреждение контактирования с потенциально-опасным контингентом;
- контроль родителями контента, получаемого ребенком в интернете, книгах, фильмах, наблюдение активности в социальных сетях, мониторинг круга общения ребенка;
- формирование навыков защиты от сексуального насилия;
- развитие критического мышления и самоуважения, привитие уважения к своему телу и чужому пространству;
- информирование о признаках и последствиях педофилии (уголовном наказании по соответствующей статье), о возможных способах помощи и поддержки.

Список литературы

1. Cohen LJ, Galynker II: Clinical features of pedophilia and implications for treatment. *J Psychiatr Pract* 8(5):276-289, 2002. DOI: 10.1097/00131746-200209000-00004
2. DSM-V work on paraphilias begins in earnest. — Free Online Library (англ.). Thefreelibrary.com (1 декабря 2009). Дата обращения: 24 апреля 2012.
3. Federoff JP: Pedophilia: Interventions that work. *Psychiatric Times* 33(7): 2016.
4. Freund K, Watson RJ: The proportions of heterosexual and homosexual pedophiles among sex offenders against children: An exploratory study. *J Sex Marital Ther* 18(1):34-43, 1992. doi: 10.1080/00926239208404356
5. Hall RC, Hall RCW: A profile of pedophilia: Definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. *Mayo Clin Proc* 82(4):457-471, 2007. doi: 10.4065/82.4.457

6. Hall RCW, Hall RCW: A profile of pedophilia: Definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. *Mayo Clin Proc* 82(4):457-471, 2007. doi: 10.4065/82.4.457
7. Kirk-Provencher KT, Rebecca J Nelson-Aguiar RJ, Spillane NS: Neuroanatomical differences among sexual offenders: A targeted review with limitations and implications for future directions. *Violence Gend* 7(3):86-97, 2020. doi: 10.1089/vio.2019.0051
8. psychiatr.clinic/regions/tashkent/rastroystva/pedofiliya/
9. Seto MC, Kingston DA, Bourget D: Assessment of the paraphilias. *Psychiatr Clin North Am* 37(2):149-161 2014. doi: 10.1016/j.psc.2014.03.001
10. Дерягин Г. Б. Педофилия : пояснения для посторонних : [арх. 17 марта 2010] // Сексология и сексопатология. — 2006. — № 2. — С. 37—46.