

Современные представления о синдроме тревожного ожидания сексуальной неудачи (Лекция)

Г.С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Представлены данные научных исследований автора относительно формирования синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин, патогенеза сексуальных дисфункций, обусловленных им, его сексологических и не-сексологических проявлений, общие сведения о терапии этого синдрома.

Ключевые слова: мужчины, тревожное опасение/страх сексуальной неудачи, формирование, патогенез, клинические проявления, терапия.

Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН) – один из наиболее часто диагностируемых сексопатологических синдромов у мужчин, обращающихся за сексологической помощью. Мы диагностировали его у 20,6% мужчин с различными сексуальными дисфункциями (Г.С. Кочарян, 1992). Детально он был изучен во второй половине 80-х – начале 90-х годов XX столетия (Г.С. Кочарян, 1990, 1991, 1992). В западной литературе СТОСН известен под названием «страх сексуальной неудачи» (fear of sexual failure). Основным в этом синдроме являются опасения/страх невозможности выполнения или нарушения способности к полноценному осуществлению полового акта. Указанные опасения/страх максимально выражены в обстановке интимной близости, что, как правило, приводит к нарушению сексуальных функций вследствие их дезавтоматизации.

СТОСН может существовать в двух ипостасях:

- в форме тревожного опасения сексуальной неудачи, которая характеризуется навязчивыми мыслями о возможной сексуальной неудаче и гиперконтролем напряжения полового члена (если опасение касается прогнозируемых расстройств эрекции);
- в форме страха сексуальной неудачи («коитофобии»), характеризующейся более выраженной представленностью эмоционального компонента навязчивости и сопровождающегося описанными нами выраженными вегетативными нарушениями (Кочарян, 1992).

При этой форме в случаях, когда речь идет о прогнозировании большого расстройств эрекции, выраженный гиперконтроль напряжения полового члена также присутствует. Следует иметь в виду, что термин «коитофобия» не следует сводить только к боязни потерпеть фиаско при попытке осуществления полового акта, что и лежит в основе страха его проведения. Коитофобия может быть обусловлена и другими факторами.

Среди пациентов, обращающихся за сексологической помощью, СТОСН чаще всего диагностируется у больных с невротическими расстройствами. При этом на долю так называемого невроза ожидания неудачи (в МКБ-10 он относится к рубрикам F40.1 и F42) приходится наибольшее число случаев. Вместе с тем данный синдром диагностируется и при некоторых расстройствах личности (психопатиях), а также у больных с эндогенной психической патологией, например при шизофрении. Кроме того, СТОСН часто усугубляет течение сексуальных расстройств, изначально обусловленных соматической патологией.

Существует три варианта формирования рассматриваемого синдрома (Г.С. Кочарян, 1992). В первом случае его по-

явление предшествует возникновению сексуальных нарушений (*доманифестное формирование*). Во втором – первые сексуальные контакты с новыми партнершами непременно сопровождаются тревожным ожиданием неудачи, что ведет к копулятивным «сбоям». Тем не менее последующие половые акты с этими же женщинами протекают без изъянов, так как СТОСН довольно быстро ликвидируется (*манифестное формирование*). Третий вариант характеризуется развитием названного синдрома после возникновения сексуальных нарушений (*постманифестное формирование*). У большей части больных с последним вариантом формирования СТОСН он развивается остро или подостро (спустя одну или несколько неудачных попыток), а у меньшей – постепенно (с момента возникновения половых расстройств проходит довольно продолжительный период времени: месяц, годы).

Инициировать развитие СТОСН могут:

- боязнь последствий мастурбации (в настоящее время исключительно редко);
- физиологические колебания сексуальных функций;
- временные ослабления потенции, вызванные физическим и эмоциональным перенапряжением, употреблением алкоголя;
- ситуационно обусловленные сексуальные дисфункции (проведение интимной близости в несоответствующих условиях);
- неадекватная оценка нормальных параметров своих половых функций;
- негативная оценка сексуальных качеств мужчины его сексуальной партнершей (упреки, оскорбления);
- наличие истинных сексуальных расстройств, обусловленных другой патологией и мн. др.

Среди внутренних причин, способствующих возникновению этого синдрома, следует, в частности, назвать тревожно-мнительные черты характера, которые наблюдаются при некоторых акцентуациях характера и расстройствах личности (психастеническая и сенситивная акцентуации, ананкастное расстройство личности). В ряде случаев вызывающими факторами являются именно внутренние, в то время как экзогенные (психогенные) лишь способствуют развитию СТОСН.

Изучение патогенеза сексуальных расстройств у больных неврозом ожидания неудачи (Г.С. Кочарян, 1992) показало, что в их возникновении участвуют нарушения церебральной нервной регуляции, обусловленные дисфункцией мезодиаэнцефальных структур, которая имеет место во время интимной близости. На развитие этих расстройств может оказывать влияние снижение секрета тестостерона, ослабление его превращения в дигидротестостерон и гиперпролактинемия. Также существует психологическая модель формирования СТОСН (Г.С. Кочарян, А.С. Кочарян, 1986), обосновывающая его развитие с позиций концепции психологических функциональных системных механизмов.

Из ранее известных объяснительных схем возникновения половых дисфункций, обусловленных характеризуемым синдромом, может быть названа та, которая опирается на нейродинамическую концепцию И.П. Павлова, а также другая, рассматривающая возникновение сексуальных расстройств с

позиций учения о доминанте А.А. Ухтомского (С.И. Грошев, 1967). Помимо этого, развитие невроза ожидания неудачи объясняют (G. Kockott, 1980) с помощью теории двух фаз Моврера. Существует и трактовка рассматриваемого синдрома в контексте теории функциональных систем П.К. Анохина (С.Т. Агарков, 1984).

Среди сексологических симптомов у больных неврозом ожидания неудачи (Г.С. Кочарян, 1992) чаще других встречаются расстройства эрекции (гипоэрекция, анэрекция, неустойчивая и ундулирующая эрекция, торпидное возникновение напряжения полового члена), реже – расстройства эякуляции (в подавляющем большинстве случаев – ускоренное семяизвержение). Несколько реже эякуляторных расстройств наблюдается снижение либидо и значительно реже – легкая гипооргазмия. Названные симптомы могут существовать изолировано и в различных сочетаниях.

При упомянутом неврозе страдают как адекватные, так и (в более выраженных случаях) спонтанные эрекции (дневные, утренние, ночные). Наиболее сохранными из спонтанных эрекций являются связанные со сном ночные, так как именно в этот период опасение неудачи и обусловленный им гиперконтроль напряжения полового члена либо вовсе отсутствуют, либо выражены в минимальной степени (Г.С. Кочарян, 1992).

Помимо отмеченных копулятивных нарушений у половины больных выявляется симптом сексуальной гипестезии-анестезии, который выражается частичной или полной блокадой сладострастных ощущений, испытываемых при телесном контакте с партнершей во время интимной близости (Г.С. Кочарян, 1992).

Интенсивность опасений неудачи претерпевает изменения даже на протяжении небольших промежутков времени, что естественно сказывается на половых функциях. Так, отмечается снижение этой интенсивности в просоночном и постпросоночном состояниях, что в ряде случаев может проявляться качественными половыми актами в ночные и утренние часы. Помимо этого, незапланированные половые акты часто бывают более полноценными, чем запланированные, а иногда даже безупречными, так как в первом случае упомянутые опасения либо не успевают «включиться» в полной мере, либо вообще не успевают «включиться» (Г.С. Кочарян, 1992).

Выделены следующие симптомообразующие факторы (Г.С. Кочарян, 1992), участвующие в формировании копулятивных расстройств у больных неврозом ожидания неудачи:

1. «Смысловое поле» (семантика) опасения неудачи, характеризующее какие именно сексуальные нарушения прогнозируются больным (эрекционные, эякуляторные, а может быть, те и другие). Исключительно редко, что было отмечено нами совсем недавно, речь может идти о боязни отсутствия или выраженного снижения либидо.

2. Эмоциональное напряжение.

3. Гиперконтроль половых функций.

4. Сексологическая симптоматика, изначально обусловленная другой патологией, на которую наслаивается усугубляющее влияние СТОСН.

5. Личностные реакции на половое расстройство.

6. Сексуальная дизритмия.

7. Основные симптомы, определяющие появление производных от них копулятивных нарушений (например, гипоэрекция может обусловить увеличение продолжительности полового акта или даже анэякуляцию).

Первые из четырех вышеназванных факторов специфичны для СТОСН, а остальные таковыми не являются и могут участвовать в формировании копулятивных нарушений при любых других формах сексуальных расстройств.

У больных неврозом ожидания неудачи в обстановке интимной близости отмечаются психовегетативные нарушения,

которые могут носить характер ситуационных пароксизмов и субпароксизмальных состояний симптоматико-адреналового или смешанного характера (Г.С. Кочарян, 1992). Симпатико-адреналовые пароксизмы и субпароксизмальные состояния проявляются учащенным сердцебиением, ознобом, ознобоподобными гиперкинезами. Очень редко отмечаются неприятные ощущения в области сердца и за грудиной. В случае смешанных вегетативных пароксизмов и субпароксизмальных состояний, помимо перечисленных выше явлений, у пациентов наблюдаются затруднения дыхания на вдохе, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, урчание в животе, позывы на дефекацию, повышенное потоотделение, редко – позывы к мочеиспусканию и чувство жара.

Также у пациентов с характеризуемым неврозом во время интимной близости имеют место (Г.С. Кочарян, 1992) различные психосенсорные расстройства (в голове, туловище, конечностях, половых органах).

Помимо представленной симптоматики мужчин с данной патологией во время интимной близости, а нередко в течение всего дня преследуют мысли о сексуальной несостоятельности. Также у них могут обнаруживаться различные проявления астенического синдрома и снижение настроения разной степени выраженности. У части пациентов фиксируются отсутствовавшие у них до развития характеризующей патологии повышенная мнительность, замкнутость, скрытность, повышенная ревнивость, уступчивость, молчаливость, задумчивость, которые носят динамический характер и нивелируются после ликвидации сексуальной проблематики (Г.С. Кочарян, 1992).

У большей части мужчин невроз ожидания неудачи ведет к возникновению сексуальных расстройств и всегда занимает стержневое место в их структуре. У меньшей части пациентов этот невроз усугубляет течение половых расстройств, изначально вызванных другими причинами, и чаще играет вспомогательную роль в их организации.

Очень часто у больных неврозом ожидания неудачи во время и вне интимной близости отмечаются различные изменения поведения (Г.С. Кочарян, 1991). В первом случае речь идет об использовании ими приемов психической саморегуляции сексуальных функций: самовнушения, переключения внимания, эротической аутосенситизации. Последняя представляет собой часто опосредованное самовнушением усиление телесного контактного восприятия специфических стимулов во время интимной близости, достигаемое благодаря сосредоточению внимания пациентов на испытываемых ими приятных ощущениях. Эти приемы направлены либо на борьбу с тревожным опасением неудачи, либо непосредственно на улучшение половых функций. Различная степень результативности использования указанных приемов в различные периоды времени наблюдается примерно у половины мужчин.

Изменения поведения, которые отмечают у больных характеризуемым неврозом вне интимной близости, как показали наши исследования (Г.С. Кочарян, 1991), неоднозначны и отличаются по степени сложности и осознанности. Это могут быть:

- исключение общения с женщинами на сексуальном, эротическом или даже платоническом уровне;

- гипертрофия прежних увлечений или возникновение новых, интенсификация учебы, уход в работу и выполнение общественных нагрузок (сублимация);

- различные варианты обесценивания женщин, достигаемого за счет работы механизма психологической защиты;

- компенсация своего сексуального дефекта более внимательным отношением к супруге и помощью ей в выполнении домашней работы, а также стремлением дополнительными заработками пополнить семейный бюджет.

С целью ликвидации сексуальных нарушений мужчины в ряде случаев по собственной инициативе прекращают употреблять алкогольные напитки, курить, начинают заниматься различными оздоровительными системами. Фиксируются и многие другие трансформации поведения, например, алкоголизация (Г.С. Кочарян, 1991).

Существуют **континуальный и альтернирующий варианты** течения невроза ожидания неудачи (Г.С. Кочарян, 1992). При первом из них СТОСН существует в течение какого-то определенного времени практически постоянно, а при втором – то исчезает, то появляется вновь. Как при континуальном, так и при альтернирующем варианте течения данного невроза СТОСН может быть как **тотальным** (проявляться в обстановке интимной близости с любой женщиной), так и **селективным** (быть выраженным только по отношению к одной партнерше). В последнем случае половые акты, проводимые с другими женщинами, протекают без изъянов.

Также нами был выявлен такой вариант СТОСН, который может быть назван **синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи инициального периода** (Г.С. Кочарян, 1995, 2013). Речь идет о тех случаях, когда тревожное ожидание неудачи неизменно появляется при одном или нескольких первых сексуальных контактах с новой партнершей, однако в процессе привыкания к ней довольно быстро ликвидируется наряду с обусловленной им сексологической симптоматикой. Так, например, у одного из наших пациентов такое явление отмечалось в течение 15 лет. Также существуют (Г.С. Кочарян, 1992) **андроцентрический вариант** СТОСН (мужчину беспокоят только его собственные сексуальные проблемы), **феминцентрический вариант** (пациента в основном беспокоят переживания женщины и ее состояние в связи с существующим у него половым расстройством) и **смешанный вариант**, сочетающий в себе характеристики того и другого вариантов. Следует отметить, что андроцентрический вариант СТОСН характеризуется большей тяжестью по сравнению с феминцентрическим.

Характер течения невроза ожидания неудачи зависит от личностных характеристик и партнерской ситуации. Так, например, при наличии черт тревожной мнительности, ссорах и конфликтах в семье (в первую очередь на сексуальной почве) возникают предпосылки для затяжного прогрессирующего течения характеризуемого невроза с тенденцией к приобретению им континуального и тотального характера.

Анализ сексуальной коммуникации в супружеских (партнерских) парах, когда у мужчин диагностируется названный невроз, свидетельствуют о том (Г.С. Кочарян, 1992), что существуют **декомпенсирующий** и, как это не парадоксально, **компенсирующий** варианты влияния половых расстройств, где диагностируется указанный невроз, на сексуальную гармонию. Второй из названных вариантов упомянутого влияния наблюдается редко и обуславливается увеличением по инициативе пациента продолжительности предварительного периода для усиления эрекции, что приводит к возникновению у партнерши оргазма, который не возникал у нее до развития полового расстройства у мужчины. При отсутствии сколько-нибудь значимого воздействия сексуальных нарушений на характеризуемую гармонию констатируют, что и до их появления оргазм у женщин никогда не возникал при половых контактах. В ряде других наблюдений отсутствие такого влияния связано с небольшой выраженностью копулятивных дисфункций у мужчин. В этих случаях оргазм у женщины наступает также часто, как и раньше, при этом не развивается дисбаланс потребностей в частоте сексуальных контактов у обоих партнеров.

Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, в том числе и невротического генеза, диагностируется у женщин, страдающих сексуальными расстройствами, гораздо

реже, чем у мужчин. Он обычно выражается опасением невозможности в очередной раз пережить оргазм.

Лечение больных со СТОСН невротического генеза предполагает использование психотерапевтических методов и биологической терапии. Превалирующей при этой патологии следует считать психотерапию. Из психотерапевтических воздействий применяются приемы разъяснительной, рациональной, когнитивной, рационально-эмотивной и позитивной терапии, которые направлены на объяснение механизмов сексуальных расстройств, коррекцию масштаба переживаний, обучение конструктивным способам мышления в создавшейся ситуации. В этой связи могут быть названы такие, предложенные нами, техники, как «ложный сигнал», «расширение сознания», «сопоставление по аналогии», «снижение ранга значимости сексуальных расстройств», «психотерапия с учетом механизма проекции» и др. (Г.С. Кочарян, 1991, 1994).

Для лечения больных с названной патологией используется самовнушение, в том числе контрастное, аутогенная тренировка, гипносуггестивная терапия (гипносуггестивное программирование и моделирование), поведенческая терапия, нейролингвистическое программирование (в частности, «метод взрыва навязчивости» и техника «взмах»), а также специальные техники, используемые для ликвидации страха сексуальной неудачи: «мнимый запрет» («запретный плод»), «медовый месяц» и обладающее психотерапевтическим действием «гинекологическое положение» (К. Imielinski, 1971, 1974), «вербальное раскрепощение» (С.И. Грошев, 1967), «чистосердечное признание» (S. Kratochvil, 1985), «охранная грамота» (А.М. Свядох, 1982), «эмоционально-стрессовое самовнушение в состоянии идеомоторной маятниковой пробы» (А.В. Гришин, 1988), лечебный петтинг (С.В. Владимиров-Клячко, 1972; С.С. Либих, 1990), «система эротической сенситизации» (Г.С. Кочарян, 1987), «способ коррекции поведенческих программ» (Г.С. Кочарян, 1991) и др. Также в последнее время для ликвидации СТОСН используется техника десенсибилизации и переработки движениями глаз, разработанная Ф. Шапиро (Г.С. Кочарян, 2007).

В связи с тем, что интимная близость представляет собой парный поведенческий акт и от каждого из участников во многом зависит ее качество, следует привлекать жен (сексуальных партнеров) в качестве сотерапевтов. При этом следует учитывать, что не только сексуальная техника влияет на качество сексуальных контактов. Существенное воздействие на него оказывают психологические взаимоотношения между мужчиной и женщиной. В связи с этим используется такой вид психотерапевтических воздействий, как супружеская терапия. В тех же случаях, когда в формировании нарушений отношений между супругами участвуют другие члены семьи, возникает необходимость в применении семейной терапии.

Также существуют рекомендации по использованию групповой терапии, однако она употребляется при рассматриваемой патологии довольно редко.

Для лечения СТОСН невротического генеза применяется медикаментозное лечение и физиотерапия (например, локальная декомпрессия полового члена, приводящая к его значительному увеличению, что может оказывать выраженное психотерапевтическое влияние). Из медикаментозных средств преимущественно используют траквилизаторы и гораздо реже – малые нейролептики, назначаемые в небольших дозах. Их прием в индивидуальном подобранном дозах рекомендуют приблизительно за 1–2 часа до интимной близости. В том случае, когда речь идет о выраженной общей невротической симптоматике, наблюдающейся и вне указанной близости, возникает необходимость в курсовом назначении лекарств вышеречисленных групп, а также применении адаптогенов, антидепрессантов (при выраженном снижении

настроения), препаратов, влияющих на метаболические процессы головного мозга (ноотропы), и других лекарственных средств.

Необходимо указать, что медикаментозное лечение и физиотерапия должны обязательно психологически потенцироваться, что усиливает их лечебное действие.

В последнее время в связи с революционными открытиями в фармакологии (силденафила цитрат и другие ингибито-

ры фосфодиэстеразы 5-го типа) лечение больных со СТОСН стало более эффективным.

Следует специально отметить, что часто речь может идти о сексуальных нарушениях смешанной этиологии, когда СТОСН выступает в качестве лишь одного из структурных компонентов, участвующих в организации целостного полового расстройства. В этих случаях, естественно, объем биологической терапии значительно расширяется.

Синдром тривожного очікування сексуальної невдачі у чоловіків

Г.С. Кочарян

Наведені дані наукових досліджень автора щодо формування синдрому тривожного очікування сексуальної невдачі у чоловіків, патогенезу сексуальних дисфункцій, зумовлених ним, його сексологічних та несексологічних проявів, загальні рекомендації щодо терапії цього синдрому.

Ключові слова: чоловіки, тривожне побоювання/страх сексуальної невдачі, формування, патогенез, клінічні прояви, терапія.

Fear of sexual failure in men

G.S. Kocharyan

Data of author's researches on the formation of fear of sexual failure in men, pathogenesis of sexual dysfunctions caused by it, its sexological and nonsexological manifestations are represented. General information about treatment of the fear is reported.

Key words: men, fear of sexual failure, formation, pathogenesis, clinical manifestations, therapy.

Сведения об авторе

Кочарян Гарник Суменович – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Амосова, 58; тел.: (095) 259-65-23, (098) 521-61-46. E-mail: kochargs@rambler.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кочарян Г.С. НЛП: терапевтические техники. 2-е изд., испр. и доп. – М.: Эксмо, 2009. – 176 с.
2. Кочарян Г.С. Сексуальные дисфункции и трансформации поведения. – Х.: Академия сексологических исследований, 2000. – 81 с.
3. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия». – М., 1992. – 46 с.
4. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. – Х.: Основа, 1995. – 279 с.
5. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин // Здоровье мужчины. – 2013. – № 3 (46). – С. 76–80.
6. Кочарян Г.С. Современная сексология. – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.
7. Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – 224 с.

Статья поступила в редакцию 05.07.2018

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

(один или несколько правильных вариантов ответов на каждый вопрос)

1. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН) имеет место:

- У всех мужчин с сексуальными дисфункциями
- Примерно у 75% мужчин с сексуальными дисфункциями
- Примерно у 50% мужчин с сексуальными дисфункциями
- Примерно у 20% мужчин с сексуальными дисфункциями.

2. В зависимости от соотношения между когнитивным и эмоциональным компонентом выделяют:

- Две формы СТОСН
- Три формы СТОСН
- Четыре формы СТОСН
- Пять форм СТОСН.

3. В зависимости от соотношения между когнитивным и эмоциональным компонентом выделяют:

- СТОСН в форме тревожного опасения сексуальной неудачи
- СТОСН в форме боязни причинения вреда собственному здоровью
- СТОСН в форме страха сексуальной неудачи (коитофобии)
- СТОСН в форме страха заболеть венерическим заболеванием.

4. Сколько вариантов формирования СТОСН выделяют?:

- Два
- Три
- Четыре
- Пять.

5. Какие варианты формирования СТОСН существуют?

- Доманифестный
- Трансманифестный
- Манифестный
- Постманифестный.

6. Какая сексуальная дисфункция наиболее часто имеет место у больных со СТОСН?

- Преждевременная эякуляция
- Ослабление или отсутствие эрекции
- Ослабленное либидо
- Ослабленный оргазм.

7. Наиболее сохранными у больных со СТОСН являются эрекции:

- При мастурбации с сексуальным фантазированием
- При мастурбации с использованием порнографических материалов
- Во время интимной близости
- При эротических сновидениях.

8. Эрекция у больных со СТОСН больше всего нарушается:

- В просоночном состоянии
- При незапланированных половых актах
- При употреблении небольших доз алкоголя
- При запланированных половых актах.

9. Сколько всего факторов симптомообразования выделяют у больных со СТОСН?

- Четыре
- Пять
- Шесть
- Семь.

10. Сколько специфических факторов симптомообразования выделяют у больных со СТОСН?

- Четыре
- Пять
- Шесть
- Семь.

11. Какие симптомообразующие факторы у больных со СТОСН относятся к специфическим?

- «Смысловое поле» (семантика) опасения неудачи
- Эмоциональное напряжение
- Гиперконтроль половых функций
- Сексуальная дизритмия
- Сексологическая симптоматика, изначально обусловленная другой патологией, на которую наслаивается усугубляющее влияние СТОСН.

12. Какие варианты СТОСН существуют?:

- Континуальный
- Альтернирующий
- Тотальный
- Конкордантный
- Селективный.

13. Какие варианты СТОСН существуют?

- Андроцентрический
- Феминоцентрический
- Пермиссивный
- Смешанный
- Инициального периода.

14. Для лечения больных со СТОСН используется:

- Когнитивно ориентированная терапия
- Гипносуггестивная терапия
- Нейролингвистическое программирование
- Андрогенотерапия
- Аутогенная тренировка.

15. Способ коррекции поведенческих программ, который используется для лечения СТОСН, разработал:

- А.М. Свядощ
- Г.С. Васильченко
- Г.С. Кочарян
- С.С. Либих
- В.В. Кришталь.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ ЖУРНАЛА «ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИНЫ»

Материалы исследования должны сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором оно было выполнено, с визой руководства (научного руководителя), заверенной круглой печатью учреждения, и экспертным заключением о возможности публикации в открытой печати.

На последней странице статьи должны быть собственноручные подписи всех авторов, фамилия, имя и отчество (полностью), почтовый адрес предприятия, номера телефонов (служебный), степень, звание, должность. Обязательно наличие контактного телефона автора/ов, с которым/и редакция может общаться по возникшим вопросам.

1. Статья подается на украинском или русском и английском языках в 2 экземплярах, которые подписаны всеми авторами.

2. Каждый автор должен указать свои данные на украинском или русском и английском языках (фамилию, имя, отчество, научное звание (должность), научную степень, отрасль специализации, место работы, служебный адрес, почтовый индекс, служебный телефон или адрес электронной почты).

3. УДК и фамилию автора необходимо указать на первой странице, далее должны следовать название статьи и название органи-

зации, на базе которой были проведены исследования, наблюдения и т.д.

4. Текст статьи и материалы к ней должны быть отредактированы и проверены автором. Содержание статьи должно иметь практическую направленность. К статье должны быть приложены все используемые в работе таблицы, иллюстрации, список литературы и акт экспертизы.

- заглавия научных статей должны быть информативными.
- в заглавиях статей можно использовать только общепринятые сокращения.
- в переводе заглавий статей на английский язык не должно быть никаких транслитераций, кроме непереводаемых названий собственных имен, приборов и других объектов, имеющих собственные названия; также не используется непереводаемый сленг.
- в списке литературы должно быть не менее 7 ссылок. Авторы несут ответственность за точность ссылок. Список цитированной литературы подается в соответствии с общепринятыми правилами оформления.

Для регистрации статьи в наукометрических базах необходимо подготовить дополнительный список литературы на английском языке в виде отдельного файла в таком формате:

ФИО авторов. год. Название статьи. Источник. Том (если есть); номер: страницы.

Пример указан ниже.

Пример цитированной литературы в соответствии с общепринятыми правилами оформления	Пример цитированной литературы для регистрации в наукометрических базах
Astley S.J. Measuring the facial phenotype of individuals with prenatal alcohol exposure: correlations with brain dysfunction / S.J. Astley, S.K. Clarren // Alcohol Alcohol. – 2001. – V. 36. – P. 147–159.	Astley SJ, Clarren SK. 2001. Measuring the facial phenotype of individuals with prenatal alcohol exposure: correlations with brain dysfunction. Alcohol Alcohol. 36:147–159.
Maternal First-Trimester Enterovirus Infection and Future Risk of Type 1 Diabetes in the Exposed Fetus / H.R. Viskari, M. Roivainen, A. Reunanen [et al.] // Diabetes Care. 2012 Jun;35(6):1328–32.	Viskari HR, Roivainen M, Reunanen A et al. 2012, Jun. Maternal First-Trimester Enterovirus Infection and Future Risk of Type 1 Diabetes in the Exposed Fetus. Diabetes Care. 35(6):1328–32.

5. К статье следует прислать рефераты на украинском, русском и английском языках с обязательным указанием фамилий и инициалов авторов на этих языках. Объем резюме не должен превышать 200-250 слов. Обязательно указываются «ключевые слова» (от 3 до 8 слов) в порядке значимости, способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах. Резюме является независимым от статьи источником информации. **Резюме к оригинальной статье должно быть структурированным: а) цель исследования; б) материалы и методы; в) результаты; г) заключение.** Все разделы в резюме должны быть выделены в тексте жирным шрифтом.

Для остальных статей (обзор, лекции, обмен опытом и др.) резюме должно включать краткое изложение основной концепции статьи и ключевые слова.

6. Требования к иллюстративному материалу:

- Иллюстрация может быть подана в виде: фотографии, слайда, рентгенограммы, электронного файла.
- Иллюстрация должна быть подготовлена на высоком качественном уровне.
- Поданные иллюстрации должны соответствовать основному смыслу статьи.
- Иллюстрация должна быть максимально свободна от надписей, которые следует перенести в подрисовочную подпись.

- Подписи к иллюстрациям подаются в конце статьи.
- Каждая иллюстрация должна иметь общее название.
- Иллюстрации следует передавать в отдельном конверте с указанием названия статьи и ФИО. автора.
- В статье следует указать место, где, по мнению автора, желательно было бы поместить иллюстрацию.
- Иллюстрация, поданная в электронном виде, должна иметь разрешение не менее 300 dpi (масштаб 1:1).

7. Таблицы должны быть компактными. Название столбцов и строк должны соответствовать их содержанию, текст подается без сокращения.

8. В статье не допускается сокращения слов, кроме общепринятых в научной литературе. Все измерения подаются в системе единиц СИ.

9. Статья должна содержать практические выводы и рекомендации для клиницистов.

10. Редакция оставляет за собой право редактировать статьи.

11. При несоблюдении указанных требований оформления статьи, редакция возвращает ее авторам без рассмотрения.

12. Статья должна быть записана в формате WORD-97, 98, 2000–2003; размер шрифта — 12 пунктов.

13. Материалы статей, принятых к печати (рукописи, иллюстрации, дискеты), не возвращаются.

Статьи просим присылать по адресу: 03039, Киев, а/я 4. E-mail: office@zdr.kiev.ua

Тел./факс: (044) 220-15-41, 220-15-43.

или главному редактору проф. Горпинченко И.И., e-mail: sexology@sexology.com.ua