

*С. Г. Бурчинский*

Институт геронтологии АМН Украины (Киев)

## НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОПТИМИЗАЦИИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Постарение населения является одной из наиболее актуальных медико-демографических проблем на рубеже тысячелетий. Так, по данным ВОЗ, доля лиц старше 65 лет в Европе увеличилась с 8,7 % в 1950 г. до 13,4 % в 1990 г. [13]. Особое значение данная проблема приобретает для Украины, где люди пенсионного возраста в 2000 г. составляли 23,4 %. В целом, по численности лиц пожилого и старческого возраста Украина существенно опережает не только все другие государства СНГ, но и страны Восточной Европы в целом, являясь, таким образом, одной из наиболее «старых» стран в Европе [11]. Следствием этого служит, с одной стороны значительный рост заболеваемости, в том числе и психиатрической патологией, в популяции, а с другой — возникновение целого комплекса специфических проблем, связанных с особенностями патогенеза, клиники и лечения различных заболеваний в данной возрастной группе. Видное место среди них принадлежит депрессивным расстройствам.

Если в целом в популяции депрессиями различного генеза страдает около 5 % населения [6, 21], то в пожилом и старческом возрасте этот показатель возрастает до 13–18 % [8, 14, 17]. Депрессии являются основным фактором инвалидизации в связи с психиатрической патологией. Развитию депрессивных расстройств в старости в значительной степени способствуют такие факторы, как наличие хронических заболеваний, социальная и психологическая изоляция, отсутствие удовлетворенности жизнью и т. д. [14]. В то же время распространенность эндогенных, «больших» депрессивных расстройств в старости относительно невелика, но значительно возрастает доля депрессий непсихотического регистра, невротической и соматогенной природы [5]. При этом диагностируемость депрессий с возрастом существенно уменьшается, что связано как с часто встречающейся неспецифичностью клинических проявлений и их коматизацией, так и со снижением обращаемости пожилых людей за медицинской помощью. Не последнюю роль в этом играет и нередкое отношение практических врачей, особенно первичного звена, к депрессиям в старости как к естественному эмоциональному фону в связи с инволюцией организма [25, 26], а также восприятие данной формы патологии как неизбежного следствия имеющихся соматических заболеваний. В результате с возрастом увеличивается количество нелеченных хронических форм депрессий, что чревато дальнейшей медицинской и социально-психологической дезадаптацией больных, значительным ростом суицидального риска и, наконец, осложнениями при выборе адекватного инструмента фармакотерапии. В итоге проблема разработки эффективной стратегии и тактики лечения депрессий в упомянутой популяции приобретает особую актуальность для фармакологии и психиатрии, особенно учитывая тот факт, что 55–65 % всех потребителей препаратов антидепрессантов составляют лица старше 60 лет [15, 22].

Вместе с тем, при лечении депрессий в пожилом и старческом возрасте зачастую не учитываются в должной мере либо вообще игнорируются следующие принципиальные моменты:

1) своеобразии звеньев патогенеза депрессивных расстройств в старости и их взаимосвязь с фундаментальными механизмами старения мозга;

2) особенности клинического течения депрессий в данном возрасте;

3) критерии выбора соответствующего антидепрессанта для применения в геронтопсихиатрии.

Только всесторонний учет перечисленных факторов позволяет реально оптимизировать пути фармакотерапии депрессий в упомянутой популяции. Поэтому представляется целесообразным кратко осветить отмеченную проблему в целом и обосновать критерии выбора антидепрессанта для применения в пожилом и старческом возрасте.

Прежде всего необходимо акцентировать внимание на некоторых принципиальных особенностях нейрорхимических и нейробиологических механизмов патогенеза депрессивных состояний в старости, связанных с основными механизмами старения мозга. Эти особенности определяются, в первую очередь: а) возрастными изменениями нейромедиаторных процессов и б) возрастными изменениями нейропластичности мозговых структур.

Одной из ведущих закономерностей старения нейромедиаторных систем является преимущественное ослабление с возрастом катехоламинергических процессов (дофамин- и адренергических) по сравнению с индоламинергическими (серотонинергическими) [2, 3, 25]. В результате в стареющем мозге возникает нейромедиаторный дисбаланс с относительным преобладанием серотонинергических влияний. Именно с этим обстоятельством может быть связано наличие в пожилом и старческом возрасте определенной популяции больных с депрессиями, рефрактерными к терапии селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС), традиционно рассматриваемыми как препараты первой линии в данной возрастной группе.

Еще одной существенной стороной старения мозга является выраженное ослабление холинергических процессов во всех звеньях синаптической регуляции (синтез, высвобождение, рецепторное связывание ацетилхолина) [10, 27]. Следствием данного феномена служит повышенная чувствительность лиц пожилого и старческого возраста к побочным антихолинергическим эффектам, особенно у трициклических антидепрессантов (ТАД).

Нарушения нейропластичности с возрастом характеризуются, в частности, уменьшением объема гиппокампа, ослаблением в нем процессов нейрогенеза, атрофией нейронов и активацией апоптоза [10]. Именно изменениям в гиппокампе в последние годы придается особое значение в связи с патогенезом депрессий. При этом обращает на себя внимание сходство возрастных и наблюдаемых при депрессиях

нарушений в данном регионе мозга. С помощью позитронно-эмиссионной томографии у больных с депрессиями выявлено уменьшение общего объема гиппокампа, уменьшение числа и протяженности апикальных дендритов, играющих важную роль в процессах нейрогенеза, а также атрофия пирамидальных нейронов [16, 24]. В итоге эффективное фармакотерапевтическое воздействие при старческих депрессиях должно быть направлено, прежде всего, на коррекцию основных, фундаментальных механизмов старения мозга, лежащих в основе развития данной патологии в рассматриваемой возрастной группе.

Не меньшее значение при выборе адекватного инструмента фармакотерапии депрессивных состояний в старости имеет и учет особенностей их клинической картины. К важнейшим из них [1, 5, 12, 26] следует отнести:

- 1) частота стертых, «субклинических» форм;
- 2) полиморфность клинической картины;
- 3) преобладание тревожной, тревожно-фобической, астенической и ипохондрической симптоматики;
- 4) частота соматических жалоб;
- 5) частота сопутствующих когнитивных нарушений;
- 6) частота сопутствующих нарушений сна;
- 7) частота сопутствующих климактерических проявлений (вегетативно-эндокринные нарушения);
- 8) повышенная склонность к суицидальным мыслям и поступкам;
- 9) частая коморбидность (как с соматической, так и с неврологической и психиатрической патологией);
- 10) частая рефрактерность к терапии ТАД и, в меньшей степени, — к терапии СИОЗС;
- 11) частое развитие побочных эффектов фармакотерапии.

Таким образом, становится очевидным, что депрессии в старости представляют собой патологию, существенно отличающуюся от таковой в более молодом возрасте по механизмам своего развития, клинической картине, а значит, и по фармакотерапевтическим подходам. В связи с последним следует кратко остановиться на основных особенностях фармакокинетики лекарственных средств в стареющем организме.

В старости нарушаются в той или иной степени практически все звенья биотрансформации лекарственных средств: всасывание (вследствие частоты патологических изменений в желудочно-кишечном тракте), метаболизм (вследствие возрастных морфофункциональных нарушений и патологических процессов в печени, ослабления ферментативной активности в органах и тканях), распределение (вследствие снижения содержания альбумина в плазме, нарушения проницаемости и химического состава клеточных мембран), выделение (вследствие частоты патологии почек, желчевыделительной системы, кишечника — основных путей элиминации лекарственных средств), а также значительно изменяются качественные и количественные характеристики специфических фармакологических эффектов (за счет нарушений рецепторного связывания, сдвигов в генетическом аппарате клетки и т. д.) [7, 15]. В результате часто отмечается повышенная кумуляция лекарственных препаратов и их метаболитов в организме, повышается риск их

токсического действия, особенно в условиях уже имеющейся соматической патологии. Кроме того, в результате вынужденной полипрагмазии в старости существенно возрастает риск нежелательных межлекарственных взаимодействий, нередко с тяжелыми последствиями.

Перечисленные особенности непосредственно определяют требования к оптимальному антидепрессанту для применения в пожилом и старческом возрасте:

- 1) воздействие на основные механизмы патогенеза депрессий в старости;
- 2) выраженность антидепрессивного эффекта (не уступающая «классическим» препаратам данной группы);
- 3) безопасность (особенно в отношении влияния на интеллектуально-мнестические функции, сердечно-сосудистую систему, печень и почки);
- 4) широта дозового диапазона (возможность выбора индивидуального дозового режима);
- 5) отсутствие принципиальных сдвигов фармакокинетических параметров, отсутствие риска кумуляции;
- 6) минимальный потенциал межлекарственного взаимодействия;
- 7) минимальная необходимость титрования дозы.

На практике вышеперечисленным, достаточно жестким критериям отвечает весьма ограниченный круг препаратов антидепрессантов. Трициклические антидепрессанты изначально не являются препаратами выбора при депрессиях в пожилом и старческом возрасте, а при амбулаторном применении в данной возрастной группе вообще должны быть исключены. Это связано с выраженными побочными эффектами данных средств (особенно холинолитическими и кардиотоксическими), чреватými тяжелыми осложнениями, склонностью к кумуляции ТАД в старом организме, высоким потенциалом межлекарственного взаимодействия, частой рефрактерностью к их применению у пожилых пациентов.

Значительно лучше переносятся в старости препараты СИОЗС, обладающие в целом равной эффективностью с ТАД и, в то же время, существенно превосходящие их по критерию безопасности, что определяет популярность СИОЗС как инструмента фармакотерапии депрессий в старости.

Однако и СИОЗС, при всей своей клинической ценности, обладают рядом недостатков, ограничивающих, а иногда и препятствующих их применению у данной категории больных:

- 1) отсутствие необходимого комплексного, патогенетически обоснованного действия при старческих депрессиях, что на практике выражается в наличии определенной популяции пациентов, рефрактерных к терапии СИОЗС;
- 2) замедление клиренса препаратов СИОЗС в организме при старении, что повышает риск кумуляции этих средств;
- 3) проявление у ряда больных таких нежелательных эффектов, как седация, нарушения сексуальной функции, более или менее выраженное холинолитическое действие, что может привести к отказу от лечения и необходимости отмены препарата;
- 4) достаточно высокая стоимость препаратов СИОЗС нового поколения.

В итоге, препараты СИОЗС в целом не следует рассматривать в качестве универсального инструмента фармакотерапии депрессий в пожилом и старческом возрасте. Данное обстоятельство побуждает более пристально оценить возможности и перспективы использования с указанной целью ряда принципиально новых антидепрессантов, появившихся в последнее время на фармацевтическом рынке Украины. Среди них особое внимание привлекает тианептин (Коаксил).

Коаксил — препарат оригинальной химической структуры. Тианептин является атипичным трициклическим производным дибензодиазепинов с длинной боковой цепью.

Важнейшей особенностью механизма действия Коаксила, определяющей специфичность его фармакологических эффектов, следует назвать его влияние на систему обратного захвата серотонина. В отличие от всех известных препаратов антидепрессантов Коаксил является селективным стимулятором обратного захвата серотонина в серотонинергических нейронах головного мозга и, прежде всего, в коре и гиппокампе [29]. В результате данного действия отмечается снижение активной синаптической концентрации серотонина. Чтобы попытаться объяснить такой, казалось бы, парадоксальный с точки зрения классической серотониндефицитной теории патогенеза депрессий эффект, было выдвинуто предположение о развитии вторичной компенсаторной гиперчувствительности одного из подтипов серотониновых рецепторов (5-HT<sub>1A</sub>), в результате активации которых повышается интенсивность нейрогенеза в гиппокампе [19]. Многочисленными экспериментальными исследованиями было выявлено наличие у Коаксила уникального спектра действия в отношении одного из ведущих в патогенезе депрессий регионов головного мозга — гиппокампа. Данный препарат активирует процессы нейрогенеза в гиппокампе, нормализует его объем, предупреждает развитие клеточной атрофии и активизирует процессы апоптоза [18, 29]. Следует подчеркнуть, что препараты СИОЗС, не говоря уже о ТАД, аналогичным комплексным влиянием на гиппокамп не обладают, что свидетельствует о различных механизмах реализации их антидепрессивной активности [23].

Также существуют свидетельства активирующего воздействия Коаксила на процессы высвобождения ацетилхолина и холинергическую нейромедиацию в целом (путем модуляции серотониновых влияний), а также о нормализующем эффекте в отношении нейроэндокринных взаимосвязей между лимбической и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системами [1, 19].

Коаксил не влияет на обратный захват норадреналина и дофамина и не взаимодействует с каким-либо из известных типов постсинаптических рецепторов, что в значительной степени определяет безопасность препарата при клиническом применении, о чем речь будет идти ниже.

Таким образом, Коаксил обладает своеобразными и разносторонними структурно-функциональными и нейрохимическими эффектами и является сегодня единственным антидепрессантом с выявленным комплексным нейропротекторным действием.

Касаясь гериатрических аспектов депрессий, можно утверждать, что Коаксил обладает уникальным геропротекторным эффектом, реализующимся путем воздействия на основные механизмы развития депрессий в старости, а именно:

- 1) нормализация серотонин-катехоламинергического дисбаланса;
- 2) предотвращение возрастных изменений в гиппокампе;
- 3) активация холинергической нейромедиации (когнитивный эффект);
- 4) нормализация нейроэндокринных взаимоотношений.

Имеющиеся на сегодня данные свидетельствуют о наличии у Коаксила выраженного антидепрессивного потенциала, что нашло свое подтверждение в клинических испытаниях и опыте практического применения препарата.

В целом, в ходе многочисленных исследований, выполненных в различных форматах (открытых или двойных слепых, рандомизированных, плацебо-контролируемых или сравнительных), Коаксил продемонстрировал наличие мощного тимоаналептического эффекта, сопоставимого по выраженности с основными препаратами антидепрессантов — имипрамином, amitриптилином, различными СИОЗС [9, 20, 29]. В специальных исследованиях в популяции больных пожилого и старческого возраста установлена высокая эффективность Коаксила при курсовом применении в течение 4 недель [1, 29]. Тимоаналептический эффект проявлялся уже с конца 1-й недели терапии, плавно нарастая в течение срока последующего применения. Наличие у Коаксила мощного анксиолитического действия, причем без сопутствующего седативного эффекта, способствовало устранению тревожно-фобических проявлений. Наибольшая эффективность препарата выявлена у больных с преобладанием тревожных, астенических и соматовегетативных проявлений, т. е. при наиболее частых клинических синдромах депрессий в данной возрастной группе. Наконец, под влиянием Коаксила отмечалось улучшение когнитивных функций — достаточно редкий феномен при проведении антидепрессивной терапии и особенно ценный именно в рассматриваемой популяции больных, — а также восстановление физиологического сна.

Кроме того, Коаксил эффективно влиял на проявления «климактерических масок» депрессивных расстройств у женщин пожилого возраста [4], когда особенно актуально наличие сочетанного тимоаналептического, анксиолитического и соматовегетативного действия.

Особенностью клинического действия препарата является также его своеобразный стимулирующий эффект в отношении витального тонуса, т. е. психоэнергизирующее действие [1, 20], что, учитывая весьма частые проявления анергии при депрессиях в старости, может рассматриваться как весьма важный компонент клинического действия Коаксила.

К числу основных клинико-фармакологических преимуществ Коаксила относится его весьма высокий уровень безопасности. Как уже упоминалось выше, препарат не взаимодействует с какими-либо рецепторными структурами в ЦНС, следствием чего

является отсутствие нежелательных холинолитических эффектов, а также проявлений седации. Коаксил лишен кардиотоксичности и негативного влияния на печень. Биотрансформация Коаксила в организме осуществляется без участия системы цитохрома P450, путем бета-окисления, что обеспечивает минимальный риск нежелательных межлекарственных взаимодействий. Коаксил имеет очень короткий период полураспада (2,5 часа), благодаря чему полностью отсутствует риск кумуляции препарата, особенно при длительном применении.

При этом очень существенно отсутствие принципиальных изменений фармакокинетических параметров Коаксила в организме старых людей, что выгодно отличает данный препарат от ТАД и ряда препаратов СИОЗС, и позволяет избежать необходимости коррекции дозы в зависимости от наличия столь частых форм патологии в старости, как цирроз печени или сердечно-сосудистые заболевания.

При применении Коаксила нежелательные реакции отмечаются достаточно редко и, как правило, выражены слабо либо умеренно. Чаще других выявляются диспепсические расстройства (тошнота, рвота, запоры), гастралгии, головная боль, головокружение, сонливость, тахикардия, кардиалгии. При назначении данного препарата, в отличие от подавляющего большинства других антидепрессантов, риск передозировки с развитием соответствующих токсических эффектов сводится к минимуму.

При приеме Коаксила достигается также очень важный критерий адекватности фармакотерапии антидепрессантами в старости — отсутствие необходимости титрования дозы. Суточная доза — 37,5 мг (1 таблетка 12,5 мг x 3) является одновременно начальной и курсовой дозой. Только в отдельных случаях у лиц старческого возраста и при наличии почечной патологии может возникнуть необходимость уменьшения дозы до 2 таблеток в сутки (25 мг).

Таким образом, Коаксил оптимально соответствует вышеупомянутым требованиям к антидепрессантам для применения в пожилом и старческом возрасте и, в сочетании с экономической доступностью для отечественного потребителя, может рассматриваться как препарат выбора у данной категории больных и новый этап в фармакотерапии депрессивных состояний в целом.

#### Список литературы

1. Андрусенко М. П., Шешенин В. С., Яковлева О. Б. Использование тianeптина (Коаксила) при лечении поздних депрессий // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1999. — Т. 99, № 2. — С. 25–30.
2. Бурчинский С. Г. Изменения функциональных взаимосвязей нейромедиаторных систем при старении и развитие нервно-психической патологии позднего возраста // Там же. — 1985. — Т. 85, № 9. — С. 1394–1400.
3. Бурчинский С. Г. Нейрохимические механизмы развития депрессивных состояний в старости // Таврический журнал психиатрии. — 1999. — Т. 3, № 1. — С. 93–95.
4. Дзеружинская Н. А. «Климактерические маски» аффективных расстройств у женщин пожилого возраста // Рос. психиатрический журнал — 2002. — № 6. — С. 8–10.
5. Дзеружинская Н. А. О структуре депрессивных расстройств у пожилых пациентов кардиологической практики // Архив психиатрии. — 2003. — Т. 9, № 1. — С. 83–87.
6. Дубницкая Э. Б. Значимость правильной диагностики и лечения депрессий в общемедицинской практике // Тер. архив. — 1997. — Т. 69, № 5. — С. 84–85.
7. Купраш Л. П. Особливості фармакодинаміки і фармакокінетики ліків у похилому і старечому віці // Журнал практ. лікаря. — 2003. — № 3. — С. 44–47.
8. Мосолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. — М.: Мед. информ. агентство, 1995. — 735 с.
9. Мосолов С. Н., Аведисова А. С., Вертоградова О. П. и др. Клиническая эффективность и переносимость тianeптина при депрессии (открытое российское мультицентровое исследование) // Журнал невропатологии и психиатрии. — 2003. — Т. 103, № 8. — С. 29–34.
10. Старение мозга / Под ред. В. В. Фролькиса. — Л.: Наука, 1991. — 277 с.
11. Фойгт Н. А. Тривалість життя в похилому віці. — К., 2002. — 299 с.
12. Хегерл У., Мюллер Г. Ю. Фармакотерапія депресій в старечому віці // Вісник Асоц. психіат. України. — 1999. — № 3. — С. 85–97.
13. Чайковська В. В. Демографічна ситуація та проблеми надання медико-соціальної допомоги літнім людям в Україні // Мед. и соц. помощь пожилым людям с психич. расстройствами в Украине. — К., 2003. — С. 5–27.
14. Benkman A. T. F., Deeg D. J. H., Heeren T. J., Van Tilburg W. The epidemiology of depression in later life: a primary care perspective // CNS Disord. Primary Care. — 1998. — V. 2. — P. 1–5.
15. Bergener M. Clinical pharmacology and aging // Пробл. старения и долголетия. — 2001. — Т. 10, № 4. — С. 410–419.
16. Duman R. S., Heninger G. R., Nestler E. J. A molecular and cellular theory of depression // Arch. Gen. Psychiat. — 1997. — V. 54. — P. 597–606.
17. Evans M. E., Copeland J. R. M., Dewey M. E. Depression in the elderly in the community: effect of physical illness and selected social factors // Int. J. Geriatr. Psychiat. — 1991. — V. 6. — P. 787–795.
18. Fuchs E., Czeh B., Michaelis T. et al. Synaptic plasticity and tianeptine: structural regulation // Eur. Psychiat. — 2002. — V. 17, suppl. 3. — P. 311–317.
19. Gould E. Serotonin and hippocampal neurogenesis // Neuropsychopharmacology. — 1999. — V. 21. — P. 465–515.
20. Kasper S., Olie J. P. A meta-analysis of randomized controlled trials of tianeptine versus SSRI in the short-term treatment of depression // Eur. Psychiat. — 2002. — V. 17, suppl. 3. — P. 331–340.
21. Lewis L., Rappaport M. H. Economics of depression and cost-benefit comparisons of selective serotonin inhibitors and tricyclic antidepressants // Depression. — 1994–1995. — V. 2. — P. 3.
22. Salzman D., Schneider L., Lebovitz B. Antidepressant treatment of very old patients // Amer. J. Geriatr. Psychiat. — 1993. — V. 1. — P. 21–29.
23. Shakesby A. C., Anwyl R., Rowan M. J. Overcoming of the effects of stress on synaptic plasticity in the intact hippocampus: rapid actions of serotonergic and antidepressant agents // J. Neurosci. — 2002. — V. 22. — P. 3638–3644.
24. Sheline Y. I., Mittler B. I., Mintun M. A. The hippocampus and depression // Eur. Psychiat. — 2002. — V. 17, suppl. 3. — P. 300–305.
25. Simon G. E., Von Korff M., Piccinelli M. et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression // N. Eng. J. Med. — 1999. — V. 341. — P. 1329–1336.
26. Small G. W. Recognition and treatment of depression in the elderly // J. Clin. Psychiat. — 1991. — V. 52. — P. 11–22.
27. Snyder S. H. Drugs and the brain. — N. Y.: Sci. Amer. Libr., 1996. — 539 p.
28. Stockmeier C. A., Dilley G. E., Shapiro L. A. et al. Serotonin receptors in suicide victims with major depression // Neuropsychopharmacology. — 1997. — V. 16. — P. 162–173.
29. Wagstaff A. J., Ormrod D., Spencer C. M. Tianeptine: a review of its use in depressive disorders // CNS Drugs. — 2001. — V. 15. — P. 231–259.

Надійшла до редакції 26.01.2006 р.

*С. Г. Бурчинський*

*S. G. Burchinsky*

**Нові підходи до оптимізації фармакотерапії депресій в похилому та старечому віці**

*Інститут геронтології АМН України (Київ)*

У статті розглянуті сучасні підходи до фармакотерапії депресій в старості, їх особливості та шляхи розвитку. Обґрунтована необхідність вибору препарату антидепресанта, виходячи з механізмів розвитку старечих депресій та їх клінічної картини. Особливу увагу приділено аналізу переваг і перспектив застосування нового препарату даної групи — Коаксилу як оптимального інструмента фармакотерапії в геронтопсихіатрії.

**New approaches to optimization of pharmacotherapy of depression in elderly and senile age**

*Institute of Gerontology AMS Ukraine (Kyiv)*

In the paper a modern approaches to pharmacotherapy of depression in the elderly, their peculiarities and ways of realization has been looked. A necessity of choice of antidepressant drug based on mechanisms of development of senile depressions and its clinical picture has been grounded. A main attention paid to analysis of advantages and perspectives of new drug from this group — Coaxil as an optimal instrument of pharmacotherapy in gerontopsychiatry.

УДК 616.69:159.922

*С. М. Гибнер*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)*

**ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ РАЗВЕДЕННЫХ ОДИНОКИХ МУЖЧИН**

Во всем мире, в том числе и в нашей стране, частота разводов достигает высокого уровня и продолжает увеличиваться. Эта проблема является предметом в основном социологических исследований, однако, помимо своего большого социального значения, она имеет и другой аспект, который, к сожалению, пока не привлекал внимания исследователей. Дело в том, что значительная часть разведенных мужчин активного возраста по ряду психологических и сексологических причин не могут вступить во второй брак и остаются одиночками. В силу своих личностных и характерологических черт (застенчивости, некоммуникабельности, робости) они не прибегают к услугам служб знакомств, а обращаются за помощью к врачам и психологам. Как правило, у этих мужчин имеются и невротические расстройства, и сексуальные проблемы, которые стали одной из основных причин расторжения первого брака и глубоко переживаются больными.

Сексуальным расстройствам у мужчин и их коррекции, как известно, посвящены многочисленные работы и в нашей стране, и за рубежом, предложены и разнообразные методы лечения сексологических больных [1, 2 и др.], но они неприменимы в рассматриваемых нами случаях, поскольку предполагают обязательное наличие у больного сексуальной партнерши, на чем и основывается разработка терапевтической тактики. В результате весьма значительная прослойка населения, состоящая из разведенных мужчин, не имеющих сексуальной партнерши вследствие затруднений в общении с представительницами противоположного пола и сексуальных расстройств, практически остается без эффективной терапевтической помощи. Это приводит к снижению у них качества жизни, развитию внутриличностного конфликта и делает невозможным создание семьи.

Учитывая сказанное, мы поставили перед собой цель изучить личностные особенности разведенных мужчин без партнерши и выяснить их роль в одиночестве этих мужчин.

Под наблюдением находились 90 разведенных пациентов в возрасте 35–50 лет, обратившихся за психологической и сексологической помощью. Все они после развода не имели сексуальных связей и у всех наблюдалась эректильная дисфункция,

в ряде случаев сочетавшаяся с преждевременной эякуляцией. В качестве контрольной группы были обследованы 30 мужчин того же возраста, также находившихся в разводе, но не страдавших каким-либо сексуальным расстройством и имевших сексуальные контакты.

С целью подробного изучения личностных особенностей пациентов было проведено их психодиагностическое обследование, результатам которого посвящена настоящая статья.

Исследование направленности личности мужчин показало, что доминирующей мотивацией у них был чаще быт и реже — производственные интересы. Среди ценностных ориентаций на первом месте по значимости была сексуальная сфера, затем следовали в порядке убывания — престиж, творчество и мало значимым было хобби. В проведении досуга большинство мужчин предпочитали отдых, остальные — самосовершенствование, и никто не искал развлечений.

При объективном обследовании с помощью методики многостороннего исследования личности ММРІ в модификации Ф. Б. Березина с соавт. [3] определяли средние значения (в Т-баллах) и на основании полученных данных строили усредненные профили обследованных, представленные на рисунке. Затем проводили интерпретацию усредненных профилей обследованных с целью оценки выявленных тенденций.

Показатели оценочных шкал (L — лжи, F — достоверности, K — коррекции) во всех рассматриваемых случаях находились в пределах нормы, что свидетельствует о достоверности полученных результатов и адекватном отношении обследуемых к тестированию.

Как видно из рисунка, усредненный профиль мужчин основной группы, характеризовался подъемом на шкалах 2-й (депрессии), 5-й (мужественности — женственности), 7-й (психастении), 0-й (социальной интроверсии) и резким снижением на 9-й шкале (шкале гипомании).

Для этих пациентов были характерны пессимизм, замкнутость, молчаливость, застенчивость, сниженная самооценка, неуверенность в себе, чрезмерная серьезность, постоянная внутренняя напряженность и тревога.