

*І. Є. Афанасьєв*

*I. E. Afanasiev*

**Характеристика соматосексуального та психосексуального розвитку подружжя в сім'ях, де чоловік страждає на доброякісну гіперплазію передміхурової залози та має місце сексуальна дисгармонія**

**Characteristics of somatosexual and psychosexual development of the matrimonial couples in the families where a husband suffers from benign prostatic hyperplasia and there takes place sexual disharmony**

*Українська медична стоматологічна академія  
(м. Полтава)*

*Ukrainian Medical Stomatological Academy  
(Poltava)*

Вивчено 117 подружніх пар, де, окрім захворювання на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ) у чоловіка, мала місце й сексуальна дисгармонія. Пацієнти поділені на три групи в залежності від причин та умов розвитку сексуальної дисгармонії. Для контролю вивчалась група з 25 подружніх пар, де чоловіки страждали на ДГПЗ, але сексуальної дисгармонії не відмічалось.

There were studied 117 matrimonial couples in which husband's benign prostatic hyperplasia was accompanied by sexual disharmony. They were divided into three groups depending on the forms of sexual disharmony. For the control there was studied a group of 25 couples where the husbands suffered from benign prostatic hyperplasia but sexual disharmony was not marked.

За результатами дослідження між групами хворих суттєвих відмінностей не виявлено, однак, порівняно з контрольною групою вони мали місце у вигляді порушення темпу соматостатевого та психосексуального розвитку. Асинхронії психосексуального розвитку спостерігались в усіх групах і найбільш часто — серед хворих чоловіків, дещо рідше — серед жінок і ще рідше — серед чоловіків та жінок контрольної групи.

Results of investigation showed no particular differences between the groups of patients but in comparison with the control group there were noted the disturbances in the rate of somatosexual and psychosexual development. Asynchronia of psychosexual development was observed in all groups and mostly often among women and still more rare among husbands and wives of the control group.

УДК 613.81:663

*И. А. Бабюк, О. Е. Шульц, Ц. Б. Абдрахимова*

*Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького (г. Донецк)*

**АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД**

Несмотря на постоянный поиск и высокую социальную значимость, эффективные методы лечения наркологических заболеваний, и алкогольной зависимости в частности, однозначно не определены. Более того, по мнению авторов, прослеживается явная иррациональность в сфере терапии алкогольных проблем: виды лечения, эффективность которых была доказана, применяются редко, а наиболее популярны методы, действенность которых не подтверждена достоверными исследованиями. Этот факт эксперты Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения объясняют иррациональностью самой природы данной области терапии [1]. Вместе с тем, исследования последних лет позволяют специалистам лучше понимать эффективность фармакологических и нефармакологических видов лечения, а также ключевые элементы психотерапевтических программ [2]. При общем признании мультифакторности этиологии и патогенеза, необходимости междисциплинарного характера изучения, комплексности лечебного воздействия [3–5], на сегодняшний день из всего спектра подходов к данной проблеме психотерапевтический оказался наименее разработанным. Однако именно этот подход приобретает все большее значение по мере того, как внимание исследователей сдвигается от грубо патологических проявлений алкогольной болезни к тонким механизмам ее динамики. Если понимание классических симптомов алкоголизма требует учета закономерностей биохимического или патофизиологического уровней, то в исследовании механизмов становления алкогольной зависимости, прогнозирования качества и продолжительности ремиссии, анализе причин рецидивов психопато-

логические и социально-психологические аспекты выдвигаются на первый план [6].

В настоящей статье авторы демонстрируют предварительные данные об эффективных адаптированных психотерапевтических подходах, среди которых особое место занимают терапия мотивационного усиления и когнитивно-поведенческая терапия.

**Терапия усиления мотивации** представляет собой системную интервенционную методику для достижения быстрых, внутренне мотивированных изменений в поведении пациента. Этот вид психотерапии основан на принципах мотивационной психологии, где психотерапевт в процессе лечения не пытается управлять и направлять пациента шаг за шагом к выздоровлению, но вместо этого использует мотивационные стратегии для мобилизации собственных ресурсов больного к изменениям [7]. Данная модель базируется на исследованиях процессов естественного выздоровления, показывающих, что при заметных изменениях своего поведения люди проходят сквозь определенные стадии: *предварительных размышлений, размышлений, намерений, действий, поддержания трезвости или рецидива* [8]. Каждая стадия требует выполнения соответствующих задач. На стадии *предварительных размышлений* пациент не испытывает необходимости либо не осознает важности изменения своего патологического поведения. Вследствие нарастания негативных последствий потребления алкоголя больной переходит на стадию *размышлений* об изменениях, во время которой взвешиваются преимущества и недостатки продолжения алкоголизации, а также преимущества и недостатки изменения образа жизни, в том числе отказа от алкоголя. На этой стадии человека

можно рассматривать как личность, которая находится в состоянии конфликта и ощущает двойственное отношение к потреблению спиртных напитков и необходимости изменений. Ключевым фактором является готовность пациента к изменениям, рассматриваемая как внутреннее состояние, чувствительное к воздействию внешних факторов. Высокая чувствительность достигается за счет создания либо усиления имеющегося когнитивного диссонанса — напряжения, появляющегося при осознании несовместимости каких-либо двух знаний. Данное состояние особенно выражено у пациентов с промежуточным характером установок на лечение и трезвость [9], составляющих, по нашим данным, не менее половины от общего числа больных алкогольной зависимостью, обращающихся на амбулаторное лечение [10]. При благоприятных условиях человек переходит на стадию *намерений* и далее — на стадию *действий*, когда, соответственно, принимается твердое решение об изменении образа жизни, и пьющий вовлекается в специфические формы активности, которые должны помочь разрешить его проблемы. На стадии *поддержания трезвости* главными задачами является сохранить достигнутое, сформировать навыки, помогающие адаптироваться к трезвому образу жизни. Если этого не происходит, наступает *рецидив*, пациент вновь попадает на стадию *размышлений*, и цикл начинается сначала. Данная модель позволяет пациенту усваивать опыт, полученный на предыдущих циклах, поэтому каждая последующая попытка повышает вероятность долгосрочных изменений — человек движется не по кругу, а «поднимается» по *спирали изменений* [11].

Практическим следствием данной модели является то, что психотерапевт использует разные типы интервенций в зависимости от стадии изменений, на которой находится пациент, что значительно повышает эффективность проводимого лечения, наполняя его конкретным индивидуальным содержанием. Однако кроме содержательной стороны в данном подходе не менее важна форма, в которой проводится психотерапевтическое воздействие. Основой является *мотивационное собеседование*, базирующееся на безоговорочном принятии и конструктивной самоконфронтации. Под *безоговорочным принятием* понимается позитивное отношение к пациенту, предоставление вселяющей надежду поддержки, признание и уважение его выбора. *Конструктивная самоконфронтация* базируется на директивности в начальных фазах беседы: психотерапевт сам выборочно задает вопросы, делает обзор и резюмирует, направляя пациента; предоставляет информацию, выделяя в первую очередь те моменты из беседы, которые являются самомотивирующими для изменения установок в отношении потребления алкоголя. Главные требования к конструктивной самоконфронтации — задавать открытые вопросы, слушать, размышлять и систематизировать, давая краткую характеристику [12]. Необходимо подчеркнуть, что, будучи директивным по направленности, данный подход является недирективным и эмпатическим по форме, напоминая клиент-центрированную терапию К. Роджерса [13]. Данное замечание существенно, так как имеющиеся исследования установили, что использование психотерапевтом директивной конфронтации (концептуальная противоположность

эмпатического стиля) было условием дальнейшего употребления алкоголя среди проблемно пьющих спустя год после лечения [14].

Подход терапии мотивационного усиления разработан таким образом, что может проводиться в виде ограниченного количества собеседований или применяться в сочетании с любым терапевтическим подходом. По нашему мнению, более эффективно сочетание его с **когнитивно-поведенческой психотерапией**. Оба подхода идеологически близки и способны синергично дополнять друг друга. Кроме того, эффективность данных подходов наиболее изучена в рандомизированных исследованиях, по результатам которых признано, что данные подходы являются одними из наиболее эффективных в лечении алкогольной зависимости [7, 15]. Когнитивно-поведенческая психотерапия базируется на принципах теории обучения, которая устанавливает, что поведение человека во многом заучено, и что процесс обучения может быть использован для изменения проблемного поведения. Особенно важен когнитивный компонент, постулирующий, что способ потребления спиртных напитков во многом определяется убеждениями и ожиданиями по поводу эффектов алкоголя, которые были получены человеком в определенном социально-культуральном контексте. Поэтому целью терапии является помощь пациенту в преодолении деструктивного образа жизни и замене его более здоровыми и более приемлемыми моделями поведения. Данный подход реализуется в виде широкого спектра отдельных навыков и техник: *навыки самоконтроля отрицательных эмоций, преодоления патологического влечения* [16], *когнитивное реструктурирование* [17, 18], *методы ключевой выдержки* [19], *способы профилактики рецидива* [20] и др.

Употребление алкоголя часто является способом уменьшения таких дискомфортных эмоций как тревога и гнев. Для ослабления реактивной тревоги и личностной тревожности мы использовали прогрессивную мышечную релаксацию по Джекобсону, для преодоления гнева релаксационные процедуры необходимо было дополнять когнитивным реструктурированием. Для преодоления такого стержневого симптома алкогольной зависимости, как патологическое влечение к алкоголю, мы использовали техники, направленные на обучение пациента идентификации влечения. В целях демистификации влечения проводилось информирование пациентов о природе «тяги» в терминах условно-рефлекторного обучения, формировались практические навыки преодоления патологического влечения. Когнитивное реструктурирование было направлено на коррекцию автоматических мыслей, являющихся пусковым механизмом желания принять спиртное. Целью ключевой выдержки было воздействие на пациента условно-рефлекторными стимулами («ключами») для редуцирования «тяги».

Современная модель профилактики рецидива помогает врачу и больному рассматривать эпизод употребления спиртного после проведенного лечения не как провал терапии, а в качестве отдельной ошибки в поддержании трезвости. Вместо того, чтобы считать рецидив неотвратимым и неконтролируемым, пациент обучается рассматривать подобный эпизод как событие, позволяющее обучаться преодолению подобных ошибок в будущем. Наиболее важной частью данного процесса обучения является выявление

«ситуаций высокого риска» и поиск эффективных выходов из данных ситуаций.

В течение 2004–2005 гг. нами амбулаторно проведено индивидуальное лечение 22 больных с алкогольной зависимостью. Несмотря на то, что необходимо дальнейшее катamnестическое наблюдение с целью определения стойкости полученных результатов, можно сделать вывод об эффективности проведенного лечения на ранних этапах терапии: 20 чел. (90,1 %) были вовлечены в терапию и прошли начальный курс (5–10 еженедельных встреч), у 13 чел. (59 %) была зафиксирована ремиссия в течение года и более, что согласуется с зарубежными данными об эффективности лечения алкогольной зависимости [15].

По нашему мнению, сочетанное использование психотерапии усиления мотивации и когнитивно-поведенческой психотерапии, несмотря на определенные сложности в освоении, вооружает врача современным инструментарием лечения, состоящим из многих компонентов. Это сравнительно краткосрочный подход, хорошо соответствующий ресурсным возможностям большинства клинических программ. Данные виды психотерапии были многократно оценены в строгих клинических исследованиях и имеют твердую эмпирическую базу в качестве лечения алкогольной зависимости. Терапия структурирована, ориентирована на цель и сосредоточена на немедленных проблемах, стоящих перед зависимыми от алкоголя. И психотерапия усиления мотивации, и когнитивно-поведенческая психотерапия — это гибкий индивидуализированный подход, который может быть приспособлен к широкому диапазону пациентов. Указанные виды психотерапии совместимы с другими видами лечения, которое может получать пациент, например, с фармакотерапией.

#### Список литературы

1. Nick Heather. Терапевтические подходы к алкогольным проблемам // Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 65, 1999.
2. Richard K. Fuller, Susanne Hiller-Sturmhofel. Alcoholism Treatment in the United States, pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-2/069-77.
3. Сосин И. К., Лазирская Л. В., Давыдов В. Л. и др. Рецидивоопасные клинические ситуации ремиссионного периода в наркологии. В кн.: Нові підходи до психотерапії та фармакотерапії станів залежності від психоактивних речовин — Харків: ТОВ ВП Пляяда; вид-во Авто-Енергія, 2004. — С. 153–159.
4. Семке В. Я., Бохан Н. А. Мультидисциплинарная модель изучения наркологической ситуации в Сибирском регионе // Фармакология и токсикология. — 1989. — Т. 47, № 5. — С. 82–85.
5. Иванец Н. Н. Наркология — предмет и задачи: Лекции по наркологии. — М.: Изд-во Нолидж, 2000. — С. 7–15.
6. Бабюк И. А., Сосин И. К. и др. Алкогольная и наркотическая зависимость у подростков — Донецк; Харьков: Донеччина, 2004. — 192 с.
7. Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes // Journal of Studies on Alcohol. — 58: 7–29, 1997.
8. Prochaska, J. O., DiClemente C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. Addictive Behaviors: Processes of Change / W. R. Miller and N. Heather. — New York, Plenum Press: 3–27.
9. Валентик Ю. В. Клиническая характеристика и терапия патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом: Клинико-катamnестическое исследование: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1984.
10. Шульц О. Е. Объективизация клинического психиатрического интервью на модели алкогольной аддикции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 1998.

11. Prochaska, J. O., DiClemente C. C. Stages of change in the modification or problem behaviors. In: Hersen, M. et al., ed. Progress in behavior modification. — Newbury Park, CA, Sage, 1992.
12. Miller W. R. Motivational enhancement therapy manual. — Washington / National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. — 1992. — Vol. 2. — P. 167–178.
13. Роджерс К. Р. Консультирование и психотерапия. — М.: Эксмо-пресс, 2000. — 464 с.
14. Miller W. R., Benefield R. G., Tonigan G. S. Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles // J. of consulting and clinical psychology. — 1993. — Vol. 61. — P. 455–461.
15. Longabaugh R., Morgenstern J. "Cognitive Behavioral Therapy for Alcohol Dependence: Current Status and Future Directions, A Focused Review of CBT's Clinical Effectiveness" // Symposium presented at the Research Society on Alcoholism annual scientific meeting in Hilton Head, South Carolina, during June 1998.
16. Monti P. M. et al. Treating alcohol dependence. — New York: Guilford, 1991.
17. Завьялов В. Ю. Когнитивная терапия синдрома психической зависимости. Наркомании и токсикомании у несовершеннолетних и молодежи. — Новосибирск, 1995. — С. 45–52.
18. Beck A. T. et al. Cognitive therapy of depression. — New York: Guilford, 1979.
19. Drummond D. C. et al. Addictive behavior: cue exposure theory and practice. — Chichester: John Wiley & Sons, 1995.
20. Marlatt G. A., Gordon, J. R. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. — New York: Guilford Press, 1985.

Надійшла до редакції 11.01.2006 р.

*І. О. Бабюк, О. Є. Шульц, Ц. Б. Абдрахімова*

#### **Амбулаторне лікування алкогольної залежності: психотерапевтичний підхід**

*Донецький медичний університет ім. М. Горького (Донецьк)*

Автори представляють матеріали про сполучене застосування двох психотерапевтичних підходів, адаптованих для амбулаторного лікування алкогольної залежності: психотерапії посилення мотивації та когнитивно-поведінкової терапії. Відзначена висока ефективність цих лікувальних підходів на підставі отриманих даних про лікування 22 хворих. Це порівняно короткостроковий підхід, що гарно відповідає ресурсним можливостям багатьох клінічних програм. Ці види психотерапії були багаторазово оцінені у суворих клінічних дослідженнях та мають тверду емпіричну базу як лікування алкогольної залежності. Терапія структурована, орієнтована на ціль та зосереджена на негайних проблемах, які стоять перед залежними на алкоголь. Ці види психотерапії сумісні з іншими видами лікування, яке може отримувати хворий, наприклад, з фармакотерапією.

*І. А. Бабюк, О. Е. Шульц, С. В. Абдрахімова*

#### **Out-patient treatment for alcohol dependence: psychotherapeutic approach**

*Donets'k State medical University (Donets'k)*

Authors presents the data on combined using of two modern psychotherapeutic approaches, which were adopted for out-patient treatment for alcohol dependence: Motivational Enhancement Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy. High effectiveness of this treatment approaches was obtained based on received data of treatment on 22 patients. It is comparelly short-term approach good do for resources of most of clinical programs. This psychotherapeutic approaches were repeatedly evaluated in strict clinical studies and had hard empirical base for therapy for alcohol dependence. Therapy is structured, been guided by aim and focused on immediate problems, which face before depending on alcohol. This psychotherapeutic approaches combines with range of other kinds of treatment, which patient may has, for example, pharmacotherapy.