

ДИПЛОМНА РОБОТА

"ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОГНІТИВНО ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ
У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ
НА ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ".

СТРАШОК ОЛЕГ ОЛЕКСАНДРОВИЧ

Львів — 2020

ЗМІСТ

Стор.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВСТУП 4

РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПАТОГЕНЕЗ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ

1.1. Епідеміологія та медико-соціальні проблеми алкогольної залежності 6

1.2. Нейробіологічні та біохімічні механізми впливу алкоголю на центральну
нервову систему та психічну діяльність людини. 7

1.3. Патолофізіологічні аспекти формування алкогольної залежності 10

1.4. Теоретичне обґрунтування застосування психотерапевтичних практик в
клінічній наркології. 15

РОЗДІЛ 2. МОДЕЛІ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА ЇХ ЕФЕКТИВНІСТЬ

2.1. Ремісія у хворих на алкогольну залежність як основний критерій ефективного
лікування та реабілітації. 21

2.2. Можливості застосування когнітивно-поведінкової терапії при алкогольної
залежності. 24

2.3. Моделі і методи застосування когнітивно-поведінкової терапії у хворих з
алкогольною залежністю. 29

УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ 43

БІБЛІОГРАФІЯ 44

УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ

АЗ - алкогольна залежність.

КП - когнітивні порушення

КПТ – когнітивно-поведінкова терапія

ПАР - психоактивні речовини

ППА - патологічний потяг до алкоголю

СВА - синдром відміни алкоголю

ЦНС - центральна нервова система

Протягом останніх п'ятнадцяти років в Україні триває стрімке поширення алкогольної залежності. Україна втрачає щороку понад 40 000 своїх громадян, загибель яких обумовлена алкоголем. Сьогодні рівень споживання алкоголю в Україні є одним з найвищих у світі і становить близько 20 літрів абсолютного спирту на душу населення на рік.

Проблема алкогольної залежності (АЗ) на сьогоднішній день є великою соціальною проблемою, оскільки носить системний характер, що зачіпає всі сторони життя людини. За даними ВООЗ [1], 5% населення земної кулі помирає через АЗ. Однак ця цифра істотно занижена внаслідок того що пацієнти, хворі на АЗ рідко звертаються за медичною допомогою. На сьогоднішній день вже більше 1,5 мільйонів українців страждають на АЗ. При цьому зловживання або надмірне вживання починається в ранньому віці і збільшується з роками.

Доведено, що прогресивне порушення інтелектуальних функцій є характерною особливістю АЗ. Навіть короточасне вживання алкоголю призводить до незворотних органічних змін в головному мозку, які клінічно проявляються у вигляді різних порушень вищих психічних функцій, вираженість яких коливається від легких до важких. На різних стадіях АЗ спостерігається наявність найрізноманітніших розладів когнітивних функцій, які в подальшому можуть призводити до більш важких церебральних порушень, що обтяжує прогноз. Проведені дослідження демонструють у осіб з АЗ широкий спектр когнітивних порушень (КП), що проявляються порушеннями регуляторних і зорово-просторових функцій, пам'яті, а також зниженням концентрації уваги, здібностей до вербального та невербального абстрагування, навчання.

Алкогольний абстинентний синдром (ААС) або синдром відміни алкоголю (СВА) являє собою ядро алкогольної патології. Він є найбільш достовірним свідченням формування фізичної залежності від етанолу, що відображає багато закономірностей перебігу хвороби і характер її проявів. Інтенсивна терапія ААС будується на корекції порушень метаболізму, які виникають в результаті систематичного прийому алкоголю. Адекватне лікування ААС і

постабстинентного синдрому багато в чому визначає подальший перебіг хвороби, так як на цьому етапі закладається фундамент для попередження раннього рецидиву. Лікарські препарати, що застосовуються для лікування ААС, мають ряд недоліків: часто призводять до розвитку залежності і мають побічні дії. Медикаментозні засоби можуть підсилити токсичну дію алкоголю як в гострому періоді ААС так і в період ремісії. Інколи медикаментозна терапія у хворих алкогольною залежністю буває обмежена у зв'язку із захворюваннями печінки, наявністю різних соматичних протипоказань і медикаментозної непереносимості. Тому постійно йде пошук нових варіантів терапії, які, будучи позбавлені негативних ефектів, прискорювали б вихід хворих зі стану абстиненції, приводили б до більш якісної і тривалої ремісії. Насамперед це стосується різноманітних психотерапевтичних практик та немедикаментозних методів лікування.

РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПАТОГЕНЕЗ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ

1.1. Епідеміологія та медико-соціальні проблеми алкогольної залежності

Протягом останніх п'ятнадцяти років в Україні триває стрімке поширення алкогольної залежності. Нині рівень споживання алкоголю в Україні є одним із найвищих у світі та становить близько 20 л абсолютного спирту на душу населення на рік. Такі дані оприлюднила ВООЗ у своїй «Глобальній доповіді про стан у сфері алкоголю і здоров'я 2018 р.». У середньому, кожна людина віком 15 років і старше щорічно випиває 6,2 л чистого спирту. Але насправді алкоголь вживають менше половини населення (38,3 %). Це означає, що питущі люди щорічно споживають у середньому 17 л чистого спирту. Слід зазначити, що згідно з дослідженнями ВООЗ незворотня деградація генофонду — тобто виродження нації — починається у разі вживання 6–8 л алкоголю на рік на душу населення. З листопада 2013 р. Україна разом із Росією, Білоруссю, Белізом та Еквадором опинилася серед країн, де цей показник досяг найвищих меж.

Через причини, пов'язані із вживанням алкогольних напоїв, щороку в світі помирає близько 3 млн людей. Алкоголь є причиною майже 5 % усіх смертей у світі [1]. За рівнем смертності алкогольна залежність нині вийшла на третє місце у світовій статистиці, поступаючись лише коронарній хворобі серця і новоутворенням. Щорічно через АЗ в Україні помирає понад 40 тис. осіб. Кожен рік на облік ставлять близько 100 тис. осіб, хворих на АЗ. Насправді ж таких людей значно більше й алкогольна залежність в Україні набуває ознак національної епідемії.

Алкогольна патологія в структурі інших форм залежності від психоактивних речовин (ПАР) залишається домінуючою. За даними офіційної статистики, кількість пацієнтів, які перебувають на медичному обслуговуванні в наркологічних диспансерах України, дотепер досягає 1 млн людей. За останні 20 років більш ніж вдвічі зросла захворюваність на алкогольні психози (2,2 на 10 тис. населення), що

свідчить про більш високу фактичну поширеність алкогольної залежності. Зловживання алкоголем характеризується розвитком різноманітних медичних та соціальних наслідків: психічні та соматоневрологічні розлади, соціальна дезадаптація, суїциди, формування кримінального вектору поведінки тощо. АЗ є прикладом поліморбідності: найчастіше ушкоджуються печінка, підшлункова залоза, серцево-судинна система, периферична та центральна нервова система. Епідемічний характер і популяційна масштабність алкоголізації населення, вітальний характер патологічної пристрасті, розмах медико-біологічних і соціально-економічних наслідків дають підставу віднести алкогольну хворобу до розряду соціальної патології, яка становить реальну загрозу здоров'ю нації, сприяє явищу депопуляції, а також геноциду молодого покоління [1].

1.2. Нейробіологічні та біохімічні механізми впливу алкоголю на центральну нервову систему та психічну діяльність людини.

У разі хронічного надходження в організм алкоголь впливає практично на всі органи й системи, серед яких на першому місці знаходяться нервова, ендокринна та імунна, що здійснюють координацію функцій в організмі. Механізми порушення функціонування гомеостатичних систем у разі АЗ пов'язані з впливом етанолу на клітини, зі зміною метаболічних і енергетичних процесів як на молекулярно-біохімічному рівні, так і з порушенням центральної регуляції функцій.

Основний ефект дії алкоголю виявляється в його здатності пригнічувати функцію ЦНС, а також дезорганізувати функціонування нижчих відділів нервової системи.

У молекулі етанолу $\text{CH}_2\text{CH}_2\text{OH}$ відсутні ізомерні атоми вуглецю, що дає їй можливість активувати специфічні молекулярні мішені. Амфифільні властивості етилового спирту дозволяють йому розчинятися у воді й жирах і, таким чином, дезорганізувати двошарову ліпідну мембрану нервових клітин, що супроводжується порушенням нормальної функції специфічних нейронних систем.

Установлено, що етанол блокує потенціалзалежні канали, гальмує вивільнення нейромедіаторів і порушує постсинаптичну реактивність шляхом взаємодії з мембранними ліпідами та білками. Нейромедіаторні порушення в адренергічних, ГАМК-ергічних, серотонінових, дофамінових, ендорфінних рецепторних системах зумовлюють різноманітну симптоматику як алкогольного сп'яніння, так і ускладнень, викликаних інтоксикацією [2, 3].

У симптоматиці гострої та хронічної алкогольної інтоксикації, механізмах розвитку СВА ключову роль відіграють як наслідки прямої токсичної дії на органи та тканини етилового спирту та його основних метаболітів, так і адаптивні реакції організму на інтоксикацію і на припинення прийому алкоголю.

Усмоктуючись і розподіляючись в організмі людини, етанол змінює біохімічні й електролітні процеси, що відбуваються у позаклітинному матриксі. Головною патогенетичною ланкою в розвитку СВА є ендотоксикоз. Саме він найчастіше спричиняє розвиток вітальних ускладнень у разі абстинентних станів, таких як металкогольні психози, гострі токсичні енцефалопатії, токсичні кардіоміопатії, гепато- та нефропатії. У патогенезі СВА виділяють два компоненти: власне абстинентний (каскад фізіологічних реакцій, що виникає внаслідок збудження катехоламінової системи нейромедіації) і токсичний, зумовлений прямою токсичною дією етанолу та його метаболітів.

Вживання алкоголю є одним з найважливіших факторів ризику, що обумовлює виникнення багатьох захворювань, сприяє тяжкості перебігу та погіршує прогноз. При цьому найбільш уразливими до дії алкоголю є клітини головного мозку, що закономірно призводить до порушення діяльності вищої когнітивної сфери з ознаками деградації особистості і формуванням стійкої органічної неповноцінності головного мозку. У достатній кількості досліджень повідомляється про порушення у хворих на алкоголізм здатності до навчання, абстрагування, вербального мислення, вирішення проблем, тактильних і

просторових уявлень, пам'яті, уваги, моторного аналізу, простий моторної здатності. [4, 5].

Спеціальне дослідження підтвердило, що слабка генералізована мозкова дисфункція, супутня хронічному зловживанню алкоголем, відображає широке дифузне ураження мозку, а наявність когнітивних порушень створює несприятливий фон і може значно змінювати клінічні прояви і динаміку алкогольної залежності, впливає на успішність лікування і обтяжує прогноз.

Алкоголь вважається найбільш частим екзогенним токсином, що викликають енцефалопатію. При цьому прогресуюче порушення інтелектуальних функцій є характерною особливістю алкоголізму. Когнітивні порушення у осіб, які страждають на хронічний алкоголізм, виявляються в 50-70% випадків, а в 10% випадків вони досягають ступеня деменції [5, 6].

Є кілька патогенетичних механізмів, здатних викликати когнітивні порушення у хворих на алкоголізм. Причиною виникнення когнітивних порушень у осіб, що зловживають алкоголем, крім токсичної дії алкоголю та енцефалопатії Верніке-Корсакова (в основі якої лежить дефіцит тіаміну), можуть бути інші дефіцитарні розлади (пелагра, дефіцит вітаміну В12, дефіцит фолатів), хвороба Маркіафави-Біньямі, токсична лейкоенцефалопатія, а також печінкова енцефалопатія, повторні черепно-мозкові травми, хронічний менінгіт, синдром апное уві сні, супутні алкоголізму хвороба Альцгеймера або судинна деменція [7].

Існує кілька гіпотез, що пояснюють феноменологію нейропсихологічного дефекту при алкоголізмі: «правопівкульна» гіпотеза, гіпотеза «дифузного церебрального дефекту» або «передчасного старіння» і гіпотеза «переважного ураження передніх відділів головного мозку».

Порушення виконавчих функцій, зумовлені синдромом роз'єднання, досить характерні і для пацієнтів на алкоголізм, які не мають виражених мнестичних розладів. При АЗ лобні частки схильні більшою мірою до пошкодження, що проявляється порушенням виконавчих функцій (здатністю до абстрагування та

планування, інгібування персеверативних процесів, перемикання між різними когнітивними процесами, швидкість когнітивних процесів і т. ін.).

Важливо зауважити, що припинення зловживання алкоголем і проведення адекватної терапії нерідко призводить до відновлення когнітивного дефекту і зменшення розширення коркових борозень і бічних шлуночків.

При мікроскопічному дослідженні виявляється втрата нейронів переважно в лобних відділах, що, можливо, може бути обумовлено їх більшою схильністю до токсичної дії алкоголю. Морфометричне вимірювання мозку пацієнтів показали зменшення підкіркової білої речовини і розмірів нейронів [5, 7].

Таким чином, своєчасне виявлення супутніх алкогольної залежності соматичних уражень та мозкових дисфункцій у хворих має велике значення як в діагностичному, так і в терапевтичному плані.

1.3. Патофізіологічні аспекти формування алкогольної залежності

Алкогольна залежність серед психічної патології займає особливе місце. Каскад патологічних зрушень в життєдіяльності органів і систем відбувається через надмірне надходження етанолу, який є нормальним метаболітом людського організму, що володіє в ендогенних концентраціях регулюючими функціями. Екзогенні концентрації етанолу і його метаболітів призводять до активації ряду ферментних систем, інвертуванню обміну речовин, зриву нормального функціонування організму в цілому і зміни психічного стану. Відомо, що основною ознакою АЗ є патологічний потяг до алкоголю, що представляє собою облігатний, «стрижневий» синдром. ППА є основною ознакою АЗ. ППА проявляється втратою кількісного і ситуаційного контролю над прийомом алкоголю. В основі залежності від ПАР лежить їх підкріплююча дія (reinforcing effect), що має позитивний (позитивний) і негативний (негативний) компоненти. Позитивне підкріплення (positive reinforcement) відображає здатність ПАР викликати задоволення. Позитивне підкріплення обумовлено впливом ПАР на так звану церебральну систему винагороди (reward system).

Позитивна підкріплювальна дія різних речовин обумовлює виникнення первинного потягу до цих речовин. Негативне підкріплення (negative reinforcement) визначається здатністю ПАР усувати різні прояви фізичного або психічного дискомфорту. Негативна підкріплювальна дія ПАР лежить в основі вторинного потягу до них. Виразність підкріплюючих властивостей ПАР визначає ступінь їх наркогенного потенціалу [8, 9, 10].

Відповідно до теорії функціональних систем І.П. Анохіної [10, 11], ініціація і закріплення нових форм поведінки, так само як і деструкція поведінки, що втратила адаптаційну цінність, реалізуються через механізм підкріплення. Підкріплюючі агенти, в даному випадку ПАР, виступаючи в якості генераторів емоційного стану позитивної модальності, закріплюють ту чи іншу поведінкову реакцію, яка з високою ймовірністю буде повторюватися при повторному пред'явленні стимулу. Нові мотиваційні компоненти поведінки, в кінцевому рахунку, формують аддиктивну поведінку, яке проявляється спрямованим пошуком і самовведенням ПАР. Останнє поступово стає «сурогатом» природного підкріплення. Хронічне введення ПАР призводить до розвитку толерантності, що виявляється зміною чутливості рецепторів і ослабленням специфічних центральних ефектів. Формується «вторинний дефіцит» підкріплення, який долається збільшенням дози і підсилює мотивацію до самовведення ПАР. Одночасно формується синдром відміни - основний клінічний прояв «фізичної залежності». Синдром відміни проявляється посиленням потягу до ПАР і суб'єктивно неприємними відчуттями, які також стимулюють вживання алкоголю і аддиктивну поведінку. Фізична залежність - це новий гомеостаз організму, що сформувався на тлі хронічного введення ПАР. Це стан фізичного комфорту в токсикоманічній інтоксикації і явища абстиненції при раптовому припиненні вживання речовини. Регулярне вживання ПАР призводить до перебудови регуляторних систем організму, реалізованої на всіх біологічних рівнях. В результаті формується новий гомеостаз, в якому ПАР відведена роль регулятора. Раптове припинення вживання даної речовини супроводжується гомеостатичним зсувом, який і визначає патогенетичну сутність абстиненції як системної реакції організму.

Спрощене трактування «алкоголь викликає алкоголізм» не дає пояснення того факту, що алкоголізм виникає лише у певного відсотка тих людей, хто п'є спиртне. В експерименті на тваринах показано, що після припинення тривалого примусового споживання розчином етилового спирту чітко виявляється частина тварин, які в умовах вільного вибору воліють етанолу воду. Таким чином, навіть тривала примусова алкоголізація частини тварин не викликає формування патологічного потягу до етанолу. Алкоголь, таким чином, виступає лише як одна з умов (зовнішня) формування АЗ.

Особливості психіки організму людини, що реагує на алкоголь, формування пристрасті до нього і залежності від нього, ось головна (внутрішня) умова формування захворювання. Сьогодні існує розуміння вирішальної ролі внутрішніх умов, що обумовлюють розвиток захворювання. Людина буває схильною до алкоголізму: в його організмі існують виражені патологічні тенденції, а для того, щоб виникла хвороба, необхідний лише власне контакт з алкоголем. **Через індивіда переломлюються всі впливи середовища, і міра його стійкості або сприйнятливості до патогенних впливів виявляється вирішальною.** Зовнішня причина (алкоголь), таким чином, є необхідною, але недостатньою умовою для розвитку АЗ. **Виникнення алкоголізму у окремо взятого хворого неможливо зрозуміти без урахування дії мікросоціальних чинників (вплив сім'ї, друзів, обстановки на роботі і таке інше) і всієї суми умов і обставин, що визначили можливість розвитку хвороби, хоча в основі її становлення лежать загально-біологічні закономірності.**

Для з'ясування патогенезу АЗ важливо визначити основну його ланку, яка несе відповідальність за розвиток пристрасті людини до алкоголю і за формування АЗ. Ця ланка визначає причинно-наслідкові зв'язки захисних і компенсаторних процесів. По-перше, така ланка має бути досить потужною, здатною змінювати функціонування найважливіших регуляторних систем. По-друге, така ланка повинна мати пряме відношення до роботи ЦНС і психіки людини, так як **початкова привабливість спиртного корениться в його дії на психічну сферу.** Вся діяльність мозку базується на нейромедіаторній міжсинаптічній передачі, тому

можна припустити, що саме в зміні роботи нейромедіаторних систем в результаті вживання алкоголю і укладено центральну ланку патогенезу алкоголізму [10, 11].

У роботах І.П. Анохіної переконливо показано, що стан залежності від алкоголю та інших ПАР обумовлено порушенням функціонування катехоламінової нейромедіації в мезолімбічних структурах мозку.

Впливаючи на катехоламінову систему мозку, алкоголь призводить до посиленого вивільнення норадреналіну і дофаміну з пресинаптичних структур в гіпоталамусі і середньому мозку. Цим пояснюється психомоторне збудження в першій фазі сп'яніння у людини, тому що ці структури відносяться до активуючих систем мозку. Надалі алкоголь сприяє посиленому руйнуванню катехоламінів, що призводить до зниження концентрації норадреналіну, зменшення активності відповідних мозкових структур. Клінічно це відповідає другій фазі алкогольного сп'яніння, що протікає з депресивним компонентом, пригніченням і загальмованістю. При тривалому вживанні алкоголю форсовані викиди нейромедіаторів, що виснажують ЦНС, в поєднанні з їх посиленням руйнуванням, викликають дефіцит норадреналіну і дофаміну мозку. Наслідком цього може бути зниження настрою і працездатності хворого, а прийом порівняно помірної дози алкоголю, що стимулює викид катехоламінів, викликає на короткий час поліпшення стану, підвищення тону. Поліпшення це скороминуще, так як норадреналін і дофамін, що виділилися в межсинаптичну щілину, знову швидко руйнуються. Знову виникає все більш зростаючий дефіцит цих нейромедіаторів в мозку. Подібний стан штовхає хворих на черговий прийом алкоголю, з тим, щоб хоч на час поліпшити свій стан і самопочуття. Таким чином, виникає порочне коло «*circulus vitiosus*». Патологічна суть порочного кола в тому, що порушується механізм функціонування зворотних зв'язків в системі. Порочне коло призводить до прогресування захворювання, у міру того як вичерпуються компенсаторні можливості організму. Компенсаторну роль виконує посилення синтезу катехоламінів в ЦНС необхідне для нейтралізації посилених витрат. Складається прискорений кругообіг катехоламінів - серйозне зрушення, що свідчить про біологічну перебудову в організмі, про формування залежності від алкоголю і

потягу до нього. При припиненні прийому алкоголю викиди можуть припинитися, розпад катехоламінів нормалізується, але синтез так і залишиться посиленним. При цьому активність дофамінбетагідроксилази знижується, а вміст катехоламінів, особливо дофаміну, в крові і мозку, підвищується, що супроводжується дискомфорними переживаннями.

Також вивчено нейромедіаторні системи, що модулюють обмін катехоламінів. Так зміна рівня нейропептиду - пролактину впливає на активність дофамінових нейронів мозку. У хворих з АЗ на висоті СВА відзначається зниження рівня пролактину, а поліпшення стану хворих корелює з підвищенням його концентрації та зниженням концентрації дофаміну в крові хворих. Нейромодуляторами катехоламінової системи є також і ендогенні опіати: ендорфіни і енкефаліни. Доведено, що тривале вживання етанолу призводить до помітного зниження спорідненості опіатних рецепторів до своїх природних лігандів, посиленню активності енкефалінази А і зниженню рівня енкефалінів в мозку. Це важливо, тому, що активація енкефалінергічної опіатної системи стимулює синтез і звільнення дофаміну в мозку. Блокада опіатних рецепторів призводить до зростання споживання алкоголю, так як алкоголь, що приймається в колишніх кількостях, вже не дає бажаного ефекту.

Багато дослідників встановили при АЗ зниження рівня серотоніну. Утворений при АЗ дефіцит серотоніну і пов'язані з цим дискомфортний стан хворий намагається компенсувати за допомогою дії алкоголю, природно, не досягаючи своєї мети. Є дані, що вказують на те, що алкоголь перешкоджає спонтанному вивільненню ацетилхоліну, порушує роботу і цієї системи. Ці явища сприяють негативному впливу алкоголю на діяльність серцево-судинної системи. У хворих на АЗ відмічається пригнічення активності ГАМК-ергічних нейронів, які виділяють гамма-аміномасляну кислоту - основний медіатором гальмування в ЦНС.

Таким чином, склалися теоретичні передумови для пояснення фундаментальних механізмів розвитку залежності від алкоголю і формування потягу до алкоголю. Тобто формування залежності від ПАР можна уявити собі як

циклічне порушення діяльності підкріплюючої системи мозку. Подібні порушення прогресивно збільшуються і призводять до безперервного споживання ПАР, а також до зниження контролю за їх споживанням.

Оскільки алкогольна залежність - це неінфекційне епідемічне захворювання, а внутрішня причина будь-якого епідемічного процесу - взаємодія біологічних і соціальних факторів, а не безпосередній вплив будь-якого чинника на людину, **тому профілактичні та лікувальні заходи повинні враховувати взаємодію всіх факторів: медико-біологічних, соціально демографічних, економічних, політичних** [10, 11].

Ефективність лікування залежить від здатності лікаря правильно кваліфікувати стан хворого, оцінити преморбідні особливості характеру і мікросоціальних умов, що дозволяє розробити індивідуальну терапевтичну програму для кожного пацієнта. Принцип комплексного підходу до лікування полягає в інтеграції в терапевтичній програмі медикаментозних, психотерапевтичних і соціальних методів; питома вага кожного з них відрізняється в кожному конкретному клінічному випадку.

1.4. Теоретичне обґрунтування застосування психотерапевтичних практик в клінічній наркології.

«Психотерапія - це різні форми допомоги людям, які мають труднощі. Ця допомога здійснюється шляхом комунікації, переважно шляхом бесіди» - це найбільш поширене трактування. Найбільш часто психотерапією називають будь-яку психологічну допомогу. Зовнішня схожість цих двох впливів виходить з того, що обидва спираються на безпосередній вплив двох осіб друг на друга, а крім того, загальним для них є створення настрою, що поліпшує самопочуття, надання розради, зняття напруженості, співчуття, просто перебування поряд з особою, що відчуває страждання.

Основною відмінністю психотерапії від психологічної допомоги є різниця цілей: в психотерапії - це зміна, яке призводить до усунення розладів як психічних, так і соматичних і глибокому розумінню причин цих розладів і

поведінки самого пацієнта, в психології метою є надання уваги і заспокоєння в реальних проблемах особі, яка шукає такої допомоги [12, 13].

Мета психотерапії – сприяння у становленні повноцінної особистості, здатної займати активну і творчу позицію відносно себе та своєї життєдіяльності, справлятися з травмуючими ситуаціями і переживаннями, приймати рішення, продуктивно і гідно діяти у відповідних соціально-культурних умовах. Завданнями психотерапії є:

- допомогти пацієнтові краще зрозуміти свої проблеми;
- усунути емоційний дискомфорт;
- заохотити вільне вираження почуттів;
- забезпечити новими ідеями або інформацією про те, як вирішувати свої проблеми;
- допомогти в перевірці нових способів мислення і поведінки за межами терапевтичної ситуації.

При вирішенні цих завдань психотерапевт вдається до трьох основних методів:

- забезпечує психологічну підтримку;
- усуває дезадаптивну поведінку і формує нові адаптивні стереотипи;
- сприяє інсайту (усвідомленню) і саморозкриттю (самоексплорації), внаслідок чого пацієнт починає краще розуміти свої мотиви, почуття, конфлікти, цінності.

Види психотерапії розрізняються позиціями терапевта і клієнта в процесі їхньої взаємодії. Якщо психотерапевт виступає як експерт-професіонал, то терапія називається директивною – терапевт “вищий” за клієнта, знає його потреби, знає куди його вести. Коли терапевт, поряд із клієнтом, є рівноправним учасником терапії, не веде за собою клієнта, він лише його супроводжує то терапія є принципово недирективною.

Різноманітні види психотерапії розрізняються за каналами входу в клієнта або його проблему: вербальний канал – у психоаналізі, тілесний – у тілесно-орієнтованій психотерапії, візуальні образи – в НЛП, психосинтезі і т.д. Деякі види

терапії реалізують полімодальний вхід, як наприклад, в гештальт-терапії, психосинтезі.

Виділяють симптоматичну і патогенетичну психотерапію. Якщо “мішенню” впливу є симптом (заїкання, енурез, тіки, тривога, безсоння, аддиктивна поведінка та ін.) або група симптомів, то це симптоматична терапія. Патогенетична терапія підкреслює необхідність довести аналіз до розкриття причини розладу.

В реальному психотерапевтичному процесі перераховані розбіжності не є настільки рельєфними. Нормою сьогоденної психотерапевтичної практики є її еклектичність.

З різноманіття існуючих психотерапевтичних методів виділяють основні:

- психоаналітичний (психодинамічний, або фрейдистський), в якому головним чинником особистісного розвитку і поведінки вважаються первинні потяги і потреби, а невроз – наслідком їх витіснення в несвідоме і конфлікту з свідомістю. Її задача у сприянні усвідомленню цього конфлікту;

- біхевіористський (поведінкова психотерапія), предметом дослідження якого є виключно поведінка. Звідси невроз – це неадаптована поведінка, що виникає в результаті неправильного навчання. Її основна задача - навчання новим, адаптованим способам поведінки;

- гуманістичний (екзистенціально-гуманістичний), який розглядає потребу особистості в самоактуалізації, а невроз вважає результатом блокування цієї потреби. Її задача полягає у сприянні набуванню нового емоційного досвіду, створенню адекватного цілісного образу Я і можливостей для самоактуалізації особистості

Серед різноманіття існуючих методів психотерапії неможливо визначити найкращий, тому що різні методи переслідують різні цілі та застосовуються до різноманітних груп пацієнтів/клієнтів [12, 13].

За висновком експертної групи ВООЗ (1989р.) основним методом лікування АЗ є психотерапія [14]. У роботі з наркологічними хворими психотерапевтичні практики повинні бути індивідуально спрямовані, вирішувати конкретні для даного хворого завдання і бути зрозумілими самому хворому. Більшою мірою

психотерапія має бути спрямована на реконструкцію особистості (де це можливо) і на мобілізацію всіх внутрішніх ресурсів хворого для зміни залежного життєвого стереотипу, для протидії зривам і рецидивам при повному розумінні своєї хвороби і щирому бажанні протидіяти патологічному потягу. У своїй роботі фахівець повинен орієнтуватися на особистісні особливості хворого, на його престижні мотивації, на рівень його емоційного та інтелектуального збереження. Крім того, психотерапевтичний процес залежить від етапу лікування і зацікавленості самого хворого, а також від професійної ерудиції та терапевтичного спектра лікаря [15].

Основне завдання лікування АЗ - придушення усіма можливими способами (психофармакологічними і психотерапевтичними) ППА і формування стійкої ремісії.

З точки зору багатьох психодинамічних теорій зловживання алкоголем є невротичний симптом. Особистість у хворих на алкоголізм настільки ослаблена, що знаходиться цілком у владі свого потягу до алкоголю, що дає їм насолоду і почуття всемогутності. При цьому інша частина особистості не настільки вільна, щоб протидіяти цьому потягу. У дослідження особистості хворих на АЗ виявлено ряд особливостей. Це: слабкість «Его» з недостатньою ідентифікацією власної статевої приналежності, психопатичні риси, ворожість, негативна концепція власного «Я», незріла імпульсивність, низький рівень толерантності до фрустрації; посилення збудливості, підвищена чутливість, схильність до іпохондрії, страх смерті; невротичні ознаки з проявом страху, депресії, істерії і схильності до іпохондрії. Під час хвороби відбувається формування нової ієрархії потреб і мотивів і фактично руйнування старої. Алкоголь стає не просто засобом, що дає стан ейфорії, але головним сенсом і двигуном поведінки. Наявність психічної залежності виступає проявом перебудови всієї особистості.

Багато авторів рекомендують вибирати методи лікування відповідно до «природних прагнень» пацієнта (так, щоб вони допомагали йому впоратися зі своїми індивідуальними проблемами) та враховуючи відносини хворих до терапії, що проводиться.

Багато дослідників вибирає для лікування метод групової психотерапії, головний терапевтичний потенціал якого закладений в динаміці взаємин пацієнтів в групі.

У ряді робіт автори вважають, що психотерапевтичне лікування доцільніше застосовувати хворим з паранояльно-епілептоїдними та психастеничними особливостями характеру. Преморбідні особливості особистості збудливого типу, психопатичну структуру особистості з високим рівнем тривожності та зниженням адаптивних ресурсів відносять до ознак, які обумовлюють низьку ефективність психотерапевтичних методів.

Існує континуальний вид психотерапії що включає забезпечення безперервності терапевтичного процесу і особистісних змін, що ще раз підтверджує необхідність вироблення психотерапевтичних програм в залежності від характерологічних особливостей хворих. Якщо на віддалених етапах лікування найбільш виправдані розвиваючі особистісно-орієнтовані методи психотерапії, то на початкових етапах терапевтичних програм успішним може виявитися і використання методів маніпулятивної психотерапії, спрямованих на усунення актуальної патології.

Більшістю дослідників визнається необхідність досить тривалого контакту і спостереження за хворим в ремісії із застосуванням диференційованих психотерапевтичних програм. М.М. Іванець і співавт., запропонував схему принципів лікування, яка включає в себе: добровільність; індивідуалізацію; комплексність; етапність; урахування взаємовідносин біологічних, психологічних і соціальних факторів; системність терапевтичного впливу; патогенетичну обґрунтованість і патогенетичну спрямованість [11].

Більшість дослідників віддають перевагу динамічному стилю, коли в ході психотерапевтичної роботи відбувається зрушення від початкової директивності до партнерства.

Таким чином, існує значна різноманітність психотерапевтичних методів і підходів. При цьому складно віддати перевагу будь-якій групі методів в плані їх терапевтичної ефективності. В проекті МАТСН порівнювали на великій вибірці

пацієнтів ефективність когнітивно-поведінкової психотерапії, 12-крокової програми, терапії, спрямованої на підвищення мотивації в лікуванні АЗ. Значних відмінностей в ефективності того чи іншого методу виявлено не було. Це і дало поштовх до розробки інтеграційних підходів у психотерапії [16]. В одному сходяться практично всі сучасні психотерапевти, що працюють з залежними пацієнтами: найбільший терапевтичний ефект дає адекватне поєднання психофармакотерапії та психотерапії. Залежно від клінічних особливостей захворювання, від етапу лікування, співвідношення цих методів має гнучко мінятися не конкуруючи, а всіляко доповнюючи один одного.

РОЗДІЛ 2. МОДЕЛІ КОГНИТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА ЇХ ЕФЕКТИВНІСТЬ

2.1. Ремісія у хворих на алкогольну залежність як основний критерій ефективного лікування та реабілітації.

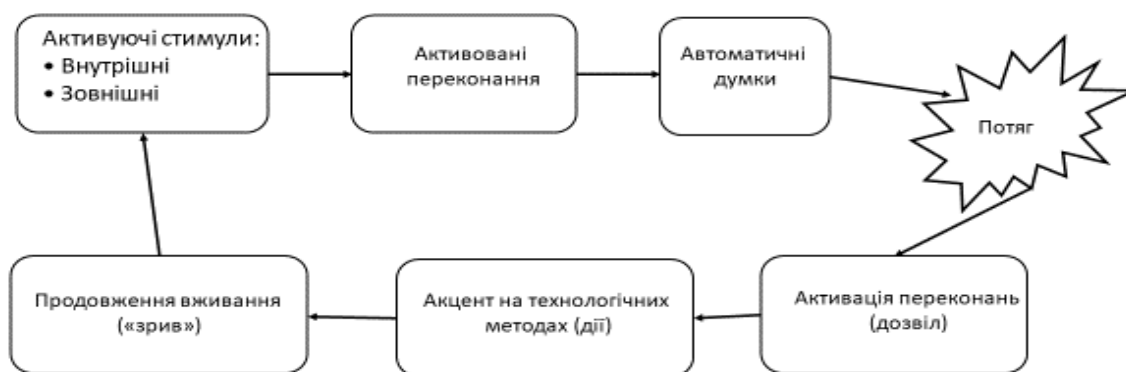
У сучасній психіатрії до основних показників ефективності лікування алкогольної залежності відносять тривалість, стійкість та якість ремісій, які були досягнуті. Однак аналіз даних літератури свідчить про те, що протягом перших шести місяців при сучасних методах лікування ймовірність зриву ремісії спостерігається у 60% хворих на АЗ. Прогнозування розвитку ремісії при АЗ дозволяє визначати терапевтичну тактику, ефективність реабілітації. Ремісія вважається неповною, якщо при відмові від спиртного зберігаються різноманітні симптоми АЗ (алкогольні сновидіння, вегетативні, афективні розлади, відсутність або неповна критика щодо періоду вживання спиртного). У разі повної ремісії поступово нівелюються розлади настрою, вегетативні і соматичні порушення, відновлюються колишні інтереси або виникають нові захоплення, поліпшуються сімейні взаємини. При відсутності епізодів загострення ППА, успішному функціонуванні пацієнта в психічній, соматичній і соціальній сферах життєдіяльності діагностується якісна ремісія [11, 17].

Згідно з численними дослідженнями, ремісію оцінюють як динамічний стан, при формуванні її послідовних етапів відзначається більш висока адаптація хворого до тверезого життя. Ступінь ризику рецидиву при АЗ визначається поєднанням особистісних, клінічних та соціально-психологічних факторів. Ремісію при АЗ вважають як стійку компенсацію абстинентних проявів і досягнення нормального функціонування регуляторних механізмів, виділяючи при цьому три її етапи.

- Перший етап (становлення ремісії) - це період, коли системи регуляції не відновили своєї потужності з компенсаторною гіперпродукцією нейромедіаторів, що клінічно проявляється епізодами загострення ППА, неврозоподібними і психопатоподібними порушеннями.

- На другому етапі (плато ремісії) метаболічні процеси нормалізуються зі стійкою клініко-психопатологічною компенсацією.
- Третій етап (предрецидив) патогенетично позначається як порушення балансу метаболічних процесів з клінічної декомпенсацією і поживленням абстинентних симптомів.

Це може бути представлено наступною схемою (рис.1).



From: Beck, A.T. Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse. New York: The Guilford Press

Рис.1. Когнітивна модель вживання

Сучасний біопсихосоціальний підхід передбачає комплексну оцінку біологічних, психопатологічних, психосоціальних факторів на всіх етапах становлення ремісії при АЗ. Вважається, що в міру формування ремісії прогностичне значення біологічних факторів неухильно знижується, поступаючись особистісним і потім соціальним чинникам. При ремісії, що вже сформувалася, прогностичне значення мають такі фактори, як стресостійкість та підтримуюча терапія, при цьому знову актуалізується роль біологічних факторів.

На прогноз ремісії також впливає тривалість противоалкогольної терапії (при лікувальному курсі тривалістю до 3-х місяців наступні ремісії зазвичай більш тривалі, ніж при короткостроковій терапії близько 1 місяця), а також регулярність і тривалість підтримуючої терапії. Задля досягнення ремісії при АЗ велику роль відводять установці пацієнта на повну відмову від спиртного, вірі пацієнта в

можливість досягнення поставленої мети і готовність роботи над цією метою. У перший рік відмови від алкоголю серед лікувальних заходів провідними є підтримка установки на тверезість, лікування імпульсивності, депресії, соціальна підтримка [17].

При загальному визнанні мультифакторної етіології і патогенезу АЗ, необхідності міждисциплінарного характеру вивчення, комплексності лікування, на сьогоднішній день з усього спектра підходів до даної проблеми психотерапевтичний виявився найменш розробленим. Однак саме цей підхід набуває все більшого значення в міру того, як увага дослідників зсувається від грубо патологічних проявів алкогольної хвороби до тонких механізмів її динаміки.

Профіль особистості залежного від алкоголю багатокомпонентен. Цей структурно-логічний конгломерат можна назвати біопсихосоціодуховним профілем, де «біо» - це перш за все алкогольна спадковість, «психо» - невропатична структура особистості, «соціо» - несприятливе соціальне середовище, «духовний» - відсутність духовності, негативна моральна позиція. При вираженому «біологічному» компоненті для хворого дуже важлива медикаментозна терапія (психотропи, ноотропи, аверсивні і сенсibiliзуючі засоби, вітаміни) протягом багатьох місяців. Переважний «психологічний» компонент ставить в пріоритет поглиблену психотерапевтичну роботу. Домінуючий «соціальний» компонент звертає увагу на взаємини хворого з навколишнім світом з навчанням у процесі лікування соціальним навичкам, знанням, умінням і реабілітації. Випинання ж «духовного» компонента змушує докладати зусиль у вирішенні екзистенціальній (світоглядній) кризи. Ефективне лікування алкоголізму можна проводити, впливаючи на всі сфери життєдіяльності людини (тілесна, психологічна, соціальна, духовна) [18].

2.2. Можливості застосування когнітивно-поведінкової терапії при алкогольній залежності.

На теперішній час когнітивно-поведінкова психотерапія, спрямована на запобігання та мінімізацію рецидиву, виявилася найбільш ефективним методом лікування залежності від психоактивних речовин.

За останні півстоліття теорія поведінки була розширена від поведінкової до когнітивно-поведінкової сфери і адаптована для терапії широкого спектра проблем людини. Стосовно до АЗ, вона забезпечувала теоретичну основу для розуміння етіології патологічного вживання, а також концептуальну основу для розробки клінічних методів лікування. Основне положення теорії поведінки полягає в тому, що патологічне вживання в значній мірі є придбаною поведінкою, і що процеси навчання, які беруть участь в її формуванні, можна використовувати для її зміни. З цієї точки зору, лікування включає оцінку поведінки і функціональний аналіз, щоб ідентифікувати специфічний контекст вживання алкоголю певною людиною, вибір ефективного втручання, а також можливість навчання новим моделям поведінки в реальних умовах, що дозволяє запобігти зриву [18].

Найбільш актуальними методами поведінкової терапії є: зовнішні впливи, управління непередбаченими ситуаціями, підтримуючі співтовариства, тренінг коупінг-навичок, профілактика рецидивів, поведінкова сімейна терапія і відповідність пацієнта лікуванню [18, 19].

Вживання ПАР є однією з форм оперантно обумовленої поведінки, що підтримується ефектом дії самої речовини і соціальними наслідками. Лікування АЗ включає в себе усунення або ослаблення природних факторів підкріплення вживання алкоголю, а також надання підкріплення для утримання за допомогою матеріальних ресурсів. При розгляді наркологічних проблем *підхід управління в непередбачених ситуаціях* був більш ефективний у порівнянні з методами лікування, спрямованими на зниження вживання ПАР і утримання клієнтів в лікувальних програмах. Додавання ситуаційного управління до стандартного лікування призводить до поліпшення відвідування лікарів, скорочення тривалості

рецидивів і зменшення використання інших ПАР, які не були об'єктом ситуаційного втручання [18, 19].

Підтримуючі співтовариства достатньо еkleктичний набір заходів, який включає в себе адаптовані навички соціального навчання, поведінкову сімейну терапію, нові коупінги, навчання управлінню стресом, соціальне консультування, а також застосування дисульфіраму. Існує небагато досліджень цього підходу з позицій доказової медицини, що не дозволяє з упевненістю говорити про достатню ефективність їх застосування і ставить питання про те, які його елементи мають вирішальне значення, які кошти необхідні для збереження позитивного ефекту після завершення терапії, як оцінити ефективність при лікуванні АЗ [20, 21].

Когнітивно-поведінкова теорія інакше розглядає залежність від алкоголю, а саме як неадекватний спосіб впоратися з проблемами або потребами. З цієї точки зору, АЗ розвивається в результаті впливу підкріплюючих ефектів алкоголю, очікувань щодо його наслідків або імітаційних моделей для наслідування.

За останні 25 років були розроблені і перевірені численні когнітивно-поведінкові втручання для лікування АЗ. Вони відрізняються за тривалістю, модальністю (групові, індивідуальні, парні), змістом, умовами лікування (стаціонарне, амбулаторне), а також за методом - навчання коупінг-навичкам в комбінації з іншими терапевтичними методами (сімейна терапія, фармакологічне лікування) [22, 23].

Незважаючи на відмінності, КПТ при АЗ складається з двох основних елементів. По-перше, КПТ заснована на принципах соціально-когнітивної теорії, яка постулює центральну роль когнітивного і поведінкового коупінга. Дефіцит в здатності впоратися з життєвими проблемами взагалі і алкогольними проблемами зокрема, щоб стримати надмірне вживання алкоголю, призводить до відновлення пияцтва після абортівних спроб утримання. По-друге, всі види КПТ використовують форму навчання коупінг-навичкам для подолання когнітивного і поведінкового дефіциту.

КПТ застосовує стандартний набір методів, навчальних коупінг-стратегій, які враховують ідентифікацію та специфічність ситуацій, коли зустрічається

невідповідність коупінга, а також навчання, моделювання, рольові ігри та поведінкові репетиції. Ці методи призначені не тільки для того, щоб підвищити рівень когнітивного і поведінкового коупінга, але і для полегшення сприйняття зовнішніх впливів і поліпшення адаптації в стресових ситуаціях [21, 22, 23]..

Ефективність КПТ втручань при АЗ була продемонстрована в декількох рандомізованих клінічних дослідженнях. Сильна теоретична база, вичерпні дані щодо ефективності і слабкі докази альтернативних методів лікування привели до переважання КПТ у лікуванні АЗ. Навчання коупінг-навичкам стало стандартом, з яким в даний час порівнюються інші методи лікування АЗ, і воно подається або в якості основного методу, або як окремого компонента при комплексних інтервенційних втручаннях майже у всіх осіб з АЗ. Подібні втручання при лікуванні АЗ, засновані на принципах КПТ, були розроблені і випробувані і для інших залежностей (від наркотиків, нікотину і азартних ігор). Навіть конкуруючі підходи лікування АЗ, такі як 12 кроків і психодинамічна терапія, визнають цінність КПТ і пропонують методи, інкорпоруєчі КПТ в свої моделі лікування [20, 21]..

«Поведінкові» підходи охоплюють в основному зовнішні передумови і наслідки, які впливають на поведінку, без урахування проміжного когнітивного статусу або інших індивідуальних чинників. «Когнітивно-поведінковий» підхід включає когнітивні процеси і емоційні чинники, які можуть вплинути на поведінку, що в подальшому дозволить застосовувати поведінкові методи для його зміни. Лікування орієнтується на навички, необхідні для зміни або адекватного реагування на предиктори вживання або наслідки, які можуть включати когніції та емоції. Дефіцит коупінг-навичок вважають основним фактором ризику вживання алкоголю. Таким чином, навчання новим стратегіям коупінгу для подолання їх дефіциту, усунення чинників, які можуть перешкоджати подоланню зриву і, при необхідності, забезпечення їх адекватного застосування на практиці є необхідною умовою ефективного застосування КПТ.

Використання короткострокових форм КПТ, орієнтованих на навчання пацієнта і його родичів навичкам подолання зривів або профілактиці рецидивів, стало важливою частиною спектра медичної допомоги при лікуванні пацієнтів,

залежних від ПАР. Ці форми когнітивно-поведінкової психотерапії отримали назви: BRIEF - Cognitive-behavioral treatment або Cognitive-behavioral coping skills treatment. К.М. Carroll була запропонована тріада допомоги пацієнтам залежним від ПАР: - навчання розпізнаванню зриву (recognize); навчання стратегіям уникнення (avoid); навчання стратегіям коупінгу (cope) із залежністю і іншими проблемними ситуаціями.

К.М. Carroll [24] доведено, що використання КПТ було більш ефективним в порівнянні з відсутністю терапії. Лікування даним методом мало більший вплив на психосоціальне функціонування, ніж на вживання ПАР. BRIEF є ефективним методом для підтримки результату терапії і зниження тяжкості рецидивів, але переваги її слабшають при збільшенні інтервалів після лікування. BRIEF передбачає використання навчання коупінг-навичкам як додаткову стратегію для підвищення ефективності терапії.

Виділяють наступні аспекти короткострокової КПТ:

- Рішення конкретної проблеми, прицільний орієнтир на симптом, а не на те, що за ним.
- Чітке визначення мети терапії пов'язано з конкретними змінами в поведінці.
- Цілі терапії повинні бути зрозумілі як пацієнту, так і фахівцю в області психічного здоров'я.
- Результати терапії видно негайно.
- Відповідальність щодо змін свого стану несе пацієнт.
- На початку процесу терапії увага пацієнта акцентується на його минулому досвіді прийому ПАР, ранніх психологічних травмах, що дозволяє підвищити самоефективність в рішенні проблеми.
- Результати терапії розглядаються в динаміці і вимірюються кількісно і якісно.

Методи КПТ дозволяють показати пацієнтові, що соціальне навчання грає важливу роль в розвитку ригідного мислення і неадаптивної поведінки. Спільно з психотерапевтом пацієнт вчиться виявляти і усувати неадаптивну поведінку, використовуючи різні коупінг-стратегії і техніки, щоб припинити вживання ПАР і

навчитися вирішувати життєві труднощі, що виникають, не вдаючись до вживання ПАР. Існують різні протоколи [21, 22] лікування залежностей в рамках КПТ:

- Мотиваційна терапія (Motivational enhancement therapy, MET) з включенням 2 індивідуальних сесій мотиваційного інтерв'ю і 3 групових сесій КПТ (MET / CBT5).

- Мотиваційна терапія з включенням повного курсу КПТ - 12 сесій (MET / CBT5 + CBT7).

- Терапія підтримки сім'ї (The Family Support Network, FSN), що включає MET5 + CBT7 для самого пацієнта і курс сімейної терапії (5 сесій) для його родичів (психоосвіта, домашні зустрічі, що підтримують групи для батьків).

- Багаторівнева сімейна терапія (Multidimensional Family Therapy, MDFT), один раз на тиждень протягом 12 тижнів з фокусом на сімейні ролі і дисфункції в сімейній системі.

Перераховані протоколи об'єднують ряд технік, що призначені для вироблення і зміцнення самоконтролю, в основі яких лежить виявлення плюсів і мінусів, пов'язаних з вживанням ПАР. Слід враховувати, що на перших етапах терапії у пацієнтів виникають труднощі з виявленням мінусів впливу на власне життя, особливо при спробах згадати негативні наслідки вживання ПАР на початковому етапі прийому. Для пошуку мінусів, вироблення і зміцнення самоконтролю проводяться: мотиваційний інтерв'ю (2-3 сесії), психоосвіта (2-3 сесії) як самих пацієнтів, так і їх родичів, що значно підвищує комплаєнтність пацієнтів до психотерапії. В рамках психоосвіти з пацієнтами та їх родичами обговорюються наступні питання: довіра і мотивація до лікування, тривога, як один з факторів рецидиву, поганий-хороший стрес, депресія і воронка виснаження, виявлення і подолання ризиків виникнення проблемних реакцій, аддиктивні форми поведінки, відносини з іншими людьми, фармакологічне та психотерапевтичне лікування.

Завдяки психоосвіті пацієнт і його родичі навчаються розпізнавати зрив на ранніх етапах і виявляти потенційні кризові ситуації, і застосовуючи отримані коупінг-стратегії подолати рецидив, не вдаючись до звичної аддиктивної поведінки

[25]. Дослідження показують, що способи подолання рецидиву, засновані на методах КПТ, ефективно зберігають ремісію у пацієнта на тривалий термін - від одного року до декількох років.

Перевагами КПТ в лікуванні залежності є:

- короткостроковий підхід, добре вбудовується в більшість клінічних реабілітаційних програм;

- гнучкий, індивідуалізований підхід, адаптований до широкого діапазону пацієнтів, а також безліч форм і форматів застосування;

- наявність «письмової терапії» (Writing Therapy), коли в призначений час щотижня пацієнт пише психотерапевту про свої проблемні реакції. Це особливо корисно для пацієнтів, які зазнають труднощів говорити про свої думки і почуття;

- планування лікування і вибір конкретних цілей;

- структуровані принципи оцінки прогресу лікування.

Пацієнти з залежністю відчують дефіцит навичок подолання труднощів і не можуть ефективно використовувати стратегії подолання і придушення тяги до прийому ПАР. Тому однією із першочергових цілей КПТ хімічних залежностей, є навчання пацієнтів розпізнавати ситуації, в яких вони найбільше схильні до прийняття ПАР, а також пошук шляхів уникнення подібних ситуацій і / або способів більш ефективно справлятися з різними життєвими ситуаціями, почуттями і поведінкою, пов'язаними з вживанням ПАР.

2.3. Моделі і методи застосування когнітивно-поведінкової терапії у хворих з алкогольною залежністю.

КПТ особливу увагу приділяє функціональному (або поведінковому) і мотиваційному аналізу зловживання ПАР [21]. Психотерапія будується на виявленні і розумінні переконань (вірувань, установок), що лежать в основі уявлень пацієнта про себе і про своє ставлення до вживання ПАР. Для цього виділяють наступні завдання КПТ пацієнтів із залежністю:

1. Формування мотивації до тверезості і ясності свідомості.

2. Навчання навичкам подолання труднощів (підвищення стресостійкості).

3. Навчання технікам релаксації.
4. Управління гнівом і болісними афектами.
5. Поліпшення міжособистісного функціонування і підвищення рівня соціальної підтримки.

На рисунку 2 представлений орієнтовний план КПТ алкогольної залежності

План терапії алкогольної залежності

Основні модулі	Додаткові модулі
<ul style="list-style-type: none"> • 1.Мотивування і залучення 2.Функціональний аналіз 3.Подолання патологічного потягу 	<ul style="list-style-type: none"> • Навички спілкування (асертивність) • Розпізнавання і подолання емоцій гніву • Негативно забарвлені афективні стани і депресія • Вирішення проблем • Навички відмови від вживання психоактивних речовин • Зміцнення соціальної підтримки • Планування поведінки в кризових ситуаціях і подолання рецидивів • Перспективне планування

Рис.2. План КПТ алкогольної залежності

Так само слід приділяти увагу наявності і ризику розвитку афективних розладів: депресії, тривожного розладу. При цьому необхідно використовувати додаткові протоколи психотерапії даних афективних розладів .

КПТ для пацієнтів із залежністю передбачає наступні психотерапевтичні етапи:

- мотиваційне інтерв'ю (Motivational Interviewing);
- функціональний аналіз поведінки (Functional analysis);
- навчання пацієнта когнітивній моделі і диспуту про дисфункціональні переконання;
- навчання пацієнта різним соціальним навичкам (Skills Training);
- навчання пацієнта подоланню стресу (Teaching Stress Management);
- тренінг впевненості (Assertiveness Training);
- профілактика рецидивів (Relapse Prevention).

Мотиваційний інтерв'ю і мета терапії. Після оцінки соматичного і психічного стану, на початку психотерапії, пацієнтові пропонується протокол мотиваційного інтерв'ю [Motivation & Ambivalence], однією із технік є «квадрат Декарта», алгоритм заповнення якого показаний на рисунку 3 [26].



Рис.3 Квадрат Декарта.

На даному етапі велике значення мають відкриті запитання, які задаються пацієнту: 1) Які переваги перебування в даному стані; 2) Які недоліки перебування в даному стані; 3) Чи є недоліки при зміні стану; 4) Чи є переваги у зміні стану. Спільно з пацієнтом заповнюються поля даного протоколу, і відповіді проговорюються вголос. Особливу увагу варто приділити мотивації пацієнта до змін. Для цього можна використовувати техніку «Контракт з собою» [27], коли пацієнтові задається питання: «що Ви хочете змінити в собі?» (мета терапії) і які «стоп» цілі (що пацієнт не хоче змінювати). Від психотерапевта потрібно точно виявити ті почуття, думки і поведінкові патерни, які заважають пацієнтові взяти на себе зобов'язання за зміну свого стану. Копія мотиваційного протоколу віддається пацієнтові.

Після заповнення протоколу мотиваційного інтерв'ю пацієнтові пропонується лист особистих цілей (Personal Goal Worksheet) з наступними питаннями: 1) Які мої цілі щодо відмови від прийому наркотиків? 2) Які причини слідувати цієї меті? 3) Які кроки я планую зробити, щоб досягти цієї меті? Якщо

цілі є недостатньо визначеними або недоречними для лікування, то психотерапевт спільно з пацієнтом заповнює протокол, пропонуючи кілька ідей, які можуть допомогти виявити цілі. В ході заповнення протоколу психотерапевт має запропонувати внести зміни таким чином, щоб пацієнт не відчував критику. Якщо у пацієнта виникають проблеми з формулюванням цілей, є кілька способів, щоб допомогти йому:

- Скажіть пацієнтові, що на етапі припинення вживання, більш успішні люди, які мають чітке планування і коупінг-стратегії для уникнення ситуацій які призводять до вживання.

- Запитайте пацієнта про те, чим він може відвернути себе, від думок про вживання алкоголю / наркотиків?

- Зверніть увагу пацієнта, що в ході лікування він буде більше дізнаватися про конкретні стратегії, що дозволяють вирішити проблему вживання алкоголю / наркотиків.

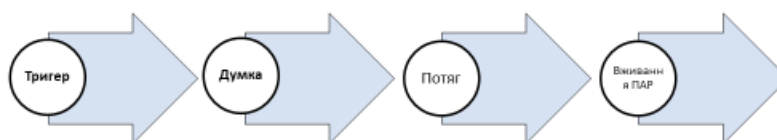
Після того як лист цілей заповнений, психотерапевт просить пацієнта прочитати його вголос, попередньо пояснивши, що читання вголос допомагає зміцнити мотивацію для досягнення мети. Копія листа цілей віддається пацієнту на руки.

Для оцінки мотивації включення пацієнта в психотерапію використовуються візуальноаналогові шкали, коли пацієнтові на кожній сесії пропонується оцінити бажання продовжити лікування і зацікавленість в ньому по 10 бальній шкалі. Оцінка комплаєнса і прихильності пацієнта до лікування оцінюється так само по 10 бальній шкалі самим фахівцем [27].

Функціональний аналіз проблемної поведінки. Під функціональним аналізом розуміється аналіз передумов (тригерів) до вживання і наслідків від вживання ПАР. Цей аналіз дозволяє пацієнтові побачити свою неадаптивну поведінку, а також виявляє мотиви і перешкоди для його зміни. Аналіз передумов проводиться за допомогою техніки «5 питань» (5 Ws): Коли? Де? Чому? З ким / Від кого? Що сталося далі? [24, 26].

В рамках функціонального аналізу проводиться аналіз думок, почуттів і подій, пов'язаних з вживанням ПАР. При проведенні даного аналізу використовується протокол функціонального аналізу для виявлення ризиків вживання ПАР (Functional Analysis or High Risk Situations Record),

Даний протокол дозволяє виявити тригери, які запускають прийом ПАР (рис. 3). Тригери бувають як зовнішніми (люди, місця, предмети, періоди часу), так і внутрішніми (гнів, розчарування, збудження, хвилювання, нудьга, втома, відчуття щастя). [24].



Модель впливу тригерів на вживання ПАР [Carroll, 2008]

Рис.3. Вплив тригерів на вживання ПАР

Аналогом функціонального аналізу є техніка мережевого аналізу [Харитонов 2009]. Виділивши ситуації високого і малого ризиків, психотерапевт навчає пацієнта скорочувати час перебування в ситуаціях високого ризику і переходити в ситуації малого ризику з метою мінімізації зриву. Для виконання цього завдання застосовуються рольові ігри. Також психотерапевт може використовувати техніки: «градієнт змін зі створенням шкал», «управління силою вірувань», «когнітивний синтез», з попередньою когнітивною репетицією [27] або застосовувати когнітивно-реструктуючу терапію [28].

Таким чином, функціональний аналіз показує «дорожню карту» ситуацій високого ризику, які можуть призвести до вживання ПАР, а також дозволяє визначити ті ситуації або стани, в яких пацієнту важко справлятися з дискомфортом, з огляду на вплив міжособистісних, внутрішньоособистісних

факторів і факторів навколишнього середовища. Це перший крок, який дає пацієнтові якийсь інструмент для контролю над своєю поведінкою і уникнення ситуацій, що викликають вживання ПАР.

Негативні автоматичні думки. Спільно з психотерапевтом пацієнт вчиться визначати думки, які підсилюють тягу до вживання ПАР, а також ті думки, які підтримують стан тону в моменти вживання ПАР. Відстеживши вплив цих думок на стан і змінивши їх, пацієнт починає передбачати проблемні реакції в певних умовах. Однак при виявленні ірраціональних переконань, пацієнтів із залежністю від ПАР, варто враховувати наступні характеристики мислення [28]:

- думки виникають дуже швидко;
- думки жорсткі, негнучкі;
- дихотомічний тип мислення («все або нічого»);
- узагальнення;
- неемпіричне і абсолютне мислення;

Виділяють наступні ірраціональні переконання пацієнтів, що вживають ПАР:

- думки про відмову: «алкоголь / наркотики не є проблемою»;
- алкоголь / наркотики кращий і єдиний спосіб вирішити емоційні проблеми;
- низька толерантність до фрустрації;
- дискомфорт / занепокоєння: всі негативні емоції, яких слід уникати за будь-яку ціну;
- подолати залежність занадто складно, зробити це одному неможливо, я буду безпорадним і, отже, нічого не варто робити;
- почуття провини, і сором за те, що я – наркоман, алкоголік.

У таблиці 1. показані загальні ірраціональні переконання про прийом ПАР з поданням раціональних альтернатив.

Таблиця 1.

Ірраціональні переконання і раціональні альтернативи

Ірраціональні переконання	Раціональна альтернатива після диспуту
Вживання наркотиків ніколи не було проблемою для мене, навіть якщо я міг втратити контроль.	Втрата контролю може бути першою ознакою проблеми І якщо не помічати ранні ознаки, це призведе до зриву
Я можу припинити вживання в будь-який момент, просто не хочу	Вживання ПАР відбувається не залежно від бажань, тому припинити вживання без сторонньої допомоги і власних зусиль практично не можливо
Мені потрібно вживати наркотики, щоб розслабитися	Є багато способів для зняття напруги, без допомоги наркотиків. Я не повинен вживати наркотики тільки тому, що хочу розслабитися.
Я не можу спокійно реагувати на відмову. Якщо у мене немає того, що я хочу, мені важко з цим змиритися.	Мені може не подобатися отримувати відмови, як це відбувалося в минулому, але це не означає, що я не можу навчитися здорової реакції на те, що зараз коїться.
Єдиний час, коли я відчуваю себе комфортно, коли я «под кайфом»	Важко навчитися жити соціально комфортно без вживання наркотиків, але люди роблять це весь час
Занадто важко припинити вживати наркотики. Я втрачу всіх своїх друзів, мені буде нудно, ніколи не буду почувати себе у безпеці без наркотиків	Щоб припинити вживання наркотиків можна спробувати зробити конкретні речі, зайняти час і докласти зусиль, а не передбачати негативні наслідки
Люди приречені на розчарування і нещастя, тому я вживаю наркотики.	Наведіть докази, що всі люди приречені на розчарування і через це використовують наркотики?
Якщо я перестану вживати наркотики, я побачу, що моє життя нічого не коштує. Я прийду туди, звідки все почалося, і зрозумію, що я наркоман і що завжди буду наркоманом.	Невдачі і зриви бувають у кожного, але ж ми можемо відновлюватися. Зрив може показати мені, в якому і напрямку мені потрібно йти і що робити тепер. Це мій вибір.

При роботі з ірраціональними переконаннями можна використовувати цілий спектр технік: «когнітивний континуум», «стріла, що падає», «щоденник обліку позитивних думок», «вигоди і витрати». Активно застосовуються картки (Coping

cards), що представляють собою маленькі картки, на яких з одного боку записана проблемна реакція, а з іншого боку - способи впоратися з нею [27]

Навчання коупінг-навичкам. Першим етапом навчання навичкам справлятися з тягою до вживання ПАР є [29, 30]:

- участь в діяльності, що не пов'язана з вживанням наркотиків;
- вміння відкрито говорити про потяг;
- вміння відслідковувати потяг;
- встановлювати думки, що підсилюють потяг;
- спілкування з другом або знайомим, який не вживає наркотики / алкоголь.

У цих випадках так само ефективно застосування рольових ігор. Наприклад, під час гри «тригер - думка - потяг - вживання» (Trigger - Thought - Craving - Use) з пацієнтом складається модель його поведінки в моменти потягу, і обговорюються способи подолання його. В рамках рольової гри пацієнт спільно з психотерапевтом моделює ситуації високого ризику і застосовує техніки коупінгу. Після рольової гри відбувається обговорення ефективності технік коупінгу з потягом і розробка системи нагадувань [29]. В рамках навчання коупінг-навичкам проводиться навчання внутрішньоособистісним навичкам, таким як:

- управління думками про ПАР;
- техніки вирішення проблем без вживання ПАР;
- прийняття рішень;
- навчання релаксації;
- усвідомлення і управління гнівом;
- усвідомлення і управління негативними думками;
- введення в спосіб життя хобі і спорту;
- планування поведінки в разі надзвичайних ситуацій;
- план, що допомагає справлятися з постійними проблемами.

Навички міжособистісного спілкування, яким навчається пацієнт (із залученням сім'ї або «довіреної особи» пацієнта), включають в себе:

- відмову від пропозиції вживати наркотики / алкоголь (говорити «ні»);
- вміння не підтримувати розмову про наркотики;

- читання мови тіла;
- вміння висловлювати і слухати скарги;
- навчання впевненості в собі;
- вираз емоцій;
- інтимні стосунки;
- навчання реагувати на критику;

Окремо варто відзначити навчання навичкам відмови від пропозиції вжити ПАР (Drug refusal skills). Виділяють наступні принципи ефективного відмови від прийому наркотиків:

- відповідати швидко (без запинок і бурмотіння, не соромлячись);
- встановити хороший зоровий контакт;
- відповісти чітко і твердо: «Ні» (ввести метафору відкритих дверей для майбутнього);
- зробити розмову короткою;
- залишити ситуацію високого ризику вживання ПАР.

Дані навички моделюються в рольовій грі з залученням минулого досвіду пацієнта. Варто відзначити важливість навчання приймати критику з приводу вживання ПАР.

Питання розширення кола соціальної підтримки є наріжним камінням в терапії пацієнтів із залежністю [29, 30]. Цей етап терапії починається з того, що спільно з психотерапевтом пацієнт розглядає вигоди для збільшення соціальної підтримки. Далі психотерапевт зосереджується на навчанні навичкам отримання соціальної підтримки. У терапії часто використовують техніку «діаграма соціальної підтримки» (Social Circle Diagram).

Пацієнту пропонується схема і дається інструкція відзначити своє власне коло соціальної підтримки, зосередивши увагу на тих людях, хто міг би підтримати його в рішенні проблеми вживання ПАР. Пацієнта просять помістити своє ім'я в центр схеми, а потім вписувати імена тих людей, хто може підтримати або надати допомогу в досягненні мети. Пацієнту потрібно розташувати людей, які могли б надати велику підтримку ближче до кола з його ім'ям. Уточнюється, що

заповнювати схему потрібно стільки, скільки може пацієнт. Після заповнення і обговорення з психотерапевтом, пацієнту дається лист-нагадування про шляхи підвищення соціальної підтримки (Enhancing Social Supports Reminder Sheet), який включає в себе наступні питання: 1. Хто з найближчого оточення міг би підтримати Вас? 2. Згадайте людей, які допомагали Вам в минулому. 3. Зазвичай підтримку можуть надати друзі, родичі, знайомі. 4. Які види підтримки будуть найкращими для Вас:

- допомога у вирішенні проблемних завдань, мозковий штурм;
- моральна підтримка з переважанням заохочення і розуміння;
- розподіл навантаження в рішенні проблем;
- інформаційна підтримка;

5. Як ви можете отримати підтримку? Яка допомога Вам потрібна? Запитайте себе, що мені потрібно? 6. Будьте відвертим і конкретним.

- пошук нових прихильників у вирішенні проблем, пов'язаних з припиненням вживання ПАР;
- пропонувати підтримку іншим людям;
- давати своїм прихильникам зворотний зв'язок, щоб вони розуміли, з якими труднощами вони можуть зіткнутися.

Техніки подолання негативного стресу. Психотерапевт навчає пацієнта методиками, які допоможуть йому знижувати рівень стресу: техніки релаксації, систематичної десенсибілізації, планування поведінки для потенційно стресової події, що сприяє поліпшенню психологічної адаптації. Останнім часом активно застосовується терапія усвідомленості в лікуванні дистресу (Mindfulness Based Stress Reduction). Це психоосвітня методика, метою якої є навчання людини навмисному, цілеспрямованому, споглядальному зверненню уваги на автопілот в своєму житті, тобто погляду на себе з боку. Навчання навичкам сприймати, відчувати і усвідомлювати свої думки і тілесні відчуття не тільки в моменти дискомфорту, але «тут і зараз». Цей напрямок вчить приймати безперервний потік думок і розвивати гнучку позицію по відношенню до цих думок, емоцій, відчуттів

в тілі, власного досвіду з метою підвищення якості життя і суб'єктивного благополуччя [31, 32, 33].

Дослідження показали, що усвідомленість (барометр стресу) і медитативні техніки (трихвилинна і хвилинна медитація, сканування тіла, усвідомлена хвилина, усвідомлені рухи) знижують негативні думки і тенденції реагувати на стрес неадаптивною поведінкою вживаючи ПАР. Відносно потягу до ПАР даний підхід дозволяє навчити пацієнтів не реагувати на дискомфортні подразники на «автопілоті», а реагувати з усвідомленням і зволіканням, займаючи позицію спостерігача. Розвивати усвідомленість - значить знижувати владу деструктивних звичок, «патологічних стереотипів», послаблюючи їх і контролювано направляти свої думки [31, 32, 33].

Активно розробляється новий напрямок в психотерапії **усвідомленості для профілактики рецидивів** (Mindfulness Based Relapse Prevention, MBRP), яке поєднує в собі практику медитації зі стандартними навичками профілактики рецидивів [32]. Основними завданнями MBRP є:

1. Підвищення обізнаності пацієнта щодо тригерів та звичних реакцій, які призводять до зриву. Освоєння способів робити паузу в цьому, здавалося б, автоматичному процесі потягу до вживання ПАР. Пацієнта навчають усвідомлювати діапазон вибору, який він може зробити зараз.

2. Зміна ставлення до дискомфорту. Пацієнт вчиться розпізнавати складні емоційні і фізичні відчуття і реагувати на них більш гнучко, використовуючи різні медитативні і дихальні техніки.

3. Побудувати спосіб життя так, щоб він більше полягав в усвідомленості. Робота з глибоко вкоріненими звичками. Введення нових звичок.

4. Усвідомлювати потяг до вживання ПАР. Навчиться кидати прямий виклик потягу. З чим пов'язаний потяг (голод, злість, самотність, втома).

Тренінг впевненості (Assertiveness Training) Психотерапевт заохочує пацієнта відкрито виражати емоції і потреби, відстоювати свої права в формі різних рольових ігор з моделюванням різних стресових ситуацій. Пацієнт вчиться висловлювати свої негативні емоції конструктивно, тому що пацієнти часто не в

зможі висловлювати свої емоції і потреби, і це призводить до зриву. Тренінг асертивності спрямований на те, щоб пацієнт став більш наполегливим, зміг краще контролювати свою імпульсивну поведінку і фактори, які можуть призвести до рецидиву [21, 23, 30].

Профілактика рецидивів. Питання рецидивів спирається значною мірою на функціональний аналіз, виявлення рецидиву в ситуаціях високого ризику, і розробку алгоритму для коупінгу з даними ситуаціями. Однак при розробці плану подолання рецидиву варто враховувати наявність особистої вигоди пацієнта від рецидиву. Психотерапевт показує пацієнту когнітивно-поведінкову модель рецидиву (рис.4).



Рис. 4 Когнітивно-поведінкова модель рецидиву [Kadden, 2001].

Після ознайомлення з нею пацієнтові пропонується виділити надзвичайні ситуації та непередбачувані обставини, які підвищують ризик повторного вживання ПАР. За допомогою техніки мозкового штурму записуються всі можливі варіанти подій і обставин, без критичної оцінки. Часто використовують наступний протокол, показаний в табл. 2 [21, 23, 30].

Виділивши надзвичайні ситуації, психотерапевт навчає пацієнта техніці рішення проблем (Problem Solving), яка складається з наступних кроків: першим кроком в терапії, спрямованій на запобігання рецидиву, є розробка плану

подолання рецидиву. Розробивши план заздалегідь, пацієнт буде менш вразливим в непередбачених надзвичайних ситуаціях. Пацієнту пропонується протокол (Personal Emergency Plan).

Таблиця 2.

Лист кризових ситуацій зриву.

Типи кризових ситуацій	Приклади пацієнта
Непередбачений тригер	«Не зміг поїхати на роботу, так як погано себе відчував, а мене звільнили»; «Раптова хвороба і смерть мами »
Соціальне відокремлення	«Проблеми з дружиною, подала на розлучення і заборонила бачитися з дітьми»; «Непорозуміння з друзями та відсутність підтримки з їхнього боку у важких для мене життєвих ситуаціях»
Проблеми на роботі та в особистому житті	«Отримав несправедливий догану від керівництва»; «Посварився з дівчиною»
Нові ситуації	«Змінив роботу, але ніяк не можу прижитися в новому колективі »; «За наполяганням батьків переїхав в інший район і втратив всіх старих друзів »
Нові обов'язки	«Дізнався про вагітність дружини, це призвело до сильного стресу, я поки не готовий стати батьком»; «Батьки перестали давати гроші, попросили з'їхати з їх квартири і жити самостійно »

Домашні завдання. Домашні завдання є невід'ємним компонентом профілактики рецидивів вживання ПАР. Дослідження показують позитивний вплив виконання домашніх завдань на результат лікування пацієнтів з хімічною залежністю [28]. Однак при побудові домашніх завдань особливу увагу варто приділяти мотивації пацієнта до зміни стану. Мотивацію часто розглядають як предиктор для виконання домашніх завдань в ході психотерапії. Згідно транстеоретичної моделі (transtheoretical model), мотивація [34], або готовність змінити власну аддиктивну поведінку, проходить ряд стадій:

1. Попереднє міркування (не враховує зміни стану). 2. Споглядання / обміркування (оцінка вигод і витрат). 3. Підготовка (планування змін). 4. Дія (зміна поведінки). 5. Забезпечення (підтримка змін).

При роботі з пацієнтами, які вживають ПАР, варто враховувати даний цикл.

Таким чином, варто відзначити, що на сучасному етапі розвитку КПТ аддиктивної поведінки від фахівців, що працюють в області психічного здоров'я, потрібне гнучке поєднання різних підходів, методів і протоколів лікування,

починаючи з мотиваційного інтерв'ю, яке сприяє формуванню мотивації до зміни власного стану і комплаєнтності до лікування, закінчуючи профілактикою рецидивів і розробкою кризових планів коупінгу з прямим потягом. Крім КПТ в структуру психотерапевтичних форм лікування пацієнтів із залежністю від ПАР включають: психоосвіту пацієнтів і їх родичів, когнітивні тренінги, сімейну терапію, терапію середовища (робота в майстернях). Ключовими компонентами, які відрізняють КПТ, від інших підходів до лікування залежностей є:

- Функціональний аналіз вживання ПАР.

- Принцип усвідомленості пацієнтом вживання ПАР і розробка стратегій, як впоратися з потягом. Управління думками, рішення проблем, що призводять до емоційного дискомфорту, нормативне та кризове планування на випадок надзвичайних ситуацій, що призводять до зриву.

- Розробка алгоритмів і коупінг-стратегій з моделюванням їх застосування. Створення системи нагадувань про використання розроблених алгоритмів. Ці компоненти дозволяють пацієнтові, спільно з психотерапевтом, побачити свою аддиктивну поведінку з різних точок зору і, спираючись на сильні сторони своєї особистості, збільшити тривалість ремісії захворювання.

КПТ безумовно є одним з методів лікування, які класифікуються як метод з широким спектром, який робить основний акцент не на вживанні алкоголю самого по собі, а на сферах життя, функціонально пов'язаних з вживанням алкоголю і рецидивами. Основним припущенням є те, що алкогольні проблеми виникають або тривають, тому що у людини не вистачає важливих коупінг-навичок для забезпечення тверезого життя. Тому методи лікування з широким спектром дії прагнуть навчити проблемно питаючих коупінг-навичкам.

УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

1. Алкогольна залежність є важливою медико-соціальною проблемою в сучасному суспільстві. Її вирішення може бути ефективним з урахуванням біопсихосоціодуховного профіля хворого.
2. Сучасні вітчизняні та зарубіжні психотерапевти, що працюють з залежними пацієнтами впевнені, що найбільший терапевтичний ефект дає адекватне поєднання психофармакотерапії та психотерапії.
3. Застосування психотерапевтичних практик у лікуванні хворих на алкогольну залежність мають провідне значення у профілактиці як рецидивів захворювання та подовшенні термінів ремісії.
4. Когнітивно-поведінкова терапія на теперішній час має велику доказову базу і входить до основних психотерапевтичних втручань у хворих на алкогольну залежність, які залучені до протоколів/стандартів лікування аддиктивних станів.
5. Особистісно орієнтований підхід у застосування когнітивно-поведінкових інтервенцій є запорукою їх ефективності.

БІБЛІОГРАФІЯ

1. Global status report on alcohol and health. World Health Organization [Electronic Resource] / World Health Organization. Geneva. – 2018.
2. Michalak A. Alcohol Dependence // Neurobiology and Treatment. Acta Pol Pharm. – 2016. – Vol. 73, № 1. – P. 3–12.
3. Harper C. Ethanol and brain damage // Curr Opin pharmacol. — 2005. — N 5. — P. 73-8.
4. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies / G. Schomerus [et al.] // Alcohol Alcohol. — 2011. — N 46. — P. 105-112.
5. Perry C. J. Cognitive Decline and Recovery in Alcohol Abuse [Electronic Resource] // J. Mol Neurosci. – 2016, Jul 27. – Way of access : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27460131>.
6. Животовская Л. В. Нарушения нейрокогнитивных функций при алкогольной зависимости // Світ медицини та біології. – 2014. – № 1(43). – 4 с.
7. Викулова Е.А. Когнитивные расстройства при алкоголизме // Наркология 2014.-N 9.-С.13-15.
8. Нестлер Э. Дж. От нейробиологии — к лечению: успехи в изучении механизмов зависимости от психоактивных веществ // Вопр. наркологии. — 2010. — № 1. — С. 110-120.
9. Koob G.F. Addiction and the brain antireward system // Annu Rev Psychol. — 2008. — N 59. — P. 29-53.
10. Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез) // Лекции по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. — М., 2000. — С. 16-40.
11. Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 720 с.
12. Глива Є. Вступ до психотерапії : навч. посіб. / Острог – Київ: Острозька академія, Кондор, – 2009. – 532 с.

13. Мушкевич М.І., Чагарна С.Є. Основи психотерапії: навч. посіб. (Видання третє) / Мушкевич М.І - Луцьк - Вежа-Друк 2017, 420С.
14. UNODC-WHO International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders. 2016.- 97 С.
15. Агибалова Т.В., Бузик О.Ж. Психотерапия в наркологии // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова 2007, с.1-7
16. Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes // Journal of Studies on Alcohol. – 1997. – Vol. 58. – P. 7-29.
17. Петрунько О.В. Брюханова Е.Н. Факторы формирования длительных ремиссий у больных алкогольной зависимостью // Acta biomedica scientifica, 2017, Том 2, № 5, Часть 2 с. 125-132 DOI: 10.12737
18. Прашко Я., Можны П., Шлепецки М. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств. / М.: Институт общегуманитарных исследований, 2015. – 1072 с.
19. Мак Маллин Р. Практикум по когнитивной терапии / Пер. с англ. СПб.: Речь, 2001. 560 с.
20. Копытов, А. В. Поведенческая и когнитивно-поведенческая терапия при лечении алкогольной зависимости // Медицинский журнал. - 2016. - № 4. - С. 53-60.
21. Мелёхин А.И., Веселкова Ю.В. Стратегии когнитивно-поведенческой психотерапии в реабилитации полинаркомании // Консультативная психология и психотерапия, 2015, № 2 с.93 – 113
22. Drug and Alcohol Psychosocial Interventions Professional Practice Guidelines / Centre for Population Health 07-May-2008
23. Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy // Ed. by Irismar Reis de Oliveira, InTech. 2012. 202 p.
24. A Cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction / Ed. K.M. Carroll. National Institutes of Health. 1998. 137 p.

25. Буизман В. Когнитивно-поведенческие вмешательства в терапии зависимости от психоактивных веществ / Руководство по проведению тренингов. М.: УНП ООН, 2007. 57 с.
26. W.R.Miller et al, 2005. "Evidence based treatment: why, what, where, when and how of Substance Abuse Treatment, 29, 267–276
27. Харитонов С.В. Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии / М.: Психотерапия, 2009. 176 с.
28. McHugh R., Hearon B. Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders // Psychiatr Clin North Am. 2010. Vol. 33. № 3
29. Kadden R.M. Cognitive-behavior therapy for substance dependence: coping skills training / University of Connecticut. 2001. 28 p.
30. Processes in cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: predicting subsequent symptom change. / Santoft F, Salomonsson S, Hesser H [et al]. // J Anxiety Disord. - 2019. - Vol. 67.
31. Bayles C. Using mindfulness in a harm reduction approach to substance abuse treatment: A literature review // International journal of behavioral consultation and therapy. 2014. Vol. 9. № 2.
32. Witkiewitz K., Bowen S. Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness based relapse prevention // J Consult Clin Psychol. 2010. Vol. 78. № 3. P. 362—374.
33. Zgierska A., Rabago D. Mindfulness Meditation for Substance Use Disorders: A Systematic Review // Subst Abus. 2009. Vol. 30. № 4.
34. Карло ди Клементе, Джеймс О. Прохазка, Джон К. Норкросс Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек // Москва, Библио Бук - 2013 – 166С.