



УКРАЇНСЬКИЙ
ІНСТИТУТ
КОГНІТИВНО-
ПОВЕДІНКОВОЇ
ТЕРАПІЇ

ДИПЛОМНА РОБОТА

на тему:

ЗАСТОСУВАННЯ КПТ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВІВ В
ЛІКУВАННІ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

Вовк Вікторія

Харків-2021

План роботи:

1. Когнітивно-поведінкова терапія в лікуванні алкогольної залежності.
2. Виявлення внутрішніх і зовнішніх тригерів рецидиву.
3. Майндфулнесс при лікуванні алкогольної залежності.
4. Навички відмови від вживання психоактивних речовин.
5. Зміна стилю життя осіб, що зловживають алкоголем, в рамках КПТ.
6. Заключні коментарі.
7. Список використаної літератури.

Розділ 1. Когнітивно-поведінкова терапія в лікуванні залежностей.

У всьому світі в арсеналі наркологів, які працюють з алкогольною залежністю, є всього чотири фармакологічних препарати: дісульфірам, налтрексон, налмефен та акампросат. В інструкціях до цих препаратів зазначено, що їх застосування повинно бути частиною відповідної програми усунення алкогольної залежності, що включає психосоціальну підтримку. Під психосоціальною підтримкою мається на увазі психотерапевтична корекція, і на даний момент існує 5 методів психотерапевтичної допомоги при алкогольній залежності з доведеною ефективністю [1]:

- 1 – мотиваційне інтерв'ю та мотиваційна психотерапія;
- 2 – когнітивно-поведінкова терапія (КПТ);
- 3 – сімейна психотерапія/психотерапія подружніх пар;
- 4 – групова психотерапія;
- 5 – 12-крокові програми.

КПТ при алкогольній залежності та інших нозологіях в наркології - це клієнт-центрована модальність, в основі якої лежить принцип партнерства (тобто недирективний принцип). Це терапія структурована і вона має свої певні етапи. На відміну від психодинамічної терапії, вона досить короткострокова (в залежності від індивідуальних особливостей пацієнта вона може тривати від 3 міс. до 1 року, кількість сесій може змінюватися в залежності від потреб пацієнта 10-20 сесій за період). Когнітивно-поведінкова терапія передбачає фокус на вирішенні поточної проблеми, «тут і зараз», а також передбачає виконання домашніх завдань, що дисциплінує пацієнта та спонукає його до самоаналізу та самостійної роботи. КПТ може починатися в стаціонарі після закінчення детоксикаційних заходів, а також може застосовуватися в амбулаторних умовах, і прекрасно поєднується з іншими видами лікування.

В даний час когнітивно-поведінкова терапія є одним з найбільш перспективних сучасних психотерапевтичних підходів в лікуванні

алкогольної залежності [1, 2]. В процесі КПТ можливе досягнення комплексних терапевтичних цілей - становлення критичної оцінки своєї хвороби, переконання в необхідності та можливості лікування, бажання активної боротьби зі своєю недугою, вироблення позитивних ціннісно-смыслових настанов, нормативної суспільної поведінки, що сприяє формуванню тривалих та якісних ремісій [3, 4]. Підсумовуючи, когнітивно-поведінкова терапія залежних – це короткостроковий, структурований метод психотерапії, спрямований на розвиток навичок контролю над адиктивною поведінкою у хворих із залежністю від алкоголю і наркотиків в умовах формування і підтримання ремісії.

КПТ при алкогольній залежності має ряд чітко окреслених цілей:

1. Створення і збереження мотивації до лікування.
2. Виявлення внутрішніх і зовнішніх «тригерів» рецидиву, навчання пацієнта виявляти ці тригери, усвідомлювати їх.
3. Тренінг навичок опанування потягу до алкоголю.
4. Тренінг навичок відмови від вживання психоактивних речовин та підготовка до непередбачених ситуацій.
5. Навчає розпізнавати дисфункціональні думки та долати їх, справлятися з ними.
6. Зміна стилю життя.

Когнітивно-поведінкова теорія розглядає залежність від алкоголю як неадекватний спосіб впоратися з проблемами або потребами. З цієї точки зору, алкогольна залежність розвивається в результаті впливу підкріплюють ефектів алкоголю (позитивних або негативних), а також очікувань щодо його наслідків або імітаційних моделей для наслідування [5]. Лікування таким чином орієнтується на навички, необхідні для зміни або адекватного реагування на предиктори вживання або наслідки, які можуть включати когніції та емоції [6]. Дефіцит копінг-навичок вважають основним фактором ризику вживання алкоголю, яке, ймовірно, продовжиться при відсутності адекватних копінг-навичок [7].

Дуже важливою є перша сесія, впродовж якої встановлюється первинний комплаєнс між терапевтом та залежним пацієнтом і починає формуватися терапевтичний альянс. Основними завданнями першої КПТ-сесії є:

1. Зібрати анамнез, включаючи дані про вживання алкоголю.
2. Забезпечити зворотний зв'язок щодо вживання алкоголю, підсумувати наслідки такого вживання.
3. Провести психоедукацію щодо алкогольної залежності та мотиваційне консультування (при необхідності).
4. Описати процес лікування.
5. Представити модель КПТ.

Стандартизована КПТ при розладах, що викликані зловживанням алкоголем, складається з приблизно 16 зустрічей, одна сесія тривалістю близько 50-55 хвилин, де розглядається 11 різних тем (3 основних модулів та 8 додаткових) разом із заключною сесією. Важливо пам'ятати, що порядок тем сесій може змінюватися залежно від потреб пацієнта. Основними модулями плану терапії залежностей в КПТ є:

1. Мотивування і залучення.
 2. Функціональний аналіз.
 3. Подолання патологічного потягу.
- Додаткові модулі включають в себе:
1. Навички спілкування (асертивність).
 2. Розпізнавання і подолання емоцій гніву
 3. Робота з негативно забарвленими афективними станами та депресією.
 4. Вирішення проблем.
 5. Навички відмови від вживання психоактивних речовин.
 6. Зміцнення соціальної підтримки.
 7. Планування поведінки в кризових ситуаціях та подолання рецидивів.
 8. Перспективне планування.

Функціональний аналіз передбачає вміння ідентифікувати ситуації високого ризику і визначення підкріплювальних стимулів (позитивних або негативних), дослідження тривалих та короткострокових наслідків вживання алкоголю, підкріплення рішення утримуватися від його вживання. Техніки КПТ, які можуть для цього використовуватися:

1. Скласти розклад (режим часу) і отримувати винагороди за його дотримання.

2. Розвивати нові альтернативи стимулам, які раніше підкріплювали поведінку залежного.

Нижче ми наводимо приклади питань, які може використовувати терапевт для проведення функційного аналізу:

- Що відбувається у вашому житті перед тим, як ви починаєте випивати?

- Де ви перебували в той момент, коли вперше в цей день подумали про випивку?

- Як ви почуваетесь перед тим, як починаєте випивати?

- Де і як ви купуєте алкоголь?

- З ким ви випиваєте?

- Що змінюється після того, як ви випили алкоголь?

В якості домашнього завдання ми пропонуємо пацієнтові заповнити таблицю – Бланк функційного аналізу (табл. 1), де пацієнт детально описує ситуацію, що передувала зловживанню, занотовує свої думки, емоції та поведінку. Важливою графою цього бланку є описання наслідків – короткострокових та довгострокових (віддалених), бо саме це дає можливість більш об'єктивно оцінити ситуацію взагалі. У той час, як короткострокові наслідки, як правило, є бажаними та приємними (наприклад, ейфорія від вживання речовини), то віддалені наслідки є більш негативними (конфлікти в сім'ї, прогули на роботі, втрата майна, тощо).

Таблиця 1. Бланк функційного аналізу

Ситуація	Думки	Почуття і відчуття	Поведінка	Наслідки
Де я був? Коли це відбувалося? Хто зі мною був? Що відбувалося?	Про що я думав?	Як я себе почував? Які сигнали я отримував від свого тіла?	Що я зробив? Що я вживав? Скільки я вживав? Що інші люди навкруги мене робили в цей час?	Що відбулося потім? Як я почував себе одразу після вживання? Як інші люди реагували на мою поведінку? Які були негативні наслідки?

Аарон Бек зі співавторами [8] у своїх наукових працях представили когнітивну модель зловживання алкоголем (мал. 1), окремі блоки якої ми будемо розглядати згодом.

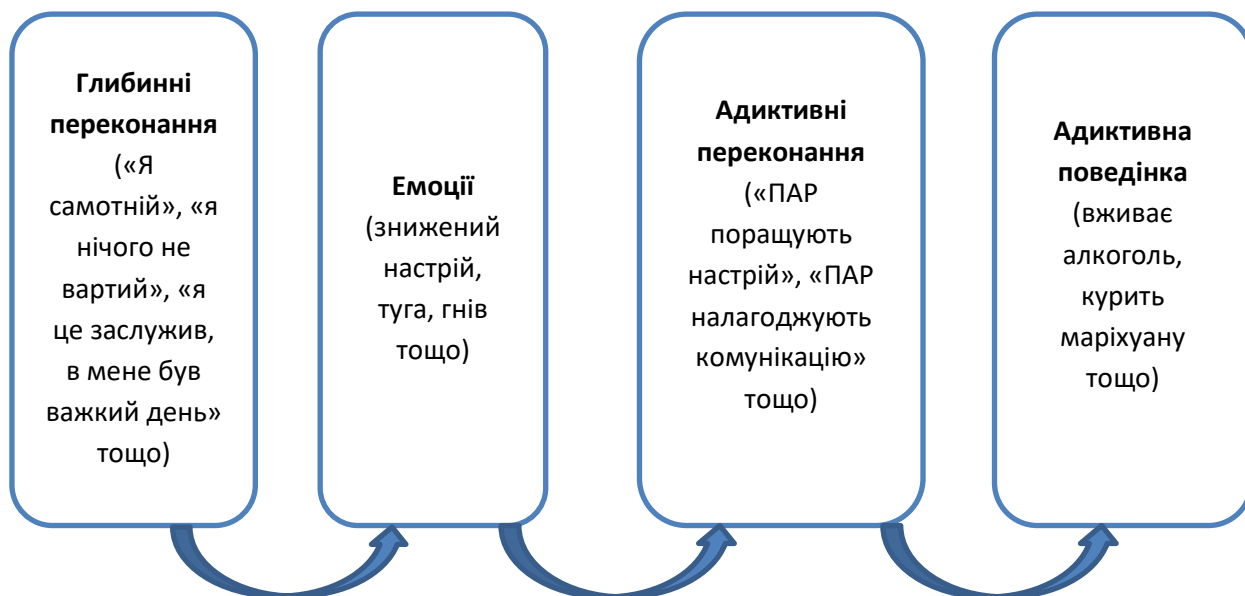
Малюнок 1. Когнітивна модель вживання (за А.Бекком з співав.)



Відповідно до теорії КПТ, найпоширенішими дисфункційними переконаннями, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин та з адиктивною поведінкою (так звані адиктивні переконання), є наступні:

- психоактивна речовина необхідна для підтримки психологічної, емоційної рівноваги;
- алкоголь покращує комунікацію;
- наркотики покращують інтелектуальну діяльність;
- при вживанні психоактивної речовини людина отримує задоволення та збудження;
- алкоголь, наркотики надають сил та енергії.

Глибинні переконання (такі як «я самотній», «я нічого не вартий», «я сумний» і так далі) викликають зниження настрою, смуток, гнів тощо, що на цьому етапі сприяє активізації наявних адиктивних переконань, що призводить в свою чергу до адиктивної поведінки [8]. Схематично цей процес можна зобразити наступним чином (мал. 2):



Малюнок 2. Вплив дисфункційних припущень на адиктивну поведінку

Таким чином, в роботі з адикціями в форматі когнітивно-поведінкової терапії надзвичайно важливим є тестування когніцій, що пов'язані зі вживанням психоактивних речовин. Дослідники вказують на те [8], що

тематика цих когніцій відрізняється багатим розмаїттям. Це можуть бути когніції щодо власної нездатності контролювати вживання («у мене немає сили волі, я не можу нічого змінити» и тому подібне), щодо ілюзії контролю («я зможу зупинитися» тощо), щодо соціальних наслідків («я буду білою вороною й втрачу друзів» тощо), щодо необхідності вживання («алкоголь – найкращі ліки», «на дискотеці всі вживають» і таке інше), щодо надання дозволу («у мене був тяжкий день і я це заслужив» тощо), а також безпосередньо щодо життя («живи весело, вмирай молодим» тощо) та щодо себе («після того, що я накоїв– яка різниця, що буде далі...», «я скотина – і як скотина помру» і таке інше). Таким чином, широке розмаїття сформованих неадаптивних затверджень наших пацієнтів обумовлює необхідність їх ретельного опрацювання із застосуванням відомих технік когнітивно-поведінкової терапії [9].

Хворобливий механізм когніцій у пацієнтів з адикціями деякі автори називають «Система ілюзій та заперечень» [10], підкреслюючи вираженість захисних механізмів психіки (заперечення, раціоналізація тощо), які формуються у всіх алкозалежних пацієнтів. Для прикладу можна навести такі ствердження адиктивних пацієнтів:

- «Я ніколи не п'ю вранці».
- «Я можу пробігти 10 кілометрів за 50 хвилин».
- «Я жодного разу не пропустив роботу через вживання».
- «Я розводжу своїх друзів по домівках, після походу в бар».
- «Я п'ю тільки пиво».
- «Я можу перестати випивати або вживати наркотики в будь-який час».
- «Я ніколи не отримував штрафи за водіння в нетверезому вигляді».
- «Я п'ю або приймаю наркотики тільки по вихідним».
- «Мій лікуючий лікар жодного разу не торкався теми зловживання щодо мене».
- «Моя робота вимагає вживання алкоголю».

- «Я п'ю тільки вино».

- «Якщо і виникали якісь проблеми, то вони стосувалися тільки мене, нікому більше я не шкодив».

- «Я забезпечую свою сім'ю краще, ніж інші люди, котрі не зловживають».

Необхідно також враховувати, що у залежних людей під час періодів вживання часто виникають проблеми з пам'яттю, які підсилюють заперечення. Це можуть бути ейфоричні спогади, часткова або повна втрата пам'яті (палімпсести).

До видів когнітивних викривлень в рамках психологічного захисту відносяться:

1. Просте (абсолютне) заперечення: «Ні, тільки не я. У мене взагалі немає проблем з алкоголем».

2. Мінімізація: «Я не так вже й багато п'ю. Я знаю, що це проблема, але вона в мене не настільки серйозна, як думають інші ». Або «Я просто зрідка дозволяю собі розслабитися...».

3. Пошук винуватих: «Я п'ю тільки через свою дружину. Якби у Вас була така робота і така дружина, як у мене, то Ви пили б ще більше». Або «Все це через мого начальника. Я просто змушений напиватися разом з ним». Або «Всі мої друзі – наркомани. Як я можу не колотися, коли я мешкаю в такому районі?».

4. Раціоналізація: «Ви що, не знаєте, що біле вино корисне для травлення, а червоне – для серцево-судинної системи?». Або «Зі стресу можна вийти, тільки вживши 150 грамів».

5. Інтелектуалізація: «Проблема зловживання алкоголем йде корінням в наші соціокультуральні традиції ...» і тому подібне.

6. Порівняння: «Я п'ю не так багато, як мій начальник, а у нього немає проблем. Я знав одного дядька, котрий випивав по літру щодня і дожив до глибокої старості».

7. Постановка собі безнадійного діагнозу, роль жертви: «Я занадто далеко зайшов, щоб мені щось могло допомогти. Як можна очікувати від немічного старого п'яниці, на зразок мене, що він зможе змінити свої звички?».

8. Обумовлена тверезість: «Я ніколи знову не зможу пити, тому що тоді я захворію і помру. Ці наслідки лякають мене до такої міри, що я буду постійно тверезий і чистий. Оскільки я знаю, яким жахливим буде моє життя, якщо я продовжу вживати, я ніколи не буду цього робити. А оскільки я ніколи не буду вживати, то я не потребую лікування».

9. Демократична підтримка хвороби: «Я маю право допитися до смерті, навіть якщо я алкоголік і навіть якщо я завтра помру».

Тестування дисфункційних когніцій та когнітивних викривлень повинно складатися з наступних етапів [11]. По-перше, необхідно проаналізувати контекст дисфункційного ствердження, провести уточнення його значення для пацієнта. Далі необхідно провести вербальне тестування, аналіз доказів та корисності цього припущення. З поведінкових методів автори зазначають, що поведінкові експерименти проводити не завжди корисно; часом важливо спочатку навчити певних навичок (наприклад, менеджмент потягу, альтернативної поведінки). Далі слід переходити до формування альтернативних більш адаптивних когніцій, і потім проводити репетиції з метою перенесення їх в метод коупінгу з тригером із застосуванням методик дискусії, техніки крісел, відповіді в уяві, формування коупінг-карток.

Нижче ми наводимо приклад таблиці для тестування когніцій та розвитку альтернативних більш адаптивних когніцій (табл. 2).

Таблиця 2. Тестування адиктивних когніцій

Адиктивні когніції	Докази «За»	Докази «Проти»	Що корисніше думати?
1.			

2.			
----	--	--	--

Ще одна техніка, яку застосовують в рамках КПТ в роботі з адикціями, є моделювання. У поведінковій психології термін «моделювання» (соціальне навчіння) означає процес, при якому одна людина спостерігає поведінку іншої людини і внаслідок копіює цю поведінку. Стосовно хімічної адикції, моделювання є головним чинником у формуванні вживання психоактивних речовин. Наприклад, майже в усіх випадках діти експериментують із цигарками тому, що вони копіюють дорослу поведінку. З часом, моделювання часто є основним елементом того, як вживання ПАР серед однолітків може просунути від стадії ініціації до стадії експериментування. Корисним є пропонування пацієнтові пригадати якусь успішну людину, якій він хотів би наслідувати або мати життєвий шлях цієї людини за приклад для себе.

Розділ 2. Виявлення внутрішніх і зовнішніх тригерів рецидиву.

Досягнення стійкої, тривалої та якісної ремісії при алкогольній залежності – одне з найбільш важливих завдань, що одночасно служить критерієм успішності лікування хворих з цією патологією [14, 15].

«Тригер» – це річ або подія, або період часу, які надалі стали асоціюватися з вживанням алкоголю/наркотиків. Тригери можуть включати конкретних людей, місця, речі, періоди часу, емоційні стани. За допомогою процесу класичного обумовлення, тригери можуть стимулювати/провокувати думки про вживання алкоголю [16, 17].

До зовнішніх тригерів відносяться ситуації, які нагадують пацієнту про алкоголь, різні провокуючі ситуації (конфлікти, запрошення випити і таке інше). Внутрішніми тригерами є емоції, які пацієнт відчуває і які можуть підштовхнути до вживання алкоголю (образ, тривога, сум, гнів, радість тощо). Також до внутрішніх тригерів відносяться думки («я самотній», «до мене спеціально чіпляються», «можна випити одну чарку, я це заслужив, нічого страшного не трапиться» і так далі) [18].

Також виділяють ситуації високого та низького ризику. Ситуації, які включають в себе тригери і у високому ступені асоціюються з вживанням психоактивних речовин, відносяться до ситуацій високого ризику. Інші місця, люди і ситуації, які ніколи не асоціювалися з вживанням алкоголю/наркотиків, відносяться до ситуацій низького ризику. Важливим положенням в КПТ є необхідність привчати клієнтів зменшувати проведення часу в ситуаціях високого ризику і збільшувати проведення часу в ситуаціях низького ризику [17, 19].

Необхідним є навчання пацієнтів ранжувати стимули за ступенем небезпеки. Дуже важливо з'ясувати, які у пацієнта були способи опанування цих думок та емоцій в минулому (якщо цей досвід подолання був). В кінцевому результаті необхідно розробити новий план подолання таких тригерів. Для цього можна використовувати заповнення пацієнтом бланків,

наприклад із зазначенням небезпечної для рецидиву ситуації, варіантів поведінки для запобігання рецидиву, оцінюванням від 0 до 100% суб'єктивної задоволеності такою поведінкою, і оцінюванням небезпеки від 0 до 100% після впровадження в практику такої поведінки. Приклад такого бланку наведено в табл. 5.

Таблиця 5. План подолання небезпечної ситуації

Опис ситуації	Варіанти поведінки	Задоволеність такою поведінкою (0 – 100%)	Небезпека (0 – 100%)
	1.		
	2.		
	3.		
	...		

Наступний важливий етап КПТ для профілактики рецидивів – це тренінг навичок опанування потягу до спиртних напоїв. Для початку важливим є навчитися розпізнавати потяг, тому що пацієнти можуть його не усвідомлювати, вони можуть описувати свій стан як «незрозумілий», але після якого відбувається вживання алкоголю. Важливо навчити пацієнта розпізнавати емоції, думки, які призводять до вживання алкоголю або підштовхують пацієнтів до адиктивної поведінки. Далі необхідно вивчити його (цього стану) природу, зрозуміти, чому виникають ці думки. Важливим є навчити пацієнта коротким простим релаксаційним методикам, дихальним технікам, щоб пацієнт міг надати собі допомогу в ситуації, коли з'являється виражений потяг до вживання спиртного (детальніше про релаксаційні методики йдеться в наступному розділі нашої дипломної роботи). Також на допомогу приходять способи переключити увагу, відволіктися від потягу, коли він виникає. Необхідно ці способи продумати заздалегідь. Ще один з

рекомендованих способів - в разі вираженого потягу звернутися до людини, котра може підтримати в цей момент. Дуже важливо, щоб пацієнт заздалегідь вирішив, хто для нього буде цією людиною, щоб телефонний дзвінок цій людині не виявився несподіваним; пацієнт повинен почути слова, які підтримають його. Також одна з технік опанування – під час потягу до алкоголю рефлексувати не про приємні безпосередні ефекти алкоголю, а про відстрочені негативні ефекти (про те, що пацієнт не зможе зупинитися на наступний день, або що він буде вислуховувати від своїх близьких негативні образливі речі, або як він буде себе почувати на наступний день, чи вдасться йому піти на роботу, і так далі). Ці явища будуть стресовою ситуацією для адиктанта, і таким чином формується замкнуте коло: з одного боку, негативні наслідки вживання алкоголю є стресом, а стрес є пре диктором вживання алкоголю, про що ми докладніше поговоримо нижче.

Отже, коли виникає стресова ситуація – з'являється потяг до вживання спиртних напоїв. На малюнку 4 представлена когнітивно-поведінкова модель зриву за Marlatt and Gordon, 1985 [20], який виникає наслідок виникнення стресової ситуації.

Якщо пацієнт піде «лівим» шляхом (по стрілочці зверху вниз), почне чинити опір тязі тими способами, які були нами вказані раніше, то йому вдасться впоратися з потягом, і це підвищить його самооцінку, додасть йому впевненості, що в кінцевому підсумку призведе до зменшення ризику зриву надалі. Якщо ж пацієнт піде по «правому» шляху, то він почне очікувати позитивного ефекту від алкоголю, почне умовляти себе, що «одну чарку можна, а дві я не буду», або «я куплю маленьку 100-грамову пляшку, і у мене більше не буде - тому і я більше не буду пити», і врешті-решт він «умовить» себе вжити алкогольний напій, тобто реалізує своє бажання і не подолає потяг. Далі у нього буде втрата кількісного контролю (ми говоримо про пацієнта в другій стадії алкогольної залежності), виникне відчуття провини, впаде самооцінка, що в сукупності підвищує ймовірність повторних зривів.



Малюнок 4. Когнітивно-поведінкова модель зриву (Marlatt and Gordon, 1985) [20]

Якщо подивитися на модель, зображену на мал.4, то остання можливість застосувати навички копінга з тягою позначена нами червоною стрілочкою. Тож техніки опанування необхідно застосовувати саме на цьому етапі.

Однією з найбільш поширених ситуацій, що приводить до зриву, є ситуація, коли клієнтові пропонують алкоголь, наприклад друзі в компанії або на святковому застіллі. Багато хто вважає, що вони не можуть відмовити, не можуть сказати «ні». Саме їх неефективні способи спілкування в таких

ситуаціях можуть призвести до рецидиву вживання алкоголю. Тож важливим є навчання залежного від алкоголю пацієнта технікам відмови. Нижче ми навели базові принципи ефективної відмови від пропозицій:

1. Відповідайте швидко (без запинок і бурмотіння, без коливання);
2. Дивіться прямо в очі;
3. Відповідайте «ні» ясно та однозначно, впевнено та твердо, так, щоб блокувати подальші пропозиції про алкоголь;
4. Робіть розмову короткою;
5. Йдіть (з цієї ситуації).

Важливим в цих техніках є відпрацювання невербальних навичок, таких як поза, особистий простір, очний контакт, рухи голови (кивки), міміка, рухи і жести руками, модуляції голосу [17]. Тренування невербальних навичок надає змогу поводити себе більш впевнено зовні, навіть якщо всередині є сумніви та невпевненість. Не менш важливими є вербальні навички – такі як, наприклад, використання «Я-повідомлень», говорити голосно і чітко, конкретно і коротко, не виправдовуючись. Варіантами вправ на сесії з клієнтом можуть бути наступні:

1. Програвання можливого конфлікту з використанням трьох стилів спілкування (пасивного, агресивного, асертивного);
2. Рольові ігри з відпрацювання форм поведінки в ситуаціях, характерних для пацієнта, з використанням ефективних невербальних і вербальних навичок;
3. Вправи з використанням «Я-повідомлень»;
4. Аналіз моделей спілкування, яких необхідно уникати.

Після огляду основних технік відмови клієнти повинні відпрацювати їх на сесіях в рольовій грі, усвідомити проблеми, що виникають при спробі асертивної відмови. Ці проблеми повинні бути з'ясовані та обговорені. Для цього можна КПТ-терапевту скористатися наступним алгоритмом:

1. Виберіть конкретну «свіжу» ситуацію, яка сталася нещодавно з клієнтом.

2. Попросіть клієнта дати деяку важливу інформацію про людину, з яким ця ситуація буде програватися.

3. Програйте з клієнтом варіанти відмови в цій ситуації.

Стратегії подолання потягу включають до себе наступні КПТ-техніки [21]:

1. Залучення в активність, що не пов'язана з вживанням алкоголю/наркотиків.

2. Розмова про потяг.

3. «Серфінг» з потягом.

4. Зупинка думок.

5. Внутрішній діалог «розмова з собою».

6. Нові контакти з людьми, які не вживають психоактивні речовини (консультант, друзі).

7. Медитація, молитва (про цей пункт докладніше висвітлено в наступному розділі дипломної роботи).

До методів допомоги пацієнтам в ослабленні та подоланні патологічного потягу в КПТ-практиці відносяться [22]:

1. Методи відволікання (змінити фокус з внутрішнього на зовнішнє).

2. Використання самонавіювання (нагадування про переваги тверезості).

3. Обговорення проблеми (використання системи підтримки).

4. «Використання сили потягу».

5. Використовування прийомів уяви, релаксації.

Важливим для подолання потягу є ведення щоденника самоконтролю (табл. 5), завдяки якому можна вивчити форму поведінки, яку пацієнт хоче змінити; вивчити фактори, які можуть запускати ці форми поведінки, включаючи й думки, що призводять до «зривів». Набуті навички можна буде використовувати для того, щоб побудувати елементи плану подолання патологічного потягу.

Таблиця 5. Щоденник самоконтролю

Запускаючі фактори (Що приводить мене до бажання вживання?)	Думки і почуття (Про що я думав? Що я відчував?)	Поведінка (Як я тоді вчинив?)	Позитивні наслідки (Що було позитивного?)	Негативні наслідки (Що було негативного?)

Окремо можна рекомендувати пацієнтові вести бланк запису епізодів загострення потягів до алкоголю (табл. 6).

Таблиця 6. Бланк запису епізодів загострення потягів до алкоголю

Дата	Ситуація (з думками та почуттями)	Інтенсивність бажання (0 – 100%)	Прийоми подолання, що були використані, та їх ефективність

І нарешті, переходимо до складання плану подолання патологічного потягу. Цей план буде включати в себе ситуації, яких слід уникати; тригери (фактори, які запускають потяг); місця, куди необхідно йти; люди, яким необхідно зателефонувати.

Важливо також пам'ятати, що зрив – це не кінець, бо процес одужання при алкогольній залежності є не лінійним, а скоріш кільцевим. Треба навчити пацієнта сприймати рецидив як досвід, який може чогось навчити, із запобіганням виникнення відчуття провини (що в свою чергу може спровокувати подальше зловживання). Треба пам'ятати, що метою усієї

роботи з пацієнтом є змістовне, щасливе життя, особистісний зріст, стресостійкість, життєві цінності та сенс життя.

Розділ 3. Майндфулнесс при лікуванні алкогольної залежності.

Mindfulness-підхід з'явився більше 40 років тому (в 1979 році) завдяки професору Массачусетського університету Джону Кабат-Зінну [29]. Саме йому вперше прийшла в голову ідея використовувати медитативні практики в медичних цілях. Дзен-буддистські медитації та йога захоплювали його ще в студентські роки: Джон присвятив багато часу вивченню традицій буддизму, і в якийсь момент йому дуже захотілося зв'язати свої знання і практичний досвід з наукою. Після отримання наукового ступеня з молекулярної біології він захопився пошуком можливостей інтегрувати буддистську медитацію (без релігійного аспекту) в практику оздоровлення.

Знайти в нашій мові дослівний еквівалент слова «mindfulness» досить складно. Його можна перекласти як «пам'ятливість», «пильність», «усвідомленість», «повнота усвідомлення». Але жоден з цих синонімів не передає сенс поняття на 100%. Ось декілька можливих визначень терміну «майндфулнесс»:

- це увага, свідомо спрямована на існуючий в даний момент стан речей, позбавлена будь-якої оцінки;
- це безоціночна обізнаність як результат свідомого спрямування уваги на поточний досвід;
- це обізнаність щодо теперішнього моменту з його прийняттям;
- це саморегулювання уваги на поточному досвіді таким чином, щоб можна було посилити розпізнавання психічних подій, які мають місце в даний момент. Регулярна практика майндфулнесс допомагає [30]:
- краще справлятися з емоційними перевантаженнями;
- вийти зі стану хронічного стресу;
- не думати з тривогою про майбутнє і не ворушити без кінця минуле;
- зменшити страждання від хронічного болю;
- вийти з депресії, запобігти рецидивам;
- підвищити якість сну;

- помічати невеликі радісні події життя і отримувати задоволення від них;
- приймати зважені рішення;
- поліпшити креативні здібності і особисту ефективність;
- усвідомлювати сигнали тіла;
- розслаблятися і досягати розумового спокою;
- розвинути навички управління увагою і підвищити її концентрацію.

В ході дослідження структури мозку у людей, що пройшли 8-тижневу програму навчання майндфулнесс, були виявлені збільшення в щільності (кількості) сірої речовини в різних зонах, які відіграють найважливішу роль в складних процесах навчання і запам'ятовування, самоусвідомлення і самоаналізу, емпатії [31].

Базова техніка майндфулнесс – усвідомлене дихання. Дихання повинно бути діафрагмальним (дихати «животом») та заспокійливим – видих в два рази довше вдиху, проміжки можуть бути довільні. Після навчання залежного пацієнта простим навичкам заспокійливого дихання, можна перейти до навчання його техніці «Управління «хвилями» потягу» [22]. Нижче ми наводимо інструкцію до цієї вправи.

Зробіть глибокий вдих і направте фокус уваги всередину. Нехай Ваша увага бродить по Вашому тілу. Зверніть увагу, де у Вашому тілі Ви відчуваєте потяг і які при цьому відчуття. (Почекайте.) Розкажіть собі, що Ви переживаєте. Наприклад, «Я відчуваю почуття присмаку шоколаду в роті, в носі і в животі.» (Зачекайте кілька секунд.) Далі, зосередьтеся на одній області, де ви відчуваєте потяг. Зверніть увагу, які саме відчуття Ви відчуваєте. Наприклад, чи відчуваєте Ви жар, холод або оніміння? Ваші м'язи напружені або розслаблені? Наскільки велика площа цих відчуттів? Зверніть увагу на свої відчуття і опишіть їх собі. Зверніть увагу на зміни, які відбуваються. Наприклад, «У мене пересихає в роті. я відчуваю напругу в губах і язичі». Зачекайте момент, щоб звернути увагу на свої відчуття і опишіть їх собі. (Почекайте близько 15 секунд). Зараз повторіть

фокусування увагу на кожній частині Вашого тіла, яка відчуває потяг. Зверніть увагу і опишіть собі зміни, які відбулися у відчуттях. Зверніть увагу, як хвилі накочуються і відходять. Згадайте, де і наскільки сильне це відчуття Ви відчували, коли починали цю вправу. Зверніть увагу, де і наскільки сильне відчуття потягу зараз.

В комплексній когнітивно-поведінковій терапії залежних навички майндфулнесс застосовуються як техніки «зниження градусу злості» [22]. Крім технік дихання, також при алкогольній залежності поазали свою ефективність техніки м'язової релаксації, медитації, мантри, йога, молитва, ресурсні уявлення, копінг-думки [35, 36].

Практикуючи майндфулнесс, людина зосереджує увагу на реальному моменті та приймає його, не оцінюючи. Оволодіти цим процесом можна шляхом регулярних тренувань, щоденної формальної практики медитації, і для досягнення відчутних результатів вона повинна тривати не менше 10 хвилин в день. Потім сформований навик можна перенести в життя за допомогою неформальних вправ, спочатку спеціально вибираючи нескладні ситуації для практики, а потім по мірі набуття досвіду – в будь-якій момент за бажанням [32].

Формальна практика найчастіше виконується сидячи. Така медитація має строго (формально) регламентований характер. Це можуть бути, наприклад, практики концентрації на диханні, сканування тіла, люблячої доброти. Неформальна практика - привнесення стану усвідомленості в повсякденне життя. Можна практикувати майндфулнесс сидячи на роботі за комп'ютером, в поїздках на машині, при ходьбі, під час прийому їжі. До таких практик можна віднести також «інформаційний детокс» в моменти відпочинку на природі. Практикувати медитацію допустимо, наприклад, в моменти спілкування з дітьми, близькими, батьками, коли людина йде в супермаркет, миє посуд, наводить чистоту в будинку або займається спортом. Всього одна хвилина фокусування на диханні в напружений момент, де б не знаходилася людина, може стати відпочинком, сприяти

розслабленню, усуненню занепокоєння, ослаблення стресу. Усвідомлено вдихаючи та видихаючи повітря, зосереджуючись на внутрішніх відчуттях, положенні тіла, фокусуючи увагу на оточуючих звуках і запахах, людина «якориться» в теперішньому моменті, збільшує проміжок між стимулом та реакцією, що створює простір для прийняття рішень в стані усвідомленості [33].

Стан усвідомленості може супроводжувати людину всюди, де б вона не знаходилася і чим би не займалася: вдома під час прибирання, приготування їжі, на прогулянці за містом, на пляжі біля моря, на роботі, якою б вона не була, в громадському транспорті і у власному автомобілі. Прикладів безліч - просто необхідно бути уважним до того, чим зайнятий розум в кожен момент часу. Необхідно намагатися концентруватися на поточній справі, повністю усвідомлюючи свої відчуття – тоді це може вважатися неформальною практикою усвідомленості, регулярне виконання якої дозволить повніше проживати власне життя [37].

Одна з істотних переваг майндфулнесс-підходу полягає в тому, що знайти час для занять може абсолютно кожен, навіть якщо людина постійно живе в режимі багатозадачності та великих перевантажень. Суть тренувань зводиться до формування досвіду концентрації уваги, тому будь-яке щоденне заняття може стати об'єктом для медитації [34].

Нижче ми наводимо 10 варіантів неформальних вправ, доступних кожному:

1. *Чашка чаю (молока, кави, какао, стакан соку або іншого напою).* Відчуйте чашку, яку тримаєте в руках, уважно розгляньте її. Не кваплячись насолоджуйтеся смаком й відчуйте аромат напою. Прислухайтеся до своїх відчуттів від кожного ковтка.

2. *Душ.* Намагайтеся розчути кожну нотку звучання струмуючої води. Відчуйте, як вона торкається вашої шкіри. Нанесіть на шкіру улюблені косметичні засоби, відчуйте відтінки аромату.

3. *Ліжко.* Коли заправляєте ліжко, концентруйтеся на кожному русі свого тіла. Відзначте, як відчувається постільна білизна, покривало. Приділіть увагу кожній миті процесу.

4. *Дорога на роботу (в університет, магазин, торговий центр, додому, або прогулянка).* Опинившись на вулиці, зробіть ковток свіжого повітря і відчуйте його. Перенесіть увагу на стопи ніг і те, як при ходьбі ви переносите вагу тіла з однієї ноги на іншу. Звертайте увагу на погоду і на все, що оточує вас.

5. *Автомобільний затор (або будь-яка ситуація очікування).* Сконцентруйтеся на диханні. Проскануйте своє тіло, направте дихання до тих ділянок, в яких відчуваєте напругу. Прислухайтеся до звуків, що лунають навколо вас, заповніть вашою увагою все навколишній простір.

6. *Обід (сніданок, або вечеря, або просто перекус).* Вимкніть телевізор, відкладіть в сторону смартфон, друковані видання. Зосередьте свою увагу на кольорі та формі тарілки, запаху та смаку їжі, відчуйте вагу, форму, поверхню столових приборів в руках. Спробуйте повільно й усвідомлено жувати та ковтати, контролюйте цей процес і стежте за відчуттями у шлунку.

7. *Миття посуду.* Відчуйте, як пахне засіб для миття, який ви використовуєте. Налаштуйте температуру води, щоб відчувати приємне тепло. Зосередьтеся на кожному дотику до тарілок, ложок, вилок, тощо.

8. *Чистка зубів.* Сконцентруйтеся на «управлінні» зубною щіткою. Відчуйте відтінки смаку зубної пасти. Зверніть увагу на відчуття від дотиків щітки до ясен і зубів.

9. *Зарядка.* Зверніть увагу, як працюють м'язи. Не забувайте про усвідомлене дихання. Відстежуйте, як змінюються відчуття в вашому тілі під час та після фізичної активності.

10. *Дихальні паузи (вранці, протягом дня та перед сном).* Прислухайтеся до свого тіла, визначте ділянки, в яких є напруга, і постарайтеся свідомо розслабити їх. Перенесіть увагу на своє дихання, кілька разів усвідомлено вдихніть і видихніть. Не намагайтеся зупинити розумовий

процес, дозвольте думкам просто приходити та йти, спостерігайте за цим, кожен раз повертаючись до дихання. Зверніть увагу на зміни, які усвідомлене дихання викликало в вашому самопочутті.

Перераховані тренування навички усвідомленості не вимагають, щоб людина змінювала свій звичний ритм життя, також для цього не потрібен спеціально виділений час і простір, що робить ці техніки простими та доступними.

Розділ 4. Навички відмови від вживання психоактивних речовин.

Навчання копінг-навичкам стало стандартом, з яким в даний час порівнюються інші методи лікування алкогольної залежності, і воно подається або в якості основного методу, або як окремого компонента (наприклад, поведінкова сімейна терапія) при комплексних інтервенційних втручаннях майже у всіх клінічних дослідженнях осіб з залежністю від алкоголю. Подібні втручання, засновані на принципах КПТ, при лікуванні алкогольної залежності були розроблені та випробувані й для інших залежностей, наприклад, залежності від наркотиків [23], нікотину [24] і азартних ігор [25]. КПТ 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 копінг-навичок для забезпечення тверезого життя. Тому методи лікування з широким спектром дії прагнуть навчити проблемно питущих копінг-навичкам [26].

Включення чоловіка/партнера/значущих людей клієнта в лікування допомагає виявити проблеми в стосунках, які викликають або підсилюють вживання психоактивних речовин, а також дозволяє надати відповідну підтримку на етапах реабілітації [27]. Поведінковий підхід при лікуванні в парах дозволяє виявити суть конфліктів, що викликають вживання, покращити комунікації в напружених відносинах та підтримувати умови для утримання. Деякі дослідники виявили у тих, хто п'є, зниження депресії, тривожності, гніву та соматичних симптомів при забезпеченні підтримки з боку значущих осіб [28].

КПТ при алкогольній залежності складається з двох основних елементів. По-перше, КПТ заснована на принципах соціально-когнітивної теорії [23]. Стосовно до залежності від алкоголю, [20] ці принципи

постулюють центральну роль когнітивного та поведінкового копінгу. Дефіцит в здатності впоратися з життєвими проблемами взагалі та алкогольними проблемами зокрема, щоб стримати надмірне вживання алкоголю, призводить до відновлення пияцтва після абортівних спроб утримання. По-друге, всі види КПТ використовують форму навчання копінг-навичкам для подолання когнітивного та поведінкового дефіциту. Когнітивно-поведінкова терапія застосовує стандартний набір методів, що навчають копінг-стратегіям, які враховують ідентифікацію та специфічність ситуацій, коли зустрічається невідповідність копінга, а також навчання, моделювання, рольові ігри та поведінкові репетиції.

Дуже важливим етапом є робота з емоціями. Як ми бачили з малюнку 1, серед емоцій адиктивної поведінки є гнів. Ця базова і дуже важлива для людини емоція дуже часто стає спусковим механізмом для зриву та зловживання. Тож для залежної людини навички асертивності є вкрай необхідними (мал. 3).



Малюнок 3. Схема асертивності.

Як видно зі схематичного зображення асертивності на мал.3, асертивність (зелене коло) знаходиться між пасивним стилем поведінки (позначеним як «невпевненість») та агресивним стилем поведінки. До пасивного поведінкового стилю відносяться такі патерни, коли ми [12]:

- завжди дотримуємося нейтральної позиції або уникаємо необхідності прийняти якусь сторону;
- дозволяємо іншим приймати рішення за нас;
- погоджуємося через страх втратити дружнє відношення;

- не робимо того, що вимагає занадто великого внутрішнього зусилля та сміливості;
- завжди знижуємо голос або уникаємо зустрічатися поглядом, щоб не привертати до себе увагу;
- погоджуємося з іншими, незалежно від наших справжніх бажань чи почуттів;
- завдаємо шкоди і незручності собі, щоб не нашкодити або не доставили незручностей іншим людям;
- баримося, уникаючи проблем і тримаючись подалі від прийняття рішень;
- завжди вважаємо себе слабшими й менш здібними, ніж інші люди;
- постійно намагаємося піти від відповідальності з вибаченнями і «вагомими» причинами.

Ця поведінка є не менш дисфункційною за агресивну, коли ми дозволяємо собі [12]:

- переривати інших, коли вони говорять;
- намагатися нав'язати свою позицію іншим людям;
- приймати за інших рішення;
- користуватися і зловживати дружніми відносинами;
- підвищувати голос або іншим чином викликати увагу людей;
- звинувачувати, засуджувати і знаходити помилки у інших, незважаючи на їх почуття;
- заподіювати шкоду або створювати незручності іншим, уникаючи незручності або шкоди для себе;
- у розмові йти від суті, перекручувати факти, або перекручувати правду, домагаючись якнайшвидшого схвалення іншими наших рішень;
- вважати себе сильнішими і здібнішими, ніж інші люди;
- приймати відповідальність і владні повноваження для того, щоб змінити ситуацію на свою користь або домогтися влади/безпеки/вседозволеності.

На відміну від цих полярних дисфункційних поведінкових патернів, асертивність – це коли ми [12]:

- даємо іншим можливість закінчити свою думку, перш, ніж почнемо говорити самі;
- відстоюємо позицію, що виражає наші почуття або очевидні для нас факти;
- засновуємо свої рішення на тому, що вважаємо правильним;
- розглядаємо дружбу як можливість дізнатися більше про себе та інших та обміну ідеями;
- спонтанно та природньо включаємось в розмову, користуючись помірним тоном і звуком голосу;
- намагаємось зрозуміти почуття інших, перш ніж висловлювати свої власні;
- намагаємось уникнути неприємностей та незручностей, висловлюючи й обговорюючи проблеми до того, як вони виникають, або знаходимо оптимальні способи примиритися з неминучим;
- прямо й чесно розглядаємо проблеми та рішення;
- вважаємо себе сильними та здатними, але в загальному рівними більшості інших людей;
- приймаємо відповідальність з урахуванням власного становища, своїх потреб і прав.

У якості домашнього завдання з метою опрацювання навичок асертивності ми пропонуємо вибрати три різні ситуації, що трапилися з пацієнтом протягом останнього місяця. Вони можуть включати взаємодії з родичами, друзями, близькою людиною або начальником. Пропонується коротко описати ситуації і власну реакцію на них. Також необхідно спробувати самостійно визначити, який стиль реагування спостерігався в кожній з реакцій. Дані спостереження пропонується занотовувати у вигляді трьохстовпчикової таблиці, як показано на табл. 3.

Таблиця 3. Навички асертивності. Аналіз ситуацій.

Ситуація 1:	Ваша реакція:	Стиль реагування:
Ситуація 2:	Ваша реакція:	Стиль реагування:
Ситуація 3:	Ваша реакція:	Стиль реагування:

В побудові послання, яке одна людина спрямовує іншій людині, велику роль відіграють невербальні стимули, такі як гучність голосу, інтонація, обсяг висловлювання, міміка, жести, мова тіла. Тож пацієнтові рекомендується занотувати свої типові прояви агресивної, пасивної та асертивної поведінки у вигляді опису пози, міміки, виразу обличчя, рухів, жестів, візуального контакту, тону голосу. Це також можна зробити у вигляді бланку (табл. 4):

Таблиця 4. Типові зовнішні прояви різних видів поведінки

	Агресивні	Пасивні	Асертивні
Поза			
Міміка			
Вираз обличчя			
Рухи			
Жести			
Візуальний контакт			
Тон голосу			

Ці навички самопостереження та самоаналізу дозволять пацієнтові краще усвідомлювати власні способи реагування та розширять можливості керування власним настроєм, що допоможе втриматися від вживання ПАВ в стані афекту [13].

Розділ 5. Зміна стилю життя осіб, що зловживають алкоголем, в рамках КПТ.

Важливою складовою роботи з алкозалежними є зміна їх стилю життя. Після того, як людина припиняє зловживати спиртними напоями, в його житті з'являються деякі «порожнечі», простір для нудьги та «байдикування». Необхідно продумати разом з пацієнтом, як він може заповнити ці «порожнечі», тобто активізувати види діяльності, не пов'язані з алкоголем – наприклад спорт, подорожі, пошук нових або відновлення старих хобі та захоплень. Важливо, що це повинні бути види діяльності, які подобаються пацієнтові. Необхідним також є розширення кола спілкування за рахунок людей, які не вживають спиртні напої.

Здоров'я, початок хвороби та її прогноз визначаються констеляцією біологічних, психологічних й соціальних факторів. Це біопсихосоціальна модель, яка відображає сучасний науковий погляд на захворювання взагалі та адикції зокрема, і дозволяє не прогаяти важливі аспекти в кожному індивідуальному випадку. На початку XXI століття було сформульовано три категорії біопсихосоціальних чинників, важливих для маніфестації та перебігу розладів, пов'язаних з вживанням психоактивних речовин (в тому числі алкоголю). До цих категорій були віднесені наступні:

1. Фактор (причина, рушійна сила) – в наркології це безпосередньо речовина, що викликає залежність. У цій категорії враховуються такі характеристики, як доступність, вартість, міцність, спосіб вживання.

2. Споживач (людина, що вживає психоактивну речовину) - враховуються біогенетичні чинники, наприклад метаболічні процеси, вроджена толерантність, психопатологічні та патопсихологічні особливості (в тому числі схильність до ризику).

3. Зовнішні чинники – мікросоціальні та макросоціальні (сім'я, друзі, рольові патерни, національні особливості, економічні фактори тощо).

Розлади психіки та поведінки, пов'язані з вживанням алкоголю, безумовно є не тільки медичною проблемою, але й соціально-економічною.

Тому біопсихосоціальна модель алкоголізму є обґрунтованим науковим підходом, який обумовлює основні принципи клінічної роботи з пацієнтами, що укладаються в загальну концепцію КПТ:

- індивідуалізація кожного окремого випадку;
- обстеження (багатовимірна функціональна діагностика) з виявленням індивідуальних біологічних, психологічних і соціальних факторів;
- складання індивідуального терапевтичного плану виходячи з даних обстеження;
- адаптація лікувальних заходів до рівня тяжкості проблем і до терапевтичної відповіді у конкретного пацієнта.

Біопсихосоціальна модель КПТ дуже наближає її до медичної моделі. Тож важливо враховувати, що деякі особливості, які виявляються під час збору анамнезу та в актуальному статусі пацієнта, можуть свідчити про те, що впродовж життя у людини був сформований підвищений ризик алкоголізації. До індивідуальних факторів ризику алкоголізму відносять наступні [38]:

- психопатична структура особистості зі схильністю до агресії, антисоціальних вчинків, імпульсивних дій, невиправданого ризику;
- чоловіча стать;
- синдром гіперактивності в дитинстві;
- низький інтелект або слабкість мотивації в навчанні, наслідком якої стала бідність інтересів;
- відсутність знань щодо факторів ризику алкоголізму;
- емоційна роз'єднаність з батьками;
- девіації поведінки;
- юнача делінквентність.

Факторами ризику розвитку алкоголізму, що були виявлені в родинях, є:

- алкоголізація одного з батьків;
- алкоголізм інших родичів;

- відсутність емоційної прихильності між батьками, часті сварки між ними;
- відсутність емоційно теплих відносин між батьками та дітьми;
- толерантне ставлення батьків до вживання дітьми алкоголю або до девіантної поведінки;
- хаотичний уклад життя родини без дотримання ритуалів та традицій.

Наведені дані щодо факторів схильності до алкоголізму демонструють, що залежні є, як правило, виходцями з дисфункційних родин. Дослідники наводять основні ознаки дисфункційних родин [39]: відсутність уваги членів сім'ї один до одного, особливо батьків до дітей; погане, неправильне ставлення батьків до дітей; мінливість; непередбачуваність; деспотичність; заперечення реальності; наявність (одного і більше) секрету; заборона на вільне вираження почуттів; заборона на вираження потреб; жорсткість відносин, правил (в деяких сім'ях); хаотичність (включаючи орієнтацію на кризу); часом спокійне і нормальне функціонування сім'ї. Для того, щоб простежити передачу алкоголізму з покоління в покоління, необхідно вивчати всю систему порушених сімейних відносин.

Уявлення про життя здорової сім'ї з непорушеними відносинами можна почерпнути з тих же джерел, в яких описана дисфункційна сім'я. Позначимо їх тут, хоча б коротко, оскільки необхідно намітити орієнтири, до яких слід прагнути в профілактичній роботі з групою високого ризику алкоголізму.

Можливо, що ідеально здорової сім'ї не існує. Мало яка людина має таких батьків, які в змозі задовольнити всі потреби, необхідні для гармонійного розвитку дитини. Автор наводить великий список найбільш нагальних психологічних потреб, які повинні задовольнятися в сім'ї. Ось цей список:

1. Вживання.
2. Безпека.
3. Дотик, шкірний контакт.
4. Увага.

5. Дзеркальне відображення і відгук у вигляді відлуння.

6. Керівництво, провід.

7. Вислуховування.

8. Бути самим собою, бути реальним.

9. Участь в справах.

10. Прийняття, схвалення.

Інші усвідомлюють, приймають всерйоз і обожають тебе реального.

Свобода бути самим собою.

Терпимість до твоїх почуттів.

Затвердження.

Повага.

Любов та почуття приналежності до когось.

11. Можливість хоронити (прощатися, поховати) свої втрати і зростати.

12. Підтримка.

13. Відданість та довіра.

14. Досягнення (відчуття завершеності в справах).

Оволодіння, «міць», «контроль».

Творчість.

Відчуття, що ти внес вклад в справу.

15. Зміна стану свідомості, періодична потреба переступати межі повсякденного.

16. Сексуальність.

17. Насолода, розвага.

18. Свобода (воля).

19. Виховання, відчуття, що тобою займаються.

20. Любов без усяких умов (включаючи зв'язок з Вищими силами).

Задоволення цих потреб і становить життя функціональної сім'ї.

Здорові відносини є відкритими, гнучкими, вони дозволяють дотримуватися прав один одного і задовольняти потреби один одного. Вони створюють

умови для емоційного та духовного зростання кожного члена сім'ї. Незважаючи на інтимність, закритість та інтенсивність, здорові відносини дозволяють кожному члену сім'ї мати свої межі, шановані усіма.

У тісних здорових відносинах партнер пропонує іншому ту свободу, яку він шукає сам. Здорові відносини не повинні бути симбіотичними і не припускають однаковість почуттів. Здорові відносини - це свято поділу один з одним всього життєвого досвіду і задоволення від спільного його дослідження [39].

Тож, зусилля «створювати і зміцнювати» досвід, створювати нові форми або відновлювати попередні форми тверезого здорового життя є частиною КПТ.

Заключні коментарі.

В ході проведення когнітивно-поведінкової терапії пацієнти з алкогольною залежністю набувають навичок, які будуть допомагати їм у профілактиці рецидивів. До цих навичок відносяться:

1. Уміння розпізнавати небезпечні стимули і емоції.
2. Уміння уникати небезпечних ситуацій.
3. Уміння протистояти потягу до алкоголю.
4. Уміння розпізнавати дисфункційні думки і справлятися з ними.
5. Володіння копінг-стратегіями у ситуаціях високого ризику вживання спиртних напоїв.
6. Розширення арсеналу приємних тверезих занять і вміння цінувати їх.

Список використаної літератури:

1. Annis H.M.. Relapse to substance abuse: Empirical findings within a cognitive social learning approach // *Psychoactive Drugs*. –1990. –Vol. 22. –P.117–124.
2. Копытов, А. В. Поведенческая и когнитивно-поведенческая терапия при лечении алкогольной зависимости / А. В. Копытов, Д. А. Донской, В. Н. Сидоренко // *Медицинский журнал*. - 2016. - № 4. - С. 53-60.
3. Федоров А. П.. Когнитивно-поведенческая психотерапия. – СПб.: Питер, 2002. – 352с.
4. Бабюк И. А., Шульц О. Е. Современные психотерапевтические подходы в практике лечения алкоголизма [Электронный ресурс] // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвящённый 210-летию Сабуровой дачи / Под общ. ред. П. Т. Петрюка, А. Н. Бачерикова. - Киев–Харьков, 2010. - Т. 5. - Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/books/actual/paper004.htm>.
5. Cue exposure with coping skills treatment for male alcoholics: a preliminary investigation / P.M. Monti et al. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1993. – Vol. 61. – P. 1011-1019.
6. Бурдин М.В., Обросов И.Ф. Когнитивно-поведенческая психотерапия и иррациональные установки пациентов с различными мотивами потребления алкоголя при анонимном амбулаторном лечении // *Вопросы наркологии*. №5, 2007. С. 54-61.
7. Miller W.R. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members / W.R. Miller, R.J. Meyers, J.S. Tonigan // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999. – Vol. 67. – P. 688-697.
8. Beck A., Wright F., Newman C., Liese B. (1993). Cognitive therapy of substance abuse: Theoretical rationale. NIDA research monograph. 137. 123-46.

9. Лихи Р. Техники когнитивной психотерапии: Питер; СПб. 2020. – 820 с.
10. Gorski Terence T. Passages through recovery. An action plan for preventing Relapse. – Minnesota. – 1989. – 176 p.
11. Mitcheson, L., Maslin, J., Meynen, T., Morrison, T., Hill, R., Wanigaratne, S. (2010). Applied Cognitive and Behavioural Approaches to the Treatment of Addiction: A Practical Treatment Guide.
12. Monti, PM ; Kadden, RM ; Rohsenow, DJ ; Cooney, NL ; Abrams, David. / Treating alcohol dependence: A coping skills training guide. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2002.
13. Гринбергер Д., Падески К. Управление настроением: методы и упражнения. – СПб.: Питер,. 2008. – 224 с.
14. Минко А. И., Линский И. В. Качество жизни, аффективный статус и приверженность терапии на протяжении первого месяца антиалкогольного лечения // Вісник психіатрії та психофармакології. – 2006. – № 1. – С. 123–125.
15. McCrady B.S. Maintaining change after conjoint behavioral alcohol treatment for men: outcomes at 6 months / B.S. McCrady, E.E. Epstein, L.S. Hirsch // J Addiction. – 1999. – Vol. 94. – P. 1381-1396.
16. Morgenstern, J. Cognitive behavioral treatment for alcohol dependence: a review of evidence for its hypothesized mechanisms of action / J. Morgenstern, R. Longabaugh // J. Addiction. – 2000. – Vol. 95. – P. 1475–1490.
17. Стефен А. Міасто, Дрерард Дж. Коннорс, Ронда Л. Дірінг. Розлади, спричинені вживанням алкоголю / під наук. ред. Карачевського А. : Видавнича серія «психологія, психіатрія, психотерапія», інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, Львів, 2018р. – 123 с.
18. Шапочка Є.А. Алкогольна залежність: ремісія та реабілітаційні заходи (огляд літератури) // Український науково-медичний молодіжний журнал, №2 (88), 2015, С. 110-113.

19. Животовська Л.В. Профілактика рецидивів при алкогольній залежності на етапі становлення ремісії // Вісник проблем біології і медицини. - 2014. - т.1, вип.3. - С. 110-114.
20. Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (1985). Relapse prevention. Guilford Press, New York.
21. Карачевський А. Подолати алкогольну залежність – Львів: Свічадо, 2016. – 124 с.
22. Карачевський А. Когнітивно-поведінкова залежність від алкоголю. Матеріали семінару, 2021 рік.
23. Bandura A. Social Foundations of Thought and Action // Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. – 1986.
24. Stevens V.J. Preventing smoking relapse using an individually tailored skills-training technique / V.J. Stevens, J.F. Hollis // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1989. – Vol. 57. – P. 420-424.
25. Sylvain C. Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study / C. Sylvain, R. Ladouceur, J. Boisvert // Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1997. – Vol. 65. – P. 727-732.
26. What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature / W.R. Miller et al. // Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives (2nd ed.), New Jersey. – 1995. – P. 12-44.
27. McCrady B.S. Maintaining change after conjoint behavioral alcohol treatment for men: outcomes at 6 months / B.S. McCrady, E.E. Epstein, L.S. Hirsch // J Addiction. – 1999. – Vol. 94. – P. 1381-1396.
28. Miller W.R. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members / W.R. Miller, R.J. Meyers, J.S. Tonigan // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – Vol. 67. – P. 688-697.
29. Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps // Contemporary Buddhism, 12(1), 281–306.

30. М.Уильямс, Д.Пенман. Как обрести гармонию в нашем безумном мире. – Изд-во Манн, Иванов и Фербер, 2014. – 288 с.
31. Goleman, D., Davidson, R. J. (2018). Altered traits: Science reveals how meditation changes your mind, brain, and body. New York, NY: Avery // *Philosophy of Coaching: An International Journal*, 2018. – Vol. 3, No. 2. – P. 88-90.
32. Crane, R. S., Eames, C., Kuyken, W., Hastings, R. P., Williams, J. M. G., Bartley, T., Evans, A., Silverton, S., Soulsby, J. G., & Surawy, C. (2013). Development and validation of the mindfulness-based interventions: teaching assessment criteria (MBI:TAC) // *Assessment*, 2, 681–688.
33. Killingsworth, M. A., Gilbert, D. T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind // *Science*, 330, 932.
34. Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G., Kuyken, W. (2016). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft // *Psychological Medicine*, 47(6), 990–999.
35. A. Chiesa, A. Serretti. Are Mindfulness-Based Interventions Effective for Substance Use Disorders? A Systematic Review of the Evidence // *Substance Use & Misuse*. – 2014. – Vol.49, Is.5. – P. 492-512.
36. Black D. S. (2012). Mindfulness and substance use intervention. *Substance Use & Misuse*, 47(3), 199–201.
37. Brown, K. W., Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being // *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848.
38. Анохина И.П. Предсказуем ли алкоголизм? Способы распознавания и устранения факторов риска. – НПО «Союзмединформ», М.: 1991. – 67 с.
39. Whitfield Ch.L. Healing the child within (Discovery and recovery for adult children of dysfunctional families) // Health Communications, Inc. Pompano Beach, Florida, 1987. – 152 p.