

DOI: 10.26565/2312-5675-2023-21-01
УДК 616.89:616-056.83-085.851

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ДОСЯГНЕННЯ РЕМІСІЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ

В. І. Вовк, О. О. Страшок

**Вовк
Вікторія Ігорівна**

канд. мед. наук, доцент кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, майдан Свободи, 4, м. Харків, Україна, 61022
E-mail: v.vovk@karazin.ua
Телефон +380505937601
ORCID ID orcid.org/0000-0002-9547-8968

**Страшок
Олег Олександрович**

канд. мед. наук, завідувач стаціонарним наркологічним відділенням №3 КНП ХОР «Обласна клінічна наркологічна лікарня» (м. Харків), лікар-нарколог вищої категорії, лікар-психіатр, психотерапевт
E-mail: oastrashok@gmail.com
Телефон +380509151105
ORCID ID orcid.org/0009-0004-4150-232X

Актуальність. Проблема зловживання психоактивними речовинами та пошуку ефективних засобів для його лікування залишається гостро актуальною темою в сучасній психіатрії та наркології. На сьогоднішній час когнітивно-поведінкова терапія при застосуванні до пацієнтів з алкогольною залежністю виявляється одним із найбільш перспективних методів лікування. Цей метод лікування спрямований на запобігання та мінімізацію рецидиву.

Метою даної роботи було вивчити можливості застосування когнітивно-поведінкової терапії для досягнення ремісії при алкогольній залежності.

Матеріали та методи: було проаналізовано сучасні літературні наукові дані стосовно питань показників ефективності лікування алкогольної залежності, розуміння поняття ремісії та її прогностичних факторів, профілю особистості залежних осіб, та безпосередньо застосування когнітивно-поведінкової терапії для досягнення ремісії при алкогольній залежності.

Результати. Аналіз літературних даних показав, що для оцінки ефективності лікування алкогольної залежності мають значення тривалість, стійкість та якість ремісії. При сформованій ремісії прогностичне значення мають такі фактори, як тривалість протиакогальної терапії, стресостійкість, профіль особистості залежного та підтримуюча терапія. Когнітивно-поведінкова теорія розглядає залежність від алкоголю як неадекватний спосіб впоратися з проблемами або потребами. Когнітивно-поведінкова терапія при алкогольній залежності застосовує стандартний набір методів, навчальних копінг-стратегій, які враховують ідентифікацію та специфічність ситуацій, коли зустрічається невідповідність копінга, а також навчання, моделювання, рольові ігри та поведінкові репетиції. Ці методи призначені не тільки для того, щоб підвищити рівень когнітивного і поведінкового копінга, але і для полегшення сприйняття зовнішніх впливів і поліпшення адаптації в стресових ситуаціях. Навчання копінг-навичкам для подолання їх дефіциту, усунення чинників, які можуть перешкоджати подоланню зриву і забезпечення їх адекватного застосування на практиці є необхідною умовою ефективного застосування когнітивно-поведінкової терапії. Методи цього виду терапії дозволяють показати пацієнтові, що соціальне навчання грає важливу роль в розвитку ригідного мислення і неадаптивної поведінки та призначені для вироблення і зміцнення самоконтролю.

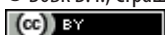
Висновки. Таким чином, аналіз літературних джерел показав, що когнітивно-поведінкова терапія залежних – це короткостроковий, структурований метод психотерапії, спрямований на розвиток навичок контролю над адиктивною поведінкою у хворих із залежністю від алкоголю в умовах формування і підтримання ремісії.

Ключові слова: *алкогольна залежність, когнітивно-поведінкова терапія, ремісія.*

Як цитувати: В.І. Вовк, О.О. Страшок Можливості застосування когнітивно-поведінкової терапії для досягнення ремісії при алкогольній залежності // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2023. – No21. – С. 6–12. DOI: 10.26565/2312-5675-2023-21-01

In cites: V.I. Vovk, O.O. Strashok Possibilities of application of cognitive-behavioral therapy to achieve remission in alcohol dependence. Psychiatry, Neurology and Medical Psychology. 2023, no. 21, pp. 6–12. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2023-21-01>

© Вовк В. І., Страшок О. О., 2023



This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Актуальність.

При загальному визнанні як мультифакторної етіології і патогенезу алкогольної залежності (АЗ), так і необхідності міждисциплінарного характеру вивчення, комплексності лікування, на сьогоднішній день з усього спектра підходів до даної проблеми психотерапевтичний виявляється найменш розробленим. Однак саме цей підхід набуває все більшого значення по мірі того, як увага дослідників зсувається від грубо патологічних проявів алкогольної хвороби до тонких механізмів її динаміки. На теперішній час когнітивно-поведінкова психотерапія (КПТ), спрямована на запобігання та мінімізацію рецидиву, виявилася найбільш ефективним методом лікування залежності від психоактивних речовин. 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-сенсових настанов, нормативної суспільної поведінки, що сприяє формуванню тривалих та якісних ремісій [1, 2].

Метою даної роботи було вивчити можливості застосування когнітивно-поведінкової терапії для досягнення ремісій при алкогольній залежності.

Матеріали та методи: було проаналізовано сучасні літературні наукові дані стосовно питань показників ефективності лікування алкогольної залежності, розуміння поняття ремісії та її прогностичних факторів, профілю особистості залежних осіб, та безпосередньо застосування когнітивно-поведінкової терапії для досягнення ремісій при алкогольній залежності.

Результати та їх обговорення.

У сучасній психіатрії до основних показників ефективності лікування алкогольної залежності (АЗ) 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 [1]. 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) [2]. 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 патологічного потягу до алкоголю (ППА), успішному функціонуванні пацієнта

в психічній, соматичній і соціальній сферах життєдіяльності діагностується якісна ремісія [3, 4].

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 та 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 клінічною декомпенсацією і погвуженням абстинентних симптомів [5].

Сучасний біопсихосоціальний підхід передбачає комплексну оцінку біологічних, психопатологічних, психосоціальних факторів на всіх етапах становлення ремісії при АЗ [6]. Вважається, що в процесі 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 [7].

На прогноз ремісії також впливає тривалість протиакогальної 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 готовності працювати над цією метою. У перший рік відмови від алкоголю серед лікувальних заходів провідними є підтримка установки на тверезість, лікування імпульсивності, депресії, соціальна підтримка [8, 9]. Також мають значення особистісні особливості пацієнта.

Профіль особистості залежного від алкоголю багатоконпонентний. Цей структурно-логічний конгломерат можна назвати біопсихосоціодуховним профілем, де «біо» – це перш за все алкогольна спадковість, «пси-хо» – невропатична структура особистості, «соціо» – не-

сприятливе соціальне середовище, «духовний» – відсутність духовності, негативна моральна позиція. При вираженому «біологічному» компоненті для хворого дуже важлива медикаментозна терапія (психотропи, ноотропи, аверсивні та сенсibilізуєчі 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 екзистенціальної (світоглядної) кризи. Ефективне лікування алкоголізму можна проводити, впливаючи на всі сфери життєдіяльності людини (тілесна, психологічна соціальна, духовна) [10, 11].

Вживання психоактивних речовин (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 [12].

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 [13, 14].

Найбільш актуальними методами поведінкової терапії є: зовнішні впливи, управління непередбаченими ситуаціями, підтримуючі співтовариства, тренінг копінг-навичок, профілактика рецидивів, поведінкова сімейна терапія і відповідність пацієнта лікуванню [15, 16].

При розгляді наркологічних проблем, підхід управління в непередбачених ситуаціях був більш ефективним порівняно з методами лікування, спрямованими на зниження вживання ПАР і утримання клієнтів в лікувальних програмах. Додавання ситуаційного управління до стандартного лікування призводить до по-

ліпшення відвідування лікарів, скорочення тривалості рецидивів і зменшення використання інших ПАР, які не були об'єктом ситуаційного втручання [16, 17].

Підтримуючі співтовариства – достатньо еклектичний набір заходів, який включає в себе адаптовані навички соціального навчання, поведінкову сімейну терапію, поведінку, що допомагає впоратись з ситуацією, 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 [18].

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 копінг-навичкам в комбінації з іншими терапевтичними методами (сімейна терапія, фармакологічне лікування) [19].

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 копінга. Дефіцит в здатності впоратися з життєвими проблемами взагалі і алкогольними проблемами зокрема, щоб стримати надмірне вживання алкоголю, призводить до відновлення пияцтва після абортивних спроб утримання. По-друге, всі види КПТ використовують форму навчання копінг-навичкам для подолання когнітивного і поведінкового дефіциту.

КПТ застосовує стандартний набір методів, навчальних копінг-стратегій, які враховують ідентифікацію та специфічність ситуацій, коли зустрічається невідповідність копінга, а також навчання, моделювання, рольові ігри та поведінкові репетиції. Ці методи призначені не тільки для того, щоб підвищити рівень когнітивного і поведінкового копінга, але і для полегшення сприйняття зовнішніх впливів і поліпшення адаптації в стресових ситуаціях [20].

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 копінг-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, азартних ігор тощо). Навіть конкуруючі підходи лікування АЗ, такі як 12 кроків і психодинамічна терапія, визнають цінність КПТ і пропонують методи, інкорпоруєчи КПТ в свої моделі лікування [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 копінг-навичок вважають основним фактором ризику вживання алкоголю. Таким чином, навчання копінг-навичкам 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. Дослідниками [22] була запропонована тріада допомоги пацієнтам залежним від ПАР:

- навчання розпізнаванню зриву (recognize);
- навчання стратегіям уникнення (avoid);
- навчання стратегіям копінгу (cope) із залежністю і іншими проблемними ситуаціями. 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 копінг-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 досить швидко;
- 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 копінг-стратегії і техніки, щоб припинити вживання ПАР і навчитися вирішувати життєві труднощі, що виникають, не вдаючись до вживання ПАР. Існують різні протоколи [23] 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, адиктивні 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, та при застосуванні отриманих копінг-стратегій – подолати рецидив, не вдаючись до звичної адиктивної поведінки [24, 25]. Дослідження показують, що способи подолання рецидиву, засновані на методах КПП, ефективно зберігають ремісію у пацієнта на тривалий термін – від одного року до декількох років.

Перевагами КПП 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 відчувають 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.

Висновки.

Таким чином, проведений аналіз сучасних літературних даних свідчить про те, що застосування когнітивно-поведінкової терапії допомагає досягти більш стійкої, тривалої та якісної ремісії при алкогольної залежності, що є одним з найбільш важливих завдань і одночасно служить критерієм успішності лікування хворих з цією патологією. 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. Підсумовуючи, когнітивно-поведінкова терапія залежних – це короткостроковий, структурований метод психотерапії, спрямований на розвиток навичок контролю над адиктивною поведінкою у хворих із залежністю від алкоголю в умовах формування і підтримання ремісії.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Avani K. Patel, A. Balasanova. Treatment of Alcohol Use Disorder. *JAMA*. 2021;325(6):596. doi:10.1001/jama.2020.2012
2. Castillo-Carniglia A., Keyes K.M., Hasin D.S. et al. Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(12):1068-1080. doi:10.1016/S2215-0366(19)30222-6
3. Abidin E., Subramaniam M., Vaingankar J.A., Chong S.A. The role of sociodemographic factors in the risk of transition from alcohol use to disorders and remission in Singapore. *Alcohol and Alcoholism*. 2014; Jan-Feb;49(1):103-8. doi: 10.1093/alcalc/agt126
4. McHugh R.K., Hearon B.A., Otto M.W. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2010; Sep;33(3):511-25. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.012
5. 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.
6. Шапочка Є.А. Алкогольна залежність: ремісія та реабілітаційні заходи (огляд літератури) // Український науково-медичний молодіжний журнал, №2 (88), 2015, С. 110-113.
7. Животовська Л.В. Профілактика рецидивів при алкогольної залежності на етапі становлення ремісії // Вісник проблем біології і медицини. 2014. т.1, вип.3. С. 110-114.
8. Карачевський А. Подолати алкогольну залежність. – Львів: Свічадо, 2016. 124 с.
9. Clarke N., Mun E.Y., Kelly S., White H.R., Lynch K. Treatment outcomes of a combined cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for a sample of women with and without substance abuse histories on an acute psychiatric unit: do therapeutic alliance and motivation matter? *Am J Addict*. 2013; Nov-Dec;22(6):566-73. doi: 10.1111/j.1521-0391.2013.12013.x
10. Cabello M., Caballero F.F., Chatterji S., Cieza A., Ayuso-Mateos J.L. Risk factors for incidence and persistence of disability in chronic major depression and alcohol use disorders: longitudinal analyses of a population-based study. *Health Qual Life Outcomes*. 2014; Dec 17;12:186. doi: 10.1186/s12955-014-0186-0
11. Wu S.S., Schoenfelder E., Hsiao R.C. Cognitive Behavioral Therapy and Motivational Enhancement Therapy. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2016; Oct;25(4):629-43. doi: 10.1016/j.chc.2016.06.002
12. Blum K., Braverman E.R., Holder J.M., Lubar J.F., Monaster V.J., Miller D., Lubar J.O., Chen T.J., Comings D.E. Reward deficiency syndrome: a biogenetic model

for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive and compulsive behaviors. *J Psychoactive Drugs*. 2000;32:1. doi: 10.1080/02791072.2000.10736099

13. Brand M., Wegmann E., Stark R., Müller A., Wöfling K., Robbins T.W., Potenza M.N. The interaction of person-affect-cognition-execution (I-PACE) model for addictive behaviors: update, generalization to addictive behaviors beyond internet-use disorders, and specification of the process character of addictive behaviors. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019; 104:1-10. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.06.032

14. Kathryn McHugh R., Hearon B., Otto M. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2010; 33(3):511-525. doi: 10.1016/B978-0-12-397045-9.00265-2

15. Wiers C.E., Ludwig V.U., Gladwin T.E., Park S.Q., Heinz A., Wiers R.W., Rinck M., Lindenmeyer J., Walter H., Bermpohl F. Effects of cognitive bias modification training on neural signatures of alcohol approach tendencies in male alcohol-dependent patients. *Addict Biol*. 2015; 20(5):990-999. doi: 10.1111/adb.12221

16. Zilverstand A., Parvaz M., Moeller S., Goldstein R. Cognitive interventions for addiction medicine: understanding the underlying neurobiological mechanisms. *Prog Brain Res*. 2016; 224:285-304. doi: 10.1016/j.physbeh.2017.03.040

17. Lee A.K., Bobb J.F., Richards J.E., et al. Integrating Alcohol-Related Prevention and Treatment Into Primary Care: A Cluster Randomized Implementation Trial. *JAMA Intern Med*. 2023;183(4):319-328. doi:10.1001/jamainternmed.2022.7083

18. Kranzler H.R., Soyka M. Diagnosis and Pharmacotherapy of Alcohol Use Disorder: A Review. *JAMA*. 2018;320:815-824. doi: 10.1001/jama.2018.11406

Стаття надійшла до редакції 15.04.2023

Стаття рекомендована до друку 20.05.2023

REFERENCES

Avani K. Patel, A. Balasanova. Treatment of Alcohol Use Disorder. *JAMA*. 2021;325(6):596.

Castillo-Carniglia A., Keyes K.M., Hasin D.S. et al. Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(12):1068-1080.

Abdin E., Subramaniam M., Vaingankar J.A., Chong S.A. The role of sociodemographic factors in the risk of transition from alcohol use to disorders and remission in Singapore. *Alcohol and Alcoholism*. 2014; Jan-Feb;49(1):103-8.

McHugh R.K., Hearon B.A., Otto M.W. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2010; Sep;33(3):511-25.

Stefen A.Miasto, Drerard Dzh.Konnors, Ronda L.Dirin. Rozlady, sprychyneni vzhlyvanniam alkoholii / pid nauk. red. Karachevskoho A.: Vydavnycha seriya «psykholohiia, psykiatriia, psykhoterapiia», instytut psykhychnoho zdorovia Ukrainkoho katolytskoho universytetu, Lviv, 2018r. 123 s. [in Ukr.]

Shapochka Ye.A. Alkoholna zalezhnist: remisii ta reabilitatsiini zakhody (ohliad literatury) // Ukrainskiy naukovo-medychnyi molodizhnyi zhurnal, №2 (88), 2015, S. 110-113. [in Ukr.]

Zhyvotovska L.V. Profylaktyka retsydyviv pry alkoholnii zalezhnosti na etapi stanovlennia remisii // Visnyk problem biolohii i medytsyny. 2014. t.1, vyp.3. S. 110-114. [in Ukr.]

Karachevskiy A. Podolaty alkoholnu zalezhnist. – Lviv: Svichado, 2016. 124 s. [in Ukr.]

Clarke N., Mun E.Y., Kelly S., White H.R., Lynch K. Treatment outcomes of a combined cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for a sample of women with and without substance abuse histories on an acute psychiatric unit: do therapeutic alliance and motivation matter? *Am J Addict*. 2013; Nov-Dec;22(6):566-73.

Cabello M., Caballero F.F., Chatterji S., Cieza A., Ayuso-Mateos J.L. Risk factors for incidence and persistence of disability in chronic major depression and alcohol use disorders: longitudinal analyses of a population-based study. *Health Qual Life Outcomes*. 2014; Dec 17;12:186.

Wu S.S., Schoenfelder E., Hsiao R.C. Cognitive Behavioral Therapy and Motivational Enhancement Therapy. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2016; Oct;25(4):629-43.

Blum K., Braverman E.R., Holder J.M., Lubar J.F., Monaster V.J., Miller D., Lubar J.O., Chen T.J., Comings D.E. Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive and compulsive behaviors. *J Psychoactive Drugs*. 2000;32:1.

19. Humphreys G., Evans R., Makin H., Cooke R., Jones A. Identification of Behavior Change Techniques From Successful Web-Based Interventions Targeting Alcohol Consumption, Binge Eating, and Gambling: Systematic Review. *J. Med. Internet Res*. 2021;23:e22694. doi: 10.2196/22694

20. Kiefer F., Mann K. Evidence-based treatment of alcoholism. *Nervenarzt*. 2007;78:1321-1329. doi: 10.1007/s00115-007-2345-6

21. Chiesa A., Serretti A. Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Subst. Use Misuse*. 2014;49:492-512. doi: 10.3109/10826084.2013.770027

22. Aharonovich E., Hasin D.S., Nunes E.V., Stohl M., Cannizzaro D., Sarvet A., Bolla K., Carroll K.M., Genece K.G. Modified cognitive behavioral therapy (M-CBT) for cocaine dependence: Development of treatment for cognitively impaired users and results from a Stage 1 trial. *Psychol Addict Behav*. 2018 Nov;32(7):800-811. doi: 10.1037/adb0000398

23. I. R. De Oliveira, Ed., Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy. InTech, 2012. doi: 10.5772/1161

24. McHugh R.K., Hearon B.A., Otto M.W. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2010; Sep;33(3):511-25. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.012

25. Вовк В.І., Страшок О.О. Нейробіологічні та біохімічні механізми впливу алкоголю на центральну нервову систему та когнітивну діяльність людини // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2022. Вип. 20. С. 6 - 12. doi: 10.26565/2312-5675-2022-20-01

Brand M., Wegmann E., Stark R., Müller A., Wöfling K., Robbins T.W., Potenza M.N. The interaction of person-affect-cognition-execution (I-PACE) model for addictive behaviors: update, generalization to addictive behaviors beyond internet-use disorders, and specification of the process character of addictive behaviors. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019; 104:1-10.

Kathryn McHugh R., Hearon B., Otto M. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2010; 33(3):511-525.

Wiers C.E., Ludwig V.U., Gladwin T.E., Park S.Q., Heinz A., Wiers R.W., Rinck M., Lindenmeyer J., Walter H., Bermpohl F. Effects of cognitive bias modification training on neural signatures of alcohol approach tendencies in male alcohol-dependent patients. *Addict Biol*. 2015; 20(5):990-999.

Zilverstand A., Parvaz M., Moeller S., Goldstein R. Cognitive interventions for addiction medicine: understanding the underlying neurobiological mechanisms. *Prog Brain Res*. 2016; 224:285-304.

Lee A.K., Bobb J.F., Richards J.E., et al. Integrating Alcohol-Related Prevention and Treatment Into Primary Care: A Cluster Randomized Implementation Trial. *JAMA Intern Med*. 2023;183(4):319-328.

Kranzler H.R., Soyka M. Diagnosis and Pharmacotherapy of Alcohol Use Disorder: A Review. *JAMA*. 2018;320:815-824.

Humphreys G., Evans R., Makin H., Cooke R., Jones A. Identification of Behavior Change Techniques From Successful Web-Based Interventions Targeting Alcohol Consumption, Binge Eating, and Gambling: Systematic Review. *J. Med. Internet Res*. 2021;23:e22694.

Kiefer F., Mann K. Evidence-based treatment of alcoholism. *Nervenarzt*. 2007;78:1321-1329.

Chiesa A., Serretti A. Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Subst. Use Misuse*. 2014;49:492-512.

Aharonovich E., Hasin D.S., Nunes E.V., Stohl M., Cannizzaro D., Sarvet A., Bolla K., Carroll K.M., Genece K.G. Modified cognitive behavioral therapy (M-CBT) for cocaine dependence: Development of treatment for cognitively impaired users and results from a Stage 1 trial. *Psychol Addict Behav*. 2018 Nov; 32(7):800-811.

I. R. De Oliveira, Ed., Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy. InTech, 2012.

McHugh R.K., Hearon B.A., Otto M.W. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2010; Sep;33(3):511-25.

The article was received by the editors 15.04.2023

The article is recommended for printing 20.05.2023

Vovk V.I., Strashok O.O. Neurobiolohichni ta biokhimichni mekhanizmy vplyvu alkoholu na tsentralnu nervovu systemu ta kohnityvnu diialnist liudyny // *Psykhiatriia, nevrolohiia ta medychna psykholojiia.* 2022. Vyp. 20. S. 6 - 12.

POSSIBILITIES OF APPLICATION OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY TO ACHIEVE REMISSION IN ALCOHOL DEPENDENCE

Vovk Viktoriya

MD, PhD, Associate Professor of the Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, V. N. Karazin's Kharkiv National University, sq. Svobody, 4, Kharkiv, Ukraine, 61022

E-mail v.vovk@karazin.ua

phone number +380505937601

ORCID ID orcid.org/0000-0002-9547-8968

Strashok Oleg

MD, PhD, head of inpatient narcology department №3 of Communal Non-Profit Enterprise of the Kharkiv Regional Council "Regional Clinical Narcological Hospital" (Ukraine, Kharkiv), narcologist of the highest category, psychiatrist, psychotherapist.

E-mail: oastrashok@gmail.com

phone number +380509151105

ORCID ID orcid.org/0009-0004-4150-232X

Topicality. The problem of abuse of psychoactive substances and the search for effective means for its treatment remains an acute topic in modern psychiatry and narcology. To date, cognitive-behavioral therapy when applied to patients with alcohol addiction is one of the most promising methods of treatment. This method of treatment is aimed at preventing and minimizing relapse.

The purpose of this work was to study the possibilities of using cognitive-behavioral therapy to achieve remissions in alcohol addiction.

Materials and methods: modern literary scientific data were analyzed regarding the issues of indicators of the effectiveness of alcohol addiction treatment, understanding the concept of remission and its prognostic factors, the personality profile of addicted persons, and the direct application of cognitive-behavioral therapy to achieve remissions in alcohol addiction.

The results. The analysis of literature data showed that the duration, stability and quality of remissions are important for evaluating the effectiveness of alcohol addiction treatment. When a remission is established, such factors as the duration of anti-alcohol therapy, stress resistance, personality profile of the addict and supportive therapy are of prognostic value. Cognitive-behavioral theory views alcohol addiction as an inadequate way to cope with problems or needs. Cognitive-behavioral therapy for alcohol addiction uses a standard set of methods, educational coping strategies that take into account the identification and specificity of situations when coping is inconsistent, as well as training, modeling, role-playing and behavioral rehearsals. These methods are intended not only to increase the level of cognitive and behavioral coping, but also to facilitate the perception of external influences and improve adaptation in stressful situations. Learning coping skills to overcome their deficit, eliminating factors that can prevent overcoming a breakdown and ensuring their adequate application in practice is a necessary condition for the effective use of cognitive-behavioral therapy. The methods of this type of therapy make it possible to show the patient that social learning plays an important role in the development of rigid thinking and maladaptive behavior and are designed to develop and strengthen self-control.

Conclusions. Thus, the analysis of literary sources showed that cognitive-behavioral therapy for addicts is a short-term, structured method of psychotherapy aimed at developing the skills of controlling addictive behavior in patients with alcohol addiction in the conditions of forming and maintaining remission.

Key words: *alcohol dependence, cognitive-behavioral therapy, remission.*