

КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛІЗМ

COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY FOR PATIENTS WITH ALCOHOLISM

У статті представлено теоретичний аналіз застосування когнітивно-поведінкової терапії як ефективного методу подолання алкогольної залежності.

Зазначено, що алкоголізм є глобальною проблемою, яка впливає на фізичне здоров'я, психологічний стан і соціальне функціонування як залежної особи, так і її оточення. Також має суттєвий вплив на когнітивне функціонування. Проблема залежності має комплексний характер, що вимагає інтегрованого підходу до її вирішення.

Одним із ефективних підходів для подолання алкогольної залежності є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка спрямована на виявлення та зміну негативних думок і поведінкових моделей.

Мета статті полягає в теоретичному аналізі застосування когнітивно-поведінкової терапії під час подолання алкогольної залежності.

Установлено, що в основі когнітивно-поведінкової терапії лежить кілька ключових принципів, а саме: когнітивний, поведінковий, принцип інтерактивної системи, робота з підтримуючими процесами, континуум психічної патології та емпіричність.

КПТ акцентує увагу на ідентифікації та корекції спотворених когніцій, які підтримують залежність. Зокрема, виділено три рівні когніцій: негативні автоматичні думки, проміжні переконання (правила життя) і глибокі переконання. Основна мета КПТ полягає у відновленні контролю над поведінкою пацієнтів, а також у зменшенні або усуненні залежності від алкоголю.

Терапія надає структуровані, науково обґрунтовані інструменти для роботи з психологічними, емоційними й поведінковими аспектами, сприяючи усуненню дезадаптивних моделей мислення та поведінки. Багаторівневий підхід КПТ включає виявлення й модифікацію подразників, розвиток копінг-механізмів і запобігання рецидивам.

Серед основних технік КПТ охарактеризовано функціональний аналіз, тренінг навичок, когнітивну реструктуризацію, профілактику рецидивів, а також використання інструментів, таких як матриця плюсів-недоліків 2x2, техніка відкладення дій і картки конфронтації. Ці методи спрямовані на розвиток адаптивних моделей поведінки, формування стійкості до стресу та зменшення ризику рецидиву.

Ключові слова: *алкоголізм, когнітивно-поведінкова терапія, функціональний аналіз, самоконтроль, профілактика рецидивів, когнітивна реструктуризація, тренінг навичок.*

The article presents a theoretical analysis of the use of cognitive behavioral therapy as an effective method of treating alcohol dependence. It is noted that alcoholism is a global problem that affects the physical health, psychological state and social functioning of both the addicted person and his/her environment. It also significantly affects cognitive functioning. The problem of addiction is complex, requiring an integrated approach to its solution.

One of the most effective approaches to treating alcohol addiction is cognitive behavioral therapy (CBT). This method is aimed at identifying and changing negative thoughts and behavioral patterns that support alcohol dependence.

The purpose of the article is to theoretically analyze the use of cognitive behavioral therapy in the treatment of alcohol dependence.

It has been established that cognitive behavioral therapy is based on several key principles, namely: cognitive, behavioral, interactive system principle, work with supporting processes, continuum of mental pathology and empiricism.

CBT considers distorted or irrational thought patterns as key factors that support alcohol dependence. In particular, there are three levels of cognitions: negative automatic thoughts, intermediate beliefs (rules of life), and deep beliefs. The main goal of CBT is to regain control over patients' behavior and to reduce or eliminate alcohol dependence.

The therapy provides structured, evidence-based tools for working with psychological, emotional, and behavioral aspects, helping to eliminate maladaptive patterns of thinking and behavior. The multilevel approach of CBT includes identifying and modifying triggers, developing coping mechanisms, and preventing relapse.

Among the main techniques of CBT are functional analysis, skills training, cognitive restructuring, relapse prevention, and the use of tools such as the 2x2 advantage-disadvantage matrix, the delayed action technique, and confrontation cards. These methods are aimed at developing adaptive behavioral patterns, building stress resistance and reducing the risk of relapse.

Key words: *alcoholism, cognitive behavioral therapy, functional analysis, self-control, relapse prevention, cognitive restructuring, skills training.*

УДК 615.851:[615.015.6:613.81]
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.71.31>

Козира П. В.

к.психол.н.,
доцент кафедри практичної психології
Львівський державний університет
внутрішніх справ

Шаталова А. О.

студентка
Львівський державний університет
внутрішніх справ

Алкоголізм є серйозною проблемою, яка впливає на громадське здоров'я, соціальну стабільність та економічний стан суспільства, спричиняючи серйозні фізичні, психологічні й соціальні порушення, що ускладнюють життя не лише самої людини, а і її оточення. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), щорічно кількість смертей, пов'язаних з алкоголем, становить 3 мільйони, це 5,3% від усіх смертей у всьому світі. Це робить споживання алкоголю більш значним фактором смертності, ніж ВІЛ/СНІД, туберкульоз чи насильство [17].

Алкоголь також суттєво впливає на когнітивне функціонування: знижується точність уваги, упо-

вільнюється реагування й погіршується епізодична пам'ять [1, с. 5]. Такі наслідки можуть спричинити серйозні проблеми в професійній діяльності, навчанні та повсякденному житті.

На суспільному рівні алкоголізм сприяє зростанню рівня домашнього насильства, руйнуванню сімей і нехтуванню обов'язками щодо дітей. Окрім того, уживання алкоголю може сприяти міжпоколінній передачі залежності, створюючи цикл, який важко розірвати [9, с. 35].

Одним із ефективніших підходів для подолання алкогольної залежності є когнітивно-поведінкова терапія (далі – КПТ), яка спрямована на виявлення

та зміну негативних думок і поведінкових моделей. КПТ допомагає пацієнтам розвивати навички подолання стресу, запобігати рецидивам і покращувати загальний психічний стан. Наукові дослідження підтверджують, що використання КПТ значно зменшує частоту вживання алкоголю й підвищує шанси на тривалу ремісію [8, с. 107; 11, с. 241].

Серед провідних дослідників, які вивчали КПТ як метод подолання алкогольної залежності, варто відзначити В. Вовк [1], А. Бек [3], Р. Кадден [7], В. Клейкам [10], М. Магілл [12] та інших. Незважаючи на досягнення в лікуванні алкогольної залежності, ефективність КПТ потребує подальшого глибокого й усебічного дослідження для оптимізації її застосування та підвищення результативності.

Мета статті полягає в теоретичному аналізі застосування когнітивно-поведінкової терапії під час подолання алкогольної залежності.

КПТ залежності від алкоголю є короткостроковим, структурованим методом психотерапії, спрямованим на розвиток навичок контролю над адиктивною поведінкою в пацієнтів із залежністю, з метою формування й підтримання ремісії [10, с. 252].

В основі КПТ лежить кілька ключових принципів, які забезпечують її ефективність і наукову обґрунтованість, а саме [3, с. 12]:

1. Когнітивний принцип базується на припущенні, що емоційні стани й поведінка людини є наслідком її думок і переконань. У рамках КПТ пацієнтів навчають ідентифікувати негативні або ірраціональні думки, що призводять до дисфункціональної поведінки, і замінювати їх більш раціональними й конструктивними.

2. Поведінковий принцип зосереджений на аналізі й корекції поведінки пацієнта. КПТ передбачає активну роботу з поведінковими патернами, які сприяють збереженню проблем. Пацієнтів навчають нових моделей поведінки, які сприяють адаптації до стресу, вирішенню проблем і покращенню якості життя.

3. Принцип інтерактивної системи розглядає людину як частину інтерактивної системи, де когнітивні, емоційні й поведінкові компоненти взаємодіють між собою.

4. Принцип роботи з підтримуючими процесами спрямований на виявлення й модифікацію процесів, які підтримують проблемну поведінку або стан пацієнта. Наприклад, терапевт працює з факторами, що сприяють тривожності, залежності чи депресії, забезпечуючи їх нейтралізацію та заміну на більш корисні механізми.

5. Принцип континууму психічної патології базується на розумінні, що психічна патологія не є чітко визначеним станом, а знаходиться на континуумі між нормальною та дисфункціональною поведінкою.

6. Принцип емпіричності базується на емпіричних даних і клінічних дослідженнях. Терапія має чіткі, структуровані протоколи, які перевіряються й удосконалюються через регулярні наукові дослідження.

КПТ стверджує, що спотворені або ірраціональні моделі мислення є ключовими чинниками, які підтримують залежність. У пацієнтів із проблемами вживання алкоголю ці когніції часто проявляються у вигляді негативних переконань або автоматичних думок, наприклад: «Мені потрібен алкоголь, щоб упоратися зі стресом», «Я не можу спілкуватися без алкоголю». Такі думки створюють внутрішній цикл, у якому дезадаптивне мислення посилює залежність, впливаючи на емоції та поведінку. У когнітивно-поведінковій терапії виділяють три основні рівні когніцій, кожен із яких відіграє важливу роль у формуванні поведінки й емоцій [3, с. 20].

Негативні автоматичні думки – це швидкі, спонтанні думки чи образи, які виникають у відповідь на певні події або ситуації. Їх називають «негативними», оскільки вони провокують емоційні стани, такі як пригнічення, тривога, роздратування чи гнів, і часто сприяють дисфункційній поведінці. Вони є «автоматичними», оскільки виникають поза свідомим контролем або бажанням людини. Наприклад, у людини із залежністю в ситуації стресу може виникнути автоматична думка: «Зараз вип'ю, і мені стане легше». Такі думки часто є рушійною силою негативної поведінки, що посилює проблему залежності.

Проміжні переконання (правила життя) і когнітивні упередження. Проміжні переконання – це складніші когнітивні утворення у формі настанов або правил, яких людина дотримується в житті. Наприклад: «Щоб тебе поважали, треба завжди працювати на межі можливостей». Такі переконання формуються протягом життя як спосіб адаптації до середовища. Проблеми виникають, коли ці правила стають неефективними або від початку є дисфункційними.

Когнітивні упередження – це систематичні помилки в мисленні, які виникають через стереотипні, шаблонні моделі сприйняття. Наприклад, хтось може перебільшувати негативні аспекти ситуації або, навпаки, недооцінювати позитивні. Це можуть бути такі когнітивні викривлення: «чорно-біле мислення», «катастрофізація». Деякі із цих викривлень можуть виконувати адаптивну функцію, допомагаючи швидше приймати рішення, але в умовах залежності чи стресу вони здатні погіршувати ситуацію.

Глибинні переконання – це найглибші когнітивні структури, які формуються ще в дитинстві та визначають базові уявлення людини про себе, світ і навколишніх. Вони зазвичай мають узагальнену, категоричну форму, наприклад: «Я – погана людина», «Світ – небезпечний і ворожий». Такі переконання часто кореняться в травматичних подіях дитинства, занедбанні або досвіді відторгнення. У людей із залежністю подібні переконання є особливо поширеними й часто проявляються у формі глибокого почуття власної нікчемності чи непотрібності: «Я не маю жодної цінності в цьому житті». Доступ до глибинних переконань зазвичай

ускладнений, але на початкових етапах терапії це не є пріоритетом. Проте їх розуміння може бути важливим для глибшої роботи, особливо в разі тривалих залежностей чи серйозних травм.

Тому основна мета КПТ під час подолання розладу полягає в тому, щоб дати людям можливість відновити контроль над своєю поведінкою та зменшити або усунути залежність від алкоголю.

КПТ пропонує структуровані й науково обґрунтовані інструменти для роботи з психологічними, емоційними та поведінковими аспектами, що сприяють уживанню алкоголю. Вона має багаторівневий підхід, спрямований на усунення дезадаптивних моделей мислення та поведінки, які підтримують залежність, тому терапія спрямована на таке:

1. Виявлення й модифікація подразників. Подразники – це конкретні ситуації, емоції або думки, які змушують людей уживати алкоголь. Наприклад, стрес, соціальні зустрічі або негативні емоції можуть діяти як стимули, що спонукають до вживання алкоголю. КПТ має на меті допомогти людям розпізнати ці подразники та зрозуміти їхню роль у продовженні циклу залежності [15, с. 3].

2. Розвиток копінг-механізмів. Ключовим напрямком КПТ є надання пацієнтам більш здорових стратегій для подолання стресових факторів і потягу. Це включає тренування релаксації, поведінкову активацію, навички вирішення проблем. Розвиток цих навичок сприяє підвищенню стійкості пацієнтів до стресових ситуацій і знижує ризик рецидиву, забезпечуючи більш здорові способи реагування на життєві виклики [14, с. 408].

КПТ пропонує низку ефективних технік для подолання алкогольної залежності. Тому, розглянемо детальніше деякі з них.

1. Функціональний аналіз – це базова техніка КПТ, яка допомагає людям досліджувати взаємозв'язок між їхніми думками, емоціями й поведінкою, що призводить до вживання алкоголю. Процес передбачає вивчення ситуацій високого ризику:

- емоційні подразники (стрес або тривога);
- соціальна обстановка (вечірки або тиск з боку однолітків);
- когнітивні патерни («Мені потрібно випити, щоб розслабитися»).

Пацієнти й терапевти спільно визначають ці подразники, аналізують наслідки вживання алкоголю та виявляють закономірності, які увічнюють цикл залежності [13, с. 780].

2. Тренінг навичок озброює людей практичними інструментами для управління стресом, потягом і міжособистісними конфліктами, не вдаючись до алкоголю. Методики включають таке:

- управління стресом. Навчання вправ на релаксацію, таких як прогресивна м'язова релаксація та медитація усвідомленості;
- поведінкова активація. Заохочення участі в корисних діях (наприклад, фізичні вправи, хобі) для заміщення адиктивної поведінки;

– тренінг соціальних навичок. Він спрямований на розвиток у пацієнтів умінь ефективно взаємодіяти в соціальних ситуаціях, що знижує ризик рецидиву. Основні аспекти цього тренінгу включають розвиток асертивності, навички відмови, покращення комунікативних здібностей. Застосування тренінгу соціальних навичок у рамках КПТ сприяє підвищенню самооцінки пацієнтів, покращенню їхньої соціальної інтеграції та зниженню ймовірності повернення до вживання алкоголю.

Під час досліджень установлено, що пацієнти, які проходили навчання навичок на основі КПТ, збільшили кількість тверезих днів на 40 % і продемонстрували покращення емоційної регуляції [14, с. 400].

3. Когнітивна реструктуризація зосереджена на виявленні й модифікації спотворених або ірраціональних думок, які спонукають до вживання алкоголю. До поширених дезадаптивних переконань належать такі: «Мені потрібен алкоголь, щоб упоратися зі стресом», «Один напій не зашкодить», «Я не можу отримувати задоволення без алкоголю». Терапевти допомагають пацієнтам кинути виклик цим переконанням, надаючи докази й альтернативні точки зору, сприяючи більш здоровим когнітивним моделям.

М. Магілл та Л. А. Рей підкреслили, що когнітивна реструктуризація знижує частоту вживання алкоголю на 25–30%, особливо в осіб, які повідомляють про високий рівень стресу або тривоги [12, с. 517].

4. Профілактика рецидивів є наріжним каменем КПТ при алкоголізмі, наголошуючи на важливості довгострокових стратегій для підтримки тверезості. До ключових компонентів зараховують такі [4, с. 231]:

- подолання потягу. Пацієнти вчаться виявляти ранні попереджувальні ознаки рецидиву й розробляти плани дій (наприклад, дзвінок людині, яка надає підтримку, використання технік відволікання уваги);
- управління ситуаціями високого ризику є важливим компонентом КПТ. Одним із ключових методів у цьому напрямі є тренінги асертивності, які навчають пацієнтів упевнено й рішуче відмовлятися від пропозицій уживання алкоголю, особливо в соціальних ситуаціях. Ці тренінги включають рольові ігри та практичні вправи, що підвищують самооцінку й здатність протистояти соціальному тиску. Розвиток асертивних навичок допомагає пацієнтам зберігати тверезість, ефективно комунікувати й підтримувати здорові стосунки, що сприяє довготривалій ремісії та покращенню якості життя;
- самоконтроль. Пацієнтам рекомендується вести детальні записи своїх думок, емоцій та обставин, які спонукають до вживання алкоголю. Цей процес самоспостереження дає змогу виявити індивідуальні подразники й розробити ефективні стратегії для їх подолання. Ведення таких записів сприяє усвідомленню власних поведінкових патернів і дає можливість замінити деструктивні реакції на більш адаптивні та раціональні.

Клінічні дослідження К. Віткевіц продемонстрували, що методи профілактики рецидивів, інтегровані в КПТ, знижують частоту рецидивів на 38 % протягом 12 місяців порівняно зі стандартним лікуванням [16, с. 278].

5. Матриця плюсів-недоліків 2×2 допомагає пацієнтам оцінити позитивні й негативні аспекти як уживання алкоголю, так і тверезого способу життя. Заповнюючи матрицю, пацієнт може глибше усвідомити реальні ризики й вигоди, що сприяє прийняттю обґрунтованих рішень щодо свого здоров'я.

6. Відкладення дій. Коли виникає сильне бажання випити, пацієнту пропонується відкласти цю дію на певний час – спочатку на 5 хвилин, потім на 10 і більше. Цей підхід допомагає зменшити інтенсивність спонукання й надає час для обдумування наслідків.

7. Картки конфронтації. Пацієнт носить із собою картки з написаними твердженнями, які підтримують здоровий вибір, наприклад: «Моя тверезість важливіша за миттєве задоволення». У моменти спокуси ці картки слугують нагадуванням про важливість збереження тверезості [5, с. 9].

Техніки когнітивної терапії при алкоголізмі вимагають передусім зміцнення терапевтичного альянсу через емпатичне розуміння проблеми клієнта й безумовне прийняття. Цей альянс є фундаментом для ефективної роботи над зміною дезадаптивних поведінкових і когнітивних патернів, пов'язаних із залежністю. Це партнерство створює безпечний простір, де пацієнт може відкрито досліджувати свої думки й почуття, що сприяє виявленню та зміні дезадаптивних переконань і поведінки. Психолог допомагає пацієнту усвідомити внутрішні переживання й мотивації, які спонукали до вживання алкоголю, що є важливим кроком для підбору ефективних стратегій протистояння. Окрім того, терапевт аналізує власні реакції та переконання щодо пацієнта, використовуючи їх для поглиблення розуміння й подолання опору, що може виникати під час терапії. Цей процес сприяє розвитку адаптивних копінг-стратегій, таких як управління стресом, побудова здорових відносин і зміцнення самооцінки. Таким чином, психолог є фасилітатором змін, допомагаючи пацієнту розвивати навички саморефлексії та ефективного подолання труднощів на шляху до відновлення [7, с. 649].

Когнітивно-поведінкова терапія демонструє високу гнучкість і здатність гармонійно інтегруватися з іншими методами боротьби із залежністю, а саме: з програмою «12 кроків», груповою психотерапією, сімейними втручаннями, та фармакотерапією, що значно розширює її ефективність.

Зокрема, інтеграція КПТ з фармакотерапією сприяє досягненню стійких і довготривалих результатів у лікуванні. Медикаментозна терапія допомагає зменшити фізичні симптоми залежності, тоді як КПТ фокусується на психологічних аспектах, таких як модифікація дезадаптивних переконань і поведінкових патернів. Ця багатofункціональність

робить КПТ незамінним складником комплексного підходу до терапії та консультування [2, с. 24]. До її основних переваг можна зарахувати такі [4, с. 45; 6, с. 107]:

- стимулювання співпраці між пацієнтом і терапевтом. Такий підхід формує довіру, сприяє більшій мотивації та підвищує ефективність допомоги;
- активну роль пацієнта. КПТ вимагає від пацієнта не пасивного очікування змін, а активної роботи над собою;

- високу структурованість і цілеспрямованість, що дає змогу ефективно використовувати час терапії й досягати значущих результатів у короткі терміни;

- технологічний підхід до проблеми вживання психоактивних речовин. Пацієнтів навчають практичних навичок і стратегій, які допомагають зберігати стан утримання, розвиваючи адаптивні способи реагування на подразники та стресові ситуації;

- зміну уявлення про себе та своє майбутнє. Це сприяє формуванню більш позитивної самооцінки, зміцнює мотивацію до змін і підвищує якість життя.

Виходячи з вищевикладеного, можна зробити такі **висновки**:

- КПТ є ефективним і науково обґрунтованим методом допомоги в разі залежності, який активно застосовується в психотерапевтичній практиці;

- його структуровані методи, включаючи функціональний аналіз, тренування навичок, когнітивну реструктуризацію та профілактику рецидивів, спрямовані на вирішення основних причин алкогольної залежності й надають пацієнтам практичні інструменти для стійкого відновлення;

- КПТ ефективно поєднується з фармакотерапією, програмами «12 кроків», груповою терапією та іншими підходами, що дає змогу досягати стабільних і довготривалих результатів у боротьбі з алкогольною залежністю;

- сильними сторонами КПТ є стимулювання співпраці між терапевтом і пацієнтом, активна участь пацієнта в процесі відновлення, структурованість підходу й технологічність методів. Це забезпечує довготривалі результати й покращення якості життя пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА:

1. 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. № 20. С. 6–11.
2. Карачевський А. Подолати алкогольну залежність. Львів: Свічадо, 2016. 124 с.
3. Beck A.T., Haigh E.A. Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual review of clinical psychology*. 2014. Vol. 10. № 1. P. 1–24.
4. Dimidjian S., Hollon S.D., Dobson K.S., Schmaling K. B. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal*

of consulting and clinical psychology. 2006. Vol. 74. № 4. P. 658.

5. Hendershot C.S., Witkiewitz K., George W.H. Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*. 2011. Vol. 6. P. 1–17.

6. Huibers M. Group cognitive behavioural therapy reduces depression symptoms in older adults with depression compared with waiting list control. *Evidence-based mental health*. 2011. Vol. 14. № 4. P. 107.

7. Kadden R., Carroll K.M., Donovan D. Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence. Rockville, MD : National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1992. 1895 p.

8. Kalman D., Morissette S.B. Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *American journal on addictions*. 2005. Vol. 14. № 2. P. 106–123.

9. Kendler K.S., Ohlsson H., Sundquist J. Transmission of alcohol use disorder across three generations: a Swedish National Study. *Psychological Medicine*. 2018. Vol. 48. № 1. P. 33–42.

10. Kleykamp B.A., Vandrey R.G., Bigelow G.E. Effects of methadone plus alcohol on cognitive performance in methadone-maintained volunteers. *The*

American journal of drug and alcohol abuse. 2015. Vol. 41. № 3. P. 251–256.

11. Longabaugh R., Donovan D.M., Karno M.P. Active ingredients: how and why evidence-based alcohol behavioral treatment interventions work. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2005. Vol. 29. № 2. P. 235–247.

12. Magill M., Ray L.A. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2009. Vol. 70. № 4. P. 516–527.

13. Marlatt G.A. Harm reduction: Come as you are. *Addictive behaviors*. 1996. Vol. 21. № 6. P. 779–788.

14. Campbell S.D., Adamson S.J., Carter J.D. Client language during motivational enhancement therapy and alcohol use outcome. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2010. Vol. 38. № 4. P. 399–415.

15. Parks G.A., Marlatt G.A. Relapse prevention therapy: A cognitive-behavioral approach. *The National Psychologist*. 2000. Vol. 9. № 5. P. 3.

16. Witkiewitz K., Marlatt G.A. Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. *American Psychologist*. 2011. Vol. 66. № 4. P. 276–285.

17. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639> (дата звернення: 12.01.2025).