

Динамика ремиссий и противорецидивное лечение

- Ремиссии – это субклиническое, связывающее звено «аддиктивного» цикла (рецидив-ремиссия - рецидив), заканчивающееся в неблагоприятных условиях возобновлением алкогольной зависимости.
- Ремиссия – это затяжной синдром отказа с острой, насыщенной продуктивной симптоматикой проявления болезни.
- Ремиссия – это такой этап прогрессирующей болезни, при котором проявления болезни в значительной мере или полностью исчезают, но продолжают существовать в скрытой форме, будучи готовыми вновь проявиться при соответствующих условиях.

Выделяют следующие этапы становления ремиссии: (по Гальперину Г.А.)

- этап становления ремиссии (5-6 месяцев);
- этап неустойчивой ремиссии (1-2 года);
- этап стабильной ремиссии (3-5 лет);
- этап глубокой ремиссии (более 5 лет)

Формирование ремиссии начинается через 1-2 недели после последнего эксцесса.

Даже при умеренно выраженной интоксикации этот период насыщен «вредными последствиями интоксикации».

Отличительной особенностью данного этапа является **интенсивная личностная перестройка пациента, сущность которой заключается в формировании установки на трезвость.**

Данный этап характеризуется постепенным уменьшением последствий алкогольной интоксикации, происходит снижение уровня ПВА, в основном его аффективного компонента

Этап стабилизации ремиссии наступает после возвращения пациента в свою социальную семью и заключается в начальной реадaptации к окружающему уже на позиции трезвости. На этом этапе под воздействием психотравмирующих факторов, особенно в самом начале, может быть обострение ПА и тогда появляется желание решить проблему **«привычным способом»**. Особенностью психогенных расстройств является то, что психогенные расстройства сопровождаются чувством выраженного напряжения и борьбой мотивов: желанием снять напряжение с помощью алкоголя и установкой на трезвость.

Таким образом, на этапе ремиссии в значительной мере сохраняется возможность рецидива, что отражает недостаточность компенсаторных ресурсов пациента на клиническом, личностном, социальном уровне. На этом фоне риск рецидива увеличивается по истечении 10-12 месяцев после начала ремиссии (поздние кризы по H/Scolz). Клинически эта недостаточность проявляется в возобновлении или усилении аффективных расстройств, астенических проявлений.

Этап сформировавшейся ремиссии. На этом этапе исчезают аффективные нарушения, прежде всего, внутреннее напряжение. Нельзя забывать, что иногда улучшение психического и общесоматического статуса, стабилизация социального статуса парадоксально способствует снижению **«критического отношения»**, побуждая еще раз **«проверить себя»** или возобновить прием алкоголя на фоне уверенности **«в полном выздоровлении»**.

Выделяют два типа ремиссии:

- Компенсированный
- Субкомпенсированный

У большинства пациентов с первичными аффективными нарушениями отмечаются состояния, относимые в современной психиатрии к так называемым *«скрытым депрессиям»*. У них во время сформировавшейся ремиссии возникают и нередко принимают затяжной характер состояния пониженной работоспособности с потерей интереса к деятельности, появлением большого количества жалоб, поисками помощи у специалистов различных профилей.

Субкомпенсированные ремиссии наблюдаются преимущественно у пациентов с относительно ранним началом и сравнительно недоброкачественном течением заболевания, часто с наследственным неблагополучием, личностными и «патологическими» мотивами потребления алкоголя, характерологическими девиациями в преморбиде, отчетливыми изменениями личности по алкогольному типу.

Компенсированные ремиссии наблюдаются у пациентов с более доброкачественном течением заболевания, более поздним началом.

У большинства пациентов с первичными аффективными нарушениями отмечаются состояния, относимыми к **«скрытым депрессиям»** Во время ремиссии отмечались: потеря интереса к производственной деятельности, множества соматических жалоб, стойкая бессонница.

Ослабление компенсаторных механизмов ремиссии наблюдается даже при достаточно благоприятном течении ремиссий – через 4-6 месяцев, затем через 10-12 месяцев. В эти временные промежутка возникают эпизоды, проявляющиеся в возникновении и усилении астенических проявлений, аффективных нарушений и признаков ПВА.

- На этапе формирования ремиссии может быть использована техника **матрицы принятия решения**.
- Эта техника представляет собой запрограммированный в воображении рецидив и рассмотрение его последствий. Ситуация возникновения срыва и рецидива может быть проговорена или проиграна в ролевой игре с целью осознания того, что же действительно происходит и что может случиться дальше? Какие действия необходимо совершить, решения принять, что необходимо изменить?
- Использование данной техники — работа, требующая высокого мастерства, так как сопряжена с риском резки актуализации влечения и неуправляемости поведения пациента. Поэтому она должна проводиться преимущественно в группе с развитым высоким эмпатическим потенциалом, в ситуации взаимного доверия и поддержки, когда пациент имеет возможность отреагировать свои эмоции и получить “обратную связь” и поддержку.

Ситуации высокого риска рецидива

- Наиболее распространенной классификацией ситуаций высокого риска рецидива является классификация Gordon. В ней выделяются три основных вида ситуаций.
- **1. Негативные эмоциональные состояния** (гнев, фрустрация, тревога и депрессия, связанные с интраперсональными конфликтами и/или реакцией на социальные стрессоры).
- **2. Интерперсональные конфликты** (конфликты со значимыми другими, членами семьи, друзьями,).
- **3. Социальное давление** (направленное прямо — предложение употребить наркотик, выпить или косвенно — пребывание в компании наркотизирующихся или алкоголизирующихся лиц).
Впоследствии перечень классов ситуаций риска был несколько расширен и в настоящее время традиционно представляется следующим образом.

■ **Интраперсональные детерминанты:**

- негативные эмоциональные состояния (депрессия, фрустрация, тревога, гнев);
- негативные физические состояния (усталость, разбитость, болезнь, физическое состояние, сходное с абстиненцией)
- позитивные эмоциональные состояния (внезапная радость, восторг, подъем, предвкушение успеха, приятного события);
- проверка собственного контроля (“Смогу ли контролировать дозу ПАВ. если снова, всего лишь раз, его употреблю?” или “Ничего страшного. Я — сильный человек. Это я себе и другим уже доказал, прекратив употребление наркотиков. Теперь я смогу спокойно контролировать их употребление как захочу”).
- Сильная тяга и искушение.

Интерперсональные детерминанты:

- Интерперсональные конфликт;
- социальное давление;
- позитивные эмоциональные ситуации, связанные с межличностным общением.

Суммарная модель динамики и профилактики срыва

- На основании суммарной модели профилактики срыва Т. Gorski разработана модель терапии профилактики .
- **Цели и задачи модели**
Модель имеет 5 целей.
 1. Восстановление и/или формирование общего (глобального) жизненного стиля, препятствующего рецидиву. Развитие комплексного самовосприятия собственной жизни, зависимости и истории срыва (или срывов).
 2. Разработка личного списка признаков угрожающего рецидива, в котором должны прослеживаться логика формирования срыва и причины перехода от стабильного выздоровления к срыву.
 3. Формирование и развитие стратегий управления симптомами рецидива (стратегий преодоления симптомов рецидива).
 4. Развитие и структурирование программы выздоровления, направленной на формирование самоидентификации пациента и критическое управление признаками рецидива.
 5. Развитие плана ранней профилактики рецидива, который будет воплощаться в жизнь пациентом и его значимыми другими лицами шаг за шагом для предотвращения возврата к употреблению алкоголя или других наркотиков

- Этот метод основан на принципах когнитивной, аффективной, поведенческой и социальной терапии и состоит из пяти первичных компонентов:
 - 1) оценка;
 - 2) определение признаков нарушения процесса идентификации;
 - 3) определение стратегий управления рецидивом;
 - 4) Планирование выздоровления;
 - 5) Тренинг профилактики рецидивов.Основные психические сферы, в которых проводится работа: 1) мышление (когнитивная), 2) сфера чувств (аффективная), 3) действия (поведенческая).

- Основные социальные сферы: 1) работа, 2) друзья, 3) интимные взаимоотношения.
Главная цель — помочь пациенту наладить функционирование с каждой из этих сфер.
Изменения данной модели, — нормальная и необходимая часть жизни, но и главная причина стресса.
- Изменение легко может вызвать реакцию, которая выбросит человека из процесса выздоровления в динамику срыва, если человек не отдает себе отчета в происходящем или не готов справиться с этим.
Имеется обычная последовательность изменений, которая часто запускает динамику срыва. Она начинается с изменения установок, в частности, отношения необходимости следовать программе выздоровления, к переходу к изменениям поведения и изменениям структуры жизни, которые мешают продолжать программу выздоровления.

- **Главный компонент профилактики** — обучение пациентов распознаванию предвестников срыва, которые появились в их жизни .

Динамика разворачивающегося срыва складывается из следующих последовательностей жизненных изменений.

- Внешнее событие, которое заставляет пациента менять распорядок дня и таким образом усиливает стресс и запускает внутренние изменения установки.
- Стресс возрастает. Зависимый человек имеет к стрессу низкую толерантность.
- Происходит реактивация защитной стратегии отрицания. Когда уровень стресса нарастает и становится критическим, появляется тенденция отрицать присутствие чрезмерного стресса и вновь включать механизмы отрицания, сопровождающего болезнь. Когда отрицается стресс, включаются другие, связанные с отрицанием мыслительные процессы.

-

-

- • Нарастающий стресс усиливает **постабстинентный** синдром.
- По мере того, как усиливаются его симптомы, проявляющиеся в мышлении, эмоциях, памяти, уровень стресса еще повышается.
 - Пациент начинает вести себя иначе, чем раньше. Его поведение отражает нарастающий стресс.
 - Изменение поведения влечет изменение отношений с людьми. Следует разрыв социальных связей.
 - Структура жизни начинает рушиться. Планы выздоровления заброшены. Ежедневные привычки и режим дня изменены.
 - Недостаток структурированности, поддержки со стороны других людей и усиливающийся постабстинентный синдром приводят к замешательству, беспорядку и неспособности решать проблемы и принимать решения. Происходит **“потеря здравомыслия”**.

- Следующий шаг — это потеря контроля над своими мыслями и поведением.
- Человек перестает совершать разумные выборы и не способен прервать или изменить свои действия.
 - Зависимый человек приходит к убеждению, что он больше не может контролировать свою жизнь и начинает верить в то, что единственным доступным выходом для него является физический или эмоциональный коллапс, самоубийство или употребление ПАВ.
 - Он возвращается к употреблению наркотика или алкоголя, у него может развиваться психосоматическая болезнь, серьезное нарушение психики, он может совершить самоубийство или стать подверженным несчастным случаям.

Планирование профилактики срыва

- Результат успешного планирования профилактики средства — это человек, который больше не употребляет наркотиков и алкоголя, чувствует себя комфортно в трезвости и знает о своих симптомах — предвестниках срыва, имеет план действий для прерывания этих симптомов при их появлении и список своих проблем для прохождения курса консультирования.

Планирование профилактики срыва состоит из следующих шагов:

- стабилизация,
- оценка,
- обучение пациента,
- • определение предвестников срыва.
- пересмотр программы выздоровления,
- обучение инвентаризации,
- • прерывание динамики срыва,
- • вовлечение значимых людей,
- Последовательное выполнение и подкрепление

Терапевтический срыв

- это срыв, который увеличивает шансы на выздоровление. Он обычно бывает коротким. конечный результат заключается в том, что пациент понимает тот неопровержимый факт, что он — зависимый человек и не может употреблять ПАВ. Он определяет истоки своего срыва, которые он, вероятно, не смог бы определить, не имея научающего опыта.
Стабилизируя пациента после терапевтического срыва важно оценить вместе с ним понесенный ущерб. Пациент склонен преувеличивать ущерб и часто убежден, что срыв обесценил его работу по выздоровлению.
- Лечащий персонал должен помочь ему преодолеть ошибочные убеждения. Пациент уже достиг многих позитивных результатов. Срыв в действительности был шагом на пути роста. Пациент пойдет дальше с ускорением. Важно разработать план для содействия пациенту в работе с его чувствами (смущение, беспомощность, замешательство, вина, желание самоизоляции). Как только пациент стабилизируется, он должен продумать структурированный план поддержкою выздоровления на период от 3 до 5 месяцев.

Нетерапевтический срыв

- это срыв, затрудняющий выздоровление.
- Он длится так долго, что прежние болезненные симптомы, привычки и стиль мышления не только возвращаются, но и усиливаются. Это также может быть короткий срыв, который нанес серьезный ущерб физическому здоровью, мыслительным и эмоциональным процессам, социальным связям и способности пациента регулировать свое поведение. Такой срыв имеет очень серьезные последствия. Если он диагностирован, часто бывает необходимым планировать начальную стабилизацию так, если бы это было первое обращение пациента к лечению. Пациент должен быть достаточно стабилен, чтобы понимать лечебные планы и извлекать из них пользу для себя.

- После окончания *стабилизации* необходимо провести тщательную **оценку**.
- Нужно оценить: Имеющиеся проблемы.
- Терапевт фактически завершает первую фазу лечения, на которой выполняются задачи, связанные с *мотивационным кризисом*. Пациент должен прийти к пониманию подлинной сущности этого кризиса, который возник в результате срыва, и подлинной сущности тех осложнений, которые активизировали динамику срыва.
 - Текущая динамика срыва. В оценке этой ситуации решающее значение имеет подробное исследование пациентом точной последовательности событий, которые разворачивались до срыва. Это — очень трудный процесс, потому что именно в этот период возникают симптомы-предвестники срыва. **Активация симптомов-предвестников — это неосознаваемый процесс. В результате у пациента есть “белые пятна”, или “провалы в памяти”, относящиеся к периоду между началом абстиненции и возвращением к пьянству. С помощью интервьюирования и прямых вопросов можно заставить пациента извлечь на поверхность и реконструировать те события, которые он осознает.**

- История срыва. Оценка этой ситуации проводится, чтобы определить, есть ли у пациента прогресс в лечении в целом или эффективность лечения постоянно уменьшается.
- Срыв — это не всегда знак неудачного лечения. Если история пациента включает удлинение периодов трезвости, за которыми следуют **срывы все меньшей продолжительности и с меньшими негативными последствиями**, то пациент фактически находится в процессе выздоровления. Важно определить, что показывает история срывов — улучшение или ухудшение.
 - Уровень завершенности лечения. При оценке этого вопроса фазы развития выздоровления используются как пугеводитель, помогающий пациенту исследовать свой предшествующий прогресс в лечении.
 - Факторы, осложняющие выздоровление. Оценка их достигается при рассмотрении вместе с пациентом.
 - Личностный стиль пациента — способ реагирования на трезвость (крайне зависимый, крайне независимый, скрытый и зависимый и функционально зависимый).далее автором предлагается процесс обучения пациента, который воздействует преимущественно на когнитивную сферу. Модель обучения включает подробнейшую информацию, которую пациенту необходимо знать о срыве, а также обзор программы дальнейшего выздоровления.

Прерывание динамика срыва



При прерывании динамики срыва пациент должен осознать присутствие предвестников срыва и предпринять действия по их устранению. для этого он должен использовать принцип проблемразрешающего процесса, а именно:

- • идентифицировать (определить) проблему,
- • прояснить (исследовать) ее,
- • определить альтернативные варианты ее разрешения.
- • определить вероятные последствия каждой из альтернатив,
 - принять решение,
 - выполнить решение,
 - довести действие до конца и оценить его результат.

КОМАНДЫ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

- Важнейшим шагом в прерывании динамики срыва является вовлечение значимых других и создания вместе с ними “команды выздоровления” — действенной социальноподдерживающей пациента сети. Успешная работа по профилактике рецидива имеет свое завершение и подкрепление. для этого необходимо разработать дальнейший план предотвращения срыва совместно с планом выздоровления, используя при этом работу в лечебной субкультуре (группы АА, ?ЧА); объединить планирование профилактики срыва с продолжающимся лечением пациента и его семьи объединить планирование профилактики срыва с планом поддержания трезвости.

Мишени воздействия ПТ:

	Фокус лечения	Основные нарушения	Основная цель	Методы / лечение модель
	Симптом или синдром. «-» -нестойкий и ограниченный. «+» -быстрота и простота.	Симптомоцентрированная - ПВА	Выработка отвращения	- ЭСТ по Рожнову -поведенческая (УРТ) -суггестивные приемы
	Болезнь чем > утверждение, тем >сопротивление. В ст.псих. зависимости они оправдывают употребление ПАВ, в ст физ.зависимости они защищают свое употребление ПАВ.	Нозоцентрированная терапия – алкогольная анозогнозия	Преодоление психологической защиты	Рационально-когнитивная ПТ преподаватель-ученик; авторитарный учебный союз.
	Личность -проекция – «все пьют» -интроекция –« кто не пьет, тот не м.» -ретрофлексия – «мышечные зажимы»	Личностно центрированная терапия - нарушена система мотивации, отношений	Формирование установки на трезвость	Личностно – ориентированная реконструктивная Мед. модель: врач-пациент; авторитарная, терапевтический союз
	Болезнь семьи: Алкоголизм – болезнь семейная, при этом нарушается структура отношений в семье.	Семейно центрированная терапия. Нарушения межличностных взаимоотношений	Изменяя алкогольных стереотипов, отношений	Семейная ПТ Общение двух равных людей. Человеческий союз.

Методы лечения алкоголизма

1. С внутренней мотивацией (когда есть личностная установка)
 - встреча с бывшими больными
 - ГПТ
 - индивидуальная ПТ
 - Шичко
2. С внешней мотивацией - (когда нет личностной установки)
 - кодирование
 - системная интервенция
 - акупунктурное программирование
3. Другие
 - ПТ жен
 - социальные тренинги
 - клубы АА
 - ТТС

- Выделяются критерии отбора больных на ПТ по каждому методу обследования.
- В группу включаются больные с различными характерологическими радикалами, но не достигающими в своей выраженности степени психопатии.
- Больные должны обладать достаточно сохранными интеллектуально-мнестическими функциями. Изучение интеллекта необходимо для решения принципиального вопроса направления на группу. Лица с низким интеллектом исключаются из групповой ПТ. Обычно они не справляются с психологическими тестами, адресованными иным психическим функциям. В частности, на групповую ПТ берутся больные, справившиеся с тестом ММРІ, являющимся т. о. психологическим скринингом [Калачев Б. П., 1980].

- Психологическое исследование преследует цель не только скрининга, но и **выявления** особенностей **переживаний** больных.
- Изучаются мотивы потребления алкоголя, их диагностика осуществляется с помощью методики Завьялова [1988] и Келли [Даренский И. Д., 1996], реализуемые и познаваемые в виде шагов внутриличностной динамики.
- Перед усилиями по коррекции переживаний больных необходимо выявить их у больных. Полученная таким образом информация используется на сеансах. Группа, как правило, состоит из 7 человек.
- При составлении группы **учитываются черты характера** пациентов. Включается только один пациент с выраженными истеро-возбудимыми чертами. Из-за особенностей своего характера он выступает как катализатор терапевтического процесса. Большое число пациентов с такими чертами недопустимо, т. к. между этими людьми неизбежны brutальные конфликты, мешающие проведению занятий. Участникам излагаются правила поведения на занятии.

- **Тактика проведения сеансов ПТ** предусматривает, что терапевт не выступает в роли ментора или наставника, не читает лекций, избегает монологов и старается вообще меньше говорить.
- Чтение лекций сопровождается снижением внимания пациентов, и большая часть суждений не доходит до пациентов.
- Внушение правильных с точки зрения терапевта представлений может оказаться ошибочным, а сами суждения спорными или не доказанными. Поэтому дается возможность самим пациентам все это сказать и провести дискуссию по обсуждаемым вопросам.
- Темы разбираются самими пациентами при помощи терапевта, который выступает в роли лаборанта, направляющего дискуссию.

- **Психотерапевтические методики**, используемые при групповой рациональной ПТ, отличаются разнообразием и, вместе с тем, являются традиционными.
- Методика **презентации** подразумевает самопредставление каждого из участников во время сеанса.
Методика "**психотерапевтическое зеркало**" состоит в том, что пациенту представляется возможность использовать сеанс групповой ПТ как психологическое зеркало, в котором он может рассмотреть свой психологический облик и услышать представления о нем, сложившиеся у участников занятий.
- Методика используется как разминка и как промежуточный, связующий прием. Содержание приема в том, что терапевт только что собранной группе предлагает оценить кого-нибудь из присутствующих, высказать первое впечатление о нем, дать характеристику одному из участников по тому впечатлению, которое он производит на окружающих. Прием преследует цель разминки перед основной частью занятия, развития наблюдательности и рефлексии участников, научения пациентов поведению на сеансе ПТ.

- В методике "анонимное обсуждение" используются истории болезни, без указания данных о пациенте, зачитываемые на сеансе групповой ПТ. Зная подоплеку каждого из присутствующих, врач вкрапливает эти сведения в читаемую историю. Либо сочиняется история болезни с типичными сведениями о больных алкоголизмом и описанием собирательного образа больного. Присутствующим предлагается провести анализ описания поведения предполагаемого человека.

- Сеанс проводится ежедневно 4 раза в неделю с 10 часов и длится полтора часа. Основное время занимает дискуссия по наркологическим вопросам.
- Структура отдельного сеанса включает различные виды ПТ обычно в следующей последовательности: рациональная, гуманистическая и суггестивная. Длительность каждой части сеанса 30 минут.
- В конце занятия врач подводит итоги и определяет степень решенности поставленных задач. В конце занятия больные взволнованы после обсуждения значимых для него тем.
- С учетом этого в конце занятия проводится аутогенная тренировка. В заключение сеанса проводится **аутогенная тренировка** с использованием релаксирующей музыки. Очередную дозу седативных средств, положенную по схеме лечения, получает больной сразу после занятия. Преследуется цель научить больного приемам саморегуляции и для снятия психического напряжения и раздражения.

- Существует **курсовой** тематический или структурный **план** занятий групповой РП больных алкоголизмом. План включает тему психотерапевтического занятия, а также шаги внутриличностной динамики или суждение, к которому должен прийти больной по окончании занятия. Шаги внутриличностной динамики при реализации психотерапевтической программы РП как минимум должны соответствовать пунктам терапевтического плана. Из перечня психотерапевтических задач вытекает последовательность внутриличностной психотерапевтической динамики пациентов или шаги, которые должен совершить больной в процессе выполнения психотерапевтической программы РП по аналогии с психотерапевтической программой "Анонимных Алкоголиков", регламентирующей 12 шагов внутриличностных изменений и их последовательность, которые осуществляются участниками в ходе выполнения программы [Джонсон В., 2000].

- Цель занятия считается достигнутой, если больной приходит к следующему убеждению: "Мне нужны не только таблетки для лечения наркологического заболевания, но и психологическая помощь. Сеансы предназначены для понимания мною проблем, связанных с болезнью. Мне подходит такая форма психологической помощи, и я готов участвовать и далее в групповых занятиях". Для больных наркоманией используется совершенно другой, по сути, план

- План лечения и, в частности, план РП предусматривает **решение ограниченного числа задач**, того, что врач хочет достичь в своей работе с больными.
- Внедрение в сознание пациентов указанных суждений является сложной и длительной работой. Темы развиваются медленно и могут реализовываться на нескольких занятиях. На решение этих скромных задач нужен месяц и более напряженной работы.
- Полное осуществление плана, большое количество сеансов и весь перечень тем нельзя воплотить за время лечения больного в стационаре. За этот короткий период реализуется только основная часть плана.

- При выполнении плана задач тщательно **диагностируется** наличие нерешенных, а также **решенность** тех, которые больной или сам врач при поверхностном взгляде считают завершенными.
- Нельзя пропускать очередные психотерапевтические задачи только на том основании, что больной уверяет врача в том, что они решены или не нуждаются в решении: "Я прекрасно понимаю, что болен алкоголизмом, и не надо меня в этом убеждать".
Мотивы выписки больного из стационара различны (семейные обстоятельства, окончание медикаментозной программы).
- Мотив посещения сеансов не является главным при решении вопроса о длительности пребывания в стационаре. Часто больные выписываются из стационара, не завершив психотерапевтический план. В случае незавершенности психотерапевтического плана неразумно оценивать эффективность лечения.

- Имеется определенная **последовательность** психотерапевтического манипулирования, **этапов** психотерапевтического **процесса**, взаимодействия врач-пациент в группе или групповая динамика. Выделяют такие этапы как подготовительный, присоединения, выявления проблем, конфронтации, консолидации и рабочий. Для успешного выполнения план работы должен соответствовать этапам групповой динамики.

- **Клинические ролевые игры.**

В методиках ПТ обычно мало внимания уделяется описанию непосредственных техник исполнения. Выгодно отличается от них психодрама (ПД), в которой **технической стороне** терапии **уделяется большее внимание**, чем сложному теоретическому толкованию действий и переживаний пациентов. Уклон в сторону техники исполнения является преимуществом и позволяет использовать элементы психодрамы при других видах ПТ. Основное отличие положения протагониста (П), т. е. лица выполняющего психодраматическое действие, и игры актера в театре состоит в отсутствии заранее написанного сценария и наличии полной импровизации. Сценарий формируется непосредственно во время ПД действия соответственно переживаниям самого пациента и целям лечения.

- Клинические **ролевые игры (РИ)** являются одной из форм психодрамы наравне с социодрамой и ролевым тренингом (РТ).
- В РИ используется меньшая спонтанность П с предоставлением ему готовой мизансцены, в которой он проявляет словесную импровизацию, но на заданную тему. Клинические РИ - это психодрама на заданную тему, содержащая готовые сюжеты и цели. РИ исследуют общие проблемы и типичные роли, в то время как психодрама - индивидуальные проблемы. В РИ исследование конфликтов П и его переживаний, поиск эффективных путей разрешения ситуаций осуществляется непосредственно в ходе групповых РИ при меньшем руководящем значении режиссера [Блатнер Г. А., 1993]. Вместе с тем, при использовании РИ у наркологических больных роль ведущего бывает весьма своеобразна и связана с непосредственным участием в РИ. На практике бывает проблематично найти столь компетентных ВЛ, которые бы так успешно справлялись со вспомогательной ролью как врач-нарколог. Благодаря ориентации на решение конкретных жизненных ситуаций, а также преимущественное вовлечение первой сигнальной системы, т. е. конкретно-образного мышления, живого восприятия и участия моторики РИ понятны и доступны наркологическим больным. Преморбидные свойства, тем более наступающее в течение болезни

- **В пьющей компании проводятся РИ**, имеющие, в частности, психотерапевтическое значение для участников, повышающие их микросоциальную адаптацию. РИ разыгрываются пациентами и в наркологическом стационаре при неформальном общении между собой вне психотерапевтических занятий.
- Больным создается неугрожающая атмосфера, гарантирована неприкосновенность личности и исключается обособление кого-либо из членов группы. Отсюда видно, как важно при оказании наркологической помощи предложить больным клинические РИ, несущие терапевтическое значение. Но предложение участвовать в РИ в условиях группы больные сначала встречают отказом. Во многом зависит от терапевта как быстро и успешно он сможет вовлечь больных в РИ. Этому начальному разделу работы уделяется специальное внимание в разделе составления сценариев.

- ПД преследует **цель** не передачи бесстрастной информации и усвоения ее пациентом, а **выявления чувств**, доведения напряжения чувств до драматического накала, смятения чувств.
- В свою очередь изменение эмоционального состояния пациента и его эмоционального отношения к какому-то явлению меняет и поведение его ввиду существования значительного влияния эмоций на поведение. Глобальные психические процессы, такие как эмоции, определяют частные - отдельные мысли и поступки. Например, чувство симпатии или антипатии к окружающим в виде преходящего настроения или внушенного убеждения меняет весь рисунок актуального поведения человека во всех сферах.

- Процесс психотерапевтической коррекции осуществляется поэтапно.
- Существует **логика последовательности психологической коррекции** наркологических больных и использования для этого отдельных форм и методов терапии [Даренский И. Д., 1997].
- Сначала создается мотивация на лечение, выработка установки на трезвость, осознанной потребности радикально изменить образ жизни.
- Потом формируется адекватное отношение к болезни с преодолением алкогольной анозогнозии.
- Далее проводится тренинг трезвого поведения и формируются противорецидивные навыки, обсуждается поведение в ситуации застолья, при радостных событиях, встречах с друзьями, ситуации напряженного ожидания и т. д.
- В заключение программы выполняется коррекция личностных расстройств, способствующих прогрессированию болезни, изменяется отношение к себе и окружающим, к близким людям, к работе. Создается модель оптимального (адекватного) реагирования на психотравмирующую ситуацию. Для закрепления достигнутых результатов перед выпиской проводится внушение в гипнозе и суггестия наяву трезвеннических установок.

Мишени психотерапии

- Психобиологический уровень – уровень ПВА:
- Фаза манифестации ПВА
- Фаза дезактуализации
- Фаза латентного ПВА
- Фаза актуализации

Психологический уровень

- Зависимая субличность:
- Фаза доминирования алкогольного «Я»
- Фаза диссациированного «Я»
- Фаза доминирования нормативного «Я»
- Фаза диссоциированного «Я»