

Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия больных наркоманией

ПАК Т.В.

н. сотрудник, зав. реабилитационным отделением Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании, г. Павлодар, Казахстан

Рассматривается новая модальность психотерапии больных наркоманией, ее возможности и сравнительная эффективность, варианты творческой ее реализации. Описываются способы интеграции психотерапевтического воздействия в программах медико-социальной реабилитации (МСР) наркозависимых с целью развития личностных свойств антинаркотической устойчивости, освобождения от психологической зависимости, приобретения высокого уровня психологического здоровья, что соответствует новому качеству жизни.

Введение

Сегодня большинство исследователей обоснованно считают психотерапию одним из основных методов комплексного лечения наркотической зависимости [3, 4, 5, 8, 13]. Необходимо отметить, что для непосредственного применения в программах МСР наркозависимых разрабатывалось весьма определенное число оригинальных и эффективных психотерапевтических модальностей. Методом выбора наиболее часто являлась групповая психотерапия [7, 8, 9, 10, 11, 14], мишенью воздействия которой были уровни тела и личности. Этого освобождения от наркотической зависимости недостаточно для излечения, решения проблемы патологического влечения к психоактивным веществам (ПАВ) и для достижения конечной цели лечения и реабилитации наркозависимых — приобретения ими нового высокого уровня психологического здоровья [15].

В 2001 г., в ходе многоуровневого исследования наркозависимости в Республике Казахстан, проведенного на 7650 респондентах, нами были идентифицированы параметры психологических свойств, которые реально способствуют устойчивости индивида к агрессивным влияниям внешней среды.

Результаты вышеназванных исследований легли в основу концепции психологического здоровья (категории, которую можно представить и как качество психического здоровья), определяющей процесс активного формирования индивидуального и социального здоровья [15], как интенсивное развитие самоорганизующих способностей человека.

В ходе исследования была достоверно установлена практически полная идентичность высоких уровней психологического здоровья соответствующим показателям антинаркотической устойчивости [15].

Развитие личностных свойств антинаркотической устойчивости являлось основным принципом интегративно-развивающей, двухуровневой психотерапии наркозависимых [13] через прямое или косвенное обращение к инстанциям, генерирующим огромные пластические и энергетические ресурсы. Это уровень души и духа [12]. Если только этот уровень не вытесняется из профессионального поля психотерапии и, соответственно, из программ медико-социальной реабилитации наркозависимых.

Материалы и методы

В Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) разработан новый подход к лечению больных наркомани-

нией — интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия.

Для оценки ее эффективности в 2001 — 2003 гг. проведено сравнительное исследование, в рамках которого в исследуемую группу вошли 106, а в контрольную (где эта модальность не применялась) — 87 пациентов, зависимых от опиоидов, проходивших стационарное лечение.

Социально-демографические и клинические характеристики пациентов в 1-й, исследуемой и во 2-й, контрольной, группах были адекватно сопоставимы. Как в исследуемой, так и в контрольной группе большинство пациентов были в возрасте от 23 до 33 лет (соответственно 66,5 % и 57,8 %). Длительность заболевания в большинстве случаев была 4—7 лет (соответственно 72,7 % и 71,2 %). Были определены следующие типы преобладающих характерологических особенностей: неустойчивый: 1-ая группа — 32 (30,5 %), 2-я группа — 26 пациентов (28,9 %); астенический — 26 (25%) и 22 пациента (25%); психастенический — 7 (6,5 %) и 7 пациента (8,3 %); шизоидный — 1 (1,1 %) и 3 пациента (3,5 %); синтонный — 9 (8,7 %) и 10 пациента (11,1 %); стеничный — 8 (7,6 %) и 5 пациента (6,3 %); истеро-возбудимый — 17 (16,3 %) и 11 (13,1 %); эпилептоидный — 6 (4,3 %) и 3 (3,8 %), соответственно.

Предметом исследования были личностные свойства антинаркотической устойчивости больных наркоманией.

Материалами исследования являлись данные отчета «Многоуровневое исследование проблем наркозависимости в Республике Казахстан в 2001 г.», медицинская документация, истории болезни, амбулаторные карты, «Базисная Исследовательская Карта», разработанная в Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркоманий. Все собранные и формализованные, таким образом, сведения были занесены в единую компьютерную базу данных и подвергнуты статистико-математическому анализу с применением метода математической статистики на программе AG Start.exe «Инженер — LTD».

Основными методами исследования были выбраны: клиничко-психопатологический, клиничко-терапевтический, клиничко-психологический, катamnестическое наблюдение, математико-статистический.

С участниками основной исследуемой группы проводилась интегративно-развивающая, двухуровневая групповая психотерапия, а с пациентами из контрольной группы — дискуссионная недирективная групповая психотерапия, в остальном дневной режим и график работы пациентов в программе МСР адекватно сопоставимы.

Курс психотерапевтических сессий в исследуемой группе продолжался в течение 2 мес., каждое занятие

не менее 2,5—3 часов. Занятия проводились ежедневно, в том числе — в субботные дни, в заранее точно определенное время. График работы отделения не позволял пациентам выключаться из процесса психотерапии. Группы формировались на основе добровольного желания пациентов участвовать в психотерапевтической работе. Противопоказанием для включения пациентов в группы было:

а) наличие актуализации патологического соматического статуса [2] (период проявлений абстинентного синдрома);

б) проявление патологического влечения к ПАВ;

в) наличие декомпенсации психического состояния (психопатии истеро-возбудимого или эпилептоидного типа);

г) выраженное интеллектуальное снижение (на уровне средней степени дебильности и глубже);

д) период медикаментозной коррекции (нейролептики, транквилизаторы);

е) активный отказ от участия в групповой психотерапии.

В одну психотерапевтическую группу входило 10—12 человек. Группы были открытыми. Пациенты входили в групповую психотерапевтический процесс по мере поступления в отделение психотерапии и реабилитации, что сопровождалось проведением ритуала «принятие в семью». Обязательным условием включения пациентов в психотерапевтическую группу было наличие позитивно функционирующего ядра. Это обеспечивало более быструю динамику продвижения в психотерапевтическом процессе вновь поступивших пациентов до уровня группы или позитивного ядра.

Интегративно-развивающая, двухуровневая групповая психотерапия проводилась со второго этапа МСР [1, 2], после дезактуализации патологического соматического статуса. Мишенью являлся патологический личностный статус, социальный статус зависимого, патологическое влечение к ПАВ [2], целью — формирование и развитие психологических свойств антинаркотической устойчивости в групповом процессе.

Терапевт придерживался динамического стиля руководства. В начале второго этапа МСР в период манипулятивной групповой психотерапии была активность и инициатива терапевта в определении целей и задач группы. Определялась директивная тактика психотерапевта в ведении группового процесса, в межличностных взаимодействиях, в установлении условий безопасности, в соблюдении правил и возложении ответственности за их несоблюдение. Затем наблюдался дальнейший переход от манипулятивной групповой психотерапии к развивающей. В течение второго и третьего этапа МСР (как правило, начиная с рабочей фазы групповой динамики) проявлялась активность и инициатива членов группы или позитивной подгруппы в отношении целей, задач и норм группы, апробации новых способов взаимодействия, направленных на решение актуальных проблем. Позиция психотерапевта — снижение активности, а затем минимальная активность и недирективность, партнерство, поддержка и помощь в раскрытии и решении актуализированных проблемных тем.

Первая фаза групповой динамики — установление особого контакта с нормативным личностным статусом пациента с помощью такого профессионального качества, свойства, как привлекательная целостность личности психотерапевта. Механизм идентификации с личностью

психотерапевта стимулировал и актуализировал нормативный личный статус пациента. Выше описанные механизмы приводили к развитию всего феноменологического поля пространства психотерапии [12], поддерживаемого системой синергетических, терапевтических отношений в сообществе.

Первая фаза включала определение и кристаллизацию целей и задач группы, что позволяло структурировать групповую психотерапевтический процесс, спланировать и создать интегративные проекты психотерапии (сценарии с несколькими главными действующими лицами), технические действия которых были реализованы в течение нескольких сессий. Главной целью работы группы определялось достижение освобождения от наркотической зависимости.

В эту фазу группа работала с прошлым опытом, продвигаясь назад периода кризиса развития личности каждого из участников, по темам «моя вина», «кредиты и долги», «внутренняя пустота», что приводило к активизации внутриличностного конфликта нормативного и патологического личностного статуса [7, 8]. Кульминация внутриличностного конфликта определяла следующую фазу групповой динамики — фазу конфронтации между двумя основными регуляторными системами (субличностями) — «Я — наркоман» и «Я — нормативная субличность», которые сосуществовали, поочередно доминировали, имели свой набор ценностей, смыслов, установок. Эта фаза групповой работы включала процесс растождествления патологического и нормативного статусов пациента (8,9). Терапия строилась так, чтобы дезактуализировать проявления патологического статуса «Я — наркоман» и зафиксировать пациентов в актуальном нормативном личностном статусе.

Терапевтический случай из практического опыта:

Пациент (употреблял героин 8 лет) рассказал, как ночью шел за очередной дозой героина, случайно оказался свидетелем наезда машины на человека, который в бессознательном состоянии остался лежать на проезжей части улицы. Машина скрылась, не остановившись. Пациент донес человека до ближнего дома, разбудил людей, проживающих в этом доме на первом этаже, убедив их открыть дверь ночью незнакомым мужчинам, вызвать скорую помощь и до приезда врачей оставить сбитого машиной человека у них в квартире. В эту ночь приобрести наркотик так и не удалось. Но вместо злости и досады было чувство удовлетворения собой, своими действиями. Данный случай навел пациента на размышления о человеческом доверии, доброте, желании помочь нуждающемуся. Это и было использовано в новом способе добычи средств на приобретение наркотика: каждую пятницу (священный день у мусульман) он у мечети расставлял людей для сбора садака (пожертвований).

После «исповеди» пациента на групповой сессии, растождествление патологического «Я — наркоман» и нормативного «Я — человек» статусов произошло через метафорическое осознание — чудовище превращается в принца, лягушка в царевну премудрую под действием сил добра и волшебства (доступ к суперресурсу). Фиксация пациента в актуальном нормативном личностном статусе была проведена техникой «якорения» — одевание на шею тумара (мусульманского талисмана) с позитивным подкреплением развивающего поведения.

В фазе конфронтации интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия была направлена на работу с редукцией патологического личностного статуса, подавлением и контролем наркотического влечения к ПАВ. На групповой сессии пациенты разбирали варианты патологического влечения к ПАВ как центрального, так и периферического запуска на трех уровнях: эмоциональном, когнитивном и поведенческом с определением статусной принадлежности (кто хочет употребить наркотик?). Отслеживая наличие признаков патологического влечения к ПАВ у себя через осознание (самоконтроль, самодисциплина, честность и искренность с самим собой), пациенты обучались способам и приемам эффективного противостояния и подавления патологического влечения к ПАВ в различных жизненных ситуациях.

Следующая центральная рабочая фаза динамики интегративно-развивающей, двухуровневой психотерапии наркозависимых включала фиксацию, укоренение нормативного личностного статуса и форсированное развитие новых личностных свойств антинаркотической устойчивости за счет эксплуатации феноменов разлитого группового транса и гиперпластики.

В рабочей фазе достигались специфические для зависимых цели групповой интегративно-развивающей, двухуровневой психотерапии:

а) «прописка» личности в бессознательном по К. Витакеру;

б) доступ к глубинным ресурсам (суперресурсу);

в) конструктивное взаимодействие с социальным;

г) поиск и/или обретение смысла в жизни.

Практически использовался весь методологический арсенал психотерапии, смешанные техники с опорой на очевидности и эксплуатацией феноменов разлитого транса. Прорабатывались техники «Кто Я?», «Чего Я хочу здесь и теперь?», «Мой выбор?», «Мое предназначение?» и т.д.

При достаточной степени зрелости группы или позитивного ядра ведущими терапевтическими сессиями были сами пациенты по установленной ими определенной очередности. Они определяли актуальные проблемные темы групповой работы, проводили конструктивную конфронтацию с вновь поступившими пациентами на темы «Мои победы и поражения», «Реальные шаги в программе МСР», «Моя лень и ее преодоление», «Я наркоман» и т.д. Эффективность данной техники определялась элементами волонтерской практики в групповом психотерапевтическом процессе.

Параллельно проводилась индивидуальная интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия с вновь поступившими пациентами с использованием группы как группового психотерапевта или фона, с применением специальных психодраматических техник с акцентом на гештальт-подходы.

В рабочей фазе пациенты завершали закрепление в позиции нормативного личностного статуса, справлялись с обострением патологического влечения к наркотику, подходили к пониманию отношений созависимости в семье и ближайшем окружении, продолжали «укоренение» личности в бессознательном (по К. Витакеру), расширяли доступ к суперресурсу, продолжали поиск собственного смысла в жизни. Эффективность психотерапевтического процесса обеспечивалась за счет максимального вовлечения универсальных механизмов глубинного уровня психотерапии [13, 14], постоянного развития общего контекста терапевтических отношений в ходе прохождения программы МСР.

Важным моментом являлось техническое обеспечение «укоренения» «Я» в бессознательном (по К. Витакеру). Метафорическое осознание и зафиксированность в полюсе бессознательного технически обеспечивалась ритуалом вхождения в состояние разлитого транса в мифе пациента с ориентацией на будущее, с пониманием всей ценности и бережного отношения к обретенному.

Следующая фаза групповой динамики — завершающая четко не наблюдалась в открытой группе. При достаточной степени зрелости группы или позитивного ядра продолжалась рабочая фаза. Пациенты, прошедшие программу МСР, завершали свою работу, а вновь поступившие входили в групповой процесс, при соблюдении принципа преемственности, таким образом сохранялись позитивная динамика и эффективность группового процесса в открытой группе.

С пациентами, успешно прошедшими программу МСР, перед выпиской из центра проводилась техника «горячий стул». Пациент говорил о своих достигнутых результатах, личностных изменениях — качественно ином уровне нормативного «Я», приобретенных знаниях, умениях, навыках. Им были спланированы и оглашены конкретные ближайшие и отдаленные цели, пути их достижения. Обратная связь участников группы отражала подведение итогов пройденного «пути» пациентом в программе МСР, определяла направления, по которым необходимо продолжить работу, затем пациенту собирался «чемодан» (необходимый багаж из того, что имею сам), чтобы пройти свой собственный путь. Данная техника проводилась в атмосфере искренности, взаимопонимания и доброжелательности.

Таким образом, пациенты практически постоянно получали реальные дивиденды в виде изменения самочувствия, самоощущения, самоосознания. Они были живыми свидетелями процесса «передвигания гор» — впечатляющего и увлекательного действия, являющегося альтернативой выбору наркотика. И тогда пациенты, успешно прошедшие программу МСР, приходили к тому, что вот это ощущение новизны и сущности происходящего и есть ощущение подлинной жизни человека, принявшего твердое решение пройти свой собственный путь. На этом фоне и происходило освобождение от наркотической зависимости.

Для достижения глубинного постоянного уровня психотерапевтического процесса пациенты самостоятельно продолжали работу над актуальными проблемными темами после групповых сессий, находили несколько вариантов решений проблем, помогали друг другу в реализации конкретных действий и только после этого, по мере необходимости, выносили нерешенную проблему на группу. Пациенты вели дневники, выполняли индивидуальные задания, данные психотерапевтом или старшим (по прохождению программы МСР) товарищем, участвовали в создании терапевтического сообщества в отделении, открыто делились приобретенными знаниями, умениями, навыками с другими пациентами.

Результаты и обсуждение

Измерения достигнутого результата в исследуемой и контрольной группе проводились с помощью схем субъективной и объективной оценок степени развития свойств антинаркотической устойчивости. Схема субъективной оценки состояла из 8-и подшкал, по 6 суждений в

каждой от индикатора а) до индикатора е); параметры схемы объективной оценки измерялись по 5-балльной шкале.

В исследуемой и контрольной группе данные положительной сравнительной динамики продвижения по основным параметрам от индикатора а) к индикатору е) в шкале субъективных оценок приведены в табл. 1.

В исследуемой и контрольной группе данные положительной сравнительной динамики продвижения по основным параметрам от 1 до 5 баллов в шкале объективных оценок приведены в табл. 2.

Сравнительная оценка эффективности психотерапевтической коммуникации в исследуемой и контрольной группах определялась по уровню выраженности объективных и субъективных признаков вхождения в феноменологическое поле психотерапевтического пространства. Данные приведены в табл. 3, 4.

С целью изучения сравнительной эффективности разработанной модальности интегративно-развивающей, двухуровневой групповой психотерапии проведено катamnестическое обследование пациентов исследуемой и контрольной групп. Выявлено, что через год после окончания

Таблица 1

Сравнительная схема субъективной оценки степени развития свойств антинаркотической устойчивости

Результаты статистического анализа	Исследуемая группа — 1		Контрольная группа — 2		P
	ср. знач., %	довер. интервал ср., %	ср. знач., %	довер. интервал ср., %	
.#Я точно знаю, кто я такой и чего хочу в жизни: трудно ответить;(2)	0	0 <-> 20,6	35,655	30,7 <-> 40,609	< 0,01
.#Я точно знаю, кто я такой и чего хочу в жизни: развился, но не до конца;(5)	29,412	9,482 <-> 55,447	10,864	7,645 <-> 14,083	< 0,01
.#Я точно знаю, кто я такой и чего хочу в жизни: однозначно есть.(6)	35,294	10,722 <-> 59,866	13,092	9,603 <-> 16,581	< 0,01
.#Я точно знаю, что нужно делать для исполнения своих желаний, планов: трудно ответить;(2)	0	0 <-> 20,6	36,07	30,973 <-> 41,167	< 0,01
.#Я точно знаю, что нужно делать для исполнения своих желаний, планов: развился, но не до конца;(5)	35,294	10,722 <-> 59,866	14,663	10,908 <-> 18,417	< 0,01
.#Я сам отвечаю за то, что происходит со мною в жизни: трудно ответить;(2)	6,667	0 <-> 32,333	31,935	26,745 <-> 37,126	< 0,05
.#Я сам отвечаю за то, что происходит со мною в жизни: развился, но не до конца;(5)	26,667	7,333 <-> 55	7,419	4,502 <-> 10,337	< 0,05
.#Я сам отвечаю за то, что происходит со мною в жизни: однозначно есть.(6)	46,667	19,036 <-> 74,297	19,032	14,662 <-> 23,402	< 0,01
.#У меня есть внутренние силы и возможности для того, чтобы добиться поставленных целей: трудно ответить;(2)	0	0 <-> 20,6	25,414	20,929 <-> 29,899	< 0,05
.#У меня есть внутренние силы и возможности для того, чтобы добиться поставленных целей: однозначно есть.(6)	47,059	21,395 <-> 72,723	15,193	11,496 <-> 18,891	< 0,01
.#Я умею делать свой выбор и держаться избранного, несмотря ни на что: однозначно есть.(6)	58,824	33,518 <-> 84,129	12,921	9,437 <-> 16,406	< 0,01
.#Я хорошо знаю о всех проблемах связанных с употреблением наркотиков, других психоактивных веществ: однозначно есть.(6)	64,706	40,134 <-> 89,278	28,492	23,816 <-> 33,167	< 0,01
.#Я хорошо понимаю, что употребление наркотиков и других психоактивных веществ мешает реализации моих жизненных планов: трудно ответить;(2)	0	0 <-> 20,6	21,727	17,461 <-> 25,993	< 0,05
.#Я хорошо понимаю, что употребление наркотиков и других психоактивных веществ мешает реализации моих жизненных планов: однозначно есть.(6)	76,471	48,682 <-> 93,435	29,805	25,073 <-> 34,537	< 0,01
.#Я сделал(а) свой выбор в отношении возможностей употребления наркотиков. И для себя я исключаю такую возможность, несмотря ни на что: трудно ответить;(2)	5,882	0,235 <-> 29,306	33,531	28,491 <-> 38,572	< 0,05
.#Я сделал(а) свой выбор в отношении возможностей употребления наркотиков. И для себя я исключаю такую возможность, несмотря ни на что: однозначно есть.(6)	64,706	40,134 <-> 89,278	19,881	15,62 <-> 24,142	< 0,01

Сравнительная схема объективной оценки степени развития свойств антинаркотической устойчивости

Результаты статистического анализа	Исследуемая группа — 1		Контрольная группа — 2		P
	ср. знач., %	довер. интервал ср., %	ср. знач., %	довер. интервал ср., %	
.#Полноценное завершение личностной идентификации: слабо выражен (1)	6,667	0 <-> 32,333	40,252	32,562 <-> 47,941	< 0,05
.#Полноценное завершение личностной идентификации: выражен резко (3)	13,333	1,333 <-> 41	1,258	0,678 <-> 4,875	< 0,05
.#Степень сформированности навыков ответственного выбора: слабо выражен (1)	13,333	1,333 <-> 41	50	42,29 <-> 57,71	< 0,01
.#Степень сформированности навыков ответственного выбора: выражен резко (3)	13,333	1,333 <-> 41	0,61	0,331 <-> 3,948	< 0,05
.#Степень сформированности внутреннего локуса контроля: слабо выражен (1)	6,667	0 <-> 32,333	43,506	35,586 <-> 51,427	< 0,01
.#Степень сформированности внутреннего локуса контроля: выражен резко (3)	20	4 <-> 49	1,299	0,696 <-> 5,005	< 0,01
.#Наличие позитивного жизненного сценария: слабо выражен (1)	6,667	0 <-> 32,333	38,065	30,336 <-> 45,793	< 0,05
.#Наличие позитивного жизненного сценария: выражен резко (3)	20	4 <-> 49	2,581	1,385 <-> 6,69	< 0,05
.# Наличие адекватной информированности о вреде наркопотребления: слабо выражен (1)	0	0 <-> 23	25	18,029 <-> 31,971	< 0,05
.# Наличие адекватной информированности о вреде наркопотребления: выражен резко (3)	66,667	40,559 <-> 92,775	24,342	17,433 <-> 31,251	< 0,01

Сравнительная схема субъективных признаков вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации

Результаты статистического анализа	Исследуемая группа — 1		Контрольная группа — 2		P
	ср. знач., %	довер. интервал ср., %	ср. знач., %	довер. интервал ср., %	
.#Отмечали ли Вы: ощущение покоя и безопасности в последующей работе с психотерапевтом?: затрудняюсь с ответом (3)	0	0 <-> 23	21,254	16,521 <-> 25,998	< 0,05
.#Отмечали ли Вы: изменение восприятия времени (например, ускоренное, замедленное течение времени, или то и другое одновременно) во время последующей работы с психотерапевтом?: да (1)	86,667	57,333 <-> 97,333	49,281	43,404 <-> 55,158	< 0,01
.#Отмечали ли Вы: появление не совсем обычных телесных ощущений (например, легкости, тяжести, жара, холода, покалывания, “мурашек” и т.д.) в последующей работе с психотерапевтом?: затрудняюсь с ответом (3)	0	0 <-> 23	25,532	20,443 <-> 30,621	< 0,05
.#Отмечали ли Вы: появление ощущения собственной измененности (изменения своего “Я”) в последующей работе с психотерапевтом?: да (1)	66,667	40,559 <-> 92,775	39,929	34,223 <-> 45,635	< 0,01
.#Отмечали ли Вы: изменение отношения к проблеме, по поводу которой Вы обратились к психотерапевту в продолжение первого психотерапевтического сеанса?: нет (2)	53,333	25,703 <-> 80,964	24,555	19,523 <-> 29,588	< 0,01
.#Отмечали ли Вы: появление перспективы решения Вашей основной проблемы в последующей работе с психотерапевтом?: да (1)	85,714	54,686 <-> 97,543	51,418	45,585 <-> 57,252	< 0,05
.#Отмечали ли Вы: появление перспективы решения Вашей основной проблемы в последующей работе с психотерапевтом?: нет (2)	0	0 <-> 24,4	22,34	17,479 <-> 27,202	< 0,05

Таблица 4

Сравнительная схема объективных признаков вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации

Результаты статистического анализа	Исследуемая группа — 1		Контрольная группа — 2		P
	ср. знач., %	довер. интервал ср., %	ср. знач., %	довер. интервал ср., %	
.#Аналогии в моторике (позе, жестах, движениях головы, глаз): отсутствуют (1)	0	0 <-> 28,6	41,221	32,67 <-> 49,773	< 0,01
.#Аналогии в моторике (позе, жестах, движениях головы, глаз): средняя степень выраженности (3)	45,455	15,927 <-> 77,964	16,031	9,656 <-> 22,405	< 0,05
.#Аналогии в моторике (позе, жестах, движениях головы, глаз): значительная степень выраженности (4)	18,182	1,964 <-> 53,218	0,763	0,397 <-> 4,624	< 0,05
.#Аналогии в мимических реакциях: средняя степень выраженности (3)	63,636	29,545 <-> 88,309	12,214	6,525 <-> 17,903	< 0,01
.#Присоединение по тембру и интонациям речи: средняя степень выраженности (3)	72,727	37,636 <-> 94,545	15,038	8,869 <-> 21,206	< 0,01
.#Синхронизация дыхательного ритма: средняя степень выраженности (3)	45,455	15,927 <-> 77,964	15,385	9,095 <-> 21,674	< 0,05
.#Выраженность мышечной релаксации у пациента: средняя степень выраженности (3)	63,636	29,545 <-> 88,309	17,46	10,75 <-> 24,171	< 0,01

стационарного лечения в исследуемой группе у 39 пациентов (36,8 %) , а в контрольной у 4 (4,6 %) наблюдалась ремиссия от 6 до 12 месяцев. При этом большинство пациентов исследуемой группы, которые находились в ремиссии, отмечали новый уровень качества жизни: удовлетворение от жизни, психологический комфорт, позитивную социальную динамику.

Список литературы

1. Алтынбеков С.А., Катков А.Л., Мусинов С.Р. Стратегия медико-социальной реабилитации больных наркоманией. — Павлодар, 2002.
2. Алтынбеков С.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Программа медико-социальной реабилитации больных наркоманией в Республике Казахстан. — Павлодар, 2002.
3. Альтшулер В.Б. Хронический алкоголизм и патологическое влечение к алкоголю: Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. — М., 1985.
4. Батищев В.В., Негериш Н.В. Миннесотская модель лечения больных зависимостью от психоактивных веществ// Вопросы наркологии. — 1999. № 3.
5. Батищев В.В., Негериш Н.В. Основные принципы построения программы терапии зависимостей// Алкогольная болезнь. — М., 1999. — № 2.
6. Берн Э. Групповая психотерапия. — М., 2001.
7. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных алкоголизмом: Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. — М., 1993.
8. Валентик Ю.В., Современные методы психотерапии больных алкоголизмом. //Лекции по клинической наркологии/ Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: РБФ «НАН». — 1995.
9. Валентик Ю.В., Зыков О.В., Цетлин М.Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. — М.: РБФ «НАН». — 1997.
10. Гузиков Б.М., Ерышев О.Ф. // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. — Л., 1989.
11. Гузиков Б.М., Зобнев В.М. // Интегративные аспекты современной психотерапии. — СПб, 1992.
12. Катков А.Л. Манифесты развивающей психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. — 2001. — № 3. — С. 49—79.
13. Катков А.Л., Титова В.В. Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия наркозависимых. — Павлодар, 2002.
14. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых. — Павлодар, 2002.
15. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Комплексное исследование качества социального психического здоровья. — Павлодар, 2002.
16. Катков А.Л., Функциональная концепция психического в контексте интегративно-развивающей психотерапии. — Павлодар, 2003.
17. Кочюнас Р. Психотерапевтические группы: теория и практика. — Москва, 2000.
18. Рудестам К. Групповая психотерапия. — СПб., 1998.
19. Статистические сборники «Психиатрическая и наркологическая помощь населению Республики Казахстан» 1991—2001 гг.
20. George E. Woody, M.D., Delinda Mercer, Ph. D, Lester Luborsky, Ph. D. Textbook of Substance Abuse Treatment. Edited by Marc Galanter, M.D., Herbert D. Kleber, M.D.// The American Psychiatric Press — 2nd Edition — Washington, DC, 1999.

INTEGRATIVE-DEVELOPING, TWO-LEVEL PSYCHOTHERAPY OF DRUG TAKERS

Pak T.V. the head of rehabilitation department of Republican Center of drug addiction problems

New modality in psychotherapy of drug addicted patients is considered in the present article, its possibilities and competitive effectiveness, creative ways of its implementation. Integrative methods of psychotherapeutic influence are described in the MSR program of drug addicted patients in order to develop personal characteristics of anti-drug sustain ability, release from psychological addiction, achievement high level in psychological stability that is the new acquirement of life quality.