

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

С.В. Березин

**ПСИХОЛОГИЯ СОЗАВИСИМОЙ
ЛИЧНОСТИ**

Монография

Самара
Издательство «Универс групп»
2008

УДК159.9

ББК 88.5

Б 48

Рецензент

профессор кафедры общей психологии и психологии развития СамГУ,
декан психологического факультета СамГУ Лисецкий К.С.

Ответственный редактор

ассистент кафедры социальной психологии СамГУ Ушмудина О.А.

Березин, С.В.

Б 48 Психология созависимой личности [Текст] : монография /
С.В. Березин. – Самара : Изд-во «Универс групп», 2008. – 200 с.
ISBN 978-5-467-00189-0

Монография посвящена чрезвычайно актуальной в наше время проблеме профилактики наркомании среди молодежи: социальные и психологические аспекты распространения наркотиков, вопросы зависимости и созависимости, социально-психологический портрет наркомана, пути превенции злоупотребления наркотиками и коррекции поведения, модели комплексной работы специалистов.

Издание предназначено для студентов, изучающих дисциплины «Практика семейного консультирования», «Основы индивидуального и семейного консультирования», «Психологическая профилактика наркотической зависимости», «Основы психопрофилактической работы психолога»; практикующих психологов, социальных педагогов, социальных работников.

УДК159.9

ББК 88.5

Издание подготовлено при поддержке РГНФ (Грант № 07-06-26601 а/В)

ISBN 978-5-467-00189-0 © Березин С.В., 2008

© Самарский государственный университет», 2008

Содержание

Введение	4
<i>Глава 1</i> Наркомания как социальная и психологическая проблема, наркомания как социальное явление	8
Наркомания как предмет психологического исследования	16
Наркоманская субкультура как фактор приобщения к наркотикам	38
<i>Глава 2</i> Личностные аспекты наркомании, психическая зависимость при наркомании	43
Психологические особенности наркоманов периода взросления.....	58
Анализ рисунков наркоманов	72
<i>Глава 3</i> Наркомания как семейная проблема, семейные предпосылки наркотизации	82
Динамика семейных отношений на разных стадиях наркотизации	101
Родители	101
Братья и сестры (сисбсы)	107
Брачные партнеры наркоманов.....	129
Семья после потери ребенка-наркомана	134
<i>Глава 4</i> Профилактическая и коррекционная работа с наркоманом и его семьей: принципы, формы и методы терапии созависимости.....	141
Индивидуальная работа с родителями	158
Общесемейные встречи	160
Групповая работа с родителями	162
Работа с массовой родительской аудиторией.....	166
Заключение	167
Литература.....	170
Приложение	183

Введение

Начиная с 1980-х годов российское общество столкнулось с беспрецедентной по масштабам и последствиям проблемой, которая и сегодня далека не только от своего решения, но и от адекватного осмысления. Мы имеем в виду стремительное распространение наркомании и вовлечение в сферу потребления наркотических веществ подростков и молодежи. Время идет, и наркотизм постепенно «встраивается» в нашу жизнь. Наркотики вышли на улицы наших городов, став одной из составляющих социальной ситуации развития детства в России.

Общество, государство, наука оказались неспособными решительно и эффективно отреагировать на всплеск наркотизма в стране. Прилагаемые сегодня усилия не приносят желаемого результата: зависимых людей не становится меньше. Наркотическая зависимость «перелицовывается» в алкогольную, игровую, эмоциональную и наоборот. Зависимость, как способ бытия личности в мире легко меняет свои формы. Так, дети, выросшие в алкогольной семье, а, значит, выросшие, скорее всего, в созависимых отношениях, как правило, находят способ реализовать свою созависимость в той или иной форме зависимости. Поэтому наш прогноз относительно наркотизма в России скорее тревожный, чем оптимистический. Нам представляется, что основная причина неспособности государства сколько-нибудь эффективно влиять на наркотизм в стране связана с его спецификой как сложного, многоаспектного явления. Распространение наркотиков обусловлено одновременным существованием нескольких групп факторов. Каждая такая группа факторов, взятая в отдельности, отнюдь не является однозначно наркопровоцирующей. Сами по себе особенности юношеского возраста, системный кризис общества, снижение жизненного уровня населения не могут быть названы причинами наркотизации. Указанные группы факторов, взятые по отдельности, скорее создают общую негативную ситуацию детства в России. Однако их одновременное воздействие порождает необычайно благоприятные условия для молодежного наркотизма.

Проблему, связанную со злоупотреблением психоактивными веществами, мы рассматриваем, прежде всего, как проблему личности, которая употребляет наркотические вещества, в определенном социально-культурном контексте; важнейшими элементами этого контекста являются семья и «наркоманская» субкультура. Однако, несмотря на обще-

признанный факт возникновения в семьях наркозависимых особого типа внутрисемейных отношений, существенно влияющих на динамику наркомании и описываемых понятием «созависимость», до сих пор сохраняется острый дефицит теоретических и практических исследований закономерностей и психологических механизмов взаимовлияния семьи и подростка, употребляющего наркотики. В отечественной и зарубежной психологической литературе (М. Битти, Б.С. Братусь, Н.Н. Иванец, А.А. Мейроян, В.Д. Москаленко, В.Е. Рожнов, Т.Г. Рыбакова, Э. Смит, И.Г. Ураков, Э.Г. Эйдемиллер и др.) представлены, в основном, исследования семей алкоголиков, тогда как исследования семей наркозависимых крайне редки. Существующие сегодня подходы к пониманию созависимости и ее разного рода дефиниции носят либо описательный, либо констатирующий характер. Несмотря на высокую социальную, научную, а главное, практическую значимость психологических исследований роли семьи в инициации наркотизма и патогенезе наркомании, существующие попытки теоретического обобщения результатов эмпирических исследований не позволяют создать целостную психологическую концепцию наркомании. Наметившаяся в последние годы тенденция к интеграции в системе наук, так или иначе ориентированных на решение проблем, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, значительно суживается вследствие недостаточности психологических исследований, особенно в области центрального компонента наркоманического синдрома – психической зависимости и ее влияния на личность и межличностные отношения наркомана. Практически отсутствуют обобщающие исследования роли семьи в возникновении и развитии наркомании.

В связи с этим основную цель нашей работы мы видели в том, чтобы как можно полнее описать роль семьи в возникновении и динамике психической зависимости у наркоманов периода взросления, описать принципы терапии созависимости, теоретически и клинически обосновать содержание, формы и методы работы с семьями подростков, употребляющих наркотики.

Исходная идея нашей работы заключается в том, что в основе феномена созависимости лежит инобытие наркотической личности индивида, страдающего наркоманией. Под наркотической личностью мы понимаем целокупность интраиндивидуальных, интериндивидуальных и метаиндивидуальных проявлений психической зависимости при наркомании.

Клинические наблюдения и экспериментальные данные позволили нам сформулировать вывод о том, что *психическая зависимость может рассматриваться как* самоподдерживающаяся форма активности, порождающая специфическое личностное образование – наркотическую личность. Бытие наркотической личности для внешнего наблюдателя предстает как типичный наркоманский образ жизни и поведения. Для самого индивида, употребляющего наркотики, наркотическая личность обнаруживается в динамике глубокого и острого внутриличностного конфликта. В жизни членов семьи наркомана его наркотическая личность проявляется как изменения в их поведении, которые наблюдаются всякий раз, как только наркоман (а точнее, его образ) актуализируется в их сознании. Принципиальным, на наш взгляд, является то, что именно характер реакции родителей на наркотизацию их ребенка выступает основным условием неограниченного самовоспроизводства психической зависимости при наркомании. В подавляющем большинстве случаев, эта реакция оказывается крайне деструктивной как для самих родителей, так и для всей системы семейных отношений. Попав в условия хронического стресса, родители наркозависимых адаптируются к наркомании своего ребенка посредством проигрывания социальных ролей Родительских эго-состояний. В сознании родителей запечатлевается пугающий и обескураживающий образ их ребенка-наркомана, а по сути – внешнего проявления его наркотической личности. Актуализация в их сознании этого образа – инобытие наркомана – является причиной становления особой системы внутрисемейных отношений – созависимости. Наши экспериментальные данные показывают, что в основе созависимых отношений лежит статичная идеальная представленность наркомана в жизни родителей.

Теоретическую основу нашей концепции составляют принцип системного подхода к анализу семейных отношений (М. Боуэн, В. Сатир), структурные и функциональные положения транзактного анализа (Э. Берн), а также концепция отраженной субъектности и принцип неадаптивной активности (В.А. Петровский).

Приведенные в работе эмпирические данные получены в результате обобщения клинической практики. В работе использован комплекс психодиагностических и экспериментальных методов, направленных на системное изучение роли и функций семьи в генезисе наркомании у

подростков: беседа, наблюдение, тесты-опросники, проективные методики (ТАТ, тест Розенцвейга в авторской модификации), эгограмма.

Несмотря на то, что основная масса полученных нами эмпирических и клинических данных связана с опийной наркоманией, построенная нами модель психической зависимости при наркомании может быть использована и при анализе других форм зависимостей.

В нашей работе мы хотели показать особую роль семьи в патогенезе подростковой наркомании, в формировании психологической зависимости от наркотика.

Анализ наркомании как болезни, проявляющейся не только на индивидуальном, но и на социальном уровне, позволил дать содержательную характеристику стадиям развития семьи в условиях подростковой наркомании.

В работе теоретически обоснованы и эмпирически подтверждены адаптивная сущность созависимости и двойственная адаптивно-неадаптивная сущность наркомании. Такой взгляд на созависимость и наркоманию позволяет переформулировать содержательные и организационные основы психологической помощи созависимым.

Предложенная в работе теоретическая модель психической зависимости и созависимости дает возможность уточнить представления о механизмах развития наркомании.

Использование концепции отраженной субъектности (В.А. Петровский) позволяет снять парадокс, когда созависимость в семье сохраняется даже при отсутствии зависимого члена семьи.

Мы надеемся, что установленные в ходе исследования факты и закономерности будут полезны в работе с семьями наркозависимых подростков, а также в процессе психологической помощи созависимым.

Мы всегда открыты для обмена новыми идеями, опытом, информацией, для критики и научной дискуссии и будем рады любым откликам на данное издание.

Автор выражает благодарность за помощь в подготовке этой книги сотрудникам факультета психологии Самарского госуниверситета К.С. Лисецкому, Н.Ю. Самыкиной, О.В. Шапатиной, О.А. Ушмудиной. Особая благодарность – члену-корреспонденту РАО, доктору психологических наук, профессору В.А. Петровскому за критические замечания и общение, которое долгие годы вдохновляло на новые идеи.

Глава 1

Наркомания как социальная и психологическая проблема, наркомания как социальное явление

Общественное отношение к наркомании сегодня в подавляющем большинстве случаев характеризуется как враждебно-негативное и отвергающее. Оно включает в себя множество иррациональных убеждений и проекций страхов, связанных с незнанием и непониманием наркомании как явления. В нем репрезентируются общая социальная неудовлетворенность, страх перед неизвестным, а потому пугающим, социальная беспомощность, тревога за своих детей и родственников, эмоциональные впечатления от криминальной статистики, стереотипы обыденного сознания и др. Резкая социальная реакция отторжения и изгнания наркомана со стороны общества, гиперконтроль или эмоциональное отвержение в семье приводят к тому, что наркоман оказывается на краю общества: он загнан туда своими же друзьями, родителями, милицией, социальными службами, работодателями и т. д. Единственная среда, где наркомана принимают без упреков, агрессии и отторжения и где он может хоть как-то себя проявить, – это среда, в которой господствует культура потребления наркотиков и других психоактивных веществ. «Выдавливание» наркомана из «нормального» общества приговаривает его к жизни в среде, которая в психологическом смысле разрушает его еще сильнее, чем наркотики, но вне которой наркоман уже не способен существовать.

С одной стороны, наркоман для общества – это преступник, который должен быть наказан. С другой стороны, наркоман – это больной человек, которому нужно помочь. Положение усложняется еще и тем, что подросток, больной наркоманией, в отличие от взрослого, не может вызывать однозначной негативной реакции. Здесь смешиваются жалость, обида, злость, вина, обреченность, находящие выход не столько в реальных действиях, сколько в пустых и бесплодных рассуждениях типа «Это все общество виновато!» или «Это все из-за кризиса...». Неоднозначность реакции порождает неспособность выработать эффективную стратегию поведения с наркоманами и профилактики наркомании.

Нынешние подростки оказались в сложной ситуации. Поставлены под сомнение нормативные и ценностные ориентации родителей, идеологизация общества привела к тому, что «идеологические пустоты»

заполняются идеологией субкультур, зачастую явно асоциальных; выработка новых ориентиров происходит хаотично и бессистемно; возрастной кризис подростка усугубляется «возрастным» кризисом общества.

Сейчас подростки особенно уязвимы, поскольку растут в нравственно и идеологически разобщенном обществе. Раньше в нашей стране кризис подросткового возраста сглаживался единой идеологической базой, уверенностью в будущем, ясностью перспективы. Сейчас подростки слышат от взрослых о безысходности, об отчуждении, о бесполезности существования, о том, что «умные люди никому не нужны», о том, что «успеха добиваются только те, у кого есть деньги», и т. д. Неопределенность в обществе порождает нестабильность отношений между взрослыми и детьми, их взаимное отчуждение. Подростки знают о том, что их возраст трудный, и порой умело манипулируют этим.

Социальные последствия молодежной наркомании с большой долей уверенности можно прогнозировать. Во-первых, наркоманы 12-18 лет – это люди с искаженными моральными принципами, с узкой системой ценностей, низким уровнем нравственного развития. Кроме того, употребление наркотиков часто толкает подростка на преступление. Таким образом, через 10-20 лет повзрослевшие подростки-наркоманы составят специфическую группу «социального риска». Во-вторых, многие дети-наркоманы либо не выживут, либо будут не в состоянии вырастить здоровое поколение: СПИД, гепатит, бесплодие, слабоумие и другие заболевания. В-третьих, такая ситуация влияет на экономическую и политическую сферу жизни общества: снижение образовательного и кадрового потенциала, сокращение легальной рабочей силы являются дестабилизирующими факторами.

Кроме того, наркотики приносят ощутимый вред не только тем, кто их употребляет, но и близким, окружению, обществу в целом. Наркоманию можно рассматривать как социальное «заразное» заболевание, распространение которого происходит внутри социальных групп. Поэтому изолированное существование наркомана в среде невозможно – рано или поздно вокруг него формируется группа, вовлекаемая в сферу потребления наркотиков [109]. Можно выделить несколько аспектов молодежного наркотизма.

Социальный аспект. Очевидно, что в отношении наркотизма основной акцент должен ставиться на *первичную* профилактику, направленную на сохранение и развитие условий, способствующих поддержа-

нию физического, личностного и социального здоровья, на предупреждение неблагоприятного воздействия на индивида факторов социальной и природной сферы. Первичная профилактика должна основываться на системном исследовании влияния условий и факторов социальной и природной среды на здоровье населения. Мероприятия первичной профилактики должны способствовать становлению у их участников личностной автономии, способности к самоподдержке и авторству жизненного пути [16].

Социальный аспект проблемы заключается в том, чтобы поняв всю сложность взаимоотношений между человеком, употребляющим наркотики, и разными уровнями его социального окружения, использовать положительный потенциал общества для того, чтобы наркотические вещества стали бы просто не нужны.

Экономический аспект. Незаконный оборот наркотиков порождает колоссальный по своим масштабам теневой оборот денежных средств. Торговля и потребление наркотиков выступают как мощный механизм перекачивания денежных средств в теневой оборот. Очевидно, что, оказавшись в тени, эти деньги выходят из-под контроля государства и могут использоваться для увеличения потенциала теневой экономики и криминального мира.

Государство затрачивает на медицинское обслуживание наркоманов значительные средства, отвлекая тем самым часть средств от решения других проблем здравоохранения. В то же время затраты на оплату лечения наркомана в частных наркологических и реабилитационных центрах столь значительны, что сложилась ситуация, когда вторичная профилактика наркомании (медицинская реабилитация) превращается во вторичный наркобизнес: стоимость услуг в реабилитационных центрах позволяет им извлекать из своей деятельности суперприбыли – уввы, на фоне низкой эффективности.

Развитие наркотической зависимости приводит к разрушению трудовой мотивации и трудового поведения в целом. Таким образом, из сферы материального и духовного производства происходит постоянный отток рабочей силы. Наркоманы составляют сегодня огромную, ничего не производящую, а только потребляющую, часть населения.

Поскольку интенсивное употребление большинства психоактивных веществ практически несовместимо ни с работой, ни с учебой, распространение наркомании приводит к снижению общего интеллектуально-

го потенциала страны и к «обеднению» трудовых ресурсов. На фоне экономического кризиса эти процессы носят латентный характер, однако их негативные последствия неизбежно скажутся при смене поколений трудоспособного населения.

Демографический аспект. В сферу незаконного систематического потребления наркотиков вовлекаются преимущественно подростки и юноши мужского пола. Соотношение наркоманов мужского и женского пола составляет примерно 10 к 1. Формирование наркотической зависимости приводит к разрушению полоролевого поведения и угасанию сексуальных инстинктов. Кроме того, смерть от передозировок и несчастных случаев, связанных с наркоманией, приводит к резкой диспропорции в соотношении полов. В результате этих явлений уже в ближайшее время будет наблюдаться определенное снижение рождаемости, увеличение числа одиноких женщин и неполных семей. Высокая смертность среди наркоманов приводит к значительному возрастанию числа «бездетных» и «беспризорных» стариков, о которых некому будет заботиться. Если учесть несовершенство системы социальной поддержки старости в нашей стране (дома престарелых, интернаты, стационары дневного пребывания, досуговые центры и т. д.), то очевидно, что появление огромного числа не получающих помощи и поддержки стариков чревато серьезными гуманитарными проблемами.

Моральный аспект. В результате систематического употребления наркотиков у наркомана разрушается моральная основа регуляции поведения: оно становится направленным исключительно на непосредственное удовлетворение потребности в наркотиках.

Российская семья также оказалась неспособна защитить ребенка от наркомании. Это надо признать, и факт такого признания станет важным вкладом в социальную психотерапию. Пока общество таково, что родители стыдятся своих детей больше, чем любят их, дети будут погибать.

Наш опыт работы с родителями, потерявшими своих детей в результате наркомании, постоянно сталкивает нас с парадоксальным явлением: стыдясь за себя и своего ребенка, родители продолжают лгать о причинах его смерти, как бы оправдывая себя перед обществом, которое тут же пытаются обвинить во всех своих неудачах, как будто бы общество – это не мы с вами...

Жизнь сложна и противоречива, но то, что для взрослого существует как противоречие, для подростка превращается в непреодолимый

личностный кризис, порождающий экзистенциальное отчаяние. Сохранить целостность личности всегда помогали семья и этнокультурная основа социального устройства. Но сегодня семья сама оказалась в глубоком кризисе. Традиционная культура стремительно деградирует, что приводит к изменению меры человеческого в человеке. В поисках целостности и самоидентичности подросток незаметно включается в орбиту *наркоманской субкультуры*, с ее традициями, фольклором, особым языком, системой ценностей, жизненных принципов, особых отношений. Наркоманская субкультура предстает сегодня как *контркультура* с гораздо большим потенциалом по сравнению с тем, что мы пытаемся ей сегодня противопоставлять.

Как *контркультура*, наркомания эксплуатирует глубинные этнокультурные основания, подменяя и извращая их позитивный смысл. Христианское «не стяжай богатств на земле» в сознании наркомана преобразуется в «презирай жизнь». И об этом не догадываются ни родители, ни священнослужители. От наркомана ожидают покаяния, однако он находит в церкви подтверждение своим убеждениям.

Политический аспект. Из проблемы сугубо медицинской наркомания превратилась в проблему общенационального масштаба, постепенно приобретая статус угрозы для безопасности страны. Масштабностью проблемы не преминули воспользоваться различные политические партии и социальные группы, используя спекуляции на «наркоманские» темы для решения своих проблем. Несомненно, подобные действия приводят и к снижению авторитета политиков, и к снижению авторитета власти в целом.

Международный (межгосударственный) аспект. Классический пример, иллюстрирующий глубинные взаимосвязи производства и торговли наркотиками с межгосударственными отношениями, – история опиумных войн в Китае. Ост-Индская компания, которая владела монополией на производство опиума в Бенгалии, огромное количество зелья продавала в Китай. В 1820 году в Китае был введен запрет на импорт опиума. Это привело в 1842 году к первой опиумной войне, в результате которой Китай был вынужден вновь открыть свои двери британскому наркотику. В 1857 году вспыхнула вторая опиумная война, в которой к Англии присоединились Франция и США. Китай проиграл и эту войну. С целью приостановки оттока золотого запаса и для спасения страны от инфляции Китай начал выращивать собственный опиумный мак.

В прошлом столетии США, защищая своих граждан от наплыва наркотиков, неоднократно вмешивались во внутренние дела латиноамериканских стран, а иногда даже проводили там военные операции.

В то же время, зоны производства, каналы распространения и регионы потребления наркотиков, как правило, разнесены в пространстве и не вмещаются в границы отдельных государств. Распространение наркомании приводит к глобализации криминальных отношений. Криминальные структуры, контролирующие производство, распространение и сбыт наркотиков, выходят на уровень международных синдикатов, способных, благодаря своим финансовым возможностям, влиять на политику отдельных стран или регионов.

Медицинский аспект. Традиционная наркология рассматривает наркоманию как неизлечимую хроническую болезнь с более или менее продолжительными периодами ремиссии. Считается, что потребление наркотиков приводит к формированию трех главных клинических феноменов: 1) психическая зависимость; 2) физическая зависимость; 3) толерантность, или привыкание к наркотику.

Как правило, лечение сводится к госпитализации больного, лишению его возможности принимать наркотики, проведению дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии; эти меры позволяют купировать абстинентный синдром, разрушить физическую зависимость. Однако основной фактор развития наркомании – психическая зависимость – в рамках традиционного психиатрического подхода устранен быть не может. Кроме того, сложившаяся в психиатрии и клинической психологии традиция связывать употребление наркотиков и злоупотребление ими с какими-либо психопатологическими процессами или гедонистическими мотивами чрезмерно упрощает проблему. Таким образом, чисто медицинский подход к наркомании оказывается неэффективным в плане лечения и реабилитации и, тем более, в плане профилактики.

Психологический аспект. Известно, что наркоманов можно встретить среди представителей любых типов личности и что потребность в изменениях состояния сознания является характерной для рода человеческого вообще. Однако не все принимают наркотики, а тем более становятся наркоманами. Что толкает некоторых людей к употреблению наркотиков?

Некоторые специалисты, пытаясь определить «донаркотическую» личность, на первое место ставят импульсивность характера. Они отно-

сят наркоманию к импульсивным неврозам, а предшествующее наркомании состояние считают основным иницирующим ее возникновение, фактором. Другие исследователи, говоря о «донаркотической» личности, выделяют следующие характеристики: эмоциональная незрелость, неполноценная психосексуальная организация, садистские и мазохистские проявления, агрессивность и нетерпимость, слабые адаптационные способности, склонность к регрессивному поведению, неспособность к эффективному межличностному общению с партнером и т. д. Мы считаем, что в поисках этиологических факторов формирования наркомании следует учитывать не только психофизиологические, химические эффекты употребления наркотика, но и то *символическое значение, которое наркотик имеет для пациента*. С этой точки зрения наркомания является своеобразным выражением неупорядоченности личности и неадаптированности ее к окружающему миру.

В более поздний период развития наркотической зависимости вследствие нравов и привычек наркоманов личность наркомана начинает изменяться: внутренние конфликты обостряются, слабая психическая адаптация становится все более очевидной. Последствия хронического употребления наркотиков приводят к усилению пассивности и лени, к безразличию к своему внешнему виду, к бесплодному фантазированию и невозможности принятия решения, а также к абсолютной неспособности к длительным усилиям. Типичными чертами поведения становятся нелегальное приобретение наркотиков, подделка рецептов, *обман без всяких ограничений* членов семьи, друзей, врачей и, в конце концов, конфликт с законом. Этическая деградация – вот отличительная черта хронического наркомана.

С точки зрения психологии, наркомания рассматривается как проблема личности, принимающей наркотики в определенном социально-культурном контексте. При этом общество, социальная и культурная среда, реагируя на наркоманию, «встраиваются» своими реакциями в «наркоманский» тип поведения. И очевидно, что для эффективной реабилитационной работы необходима реализация комплексного подхода, включающего в себя работу с личностью наркомана, его ближайшим микросоциальным окружением, а также с обществом в целом: оно должно изменить свое отношение к наркоманам так, чтобы, по крайней мере, не подкреплять их отношения к себе как к социальным изгоям, неудачникам или бунтарям.

Отношение к наркотику у наркомана тесно связано с отношением к другим сторонам жизни и поэтому может быть изменено лишь в контексте измененной системы отношений личности в целом.

Анализ исследований отечественных и зарубежных психологов приводит к следующим выводам.

1. Имеющиеся психологические данные неоднородны и противоречивы по характеру, а корреляты употребления наркотиков часто путают с их причинами.

2. Ни одна концепция возникновения психологической зависимости не представляется исчерпывающей и убедительной.

Наши собственные исследования наркотизма и наркомании убеждают нас в том, что:

- - Предрасположенность к наркотикам возникает после пробного употребления наркотиков как переживание избыточных возможностей преодоления внешних и внутренних обстоятельств, препятствующих удовлетворению индивидом наиболее значимых для него потребностей.

- Состояние наркомана в период после разрушения физической зависимости можно охарактеризовать как экзистенциальный кризис. Психотерапия должна быть направлена на его разрешение, поскольку он является важнейшим фактором возврата к наркотикам.

- В поведении каждого наркомана может быть обнаружен уникальный паттерн взаимодействия с жизнью, который вместе с типичными для наркоманов чертами образует его наркоманский способ жизни.

- Не существует никакой «преднаркотической» или «донаркотической» личности. С некоторой долей уверенности можно говорить лишь о предпосылках, повышающих риск злоупотребления психоактивными веществами.

- Взаимоотношения в семье являются источниками формирования и условием воспроизводства психической зависимости у наркомана в период взросления. Психологическая зависимость наркомана и созависимость членов его семьи являются сторонами единого процесса – процесса развития наркотической личности [16].

Очевидно, что приведенный анализ не носит исчерпывающий характер. Однако он дает возможность увидеть не только многоаспектность проблемы, но и ее системность.

Наркомания как предмет психологического исследования

Злоупотребление психоактивными веществами является международной проблемой, от которой страдает почти каждая страна на земном шаре, в том числе и Россия. Систематические исследования наркомании, широко распространенные в ряде зарубежных стран, начались в нашей стране не более 15 лет назад.

Долгое время внимание исследователей наркомании в нашей стране было сосредоточено, в основном, на фармакологическом воздействии наркотических веществ, динамике физиологических процессов и общего состояния здоровья при систематическом употреблении психоактивных веществ. Концентрация внимания именно на медико-физиологическом аспекте наркомании обусловила и центральный подход к ее лечению, который редуцировал проблему наркомании до физиологической зависимости и ее купирования. Однако проблему употребления наркотических веществ следует рассматривать не только в контексте физиологии, но и в контексте личности, прибегающей к наркотикам в конкретной социальной ситуации. В этом случае профилактическая, лечебная и реабилитационная работа приобретает новое содержание, а значит, и новые возможности.

Недооценка психологических факторов и психологических механизмов в возникновении и динамике наркомании нашла свое отражение в позиции официальной наркологии, понимающей наркоманию как группу заболеваний, вызываемых систематическим употреблением наркотических веществ и проявляющихся в изменениях реактивности психики и в физиологической зависимости, а также в некоторых других психологических и социальных явлениях [139].

Анализ литературы показывает, что различные психологические направления имеют отличную друг от друга точку зрения на проблему наркомании. Основные психологические подходы к проблеме наркомании группируются вокруг ведущих направлений в психологии и наиболее разработанных теорий.

Бихевиоральный подход. Сторонники данного направления отстаивают мысль о непрерывном влиянии на человека его социального окружения. Позитивные связи хронического наркомана с обществом ограничиваются контактами с членами наркоманской группы. С точки зрения психологической структуры, наркоман принадлежит к типу личности, который слабо переносит боль и эмоциональный стресс. Если

у него отсутствуют близкие контакты с людьми, похожими на него, то он утрачивает чувство уверенности. По причине «ущербности» социального развития наркоман старается избегать любой формы ответственности, становится недружелюбным и недоверчивым по отношению к тем, кого считает частью угрожающего мира. Поэтому объединение в группы является одной из социальных потребностей, присущих наркоманам. Членов группы объединяет необходимость добывать наркотик. В ней нет иерархии, все ее члены имеют равные права, и у них нет практически никаких обязанностей по отношению друг к другу. Оказавшись втянутым в такую группу, наркоману трудно оттуда вырваться, поскольку она предлагает ему все то, чего он не может получить в реальном мире. В наркоманской группе все такие же, как он, ему там легко и просто. За пределами группы он оказывается будто бы в другом мире, где встречает непонимание, осуждение, отчужденность, агрессивность не только своей семьи, но и общества в целом. Общество отталкивает наркоманов, хотя само в значительной степени ответственно за возникновение этой болезни [95, 120].

Сазерленд [120] высказал предположение, что нарушения в поведении могут формироваться под влиянием других людей и зависят от частоты контактов с ними. Однако в некоторых исследованиях данные результаты не подтвердились: существуют подростки, которые живут в неблагоприятных материальных и семейных условиях, у них есть постоянный контакт с наркоманами, а они, тем не менее, остаются стойкими к наркотической контаминации и не становятся наркозависимыми [15].

Отметим также высокую эффективность поведения наркомана, направленного на приобретение и употребление наркотика: ни закон и милиция, ни контроль со стороны общества и семьи, ни отсутствие денег и материальных средств, ни многое другое, что могло бы быть непреодолимым препятствием для человека, не страдающего наркоманией, не является препятствием для наркомана. И всегда эта сложная цепочка поведенческих актов и событий завершается положительным подкреплением с ярко переживаемым телесным компонентом. Отказ от наркотика означает отказ от сверхэффективного поведения в пользу действий в неструктурированной враждебной среде, к тому же с низкой вероятностью успеха.

Таким образом, наркоманию можно рассматривать как высокоадаптивный способ поведения, отказ от которого является неадаптив-

ным шагом, сопряженным с риском неопределенности и ответственностью за себя. При этом трезвенническое поведение не гарантирует человеку ни счастья, ни легкости бытия, а употребление наркотика обеспечивает наркоману «исчезновение» мира с его проблемами. Если реабилитационная программа не дает четкого ответа на вопрос: «А что взамен?» – она малоэффективна.

Когнитивный подход. Наибольшее распространение в объяснении причин и последствий наркомании в рамках когнитивного подхода нашла концепция локуса контроля. Так, по мнению Дж. Роттера, одни люди приписывают свой образ действий внутренним причинам, другие объясняют его внешними обстоятельствами. Наркоманы относятся ко второй группе. Они убеждены в том, что употребляют наркотические вещества по вине других людей или из-за случая. Поэтому одной из причин их неспособности бросить употреблять наркотики является отсутствие внутреннего контроля. Данный подход помогает раскрыть сложность взаимодействий между человеком и возникающими ситуациями. Но его представители, однако, не говорят о том, почему один склонен видеть причину своего поведения в самом себе, а другой – в других. Кроме того, проведенные в последнее время исследования [109] показали, что вопрос о характере локуса контроля у наркоманов не может быть решен столь однозначно и категорично.

Более надежными и достоверными можно считать данные, касающиеся специфики когнитивных процессов у наркоманов. Так, например, обнаружено, что при опийной наркомании наблюдаются деградация воображения, выхолощенность мышления, расширение периферийного зрительного восприятия [109], снижение адекватности в понимании невербального поведения других людей [74].

Психоаналитический подход. Психоаналитические исследования наркомании сводятся в основном к объяснению возникновения зависимости дефектом в психосексуальном созревании, ведущим к оральной неудовлетворенности, что приводит к оральной фиксации [185]. Другим объяснением наркомании в рамках психоаналитического подхода является фиксация на анальной, либо на анальной и оральной стадиях развития одновременно [189]. Следовательно, зависимость рассматривается как регрессия.

Сущность этого регресса заключается в том, что личность возвращается к тому периоду развития, когда жизнь была легче, не было про-

блем, страха, вины. Этот регресс может означать слабость «Я» перед болью и фрустрацией [193]. Фрустрированная личность реагирует на окружающий мир враждебно, и если замыкается в себе, то это ведет к психическому разрушению. Для таких людей наркотик является средством, освобождающим от фрустрации путем достижения эйфории. Интересно, что эти позиции почти не подвергались в психоанализе критике или редакции, даже несмотря на то, что давно уже известно: зависимость практически невозможно «вылечить» с помощью психоаналитических методов [179]. Мы полагаем, что психоаналитический подход к терапии психической зависимости оказывается малоэффективным именно потому, что наркомания не является непосредственным результатом родительско-детских отношений и детских травм. Наркомания развивается на основе актуально возникающего в подростковом возрасте в общении между взрослым и ребенком и/или в подростковой среде психического напряжения. Именно в сфере отношений, как мы полагаем, впервые возникает почва для развития наркомании. Таким образом, психоаналитик будет работать с *«предпосылкой причины»*, но не с самой причиной. Реальный опыт работы с наркоманами опровергает амбиции психоаналитиков и требует разработки иных методов психотерапии зависимости.

Транзактный анализ. В теории Э. Берна [22] мы не находим четкого определения и понимания сущности наркомании. В соответствии с его теорией, нормальное развитие личности предполагает согласованность между собой важнейших аспектов Родителя, Взрослого и Ребенка. Это люди с хорошими границами «Я», у которых могут быть серьезные внутренние конфликты, но которые способны сбалансировать Родителя, Взрослого или Ребенка так, чтобы «позволить» каждому выполнять свои функции. В связи с этим многие исследователи высказывают предположение, что у наркомана доминирует одно эго-состояние (скорее всего, это Ребенок), либо одно эго-состояние заражено другим [148].

Наркомания также может быть рассмотрена и как игра, в которой каждый участник (это могут быть члены семьи, окружающие, «спасающие» организации) занимает определенную позицию.

Игры можно считать частью более широких и сложных транзакционных ансамблей, называемых сценариями. Сценарии относятся к *области* явлений психологического переноса, то есть представляют собой производные, точнее, адаптации инфантильных реакций и опытов [21].

Это сложное сочетание циклических по своей природе транзакций. Психологический анализ сценариев показывает сущность такого сложного явления, как созависимость в семье наркомана [22]. Несмотря на отсутствие в рамках транзактного и структурного анализа разработанной концепции наркотической зависимости, есть все основания отметить высокий теоретический и практический потенциал этого направления.

Системный подход. С позиций системного подхода наркоманию можно определить как системный комплекс, который включает элементы, различные по своей природе, уровню и динамике. Если рассмотреть наркоманию с точки зрения системной семейной психотерапии, то это семейное заболевание, «семейная проблема». Наркоман «вовлекает» в болезнь всех близких ему людей, у которых формируется созависимость. Она, в свою очередь, препятствует адекватному восприятию действительности, искажает характер внутрисемейного взаимодействия и таким образом фиксирует психическую зависимость. Если взрослый член семьи (отец или мать) зависим от психоактивных веществ, то это пагубно отражается на ребенке еще до того, как он сам непосредственно начал их употребление. Ребенок, растущий в такой семье, является элементом дисфункциональной системы и испытывает воздействие всего комплекса факторов, ведущих к развитию заболевания. Вырастая, он перенесет свой опыт во взрослую жизнь и, скорее всего, сам станет химически зависимым или свяжет свою жизнь с химически зависимым человеком [143, 27]. Безусловно, системный подход имеет значительные перспективы в анализе наркомании как сложного и многоуровневого явления. Вместе с тем заметим, что системный анализ наркомании неизбежно приводит к осознанию того, что факторы формирования и фиксации зависимости от наркотического вещества различны как по способу происхождения и функционирования, так и по своей структурной сложности и «направленности». Вполне может быть, что «наркомания как системный феномен не имеет общего телеологического основания» Эта мысль В.А. Петровского вполне подтверждается сделанным им же наблюдением, в соответствии с которым наркомания «не имеет и результирующей терапии». Таким образом, в случае наркомании мы сталкиваемся с особыми системами, специфические особенности которых не нашли отражения в исследованиях по системной проблематике. Кроме того, отметим, что сколько-нибудь серьезные системные исследования молодежной наркомании в нашей стране практически отсутствуют.

Таким образом, в рамках существующих сегодня направлений в психологии мы не находим ни одной теории или концепции, которые могли бы полностью объяснить феномены, связанные с употреблением наркотиков, не прибегая к заимствованиям из других теорий, игнорированию того, что «упрямо не объясняется», или использованию в качестве исходных положений утверждений, не имеющих логического или теоретического обоснования.

Единственный вывод, возникающий в результате анализа существующих точек зрения на наркоманию и хоть как-то способный объяснить имеющиеся данные, носит парадоксальный характер: наркомания выполняет адаптивные функции и имеет адаптивный смысл. В отсутствие сколько-нибудь развитой психологической концепции психической зависимости особого внимания заслуживают эмпирические исследования. Наибольшее количество психологических исследований наркомании связано с изучением предрасположенности к злоупотреблению психоактивными веществами.

Если говорить о предрасположенности или, шире, о факторах, приводящих к формированию наркомании, то можно сказать, что существуют биологические, социальные и психологические факторы риска вовлечения в наркотизм [70, 86, 120, 189].

В частности, стоит рассматривать в качестве фактора риска и задержку полового созревания, которая чаще всего связана с конституциональным замедлением развития и имеет психологические последствия. Переживание отставания по ряду признаков от своей возрастной группы само по себе травмирует подростка: могут появиться чувство неполноценности, нарушение идентичности, дисморфобии. Рано созревающие подростки в среднем пользуются большей симпатией у окружающих, они более уравновешенны, менее робки. В противоположность этому у поздно созревающих – больше опасений, беспокойств, вплоть до злобности, обнаруживается масса компенсаторных механизмов [129].

В специальной литературе обсуждается проблема наследования наркомании, однако значение наследственной отягощенности в развитии наркомании представлено лишь единичными исследованиями [129]. Наличие психических заболеваний в семьях больных наркоманией не может служить фактором развития данной болезни, так как частота шизофрении, аффективных психозов, эпилепсии и других судорожных расстройств в семьях больных наркоманией в целом соответствует

популяционным показателям [180]. Правда, в ряде работ все же указывается, что наследственная отягощенность психическими заболеваниями может выступать как фактор, способствующий наркомании [2]. При общей высокой частоте злоупотребления алкоголем у родственников больных наркоманией всех степеней родства по мужской линии наблюдается отчетливая тенденция к накоплению случаев злоупотребления алкоголем от третьей к первой степени родства. Выявленная тенденция к накоплению эксплозивных и гедонических черт характера у родственников больных от третьей степени родства к первой, а также повышенная встречаемость этих черт у наркозависимых могут свидетельствовать о конституциональной предрасположенности к проявлению этих черт у последних, причем, преимущественно по мужской линии.

Возникновению и высокопрогредиентному течению наркомании также способствуют: пре-, пери-, постнатальная патология; черепно-мозговые травмы, тяжелые и длительные соматические заболевания; астеническая конституция; употребление токсических ингалянтов на этапе поисковой наркомании («аддиктивное поведение»), начатое в детском возрасте. Под «аддиктивным поведением» понимают случаи раннего злоупотребления психоактивными веществами, протекающие с измененным состоянием сознания без признаков физической зависимости, сопровождающиеся психической зависимостью и ухудшением социального функционирования подростка [83].

Указанные выше факторы в большей мере обуславливают прогредиентность наркомании, чем ее возникновение. Как справедливо считает И.Н. Пятницкая, знания в этой области описательны и суждения поверхностны [123].

Заслуживают внимания работы, посвященные изучению взаимосвязи между различной патологией развития детской психики, последующим асоциальным поведением и злоупотреблениями психоактивными веществами. Анализ ряда работ представлен в обзоре Е.С. Меньшиковой [91]. Исследователей интересует, в частности, синдром расстройства внимания у детей (СДВГ), который определяется как сложности в доведении дел до конца дома и в школе, трудности в общении с близкими взрослыми и с детьми. Критерии СДВГ часто меняются, что затрудняет диагностику, кроме того, около половины детей с СДВГ имеют дополнительные нарушения поведения, связанные с физической агрессивностью. Именно эти дети впоследствии чаще зло-

употребляли наркотиками, по данным лонгитюдных исследований ряда авторов. Р. Пил и Дж. Петерсон считают, что к развитию СДВГ ведут слабая социализация и когнитивный дефицит. Вследствие тенденции нарушать правила, у детей с СДВГ в подростковом возрасте отмечается склонность к алкоголю и наркотикам. Обнаружены корреляции между употреблением наркотиков, навязчивыми мыслями и стремлением к поиску новых ощущений.

П.Б. Ганнушкин, И.Н. Пятницкая, А.Е. Личко, В.С. Битенский, Б.Г. Херсонский и другие отечественные ученые [2, 24, 26, 31, 42, 83] тесно связывают механизмы формирования наркомании с преморбидной (предшествующей) структурой личности и особенностями организма в целом. Среди психологических факторов, создающих условия для злоупотребления подростками психоактивными веществами, большое значение имеет неблагополучие в семье, и, помимо аддиктивного поведения, у подростков наблюдаются иные проявления девиантного поведения [83].

Патохарактерологическое развитие и акцентуации характера. Злоупотребления психоактивными веществами в этом контексте рассматриваются как особая динамическая форма подростковой и юношеской патологии, приобретающая по мере развития зависимости признаки, качественно отличающие ее от других форм патологии. Высказано предположение, что психопатия создает повышенный риск формирования наркомании. По данным В.С. Битенского и его соавторов [24], психопатия повышает риск возникновения наркомании.

Однако эта гипотеза не находит подтверждения в работе В.К. Смирнова и его коллег [141], которые проанализировали 600 историй болезни психопатов. Лишь 10% психопатов, у которых зафиксирована возбудимая, мозаичная или неустойчивая форма болезни, употребляют наркотики.

Ряд авторов [24, 31, 42, 83] отмечает, что на степень риска возникновения наркомании влияет не столько наличие девиации характера, сколько ее тип, даже если речь идет о вариантах нормы – акцентуациях характера подростков и юношей. По данным В.С. Битенского и его соавторов, тип акцентуации характера определяет предпочтительный выбор психоактивного вещества [24]. Эпилептоидный тип проявляет особый интерес к галлюциногенам и ингалянтам. Подростки с истероидной акцентуацией предпочитают приятное состояние или успокоение, вызываемое транквилизаторами. При шизоидном типе проявляется тен-

денция к употреблению опийных препаратов и гашиша, то есть желание вызвать у себя эмоционально приятное состояние. Отмечается склонность к аддиктивному поведению подростков с неустойчивым, конформным, гипертимным, циклоидным типами акцентуации характера. Многие исследователи [45, 24, 83, 31, 91] пришли к выводу, что высокий риск наркомании и токсикомании можно отметить у подростков с эпилептоидным, неустойчивым, гипертимным типами характера. К сожалению, приходится констатировать, что в большинстве случаев выявление факта злоупотребления психоактивными веществами происходит поздно, когда поведение подростков и юношей уже характеризуется патохарактерологическими реакциями. Поэтому следует учитывать, что личность наркомана всегда исследуется уже на фоне заболевания, что создает трудности для адекватной ее оценки и не исключает ошибок интерпретации преморбидного состояния личности из-за последующих изменений, в том числе и ее мозгового субстрата в процессе наркомании. В ряде исследований [2, 24, 45] показано наличие динамики патохарактерологических проявлений при развитии наркомании, которая обусловлена не только преморбидными особенностями личности и организма, но и – преимущественно – нейротоксическими эффектами.

Особенности личности. Многие зарубежные ученые [178, 190, 196] утверждают, что значительная часть лиц, употребляющих психоактивные вещества и находящихся в лечебных заведениях, имеет серьезные проблемы: нарушения психической активности, эмоционального функционирования, снижение самооценки, способностей к совладанию со стрессом и саморегуляции, низкие показатели интеллекта и личностные расстройства.

Отмечается также низкий общеобразовательный и культурный уровень, недостаточное развитие духовных аспектов личностей наркоманов [182], низкая самооценка и неудовлетворенность жизнью [176]. Однако Д. Шредер и М. Лафлин пришли к выводу о том, что на основе существующих данных о корреляции между самооценкой и употреблением наркотиков нельзя однозначно утверждать, что самооценка является одним из наиболее значимых факторов наркомании [200].

В связи с этим необходимо упомянуть об исследованиях личностных предпосылок и попытках построения «специфического профиля» личности, предрасположенной к употреблению наркотических веществ. Предпринятые в этом направлении исследования весьма противоречи-

вы. Подростковый возраст, как известно, характеризуется как кризисный, а следовательно, уязвимый и со стороны физиологии, и со стороны социальных факторов (в частности, семьи, школы, молодежной субкультуры). Проблемы в общении, нестабильность самооценки, неорганизованность, неоформленность, высокая подверженность стрессам, а также высокая склонность к различным экспериментам (как способу поиска чего-то «своего»), стремление быть принятым какой-либо социальной группой – все это является фоном, повышающим вероятность употребления подростком психоактивных веществ.

Основная причина значительной уязвимости подросткового возраста – это неустойчивость Я-концепции. Показано, что некоторые специфические особенности Я-концепции у подростков могут выступать как фактор формирования наркозависимости [120].

Как известно, Я-концепция формируется под воздействием социального окружения и предопределяет взаимодействие подростка с ним. Следовательно, чем нестабильнее социальные факторы, тем менее устойчива подростковая Я-концепция. Кроме того, важнейшим аспектом формирования «образа Я» у подростка является образ тела; а поскольку тело подростка постоянно развивается и изменяется, то развивается и изменяется его Я-концепция, а следовательно, и способы взаимодействия со средой. Кризисность, конфликтность подростка заключается еще и в том, что он испытывает потребность не только в присоединении к социальной группе, но и в одновременном отделении себя от привычной для него социальной среды, даже в противостоянии ей в обретении и раскрытии своего «Я». Очевидно, что подростковое «Я» – сущность энергетически мощная, требующая постоянного самовыражения, разрядки, но одновременно и неопределенная, очень часто наполненная содержанием опыта родителей, более взрослых друзей, других значимых людей. Противоречие между потенциальной возможностью и реальным содержанием деятельности порождает внутреннее напряжение подростка, и необходимость снятия этого напряжения с каждой минутой становится все более острой. Очень часто наиболее эффективным способом снижения напряжения для подростка оказывается та или иная форма девиантного поведения, в том числе и поведение, направленное на употребление психоактивных веществ [108].

Анализ существующей литературы не дает ответа на вопрос о том, какие именно особенности личности можно считать факторами риска в

приобщении к употреблению наркотических веществ. Среди психологических факторов, создающих условия для злоупотребления подростками психоактивными веществами, большое значение имеет неблагополучие в семье. Кроме этого, многие исследования [70, 127, 120] показывают, что значительная часть подростков-наркоманов воспитывается в неполных семьях.

Значительный интерес представляют работы, посвященные исследованию черт, свойственных людям, злоупотребляющим наркотиками и алкоголем. К ним можно отнести: слабое развитие самоконтроля и самодисциплины; эмоциональную незрелость; низкую устойчивость к всевозможным воздействиям и неумение прогнозировать последствия действий и преодолевать трудности; деформированную систему ценностей; склонность неадекватно реагировать на фрустрирующие обстоятельства, неумение найти продуктивный выход из трудной психотравмирующей ситуации; болезненную впечатлительность, обидчивость; неспособность адекватно воспринимать ситуации, связанные с необходимостью преодоления жизненных трудностей, налаживанием отношений с окружающими и регуляцией своего поведения.

Н.Ю. Максимова [90] предполагает, что актуализации психологической готовности подростков к употреблению наркотических веществ способствуют следующие причины: неспособность к продуктивному выходу из ситуации затрудненности удовлетворения актуальных, жизненно важных потребностей; несформированность и неэффективность способов психологической защиты, позволяющей хотя бы на время снять эмоциональное напряжение; наличие психотравмирующей ситуации, из которой подросток не находит выхода.

Таким образом, подросток оказывается беспомощным перед захлестывающими его отрицательными состояниями и прибегает к изменению своего состояния химическим путем.

П. Дьюс [цит. по: 70] полагает, что субъект, употребляя наркотики, нанося себе вред, «попадает под контроль схемы с неподходящим способом подкрепления – наркотическим веществом». Наркотик помогает неуверенному и боязливому человеку освободиться от страха и неуверенности.

Отмечается, что в результате развития наркотической зависимости личность начинает изменяться. Внутренние конфликты обостряются, а слабость психической адаптации становится все более очевидной.

Мотивационная сфера. Мотивационно-потребностная сфера личности имеет большое значение на начальном этапе наркотизации. Зарубежные исследователи в качестве мотивов употребления подростками и молодежью психоактивных веществ приводят: «влияние приятеля», «потребность в изменении своего состояния», «желание уйти с помощью наркотиков от решения жизненных проблем, снять эмоциональный дискомфорт» [180, 193]. Э. Фромм рассматривает употребление наркотиков как частный случай культа потребительства среди молодежи, следовательно, мотивом приобщения к наркотикам служит стремление «потреблять счастье» как товар. Среди мотивов, противодействующих употреблению наркотиков, отметим «отсутствие к ним интереса», «влияние друзей и родителей», кроме того, для девушек большое значение имеет выраженность религиозных чувств, а для юношей – успехи в школе.

В работах отечественных ученых [12, 31, 83, 110], посвященных изучению мотивов употребления наркотиков, упоминается о групповой конформности – желании «не отставать» от сверстников, а также о поиске необычных ощущений и переживаний, о «скуке». Мнение авторов о роли указанных мотивов расходятся. А.Е. Личко и В.С. Битенский использовали классификацию мотивов, которую В.Ю. Завьялов разработал для алкоголиков [83], выделяя вслед за ним следующие группы мотивов.

1. *Социально-психологические мотивы:* обусловленные традицией и культурой; субмиссивные, отражающие подчинение давлению других людей или референтной группы; псевдокультурные, свидетельствующие о стремлении подростка приспособиться к «наркотическим ценностям» подростковой группы.

В.С. Битенский считает, что эти мотивы характерны для начального этапа наркотизации. Подростки часто объясняли употребление наркотиков тем, что они подчинялись давлению сверстников.

2. *Потребность в изменении собственного состояния:* гедонистические мотивы; атарактические мотивы; мотивы гиперактивации поведения.

В.С. Битенский и его коллеги обнаружили, что эти мотивы также играют большую роль на начальных стадиях наркотизации и легко признаются подростками в беседах [26].

3. *Патологическая мотивация,* связанная с наличием абстинентного синдрома и патологического влечения к наркотику.

В.С. Битенский считает, что подросток, как правило, руководствуется комплексом мотивов. Характер ведущего мотива определяется стадией наркомании, а также особенностями характера и личности наркомана [23].

Большинство заключений о мотивах употребления подростками психоактивных веществ сделаны на основании их анкетирования или использования метода интервью. Строго говоря, эти методы выявляют не мотивацию, а мотивировку, то есть объяснения субъектом причин действия путем указания на социально приемлемые для него и его референтной группы обстоятельства. Мотивы, как известно, могут не осознаваться субъектом, кроме того, возможны значительные искажения в их вербализации. В связи с этим заслуживают внимания работы В.В. Гульдана, использовавшего проективный и психосемантический методы [51]. Они обеспечивают получение более объективных результатов по сравнению с опросниками. Изучение эмоционального отношения и структуры представлений о наркомании московских школьников 10-17 лет, проведенное В.В. Гульдано в 1989 году, показало, что поведенческие особенности тесно связаны с характером ситуации, полом, возрастом. Наиболее неблагоприятными тенденциями являются:

- отсутствие внутренних запретов на токсикоманические средства в отличие от наркотиков, так как у подростков 14-17 лет существует мнение о том, что наркомания чревата большими последствиями, чем токсикомания;

- в 12-13 лет – зависимость поведения от ситуации;
- в 14-15 лет – склонность к риску и повышенная активность;
- в 16-17 лет – отсутствие включенности в ситуацию друзей, семьи.

Вне зависимости от пола и возраста, при «экспериментировании» с наркотическими и токсикоманическими веществами главными оказались мотивы, связанные с особенностями общения подростков в группе. Главным мотивом отказа от пробы для мальчиков 12-15 лет явилось не опасение за здоровье, как у взрослых испытуемых, а отсутствие возможностей достать наркотики.

Анализ возрастных изменений источников информации и структуры соответствующих представлений выявил, что различные способы преподнесения недифференцированных по своему содержанию сведений ведут к мозаичности, разорванности, противоречивости представлений о наркомании и токсикомании подростков. Резко отрицательное эмоцио-

нальное отношение к стереотипу «наркоман» и «токсикоман» зачастую совпадает с интересом к «экспериментированию». Обнаруженные расхождения мотивировок и мотивов, которые являются результатом несовпадения формально известных подростку правил, норм, запретов и реалий молодежной субкультуры, отражают когнитивный диссонанс школьников в отношении к проблеме наркомании и токсикомании.

В рамках уже упоминавшегося исследования В.В. Гульдана был проведен сравнительный психосемантический анализ мотивов приема и отказа от наркотиков у подростков асоциального и аддиктивного поведения (30 человек) и учащихся одной из московских школ (контрольная группа из 30 человек). При сравнении иерархии мотивов приема наркотических веществ в экспериментальной и контрольной группах отмечено, что интерес, любопытство к наркотикам присущи представителям обеих. Вместе с тем авторы не исключают того, что у подростков вызывает интерес любой новый и эмоционально окрашенный объект. Поэтому вопрос о специфичности «любопытства» как мотива употребления наркотических веществ требует дальнейшего изучения. Все испытуемые с помощью наркотиков предполагают «избавиться от неприятностей» (3-е место – контрольная группа, 1-е место – асоциальные подростки). Для всех испытуемых противопоставление себя группе сверстников не является значимой причиной приема наркотических веществ. Для контрольной группы испытуемых в ситуации возможного приема наркотиков несущественным является влияние сверстников. Для них более заманчивым оказалось изменение сознания с помощью наркотика, возможность пережить приятные ощущения (2-е место в иерархии мотивов). Асоциальные подростки более подвержены влиянию группы сверстников при выборе поведения в пользу приема психоактивных веществ (2-е место – «влияние старшего друга», 4-е место – «желание не отстать от своей компании»).

Все испытуемые в качестве ведущих мотивов отказа от приема наркотиков указали опасения за здоровье («разрушение организма», «привычка», «боязнь стать психически неполноценными»). Наказание со стороны родителей, как и исключение из учебного заведения, всеми испытуемыми единодушно признано несущественным в решении вопроса об отказе от наркотиков. Страх смерти одинаково нейтрален для всех испытуемых этого возраста. В группе подростков с отклоняющимся от нормы поведением установлена большая подверженность давлению

нию группы в отношении приема наркотиков, более формальный подход к выбору мотивов отказа.

В ряде работ подчеркнута необходимость изучения культурных факторов, мотивирующих детей и подростков к употреблению ингалянтов, наркотиков [192]. Отмечено, что представления взрослых людей об алкоголе оказывают существенное влияние на поведение детей, в частности, на употребление ими ингалянтов. Обнаружены связи между вдыханием школьниками летучих веществ, употреблением алкоголя и курением [201].

Отвечая на вопрос об основной причине, побудившей к первому употреблению алкоголя, 30,5% старшеклассников ответили, что они стали пить из любопытства, 20,1% – потому, что взрослые пьют, 15,8% – чтобы почувствовать себя взрослым, 10,4% – чтобы утвердиться в группе сверстников, 9% – так как скучно, 5,8% – чтобы легче общаться с другими людьми, 3,6% – для смелости, 2,5% – чтобы устранить страх, 2,2% – чтобы снять напряжение. Выявленные мотивы можно объединить в четыре группы: а) познавательные; б) самоутверждения; в) символического участия; г) снятия психодинамического напряжения [77].

С.П. Генайло, проведя клиническое обследование, установил, что наркомания формируется преимущественно в подростковом возрасте у лиц с выраженными тенденциями к самоутверждению и немедленному выполнению своих претензий.

В то же время это люди со сниженной способностью к длительной, целенаправленной деятельности, с раздражительностью, склонностью к избыточному фантазированию, демонстративному проявлению чувств, подражанию и лжи. Это дало автору основание предположить у них нарушение равновесия между потребностями и возможностями, что приводит к снижению социальной адаптации и способствует формированию асоциальных форм поведения [43]. Таким образом, согласно предположению С.П. Генайло, фактором, повышающим риск наркотизации, является высокий уровень напряженности потребностей и низкий уровень возможности их удовлетворения. К сожалению, остается неясным качественное содержание потребностей, фрустрация которых повышает риск приобщения к наркотикам. Отметим также еще одно очень важное обстоятельство. Для значительного числа исследований причин наркотизации характерно традиционное понимание поведения человека как процесса, направленного на удовлетворение потребности или нескольких

потребностей. Обнаружение потребности или класса потребностей, неудовлетворение которых выступало бы как специфическая предпосылка наркотизации, означало бы, во-первых, наличие в наркомании телеологического основания, а во-вторых, возможность построения результирующей терапии. Однако, как показывают научные исследования и анализ клинической практики, наркомания не имеет ни общего телеологического основания, ни результирующей терапии (В.А. Петровский).

Мы полагаем, что ответ на вопрос о том, что представляет собой класс потребностей, лежащих в основе формирования психической зависимости, отсутствует до сих пор именно потому, что причины наркотизации связаны с иными, нежели потребности и потребностные состояния, психическими феноменами. Мы считаем, что решающим условием формирования психической зависимости является переживание «могу» (В.А. Петровский), то есть переживание избыточности возможностей удовлетворения потребностей, а не сами неудовлетворенные потребности как таковые. Переживание «могу» принципиально отличается от переживаний, связанных с тем, что я чего-то не могу. «Могу» – это избыток переживания, которое близко к тому, что С.Л. Рубинштейн обозначал термином «интерес», а В.А. Петровский обозначает термином «устремление». Есть некие «я могу»: я могу потребовать (наркотик), я могу это взять, я могу это употребить в компании друзей. «Я могу» характеризуется субъективным ощущением преодоления помех: ничто не мешает мне это сделать. А дальше возникает ощущение грандиозных возможностей – разрешения генерализованной неудовлетворенности. Стремление субъекта воспользоваться нарастающими возможностями – это не совсем то, что в психологии называют термином «потребность», это иной вид побуждения. Разницу между побуждениями, основанными на дефицитности (потребности), и побуждениями, порожденными переживаниями избыточности, рассмотрим на следующем примере. Аффективная потребность, то есть потребность быть принятым в группе, – это *дефицитность*, это отсутствие субъективного переживания принятости другими, значительности для других, нужности им и т. п. Наличие такой потребности нередко подталкивает субъекта к употреблению наркотиков как к способу завоевания симпатии группы. В свою очередь, побуждения, основанные на избыточности, возникают тогда, когда субъект переживает ощущение свободы, а именно свободы воспользоваться своими возможностями, что *подталкивает его* вперед, за пределы ти-

пичного для него поведения. Примером такого рода состояний является *бравлада*, порой увлекающая субъекта далеко за рамки того поведения, которое было бы сообразно с его потребностями. В бравладе субъект переживает и пользуется избытком своих возможностей: я чувствую себя смелым, рискующим, ничем не ограниченным. Такое переживание «могу», побуждение активности субъекта в какой-либо сфере отношений или деятельности снижает, а то и вовсе снимает остроту переживаний «не могу» во всех других сферах отношений и деятельности. Возможно, поэтому наркотик и становится практически универсальным средством решения жизненных проблем.

Наиболее рельефно на фоне остальных причин наркотизации выступает одно из ценнейших качеств личности – любопытство. Пытливость ума, который сам себя ведет к *гибели*. Трагедия гордыни, пренебрегающей техникой безопасности живых систем. Любопытство – это психическое состояние, которое возникает в результате необходимости ориентировки в окружающей обстановке. Ориентировочно-исследовательский рефлекс «Что такое?» заложен в природу животных и человека.

Этот механизм играет большую роль в приспособлении человека к среде обитания. Чаще всего любопытство, как психическое состояние, прекращается после того, как «тайна» разъяснилась, а неизвестное стало известным. У детей любопытство проявляется сильнее, чем у взрослых. Любопытство, как феномен специфической человеческой активности, несомненно, требует дальнейшего изучения. Вопрос о том, почему жажда новых впечатлений сильнее страха смерти, еще ждет своего окончательного ответа.

Одним из первых авторов, предложивших методику измерения потребности в поиске впечатлений, побуждающих человека к тому или иному виду деятельности, был американский психолог М. Цукерман. Основой его теории, разработанной в 1960-х годах, явилось положение, что люди различаются по оптимальному уровню стимуляции и возбуждения, и эти различия влияют на выбор ими различных форм жизненной активности. В 1979 году М. Цукерман описал общий паттерн поведения, связанный с высокой склонностью к поиску впечатлений, и определил ее как потребность в различных новых впечатлениях и переживаниях, стремлении к физическому и социальному риску ради этих впечатлений. Для измерения отдельных структурных компонентов этой потребности

им был предложен тест, который содержал следующие шкалы: а) поиск физического риска, интерес к спорту и другим видам деятельности, связанным с физической опасностью; б) поиск нового опыта, интерес к новым впечатлениям и опыту, достигаемому в том числе и через употребление наркотиков, бродяжничество и т. п.; в) несоответствие поведения социальным нормам – употребление алкоголя, игра на деньги и т. п.; г) чувствительность к скуке: стремление к новостям, знакомствам с новыми людьми, неприятие рутины, скучных занятий.

Исследованиями ряда авторов установлено, что подростки с высокими показателями теста Цукермана стремились к экспериментированию с наркотическими веществами с целью повысить уровень возбуждения и получить разнообразные ощущения, которые в момент совершения рискованного поступка ассоциируются ими с чувством нарастающего напряжения, в последний момент сменяющегося разрядкой.

Ряд отечественных исследователей считает, что во многих случаях отклоняющееся поведение подростков обусловлено действием механизма поиска впечатлений на фоне неразвитости у них сферы потребностей, а также искажением процесса социализации и особенностями эмоциональной сферы – низкой стрессоустойчивостью и повышенной тревожностью [9, 36],

Во Всероссийском научном центре Минздрава РФ были проведены исследования по методике Цукермана, показавшие, что, при равной потребности в поиске впечатлений, формы ее проявления на поведенческом уровне могут иметь как социальную, так и асоциальную ориентацию. Выделены три основные формы «опредмечивания» потребности в поиске впечатлений: физический риск, интеллектуальная активность, социальный риск. Обнаружена высокая положительная связь устойчивых форм поведения, выбора определенных видов деятельности с этими тремя ведущими мотивами: у спортсменов – с физическим риском, у учащихся спецшкол – с интеллектуальной активностью, у обычных подростков – с социальным риском.

Исследователи рекомендуют применять методику Цукермана для расширения возможностей индивидуального подхода к коррекции поведения подростка, так как выявляя его интересы и склонности, можно по-разному направлять его активность: привлекать к занятиям спортом с высокой степенью риска, развивать интеллектуальные интересы, включать в неформальные молодежные объединения просоциальной ориентации [50].

Феномен бескорыстного риска впервые был выявлен и глубоко исследован В.А. Петровским в работах 1971-1977 годов. Показано, что существует тенденция приближения к опасности вне ее прагматической стимуляции. Эта тенденция не может быть объяснена поверхностными мотивами самоутверждения, например, стремлением произвести впечатление. Был обнаружен парадоксальный факт повышения вероятности «рисковых» проявлений личности с ростом уровня опасности ситуации. Опасность оказывается не просто притягивающей, она вызывает стремление рисковать в направлении опасности [104]. Не этим ли объясняется низкая эффективность профилактических программ, основанных на информировании подростков об опасности наркотиков?

Эмоции. В работах Н.С. Курека [74] выявлены особенности эмоциональной активности наркозависимых: снижение адекватности восприятия эмоций у другого человека по мимике, жестам и позам; нормальный или повышенный уровень эмоциональной экспрессии; нивелировка половых различий в эмоциональной сфере между юношами и девушками. Таким образом, отмечаются не только нарушения эмоциональной сферы наркозависимых, но, что особенно важно с точки зрения изучения социального поведения наркоманов, нарушения в выражении и распознавании эмоций.

В последние десятилетия в центре внимания врачей и психологов находится проблема эмоционального стресса. Причины его разнообразны: катастрофы, стихийные бедствия, межнациональные и межрегиональные конфликты, рост насилия, экономическая нестабильность, неурядицы в семье, физическое напряжение, болезнь близких, монотонная деятельность взрослых, проблемы обучения в школе детей и т. д. Специалисты в области медицины, физиологии и психологии считают стресс одной из причин многих физических заболеваний и психических расстройств, а также фактором, способствующим употреблению алкоголя и наркотиков. Круг явлений, вызывающих травматические стрессовые нарушения, достаточно широк и охватывает множество ситуаций, когда возникает угроза собственной жизни или жизни близкого человека, угроза физическому здоровью или образу «Я». Нарушения, развивающиеся после пережитой психологической травмы, затрагивают все уровни функционирования (физиологический, личностный, уровень межличностного и социального взаимодействия) и приводят к стойким личностным изменениям не только у тех, кто непосредственно пережил

стресс, но и у членов их семей и очевидцев событий. Посттравматические стрессовые нарушения способствуют формированию специфических семейных сценариев и могут влиять на всю дальнейшую жизнь.

Психологически травмированными могут оказаться и дети. Учителя и родители часто не знают, как вести себя с ними и как можно им помочь. Ситуация усугубляется еще и тем, что многие родители, имеющие таких детей, тоже травмированы (а взрослый, который не может помочь себе, конечно же, не сможет помочь и своему ребенку).

Учет психологических особенностей человека, перенесшего травматический стресс, повышение компетентности в данном вопросе позволяют снизить тяжелые последствия полученной им психотравмы до минимума.

Социальные факторы. Многие исследователи пришли к выводу, что сильнее всего риск употребления наркотиков выражен у молодежи в возрасте 12-18 лет. В это время молодые люди должны справиться с большим количеством задач развития: подготовить свой уход из родительского дома, достичь признания в своей возрастной группе, завязать дружеские и партнерские отношения, определить перспективу будущей профессии, создать собственную шкалу ценностей и этическое самосознание как основу собственного поведения. Риск отклоняющегося поведения (употребление наркотиков и алкоголя – это лишь одна из возможных форм) возникает, если молодой человек не видит этих задач, не может их принять, либо решение этих задач является для него (или кажется ему) невозможным.

Особую роль в приобщении подростков к наркотикам играет неформальная группа. Ее влияние на личность подростка очень велико. Постоянные нарушения взаимоотношений подростка со сверстниками могут являться тонким показателем возможных аномалий психического развития. По мере взросления подростка система его взаимоотношений со сверстниками оказывает все возрастающее влияние на его поведение и установки. Популярность ребенка в группе связана с рядом его индивидуальных особенностей: уровень интеллектуального развития; приятный внешний вид; живость в общении; способность к установлению дружеских контактов; успешность в тех или иных видах деятельности, которые наиболее значимы для членов группы. Непопулярность и социальная отвергнутость ребенка могут быть предвестниками отклоняющегося поведения и психических нарушений. М.А. Алемаскин ус-

тановил, что подростки становятся на путь отклоняющегося поведения под влиянием старших по возрасту ребят [5].

Необходимо сказать, что школа как социальный институт тоже может являться фактором риска приобщения к наркотикам. Было установлено, что нестабильность преподавательского состава наиболее характерна для школ, в которых отмечается наибольшее число проблем среди учащихся. Если школа действительно может повлиять на подростка, важно знать, каким образом можно обеспечить ее позитивное воздействие. К сожалению, надежных данных, касающихся этого вопроса, немного. Д. Харгрейвс [187] в исследовании социальных взаимоотношений в средних школах обратил внимание на последствия жесткого разделения учеников на потоки. В более успешных группах отмечаются хорошие взаимоотношения между учителем и учениками, и последние, как правило, преданы школе и серьезно относятся к учебе. От детей из группы более слабых учителя ожидают только плохого, и, кроме того, подростки в таких группах получают меньше положительных эмоций. Эти наиболее слабые группы, по существу, формируют особую субкультуру, в рамках которой может осуществляться приобщение к наркомании. Данные этого исследования хорошо согласуются с данными других авторов. Создается впечатление, что разграничение между сильными и слабыми учениками с большой вероятностью приводит к формированию у слабых подростков отклоняющегося поведения.

Существенный интерес с точки зрения анализа причин наркотизации представляет вопрос об устойчивости (трансситуативности) поведения человека. Высказываются полярные точки зрения о детерминации поведения человека устойчивыми характерологическими особенностями, с одной стороны, и ситуативными факторами – с другой [127].

По мнению ряда авторов, исследующих проблему наркомании, продуктивным является подход, основанный на использовании принципа дополнительности взаимодействия трансситуативных и ситуативных факторов, причем в большинстве случаев детерминирующими являются личностные, а ситуативные играют роль модулятора (определяя вариативность проявления личностных). В некоторых случаях иерархия факторов может меняться. Преувеличение роли ситуативных факторов в поведении (свойственное сторонникам бихевиорального направления) может приводить к особо негативным последствиям при теоретической и практической оценке наркомании у подростков. Рассмотрение ситуа-

тивных факторов в качестве детерминант (а не модуляторов) приводит к освобождению личности от ответственности за свое поведение.

Таким образом, факторы риска приобщения к наркотикам не должны рассматриваться изолированно друг от друга. Решающую роль играет их взаимодействие.

Анализ исследований отечественных и зарубежных психологов, а также исследования, проведенные нами [114, 120], позволяют сформулировать следующие выводы.

1. Имеющиеся психологические данные неоднородны и противоречивы по характеру, а корреляты употребления наркотиков часто путают с их причинами.

2. Ни одна концепция возникновения и формирования психологической зависимости не представляется исчерпывающей и убедительной.

3. Столкновение личности с обстоятельствами, препятствующими реализации в жизни ее глубинных, базисных тенденций, повышает вероятность злоупотребления наркотиками.

4. Злоупотребление наркотиками является защитной активностью личности перед лицом трудностей, которые препятствуют удовлетворению наиболее важных и значимых для нее потребностей, и имеет адаптивный смысл.

5. Побуждением к употреблению наркотиков могут быть не только ожидания снижения напряженности неудовлетворенных потребностей, но и ожидания возрастания возможностей действия на фоне наркотического опьянения. Речь идет об отношении к наркотику как к средству, увеличивающему возможности индивида во взаимодействии с миром.

Конечно, приведенный анализ не является исчерпывающим. Однако он дает возможность увидеть многоаспектность проблемы и роль психического фактора в динамике зависимости. И мы еще раз подчеркнем, что эффективное лечение наркомании возможно, если оно строится как системное воздействие, способное повысить возможности личности самореализоваться в динамичной социальной среде.

Наименее исследованным аспектом наркомании оказывается центральный компонент зависимости – психическая зависимость от наркотика. На наш взгляд, это объясняется рядом причин. Во-первых, длительной недооценкой психических факторов патогенеза при наркомании. Во-вторых, отсутствием достоверных и надежных данных об эф-

фективности различных методов преодоления психической зависимости. В-третьих, неразработанностью методологической базы для исследования структуры функций и динамики психической зависимости от наркотического вещества.

Однако очевидно, что все попытки первичной, вторичной (реабилитация) и третичной профилактики наркомании среди молодежи будут малоэффективны без анализа центрального компонента наркомании – психической зависимости.

Подводя итоги исследований факторов, способствующих приобщению подростков к употреблению одурманивающих веществ, можно сказать, что основу внутренних побудительных сил составляют: механизм поиска впечатлений на фоне неразвитости сферы потребностей, подражание взрослым (или сверстникам), искажение процесса социализации, потребность в саморегуляции внутреннего состояния, особенно в психотравмирующей ситуации, нарушения в эмоциональной и/или познавательной сфере, недостаток научных знаний о здоровом образе жизни, об алкоголе, табаке, наркотиках, их свойствах, последствиях их употребления для личности и общества, а также семейные проблемы. Спровоцировать интерес к наркотикам и токсическим веществам и желание поэкспериментировать с ними может и когнитивно-эмоциональный диссонанс в структуре представлений школьников о наркомании и токсикомании, возникающий при некомпетентной антинаркотической пропаганде, не учитывающей половозрастные особенности школьников.

Наркоманская субкультура как фактор приобщения к наркотикам

Наркомания – это болезнь, порождающая в условиях города особую культуру. В период взросления подростки ищут поддержки у других, чтобы справиться с физическими, эмоциональными и социальными переменами в их жизни. Так образуется круг сверстников, играющий существенную роль в развитии социальных навыков. Подросток перенимает у своих друзей как конструктивные, так и деструктивные виды поведения, в том числе и наркоманское поведение.

Наркоманская субкультура возникла как реакция на отношение общества к наркомании, ее появление и развитие – неизбежный процесс.

Она служит кругу наркоманов для «смягчения» явлений, на которые люди за ее пределами смотрят как на психическое отклонение или криминальное поведение. Анализ содержания и направленности наркоманской субкультуры позволяет говорить о ней как об «антисистеме», явлении крайне негативном, поскольку она способствует приобщению к наркотикам и поддерживает их употребление. Ее можно отнести к социальным факторам наркотизации населения. Она привносит в общество особый жаргон, настроение и стиль поведения, свои традиции и представления.

Наркоманская субкультура обманчива, но для подростка реально притягательна. Жизнь наркомана – постоянный риск, неограниченная свобода, самоутверждение, новые впечатления, приключения, насыщенность переживаниями. Подростку кажется, что отношения среди наркоманов – идиллические: забота, преданность, дружба, самоотверженность и т. д. Его удивляют свойственные наркоманам легкость установления межличностных контактов, проницательность и т. д. Действительно, опытный наркоман в считанные минуты может найти общий язык с любым человеком, даже в сложной жизненной ситуации.

На самом деле группа наркоманов лишь собрание людей, каждый из которых выступает друг для друга средством достижения одной единственной цели – очередной дозы. Возможно, сплоченность в группе наркоманов действительно достаточно высока, поскольку они все объединены одной целью.

Обычно наркоманы приобщают новичков к наркотикам двумя способами. Первый – опосредованный. Он заключается в косвенном влиянии на подростка с помощью ярких эмоциональных рассказов о насыщенности жизни наркоманов, о «красочности» переживаний, об «ином» мире, о престижности наркотиков. В результате подросток начинает верить в то, что самое интересное в жизни – наркотики и все, что с ними связано.

Второй способ заключается в непосредственном предложении наркотиков. Человек в среде наркоманов не может долгое время быть лишь наблюдателем. Он либо уходит из этой среды, либо начинает жить по ее правилам. Если группа является для него значимой, он стремится сохранить общение и начинает принимать наркотики, которые вскоре становятся уже не условием включенности в группу, а способом существования.

В обоих случаях наркоманская субкультура имеет для соприкоснувшихся с ней подростков эмоциональную привлекательность, дает им возможность уйти от решения своих проблем, почувствовать иллю-

зорную преданность, любовь, дружбу, риск, свободу, ощутить престижность своего положения, приобщиться к миру, недоступному родителям и другим взрослым.

Наркоманская субкультура чрезвычайно жизнеспособна. Она легко допускает то, что в обществе принято считать неприемлемым, то, что отрицает семья и школа. Близость смертельной опасности обостряет чувства, ускоряет мысли, эмоционально насыщает обыденную жизнь.

Наркоманская субкультура задает модель поведения и одновременно предоставляет полигон для ускоренной социализации подростка. Эксперименты «за пределами дозволенного», «посвящение в избранные» увлекают любопытных, обеспечивая «идеологическую» устойчивость системы. Таким образом, наркокультура легко приспосабливается и сохраняет свою привлекательность для подростка, конфликтующего со взрослым миром.

Необыкновенный, неведомый, недоступный родителям опыт позволяет подростку чувствовать себя более значительным. Наркокультура обесценивает и обесмысливает любые другие культурные достижения, воспроизводит и противопоставляет всему, в том числе и самой жизни, экзистенциальный вакуум, заполненный своей же ретрансляцией.

Наши исследования помогли понять причину столь безрезультатных попыток социального воздействия на наркокультуру. Диалог с вакуумом оказывается практически невозможным!

Изучение семантических конструкций наркокультуры позволило нам выявить некоторые глубоко скрытые аспекты ее функционирования.

1. *Слитность (нерасчлененность) содержательных и операциональных значений.* В наркокультуре тексты высказываний строятся, как правило, из одних предикатов (бессубъектно). Большинство суждений имеют форму глаголов, а субъект высказывания (подлежащее) в предложениях либо обозначается невербально, либо не обозначается вообще.

2. *Инакоязычность. Зашифрованность.* «Язык», живущий в общепринятом языке общения, слова, которые используются при построении фраз, текстов и даже диалогов в среде «посвященных» в наркокультуру, по существу, не имеют никакого отношения к своим первоначальным значениям.

Наши исследования показали, что главная опасность существования «тайного языка» не столько в том, что его не всегда понимают родители, наставники и учителя, сколько в том, что, разговаривая на общеприня-

том языке, используя общепринятые слова, взрослые направляют мысли своих воспитанников в другое русло, не подозревая об этом.

3. *Прямая противоположность значений и действий.* Противоположность первоначально обнаруживается в том, что из лексикона подростка, «входящего» в наркокультуру, постепенно «вымываются» высказывания личностного характера, высказывания от первого лица и единственного числа, то, что принято называть «Я»; они заменяются на высказывания от первого лица множественного числа, то, что принято называть «Мы».

Однако формирование спланированного, на первый взгляд, образа «Мы» на самом деле не соответствует и даже противоречит действительным отношениям, складывающимся между подростками, начавшими употреблять наркотики. Есть основания говорить, что реальная формула выглядит следующим образом: чем глубже переживаемое «Мы», тем больше недоверия друг другу в межличностных отношениях подростков, употребляющих наркотики.

4. *Религиозно-философские утверждения.* Для наркоманов характерны ригидные когнитивные конструкции, наполняемые лишенными смысла (вне контекста) религиозно-философскими утверждениями. Утверждения, взятые из различных литературных источников, выполняют, скорее, агитационно-идеологическую роль и предназначены преимущественно для тех, кто испытывает интеллектуальные сомнения в предлагаемых действиях, связанных с употреблением наркотиков. Здесь легко обнаружить и буддийский отказ от всех желаний, и христианское всепрощение – так необходимое употребляющим наркотики условие для жизни в среде, построенной на тотальном обмане, и презрительное отношение к земным благам, и обещанную всеми религиями вечность, всеобщее коммунистическое равенство.

В качестве внешних атрибутов рекламно-побудительного характера наркокультуры (для начинающих) выступает мифологическая эклектика двух самостоятельных субкультурных образований. Первое можно назвать элитарной (богемной) субкультурой, носителями которой являются артисты, художники, звезды эстрады, люди искусства и люди около искусства, а также богатые меценаты и спонсоры. Второе можно назвать криминальной субкультурой, носителями которой являются люди, живущие «по понятиям», воры, бандиты, криминальные авторитеты, мошенники, бывшие осужденные, преступные группировки. Как

в элитарной, так и в криминальной субкультуре допустимо употребление наркотиков, однако оно не является самоценным и стержневым, как в наркокультуре. Более того, каждая из двух названных субкультур имеет четко выраженную направленность и отнюдь не аморфную систему ценностей. Наличие правил и ценностей обуславливает существование санкций за их нарушение или попрание.

В названных субкультурах складывается иерархия, обуславливающая соподчиненность всех ее членов, а значит, и конкуренцию между ними. В наркоманской субкультуре лидеры могут возникать лишь ситуативно, только для получения дозы; поскольку иерархии, как таковой, не существует, то, соответственно, и устойчивой структуры в наркоманской группе не складывается (С.В. Березин, К.С. Лисецкий).

«Звезда» шоу-бизнеса вылетает с «Олимпа», если утрачивает профессиональную конкурентоспособность; это далеко не всегда связано с употреблением наркотических веществ, но наркотики могут являться причиной ее потери. Таким образом, «баловство» с наркотиками находится под контролем системы. В противном случае система избавляется от своих неудачников, и тогда наркокультура их принимает безвозвратно.

Еще более строго обстоит дело с употреблением наркотиков в криминальном мире. Авторитеты, криминальные иерархи в случае злоупотребления наркотиками лишаются доверия своей системы. Наркотики употреблять не запрещено, но становиться зависимым не позволено никому из лидеров. В криминальном мире наркотики являются скорее предметом бизнеса, источником финансового благополучия и наполнения «общака», нежели смыслом жизни отдельных членов или группы в целом. В преступной среде наркоманы, как правило, не могут занимать важного положения из соображений безопасности и устойчивости системы.

Обобщая изложенное, можно говорить об особых отличиях наркокультуры от других субкультурных явлений. Отсутствие иерархии, специфичность субкультурного продукта, того, что называется экзистенциальный вакуум, позволяет заметить полную *недиалогичность* наркокультуры как вовне, так и внутри, единомыслие ее членов, с одной стороны, и полное отсутствие доверия во взаимоотношениях, с другой стороны, а также элементы демонстративного псевдоэлитарного поведения в сочетании с универсальной преступной направленностью, даже без криминальной квалификации. Высокая степень подражательности говорит о маргинальности наркокультуры, в которой остается одна-единственная ценность, один бог, одно правило – наркотик.

Глава 2

Личностные аспекты наркомании, психическая зависимость при наркомании

Как уже говорилось, в традиционной наркологии наркомания рассматривается как неизлечимая болезнь с более или менее продолжительными ремиссиями [122, 123, 161]. В структуре наркомании выделяют ряд основных феноменов, которые проявляются в ходе развития болезни.

1. *Синдром психической зависимости.* Его суть заключается в том, что без приема наркотиков человек перестает чувствовать себя более-менее «вписанным» в жизнь. Наркотик становится важнейшим условием контакта человека с жизнью, собой, другими людьми.

2. *Синдром физической зависимости,* который заключается в том, что постепенно наркотик встраивается в различные цепи обменных процессов в организме. Если наркоман не принимает соответствующее количество наркотика, он испытывает различные по степени выраженности физические страдания: ломота, сухость кожи (или, наоборот, обильная потливость). Это явление называется абстинентным синдромом. Для его снятия необходимо принятие наркотика, дозы которого постоянно увеличиваются.

3. *Синдром измененной реактивности организма к действию наркотика.* Важнейшую роль в структуре данного синдрома играет толерантность. Ее возрастание, стабилизация на высоком уровне, снижение относят к стержневым симптомам наркомании [123].

С полной уверенностью можно утверждать, что современная наркология ориентирована преимущественно на реализацию лечебных воздействий, направленных на синдром физической зависимости и изменение реактивности организма на прием наркотического вещества. В подавляющем большинстве случаев лечение сводится к госпитализации больного, лишению его возможности принимать наркотики, проведению дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии. В последние годы в лечении больных наркоманией все более активно начинают использоваться различные средства, заимствованные из психиатрии. Перечисленные мероприятия купируют абстинентный синдром, разрушают физическую зависимость [13]. При этом психическая зависимость, которая, на наш взгляд, играет в развитии наркомании важнейшую

роль, остается вне досягаемости для существующих сегодня терапевтических мероприятий, построенных в соответствии с традиционным психиатрическим подходом. Увы, «внушение больному отвращения к принимаемому средству, когда он находится в состоянии гипноза и во время выработки отрицательного рефлекса на вещество, которым злоупотребляет» [161], оказывается малопродуктивным методом разрушения психической зависимости.

Клинические наблюдения показывают, что чисто медицинский подход к наркомании оказывается неэффективным как в плане лечения и реабилитации, так и – тем более – в плане профилактики [120].

Итак, низкая эффективность сложившихся в наркологии подходов к лечению наркомании связана с тем, что вне их досягаемости оказывается синдром психической зависимости от наркотиков. Анализ специальной литературы показывает, что различные аспекты возникновения, структуры, динамики, терапии, а также места и функции психической зависимости до сих пор остаются недостаточно исследованными.

На наш взгляд, сложившаяся ситуация вызвана несколькими причинами. Прежде всего, тем, что, будучи одним из первых (по времени формирования) феноменов, психическая зависимость одновременно является и самым длительным (по времени существования), и самым трудно устранимым феноменом. С развитием наркомании и появлением другой симптоматики психическая зависимость и в сознании наркомана, и в сознании связанных с ним людей – родственников и медицинских работников – отступает на второй план как менее острое (в переживаниях) и менее яркое (внешне) явление, уступая место таким феноменам, как, например, абстинентный синдром. Поскольку подавляющее большинство наркоманов обращается за помощью на довольно поздних стадиях *болезни*, то внимание специалистов концентрируется, прежде всего, на физиологической симптоматике. В отношении психической составляющей абстинентного синдрома используются, как правило, фармакологические средства арсенала психиатрии. Не останавливаясь сейчас подробно на психологическом аспекте абстинентного синдрома, отметим лишь, что его значение в практике лечения наркомании явно недооценивается. Наши клинические наблюдения за поведением наркоманов в состоянии абстинентного кризиса показывают, что наиболее важную роль в его протекании играют не столько телесные страдания, сколько *ожидание* этих страданий и *отношение* к ним. Эти наблюдения хорошо соотносят-

ся с давно известными в психологии фактами, говорящими о том, что физическая боль зависит от настроения и эмоционального состояния в конкретный момент. Так, даже очень болезненные раны в пылу сражения остаются незамеченными. Известно, что если фокус внимания наркомана в период обострения абстинентного синдрома смещен с ожидания страдания на какую-либо динамичную активность (например, управление автомобилем и др.), то интенсивность физических страданий существенно снижается. Не менее важным, на наш взгляд, является научно еще не зафиксированный, но хорошо известный из практики факт более *ответственного* отношения к лечению и последующей поддерживающей психотерапии у наркоманов, переживших абстинентный синдром без медицинской помощи (ломка «всухую»).

Таким образом, будучи оттесненной на второй план проявлениями абстинентного синдрома, психическая зависимость и воспринимается как второстепенная в структуре наркомании. В связи с этим внимание исследователей концентрируется, прежде всего, на соматических и физиологических аспектах наркомании. Пребывание наркомана в стационаре, каким бы продолжительным оно ни было, тем не менее ограничено по времени. Сложившаяся практика такова, что пребывание в стационаре ограничено периодом, необходимым для купирования абстиненции и стабилизации соматического здоровья. Таким образом, наркоман, находящийся в стадии ремиссии, оказывается за пределами лечебного учреждения при сохранении психической зависимости. В условиях крайней неразвитости в нашей стране системы амбулаторной психотерапевтической и поддерживающей помощи наркоманам в период ремиссии сохранение психической зависимости является важнейшей причиной рецидива болезни.

Наш опыт показывает, что в условиях вынужденного отказа от употребления наркотиков, например, вследствие пребывания в исправительных учреждениях, психическая зависимость может сохраняться на протяжении нескольких лет.

Еще одной причиной недостаточной исследованности психической зависимости является ее сложное строение. В наркологии [121, 123, 161] психическая зависимость рассматривается как синдром, в структуре которого выделяют психическое (обсессивное) влечение к наркотику и способность достижения психического комфорта в интоксикации. При этом «психическое влечение выражается в постоянных мыслях о

наркотики, подъеме настроения в предвкушении приема, подавленности, неудовлетворенности в отсутствие наркотика. Часто влечение сопровождается борьбой мотивов. В сочетании с навязчивостью мыслей о наркотики это дает основание называть психическое влечение *обсессивным*» [161, с. 224].

Отметим здесь, что одной из характеристик обсессивных состояний является то, что для их возникновения не требуется определенных ситуаций. Между тем, тот же автор отмечает, что «влечение обостряется при неприятных переживаниях, встречах с друзьями-наркоманами, разговорах о наркотиках» [161, С. 224] На самом деле круг ситуаций, *обостряющих* стремление к наркотику, гораздо шире приведенного и должен включать в себя, как минимум, разнообразные семейные ситуации [114, 120]. Роль семьи в консервации психической зависимости от наркотика будет подробно рассмотрена нами ниже. Здесь же обратим внимание на то, что характеристика психического влечения как *обсессивного* и недостаточна, и неадекватна. Ее недостаточность связана с тем, что, фиксируя навязчивый характер стремления к наркотику, она игнорирует то, что само по себе употребление наркотика на определенном этапе развития наркомании перестает быть *целью* и становится *средством*, то есть помимо аспекта «хочу» в нем явно просматривается «могу».

Неадекватность характеристики влечения к наркотику как навязчивого заключается, на наш взгляд, в том, что само это влечение переживается наркоманом как **его собственное** состояние, тогда как для навязчивых состояний характерно то, что они воспринимаются человеком как *чуждые*.

Низкий уровень разработанности проблемы психической зависимости обнаруживается и при соотнесении феномена зависимости с используемым для его характеристики понятием «влечение». Как известно, влечение – это «психическое состояние, выражающее недифференцированную, неосознанную или недостаточно осознанную потребность субъекта. Влечение является преходящим явлением, поскольку представленная в нем потребность либо угасает, либо осознается, превращаясь в конкретное намерение, желание, мечту и др.» [119, С. 52]. Очевидно, что такое определение *влечения* очень условно соотносится с обозначенным этим словом в контексте проблемы психической зависимости явлением:

а) стремление к наркотику всегда осознается и субъективно переживается как желание и конкретное намерение, следовательно, это не влечение; не осознается причина, по которой субъект стремится к наркотику;

б) трудно согласиться также с тем, что в стремлении к наркотику представленная в нем потребность угасает; напротив, психологический анализ показывает, что представленная в стремлении к наркотику потребность **воспроизводится**, причем воспроизводится в «расширенном» варианте.

Если мы вернемся к классическому психоаналитическому пониманию влечения, сформулированному З. Фрейдом [186], то должны будем выяснить и описать такие его аспекты, как источник, цель, объект и сила. Попытки характеризовать психическую зависимость как влечение через характеристику ее аспектов приводят к необходимости отказа от этого понятия как неадекватного. Например, попробуйте дифференцировать источник, цель и объект влечения. Получилось? Любые попытки такой дифференциации оказываются безуспешными, если только не вводятся различные допущения и оговорки.

Таким образом, мы приходим к пониманию того, что явление, обозначаемое в современной наркологии и психиатрии как обсессивное влечение к наркотику, требует более адекватного названия. Нужно отметить, что в «наркоманском» сленге существует жаргонизм, совершенно точно отражающий сущность психической зависимости – «тяга». Точно так же в сленге наркоманов существует слово, обозначающее физическую зависимость, – «кумары». Заметим, что в сознании наркомана эти виды зависимости так же разведены, как и в научной литературе. Наркоманы говорят: «Тяга – в голове, а кумары – в теле».

Своеобразным подтверждением большего соответствия жаргонизма «тяга» сущности психологической зависимости по сравнению с традиционно используемым в психиатрии понятием «влечение» является то, что в неформальном межличностном общении при обсуждении профессиональных проблем наркологи предпочитают использовать слово «тяга».

Таким образом, анализируя структуру психической зависимости, мы сталкиваемся с особой реальностью, которая требует специального *психологического* обозначения.

В поисках обозначения для той особой формы активности, которая реализует психическую зависимость, мы остановились на слове «уст-

ремления». Мы полагаем, что тот смысл, который вкладывает в понятие «устремление» В.А. Петровский, соответствует специфике обсуждаемого феномена, прежде всего, потому, что устремление является такой формой активности, в которой наркотик как цель и наркотик как средство представлены одновременно, совместно. В устремлении «хочу» (влечение) и «могу» (навыки, знание, опыт) выступают совместно, «поддерживая друг друга и переходя друг в друга» [115, С. 7]. Далее вчитаемся в авторский текст: «Устремленный человек знает, чего он хочет, располагает определенной схемой действия и, кроме того, действует, а не просто грезит. Быть устремленным – это значит располагать возможностями, которые прорываются вовне. В устремлении проявляется именно избыток возможностей, а не их недостаточность. Здесь главное – само действие. Оно самоценно и заключает в себе возможность самовоспроизводства» [115, С. 7]. Конечно, наркоман знает, чего он хочет; очевидно, что он располагает весьма эффективной схемой действия; наконец, он действует! Сама возможность употреблять наркотик возникает как побуждение к действию в направлении возможности, как средство изменения состояния, когда состояние не устраивает.

Заметим, что в обыденном языке также существует слово, объединяющее в себе модус желаний и модус возможностей. Это слово «охота». Вот как определяет его В. Даль: «Состояние человека, который что-либо хочет; хотение, желание, склонность или стремление; ...страсть, слепая любовь» [54]. С.И. Ожегов дает сходное толкование слова «охота», акцентируя в нем «чреватость действия» и неопределенность одновременно: «желание, стремление...» [100]. Охота пуще неволи.

Следовательно, «охота» – это не просто желание или стремление, а **собственное** желание, которое сильнее **воли**. Более того, семантика обыденного слова «охота» содержит в себе интенцию качественного преобразования, саморазвития:

«Отдайся охоте, будешь в неволе» – или: «Смолоду – в охоту, под старость – в неволю» [54].

Таким образом, мы полагаем, что в психической зависимости выражается для наркомана избыток возможностей. Бесспорным, на наш взгляд, аргументом в пользу последнего тезиса является существование второго выделяемого в наркологии симптома в структуре синдрома психической зависимости, а именно симптома *способности достиже-*

ния состояния психического комфорта в интоксикации. Наиболее существенным нам представляется здесь понимание того, «что состояние психического комфорта в интоксикации для наркомана означает не только уход от дискомфорта трезвости, но и восстановление психических функций. Наркотик становится необходимым условием благополучного психического существования и функционирования» [161, С. 225]. Таким образом, мы действительно видим именно избыток возможностей, а не их недостаточность. Если мы теперь признаем, что по психологическому статусу психическая зависимость от наркотика – это *устремление*, то есть особая форма активности субъекта, которая характеризуется своей способностью к самовоспроизводству и самодвижению, то понятными и объяснимыми станут те особенности феномена, которые ранее только фиксировались, но не объяснялись. Мы имеем в виду такие особенности, как неспецифичность [123, 161, 95], длительность [161], трудноустранимость [161], развитие в процессе болезни (появление со временем новых черт) [123], ажитация [95], воспроизводимость.

Понимание перечисленных параметров психической зависимости возникает в ходе следующих рассуждений. Психическая зависимость как устремление характеризуется своей самоценностью. Такой подход совершенно лишает смысла вполне прагматичный вопрос: устремление к чему? Значит, психическая зависимость неспецифична. Устремление как форма активности самоценно само по себе, а самоценность для субъекта заключается в возможности перехода «хочу» в «могу», когда каждое последующее движение становится условием возрастания «хочу», а достижение желаемого – условием возрастания «могу». Таким образом, причины движения не в какой-либо цели, что подразумевало бы возможность ответа на вопрос «Влечение к чему?» – или: «Устремление к чему?», а в самом движении. Это и объясняет неспецифичность психической зависимости: наркоману, по большому счету, не важно, «что употребить».

Понимание психической зависимости как устремления практически снимает вопрос о причинах ее воспроизведения: устремление имманентно содержит в себе возможность самовоспроизводства [105]. При этом важнейшим условием воспроизводства является «соблазн возможности» [105].

Соблазн возможности оказывается сильнее, чем инстинкт самосохранения. Здесь сама *возможность* становится достаточным основанием действия. Более того, как показывают наши клинические наблюдения, зачастую, употребляя наркотики, наркоман действует не потому, что стремится к какому-либо результату, а потому, что стремится к реализации самого действия. Устремление к реализации действия, мотивируемое возможностью действовать, раскрывает нам отличие психической зависимости как устремления от других устремлений, например, эмоциональных. В эмоциональных устремлениях взаимопереход «хочу» в «могу» и обратно, поддерживаемый средой, приводит к наращиванию и расширению *реальных* возможностей индивида, в том числе и возможности управления собственным «хочу». Способность управлять собственными желаниями, саморегуляция эмоциональных состояний означает эмоциональную и личностную зрелость. Развитие эмоциональных устремлений сопряжено с развитием саморегуляции. Нарастание психической зависимости, как специфического устремления, имеет свою логику. По мере развития физиологической симптоматики наркомании способность субъекта к саморегуляции своего «хочу» снижается. Таким образом, «хочу», как характеристика субъекта, подменяется *необходимостью*, как следствием болезни. «Хочу», как выражение направленности субъекта, вытесняется *необходимостью*, как следствием нарушения физиологической организации индивида. Поэтому психическая зависимость, как устремление, циклична. Метафора, выражающая самодвижения позитивных устремлений, – движение по спирали. Метафора, выражающая самодвижение психической зависимости, – движение по окружности. Это проясняет, почему психическая зависимость не является условием личностного роста, в отличие от устремлений в когнитивной, эмоциональной или волевой сфере.

Понятными становятся и причины трудноустранимости психической зависимости. Очевидно, что устранение психической зависимости означает либо нарушение возможности перехода ценностно-целевого аспекта отношения к наркотику в инструментальный и наоборот, либо разрушение одного или обоих этих аспектов. Однако теперь достаточно вспомнить, что состояние наркотического опьянения – это состояние, когда достигается *нормальное* психическое функционирование [123, 161], чтобы стала понятной вся сложность ответа на вопрос: «А что взамен?» Что можно предложить наркоману взамен доступных ему, хо-

рошо им освоенных и простых способов достижения состояния нормального функционирования? Мы в процессе наших исследований и клинической практики обнаружили один возможный ответ: только более эффективные способы взаимодействия с жизнью... Практическая, инструментальная сторона этого ответа видится нам в поисках средств (терапевтические методы и техники, терапевтическая среда) развития не связанных с наркотиками устремлений. Возможность построения такой терапевтической практики показана в работах В.А. Петровского и его сотрудников [115, 152].

Проведенный нами анализ дает основание утверждать, что эффективность программ первичной профилактики напрямую зависит от того, насколько они способствуют порождению трансфинитных форм активности в когнитивной, эмоциональной и волевой сферах личности [106]. Будучи самоценными и самопорождающими, эти формы активности выступают как надежный фактор наркоустойчивости [120].

В 1998-1999 годах нами было проведено исследование, суть которого заключалась в следующем. На предварительном этапе было отобрано 120 человек (80 мужчин и 40 женщин) в возрасте от 25 до 30 лет, чье детство и юность прошли в максимально насыщенной факторами наркориска среде; все они имели опыт пробного употребления наркотиков. Нас интересовало субъективное мнение испытуемого при интерпретации объективного факта: все они смогли отказаться от наркотиков на этапе экспериментирования и никто из них не стал наркоманом. Нами использовался метод беседы. Испытуемого спрашивали: «Что, на ваш взгляд, было причиной, побудившей вас принимать наркотики (удержавшей от употребления)?» Получив ответ, исследователь задавал вопрос: «Почему это было важно для вас?» – или: «А для чего это было вам нужно?» – и т. п. Опрос оканчивался тогда, когда испытуемый не мог дать ответа или воспроизводил уже звучавший ответ. Анализ текстов высказываний испытуемых показывает, что в 87% случаев причиной, удержавшей испытуемого от дальнейшего употребления наркотиков, были устремления в когнитивной, эмоциональной, волевой сферах. При этом в 76% случаев устремления испытуемых были связаны с социальной сферой жизни. Мы полагаем, что в данном случае речь идет о значимости социальной самореализации, значимости стать значимым для других.

Еще одна важная причина трудноустраняемости психической зависимости видится нам в следующем. Важнейшие черты психической за-

висимости – самодвижение, самопорождение, воспроизводимость и др. – наделяют ее носителя свойствами *субъекта*. Наличие в структуре личности наркомана психической зависимости приводит к тому, что в поведении наркомана возникают *субъектные* проявления. Субъектность поведения индивида, обладающего психической зависимостью, очевидна: это поведение, *преодолевающее биологические* ограничения (инстинкт самосохранения) и социальные запреты и нормы. Такие субъектные проявления находят свою продолженность в личности других людей, для которых наркоман обладает личностной значимостью (члены семьи, друзья и т. п.). Таким образом, наркоман приобретает представленность в жизненной ситуации близких ему людей, выступая как источник преобразования этой ситуации. Именно поэтому обнаружение факта наркомании в семье становится стартом стремительного формирования созависимости [114, 120]. Отражаясь в других, психическая зависимость наркомана выступает как деятельное начало, меняющее взгляд этих людей на жизнь, на себя, на семью, формирующее у них новые побуждения, ставящее перед ними новые цели. Жизнь семьи наркомана принципиально меняется, как только его наркомания становится явной для близких.

Основания активности наркомана (зависимость) и ее последствия имеют для членов его семьи тот или иной личностный смысл. Заметим при этом, что эффекты инобытия наркомана (то есть, бытия в идеальной форме в психическом пространстве связанных с ним межличностными отношениями людей [105, 106]) оказываются более глубокими и мощными, чем эффекты его реального бытия. Близкие наркозависимого воспринимают его опосредовано через его болезнь. Как будто бы его наркомания и есть его сущность.

Отраженное бытие психической зависимости наркомана в других людях (родных и близких), находя в них свою идеальную продолженность и представленность, становится фактором развития личности индивида с наркотической зависимостью. Личность, по мысли В.А. Петровского, развивается во взаимопереходах отраженной и возвращенной субъектности. Таким образом, отражая те изменения, которые наркоман производит в жизни других людей, он сам развивается как личность. Однако очевидно, что *отраженное, возвращенное и реально действующее* не совпадают и не могут совпадать! Реально действует наркоман, как целокупность ипостасей его как человека (индивид, личность,

индивидуальность), в других отражаются субъектные проявления его психической зависимости, а возвращаются достроенные до целостной завершенности образы наркомана. Таким образом, сущностное в личности индивида, обладающего психической зависимостью, вступает в противоречие с отраженным в других людях и в себе самом (то есть с существованием). Иными словами, ненаркотическое сущностное вступает в конфликт с наркотическим существованием. Последнее обстоятельство полностью подтверждается данными эмпирических исследований психических и личностных особенностей наркоманов периода взросления, приведенными далее.

Особый трагизм только что описанного механизма видится нам в следующем. Все хорошее и доброе, чем обладал человек до начала употребления наркотиков, не исчезает и потом – оно продолжает существовать, но преимущественно во внутреннем пространстве бытия индивида, в его интраиндивидуальном пространстве. В окружающих близких отражается теперь не ранее любимый и дорогой им человек, а *проявления его наркотического поведения*. Теперь индивид, употребляющий наркотики, отражается в близких людях не во всей совокупности своих человеческих черт, а *частично*, как наркоман. Именно эта «частичная отраженность» и возвращается ему, становясь основой развития особой структуры его личности. Сын Павел, употребляющий наркотики, смотрит на своего отца Петра и через него понимает, что он – наркоман.

Конечно, в отказе алкоголика признать, что он алкоголик можно усматривать снижение (или отсутствие) критичности по отношению к болезни. Однако, когда в ответ на фразу «Ты алкоголик!» больной алкоголизмом говорит: «Нет, я не алкоголик», разве тогда он не прав хотя бы отчасти?! Ведь он действительно не алкоголик, он – человек. Отказ видеть в наркомане человека («Мой сын – наркоман!»), как и болезнь в человеке («Он не наркоман!») – есть ни что иное, как проявления зависимости.

Таким образом, во взаимопереходах отраженных и возвращенных поведенческих проявлений *психической зависимости* развивается особая ипостась личности индивида с наркотической зависимостью – личность наркомана. Назовем ее *наркотической личностью*. Так, в пространстве бытия индивида, употребляющего наркотики, развивается патологическое образование – наркотическая личность. Важнейшее условие ее развития – реакции окружающих наркомана людей. Глубинный внутрилич-

ностный конфликт, сопровождающий наркоманию [114], является, по нашему мнению, конфликтом личности и наркотической личности индивида. Психологические исследования наркомании, о которых шла речь выше, клинические данные, наблюдения за поведением наркоманов, а также свидетельства родителей наркоманов убедительно показывают не только высокую устойчивость наркотической личности, но и ее большую эффективность, гибкость и адаптивность. Очевидно, что ее «разрушение» может быть результатом только неадаптивных проявлений здоровой части личности страдающего наркоманией человека, замеченных и поддержанных родителями и близкими. Таким образом, мы полагаем, что вторичная профилактика наркомании должна быть направлена на развитие устремлений здоровой части личности наркомана.

Поскольку, как это было показано выше, результирующим эффектом возникновения психической зависимости является развитие *наркотической личности*, то нам представляется правомерным и обоснованным рассмотреть различные типы ее атрибуции бытию индивида, страдающего наркоманией. Следуя логике В.А. Петровского [103, 105, 106, 115], мы должны дать интраиндивидуальную, интериндивидуальную и метаиндивидуальную интерпретации *наркотической личности*.

В интраиндивидуальном пространстве наркотическая личность описывается как те характеристики индивида, появление которых связано с употреблением наркотика. Различные попытки построения «портретов», «профилей» наркоманов есть не что иное, как описание наркотической личности в интраиндивидуальном пространстве. Результаты наших исследований, выполненных в этом направлении, подробно приведены далее в этой главе. Здесь же отметим лишь чрезвычайно конфликтный характер отношений *наркотической личности* с другими аспектами личности наркомана. Именно этим объясняются крайняя противоречивость, конфликтность и несовместимость интраиндивидуальных черт личности наркомана, обнаруженные нами при использовании проективных методов [113].

Очень ярко и образно остроту переживаемого конфликта выразил один из наших клиентов: «Ну как тут не уколоться, когда у тебя в душе и палач, и жертва?» (Александр Н., 22 года, стаж опийной наркомании 2 года 7 месяцев).

Мы полагаем, что наличие глубинного конфликта между различными аспектами личности наркомана на интраиндивидуальном уровне выступает как одно из условий воспроизводства психической зависимости.

В пространстве межличностных связей (**интериндивидуальная личностная атрибуция**) наркотическая личность проявляется, прежде всего, в специфических для наркомании и неспецифических для нее играх, в которые играют наркоманы. Лживость, лень, конфликтность, игнорирование морально-этических норм в поведении, манипулятивность – вот типичный для наркотической личности набор интериндивидуальных характеристик. Принципиальное значение, на наш взгляд, имеет тот факт, что внимание родителей наркомана сосредоточено, прежде всего, на проявлениях наркотической личности. Анализ взаимодействия наркомана с членами его семьи во время семейных сессий дает основание утверждать, что общение в «наркоманских» семьях строится именно с наркотической личностью. При этом здоровая часть личности практически игнорируется. Таким образом, в системе межличностных отношений мы также обнаруживаем условия воспроизведения психической зависимости. Такими условиями, на наш взгляд, являются дефицит спонтанности и близости во внутрисемейном (и, шире, социальном) взаимодействии, игнорирование со стороны родителей «здоровой» части личности наркомана, напряженность межличностных отношений. Здесь мы сталкиваемся с переживанием того самого драматизма несоответствия «бытия-для-себя» и «бытия-для-других» [103]. Наконец, когда мы говорим о **метаиндивидуальной атрибуции** наркотической личности, мы имеем в виду широчайший круг явлений, описываемых понятием «созависимость». Наша позиция, аргументация которой будет приведена далее, заключается в том, что в основе созависимых отношений при наркомании лежат ригидные субъектные представленности наркомана в сознании его родителей и близких.

Понимание созависимости как совокупности эффектов, порождаемых субъектной представленностью наркотической личности в жизни окружающих его людей, объясняет ранее лишь отмечавшийся факт продолжения существования созависимого поведения не только за пределами актуального взаимодействия с наркоманом, но и в случаях, когда наркоман не существует физически (смерть в результате передозировки и т. п.).

Говоря о метаиндивидуальном аспекте наркотической личности отметим, что речь идет и о вкладах субъекта в себя как «в другого»: проявления наркотической личности отражаются и в других, приобретая в них свою продолженность, и в самом наркомане, расширяя сферу сво-

его присутствия, сокращая пространство здоровой части личности наркомана. Здесь мы видим кольцо самопричинности в развитии психической зависимости и наркотической личности. Заметим, что «самопричинность» развития наркотической личности объясняет наличие принципиальной разницы между шизофреническим расщеплением личности и двойственностью личности при наркомании.

Таким образом, мы полагаем, что важнейшим условием, поддерживающим психическую зависимость, является метаиндивидуальная представленность наркомана в жизни других людей и в его собственной жизни. Иными словами, семья не является *причиной* наркотизации: она представляет собой *условие* формирования психической зависимости.

Проведенный нами анализ психической зависимости, выполненный в рамках теории персонализации (А.В. Петровский, В.А. Петровский), позволил нам описать ее структуру, динамику, условия возникновения и воспроизводства.

Обнаружив очень перспективную, на наш взгляд, возможность интерпретации психической зависимости как особого устремления, мы неизбежно сталкиваемся с необходимостью поиска и определения условий, в которых это устремление приобретает способность к неограниченному воспроизводству

Очевидно, однако, что обнаружение условий возникновения и развития психической зависимости, понимаемой как устремление, это лишь первый, хотя и очень важный с точки зрения первичной и вторичной профилактики шаг. Вторым шагом должен быть поиск психологических средств воздействия, разрушающих или модифицирующих условия, которые создают возможность порождения и воспроизводства психической зависимости. Мы полагаем, что условия, «поддерживающие» существование психической зависимости, могут быть сгруппированы в три основных типа:

- интраиндивидуальные (индивидуально-психологические);
- интериндивидуальные (существующие и «скрывающиеся» в пространстве межиндивидуальных связей);
- метаиндивидуальные (существующие не просто за границами самого индивидуального субъекта, а именно «за пределами его актуальных связей с другими индивидами, за пределами его совместной деятельности с ними») [103].

В данном случае мы используем понятия, введенные В.А. Петровским. И хотя в его работе [103] речь шла о различных типах личностной атрибуции, мы видим возможность использования понятий *интраиндивидуальный*, *интериндивидуальный* и *метаиндивидуальный* для обозначения тех сфер личностных проявлений, в которых могут быть обнаружены феномены, порождающие и поддерживающие психическую зависимость при наркомании.

Условия *интраиндивидуального* типа традиционно являются предметом подавляющего большинства психологических исследований наркомании.

Условия *интериндивидуального* типа – это, прежде всего, семейные связи и внутрисемейные отношения. Нужно отметить, что литература, посвященная анализу порождающих и поддерживающих психическую зависимость условий, которые могли бы быть отнесены к этой сфере, сосредоточена, в основном, вокруг двух проблем: проблемы созависимости в семье и проблемы отношений в «наркоманской» группе. По сравнению со сферой интраиндивидуальных условий, условия интериндивидуального типа изучены, на наш взгляд, крайне недостаточно.

Наконец, мы рассматриваем и инобытие наркомана как условие воспроизводства психической зависимости. Каких-либо исследований, которые были бы посвящены изучению условий этого типа, нам обнаружить в литературе не удалось.

Применение концепции метаиндивидуального инобытия личности для анализа динамики психической зависимости от наркотиков позволяет распространить принципы семейной психотерапии даже на те случаи, когда наркоман живет вне семьи или воспитывался вне семьи: условием формирования созависимости является не семья сама по себе, а *значимость* наркомана для другого и другого для наркомана.

Еще одним важным следствием, вытекающим из приведенных выше рассуждений и открывающим перспективы дальнейших исследований, является возможность интерпретации психической зависимости при наркомании как отношений созависимости с самим собой. Здесь имеются в виду субъектные «вклады» наркомана в себя как в «другого». Предварительные исследования показывают, что в отношениях различных аспектов личности наркомана обнаруживаются многие феномены, характерные для созависимости.

Понимание психической зависимости как специфических отношений между «здоровой» и «наркотической» личностью индивида, упот-

ребляющего наркотики, позволяет расширить арсенал методов психотерапии зависимости, а также разработать методы, отвечающие специфике наркомании.

Психологические особенности наркоманов периода взросления

Анализ патогенеза при злоупотреблении психоактивными веществами показывает, что начало систематического употребления наркотических веществ становится мощным фактором стремительных изменений в жизни наркомана, формирования специфических черт поведения и образа жизни. Начало употребления наркотиков приводит к кардинальному изменению отношения человека с Собой, Другими, Культурой, Природой, Богом. Очевидно, что, не зная специфики и глубины личностных и психических трансформаций при наркомании, невозможно построить эффективную и научно обоснованную систему первичной и тем более вторичной профилактики наркомании. Однако, несмотря на всю актуальность изучения психологических особенностей наркоманов периода взросления, подобные исследования крайне недостаточны, а имеющиеся данные фрагментарны. Отсутствие сколь угодно значительного массива отечественных данных о психологических особенностях наркоманов объясняется, на наш взгляд, тем, что вся проблематика наркомании долгое время была предметом деятельности преимущественно работников правоохранительных структур и органов здравоохранения. Отсюда и явный дефицит эмпирических исследований, выполненных с позиций психологии (а также социологии, культурологии, педагогики и других наук).

В то же время анализ развития наркомании, проведенный нами на выборке более 300 человек в возрасте от 13 до 30 лет, показывает, что патогенез наркомании имеет несколько стадий, каждая из которых характеризуется своими специфическими изменениями в психике и личности. Однако объектом психологических исследований личность наркомана становится, как правило, на поздних стадиях наркотизации. Каково влияние наркотика на личность на этапе экспериментирования, на этапе эпизодического употребления или на этапе латентной наркотизации? Достаточных данных для достоверных ответов на эти вопросы нет. Отсюда и фрагментарность современных представлений о психологических особенностях наркоманов.

Существенная трудность заключается также в том, что можно выделить ряд общих черт, свойственных людям, злоупотребляющим разными видами психоактивных веществ, например, наркотиками и алкоголем. Это такие черты, как слабый самоконтроль, низкая устойчивость к всевозможным воздействиям, неумение прогнозировать последствия действий и преодолевать трудности, эмоциональная неустойчивость и незрелость, склонность неадекватно реагировать на фрустрирующие обстоятельства, неумение найти продуктивный выход из психотравмирующей ситуации, низкая самодисциплина [53, 114]. Это часто приводит к неоправданному обобщению данных, полученных на разных выборках, и утрате специфичности исследуемого предмета. Конечно, в поведении лиц, страдающих алкоголизмом и различными типами наркоманий, много общего, однако даже незначительный опыт работы с наркоманами убеждает, что психология наркоманий принципиально отлична от психологии алкоголизма.

По меткому выражению наркомана, анализирующего свое алкогольное прошлое и наркоманское настоящее, «алкоголик решает проблему счастья – несчастья, а наркоман – проблему жизни и смерти» (Дмитрий Б., 24 года, стаж опийной наркомании 2 года, алкоголизма – 2,5 года).

Еще одной проблемой, неизбежно возникающей при исследовании психологических особенностей наркоманов, является проблема метода. Подавляющее большинство современных данных о специфике психологического склада наркоманов получено с помощью стандартизированных методик (тесты-опросники, шкалы и др.) в условиях амбулаторного или стационарного лечения. Мы полагаем, что данные, полученные таким образом, недостаточно надежны и экологичны. В связи с этим особый интерес, на наш взгляд, представляют данные, полученные с помощью проективных методик [53, 114], а также данные включенного наблюдения за поведением наркоманов в процессе психотерапии.

Исследование и описание специфических для наркомана периода взросления черт личности и поведения имеет особую важность, так как позволяет отделить индивидуально-психологические характеристики молодого человека от сформированных наркоманским образом жизни, эффективно планировать и осуществлять мероприятия по первичной и вторичной профилактике наркомании среди молодежи.

Аспектам личностной динамики при наркомании посвящено много исследований, которые позволяют создать обобщенный психологический портрет наркомана периода взросления:

1. Слабый или смешанный тип высшей нервной деятельности; преобладает астеническое телосложение.

2. Гипотимный или эмотивный тип реагирования.

3. Характеристики: пассивность, мягкость характера, уступчивость, развитое чувство вины; добродушие и кротость, совестьливость, высокая моральность, верность; высокая чувствительность к средовым воздействиям, нерешительность, боязливость, застенчивость, склонность перекладывать принятие решений и ответственность на плечи окружающих, тревожность, мнительность, настроение в значительной мере зависит от отношения окружающих к нему, впечатлительность, склонность к глубокой привязанности, интровертированность, пессимистичность, необщительность, склонность к фантазированию, поиск признания, стремление к сотрудничеству; лживость, капризность, скрытая повышенная страсть к самодемонстрации и склонность к драматизации имеющихся проблем, стремление потакать своим слабостям.

Обобщение характеристик создает образ человека, лишённого азарта экзистенциального творчества.

Структуре личности наркомана свойственны:

- сниженная интегративная функция «Я», мотивационная и эмоциональная неустойчивость, эмоциональная незрелость;
- аффилиативная ведущая потребность (то есть поиск покровителя);
- высокий уровень мотивации избегания неуспеха, *преобладание* страха перед неуспехом над надеждой на успех;
- ярко выраженная пассивно-страдательная позиция, сильное «Супер-эго»;
- отсутствие потребности в признании; выраженное стремление прятать душевные и сексуальные переживания;
- пассивно-зависимый стиль межличностного поведения; выраженное стремление уйти от конфронтации с жестким противостоянием сильных личностей в мир идеальных отношений, в мир фантазий, приспособиться к коллективу, а также к отречению и деструкции своего «Я»;
- стиль мышления, сочетающий в себе вербально-аналитические и художественные наклонности; в стрессе происходит блокировка и нерешительность;

- защитные механизмы: вытеснение или навязчивость, отказ от самореализации.

Наблюдения за наркоманами, а также данные проективных методик показали, что опийные наркоманы склонны к нарциссизму и пассивному поведению, для них характерно сильное стремление получить удовольствие, такие личности не выносят никакого напряжения, не переносят боли, разочарования и ожидания.

Полученные нами данные о психологических особенностях наркоманов на стадии экспериментирования и эпизодического употребления наркотиков позволяют выделить следующие черты личности молодых людей, которые выступают предпосылкой дальнейшего развития наркомании: эмоциональная незрелость; неполноценная психосексуальная организация; агрессивность и нетерпимость; слабые адаптационные способности; склонность к регрессивному поведению; сниженная способность к искреннему общению с партнером [114]. На недостаточную социальную адаптацию будущих наркоманов, особенно в сложных условиях, указывает и И.Н. Пятницкая [123].

В более поздний период развития наркотической зависимости, вследствие нравов и привычек наркоманов, реакций семьи и более широкого социального окружения, первичная личность начинает изменяться. На этом этапе внутренние конфликты обостряются, а слабость психической адаптации начинает носить все более очевидный характер. Среди последствий хронического употребления наркотиков – усиление пассивности и лени, безразличие к своему внешнему виду, бесплодное фантазирование и неспособность к принятию решения, а также абсолютная неспособность к длительным усилиям. Вторичными последствиями являются нелегальное приобретение наркотиков, подделка рецептов, обман без всяких ограничений членов семьи, друзей, врачей и, в конце концов, конфликт с законом. Этическая деградация – вот отличительная черта хронического наркомана.

Исследования особенностей жизненного пути наркоманов показали, что наркомания формируется преимущественно в подростковом возрасте у лиц с выраженными тенденциями к самоутверждению, не располагающих необходимыми для этого психологическими ресурсами, а также стремящихся к немедленному выполнению своих претензий. Более того, речь идет о людях, отличающихся пониженной способностью к длительной, целенаправленной деятельности, раздражительно-

стью, склонностью к избыточному фантазированию, демонстративному проявлению чувств, подражанию, лжи. Это дает основание предполагать нарушение у них равновесия между потребностями и возможностями, что также подтверждается нашими исследованиями уровня притязания у наркоманов. Важно, что степень выраженности личностных изменений у наркоманов, их особенности в значительной степени обусловливаются нарушениями родительского отношения и воспитания.

Как уже говорилось, в ряде исследований отмечается, что склонность к аддиктивному поведению обнаруживают подростки с неустойчивым, конформным, гипертимным, циклоидным типами акцентуаций характера. Обнаружены также нарушения психической активности, эмоционального функционирования, снижение самооценки, саморегуляции, способностей совладания со стрессом, низкие показатели интеллекта, различные личностные расстройства [84, 148]. В. Будзинский отмечает низкий общеобразовательный и культурный уровень, недостаток развития духовных аспектов личности наркоманов, низкую самооценку и неудовлетворенность жизнью [176].

Полученные нами в ходе исследования данные согласуются с данными В. Будзинского лишь в той части, которая касается неудовлетворенности жизнью в период, предшествовавший началу наркомании. Что же касается общеобразовательного и культурного уровня, то среди наших клиентов от 15 до 20% составили люди, которые до начала наркотизации имели высокие показатели в учебе в школе или вузе.

Считается, что потребность в повторной наркотизации обусловливается формированием опыта личности с образованием доминирования в сознании представления о прошлом наркотическом опьянении, с помощью которого купировались проявления психического дискомфорта либо вызывалось состояние эйфории, сопровождавшееся временным повышением настроения бодрости, работоспособности, ослаблением переживания Дальности, ее напряженности [123, 161].

Кроме того, действие наркотиков изменяет и даже прерывает единство временной системы, подавляя будущее и прошлое, одновременно изменяя и систему актуального настоящего, заменяя ее потоком неуправляемых образов, влияющих на поведение, сферу удовольствий, желаний, с их преобладанием над реальными. Все эти эффекты достигаются в состоянии наркотического опьянения, и, таким образом, у субъекта формируется потребность в подавлении указанных систем личности и сознания.

Один из наркоманов, проходивших курс реабилитации под нашим руководством, так выразил свое субъективное отношение к изменению временной перспективы и восприятию времени в состоянии наркотического опьянения: «Одной ногой в будущем, которого нет, другой ногой в прошлом, которого тоже нет, и все время писаешь на свое настоящее, а чтобы не чувствовать мокрых штанов, жрешь наркотик...» (Илья С., 21 год, стаж опийной наркомании 2,5 года).

Мы считаем, что в регуляции поведения наркомана, как на стадии наркотизации, так и в период ремиссии, существенную роль играет восприятие наркоманом различных сторон жизни, важнейшими из которых являются актуальное настоящее, собственное тело (как одна из важнейших психологических составляющих при наркомании), отношения с близкими и собственное будущее.

Рисунки наркоманов на тему «Мое прошлое, настоящее и будущее» показывают высокую тревожность в отношении настоящего, будущего и жизненной перспективы в целом. Они не могут реализовать в жизни свои влечения. Их склонности к коллективизму и пассивности преобразуются в мазохизм и саморазрушающее поведение.

Обнаруженная деформация влечений и базисных свойств личности связана с формой их реализации в социально-культурной жизни испытуемых. Мы считаем, что она может быть лишь обострена употреблением наркотиков, так как эти тенденции обнаруживаются уже в детстве, а стаж наркотизации у обследованных нами наркоманов составляет всего несколько лет.

«Уход» от настоящего и будущего с помощью наркотиков способствует снижению тревоги и имеет защитный характер. Факт снижения у наркоманов интегративной функции «Я» и выраженное «Супер-эго» требует особого внимания.

По мере углубления и развития наркотической зависимости личность начинает изменяться [13, 110, 174]. Внутренние конфликты обостряются, а слабая психическая адаптация становится все более очевидной. Развитие наркомании сопровождается снижением психосоциальной адаптированности молодых людей [2, 83]. Наблюдаются неустойчивость мнестической функции, колебания – из-за недостаточности волевых усилий – активности познавательной деятельности [70]. Е.Л. Милютина обнаружила у наркоманов со стажем употребления опиума более пяти лет существенное снижение волевой активности, что

проявляется в «неспособности прекратить наркопотребление, преодолеть обычные жизненные затруднения». Н.С. Курек, изучая целенаправленную активность больных опийной наркоманией, выявил у них следующие нарушения [73]:

- повышенный уровень установки на волевою активность и увеличение способов достижения цели (особенно антисоциальных) в ситуации приобретения наркотиков; сниженный интерес к приобретению предметов домашнего обихода;
- адиамаия уровня притязаний в ситуации определенности и повышение частоты неадекватных успеху/неуспеху изменений уровня притязаний в ситуации неопределенности;
- чем ниже уровень интеллекта и настроения, тем выше уровень установки на волевою активность в ситуации приобретения наркотиков.

Н.С. Курек, как уже было сказано, описал особенности эмоциональной активности наркозависимых: снижение точности восприятия эмоций другого человека по мимике, жестам и позам; нормальный или повышенный уровень собственной эмоциональной экспрессии; нивелировка половых различий в эмоциональной сфере между юношами и девушками [74, 75].

Т.И. Букановская изучала эмоциональные переживания у больных опийной наркоманией в различных ситуациях. Она обнаружила у них снижение уровня мотивационной деятельности. Однако в состоянии наркотической интоксикации происходит значительная активация мотивационной деятельности, появляющаяся в переживании интереса, осуществлении безболезненного переживания горя-страдания [34]. Актуальность последнего для больных наркоманией определяется высокой напряженностью аффекта, низкой способностью к переживанию, наличием эмоций гнева-отвращения (протеста-неприятя). Высказано предположение, что защитная роль опийной интоксикации заключается в том, что она позволяет пережить эмоциональное состояние горя-страдания на качественно ином уровне, дающем чувство удовлетворения (приятя).

В ряде случаев при психических нарушениях у наркоманов ошибочно ставился диагноз «шизофрения» и проводилось неправильное лечение.

Анализ литературного материала показал, что психологические исследования наркозависимых проводят преимущественно с помощью

интервью и тестов-опросников. Достоверность информации, полученной таким путем, вызывает сомнение. Полагаем, что ценность диагностического материала, полученного с помощью проективных методов (ТАТ, метод портретных выборов Сонди, тест Роршаха и др.), гораздо выше. Их использование позволяет определить индивидуально-личностные особенности испытуемых, существенные для последующей психотерапии.

Приведем несколько примеров.

Виктор, 20 лет. Снижение уровня обобщения и отвлечения, инертность и конкретность мышления; садомазохистская тенденция; демонстративность; эпилептоидный склад личности со склонностью мучить близких и любимых людей; снижение интегративной функции «Я».

Юрий, 18 лет. Слабая интегративная функция «Я», утрата чувства собственного достоинства, слабоволие; сильно выражены тенденции «уйти» или спрятать свои переживания, стремление к присвоению и инертности; симбиотические отношения с матерью; повышенная страсть к самодемонстрации, поиск признания, не вполне осознанные и неудовлетворенные в поведении конфликтные отношения с женщинами.

Рустам, 20 лет. Снижение интегративной функции «Я», эпилептоидный склад личности; выраженное желание изменить ситуацию, не переходящее в активные действия; конфликтные отношения с матерью и окружающими; сниженный самоконтроль, склонность к аффективным взрывам.

Денис, 22 года. Гипотимный тип реагирования, сниженные способности «Я» к интеграции и внимание к окружающему миру, нарушенное восприятие (сдвиг в сторону внутренних тенденций); гиперсоциальность установок; в стрессовой ситуации аффективные реакции приводят к дезорганизации его активности; доминирующий мотив – «избегание неуспеха»; вытеснение из сознания истинных влечений, так как потребности в достижении, доминировании, любви фрустрированы; депрессивное состояние; конфликтные отношения с окружающими.

Дмитрий, 25 лет. Слабость интегративной функции «Я»; садомазохистская тенденция; не осознает противоречивость и сосуществование в нем разнонаправленных тенденций; испытывает затруднения в самовыражении из-за дилеммы: проявляться во всем своем естестве или прятать свои экзистенциальные и сексуальные тенденции; фрустрация потребностей в агрессивном поведении, любви; конфликтные отношения с женой и другими женщинами.

Сергей, 21 год. Снижение интегративной функции «Я»; гипотимный тип реагирования; сильное «Супер-эго»; стремление «уйти» от чувств и действий; несчастлив и беспомощен, не готов к завязыванию новых контактов; конфликтные отношения с матерью и окружающими.

Олег, 19 лет. Снижение интегративной функции «Я»; истерическая акцентуация характера; трудности в самовыражении из-за дилеммы: проявляться во всем своем естестве или прятать свои экзистенциальные и сексуальные тенденции; потребности в самодемонстрации, признании, любви фрустрированы; либидозастойная личность; конфликтные отношения с матерью, женщинами; контакт с окружающим миром нарушен.

Евгений, 22 года. Психологический инфантилизм; нарушенное восприятие; сдвиг в сторону внутренних тенденций, плохо осознает свои границы («Я» или «не Я»), чувства; не ставит целей, уходит от действий и ответственности; гипертрофированы и фрустрированы потребности в безопасности, стабильности, приобретении; инертность трансформирована в алчность; склонность к циклотимическим расстройствам; в момент обследования находился в депрессивной фазе.

Дмитрий, 23 года. Угроза дезинтеграции «Я»; чувство несчастливости и тревоги в связи с утратой объекта привязанности, признания; стремление «уйти» от своих переживаний; не готов к завязыванию новых контактов; боязнь замкнутого пространства, телесного контакта, своего стремления к наркотическому опьянению; низкая концентрация внимания, ошибки восприятия, снижение уровня обобщения и отвлечения, инертность и конкретность мышления, конфликтные отношения с матерью, отцом и мужчинами.

Александр, 19 лет. Слабость интегративной функции «Я»; сильно выраженная тенденция к персональной агрессии, сексуальным отношениям, самодемонстрации; сниженная способность к осознанию своих чувств и чувств других людей, нарушенное восприятие (сдвиг в сторону внутренних тенденций); подозрительность; стремится «уйти» от собственных переживаний.

Нами было выявлено снижение интегративной функции «Я», способности к рефлексии и самоанализу у наркоманов в возрасте от 15 до 25 лет. Очевидно, что для людей с подобным складом личности наркотики, алкоголь и другие объекты зависимости, в том числе и люди, выступают как средство избегания напряжения при их взаимодействии с жизнью.

Существенно, что знакомство с наркотиками у подростков (как и у взрослых) происходит в группе сверстников. Предложения в такой группе исходят, как правило, от более старших и более опытных подростков. Широко известна точка зрения, в соответствии с которой одним из факторов приобщения к наркотикам в группе является конформизм как личностная черта и конформизм по отношению к группе как особенность возраста. Не отрицая роль названных факторов в приобщении к наркотикам, приведем результаты собственных исследований. По нашим данным, высокий риск наркотизации наблюдается не столько при выраженной внешней и/или внутренней конформности, сколько при наличии выраженной *зависимости от отношения окружающих*. При кажущейся сходимости указанных феноменов, они, тем не менее, имеют принципиальное различие. И внешняя, и внутренняя конформность «служат специфическим способом разрешения осознанного *конфликта* между личным и доминирующим в группе мнением в пользу последнего...» [119, С.176]. Когда мы говорим о «зависимости от отношения окружающих», мы имеем в виду неосознанное стремление индивида к одобрению и поддержке со стороны конкретного человека. Очевидно, что оно может проявляться даже и как *нонконформизм* по отношению к остальной группе.

Мы полагаем, что существенную роль в формировании такого *зависимого* поведения играет феномен переноса. В результате положительного переноса на индивида, обладающего опытом, статусом или авторитетом, возникают особые отношения, значительное место в которых занимает отношение *доверия*. Поскольку во всех случаях наркомании мы обнаруживаем те или иные варианты семейного неблагополучия, мы полагаем, что речь идет о *замещающих отношениях*. Как показывает анализ литературы и наши данные, значительную роль в формировании *зависимого* поведения играет семья и семейные отношения. Важнейшим фактором приобщения к наркотикам, а также динамики формирования *зависимости* от них является *зависимый* тип поведения и личности. В связи с этим, по нашему мнению, в фокусе профилактической и реабилитационной работы должна находиться именно семья.

По мере увеличения частоты употребления наркотиков и формирования *зависимости* у части подростков, отношения в группе меняются. Как правило, открытая и случайная группа раскалывается, из нее выделяется подгруппа подростков, продолжающих употреблять наркотики.

Такая подгруппа стремительно эволюционирует к типичной «наркоманской» группе [13] Принадлежность к подобной группе, с одной стороны, нарастающая конфликтность в семье, отверженность в других группах – с другой и, наконец, постоянная центрация на необходимости поиска наркотика приводят к формированию «наркоманского» типа поведения.

Наркомания становится специфическим способом жизни. Особый «наркоманский» способ жизни носит для наркомана очевидный приспособительный характер. Если изменения в жизни семьи, порождаемые приобщением подростка к наркомании, соответствуют тенденциям развития семьи и наркоман бессознательно извлекает из них какую-либо выгоду, получает то, что он не может получить другим путем, то зависимость от наркотика приобретает для него социальный смысл. Зависимость начинает существовать не только как форма жизни, но и как условие субъектности наркозависимого. Постепенно зависимость становится сущностью суррогатной и при этом, увы, чрезвычайно эффективной, «заместительной», наркоманической личности.

В пространстве жизни наркомана начинают активно бытийствовать две личности. Оговоримся здесь, что такое развитие «наркоманической» личности не имеет ничего общего с расщеплением личности при шизофрении, хотя отдельные аспекты взаимодействия субличностей при наркомании и шизофрении могут быть сходными. Здесь уместно говорить, скорее, не о расщеплении личности, а о конфликте между личностью и заместительной личностью наркомана (наркоманическая личность).

Содержание и напряженность конфликта хорошо отражаются в результатах комплексного исследования личности наркомана, проведенного нами совместно с группой специалистов факультета психологии Самарского госуниверситета [114]. Анализ и обобщение полученных данных позволяют создать следующий портрет опийного наркомана.

В характере преобладают: пассивность, мягкость, уступчивость, развитое чувство вины, добродушие и кротость, совестливость, высокая моральность, верность, высокая чувствительность к средовым воздействиям, нерешительность, боязливость, застенчивость, склонность перекладывать принятие решений и ответственность на плечи окружающих, тревожность, мнительность (настроение в значительной мере зависит от отношения окружающих), впечатлительность, склонность к глубокой привязанности, интровертированность, пессимистичность,

необщительность, склонность к фантазированию, поиск признания, стремление к сотрудничеству, лживость, капризность, демонстративность и склонность к драматизации имеющихся проблем, стремление потакать своим слабостям.

Отметим здесь крайнюю противоречивость обнаруженных у наркоманов черт характера (так, например, «высокая моральность» совмещается с лживостью). На наш взгляд, эта противоречивость является выражением внутреннего конфликта, о котором шла речь выше.

Отметим также, что приведенный характерологический портрет точно соответствует описанию зависимого типа личности, о котором также было сказано выше.

Кроме типичного для опийного наркомана набора характерологических черт, нами обнаружены следующие особенности личности наркомана: сниженная интегративная функция «Я», мотивационная и эмоциональная неустойчивость, эмоциональная незрелость. Ведущие потребности: аффилиативная, поиск покровителя.

Стиль межличностного поведения – пассивно-зависимый. Выражено стремление уйти от конфронтации с жестким противостоянием сильных личностей в мир идеальных отношений, мир фантазий и иллюзий. Выражено стремление приспособиться к группе, а также стремление к отречению от своего «Я» и его деструкции.

Стиль мышления сочетает в себе вербально-аналитические и художественные наклонности, иногда с признаками резонерства. В стрессе наблюдаются блокировка и нерешительность. Защитные механизмы: вытеснение или навязчивость, отказ от самореализации.

У всех обследованных наркоманов в силу ослабленного самоконтроля и нарушения сбалансированности противоположностей наблюдается болезненная деформация влечений, которая выражается в сужении спектра их проявления и заостренности характеристик. Так, например, отмечаются высокая тревожность, болезненно выраженная инертность, которая превращается в алчность. Агрессивность, высвобождаясь из-под контроля сознания, проявляется вспышками разрушительной враждебности, интроверсия трансформируется в аутичность, пассивность – в мазохизм, пессимистичность преобразуется в депрессию, мнительность и сензитивность – в ипохондричность, эмотивность – в импульсивное поведение. Это свидетельствует о том, что исследованные личности находятся в состоянии дезадаптации. Присутствуют симптомы

истерической (40%), эпилептоидной (20%), параноидальной (10%) акцентуации. У 20% испытуемых проявляются садомазохистские тенденции. Склонность к циклотимическим расстройствам присутствует у 10% клиентов.

Типичными для наркоманов оказались сниженная способность к рефлексии, анализу, самоанализу. Сочетание противоречивой структуры потребностей, мотивационной неустойчивости с бессознательными механизмами защиты (агрессия, вытеснение, «уход») свидетельствует о невротическом характере 90% исследованных личностей. Психологический инфантилизм проявляется у 10% испытуемых. Личная тематика является более значимой для наркозависимых, чем тема достижений. Отношения обследуемых с другими мужчинами и женщинами, с матерью имеют конфликтный характер, а их потребности в достижении автономии и любви фрустрированы. Наркоманы не верят в собственные силы и не удовлетворены собой. Обнаружена высокая тревожность наркозависимых в отношении настоящего, будущего, жизненной перспективы в целом. Они не могут реализовать в жизни свои влечения. Их склонности к коллективизму и пассивности преобразуются в саморазрушающее поведение.

Следовательно, обнаруженная деформация влечений, базисных свойств личности связана с формой их реализации в социально-культурной жизни испытуемых. Считаем, что она может быть лишь обострена злоупотреблением ими наркотиками, так как эти тенденции обнаруживаются уже в детстве.

Полученный нами психологический портрет является типичным для опийных наркоманов в возрасте от 14 до 25 лет со стажем употребления наркотика более года. Формирование наркотической зависимости приводит к тому, что возрастная специфика подросткового, юношеского и взрослого возраста практически нивелируется. У наркоманов юношеского и взрослого возраста исчезают специфические возрастные новообразования, они деградируют до уровня среднего подросткового возраста. Именно эти наблюдения дают нам основание использовать термин «период взросления», в большей степени характерный для западной возрастной психологии. Таким образом, мы говорим о наркоманах периода взросления.

Приведенный выше психологический портрет наркомана, на наш взгляд, существенно дополняет сложившееся в современной науке

представление о преобладании гедонистических мотивов употребления наркотических веществ. Мы полагаем, что попытки объяснения причин наркотизации преимущественно гедонистическими мотивами – это чрезвычайно упрощенный и односторонний взгляд.

Анализ интервью и субъективных отчетов наркоманов убеждает в том, что наркотик дает наркоману нечто большее – эйфорию. Он дает ему возможность пребывания в *ничто*, где нет внутриличностной и межличностной напряженности, где нет страхов, вины, лжи, угрызений совести.

Очень показательным в этом смысле описание динамики своего состояния одной из пациенток реабилитационного центра: «Как выхожу из дома, сразу чувствую оцепенение, перед глазами туман, не чувствую своего тела, нахожусь как в вакууме. Начинаю плохо слышать (слышу, но не могу вникнуть в смысл слов), кружится голова. Не могу нормально общаться с людьми, особенно в компаниях и на вечеринках, в гостях. *Чувствую* себя неуверенно, краснею, бросает в пот, дрожат руки. Затем начинаются сильные головные боли, сильное давление ощущаю во всем теле. Хочется быстрее уйти или убежать. Ощущение, что у меня все не так: я не очень хорошо выгляжу; я не такая как все (намного хуже). Часто чувствую себя виноватой даже в простых ситуациях. Любые замечания действуют на меня катастрофически. Боюсь показаться «плохой девочкой». С приемом транквилизаторов или героина все эти симптомы снижаются. Я не чувствую страхов, комплексов, вины» (Элла В., 21 год, общий стаж наркомании 5 лет, полинаркомания, последние 1,5 года употребляла героин).

Таким образом, для психологического портрета наркомана характерны крайняя противоречивость и несбалансированность. Общее психологическое состояние наркомана может быть определено как экзистенциальный кризис.

В заключении важно отметить, что подавляющее большинство исследователей наркомании исходит в своих работах из постулата сообразности. Следуя ему, исследователи пытаются найти причины приобщения к наркотикам. Однако анализ литературы и результатов исследований показывает, что обнаружить какую-либо причинную, смысловую или целевую определенность пока не удалось. Мы же, напротив, считаем, что такой (причинной, целевой или смысловой) определенности в дебюте наркомании не существует. Причинная, целевая и смысловая определенность складывается по мере развития наркоманической личности.

Анализ рисунков наркоманов

Нами проанализировано 167 рисунков наркозависимых в период реабилитации, 15 рисунков старшеклассников, эпизодически употребляющих наркотики, 14 рисунков старшеклассников, не имеющих опыта употребления наркотиков. Темы рисунков были следующие: «Я и моя проблема», «Я и мое тело», «Я и моя родительская семья», «Я и мое будущее».

В рисунках по всем четырем темам мы выделили три основные категории.

1. *Схематичность изображения*, для которой характерно изображение не самих предметов, но их символов и знаков; часто встречаются стрелки, арифметические знаки, изображение человека из геометрических фигур.

2. *Метафоричность изображения*, для которой характерно выражение рисунка через сюжеты, лишь косвенно связанные с заданной темой. Например, группа лебедей или кактус в рисунках на тему «Моя родительская семья». Таким образом, здесь тема раскрывается через метафорические образы. Отметим также, что метафорическое изображение может быть одновременно и схематическим.

3. *Категория отказов* (например, частый лес вместо рисунка).

1. Отказы составили: 18,4% рисунков наркоманов; 6,7% рисунков эпизодически употребляющих наркотики; старшеклассники, не употребляющие наркотиков – ни одного. Отказ от выполнения рисунка мы интерпретируем как проблемность для испытуемого самой ситуации рисования, а не жизненной ситуации, связанной с рисунком. Таким образом, для наркоманов более характерна стратегия бегства от фрустрирующей ситуации, чем активного действия в ней.

2. Схематическими оказались (не считая отказов; в других категориях отказы как бессодержательные рисунки также не учитываются) 29,6% рисунков наркоманов, 21,7% – старшеклассников, эпизодически употребляющих наркотики, и 18,5% – рисунков школьников, не употребляющих наркотики. Стремление выполнить рисунки в виде схемы мы интерпретируем как шизоидные тенденции личности, желание видеть мир согласно собственным, логическим рассуждениям, исключая эмоциональный компонент. Исходя из этого, можно сделать вывод, что для наркозависимых характерно избегание действительности как боязнь личностного раскрытия во фрустрирующей ситуации.

3. Метафорическими оказались 33,7% рисунков наркоманов (особенно метафорическими оказались рисунки на темы «Я и моя родительская семья» – 36,6% и «Я и мое будущее» – 46,8%), 31,6% – эпизодически употребляющих наркотики и 39,3% – не употребляющих наркотики. Метафоричность рисунка, на наш взгляд, говорит о двух чертах: во-первых, о плохом знании проблемной ситуации, во-вторых, о наличии попыток ее осмысления. Отметим, что метафорические рисунки лиц, не употребляющих наркотики, выполнены более тщательно, более эстетично, с большим количеством деталей. У не употребляющих наркотики больше всего метафоричных рисунков на темы, на которые меньше всего таких рисунков у наркоманов: это «Я и моя проблема» (57,1 и 28,1%, соответственно) и «Я и мое тело» (42,9 и 28,1%). Таким образом, мы полагаем, что для наркозависимых наиболее неопределенным кажется их будущее, в то время как для не употребляющих наркотики иногда оказывается сложным определить свою проблему. На наш взгляд, это может означать либо стремление избегать проблемных ситуаций, либо наличие навыка эффективного действия в них.

Противопоставление «Я» проблеме ярко выражено в 22,6% рисунков наркоманов, в 53,3% – эпизодически употребляющих наркотики и в 7,1% – не употребляющих наркотики. Причем в 48,4% рисунков наркоманов проблема, изображенная в виде какого-либо символа, по своим линейным размерам превосходит изображение автором рисунка себя самого; еще в 12,9% рисунков сам автор помещен внутри проблемы. И только в 16,1% рисунков проблема меньше, чем фигура автора, а в 9,7% рисунков их размеры равны. Похожая ситуация и в рисунках лиц, эпизодически употребляющих наркотики: у 50% респондентов проблема имеет больший размер, чем автор, и 25% – изображение проблемы меньше либо равно изображению автора. В единственном рисунке из категории не употребляющих наркотики, где есть такое разделение, изображение проблемы намного меньше изображения автора.

Таким образом, в рисунках наркозависимых ярко выражена установка на неудачу в решении собственных проблем. Более того, изображение только себя и своей проблемы, на наш взгляд, придаст равный статус «Я» и проблеме. Отсутствие какого-либо окружения с большой долей уверенности позволяет говорить о том, что фактически испытуемые рисуют на этих изображениях два внутриличностных образования: «Я» и свою проблему как некоторую часть своей личности, противопо-

ложную «Я» и часто более сильную (часто похожи и изображения: печальная и грустная маска и т. д.). Таким образом, в основе личностной неэффективности лиц с опытом употребления наркотиков оказывается существование некоторой внутриличностной силы, тенденции (не обязательно идентифицирующейся с наркотиками), которая оказывается способной преодолеть «Я» человека, его волю, сознание.

Мы полагаем, что эти особенности рисунков наркозависимых отражают переживание присутствия в их бытии наркотической личности. Таким образом, мы получаем эмпирическое подтверждение нашей гипотезы.

В рисунках всех трех категорий испытуемых часто автор не нарисован вообще (соответственно, 62,8; 46,7; 50,0%), что интерпретируется нами как незнание способа действия в проблемной ситуации.

В противоположность испытуемым, имеющим опыт употребления наркотиков, лица без такого опыта не воспринимают свою проблему как внутриличностную: 42,9% их рисунков можно охарактеризовать как «Я в проблемной ситуации» (аналогичные показатели для наркоманов – 14,6%, для эпизодически употребляющих – 6,7%).

Лицам, не употребляющим наркотики, в большей степени свойственно умение преобразовывать проблему в задачу, прояснять для себя цель и варианты ее достижения (13,1% для наркозависимых, 6,7% для эпизодически употребляющих). В рисунках, изображающих проблемную ситуацию как задачу, необходимо лишь совершить усилие, на которое личность оказывается способной (подняться на гору, выбрать свою дверь в будущее и т. д.).

Сама проблематика ситуаций, переживаемых как «моя проблема», оказывается разной. Так или иначе связанной с наркотиками оказывается проблема в рисунках 44,2% наркоманов и 33,3% эпизодически употребляющих.

Любопытно, что во всех остальных рисунках лиц, эпизодически употребляющих наркотики (66,7%), оказывается невозможным выделить содержание проблемы: ими рисуется абстрактная проблема, проблема «вообще». Складывается впечатление, что испытуемые «не видят» проблемных ситуаций в своей жизни, не понимают тех требований и «вызовов», которые им предъявляет жизнь, то есть не знают, как им реагировать на свой потенциал, или стремятся избегать напряжения, связанного с проблемными ситуациями.

Обнаруженные нами особенности рисунков лиц, эпизодически употребляющих наркотики, позволяют предположить наличие у них недоступной для осознания неудовлетворенности, которая проявляется в различных сферах жизни и носит *генерализованный* характер. Можно предположить, что наличие *генерализованной неудовлетворенности* – важнейшая предпосылка наркотической контаминации. Заметим, что как в группе не употребляющих наркотики, так и в группе актуальных наркоманов признаков генерализованной неудовлетворенности существенно меньше.

Значительную часть тематики составляют проблемы взаимоотношений с другими людьми, проблема *отчуждения* от людей (9,9% рисунков наркоманов, 25% рисунков лиц, не употребляющих наркотики). Несмотря на общность проблемы, существует значительная разница в ее понимании. В рисунках наркоманов видна полная, резкая изоляция от референтной группы (отделение от сверстников жирной чертой, кирпичными стенами, зачеркнутая направленная к другим стрелка и т. д.), что, на наш взгляд, является выражением переживания «Я не как все», неудовлетворенной потребности общности с другими, что ведет к заниженной самооценке и снижению самоэффективности. Среди лиц, не употребляющих наркотики, проблема заключается в поисках собственной индивидуальности в рамках группы (проблема личного выбора в группе и т. д.). Не исключено, что это выражения переживания «Я как все» и неудовлетворенной потребности в самовыражении.

Заметим, что описанные проблемы соответствуют различным стадиям социализации. Хотя образ личной неэффективности в любом случае оказывается связанным с незавершенностью процесса социализации, у наркоманов сама социализация оказывается весьма проблемной. Другая общая проблема – выбор дальнейшего пути жизни (7,2% наркоманов, 25% лиц, не употребляющих наркотики). Все рисунки наркозависимых на эту тему посвящены одному выбору: жизнь с наркотиками или жизнь без наркотиков. Таким образом, для наркоманов личностная неэффективность оказывается полностью связанной с зависимостью. При этом «хорошая жизнь» (как подписывают сами испытуемые) без наркотиков никак не конкретизируется, в то время как «плохая жизнь» обычно представляет собой детальное изображение наркотических препаратов. Складывается впечатление, что у наркоманов нет представления о жизни без наркотиков, причем последние, возможно, являются субъективным оп-

равданием личностной неэффективности. Жизнь без наркотиков предстает для них как непонятная, неопределенная и мало структурированная. Похоже, что жизнь наркомана на начальных этапах ремиссии – это жизнь в ситуации неопределенности, жизнь в состоянии экзистенциального кризиса.

В связи с этим одна из проблем, которую необходимо решать на начальных стадиях ремиссии, заключается в формировании образа позитивного будущего. Одновременно должна решаться и другая проблема – развитие способности пребывания в ситуации неопределенности.

Другие варианты проблем появляются только у школьников, не употребляющих наркотики. Это проблема поступления в вуз (25%) – в рисунках выражены неуверенность в своих силах, неопределенность будущего. И уже в рисунках на тему «Я и моя проблема» встречается проблема изменения внешности (12,5%), практически вытесненная у наркоманов.

В целом можно отметить резкое изменение круга интересов у наркозависимых: из их жизни оказываются исключенными многие сферы деятельности. Их личностная неэффективность связана с затрудненной социализацией, неумением превратить проблему в задачу, со слабостью «Я», не способного управлять собственной психической деятельностью.

Отдельной проблемной областью может быть отношение к своему телу. Для подростков и юношей, имеющих опыт употребления наркотиков, характерно конфликтное, противоречивое отношение к своему телу; при этом тело часто оказывается неинтегрированным в образ «Я». Это выражается в раздельном изображении своего «Я» и своего тела, которое иногда сопровождается соответствующими надписями (например, «Мое тело отдельно от меня»). Процент таких рисунков для наркоманов составил 42,9. С другой стороны, для подростков, не употребляющих наркотики, характерна идентификация «Я» и своего тела: ни в одном рисунке не было подобного разделения. Переживания гармонии и единства со своим телом нашли выражения и в характере метафорических рисунков в виде раскидистых деревьев, цветов (наиболее распространенные темы), живописных пейзажей и т.д. Такими оказались все рисунки в виде метафор у нарконезависимых, 60% метафорических рисунков у подростков с эпизодическим опытом употребления и только 34,2% метафорических рисунков наркоманов.

Вообще, употребление наркотиков приводит к бегству от телесных ощущений, что, на наш взгляд, обусловлено страхом перед физиологи-

ческими реакциями при абстинентном синдроме. Телесные ощущения, по-видимому, становятся нечетко локализованными и трудно дифференцируемыми, приобретают характер сенестопатий и не поддаются субъективному контролю. В рисунках это выражается либо непосредственно в виде вопросительных знаков (например, на груди), либо в характере рисования контура тела, когда четкая линия становится волнистой или прерывистой, а затем совсем исчезает, не создавая ясного завершеного контура. Подобная неопределенность проявлялась соответственно в 23,7 и 20% рисунков наркоманов и лиц, эпизодически употребляющих наркотики; у лиц без зависимости такие неопределенности в рисунках отсутствовали.

При этом если тело в той или иной форме все же нарисовано полностью, то, чаще всего, это недееспособное тело (для наркоманов и эпизодически употребляющих наркотики). Основные сюжеты этой группы – сильно выраженная астения (14,4 и 6,7% соответственно), в единичных случаях – изображение скелета (1,5 и 6,7%); рисование отдельных частей тела либо их совокупности (9,6 и 6,7%); 8,7% рисунков наркоманов посвящены теме «Наркотики убивают мое тело». Также были рисунки тела как призрака (3,0%), просто контуры тела (7,4%) и т. п.

Важным оказывается то, что наркоманы принимают свое болезненное тело как данность; характерна страдательная и одновременно пассивная позиция по отношению к нему. Такая важная категория, как забота о своем внешнем облике и о физическом развитии, обнаруживается лишь в рисунках школьников, не употреблявших наркотики: тема физического развития в их рисунках присутствует в 62,5% изображений (исключая метафорические), в то время как для подростков, эпизодически употребляющих наркотики, эта тема обозначена лишь в 7,2% рисунков (также без учета метафорических изображений).

Другой важный аспект, связанный с отношением к своему телу, – это утрата половой идентификации. Полодифференцированными оказались все несхематичные и неметафоричные рисунки подростков, не употребляющих наркотики, и подростков, эпизодически употребляющих наркотики (соответственно 53,3 и 42,9%). Для наркоманов этот процент составляет всего 25,2% (53% от рисунков с изображением фигуры человека). В рисунках школьников без опыта употребления наркотиков достаточно ярко выражены различные половые признаки, тогда как в рисунках наркоманов они неопределенны.

Проблемы взаимоотношений с семьей также имеют различия в рисунках наркоманов и не наркоманов.

В 9% рисунков наркоманов встречается основной мотив, который мы обозначили как «В семье я чувствую себя маленьким ребенком»; в других категориях обследуемых подобные рисунки выделить не удалось. Для группы наркоманов характерны сильно преуменьшенные размеры фигуры автора в сравнении с другими членами семьи (в 1,5 раза и более). Вообще, в большинстве рисунков авторы меньше своих родителей по линейным размерам; однако при сравнении реальных соотношений роста с нарисованными данная категория рисунков увеличивается. Кроме того, автор часто рисуется в детской одежде, с детской прической (например, с большими бантами), с детскими пропорциями тела.

На наш взгляд, взросление ребенка возможно в том случае, если родители разрешают ему взрослеть. В рисунках наркоманов обнаруживается следующая ситуация: ни на одном рисунке на другие темы ни один наркоман не нарисовал себя ребенком. Мы можем предположить, что требование взросления, которое предъявляет человеку жизнь, сталкивается с родительским предписанием «будь маленьким». Инфантильное поведение и восприятие не позволяет решать более сложные жизненные задачи. Вероятно, это может приводить к снижению самооценки и личностной эффективности.

Описанное положение осложняется отсутствием чувства общности в семьях наркоманов. Анализ рисунков позволяет говорить о том, что проблема отчужденности членов семьи друг от друга для наркоманов стоит очень остро. Яркие признаки изоляции выделены нами в 16,4% рисунков наркоманов, в 13,3% рисунков пробовавших наркотики. Среди школьников, не употребляющих наркотики, такой категории не выделено.

Другой косвенный показатель общности семьи – совместная деятельность – встречается тем чаще, чем меньше стаж и опыт употребления наркотиков (соответственно 3,0, 6,7 и 35,7%) В этом, на наш взгляд, выражается наполненность жизни семьи общим содержанием. Мы также полагаем, что существует связь между невключенностью наркоманов в жизнь семьи и запретом на взросление – «взрослые проблемы не для маленьких».

В рисунках на тему «Я и мое будущее» у подростков с большим и незначительным опытом употребления наркотиков будущее часто предстает либо неопределенным (соответственно 16,8 и 20,0%), либо

неудачным до трагичности (вплоть до изображения могилы; 3,6 к 13,3%). Подобные темы в рисунках старшеклассников, не употребляющих наркотики, отсутствуют. В другой группе рисунков, посвященной способам достижения счастливого будущего, распределение в процентах оказалось следующим: эта тема проявилась только в 11,4% рисунков наркозависимых и 35,5% рисунков нарконеzáвисимых. Следует отметить, что если наркоманы более склонны изображать достижение счастливого будущего метафорически (подъем по лестнице к солнцу, подъем на гору и т. д.), то подростки, не употреблявшие наркотики, часто изображают свою дальнейшую жизнь реалистично и поэтапно: окончить школу, вуз, найти хорошую работу, жениться/выйти замуж, родить детей. В рисунках наркоманов ярко выражена неспособность ставить жизненные цели и достигать их, а также планировать свое будущее.

В большинстве рисунков старшеклассников будущее представлено как процесс (57,1%), в то время как наркозависимые чаще рисуют его как статичную картину, как своего рода фотографию. Мы интерпретируем это как отсутствие у подростков, употребляющих наркотики постоянно и эпизодически, образа «счастливого Я» и своей счастливой жизни: мы отметили динамику лишь в 5,8 и 13,3% соответственно. На наш взгляд, это еще одно проявление переживания «Я не как все», что подтверждается и характером рисунков. Наркоманы чаще рисуют счастливое будущее в уединении от других (одинокий дом на берегу реки и т. д.), в то время как нарконеzáвисимые чаще видят свое будущее включенным в активную социальную жизнь.

Во всех группах заметны стереотипизация и мифологизация сюжетов, связанных с будущим, их сказочность. К рисункам с полностью «сказочным» сюжетом (дождь из денег и т. п.) мы отнесли соответственно 7,9, 13,3 и 7,1% рисунков из каждой категории. Среди женских рисунков распространен сценарий «спящая красавица». Например, нарисована такая же девушка, как и на рисунке на тему «Я и мое тело» (руки при этом спрятаны за спиной), но рядом – принц с деньгами, вместо дома на заднем плане замок, вместо коня – машина.

Рисунки наркозависимых менее реалистичны и содержат практически недостижимые цели; мы видим в этом проявление инфантильности в понимании мира. Можно предположить, что наркоманы сами не верят в реальность своего представления о будущем, но боятся в этом себе признаться. Как следствие – меньшая личностная эффективность в настоящем, поскольку поставленные цели оказываются недостижимыми.

У подростков, не употреблявших наркотики, обнаруживается высокая личностная значимость сценарного будущего.

Мы полагаем, что вера в подобный сценарий в подростковом возрасте оказывается важным механизмом личностной эффективности.

Возможность объяснения каких-либо аспектов наркомании в рамках существующих психологических и психотерапевтических направлений не означает релевантности этих теорий феномену. Большинство из существующих ныне психологических концепций наркомании представляют собой более-менее удачную модификацию исходных теорий, формировавшихся преимущественно на клинической базе. Это приводит либо к интерпретации наркомании как невроза или психоза, либо к игнорированию специфичности феномена наркомании. Мы полагаем, что эффективная терапевтическая практика в работе с зависимостью от наркотиков может быть основана на положениях теории, которая изначально не была ориентирована на патологию, а значит, не содержит в себе опасность подмены наркомании каким-либо иным нарушением. Мы считаем, что такой основой может быть синтез концепции отраженной субъектности (В.А. Петровский) и концепции эго-состояний (Э. Берн). Теоретическая и практическая возможность такого синтеза показана в работах В.А. Петровского [115].

Столкновение личности с обстоятельствами, препятствующими реализации в жизни ее глубинных, базисных тенденций, обуславливает возможность злоупотребления наркотиками.

Функции психической зависимости в структуре большого наркоманического синдрома различны на разных стадиях наркотизации. Они непосредственно связаны с отношениями в системе «наркоман – социальное окружение». Таким образом, разрушение психологической зависимости – это деятельность по преобразованию отношений «наркоман – социальное окружение».

Употребление наркотиков, с точки зрения адаптации к условиям окружающей жизни, можно определить как парадоксальное поведение. С одной стороны, это явно неадаптивное поведение, так как и оно само, и его следствия снижают общий уровень адаптации индивида к жизни. Более того, употребление наркотиков связано с активным *субъектным* преодолением не только социально детерминированных правил и норм, но и инстинкта самосохранения. С другой стороны, наркомания выступает как способ адаптации к жизни и в этом смысле может быть рассмотрена как поведение адаптивное. Парадоксальность наркомании за-

ключается в том, что это способ адаптации путем саморазрушения. Заметим при этом, что неадаптивные эффекты и последствия наркомании выступают как важнейшие условия адаптации наркомана к жизни.

Интерпретация наркомании как неадаптивной активности позволяет понять многие феномены, связанные с наркоманией, которые раньше были недостижимы ни для изучения, ни, тем более, для терапии.

Наименее исследован в структуре большого наркоманического синдрома его центральный компонент – психическая зависимость от наркотика. Сохранение элементов психической зависимости в период ремиссии является главной причиной срывов и возврата к наркотикам.

Психическая зависимость от наркотика – это устремление, то есть активность индивида, которая характеризуется собственной логикой развития, самодвижением и самооценностью, что придает ей черты *субъекта*. Таким образом, зависимость субъекта рассматривается нами как *субъектность самой зависимости*.

Мы считаем, что именно *субъектность зависимости* и неадаптивный характер поведения наркомана (проявления наркоманической личности!) формируют метаиндивидуальную представленность наркомана в личности его близких.

Следуя принципу неадаптивности (В.А. Петровский), мы утверждаем, что и смысл, и причина употребления наркотиков обнаруживаются «потом», то есть после пробных употреблений.

Приведенный портрет наркомана периода взросления дает представление о всей сложности проблем, с которыми он неизбежно сталкивается при отказе от употребления наркотиков. Нам неизвестны случаи, когда эти проблемы были эффективно решены наркоманами без интенсивной внешней поддержки.

Наши исследования показывают, что по мере возрастания стажа употребления наркотиков у человека все сильнее разрушается индивидуальность, а трансформация личности приводит к ее полному обезличиванию.

Обобщение результатов лонгитюдного исследования динамики личности при опийной наркомании позволило нам выделить специфический феномен обезличивания, проявляющийся в том, что по мере роста наркотизации происходит разрушение индивидуализированных форм поведения и замена их типичными наркоманскими схемами поведения. Таким образом, в отношении их вполне уместен афоризм Э. Берна: «Чем отличаются по вкусу пустые макароны? Только соусом...»

Глава 3

Наркомания как семейная проблема, семейные предпосылки наркотизации

Наши клинические данные показывают, что основным источником причинности подростковой и юношеской наркомании является семья, которая создает предпосылки для формирования у подростка генерализованной неудовлетворенности, либо оказывается неспособной компенсировать факторы наркотической контаминации социальной и биологической природы. Под генерализованной неудовлетворенностью мы понимаем фоновое состояние подростка, возникающее в результате генерализации неудовлетворенности первостепенно значимых потребностей. Конкретное содержание неудовлетворенных потребностей, как правило, не осознается, что и является причиной генерализации. Если в результате пробного употребления наркотика уровень неудовлетворенности у человека снижается, у него формируется отношение к наркотику как к средству, расширяющему его возможности.

Под факторами наркотической контаминации социальной природы мы подразумеваем широкую доступность наркотиков, усиливающуюся криминализацию молодежи, прямую и косвенную рекламу психоактивных веществ. Под факторами наркотической контаминации биологической природы – предрасположенность к употреблению психоактивных веществ (алкоголь). Наша позиция отличается от распространенной точки зрения, в соответствии с которой основным источником наркомании являются подростковая среда и подростковая субкультура. Мы полагаем, что, с точки зрения приобщения подростков к наркотикам, отношения между семьей, подростковой группой и наркосредой могут быть очерчены следующим образом. Источник причин наркотизации – семья, подростковая группа – инструментирует процесс приобщения к наркотикам, наркосоциальная среда порождает неспецифические условия наркориска. Мы убеждены в приоритете ответственности семьи за наркоманию подростка.

С точки зрения системной семейной психотерапии, семья – это вид социальной системы, характеризующийся определенными связями и отношениями ее членов, проявляющим себя в круговых паттернах взаимодействия, в их структуре иерархии, в распределении ролей и функций.

Семья – один из элементов микросреды, в которой формируется личность человека. В семье действует сложная система взаимоотношений, где каждый ее член занимает определенное место, участвует в выполнении определенных функций, поддерживает приемлемый уровень межличностных взаимодействий. Семья представляет собой динамическую микросистему, находящуюся в постоянном развитии. В ней, как в интимной первичной группе, предполагаются эмоциональное влечение ее членов друг к другу, уважение, преданность, симпатия и любовь, которые способствуют доверительности в отношениях.

Важнейшими характеристиками семьи являются ее функции и структура. Функции – это сфера жизнедеятельности семьи, непосредственно связанная с удовлетворением определенных потребностей ее членов. Можно выделить несколько функций семьи:

1) *воспитательная функция* состоит в удовлетворении индивидуальных потребностей в отцовстве и материнстве, воспитании, самореализации в детях. Семья обеспечивает социализацию подрастающего поколения, а также взаимовлияние членов семьи друг на друга;

2) *хозяйственно-бытовая функция* заключается в удовлетворении материальных потребностей и сохранении здоровья ее членов. В ходе выполнения этой функции обеспечивается восстановление затраченных в процессе труда сил;

3) *эмоциональная функция* состоит в удовлетворении членами семьи потребностей в симпатии, уважении, поддержке, психологической защите. Семья способствует эмоциональной стабилизации ее членов, активно содействует сохранению их психического здоровья;

4) *функция духовного (культурного) общения* заключается в удовлетворении потребностей в совместном проведении досуга, взаимном духовном обогащении. Способствует культурному, духовному и нравственному развитию личности;

5) *функция первичного социального контроля* выражается в обеспечении выполнения социальных норм поведения всеми членами семьи, в особенности теми, кто по ряду причин (возраст, наличие заболевания и т. п.) не способен выполнить их самостоятельно;

6) *сексуально-эротическая функция* состоит в удовлетворении сексуально-эротических потребностей супругов и обеспечение биологического воспроизводства.

С течением времени в семейном функционировании происходят изменения: одни функции утрачиваются, другие изменяются в соответствии с новыми социальными условиями.

Структура семьи отражает число, состав, совокупность взаимоотношений между членами семьи и социальным окружением. Структурный подход к анализу семьи основан на представлении о том, что семья есть нечто большее, чем индивидуальная биопсиходинамика ее членов. Взаимодействие членов семьи подчиняется определенным закономерностям, которые обычно не формулируются явно или даже не осознаются, однако формируют единое целое – структуру семьи. Реальность структуры семьи другого порядка, нежели реальность каждого из ее членов.

Анализировать структуру семьи необходимо по основным ее параметрам: сплоченности, иерархии, гибкости, внешним и внутренним границам, ролевым функциям ее членов, характеру структурных проблем.

Эти параметры имеют большое значение с точки зрения анализа семейных причин приобщения детей к наркотикам, а также организации первичной и вторичной профилактики наркомании.

Сплоченность определяется как эмоциональная связь, близость или привязанность членов семьи друг к другу. Понятие иерархии используют при изучении структуры ролей, правил внутри семьи, а также при определении степени влияния каждого члена семьи на других. Термин *граница* применяют в описании взаимоотношений между семьей и ее социальным окружением (внешняя граница), а также между различными членами семьи (внутренняя граница). Если внешняя граница слишком жесткая, то обмен информацией между семьей и окружением ограничен, наступает застой в системе, если слабая – члены семьи больше связаны с внешней средой, чем между собой.

Если внутренние границы между родителями и детьми жесткие, то родители заняты только собой, если слабые, то происходит перераспределение ролей в семье и вмешательство в интимную сферу друг друга. Во внутренних границах существует также понятие *границы поколений*, которое раскрывает сущность отношений внутри каждого из поколений семьи. В хорошо функционирующих семьях правила взаимодействия между родителями и между детьми отличаются от правил родительско-детских отношений. Родительские диады показывают более высокую степень сплоченности.

Практически в 95% случаев наркомании у подростков мы сталкиваемся с семьями, где перечисленные параметры не согласованы и не сбалансированы, в результате чего они негативно влияют на развитие ребенка.

В структуре семьи можно выделить несколько векторов взаимоотношений: супружеские, родительско-детские, между братьями и сестрами (сибсами), между родственниками.

Супружеские взаимоотношения – это система чувств, установок, особенностей восприятия партнеров по браку, понимание и принятие ими друг друга. По мнению Т.М. Мишиной, стиль супружеских взаимоотношений – наиболее содержательная и существенная характеристика совместной жизни супругов. Под стилем она понимает устойчивую совокупность свойств, присущих данному взаимодействию на протяжении длительного времени, определенную в главных тенденциях и характеристиках деятельности пары как целого.

Характер семейных взаимоотношений можно определить с помощью циркулярной модели Д.Х. Олсона, включающей две оси: «сплоченность – эмоциональное принятие членами семьи друг друга» и «гибкость – возможность изменения в семейном руководстве, в семейных ролях и правилах, регулирующих взаимоотношения». Данные параметры задают тип семейной структуры.

Д.Х. Олсон выделяет четыре уровня сплоченности и четыре уровня гибкости: очень низкий, низкий к умеренному, умеренный к высокому и чрезмерно высокий. Каждому уровню сплоченности и гибкости соответствуют определенные типы семейных структур.

К центральному уровню сплоченности относятся раздельный и объединенный типы взаимоотношений – раздельный предполагает некоторую (но не крайне выраженную) эмоциональную отстраненность, объединенный характеризуется эмоциональной близостью и лояльностью. К центральному уровню гибкости относятся структурированный и гибкий типы взаимоотношений: структурированный предполагает некоторую демократичность, стабильность ролей и внутрисемейных правил; гибкий – абсолютно демократичный, роли распределяются между членами семьи и при необходимости изменяются. Центральные уровни обеспечивают сбалансированное, оптимальное семейное функционирование. Члены семей сбалансированных типов способны сочетать собственную независимость с тесными связями внутри семьи.

Крайним уровням сплоченности соответствуют разобщенный и запутанный типы взаимоотношений: разобщенный – это эмоциональное разделение, несогласованность поведения, безразличие друг к другу; запутанный характеризуется наличием в семье центростремительных сил, крайностей в требованиях друг к другу, полной зависимости друг от друга всех членов семьи. Крайним уровням гибкости соответствуют ригидный и хаотичный типы взаимоотношений: ригидный предполагает невмешательство в личные дела, эмоциональное дистанцирование членов семьи, возведенное в принцип взаимного поведения, несмотря на наличие внутренних привязанностей и заботы о благополучии друг друга; хаотичный – отсутствие более или менее устойчивых правил распределения обязанностей. В кризисные моменты решения принимаются импульсивно, а роли членов семьи неясны и смещены.

Во всех случаях молодежного наркотизма (100% обследованных семей наркоманов, $N = 289$) мы имеем дело с тем или иным типом семейного неблагополучия. В период, предшествующий наркотизации, все семьи наркоманов являются проблемными. Анализ результатов обследования таких семей не позволяет выделить как достоверную причину наркотизации какой-либо статически значимый показатель нарушения семейного функционирования. Наши данные дают нам основание говорить о многофакторности семейной детерминации детской наркомании.

Необходимо отметить, что родительское отношение – это особый опыт общения, который интегрирует образы родителя и ребенка и необходимо сочетает в себе такие черты, как непрерывность во времени, изменчивость в зависимости от возраста ребенка, потребность заботиться, ответственность, ожидания, эмоциональная значимость.

Родительско-детские отношения – это система разнообразных чувств родителей и детей по отношению друг к другу, особенностей восприятия, понимания характера личности и поступков друг друга. Е.О. Смирнова, раскрывая специфику родительско-детских отношений, считает, что они характеризуются эмоциональной значимостью, амбивалентностью и изменяются по мере взросления ребенка [142].

На наш взгляд, динамичность родительско-детских отношений зависит от возрастных изменений как ребенка, так и родителей. Возраст – это фактор, который обуславливает все отношения личности, в том числе и отношения к детям.

В соответствии с теорией привязанности, сформулированной Д. Боулби и М. Эйнсворт, важнейшие параметры родительского отношения – это нежность, забота, чувствительность к потребностям ребенка, надежность, обеспечение безопасности, предсказуемость, последовательность. Родительско-детские отношения – которые в данной теории называются привязанностью – включают в себя две противоположные тенденции. Одна из них – стремление к познанию, риску, волнующим ситуациям, а другая – стремление к защите и безопасности. Первая побуждает ребенка к отделению от родителей и стремлению во внешний мир, вторая возвращает его обратно в семью. Умение родителей адекватно поощрять эти тенденции определяет полезность родительского отношения для развития ребенка. Наши исследования семей наркоманов показывают, что значительное преобладание в семье одной тенденции над другой может стать причиной девиантного поведения ребенка.

В структуре родительско-детских отношений необходимо выделить установку родителей, то есть систему родительского эмоционального отношения к ребенку, восприятия им ребенка и способов поведения с ним.

В литературе понятия «родительские стили» и «стили воспитания» употребляются синонимично понятию «позиции», хотя для обозначения установок, которые не связаны с конкретным ребенком, а характеризуют отношения к детям вообще, целесообразнее сохранить термин «стили воспитания» [85].

Важно, чтобы в семье стили воспитания у матери и отца совпадали, взаимодополняли или, по крайней мере, не противоречили друг другу. Противоречия в воспитательных позициях родителей приводят к возникновению межличностных конфликтов между ними, нарушая реализацию семьей ее воспитательной функции, снижая потенциал семьи как института социализации.

О.С. Сермягина в своем социально-психологическом исследовании также подчеркивает важность эмоциональных отношений в семье. Она отмечает, что в психодинамическом направлении психологии основным предметом изучения являются аффективные связи между членами семьи. Акцент при этом делается либо на родительско-детские, либо на супружеские отношения, а нарушения фиксируются преимущественно

на уровне личности (социальная дезадаптация, невротическое расстройство и т. п.) [137].

Х. Шульц-Хенке выделяет те виды влияния родителей на ребенка, которые могут привести к невротическим нарушениям его развития. Травматические виды он характеризует как «тормозящие», вызывающие «заторможенность» высшей степени (синоним невроза). К психотравмирующим факторам он относит твердость и чрезмерную мягкость по отношению к детям.

Х.Э. Рихтер в качестве главных объяснительных категорий при исследовании аффективных взаимоотношений родителей с детьми использует психоаналитические понятия (роль ребенка и родителей, перенос, нарциссические тенденции), анализируя на их основе нарушения взаимоотношений в семье. Под детской ролью он понимает структурную совокупность неосознанных родительских ожиданий и фантазий, которые они приписывают своему ребенку.

С этой точки зрения, семейные причины наркотизации связаны преимущественно с нарушением детских ролей в семье и их неадекватным и деструктивным содержанием. Анализ зарубежной литературы по проблемам наркомании показывает, что исследованиям деструктивных детских ролей в семье уделяется значительное внимание. С усвоением таких ролей связывается не только предрасположенность к наркомании и алкоголизму [95], но и развитие созависимости [27, 114], а также вероятность появления в семье химически зависимого члена семьи в следующем поколении или через поколение [143].

Конкретной социально-психологической формой организации жизнедеятельности семьи является *структура ролей* в ней. Под ролью в психологии чаще всего понимаются нормативно одобренные формы поведения, ожидаемые от индивида, занимающего определенную позицию в системе общественных межличностных отношений. Кроме поведения, в понятие «роль» включаются желания и цели, убеждения и чувства, социальные установки, ценности и действия, которые ожидаются от человека или приписываются ему.

Социально-ролевая структура семьи предназначена для решения двух основных задач:

- 1) воспитание качеств, необходимых для жизни в семье, то есть усвоение форм внутрисемейных отношений, норм поведения, значимых для семьи ценностных ориентации и мотивов деятельности;

2) воспитание качеств, необходимых для социализации вне семьи, ориентации индивида на существующие в данном обществе стандарты профессиональной деятельности, нравы и традиции [47].

Роли рассматриваются как относительно устойчивые типы поведения в определенной сфере жизнедеятельности. В.А. Ядов считает ролевые установки социально фиксированными. По мнению других исследователей, ожидания по поводу выполнения той или иной роли – устойчивые и негибкие образования. Если рассмотреть супружеские взаимоотношения, то можно сказать, что у жен и мужей в проблемных семьях существуют такие ролевые установки, которые препятствуют успешному приспособлению и являются предпосылками межличностной и психической напряженности. Психическая напряженность определяется как состояние, обусловленное предвосхищением неблагоприятного для субъекта развития событий и сопровождающееся ощущением дискомфорта, тревоги, страха [85].

Анализ биографий наркоманов периода взросления, а также данные, полученные в результате реконструкции структуры семейных отношений на разных этапах жизни семей наркоманов, показывают, что в период, предшествующий началу употребления наркотиков, семьи 91% наркоманов характеризовались высокой тревожностью.

Большое значение для изучения семейных ролей имеет дифференциация их на конвенциональные и межличностные. Конвенциональные определены правом и моралью, они стандартизированы и безличны. Межличностные целиком зависят от индивидуальных особенностей участников, их чувств и предпочтений [101].

Многие исследователи, в частности представители бихевиорального направления, оценивают родительское отношение с позиций успешности – неуспешности для развития ребенка. На наш взгляд, такой подход акцентирует внешнюю поведенческую сторону отношений и стимулирует односторонний взгляд на ответственность в вопросах детского развития.

По мнению К.Г. Юнга, жизнь, которую не удалось прожить родителям, они, как правило, стараются передать «по наследству» детям и вынуждают детей вступить на путь, который должен компенсировать неисполненные желания родителей [103]. Родители в какой-то степени ищут идеального ребенка для себя, у детей это часто вызывает обратную реакцию. Поэтому и получается, что сверхморальные родители за-

частую воспитывают аморальных детей, у безответственного и праздного отца вырастает чрезмерно честолюбивый сын и т. д. Наихудшие последствия, по его мнению, имеет «искусственная бессознательность» родителей. Примером тому может служить мать, которая, чтобы не нарушить видимость благополучного брака, искусственным путем бессознательно поддерживает себя тем, что привязывает к себе сына – в определенной степени в качестве замены своему мужу. И это приводит к формированию симбиотической связи между матерью и сыном, что, в конечном счете, может являться одной из причин формирования наркозависимости. Для ребенка наркотик – это мощное средство избавления от постоянной зависимости от родителей, приобретения внутренней свободы в борьбе за самостоятельность.

Итак, бессознательно родители нередко подталкивают своих детей к отклоняющемуся поведению. Ребенок, становясь наркоманом, дает возможность своим родителям реализовать себя, став заботливыми, любящими и, самое главное, нужными для него. А он, в свою очередь, использует это в своих целях, зная, что родители пойдут ради него на любые жертвы. Формируется замкнутый круг. С одной стороны – любящие родители, которые хотят быть нужными и делают для этого все, с другой – подросток-наркоман, который использует родителей для поддержания своего состояния. И на самом деле, в большинстве случаев подсознательно никто не хочет менять сложившуюся систему отношений.

В такой ситуации часто происходит патологическое объединение семьи, где все необходимы друг другу. Семья сплачивается в борьбе с наркоманией ребенка. После реального осознания того, что эта болезнь в наикратчайшие сроки может убить ребенка, родители принимают меры для его лечения, но нужно, чтобы этого захотел и сам ребенок. Однако в большинстве случаев он начинает лечиться потому, что его привели родители, либо потому, что играет в игру «Я лечусь».

Смысл игры «Я лечусь» заключается в том, чтобы, создавая видимость стремления к избавлению от наркотиков, с одной стороны, снизить давление со стороны родителей, а с другой стороны, пройдя курс лечения, снизить дозу, необходимую для достижения эйфории. Заметим, что никакая игра не могла бы воспроизводиться, если бы вовлеченные в нее участники не получили какой-либо выигрыш (Э. Берн). В игру «Я лечусь», помимо наркомана, вовлечены родители и медицинские работники: родители платят деньги за лечение и таким образом

снижают чувство вины и тревоги («Мы ничего для него не жалеем!»), медицинские работники получают деньги за лечение и бесконечно твердят, что наркомания неизлечима. Последнее утверждение используется медиками для снятия с себя ответственности за собственную ограниченность и неуважение к человеческой личности и жизни. Поскольку в игре «Я лечусь» заинтересованы все, то реально никто лечением не занимается.

Образ жизни подростка в условиях, когда он становится жертвой родительских иллюзий, заставляет его искать пути приспособительного поведения, а приобщение к культуре, основанное на столь откровенном давлении, вызывает у ребенка вполне закономерную оппозицию.

В связи с этим зададимся вопросом: не является ли становление наркоманской контркультуры реакцией на нежелание «взрослой» субкультуры принимать вклады «подростковой»? Очевидно, что взаимодействие взрослой и детской субкультур может быть не только развивающим (В.Т. Кудрявцев), но и, как мы видим на примере наркотизма, деструктивным.

В здоровой семейной структуре устанавливается подвижное равновесие, проявляющееся в оформлении психологических ролей каждого ее члена, формировании семейного «Мы», способности членов семьи самостоятельно решать противоречия и конфликты. Семейное воспитание детей – это результат совместной деятельности родителей и всех взрослых членов семьи. Разумеется, совместное воспитание предполагает различия в воздействии отца и матери. Отец и мать обычно дополняют влияние друг друга, но могут и взаимоподрывать его. При нарушении внутрисемейных отношений создается неблагоприятный фон для эмоционального развития ребенка, что в итоге может стать одним из источников формирования наркомании.

В силу различных внешних и внутренних обстоятельств функции семьи могут нарушаться. Нарушения функций семьи – это такие особенности ее жизнедеятельности, которые затрудняют выполнение семьей ее функций или препятствуют ему. Этому могут способствовать особенности личности ее членов, взаимоотношения между ними, а также определенные условия жизни семьи.

Негативный характер супружеских отношений, выражающийся в конфликтном взаимодействии между супругами, называется дисгармонией, дестабилизацией семейной структуры. Семейный конфликт пред-

ставляет собой сложное явление. Причинами его, с одной стороны, выступают нарушения в системе взаимоотношений – их ригидность, конкурентный характер, формальность, неравенство, с другой – искажения в личных установках, ролевых ожиданиях, особенностях перцепции (восприятия).

В дисгармоничных семьях равновесие во взаимоотношениях используется только для того, чтобы избежать изменения, развития и появления связанных с этим возможных тревог и потерь. Равновесие пре-стает быть формой адаптации семьи к задачам оптимального выполнения внешних и внутренних функций. Семейные узы оказываются лишь способом сохранения некоторого равновесия, на деле препятствующего развитию личности членов семьи и их взаимоотношений. Нарушения семейного функционирования являются важнейшей предпосылкой приобщения детей к наркотикам.

По результатам проведенных нами обследований выделены следующие виды дисфункциональных семейных структур.

1. Несбалансированные семейные структуры. Например, проблемные типы семьи, по Д.Х. Олсону (100% обследованных семей наркоманов).

2. Структуры, включающие в себя аутсайдеров, то есть людей с низким социометрическим статусом. Например, один из детей рассматривается родителями как нелюбимый (64% обследованных семей наркоманов).

3. Структуры, стабилизирующиеся на основе дисфункции одного из ее членов. Такие структуры поляризованы по принципу: «здоровые члены семьи – «козел отпущения» или иной член семьи» (69% обследованных семей наркоманов).

4. Коалиции через поколение, которые помогают членам семьи, чувствующим свою слабость, справиться с теми, кто кажется сильнее, тем самым совладать с низким самоуважением, уменьшить тревогу и получить возможность контролировать третью сторону. Например, один из родителей (мать) образует коалицию с ребенком против другого (отца); бабушка (дедушка) образует коалицию с ребенком против родителей и т. д. (57% обследованных семей наркоманов).

5. Скрытые коалиции, когда их наличие не признается членами семьи. Обычно она возникает на основе совместного секрета через

идентификацию двух членов семьи и часто выражается в подкреплении симптоматического поведения (42% обследованных семей наркоманов).

6. Перевернутые иерархии, когда по каким-либо причинам статус ребенка в семье становится выше, чем статус одного или обоих родителей. Например, отец с дочкой могут вести себя как старшие в семье и относиться к матери и остальным членам семьи как к младшим, или во время болезни одного из родителей ребенок выступает в роли родителя по отношению к больному и остальным детям (41% обследованных семей наркоманов).

Негативные, «невротические» типы взаимоотношений между членами семьи при всем их многообразии условно сгруппированы Т.М. Мишиной в три основных: *соперничество*, *псевдосотрудничество* и *изоляция*. Критериями выделения этих типов являются: наличие или отсутствие соглашения пары относительно норм поведения, формальный или неформальный характер этого соглашения. Типы взаимодействия можно определить по соотношениям следующих характеристик:

- мотивационные структуры, составляющие содержательную основу противоречия в совместной деятельности супругов;
- способы компенсации, позволяющие паре устойчиво существовать, несмотря на наличие противоречия;
- обстоятельства, вызывающие декомпенсацию (кризис) и создающие неустойчивость, обостряющиеся в конфликтных ситуациях;
- способы выхода из конфликтной ситуации и их связь с мотивационной структурой данной супружеской пары.

Соперничество. Структура отношений носит противоречивый, дружелюбно-враждебный характер. Оба партнера характеризуются незрелостью семейных ролей и оказываются не в состоянии принять на себя ответственность за поведение супружеской пары как целого. Конфликты могут быть представлены как противоречия, главным образом, в сферах заботы и опеки, а также эмоционального принятия, когда сталкиваются значимые потребности партнеров. Одна из сфер, где проявления соперничества супругов наиболее опасны своими последствиями, – воспитание детей, поскольку оно предполагает рассогласованность воспитательных позиций, требований по отношению к ребенку. Как показали исследования О.В. Шапатиной [162], в сфере семейного воспитания перманентно воспроизводится специфическая конфликтная ситуация между супругами, которая является результатом стремления супругов к максимальной персонализации в ребенке.

Нередко это приводит к возникновению ситуаций типа «двойного зажима» (Г. Бейтсон), систематическое попадание в которые способствует формированию «шизофренического» поведения. Наши клинические данные показывают, что среди опийных наркоманов довольно значительную часть (от 10 до 15%) составляют люди, для которых наркомания выступает как реальная альтернатива «шизофреническому» поведению. В выраженной форме соперничество между супругами обнаружено нами в 33% полных «наркоманских» семей.

Псевдосотрудничество. С точки зрения стороннего наблюдателя, отношения этого типа выглядят согласованными, с элементами преувеличенной заботы друг о друге. Поводы к возникновению конфликтов в семье лежат за ее пределами и связаны с индивидуальными трудностями и неудачами, которые касаются, как правило, работы или общения с другими людьми. Проявления псевдосотрудничества супругов в сфере воспитания детей также опасны своими последствиями, так как в зависимости от внешних обстоятельств воспитательные позиции у родителей постоянно видоизменяются. Псевдосотрудничество как стиль взаимоотношений обнаружено нами в 24% семей наркоманов в период, предшествовавший наркотизации подростка.

Изоляция. Супруги эмоционально обособлены и не заинтересованы друг в друге. Если такой характер взаимоотношений проявляется и в воспитательной сфере, то ребенок ощущает себя ненужным, отвергнутым и нелюбимым, что, в свою очередь, может способствовать формированию у него поведенческих отклонений. Наши данные позволяют нам говорить о том, что примерно в 29% семей наркоманов изоляция как стиль внутрисемейных отношений проявляется в период до начала употребления подростком наркотиков. В остальных 16% семей обнаружен смешанный либо невыраженный стиль отношений.

Одно из важнейших проявлений неблагополучия в семье – семейные конфликты. Т.М. Мишина определяет семейные конфликты как обострение интерперсональных отношений в семейной группе, когда позиции, отношения, цели сторон становятся несовместимыми, взаимоисключающими, либо воспринимаются таковыми.

Анализируя происхождение семейных конфликтов, А.И. Захаров выделяет неблагоприятные черты личности матерей, которые, по его мнению, обладают более выраженными невротическими изменениями по сравнению с отцами [62]:

- сензитивность – повышенная чувствительность, склонность все принимать близко к сердцу, легко расстраиваться и волноваться;
- аффективность – эмоциональная возбудимость или неустойчивость настроения;
- тревожность – склонность к беспокойству, недостаточная внутренняя согласованность чувств и желаний либо противоречивость личности в целом, обусловленная трудно совместимым сочетанием двух предшествующих характеристик;
- доминантность – стремление играть значимую роль;
- эгоцентричность – фиксация на своей точке зрения, отсутствие гибкости мышления;
- гиперсоциальность – повышенная принципиальность, утрированное чувство долга.

У матерей подростков-наркоманов в преморбидный период перечисленные характеристики имеют следующее распределение: сензитивность – 10%; аффективность – 8%; тревожность – 29%; доминантность – 21%; эгоцентричность – 26%; гиперсоциальность – 6%.

У отцов аффективная неустойчивость замещается психомоторной нестабильностью и импульсивностью. Тревожность замещается мнительностью. Доминантность матерей оборачивается зависимостью отцов, осторожностью и недоверием в контактах. Наконец, гиперсоциальность будет оттенена настойчивостью и упорством, граничащим с упрямством. Несмотря на отдельные отличия, у матерей и отцов есть общие черты: неуверенность в себе, проблемы личностного самоопределения, неустойчивость и противоречивость личности, негибкость мышления.

Семьи с нарушенными отношениями не могут самостоятельно решать возникающие в семейной жизни противоречия. В результате длительного конфликта у членов семьи снижается социальная и психологическая адаптация, теряется способность к совместной деятельности (что приводит к несогласованности в вопросах воспитания детей). Психологическое напряжение в семье нарастает и, в конце концов, может подтолкнуть подростка к поиску средств совладания с хроническим напряжением, среди которых могут оказаться наркотики и алкоголь.

Представители гуманистического направления в психологии рассматривают нарушение супружеских отношений как недостаток удовлетворения потребности в эмоциональных отношениях. Они делают по-

пытки анализа семьи в целом, проводя аналогию со структурой невротической личности и используя категорию защитных механизмов в семье.

Для того, чтобы предотвратить осознание негативных аспектов жизни, на уровне семейной системы формируются защитные механизмы (семейные мифы, иррациональные убеждения и т. д.). Защитные механизмы основаны на расщеплении; если у супругов дисгармонии сходны, то причины отвергаемых аспектов семейной жизни обнаруживаются вне дома. Если дисгармонии различны, каждый из партнеров неосознанно поддерживает в своем супруге или ребенке те качества, которые соответствуют его собственным подавленным тенденциям. Существование таких семейных защитных механизмов приводит к тому, что даже явные признаки наркотизации ребенка очень долго остаются «не замеченными» родителями. Они начинают видеть странности в поведении слишком поздно, когда признаки наркотизации уже невозможно не заметить. Как правило (79% случаев), к этому моменту у подростка уже сформированы основные компоненты наркологического синдрома.

В интеракционистском направлении нарушения семейных отношений изучаются в рамках коммуникативного анализа оперирующего понятиями «интеракция» и «транзакция». Э. Берн описал игры, как циклически повторяющиеся ситуации общения, смысл которых находится вне задач продуктивной деятельности и заключается в попытке сохранения своего «Я» путем изменения других. Обычно в семье существует стереотипная последовательность транзакций, которая поддерживает проблему, создавая «порочный круг». Как известно, общение может быть как вербальным, так и невербальным, и очень часто эти уровни не дополняют, а противоречат друг другу. Если высказывания строятся на двух противоречащих друг другу уровнях, то это приводит к парадоксу. Часто родители предъявляют ребенку взаимоисключающие (парадоксальные) требования, например, призывают его к самостоятельности и ответственности и в тоже время постоянно руководят им и опекают его. Парадоксальные команды создают у получателя ощущение тупика и могут привести к крайностям в поведении. К аналогичным результатам приводит ситуация, при которой мать говорит одно, а отец другое, совершенно противоположное. Крайним вариантом парадоксальной коммуникации является случай «двойной зажима», когда значимый для ребенка взрослый передает ему два взаимоотрицающих разноуровневых сообщения, которые затрагивают наиболее важную для ребенка про-

блему: любят его родители или нет. Такая ситуация может способствовать развитию у ребенка психических отклонений (шизофрении).

Помимо *влияния* на ребенка особенностей супружеских отношений, необходимо выделить негативные родительско-детские отношения, которые можно охарактеризовать как дисгармонии семейного воспитания. Наиболее существенные из них: непроизвольная компенсация родителями во взаимодействии с детьми своих неотреагированных переживаний; неосознанная проекция личностных проблем на детей, когда родители обвиняют их в том, что практически присуще им самим (не видят недостатков у себя, а видят их у ребенка); недостаток или избыток душевной щедрости и доброты в воспитании ребенка; несоответствие требований и ожиданий родителей возможностям и потребностям ребенка; непоследовательность и несогласованность в обращении с ребенком.

В контексте проблемы семейной профилактики наркомании имеет значение изучение так называемых патологизирующих ролей в семье, то есть межличностных ролей, которые, в силу своей структуры и содержания, оказывают психотравмирующее воздействие на ее членов (таковы роли «семейного козла отпущения», «золушки», «больного», «кумира семьи» и т. д.). Здесь необходимо добавить, что многие авторы описывают сходные феномены, но обозначают их по-разному (например, «стиль воспитания», когда речь идет о взаимоотношениях между родителями и детьми, «характер супружеских взаимоотношений» – при анализе неблагоприятного воздействия на психическое здоровье одного из членов семьи) [85, 124-126].

Мотивы, которые могут побуждать одного из членов семьи подталкивать остальных к развитию патологических ролей, разнообразны. Это, с одной стороны, маскировка определенных личностных недостатков, стремление сохранить и защитить, вопреки этим недостаткам, положительную личностную самооценку, а с другой – стремление удовлетворить какие-то потребности, при обычных условиях противоречащие нравственным представлениям индивида и всей семьи.

Патологизирующие роли могут возникать на основе механизма проекции как результат неосознанного наделения другого человека присущими данной личности мотивами, чертами и свойствами. Одним из мотивов формирования патологизирующей роли может быть стремление избавиться от давления собственных же нравственных представлений, что часто наблюдается в клинике, где лечатся алкоголики и наркоманы, – это роли «спасителя» и «спасаемого».

В настоящее время в психологии исследованы различные типы патогенного родительского поведения. Вот некоторые из них:

- один или оба родителя не удовлетворяют потребности ребенка в любви или полностью отвергают его;
- ребенок служит в семье средством разрешения супружеских конфликтов;
- ребенку в качестве дисциплинарной меры угрожают тем, что разлюбят его или отдадут в другую семью;
- ребенку внушают, что он своим поведением повинен в разводе, болезни или смерти одного из родителей,
- в окружении ребенка отсутствует человек, способный понять его переживания, стать фигурой, заменяющей отсутствующего или пренебрегающего своими обязанностями родителя.

Таким образом, при нарушении внутрисемейных отношений создается неблагоприятный фон для эмоционального развития ребенка, и это, в конечном итоге, может стать условием приобщения к наркотикам. Таким образом, дисфункциональная семья является одним из основных факторов развития детского наркотизма.

Можно выделить некоторые наиболее характерные особенности дисфункциональных семей:

- чрезвычайно эмоциональное, ранимое и болезненное отношение подростков к своим родителям и их проблемам. Если при этом в семье доминирует холодная в общении, неэмоциональная, строгая мать, то ситуация приобретает наибольшую остроту;
- конформизм и попустительство родителей, вплоть до готовности идти на поводу у подростка. Чаще всего такое поведение родителей – своеобразный способ избегания эмоционально-близких отношений с подростком: «Я сделаю, как ты хочешь, только отстань» или «Что еще тебе нужно? У тебя все есть»;
- использование ребенка в качестве средства давления при решении вопросов взаимоотношений между супругами;
- непоследовательность в отношениях с ребенком: от максимального принятия до максимального отвержения. Ребенка то приближают к себе, то отдаляют, независимо от особенностей его поведения;
- невовлеченность членов семьи в жизнь и дела друг друга;
- директивный стиль отношений и эмоциональное отвержение;

- спутанные отношения и размытые (неопределенные) межпоколенные границы, когда прародители активно вмешиваются в жизнь семьи, продолжая воспитывать уже взрослых детей, при этом по отношению к внукам чаще всего обнаруживаются гиперпротекция и попустительство,

- использование прямых провокаций в обращении с ребенком;
- заниженная оценка достижений ребенка либо негативные ожидания по отношению к его действиям и поступкам;
- сексуальное насилие;
- отсутствие в ближайшем окружении ребенка значимого взрослого.

Стремясь компенсировать семейное неблагополучие, ребенок ищет контакты за пределами семьи и легко может попасть в группу наркоманов, где он будет принят.

Проведенное нами специальное исследование семей подростков-наркоманов показало, что среди психологических факторов, создающих условия для злоупотребления подростками психоактивными веществами, большое значение имеет неблагополучие в семье, а также нарушение семейного функционирования. В связи с этим можно выделить следующие виды неблагополучного семейного взаимоотношения, повышающие вероятность наркотизма:

деструктивная семья, отличающаяся автономией отдельных членов, отсутствием взаимности в эмоциональных контактах. В подобных семьях родители составляют так называемую диссоциированную супружескую пару, когда, например, ригидный эмоционально жесткий по характеру отец и неорганизованная мать не в состоянии создать стабильной обстановки воспитания;

распадающаяся семья, в которой чрезмерно обострилась конфликтная ситуация, фактически брак уже распался, но супруги продолжают жить вместе. Источником конфликта в таких семьях вполне может быть неосознанное нежелание одного из супругов (или обоих) терпеть присутствие другого супруга как конкретного человека с его жизненными установками, уровнем культуры и манерой поведения. В подобных семьях конфронтация интересов взрослых заметна для ребенка, отрицательные эмоции постоянно «прорываются» в психологический микроклимат семьи, что считается наибольшим психотравмирующим условием для ре-

бенка из-за длительности стрессовой ситуации и, в конечном итоге, приводит к нарушениям в развитии его личности;

неполная семья, в которой отсутствует кто-либо из родителей. В таких семьях очень часто возникает симбиотическая связь, определяющая психологическое слияние матери и ребенка; она может привести к самоотождествлению и крайним формам взаимной зависимости;

ригидная псевдосолидарная семья, отличающаяся безоговорочным доминированием одного из членов за счет положения других, жесткой регламентацией всей семейной жизни. В таких семьях, при всем многообразии конкретных конфликтных ситуаций, родители стараются подчинить личность ребенка собственному представлению о нем в ущерб его индивидуальности. Очень часто выбирается такая воспитательная тактика, в которой ребенок вынужден приспособливаться, вместо того чтобы развиваться естественно.

Перечисленные особенности нарушения семейной ситуации приводят к тому, что у подростка появляется слишком много свободного времени, которое он старается провести на улице, что в совокупности с оппозицией к родителям и отсутствием доверительных отношений с ними способствует встрече подростка с наркотиком. Как правило, в наркоманскую группу подросток легко вписывается, поскольку для членов такой группы появление нового человека всегда выгодно. По истечении некоторого времени родители замечают употребление подростком наркотических веществ, и их реакция зависит от состояния семейной системы. Реакция семьи может быть как конструктивной (то есть способствовать прекращению употребления наркотиков), так и деструктивной (то есть закреплять наркотизацию). Большую опасность представляют семьи, в которых нарушения семейного взаимодействия (часто не осознаваемые ее членами) скрываются за внешним благополучием. Неблагополучные семьи, как правило, стоят на учете социальных служб, и с ними проводится работа по реабилитации или профилактике нарушения семейного функционирования.

Факт обнаружения у подростка наркомании способствует изменению семейного взаимодействия и будет по-разному «использоваться» членами семьи. Отношение к наркомании будет во многом определяться неосознаваемыми потребностями, при этом каждый член семьи сможет получить определенную «выгоду» из такой семейной ситуации. Например, мать начинает ощущать себя нужной и полезной для боль-

ного наркоманией ребенка, защищая его и помогая ему. В свою очередь, подросток начинает эксплуатировать появляющуюся в поведении матери гиперопеку или гиперпротекцию.

Нередко семейное взаимодействие или поведение одного членов семьи выступает как фактор, запускающий и фиксирующий наркотическое поведение. Например, неудовлетворенность супругом может привести к тому, что он будет отвергаться через приписывание ему ответственности за наркоманию ребенка. Возникает своеобразный альянс: наркотицизирующийся подросток и борющийся за его жизнь родитель (мать) против родителя, который считается главной причиной наркотизации. В этом случае отказ от наркотиков должен привести к перераспределению семейных ролей и изменению всей системы семейных взаимоотношений. Бессознательное сопротивление таким изменениям приводит к нарастанию провоцирующих проявлений [192].

Проведенный анализ семейных причин наркотизации однозначно убеждает в том, что в фокусе профилактической работы должна быть семья. Это одинаково справедливо, когда речь идет как о первичной, так и о вторичной профилактике наркомании.

Динамика семейных отношений на разных стадиях наркотизации

Родители

Обнаружение у подростка наркомании является большим ударом для его семьи и может привести к серьезным изменениям в семейных отношениях. Болезнь становится общесемейной реальностью.

Реакция в этом случае зависит от состояния семейной системы и может носить как конструктивный (способствовать прекращению употребления наркотиков), так и деструктивный (закреплять наркотизацию) характер. Как правило, родители искаженно воспринимают свой стиль взаимоотношения с подростком-наркоманом. Это может быть связано с неосознанными, вытесненными тенденциями страха, вины или ухода от проблемы. Но при этом они обязательно включаются в систему наркоманского поведения и у них формируется синдром родительской реакции на наркотизацию (СРРН).

В общении родителей с ребенком-наркоманом имеют место противоречивые негармоничные стили взаимодействия с ним. В их основе

лежат психологические проблемы, которые родители стараются решить за счет ребенка, а это, в свою очередь, становится одним из условий развития СРРН.

Комплексное исследование особенностей взаимоотношений в семьях детей-наркоманов, проведенное с помощью психодиагностических методик (АСВ, МИРП, ADOR PARI), а также обобщение накопленного практического опыта и анализ литературных публикаций дают возможность выделить типичные черты родительско-детских взаимоотношений в этот период:

- невовлеченность семьи в жизнь ребенка или «желание прожить жизнь» за него;
- гипо- либо гиперконтроль за поведением ребенка;
- разрешение супружеского конфликта с использованием заболевания ребенка;
- использование супругами ребенка в качестве средства манипуляции и давления друг на друга, средства сведения счетов или «психологической мести»;
- эмоциональная амбивалентность (противоречивость);
- чрезмерная аффективность и склонность к эмоциональным всплескам;
- делегирующая позиция родителей, когда вина за наркоманию приписывается исключительно ребенку;
- патологическая лживость со стороны ребенка, манипулирование чувствами ребенка со стороны родителей;
- чувство вины перед ребенком и друг перед другом;
- воспитательная неустойчивость и неуверенность;
- обидчивость со стороны ребенка;
- растерянность и невозможность выстраивать четкую и последовательную линию поведения по отношению друг к другу.

Отношения каждого из родителей с ребенком-наркоманом имеют некоторые отличия в зависимости от того, кто это – сын или дочь.

По отношению к сыну у отца в структуре СРРН наиболее выражена проекция на него собственных негативных качеств. Причина может заключаться в том, что в сыне отец видит черты характера, которые чувствует, но не признает в себе. Поэтому, ведя борьбу с такими истинными или ложными качествами у сына, отец извлекает для себя эмоциональную выгоду. Борьба с нежелательными качествами подростка по-

могает отцу верить, что у него самого таких качеств нет. Нередко отцы предпочитают видеть в подростке качества ребенка, а не взрослого человека. С родительской точки зрения, он «маленький, ему нельзя доверять и предоставлять самостоятельность». Возможной причиной неустойчивости поведения отцов является растерянность перед обстоятельствами, отсутствие знаний о том, как реагировать и как вести себя с больным ребенком, а также отвержение воспитательной позиции матери при невозможности реально влиять на ситуацию. Такое отношение оказывает противоречивое воздействие на ребенка (близкое к ситуации «двойного зажима»), когда он перестает понимать, что происходит вокруг, и не знает, как себя вести в различных ситуациях.

Выше отмечалось, что значительная часть наркоманов воспитывается в неполных семьях. Если биологический отец подростка-наркомана находится вне семьи в результате развода, то в период открытой наркотизации поведение матери наркомана по отношению к бывшему мужу чаще всего развивается по двум сценариям: либо факт наркотизации ребенка сохраняется в тайне до тех пор, пока это возможно, либо бывший супруг активно привлекается к решению проблемы и возобновляет выполнение в семье некоторых функций. Реализация конкретного варианта поведения зависит от обстоятельств развода и его причин: чем более мирным был развод и чем более завершенными являются эмоциональные отношения, тем выше вероятность обращения за помощью к бывшему супругу. Позиция отчимов по отношению к пасынкам-наркоманам характеризуется большей сдержанностью, жесткостью, однозначностью и в целом является более конструктивной по сравнению с реакцией биологических отцов.

У матерей по отношению к сыну-наркоману в основном выражена воспитательная неуверенность, что влечет за собой перераспределение власти в семье между матерью и сыном в пользу последнего. Мать идет на поводу у сына, уступает даже в тех вопросах, в которых уступать, по ее же мнению, никак нельзя. Это происходит потому, что сыну удалось интуитивно нащупать ее слабое место и добиться положения: «минимум требований, максимум прав». Он манипулирует матерью и использует это в своих целях. Мать становится неуверенной в себе, нерешительной, обвиняет себя в сложившейся ситуации и тем самым поддерживает болезнь сына. Внутриличностный конфликт, возникающий в результате сознания пагубности своего поведения и страха за жизнь ре-

бенка, приводит к тому, что мать наркомана становится частью наркоманского образа жизни ее сына. Неразрешимость конфликта приводит ее к поиску вариантов защитного поведения, что, в свою очередь, становится причиной все более неадекватного восприятия ею своего поведения и поведения ребенка-наркомана. В то же время, мать ведет хаотический поиск средств спасения своего сына от наркомании. С фанатизмом обреченного она мечется между наркодиспансерами и экстрасенсами, психиатрами и церковью. Защитный смысл этой активности очевиден: усталость от борьбы выступает как средство подавления вины и страха. У некоторых матерей встречается незрелость родительских чувств. Внешне это проявляется в нежелании иметь дело с сыном, в плохой переносимости его общества, поверхностном интересе к его делам, стремлении отправить его в реабилитационное учреждение. Заметим, что ни первая, ни вторая стратегия не является эффективной.

Отцу по отношению к дочери-наркоманке в основном свойственна гипопротекция. Девушка предоставлена самой себе, отец не интересуется ею и не контролирует ее поведение. Отношения становятся спутанными, дистантными, нарастает эмоциональное отвержение. Дочь считает себя ненужной своему отцу, что только усиливает ее болезнь.

При воспитании дочери-наркоманки у матери, как правило, преобладает опекающая гиперпротекция, которая характеризуется тем, что она уделяет дочери крайне много времени, сил и внимания. Это становится центральным делом жизни матери. Она чрезмерно оберегает дочь, минимизирует количество ее обязанностей по дому, аргументируя это тем, что трудно привлечь дочь к какому-либо делу. Таким образом, она лишает дочь самостоятельности и ответственности за принятие решения (в частности, за свою болезнь – наркоманию), при этом дочь считает мать виновницей своих бед. Межличностные конфликты между матерями и дочерьми-наркоманками носят чрезвычайно деструктивный характер. Наиболее острую форму принимают конфликты в семьях матерей-одиночек или там, где отец и мать дистанцированы друг от друга. Мать неосознанно формирует у дочери неприятие лиц мужского пола.

В структуре СРРН можно выделить симптомы, свойственные обоим родителям:

- чувство вины и стыда перед другими;
- вынесение конфликтов между супругами в сферу воспитания подростка; характерной особенностью здесь является выражение недо-

вольства воспитательными методами другого супруга. При этом обнаруживается, что каждого интересует не столько то, как воспитывать подростка, сколько то, кто прав в воспитательных спорах. Разница во мнениях чаще всего бывает диаметральной: отец настаивает на весьма строгом воспитании, с повышенными требованиями и запретами, мать склонна «жалеть» подростка и многое ему разрешать;

- фобия утраты, «слабым местом» которой является повышенная неуверенность, боязнь ошибиться, потерять ребенка. Страх заставляет родителей тревожно прислушиваться к любым пожеланиям подростка и спешить удовлетворить их либо опекают и защищают его.

Для семьи в целом в этот период становится характерным:

- использование в коммуникациях парадоксальных посланий, которые не дают подростку возможности правильно реагировать на требования родителей;
- замкнутость и закрытость семейной системы;
- отсутствие искренности в отношениях между членами семьи;
- нежелание или невозможность видеть подтекст во взаимоотношениях.

По мере развития СРРН, как и при любой болезни, родители наркоманов приспособливаются и начинают получать максимум выгод из своих невротических симптомов и защит. Симптомы и защиты приобретают социальную функцию: формируются внутрисемейные роли, которые заменяют близкие взаимоотношения и приносят психологические преимущества. Таким образом, приобретаются вторичные выгоды, которые выступают как мощные детерминанты внутрисемейных отношений и в которых скрыты факторы, провоцирующие срывы и прерывающие ремиссию в период реабилитации [13].

Результаты комплексного исследования, а также наблюдение за семьями в период открытой наркотизации дают возможность раскрыть структуру супружеских взаимоотношений, которые имеют следующие особенности:

- автономия и сепарация супругов (отсутствие взаимности в эмоциональных отношениях);
- ригидность и псевдосолидарность (доминирование одного из супругов, жесткая регламентация семейной жизни);
- невовлеченность, отстраненность, безучастность и, как следствие, пассивность и отгороженность от взаимодействия друг с другом;

- директивность (постоянный контроль и авторитарность со стороны одного из супругов);
- деструктивность (взаимоотношения между супругами характеризуются повышенной напряженностью и становятся фактором, повышающим вероятность фиксации психологической зависимости от наркотиков у ребенка),
- повышенная конфликтность, а также использование супругами ребенка как средства давления и манипуляции друг другом;
- эмоциональная напряженность и склонность к аффектам и истерикам;
- делегирующая позиция (ответственность и вина за наркоманию приписываются исключительно подростку, его окружению или другому родителю);
- поляризованность суждений (а следовательно, и сознания) о возможных формах внутрисемейного взаимодействия.

С конца 1970-х годов в литературе встречается понятие «созависимость», используемое для описания психического состояния отдельных членов семьи, в которой имеется химически зависимый человек (наркоман, токсикоман, алкоголик), а также для характеристики внутрисемейных отношений в целом.

По мнению М. Битти, созависимость – это «эмоциональное, психологическое и поведенческое состояние, возникающее в результате того, что человек длительное время подвергался воздействию угнетающих правил, которые препятствовали открытому выражению чувств, а также открытому обсуждению личностных и межличностных проблем» [27].

Как считает А.В. Терентьева, созависимость – это психологическая зависимость, подчинение своего «Я», своих чувств, ожиданий, убеждений и восприятия реальности состоянию человека, имеющего химическую зависимость [151].

Как доказывает в своих работах Э. Смит, созависимость следует рассматривать как результат адаптации к действительности. Это закрепившаяся реакция на стресс, которая в силу обстоятельств существования, в конце концов, становится не столько способом выживания, сколько образом жизни. И даже в том случае, если источник стресса устранен и больше не оказывает влияния, созависимый человек действует в окружающей его среде по-прежнему, как если бы угроза угнетения продолжала существовать [143].

Мы полагаем, что созависимость – это защитная компенсаторная реакция на внутриличностный конфликт. Сторонами конфликта при этом выступают, с одной стороны, крайне противоречивые отношения со значимым человеком, с другой – индивидуализированная система культурных норм, ценностей, предписаний и т. п. Созависимость «при этом выражается в поведении, направленном на разрушение одной из сторон конфликта. В отношении семьи наркомана уместно определение «саморазрушающаяся семья» [12].

Можно выделить некоторые существенные параметры созависимости:

- при созависимости нарушается возможность открытого сражения чувств и обсуждения личностных и межличностных проблем;
- на поведенческом уровне созависимость проявляется в виде стереотипных форм, когда происходит выхолащивание и обеднение эмоциональной сферы личности;
- созависимость – это реактивный процесс, смысл и цель которого заключаются в снятии внутриличностного конфликта способом саморазрушающего поведения.

Таким образом, созависимость в семьях наркоманов – это саморазрушающее поведение, возникающее на основе СРРН, вследствие чего основные элементы семейных взаимоотношений обретают патологический и психотравмирующий характер.

Братья и сестры (сисбы)

Когда наркомания подростка становится общесемейной реальностью, изменяется и характер взаимоотношений между наркоманом и его братьями и сестрами – в сторону невротизации, отторжения или опеки. Старшие братья по отношению к наркоману занимают позицию Контролирующего Родителя, то есть постоянно следят за его поведением и кругом общения, навязывают свое мнение, проявляют директивность и авторитарность. Старшие сестры занимают позицию Опекающего Родителя, когда желание оградить своего брата (сестру), защитить и принять вину на себя доминирует над реальной оценкой сложившейся ситуации.

Особое внимание следует уделить младшим сестрам и братьям наркоманов. В семье наркомана младшие дети оказываются в наибольшей опасности, поскольку последствия наркомании старшего ребенка сказываются на них наиболее пагубно: самый ответственный период

формирования их личности приходится на наиболее патогенный этап в жизни семьи. Мы полагаем, что психокоррекционная и психологическая работа необходима для всех младших детей в семьях наркоманов.

Прежде всего, дети сталкиваются с закрытостью семьи, которая пытается как можно дольше скрывать факт наркомании одного из детей от родственников, соседей, сослуживцев. Во время встреч с родственниками или друзьями члены семьи должны постоянно контролировать себя и друг друга для того, чтобы их «семейный сор» не был случайно «вынесен из избы». Это приводит к сокращению и прерыванию привычных социальных связей и обеднению социальной и эмоциональной жизни семьи. В доме перестают бывать гости, дети не могут пригласить к себе друзей.

Менее проницаемыми становятся и внутренние границы семьи. Опасаясь за младших детей, родители всячески стараются скрыть от них факт наркотизации старшего ребенка. Младшие дети чувствуют, что в семье что-то происходит, они ощущают нарастание напряженности, тревожности, страха, они становятся очевидцами или участниками проявления семейных проблем и т. п. Не зная настоящих причин, нередко дети связывают их с собой. В семье нарушается процесс циркуляции информации о чувствах, эмоциях и состоянии членов семьи. Дети начинают бояться открыто говорить о своих переживаниях и проблемах, замыкаются, становятся труднодоступными для взаимодействия. У детей, живущих в атмосфере полуправды, двойных стандартов, сокрытия информации, не развиваются навыки распознавания искренности, опасности, не формируются навыки открытого общения и понимания людей.

Внутрисемейные отношения оказываются не просто «свернутыми», «частичными» – они делаются лживыми. Младшие дети в семьях наркоманов в конце концов вынуждены присоединиться к общесемейной лжи. Необходимость игнорировать реальность и жить в мире искаженных отношений может подкрепляться угрозой наказания со стороны родителей. Такая атмосфера обуславливает систематическое возникновение ситуаций «двойного зажима». В результате дети становятся подозрительными, тревожными, склонными цепенеть в неопределенных ситуациях либо, наоборот, злобными и агрессивными. Открытые коммуникации прекращаются. Взаимодействие превращается в способ избегания близости.

В семьях наркоманов дети постоянно сталкиваются с несоответствием между тем, что реально происходит вокруг, и тем, что говорят им родители. При этом нередко возникают ситуации, когда поведение, соответствующее тому, что говорят, поощряется, а поведение, соответствующее собственным чувствам, реакциям и мыслям, наоборот, наказывается. Стремление чувствовать себя в безопасности приводит к нарастанию недоверия к своим чувствам и впечатлениям.

Попытки родителей бороться с наркоманией старшего ребенка приводят к резкому увеличению внутрисемейных конфликтов, что, в сочетании с закрытостью, подозрительностью и неспособностью понимать эмоциональное состояние других людей, формирует у ребенка чрезвычайно проблемный стиль социального поведения. Тревожность, связанная с ожиданиями возможных конфликтов, со временем преобразуется в страх перед будущим.

Со временем эти тенденции могут усиливаться. Младшие дети чувствуют себя забытыми и ненужными. Привыкнув скрывать свои чувства и боясь быть отторгнутыми, дети, как правило, не рассказывают о своих переживаниях, однако косвенным образом (например, в рисунках) их тревожность проявляется особенно ярко.

Концентрация внимания и активности родителей на старшем ребенке приводит к тому, что младшие оказываются заброшенными. Глубинные переживания детей остаются, как правило, незамеченными, отсутствие внимания со стороны родителей формирует у них низкую самооценку.

При этом родители, как бы оправдывая свое невнимание к нуждам младшего ребенка, могут твердить что-нибудь типа: «Маленькие дети – маленькие проблемы»; «Он еще ничего не понимает» – или наоборот: «Он у нас уже большой». Глубинные переживания детей остаются, как правило, незамеченными, однако отсутствие внимания со стороны родителей формирует у них низкую самооценку. Недостаток доброжелательной и искренней заинтересованности в жизни и делах ребенка, постоянное неудовлетворение его физических и эмоциональных потребностей, послания с двойным смыслом, оскорбления, чувство вины и стыд за свою семью – все это формирует у ребенка низкую самооценку, тревожность и неуверенность.

В целом можно сказать, что стиль родительско-детских отношений формирует отношения братьев и сестер к наркоману. Чем выше невро-

тизация у родителей, тем выше она и у других членов семьи наркомана и тем труднее будет проходить реабилитация наркозависимого подростка и членов его семьи.

Еще один очень важный момент, имеющий отношение к прояснению феномена созависимости и его определению, заключается в опоре на слово «зависимость». Имеется в виду следующее. *Наркозависимый зависит* от наркотика непосредственно. *Созависимый зависит* от наркотика опосредованно. Наркозависимый *хочет*, чтобы наркотик был. Созависимый *хочет*, чтобы сохранились и воспроизводились те отношения, которые установились у него с наркозависимым. В некотором смысле он хочет той модификации своих реакций, поведения и сознания, которая была осуществлена в контакте с наркозависимым. Таким образом, мы полагаем, что созависимость – это целостная модификация поведения и сознания, обусловленная присутствием в контакте с индивидом наркозависимого субъекта. То есть, созависимый *заинтересован* в воспроизводстве сложившихся отношений. Для описания отношения созависимого к наркомании В.А. Петровский предлагает использовать взаимодополняющие понятия «объективно» и «субъективно». Созависимый *объективно* не заинтересован в том, чтобы наркозависимый порвал с наркотиками. И напротив, субъективно созависимый крайне не заинтересован в сохранении наркотической зависимости. Нужно отметить, что смысловой континуум пары «объективно – субъективно» не тождествен континууму «сознательно – бессознательно». Созависимый даже подсознательно может быть заинтересован в выздоровлении наркозависимого, но при этом быть не заинтересованным объективно, поскольку в этом случае он будет вынужден менять свое поведение. Таким образом, созависимый может и сознательно, и неосознанно желать, «всем сердцем хотеть» того, чтобы наркозависимый выздоровел, но быть в этом объективно не заинтересованным. В сознании созависимого может не быть заинтересованности в наркомании своего близкого, но сторонний наблюдатель может заметить отсутствие заинтересованности в выздоровлении наркомана, так как выздоровление будет означать необходимость изменения поведения, поиска новых форм взаимодействия с бывшим наркоманом. Объективная независимость созависимого обнаруживается в виде тревоги, неуют, дискомфорта и растерянности тогда, когда наркоман начинает меняться и отходить от наркотиков. Основанием для выделения объективной/субъективной заин-

тересованности/незаинтересованности как особой типологии позиций созависимого по отношению к зависимому является тенденция созависимого к воспроизводству модификации поведения и сознания, сложившихся в общении с зависимым. Таким образом, мы можем различать объективную и субъективную потребности к изменению или неизменности ситуации у созависимого. Объективное – субъективное, зависимость – независимость и тенденция к изменению или неизменности характера отношений выступают как оси, в координатах которых может быть описана позиция созависимого относительно наркозависимого.

Возвращаясь к зависимости созависимого от тех модификаций его поведения, которые сложились в контакте с наркозависимым, отметим, что речь идет именно о тех модификациях, которые обусловлены *наркозависимостью*, то есть не целостностью личности наркомана, а проявлениями его наркозависимости. Таким образом, наркозависимость индивида, употребляющего наркотики, выступает как фактор модификации сознания и поведения индивида, зависимость которого от такого рода модификации и делает его *созависимым*. Таким образом, созависимость – это модификация естественных реакций членов социальной общности, обусловленная присутствием наркозависимого индивида либо актуализацией его образа в их сознании. Это и есть феномен отраженной субъектности наркозависимого в психике близких ему людей. До момента обнаружения наркомании у ребенка семья жила одним образом, после обнаружения факта наркотизации в присутствии наркозависимого семья проявляется иным образом. В этом выражается модификация поведения членов семьи. Она закрепляется фактом присутствия наркомана сначала снаружи, а затем «внутри головы» каждого члена семьи. Образно говоря, созависимость выражается в том, что человек начинает смотреть на мир «сквозь факт» присутствия в его жизни зависимого индивида.

Анализируя феномен созависимости, В.А. Петровский указывает одну из характеристик этого явления, которая, по нашему мнению, может быть количественно измерена. Речь идет о *сопротивляемости изменениям*. Мы полагаем, что динамика сопротивляемости изменениям может выступать как надежный показатель эффективности терапии созависимости.

В связи с вышесказанным можно выделить некоторые существенные параметры феномена созависимости:

- при созависимости нарушается возможность открытого выражения чувств и обсуждения личностных и межличностных проблем;
- на поведенческом уровне созависимость проявляется в виде стереотипных форм реагирования. При этом происходит выхолащивание и обеднение эмоциональной сферы личности;
- созависимость – это реактивный процесс, смысл и цель которого заключается в снятии внутриличностного конфликта способом саморазрушающего поведения.

Созависимость – это зависимость близких наркомана от тех изменений, которые происходят в их состоянии и поведении, как только в их сознании актуализируется образ наркомана.

На основании разработанной нами теоретической модели и клинических наблюдений мы можем предположить, что созависимость есть зависимость от поведения, реализующего и соответствующего СРРН.

Анализ структуры СРРН показывает, что основная его составляющая – проявления Детского эго-состояния (Д), тогда как на социальном уровне преобладают проявления Контролирующего Родителя (КР) и Опекающего Родителя (ОР). Для осуществления транзактной интерпретации созависимости нами было проведено специальное исследование.

Родителям предлагалось составить эгограммы на себя и на детей, а наркоманам – на себя и на родителей. Предварительно участники эксперимента были ознакомлены с основными понятиями транзактного анализа, необходимыми для анализа эго-состояний и построения эгограмм. Далее нами были построены обобщенные схемы представленности эго-состояний, как у родителей, так и у наркоманов. В результате были получены четыре вида эгограмм:

- 1) представление родителей о себе;
- 2) представление родителей о детях;
- 3) представление детей о себе;
- 4) представление детей о родителях.

Кроме того, мы предложили экспертам (психологам, имеющим опыт работы с наркоманами и членами их семей) построить обобщенные эгограммы родителей и наркоманов. Были получены следующие обобщенные эгограммы:

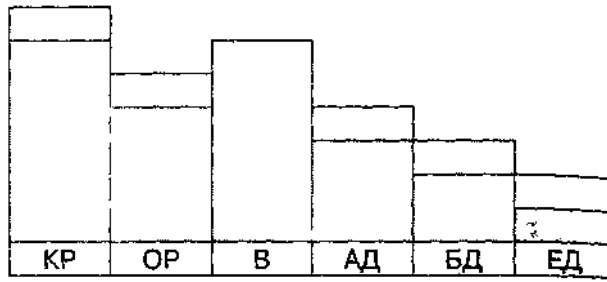


Рис 1 Представление родителей о себе

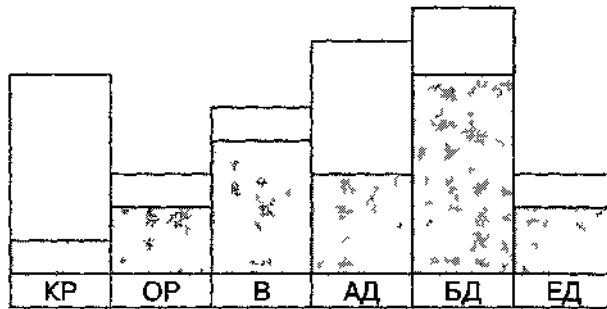


Рис 2 Представление родителей о детях

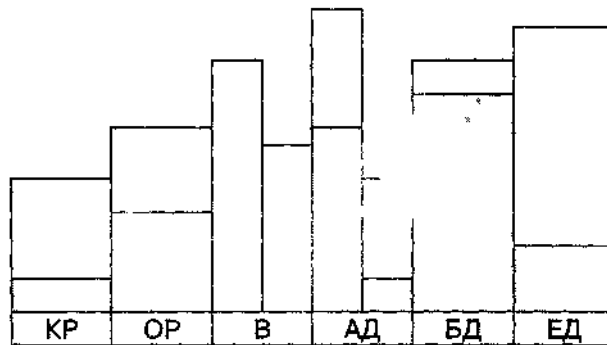


Рис 3 Представление детей о себе

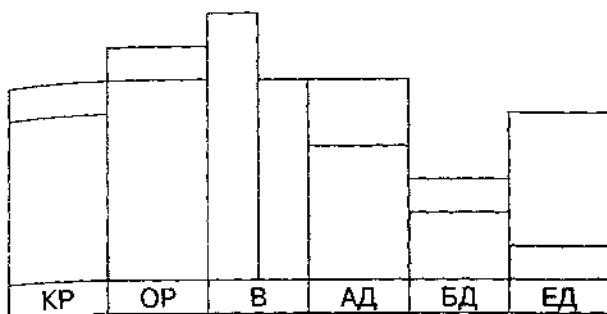


Рис 4 Представление детей о родителях

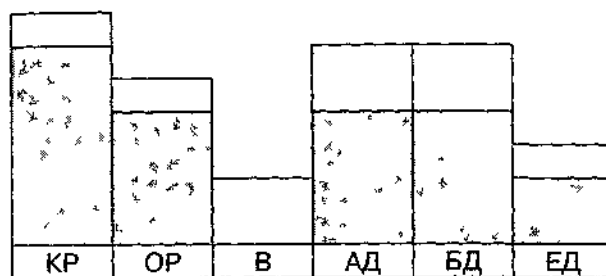


Рис 5 Представление психологов о родителях

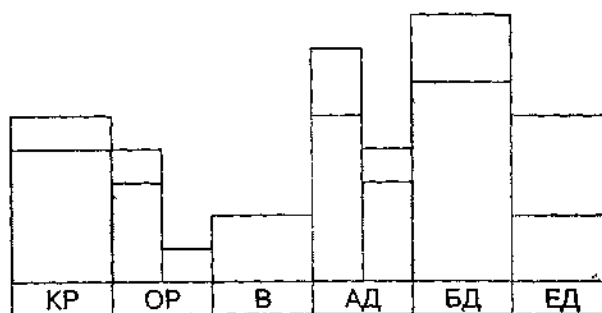


Рис 6 Представление психологов о детях

Анализ полученных эгограмм позволил сформулировать следующие выводы.

Представления родителей о себе и детей о родителях практически совпадают. Это говорит о том, что и родители и дети примерно одинаково оценивают ситуации и реакции родителей на какие-либо события. Дети воспринимают родителей так, как родители себя им предъявляют. Однако родители оценивают свои поступки, скорее, с негативной стороны, понимая что далеко не все из того, что они делают, может привести к положительному результату. Довольно быстро такое понимание приходило к родителям во время тренинговых занятий по транзактному анализу, когда демонстрировалось, что фразы, предъявляемые ими как позитивные, то есть способствующие развитию дальнейшего общения, на самом деле содержали негативную интерпретацию, то есть разрушали процесс общения или привносили в него конфликтный оттенок.

Родители полагают, что хорошо понимают ситуацию: это Взрослый (В) на эгограммах родителей. Дети видят в родителях преобладание ОР (опека над подростком лишает его самостоятельности и ответственности за принятие решений, в частности за свою болезнь – наркоманию).

Становится очевидным, что преобладание эго-состояний КР и ОР приводит к формированию у родителей либо доминантных, либо симбиотических отношений с ребенком. Доминантное отношение характеризуется строгим, директивным контролем. При этом родители чрез-

мерно наказывают и чрезмерно критикуют ребенка. Однако такое поведение не всегда приводит к конфликтам. Реакция подростка зависит от того, принимает ли он такое поведение родителей [22] (актуализируется ли АД (Адаптивное Дитя) подростка) или «отвергает родительский авторитет» (актуализируются ли эго-состояния БД (Бунтующего Дитя) и Родителя у подростка).

Симбиотический тип родительского отношения характеризуется стремлением родителя установить с ребенком тесный эмоциональный контакт, принимать участие во всех, даже незначительных, событиях его жизни. Потребность родителей (чаще матерей) в эмоциональной симбиотической привязанности может приводить к излишней опеке.

Понятно, что при этом фрустрируется такая важная для развития личности подростка потребность, как потребность в самостоятельности и проявлении инициативы.

Из сравнения эгограмм родителей, построенных экспертами (рис. 5) и родителями наркоманов (рис. 1), видно, что доминирующим эго-состоянием является КР, большое место занимает ОР. Это наглядно объективирует позиции родителей по отношению к детям. Другими словами, родителям свойственны следующие черты: предвзятость, нетерпимость к чужому мнению, консерватизм, жесткие нормы поведения, высокие требования к другим, высокая избирательность информации, игнорирование своих чувств и чувств другого, защита, поддержка, одобрение.

В большинстве случаев Родительское эго-состояние проявляется как гиперопека и гиперконтроль, что составляет негативную часть эго-состояния Родитель. На схеме она показана штриховкой.

В связи с этим одной из главных задач родительских психотерапевтических групп является уменьшение проявлений эго-состояний КР и ОР, и в первую очередь их негативной части. Другими словами, необходимо избавить матерей от опекающей и контролирующей позиции в отношениях с ребенком.

С точки зрения экспертов, у родителей наркоманов значительно выражены Бунтующее Дитя и Адаптивное Дитя (рис. 5). Бунтующее Дитя родителей – это состояние бунта, протеста, в первую очередь, против наркомании их ребенка. Представленность БД увеличивается в основном в период «открытой наркотизации». Часто в таких семьях дети считают родителей (матерей) виновными во всех своих проблемах.

При этом большинство родителей признает эти обвинения (на эгограмме это включено в АД). Интересным образом сочетаются БД и АД. С одной стороны, родители протестуют против наркомании, отрицают ее факт, с другой – они приспособляются к нему: вся их дальнейшая жизнь зависит от наркомании ребенка, они чувствуют вину, их охватывает стыд перед окружающими, страх за себя (они обычно говорят: «Обо мне будут думать, что я никчемная мать, не сумела должным образом воспитать ребенка»).

Что касается эго-состояния Взрослого родителей, то, по мнению экспертов, его выраженность резко уменьшается (рис. 5). Они полагают, что родители неспособны адекватно оценивать ситуацию и принимать обдуманное решение. Это было отмечено и детьми, примерно в 40% случаев (рис. 4).

Отметим следующую особенность: у 90% родителей выявилась тенденция к выделению негативной части эго-состояния Взрослого. Мы объясняем это контаминацией Взрослого со стороны либо Родительского, либо Детского эго-состояния. В первом случае поведение родителей основано на предрассудках, запретах и контроле. Во втором родители ведут себя очень наивно, незрело и крайне инфантильно.

Эго-состояние Взрослого допускает существование нескольких точек зрения, являющихся взаимоисключающими и альтернативными (вероятностный подход). Для родителей наркозависимых характерна полярность мышления, которая проявляется в существовании только двух видов поведения по отношению к детям: либо контролировать, либо не обращать никакого внимания, *tercium non datur*. Таким образом, мы говорим о низкой представленности эго-состояния Взрослого у родителей наркоманов (рис. 5), и психокоррекция, по нашему мнению, должна быть направлена на активизацию Взрослого в сочетании с усилением Естественного Дитя (ЕД). Другими словами, для преодоления созависимости родителям необходим творческий подход: необходимо создание нетипичных ситуаций, в которых ребенок не имел бы возможности действовать стереотипно.

Рассмотрим наиболее выраженные эго-состояния у наркоманов (рис. 2, 3, 6). Во-первых, это Адаптивное Дитя (50% наркозависимых определяют эту позицию как слабовыраженную). Эксперты отмечают такую же закономерность (рис. 6). Для наркозависимых, имеющих высокий показатель АД, характерны следующие черты: поиск одобрения

и признания, стремление удовлетворить внешние и внутренние требования, пассивность и мягкость характера, развитое чувство вины, уступчивость. Развита аффилиативная потребность. Характерен высокий уровень тревожности и беспокойства.

Одним из ярко выраженных эго-состояний у наркоманов (по мнению экспертов и родителей) является БД. Сами наркозависимые отмечают средний уровень по этому показателю и высокий уровень позиции ЕД. Мы полагаем, это связано с тем, что когда наркозависимые поступают в соответствии со своими внутренними потребностями, влечениями, желаниями и стремлениями (ЕД), родители воспринимают это как бунт и протест с их стороны. Такое происходит тогда, когда требования родителей расходятся с желаниями детей, а это бывает почти всегда. Наркозависимые – необыкновенно изобретательные люди (проявление ЕД): что они только не делают, чтобы достать очередную порцию наркотиков. Однако понятно, что такое проявление ЕД является скорее негативным. Негативная часть доминирует и в эго-состоянии БД. Она выражает то, что «я протестую, потому что «я протестую против вас», а не «я протестую, потому что считаю ваше оказывание неверным, неприемлемым». Эго-состояние БД направлено против существующих норм, запретов. Можно сказать, что сама наркомания – это бунт, в значительной степени бунт против ситуации, складывающейся в семье.

Бунтующего Дитя наркоманов можно описать с помощью следующих качеств: грубость, бесцеремонность, своеобразие, игнорирование социальных авторитетов и условностей. БД проявляется в обидах и истериках. Таким образом, очевидно, что доминирующим у наркоманов является Детское эго-состояние. Это та позиция, находясь в которой человек не берет на себя ответственность. Поэтому одна из задач коррекции РДО заключается в постепенном возвращении наркоману ответственности за его собственную жизнь. Причем к этому должны быть готовы обе стороны: дети – чтобы получить, родители – чтобы отдать. Другими словами, необходимо активизировать позицию Взрослого.

По мнению экспертов (рис. 6), эго-состояние Взрослого имеет у наркоманов низкие показатели. Родители же, напротив, отмечают высокий объем эго-состояния Взрослого. Для наркозависимых характерны такие черты, как неумение прогнозировать последствия действий и преодолевать трудности, эмоциональная неустойчивость, незрелость, склонность неадекватно реагировать на фрустрирующие обстоятельства

и неумение найти продуктивный выход из психотравмирующей ситуации. Это те черты, которые подтверждают низкий уровень Взрослого. Вместе с тем, мы объясняем полученный результат следующим образом. Наркоманы прекрасно ориентируются в ситуации, то есть реагируют по принципу «здесь и теперь», и понимают, что происходит. Можно сказать, что они очень проницательны. Данные характеристики – проявления Взрослого. Родители выделяют негативную часть этой позиции (рис. 2). По аналогии с рис. 1. мы объясняем это возможной контаминацией Родительским или Детским эго-состояниями.

Родители видят в поведении детей хорошо выраженного КР. Имеются в виду обвинения, которые предъявляют наркоманы Родителям («это вы во всем виноваты, это вы толкнули меня по пути наркомании» и т. д.). Причем родители признают эти обвинения, считая их частью действительности, считая их объективными. В результате у родителей повышается показатель АД. На эгограммах детей, составленных экспертами (рис. 3 и 6), КР значительно меньше. Как известно, КР является носителем общественных норм, ценностей, защищает их и активно внедряет их в свою жизнь и жизнь окружающих. Поскольку ранее мы отмечали, что наркоманы живут по собственным соображениям и законам, то очевидно, что КР у них не может быть высоким. Их правила и принципы жизни укладываются в рамки структуры второго порядка, то есть Взрослого в Ребенке («Маленький Профессор»). Следовательно, то, что родители принимают в наркоманах за КР, на самом деле проявление Маленького Профессора.

Опекающий Родитель в рис. 2 и 6 минимизирован. На наш взгляд, данную позицию следует рассматривать, скорее, как заботу о себе, чем как беспокойство о родителях.

Подводя итог, еще раз отметим, что доминирующими эго-состояниями родителей являются Контролирующий и Опекающий Родитель, выражающиеся в большинстве случаев как гиперопека и гиперконтроль, что отрицательно влияет на детей. Наркозависимые, наоборот, находятся преимущественно в Детском эго-состоянии (особенно ярко выражены АД и БД). Таким образом, мы видим, что родители и дети занимают комплементарные позиции в общении.

Полученные нами данные подтверждают точку зрения об адаптивном характере созависимости.

Данные эгограмм отражают субъективное представление наркоманов и их родителей об особенностях их личности. Для получения объ-

ективных данных по тем же параметрам (степень выраженности эго-состояний) нами было проведено обследование наркоманов и их родителей по тесту Джонгварда. Тестирование проводилось в той же группе, что и при построении эгограмм, таким образом, мы получали возможность сопоставлять субъективные и объективные данные.

Эгограммы, построенные по данным теста Джонгварда, обозначим как «Д-эгограммы». Обобщенная Д-эгограмма наркоманов (рис. 8) хорошо согласуется с данными, рассмотренными ранее. Этого нельзя сказать о Д-эгограмме родителей: выраженность КР и ОР в Д-эгограммах упала, а проявление АД – возросло.

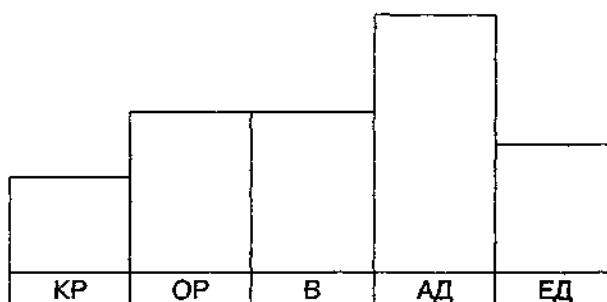


Рис. 7. Д-эгограмма родителей

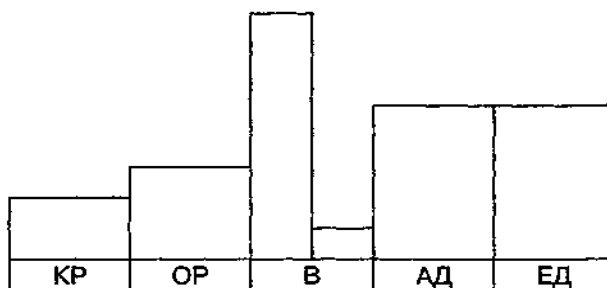


Рис. 8. Д-эгограмма наркоманов

Эго-состояние АД хорошо описывает феномен созависимости. Состояние, в котором находятся члены семей наркозависимых (особенно матери), – это стресс, тревога, горечь, обиды, страх будущего, возмущение, раздражение, агрессия, разочарование, чувство вины, ощущение безрезультативности своих действий. Большинство из них соответствуют эго-состоянию Адаптивного Дитя.

Состояния и чувства созависимых являются мучительными, поэтому и возникает желание избавиться от них, сделать боль слабее. Для этого родители (в первую очередь, матери) выбирают активную позицию контроля и опеки. Результаты теста Джонгварда и данные эгограмм, построенных психологами, подтверждают наше мнение о том, что родители наркозависимых адаптируются через проигрывание социальных ролей Родительских эго-состояний.

Для диагностики межличностных отношений в семьях наркозависимых У. Г. Черепановой, работавшей под нашим руководством, был использован транзактно-реинтерпретированный метод рисуночных ассоциаций С. Розенцвейга. Суть метода, как и в тесте С. Розенцвейга, заключается в анализе высказываний персонажей для определения их связи с транзактными показателями: 1) определение эго-состояния в фрустрирующей ситуации; 2) указание конкретных взаимоотношений между эго-состояниями. Используемая нами методика содержит по 10 рисунков, участниками которых являются матери и ребенок. На рисунках изображены персонажи, находящиеся в ситуации фрустрации. Были получены следующие результаты.

Таблица 1

**Частота встречаемости конкретных транзакций
в ответах детей и родителей***

	Транзакции	Дети, %	Родители, %
1	КР	20	28
2	БД		
1	КР	40	27
2	АД		
1	КР	10	10
2	В		
1	В	4	9
2	В		
1	ОР	4	6
2	БД		
1	ОР	4	5
2	АД		
1	В	6	–
2	АД		
1	КР	4	–
2	ЕД		
1	ЕД	–	5
2	В		
1	ОР	–	3
2	В		

* 1 – эго-состояния родителей; 2 – эго-состояния детей.

Из приведенной таблицы видно, что в фрустрирующих ситуациях родители и дети занимают комплементарные позиции: КР, ОР и АД, БД соответственно.

В 75% случаев у детей и 60% случаев у родителей ситуации воспринимаются конфликтными (транзакционный стимул из КР). Однако статистическая обработка показала, что по данному признаку (конфликтное видение ситуации) ответы испытуемых обеих выборок не различаются. Другими словами, родители и дети воспринимают ситуации конфликтно в одинаковой степени.

Инициатором диалога являются родители: в ответах родителей – всегда, в ответах детей – в большинстве случаев. Понятно, что дальнейшее развитие ситуации по конфликтному сценарию зависит от реакции детей. Конфликтными будут считаться те ответы, которые даны из эго-состояний БД и КР. Остальные ответы мы будем считать бесконфликтными. Таким образом, все полученные транзакции можно поделить на потенциально конфликтные и бесконфликтные. Результаты приведены в таблице 2.

Таблица 2

Данные по ответам наркозависимых

		Стимулы	
Бесконфликтные ситуации	РЕАКЦИИ	Конфликтные КР (75%)	Бесконфликтные В, ОР, ЕД (25%)
		Конфликтные БД, КР (21%)	Конфликтные БД, КР (4%)
Конфликтные ситуации	РЕАКЦИИ	Бесконфликтные АД, В, ЕД (64%)	Бесконфликтные В, АД, ОР, ЕД (21%)

Таблица 3

Данные по ответам родителей

		Стимулы	
Бесконфликтные ситуации		Конфликтные КР (66%)	Бесконфликтные В, ОР, ЕД (34%)
Конфликтные ситуации	РЕАКЦИИ	Конфликтные БД, КР (28%)	Конфликтные БД, КР (7%)
		Бесконфликтные АД, В, ЕД (38%)	Бесконфликтные В, АД, ОР, ЕД (27%)

Статистически достоверным (с достоверностью 0,05) является тот факт, что в группе наркоманов конфликтным стимулам соответствует бесконфликтный ответ. На выборке родителей статистически доказано, что имеет место меньшее число неконфликтных ответов. На основании этого мы заключаем, что наркозависимые в большинстве случаев пытаются сгладить обстановку, а родители воспринимают такую ситуацию как конфликтную и, соответственно, более склонны к конфликтному поведению.

Транзактный анализ аудио- и видеозаписей семейных сессий позволяет утверждать, что, во-первых, в поведении родителей можно выделить константные (исключительные) эго-состояния, а во-вторых, внутрисемейное поведение наркомана строится как комплементарные реакции к проявлениям константных эго-состояний родителей.

Полученные нами результаты приведены в таблице 4.

Таблица 4

**Константные и комплементарные эго-состояния
в созависимых семьях**

№	Отец	Мать	Наркоман
1	КР	ОР	БД
2	КР	ОР	БД, АД
3	ОР	КР	АД
4	ОР	ЕД	АД, ЕД
5	КР	КР	АД, ЕД
6	ОР, КР	АД	ОР
7	ОР, КР	ОР	БД, АД

В ситуациях 1, 2, 3 константны КР и ОР, им комплементарен БД, либо АД. Причем АД достигает желаемого результата (изменение ситуации таким образом, чтобы получить «поглаживания») лишь в том случае, когда объединяется с ОР. Родитель, находящийся в эго-состоянии ОР, получает «поглаживания» за счет того, что чувствует свою необходимость. В коалиции с АД еще больше закрепляется эго-состояние ОР. В этом случае эго-состояние КР усиливается и переходит в форму гиперконтроля над АД, обвинений и упреков в сторону ОР. Таким образом, возникает ситуация, где каждый может остаться удовлетворенным: для КР есть повод контролировать, для ОР – заботиться, для АД – чувствовать себя обиженным и оскорбленным.

Объединение с ОР дает возможность АД, заручившись заботой и поддержкой со стороны ОР, не действовать в соответствии с требованиями КР. В этом смысле сама ситуация коалиции АД и ОР становится «бунтующей». Таким образом, КР не достигает поставленной цели («Меня должны слушать»), так как АД не подчиняется и не выполняет его предписаний.

Когда в ответ на КР и ОР родителей актуализируется БД наркомана, общение имеет открытый конфликтный характер. Если ОР поддерживает БД, то конфликт переходит в плоскость супружеских отношений. Одновременно эго-состояние БД меняется на АД для объединения с ОР.

В четвертой ситуации (табл. 4) в диаду АД – ОР включается эго-состояние ЕД. При этом эго-состояние АД изменяется на ЕД, которые впоследствии образовывали коалицию (ЕД – ЕД). ОР, как в случае с КР и БД, остается в стороне; тем самым намечается смена эго-состояния. Таким образом, переход к другому эго-состоянию осуществляется в тот момент, когда какое-то из этих эго-состояний не получает достаточно «поглаживаний» для дальнейшего существования.

Гибкий переход от одного эго-состояния к другому способствует повышению эффективности общения, снижению конфликтных проявлений. Описанные выше ситуации типичны для семей наркоманов. Особенностью наркоманских семей является то, что эго-состояния становятся фиксированными.

Основываясь на исследованиях в области родительско-детских отношений семей наркоманов [192], а также на собственных наблюдениях, мы приходим к следующему выводу.

Матери чаще занимают опекающую позицию, в то время как у отцов актуализируется КР. Однако КР отцов проявляется своеобразно: они обвиняют матерей в наркомании их ребенка, оставаясь при этом пассивными и отстраненными по отношению к нему. В таких семьях в коалицию чаще всего вступают мать и ребенок. Например, мать скрывает наркоманию ребенка от отца, таким образом отстраняя его на периферию. В результате отец либо не участвует в воспитании детей, либо вообще уходит из семьи.

Для матерей очень важно получать «поглаживания», внимание со стороны ребенка, поскольку для них характерны фобия утраты, повышенная неуверенность, боязнь ошибиться, потерять ребенка [26, 202].

Очевидно, что матери будут любым путем «добиваться» объединения с ребенком. А это означает, что родители, в первую очередь матери, вынуждены изменить свое эго-состояние ОР на АД, так как именно оно позволяет приспособиться к ситуации, когда БД их ребенка константно.

В ситуации двух КР у ребенка актуализируется АД (он испытывает вину за то, что огорчил родителей, за то, что не выполнил их требований). При этом проявления КР родителей еще больше усиливаются (поскольку эти эго-состояния родителей получают «поглаживания» со стороны эго-состояния АД ребенка), что приводит к актуализации БД ребенка. Иными словами, БД ребенка является своего рода защитой от обвинений КР. В следующий момент, в случае продолжающегося влияния КР родителей, у наркомана может актуализироваться КР, что также является специфической защитой.

В ситуации АД матери и ОР отца у ребенка актуализируется ОР в ответ на проявления Ребенка матери. Таким образом, образуется коалиция матери и ребенка, то есть эго-состояния ребенка и матери подкрепляют друг друга. Поскольку ОР отца не получает подкреплений, наблюдается смена позиции отца с ОР на КР.

Интересная ситуация наблюдалась в случае проявления позитивных аспектов эго-состояний ОР у обоих родителей: наркоман находится в состоянии неопределенности. Он изумлен. Такие обстоятельства неожиданны для него: он был готов либо оправдываться, либо протестовать.

В состоянии неопределенности поведение человека подвержено значительным изменениям, он становится более восприимчивым: происходит изменение стереотипа. Мы получаем одно из решений проблемы, заключающееся в том, что родители не знают, как вести себя с наркоманом, чтобы повлиять на него. Мы считаем, что умение вести себя каждый раз по-новому может дать позитивные результаты во взаимодействии с наркозависимыми. Понятно, что такой подход со стороны родителей требует огромного творческого потенциала и проявления спонтанности. Другими словами, необходимо увеличение активности эго-состояний позитивного Естественного Дитя и Взрослого родителей. В этом заключается одна из задач родительских психотерапевтических групп.

Осмысление полученных результатов невозможно, исходя только из имеющихся концепций созависимостей. В то же время, из клинической практики хорошо известен феномен сохранения признаков созави-

симого поведения даже при отсутствии (например, в результате гибели от передозировки) зависимого члена семьи.

В связи с этим нами было выдвинуто предположение о том, что в основе созависимых отношений лежит статичная идеальная представленность наркомана в жизни родителей.

Для проверки данной гипотезы нами было проведено специальное исследование, суть которого заключалась в следующем. Из числа родителей (матери), обратившихся за консультацией по поводу наркомании их ребенка, была сформирована экспериментальная группа (57 человек). Контрольная группа была сформирована из числа родителей, обратившихся за психологической консультацией в связи с проблемами их детей подросткового возраста, не связанными с употреблением наркотиков (18 человек).

Испытуемым из экспериментальной и контрольной групп предлагалось придумать диалог от лица персонажей картин, нарисованных по типу стимульного материала теста Розенцвейга. Обследование проводилось в две серии. В первой серии родители экспериментальной и контрольной групп выполняли задание в присутствии их ребенка, который был пассивен и не участвовал в эксперименте. Такая форма проведения эксперимента вполне соответствует разработанным В.А. Петровским способам репрезентации исследуемого испытуемым, параметрам изменения психических проявлений испытуемых, удобных для регистрации, а также правилам «индивидуальной специфичности» и «идеальной представленности» [106]. Во время второй серии эксперимента, которая проводилась неделю спустя, подростки не присутствовали.

Ответы испытуемых классифицировались по проявленным в них эго-состояниям. При обработке учитывались только реплики от лица родителей.

Повторное обследование проводилось по той же схеме четыре месяца спустя. Из числа родителей наркоманов, участвовавших в эксперименте на первом этапе, во втором этапе участвовало 16 человек. К этому времени их дети-наркоманы находились в состоянии ремиссии сроком от трех месяцев до полумесяца. Из числа родителей «обычных» подростков на втором этапе участвовало 14 человек. Критерием их отбора для участия в исследовании на втором этапе была позитивная оценка изменений поведения подростка и отношений с ним.

Результаты исследования приведены в таблице 5.

Средние значения выраженности эго-состояний у матерей наркоманов на разных стадиях наркомании у ребенка, %

	1 этап				2 этап			
	Родители наркоманов				Родители Контрольной группы			
	наркоманов		контрольной группы		наркоманов		Контрольной группы	
	1 се- рия	2 се- рия	1 се- рия	2 се- рия	1 се- рия	2 се- рия	1 се- рия	2 се- рия
КР	39	34	26	14	41	34	20	19
ОР	47	40	23	16	44	39	18	17
В	3	12	29	39	4	13	37	38
АД	9	9	3	4	8	12	6	4
БД	2	5	4	5	2	2	5	4
ЕД	–	–	9	12	–	–	14	18

Анализ полученных результатов показывает, что, несмотря на объективное изменение, связанное с состоянием ремиссии у ребенка, характер воздействия его идеальной представленности на поведение матерей практически не изменился: и на первом, и на втором этапе исследования присутствие ребенка вызывает статистически достоверное увеличение реакции КР и ОР и снижение реакции В. Заметим, что аналогичная закономерность в контрольной группе не имеет достоверной выраженности.

В контрольной группе изменение отношений с подростком, стабилизация родительско-детских отношений привели к достоверному перераспределению соотношения эго-состояний в направлении их большей сбалансированности и возрастанию выраженности эго-состояния Взрослого.

Таким образом, мы видим, что характер идеальной представленности наркомана в личности матерей не изменился, несмотря на реальное изменение течения наркомании у их ребенка. В контрольной группе мы обнаруживаем динамику идеальной представленности ребенка в личности матери.

Иногда матери, не находя отклика у других членов семьи, начинают искать поддержку и помощь у младших детей, привнося в общение с ними несвойственное для родительско-детских отношений содержание.

Необходимость занимать по отношению к матери и старшему брату/сестре-наркоману неестественную родительскую позицию (советовать, осуждать, оценивать, старших) приводит к тому, что у ребенка формируется псевдовзрослое поведение (С.В. Березин, К.С. Лисецкий). Внешне это может выглядеть как очень быстрое взросление, хотя очевидно, что о взрослости, как о психологическом качестве, не может быть и речи. Часто за проявление взрослости у младших детей из наркоманских семей принимают их заимствованные у родителей высказывания осуждающе-критикующего характера (то есть, транзакции из эго-состояния Контролирующего Родителя, которые преобладают в коммуникации).

В то же время, младшие дети по своему положению могут подвергаться насилию и оскорблениям со стороны старших, что окончательно запутывает их и сбивает с толку в отношении к самим себе.

Все сказанное подтверждает, что у младших детей в семьях, где есть наркоманы, формируется очень проблемный тип личности, основными параметрами которого являются: низкая самооценка; тревожность; страх будущего; негативная самоидентификация; чувство вины; чувство стыда за свою семью; псевдовзрослость (ригидное преобладание Родительского эго-состояния); игнорирование реальности, избегание осознания реальности; неспособность к аутентичным проявлениям; агрессивность и раздражительность.

Эти данные основаны на наблюдениях за поведением младших детей в семьях наркоманов на сессиях семейной терапии, на анализе их рисунков («Рисунок семьи», «Мое будущее» и др.) и данных психодиагностических обследований (ТАТ, детский апперцептивный тест САТ, методика незаконченных предложений).

Очевидно, что семья наркомана оказывает на младших детей крайне негативное влияние. Чтобы выжить в ней, дети должны не просто приспособиться к условиям семьи, но и использовать какие-либо компенсаторные механизмы, среди которых наиболее распространенными являются уход в мир фантазии и мифотворчество. Такие фантазии – своеобразное прибежище страдающей детской души, потому их содержание обычно наполнено надеждой, радостью, любовью и уважением. Правда, иногда в них может присутствовать желание смерти старшего брата/сестры-наркомана или какие-либо другие деструктивные моменты.

Для профилактической работы с младшими детьми из семей наркоманов мы считаем наиболее богатыми по диагностическим и терапевтическим возможностям методы, основанные на механизмах проекции:

1) диагностические: «Рисунок семьи», «Дом. Дерево. Человек», «Незаконченные предложения», детский апперцептивный тест (САТ), тест Рене Жиля, анализ сновидений;

2) коррекционные: сказкотерапия, кукольная психодрама, методики творческого самовыражения, музыкотерапия, игровая терапия.

Существенное внимание при работе с младшими детьми из семей наркоманов должно быть уделено коррекции ранних решений (Э. Берн), поскольку именно они составляют основу жизненного сценария, в соответствии с которым будет разворачиваться жизнь этих детей.

Сценарное решение представляет собой краткое выражение наиболее эффективной стратегии выживания ребенка в семье, имеющей наркомана, и опирается на эмоции и способы понимания реальности. Очевидно, что во взрослой жизни сценарное решение может иметь крайне негативное влияние на поведение и внутренний мир человека. Наши исследования показывают, что основой таких решений могут быть следующие убеждения:

- «Это происходит из-за меня:
 - а) я должен что-то делать;
 - б) если меня не будет, они не будут страдать».
- «Происходит что-то ужасное:
 - а) они не понимают этого, они сумасшедшие;
 - б) я не понимаю этого, я сумасшедший».
- «Я должен быть начеку, поэтому:
 - а) никому нельзя доверять;
 - б) нельзя сближаться с людьми».
- «Кто-то придет или что-то случится, и все изменится, поэтому:
 - а) я бессилен;
 - б) все бесполезно;
 - в) жизнь скучна и бесцельна».

Наш опыт работы с семьями наркотизирующихся подростков показывает, что систематическая, целенаправленная коррекционная и профилактическая работа с младшими детьми из таких семей позволяет купировать динамику негативных процессов развития их личности. Та-

кая работа в зависимости от условий может проводиться индивидуально, в детской группе или в процессе семейной психотерапии.

Мы исходим из оптимистичного и подтвержденного клинической практикой положения транзактного анализа о том, что у ребенка всегда есть возможность трансформировать приказания с целью получения позитивного, а не негативного результата. И более того, ребенок может осознать следующее: «Это... проблема моей матери, а не моя».

Мы полагаем, что коррекционная работа с младшими детьми из наркоманских семей выступает как мощное средство предупреждения у них риска наркотизации и девиантного поведения.

Брачные партнеры наркоманов

Люди, употребляющие наркотики (особенно на ранней стадии), могут вступать в брак, и зачастую поначалу их партнеры не знают о существовании у них наркотической зависимости. Однако рано или поздно ситуация выходит из-под контроля, и тогда возникает необходимость в помощи квалифицированного специалиста.

Вопрос о том, что происходит с брачными партнерами наркоманов, с одной стороны, чрезвычайно интимный, с другой – очень важен для профилактики наркомании в целом.

Под брачными партнерами мы будем понимать устойчивую пару, внутри которой существуют межличностные и сексуальные отношения и стороны которой осознают себя как субъектов брачных или межличностных отношений. При этом необязательно, чтобы брак был зарегистрирован официально.

Наши наблюдения за такими семьями показывают, что, по сравнению с аналогичными алкогольными семьями, они имеют достаточно выраженную специфику. Созависимость при наркомании отличается от созависимости при алкоголизме структурой, динамикой, а также последствиями для личности созависимого. Эффективность лечения наркомании гораздо ниже, чем алкоголизма, а вероятность рецидивов выше; эти факторы повышают уровень напряженности в наркоманских семьях, делая их менее стабильными и более ригидными. Вероятность вовлечения партнера в наркоманских парах значительно выше по сравнению с алкогольными. Реакция микросоциальной среды и более далекого социального окружения на наркоманские семьи носит более жесткий и агрессивный характер. Наркоманские семьи имеют гораздо боль-

ше шансов быть вовлеченными в различные криминальные отношения и антисоциальные связи. Наконец, в алкогольных семьях основные функции семьи, как правило, сохраняются, хотя и носят частичный, трансформированный, иногда деструктивный характер, в наркоманских семьях эти функции отсутствуют, поскольку их замещает совместное употребление наркотиков.

Именно эти специфические моменты и определяют стратегию и тактику профилактической работы с семьями, где один или оба брачных партнера – наркоманы.

Вероятность вовлечения в наркоманию и отказа от нее зависит от того, кто в брачной паре является наркоманом. Она выше, если наркоман – мужчина. По нашим данным, примерно в 70% случаев их партнерши становятся наркоманками. Способность отказаться от наркотиков, если второй партнер имеет устойчивые антинаркотические установки, выше у женщин. Женщина ради мужчины гораздо чаще способна отказаться от наркотиков, чем мужчина ради женщины.

Шансы на излечение от наркомании выше, если в брачной паре только один партнер является наркоманом. В семьях, где оба партнера употребляют наркотики, вероятность отказа от них минимальна, а прогноз лечения наркомании наиболее тревожен и пессимистичен. Очевидно, что разрушение такой пары увеличило бы шансы на излечение. Это, кстати, подтверждается клиническими наблюдениями. Но на практике брачный союз двух наркоманов обычно усиленно поддерживается как самими наркоманами, так и их родителями, которые верят в миф о том, что вдвоем легче выбираться из наркомании. Этот миф не имеет под собой никаких оснований.

Обобщение данных психодиагностических обследований и клинических наблюдений позволяет выделить черты личности и особенности поведения, характерные для брачных партнеров наркоманов.

Жены наркоманов. Слово «жена» в данном контексте используется весьма условно. Оно обозначает женщину, живущую вместе с наркоманом и связывающую с ним свою жизнь, свое благополучие и свое будущее.

В период латентной наркотизации жены наркоманов игнорируют признаки наркотизации, отрицают их и стихийно ищут причины странностей в поведении мужа. Как показывают наши наблюдения, этот период не бывает продолжительным. Жены узнают о наркомании мужа

раньше, чем его родители. От последних факт наркотизации сына тщательно скрывается. Нередко жены играют очень важную роль в сокрытии наркомании.

В период открытой наркотизации женам наркоманов свойственны:

высокая тревожность, для ослабления которой формируется контролирующий, сверхответственный тип поведения. По этой причине общение приобретает крайне манипулятивный характер, не оставляющий места ни для душевности, ни для искренности;

страх перед будущим и последствиями любых действий, который приводит к тому, что их поведение становится ригидным, стереотипным и начинает полностью соответствовать ожиданиям мужа и разыгрываемым им сценариям. Таким образом, жены наркоманов находятся в крайне напряженной ситуации: с одной стороны, они пытаются бороться за спасение своего мужа, а с другой – их поведение лишь способствует развитию у него наркомании. Невозможность выхода из этой ситуации и ее консервация приводят к развитию психических и психосоматических заболеваний;

дезориентация сознания, в результате которой жены наркоманов очень быстро утрачивают понимание реальности происшедшего. Они не могут самостоятельно разобраться в том, что является нормальным и позитивным для жизни, а что влияет негативно. Для них характерны амбивалентность эмоциональных реакций и крайняя поляризованность сознания, не оставляющие места полутонам ни в эмоциях и чувствах, ни в суждениях и высказываниях. Они плохо понимают эмоциональное состояние своих собеседников и свое собственное. Дезориентация сознания приводит к тому, что жены наркоманов становятся очень легковерными по отношению к своим мужьям и очень закрытыми и недоверчивыми по отношению ко всем, кто пытается каким-либо образом участвовать в их жизни;

нарушение самоидентификации, которое выражается в плохом осознании своих личных потребностей, интересов, чувств, в неспособности критически воспринимать то, что происходит в их жизни, неопределенных границах «Я», смутном представлении о своем будущем, отсутствии каких-либо четких ориентиров.

Наконец, важным для понимания личностной динамики жен наркоманов являются, на наш взгляд, изменения в их межличностных отношениях как с родителями мужа, так и со своими.

Отношения жен наркоманов с их собственными родителями обычно приобретают конфликтный, неустойчивый, эмоционально обостренный характер. Попытки родителей разрушить связь дочери с наркоманом только усугубляют конфликт. Если родители занимают по отношению к ней агрессивную, отторгающую или ригидную позицию, то она находится в большой опасности. Родителям, если они хотят быть полезны своей дочери, очень важно сохранить с ней доверительные, принимающие отношения, чтобы их дочь знала: дверь ее родительского дома для нее открыта. Упреки, обиды, оскорбления, причитания, мольбы или угрозы должны быть исключены. С родителями мужа, наоборот, устанавливаются внешне тесные, близкие эмоциональные отношения, что, на наш взгляд, представляет еще большую опасность для женщины. Родители наркомана (прежде всего матери) всеми силами пытаются удержать партнершу своего сына. Как сказала мама одного из наркоманов: «Когда она у нас, я спокойна: они никуда не пойдут, они дома, сидят тихо, ничего не случится». Страх за сына лишает матерей наркоманов бережного отношения не только к своей, но и к чужой жизни.

По мере развития наркомании межличностные отношения между партнерами претерпевают стремительные изменения.

Любовь разрушается еще на стадии латентной наркотизации чрезвычайно прагматичным отношением наркомана к своей подруге.

Она и отношение к ней становятся для него всего-навсего одним из средств добывания наркотиков. Вместо любви их объединяют тайна, которую пока не знают родители, ее чувство вины, страха и его манипуляции. Именно в этот период большинство партнеров наркоманов также начинают употреблять наркотики.

Важнейшим моментом, своеобразной точкой бифуркации в судьбе жены наркомана, в динамике их отношений, а также в динамике заболевания является ситуация, когда женщина узнает, что ее партнер – наркоман. Как дальше будут развиваться события, зависит от ее реакции на это известие. Наиболее конструктивной реакцией является однозначное, принципиальное и жесткое требование начала лечения и оповещение родителей. Как правило, наркоманы на это не идут, а их жены в силу личностной незрелости не способны выдержать давление упреков, обещаний, слез и клятв мужа. Если в этот момент жена принимает его сценарий и соглашается с ним, она становится частью его нарко-

манского способа поведения и у нее начинают развиваться симптомы созависимости.

Несмотря на то, что созависимость является приспособительной реакцией на длительную стрессовую ситуацию и имеет сложную многоуровневую структуру, можно выделить некоторые условия, способствующие развитию созависимости у женщин. Так, 80% жен наркоманов воспитывались в нестабильных проблемных семьях, 70% выросли в семьях, где один из родителей или оба страдали алкоголизмом, 55% перенесли физическое и (или) сексуальное насилие. Таким образом, в подавляющем большинстве случаев имеют место различные формы личного неблагополучия, которые к началу развития созависимости не были компенсированы или отреагированы.

В период ремиссии и реабилитации наркомана роль его взаимоотношений с брачной партнершей возрастает. Наши наблюдения показывают, что в значительной части случаев причиной нарушения ремиссии было ухудшение взаимоотношений наркомана с его женой.

Отказ от наркотиков ставит наркомана перед необходимостью изменения характера межличностных отношений с женой: они должны строиться на основе взаимной любви, уважения и признания. Поддержание таких отношений требует искренности, открытости, творчества, риска самораскрытия. Наркоман же находится в тревожной ситуации. Не имея навыков искреннего и доверительного общения, он не выдерживает напряжения, что приводит к срыву.

Жены наркоманов также неспособны к быстрому изменению своего поведения, в котором продолжают отчетливо присутствовать высокая тревожность, стыд, дезориентация сознания, нечеткая самоидентификация. И если на стадии открытой наркотизации эти факторы выступали как подкрепляющие наркоманию, то в период ремиссии они становятся провоцирующими, вызывают у наркомана раздражение и даже агрессию. Таким образом, жена наркомана оказывается в весьма затруднительной ситуации: она чувствует, что была ему нужнее, когда он был болен. В связи с этим в ее поведении могут появиться вербальные или невербальные провокации на возврат к употреблению наркотиков. Может возникнуть ситуация, когда муж после лечения находится в состоянии ремиссии, а жена, которая тайно или явно оказалась приобщенной к наркотикам, создает напряженную ситуацию в их отношениях и способствует его срыву.

Сексуальное поведение человека, употребляющего наркотики, меняется от стадии к стадии. Так, на ранних этапах его сексуальная активность заметно повышается. Это ведет к тому, что у брачных партнеров возникают неправильные представления о сексуальных возможностях друг друга. Однако со временем сексуальная активность наркомана достаточно быстро угасает, и тогда для того, чтобы удержать возле себя своего брачного партнера, наркозависимый «во имя любви» и «во имя сохранения отношений» приобщает к наркотикам объект своих чувств. Очевидно, что это явление оказывается значительным мотивом и источником распространения наркомании, особенно среди молодежи.

Таким образом, отношения наркоманов с их женами на каждой из стадий развития зависимости – созависимости имеют большое значение. Профилактическая работа, направленная на предупреждение наркотизации и снижение риска рецидивов, должна обеспечивать решение следующих задач:

- 1) формирование у жен наркоманов ответственного отношения к сохранению их союза (ответственное отношение не означает обязательное сохранение отношений);
- 2) предупреждение жен наркоманов об опасности быть втянутыми в созависимые отношения;
- 3) доведение до сознания родителей наркомана мысли о том, что его жена не может сделать за него то, что он должен сделать сам;
- 4) преодоление страха и отвержения у родителей жены наркомана.

Семья после потери ребенка-наркомана

Жизнь наркоманов подвержена постоянной опасности: они погибают от передозировки наркотических веществ, в результате несчастных случаев в состоянии наркотического опьянения, от заражения крови или некавалифицированного инъекирования; в результате экспериментов с неизвестными наркотическими веществами, при участии в криминальных ситуациях, связанных с поиском средств на приобретение наркотиков, их хранением, перепродажей и т. д. В подавляющем большинстве случаев смерть наркомана в его компании – это безмолвное, безразличное расставание навсегда. Чтобы не «засветить» место (квартиру), где собираются наркоманы, того, кто потерял сознание или перестал дышать, выносят на улицу, на чердак или в подвал и оставляют, в лучшем случае анонимно вызывая «скорую помощь».

Молодого человека 17 лет по имени Михаил, после того как он, уколовшись героином, перестал подавать признаки жизни, товарищи, находившиеся вместе с ним в его квартире, повесили, пытаясь инсценировать самоубийство. Однако веревка оборвалась, и Миша очнулся с веревкой на шее, когда грохнулся об пол. Чаще, чем хочется в это верить, веревки выдерживают...

«Умереть на приходе» – фраза, которая является частью наркоманского сознания. Наркоманы охотно произносят ее вслух, стараясь с ее помощью защититься от страха смерти. Однако смерть – это не событие для умершего, это событие для тех, кто остается жить. Наркоман умирает... Что происходит с теми, кто остается? Что происходит с его родителями, с братьями и сестрами, с теми, чья жизнь в той или иной мере стала зависеть от динамики его болезни?

К сожалению, надежных научных данных, которые позволили бы ответить на эти вопросы, практически нет. Как только наркомана похоронили, его семья перестает быть объектом интереса медиков, социальных работников, педагогов и милиции. Однако, очевидно, что для семьи это событие очень важно.

Наши наблюдения и опыт работы с семьями наркоманов показывают, что смерть одного из членов семьи в результате употребления наркотиков оказывает крайне негативное влияние на других ее членов, является чрезвычайно мощным психотравмирующим событием.

Как правило, гибель наркомана происходит на поздних стадиях наркотизации, когда практически все члены семьи уже вовлечены в со-зависимое поведение, внутрисемейное взаимодействие характеризуется как конфликтное, а восприятие действительности опосредовано СРРН.

Смерть наркомана вызывает глубокую перестройку поведения и реагирования как на индивидуальном, так и на общественном уровнях.

Конечно, смерть близкого человека – горе для всех, однако в реакциях родителей и sibсов существуют значительные различия, которые обуславливают содержание психологической и социальной работы с семьями погибших наркоманов.

Родители. Мы уже говорили о том, что на разных стадиях развития наркомании психологическая реакция родителей подростка и их поведение в семье имеют свои специфические особенности. Поскольку смерть наркомана может наступить на любой стадии, реакция родителей выражается по-разному.

Если гибель наркомана происходит на стадии латентной наркотизации, то первой реакцией родителей в подавляющем большинстве случаев бывает эмоциональный шок. Более опасные, с точки зрения психического здоровья, реакции развиваются не сразу, а некоторое время спустя. У оставшихся один на один со своим горем родителей наркомана стремительно нарастает чувство вины. При наличии в семье супружеского конфликта ответственность за гибель наркомана явно или неявно делегируется друг другу, что иногда порождает агрессивные проявления у супругов.

Зачастую у родителей возникает стремление во всем разобраться и, во что бы то ни стало, найти причину наркомании и гибели их ребенка. Так как на стадии латентной наркотизации родители не успели втянуться в созависимые отношения, то им в большей степени присуща обвинительная реакция по отношению к друзьям погибшего ребенка. Они считают, что он стал жертвой чужой воли. При этом сама проблема наркомании вытесняется из их сознания. Если это происходит в семье, где кроме погибшего наркомана были еще дети, то именно они находятся в наибольшей опасности. Сознание родителей занято поиском причин гибели их ребенка где-то вне семьи. Это приводит к тому, что на реально существующие проблемы они не обращают внимания, и в семье продолжают сохраняться психотравмирующие, психопатологизирующие паттерны взаимодействия, негативному влиянию которых подвержены, прежде всего, остальные дети.

Если гибель наркомана происходит на стадии открытой наркотизации, характеризующейся конфликтными внутрисемейными отношениями, сформированным СРРН, чертами созависимого поведения у других членов семьи, то в переживаниях родителей будут четко просматриваться крайне противоречивые чувства и реакции, отражающие отношения с наркоманом в этот период.

Родители, измученные постоянным стрессом и действием хронической психотравмирующей ситуации, могут увидеть в гибели ребенка облегчение своих страданий, но за этим следует чувство стыда и вины. Их мучает собственная беспомощность и безрезультатность предпринятых усилий и затрат. Это, в свою очередь, порождает агрессивную реакцию, которая может быть направлена на других членов семьи или носить характер аутоагрессии.

На фоне сохраняющихся черт созависимого поведения у родителей наркоманов развиваются соматические и психосоматические заболевания и (или) неврозы либо неврозоподобные состояния. Такие семьи становятся ригидными и изолированными, а внутрисемейные отношения в них характеризуются крайней степенью напряженности.

Наконец, если гибель ребенка-наркомана происходит в результате срыва на стадии ремиссии или в период прохождения им реабилитационной программы, то наиболее распространенной реакцией родителей является депрессия и апатия. И то, и другое свидетельствует об истощении компенсаторных механизмов эмоциональной сферы. В поведении родителей наблюдаются вялость и заторможенность. Это крушение их надежды на исцеление ребенка и на обретение смысла жизни. Если наркоман был единственным ребенком в семье, то депрессивное состояние может сохраняться у родителей очень долго, если в семье есть другие дети, то достаточно быстро депрессия и апатия преодолеваются, родители мобилизуются и со всей родительской мощью обрушивают на них свои незавершенные отношения с погибшим ребенком. В первом случае в наиболее опасном состоянии находятся родители наркомана, во втором – его братья и сестры. В отношениях преобладают гиперконтроль, гиперопека и гиперпротекция. Все эти стили родительского воспитания являются негативными, что повышает риск приобщения к наркотикам других детей в семье.

Обычно на стадии ремиссии ребенка у родителей есть достаточный опыт общения с наркологами, психологами, психотерапевтами, специалистами центров реабилитации. Нередко они обрушиваются на последних с упреками. Важно, чтобы реакция работников социально-реабилитационного центра на подобные проявления была здоровой и конструктивной. Специалисты должны быть профессионально готовы к такого рода ситуациям. Родители приходят, прежде всего, за подтверждением того, что они сделали все, что могли. Им важно, чтобы кто-то значимый для них признал, что ничего уже нельзя было сделать. По отношению к таким семьям психотерапия должна носить характер не «утешительный», а побуждающий к действиям. Родители должны быть активны в своем понимании случившегося. Это особенно важно, если в семье есть и другие дети.

Братья и сестры (сибсы) Как правило, если умирает ребенок, это воспринимается прежде всего как трагедия родителей. Братья и сестры,

переживающие случившееся не менее остро, остаются на какое-то время без внимания.

Мы абсолютно убеждены в том, что братьям и сестрам погибшего наркомана должно быть уделено особое внимание, поскольку это дети группы риска.

Братья и сестры, как правило, испытывают по отношению к наркоману смешанное чувство ревности, жалости, гнева, недоверия и обиды. После его смерти у них возникает чувство облечения, сопровождающееся жалостью к родителям и гневом по отношению к умершему.

Они надеются, что их жизнь изменится, в семье больше не будет конфликтов, они смогут без опасения приглашать к себе друзей, ожидают от родителей большего внимания. Родители же, подавленные случившимся, неправильно интерпретируют поведение детей, порицая или отвергая их, делегируя им часть собственной ответственности. Это порождает у детей чувство непонимания и отверженности. Иногда ребенку, особенно младшему, может показаться, что родители предпочли бы, чтобы умер он, а не его брат или сестра.

Родителям бывает нелегко понять истинные переживания детей, особенно когда они сталкиваются с фразами следующего типа: «Теперь никто в доме не будет воровать деньги» – или: «Теперь у каждого из нас будет своя комната». От них требуется немало мудрости, понимания и такта, чтобы не реагировать на это агрессивно.

Младшие дети сталкиваются с изменившимся отношением родителей к их умершему брату (сестре) как к «жертве», которой никто не смог помочь. Это звучит как упрек, они чувствуют себя обманутыми, покинутыми, виноватыми и, в результате, своим поведением провоцируют родителей на конфликты.

У детей накапливается огромный дефицит искреннего общения с родителями. Их переживания остаются незамеченными и неразрешенными, так что они порой испытывают желание покончить с собой, чтобы привлечь внимание родителей, а по достижении подросткового возраста могут приобщиться к наркотикам.

По прошествии времени родители начинают связывать все свои надежды с оставшимися детьми, проецируя на них свои страхи, ожидания, комплексы и т. п. Такое давление оказывается чрезмерным, и дети либо отвергают его, либо стараются быть похожими на умершего брата (сестру), теряя при этом свою индивидуальность. И то, и другое крайне неконструктивно и чревато негативными последствиями в будущем.

Обобщение данных, полученных нами в процессе работ с семьями, потерявшими детей в результате наркомании, показывает, что гибель ребенка становится моментом перехода семьи в новое качественное состояние, заключающееся, с одной стороны, в сохранении созависимости и связанных с ней деструктивных отношений в семье, а с другой – в еще большей недоступности семьи для психотерапии. Однако мы полагаем, что, несмотря на все сложности организационного методического характера, социальная работа с такими семьями обязательно должна быть организована.

Негативные последствия гибели ребенка-наркомана, проявляющиеся на уровне семейной системы и отдельных индивидов, могут иметь различную степень выраженности. Мы выделяем три степени нарушений.

Легкая. Характеризуется отдельными, иногда выраженными расстройствами, которые можно было бы расценить как адекватную форму психогенных реакций, приближающуюся к невротическому уровню у отдельных членов семьи, и временную дестабилизацию внутрисемейных отношений, которая в большинстве случаев легко корректируется в процессе психотерапии или даже самой семьей.

Это отнюдь не означает, что такие семьи не нуждаются в специализированной помощи. Созависимость, отчужденность и другие негативные внутрисемейные проблемы могут наблюдаться в таких семьях достаточно долго, однако по сравнению с другими уровнями нарушений ситуация выглядит наименее опасной.

Средняя. Характеризуется более тяжелыми психогенными реакциями у отдельных членов семьи и значительной дестабилизацией внутрисемейных отношений, которые имеют тенденцию к негативной динамике. На этом уровне необходимо расширенное участие специалистов центров социальной помощи и других социальных служб.

Тяжелая. Характеризуется тем, что сила переживаний у отдельных членов семьи достигает невротической, а нередко психотической симптоматики, патогенез которой разворачивается на фоне сформировавшейся созависимости. На этом уровне необходима помощь врача-психиатра. Однако эта работа может существенно осложняться условной желательностью психопатологии одного из членов семьи, поскольку его наличие соответствует внутренней архитектуре семей созависимого типа. Что касается семейной динамики, то наши наблюдения показывают, что такие семьи имеют минимальные шансы на стабилизацию.

Исходя из основополагающей задачи сохранения здоровья, психического благополучия и создания условий для личностного становления граждан, мы считаем, что семьи, потерявшие ребенка-наркомана, непременно должны быть включены в орбиту деятельности социально-реабилитационных центров и служб. Очевидно, что такая работа требует особой деликатности и специальной подготовки.

Наш опыт подтверждает высокую эффективность открытых, постоянно действующих групп эмоциональной поддержки для родителей. Задача таких групп заключается в стабилизации психического состояния родителей и купировании негативной личностной динамики. Усилия руководителей групп должны быть направлены на повышение активности участников. Важно, чтобы в группу не попадали люди с тяжелой психической симптоматикой: их присутствие может негативно влиять на эффективность работы группы и состояние ее участников. Таким родителям необходима специализированная психиатрическая помощь.

Помимо родительских групп, по согласованию с семьей помощь может оказываться на дому во время визитов специалистов социальных служб. Такие визиты позволяют не только оказывать эмоциональную поддержку и вести терапию в привычной для семьи обстановке, но и, что особенно важно, оценить психическое состояние других членов семьи (детей, дедушек, бабушек) и (или) решить вопрос об их участии в психотерапевтических группах.

В некоторых случаях работу с семьей погибшего наркомана целесообразно начинать с индивидуальных встреч с родителями. Как правило, основная цель таких встреч – эмоциональная поддержка и формирование готовности к психотерапии. Работа психолога должна быть направлена на иррациональные убеждения, поляризованные суждения и неотрагированные негативные эмоции.

Индивидуальная работа показана для клиентов с высоким уровнем тревожности, интровертированности, а также в случае актуализации защиты по типу эмоционального оглушения.

Для младших детей из семей, потерявших ребенка-наркомана, достаточно эффективны методы эмоциональной экспрессии, куклотерапия, сказкотерапия. Многие негативные последствия можно предотвратить, если младшие дети знают о наркомании своего брата или сестры и если родителям удастся сохранить психическое равновесие, взвешенную и четкую позицию по отношению к наркоману.

Глава 4

Профилактическая и коррекционная работа с наркоманом и его семьей: принципы, формы и методы терапии созависимости

Взгляд на наркоманию как проблему личности, «вписанную» в социальный контекст, «погруженную» в него, в последнее время находит все больше и больше сторонников и, по сути, знаменует собой возникновение принципиально нового подхода к терапии наркомании. Традиционная наркология достигла значительных успехов в понимании и терапии соматических аспектов наркомании, а также психических изменений, вызванных наркоманией на интраиндивидуальном уровне. Вместе с тем, низкая эффективность «медицинского» подхода является самым сильным аргументом, подтверждающим его ограниченность. Таким образом, одним из важнейших факторов успеха в терапии наркомании становится работа с близким социальным окружением наркомана.

Семья играет очень важную роль на всех этапах развития наркомании ребенка. Анализ эффективности существующих программ первичной профилактики, а также публикации по проблемам наркомании однозначно убеждают в том, что результативная профилактическая работа невозможна вне работы с семьей.

Для организации целенаправленной работы по первичной профилактике наркомании среди подростков необходимо, прежде всего, понять, какие особенности семьи повышают риск наркотизации.

Работа с проблемными семьями должна быть направлена на решение нескольких взаимосвязанных задач:

- информирование родителей о роли и месте семьи в развитии наркомании у подростка;
- информирование родителей о возможных семейных причинах наркотизации и признаках употребления подростком наркотиков;
- участие в разрешении латентного семейного кризиса;
- оптимизация системы внутрисемейного воспитания;
- нормализация родительско-детских отношений и снижение их конфликтности;
- повышение адекватности реагирования подростка на семейную ситуацию;

- повышение ответственности членов семьи за свое внутрисемейное поведение;
- создание позитивного эмоционального фона семейных отношений.

Таким образом, задача-минимум формулируется как активизация и обеспечение позитивной динамики семейных отношений, задача-максимум – как участие и содействие в нормализации и реконструкции основных функций семьи, активизация личности как субъекта ответственности за свою жизнь и судьбу.

Одна из самых сложных задач в организации профилактической работы с семьей заключается в формировании **мотивации и запроса** на нее. Наличие в проблемных и нестабильных семьях хронических супружеских и/или родительско-детских конфликтов, обостренных эмоциональных реакций, обид и оскорблений, а также функционирование механизмов защиты на личностном и межличностном уровнях приводит к тому, что такие семьи имеют крайне низкую мотивацию на участие в профилактической и терапевтической работе. Однако это не означает, что социальные службы должны пассивно дожидаться, когда семья сама проявит инициативу и обратится за соответствующей помощью. К сожалению, в подавляющем большинстве случаев члены семьи (родители) начинают проявлять инициативу уже в период открытой наркотизации подростка, когда психологическая зависимость сформировалась и сочетается с мощной физиологической зависимостью, а родители и члены семьи включены в систему «наркоманского» поведения и у них сформировался СРРН.

Работа с семьей является важной составляющей системы профилактики молодежной наркомании. Она может осуществляться социальными службами в нескольких формах:

- индивидуальная работа с членами проблемных семей;
- работа с семьей в целом;
- специальные родительские группы;
- работа с массовой родительской аудиторией.

Указанные формы профилактической работы с семьей существенно различаются организационно, методически и содержательно. Вместе с тем необходимо отметить некоторые общие принципы.

1. *Обеспечение приращения нового бытийного опыта членов семьи.* Независимо от реализуемой формы, усилия специалистов, зани-

мающихся семейной проблематикой, должны быть направлены на расширение возможностей семьи в понимании ситуации, взаимоотношений, причин нарушений и их последствий.

2. *Взаимодействие в условиях неопределенности.* Исследования показывают, что даже «полный набор» факторов наркориска не обязательно приводит к наркотизации подростка, а иногда для начала наркотизации достаточно лишь ситуативного проявления одного из них. Решая задачу профилактики наркомании, психолог может столкнуться с любой, сколь угодно сложной, семейной проблематикой. В то же время, создание и поддержание психологом ситуации неопределенности способствует тому, что в процессе взаимодействия с родителями (или семьей в целом) актуализируется наиболее значимый аспект семейной проблемы. Таким образом, работа с семьей по профилактике наркомании – это деятельность в условиях неопределенности. Очевидно, что в этом случае важнейшим фактором эффективности психолога становится не его «методическая оснащенность», а его готовность поступать свободно и ответственно.

Тем самым психолог проявляет свою субъектность, то есть способность свободно действовать в направлении преодоления неопределенности, предрешая таким образом непредрешенные исходы [4, 5, 48]. Субъектная позиция психолога является условием наращивания у родителей готовности к неадаптивному поведению, что рассматривается как основная задача профилактики наркомании в семье [13, 58].

3. *Ответственность.* Важно, чтобы в процессе работы члены семьи осознали и приняли меру своей ответственности за то, что происходит с ними. Принятие ими авторства собственной судьбы является важнейшей предпосылкой позитивной семейной динамики [13].

4. *Открытость и незавершенность работы.* Решая задачу профилактики наркомании, психолог, тем не менее, не может дать гарантии того, что в семье не появится наркоман. В связи с этим одним из важнейших результатов профилактической работы с семьями должна быть принципиальная готовность родителей к получению специальной профессиональной помощи и мотивация на сотрудничество с социальными центрами.

5. *Реалистичность ожиданий.* Необходимо, чтобы с самого начала и социальные работники (психологи, педагоги и др.), и члены семей, вовлеченные в профилактическую работу, понимали, что каждый из

них вносит свой посильный вклад в успех и что перед работниками социальных служб не стоит задача обеспечить беспроblemное существование семьи. Задача социальных работников заключается в том, чтобы помочь семье преодолеть «зацикленность» и обеспечить минимальную позитивную динамику. Вопрос дальнейшей работы— это вопрос инициативы семьи.

6. *Плюрализм форм и методов работы с семьей.* Мы говорим о том, что факторы наркотизации семейной природы могут иметь различный характер. Поэтому трудно представить себе существование какого-либо единственного, наиболее эффективного метода профилактической работы с семьей.

7. *Включенность/внезаходимость.* В соответствии с этим принципом специалист, реализующий ту или иную форму работы с семьей, должен находиться в непрерывном контакте с людьми, с которыми он работает. Тем самым он обеспечивает им насыщенную и адекватную обратную связь и при этом находится за пределами семейных отношений, сохраняя и свою профессиональную и личностную независимость, и суверенитет и самостоятельность семьи.

8. *Принцип «здесь и теперь».* В соответствии с этим принципом специалист, работающий с семьей, должен обращать внимание прежде всего на то, что реально происходит в ситуации «здесь и теперь». Сущность данного принципа хорошо передает следующая формулировка: «Неважно, о чем говорят члены семьи, важно то, что реально происходит».

Мы полагаем, что перечисленные принципы могут быть реализованы независимо от того, в какой форме проводится профилактическая работа. Суммируя, можно сказать, что их реализация направлена на повышение возможностей саморазвития и семьи в целом, и каждого из ее членов.

Взаимовлияние наркомана и его ближайшего социального окружения, обозначаемое термином «созависимость», является предметом рассмотрения многих авторов. Более того, на сегодняшний день существуют различные по своей научной обоснованности и практической эффективности попытки построения систем терапии созависимости. Наиболее известной и распространенной из них является деятельность Нар-Анон (анонимные родственники наркоманов). Будучи совершенно самостоятельным, полностью независимым от каких бы то ни было государст-

венных или общественных структур, движение Нар-Анон основывает свою деятельность на идеологии и методологии программы «12 шагов». Напомним, что программа «12 шагов» возникла в США в 1935 году в контексте движения «Анонимные Алкоголики» (АА) как попытка практической реализации идеи «терапевтической общины», «терапевтического сообщества». Начиная с середины 1940-х годов движение «Анонимные Алкоголики» широко распространилось по всему миру. В настоящее время количество групп этого движения составляет примерно 100 000 более чем в 200 странах мира. После резкого всплеска наркомании в 1960-х годах, прежде всего в США, программа «12 шагов» стала применяться и для терапии наркоманов, и для терапии созависимости.

Важным обстоятельством, существенно повысившим эффективность программы «12 шагов», ее авторитет и популярность, стало включение в ее основу различных психологических концепций, а также возникновение движения «Взрослые дети алкоголиков», объединившего всех, кто вырос в алкогольных и любых иных дисфункциональных семьях. Наблюдение и обобщение опыта работы этих групп позволило исследователям прийти к выводу о том, что для всех этих людей характерны общие личностные проблемы, которые и служат основой для формирования в последующем тех или иных видов зависимости. Анализ результатов деятельности различных групп самопомощи, основанных на идеологии «12 шагов», дал возможность объединить духовные принципы работы групп АА (и других) с некоторыми положениями психологии, психиатрии, социологии, антропологии и других наук. Это привело к появлению в конце 1940-х годов Миннесотской модели лечения, основу которой составляют следующие представления:

- химическая зависимость (алкоголизм, наркомания) является неизлечимым хроническим заболеванием, имеющим духовную основу и возникающим не по вине заболевшего;
- химическая зависимость – одно из возможных проявлений глубинных духовных дефектов (позже они были названы созависимостью), оно имеет единую природу с другими видами зависимости;
- зависимость невозможно вылечить, однако возможен поворот от развития болезни к выздоровлению при условии готовности человека к такому повороту и желанию отказаться для этого от своеволия;
- у человека, страдающего алкоголизмом или наркоманией, легко может сформироваться зависимость от любых веществ, изменяющих соз-

вание, волевою, эмоциональную или интеллектуальную сферы, поэтому лечение по Миннесотской модели полностью безмедикаментозное;

- лечебный центр должен представлять собой терапевтическое сообщество, персонал которого не противопоставляет себя пациентам, а сотрудничает с ними. Поощряется и стимулируется максимальная открытость в общении, при строгом соблюдении правил конфиденциальности и анонимности;

- ответственность за выздоровление лежит на самом пациенте;

- сотрудник лечебной программы должен быть примером поведения для пациента, взаимоотношения между сотрудниками – примером для построения взаимоотношений пациента с другими людьми;

- крайне желательно привлечение к участию в лечебном процессе всей семьи пациента, а при возможности – его друзей и сотрудников и т. д.;

- вся терапевтическая система должна представлять собой широкий комплекс мероприятий, включающих профилактику, сеть контактных центров (телефоны, консультационные пункты, амбулатории), лечебные программы, социальную помощь [111].

Со временем Миннесотская модель получила такое же распространение, как и исходная по отношению к ней программа «12 шагов». На ее основе было создано несколько программ работы с различными формами зависимости. Несмотря на распространенность модели, исследования ее эффективности немногочисленны и противоречивы. Более того, Миннесотская модель представляет собой модель лечения, то есть модель подхода к терапии зависимости и созависимости. При этом подразумевается, что *модель подхода* адекватно отражает специфику феномена. Однако оценить степень адекватности модели терапии можно, если существует модель феномена, в рамках которой можно объяснить известные проявления феномена, а также его происхождение и динамику. Сколько-нибудь удовлетворительная модель созависимости, с которой была бы согласована модель терапии, в рамках обсуждаемого подхода отсутствует. То же самое можно было бы сказать и по отношению к деятельности групп Нар-Анон. Научное представление о созависимости заменяется в этих программах констатацией факта существования созависимых отношений и признанием своей неспособности справиться с ними.

Заметим, что Миннесотская модель формировалась как форма стационарного лечения. Однако достаточно быстро появились и другие формы: программы длительного пребывания; программы, построенные по типу терапевтической общины; «промежуточные» лечебно-адаптационные учреждения («дом на полпути»); дневные стационары, амбулаторные программы. На наш взгляд, такая высокая вариативность модели может быть объяснена, по меньшей мере, двумя обстоятельствами, оценки которых диаметрально противоположны. С одной стороны, это может говорить о гибкости модели, наличии в ней потенциала дальнейшего развития. С другой стороны, это может быть проявлением стремления адептов программы за счет ее модификации компенсировать неадекватность исходных положений.

Анализ системы наркологической помощи в России показывает, что сегодня в стране существуют все формы работы с химически зависимыми пациентами. Вместе с тем научный анализ эффективности различных форм практически отсутствует. Не останавливаясь специально на обсуждении этого важного, но непосредственно не относящегося к предмету нашего исследования вопроса, отметим, тем не менее, что наиболее адекватной природе наркомании является амбулаторная модель терапии психической зависимости. Исходя из нашего общего представления о наркомании как о *болезни личности в социальном контексте*, мы полагаем, что одним из принципов терапии наркомании должен быть *экологический принцип*: перестать быть наркоманом индивид может только в тех условиях, в которых он наркоманом стал. Выход за пределы ограничений среды, преодоление ее давления является для наркомана актом неадаптивной активности, что, как было показано выше, представляет собой условие развития здоровой части его личности и одновременно условие сокращения активности ее наркотической части.

Амбулаторная форма работы с наркозависимым задает и амбулаторную форму работы с членами его семьи. Если предположить, что наркоман лечится стационарно, а люди, находящиеся с ним в отношениях созависимости, – амбулаторно, то очевидно, что это сразу же распределяет роли: «больной» – «здоровые», нарушая баланс ответственности за совместное выздоровление. Таким образом, мы полагаем, что одним из принципов терапии созависимости является *экологический принцип*, а наиболее оптимальной с точки зрения организации – *амбулаторная форма* работы. Помимо создания и поддержания указанного

условия «равенства» участников терапевтического процесса (в противовес «он больной, а мы, родственники, здоровы»), являющегося основой равенства ответственности, амбулаторная форма организации терапии созависимости позволяет также:

- свободно и оперативно выявлять семейную констелляцию;
- гибко планировать работу (в отличие от стационарной формы, амбулаторная менее жестко структурирована);
- собрать и включить в терапевтический процесс максимальный состав семьи.

В определении содержательных и методических принципов терапии созависимости мы исходим из результатов эмпирических исследований созависимости, а также из анализа клинической практики.

Решающее значение для формирования СРРН имеет повышение уровня тревожности в первое время после обнаружения того, что ребенок употребляет наркотики. Тревога родителей вызвана целым рядом причин. Во-первых, большой неопределенностью будущего (зная о негативных последствиях наркомании, опасности гибели ребенка, мнении о неизлечимости наркомании, родители испытывают значительную фрустрацию, которая тем сильнее, чем ниже уровень их исходной осведомленности). Во-вторых, ощущением беспомощности перед опасным пристрастием ребенка. Все напряжение их сил, обращение к своему родительскому опыту, весь тот арсенал воспитательных средств, который был накоплен за предыдущие годы, – все это оказывается неэффективным и малополезным. Увы, в «борьбе» с родителями за свою независимость от них подростки могут «случайно обнаружить» самый мощный аргумент, перед которым родители бессильны. В-третьих, стремительные изменения в психологическом складе личности ребенка, его поведении, социальном окружении, физическом облике ежедневно подтверждают для родителей обреченность их ребенка и всякую безнадежность любых усилий.

Практически все члены семьи вынуждены менять свой образ жизни. Семья переходит в режим аварийного функционирования. Это приводит к тому, что определенная доля активности, реализовавшаяся раньше, оказывается невостребованной, что еще более повышает уровень тревоги и напряжения. Все сознание родителей фиксируется исключительно на факте наркотизации ребенка, оно перестает быть гибким. Говоря словами гештальт-психологов, происходит «фиксация на

фигуре», нарушение способности воспринимать ситуацию и действовать «здесь и теперь».

В работе с родителями наркоманов снятие напряжения и тревоги требует от психолога особой гибкости. Необходимый баланс фрустрации и поддержки здесь особенно важен из-за высокого уровня напряженности и тревоги (что создает необходимость поддержки), а также из-за суженности восприятия родителями ситуации (что определяет необходимость некоторого уровня фрустрации).

При работе с родителями наркоманов необходимо учитывать их склонность к манипулятивному поведению, представляющему собой одно из наиболее ярких проявлений созависимости. Разрушение манипуляций вызывает у родителей наркоманов (и других членов семьи) естественное напряжение, которое способно разрешаться в широком диапазоне реакций [19]. В связи с этим терапевт должен быть очень внимателен к проявлениям подлинных и искренних чувств, поддерживать их, разрушать манипуляции и типичные для созависимых игры.

Заметим также, что по мере формирования созависимости у родителей наркоманов снижается способность к адекватному отражению эмоциональных состояний других людей [76], происходит поляризация сознания [120].

Анализ перечисленных особенностей созависимых, а также обобщение данных эмпирических исследований созависимости позволяет построить теоретическую модель феномена.

Поскольку речь идет о *созависимости*, то очевидно, что моментом ее возникновения является обнаружение наркомании у значимого другого. Мы полагаем, что развитие созависимости связано с отраженной субъектностью наркотической личности в других людях (членах семьи наркомана).

Мы рассматриваем созависимость как результат взаимодействия интериндивидуальных проявлений наркотической личности и эффектов ее инобытия в личности родителей наркомана. Иными словами, мы рассматриваем созависимость как совокупность феноменов, возникающих в жизни семьи наркомана вследствие его субъектной продолженности и запечатленности в личностях близких ему людей. Такое понимание созависимости объясняет факт ее сохранения даже при отсутствии зависимого члена семьи.

Для понимания природы созависимости и, соответственно, определения принципов ее терапии важен анализ процесса взаимодействия

интериндивидуальных проявлений наркотической личности (в процессе реального взаимодействия) и влияния ее метаиндивидуальной продолженности на личностную динамику близких наркомана. Нам представляется, что осуществление такого анализа возможно с позиции синтетического подхода, объединяющего концепцию отраженной субъектности (В.А. Петровский) и концепцию эго-состояний (Э. Берн). Основные положения, позволяющие осуществить такой синтез, разработаны В.А. Петровским и его сотрудниками.

1. «Каждое из эго-состояний может опосредовать процесс межиндивидуального отражения.

2. Отражается личность в целом, со всеми тремя эго-состояниями, независимо от того, какое эго-состояние актуализировано у отражаемого в момент осуществления отражения.

3. Одним из основных факторов, определяющих характер конверсии, то есть переноса другого человека из пространства реального бытия в пространство его идеального бытия в личности отражающего, является качество контакта между отражаемым и отражающим.

4. Отражение выступает в качестве источника динамики (достройки, соотнесения, обогащения) эго-состояний отражающего» [115, с. 58].

Наибольшее значение с точки зрения задач нашего исследования, имеет положение о важности качества контакта между отражаемым и отражающим.

Анализ проявлений созависимости, а также клинические наблюдения за взаимодействием наркомана и его родителей позволяют выделить следующие качественные характеристики их контактов.

1. У родителей преобладают проявления эго-состояния Родителя.

2. В момент реального взаимодействия с родителями наркоман находится в «схеме наркоманского поведения», то есть проявляется его наркоманская личность.

3. Взаимодействие наркомана и его родителей носит преимущественно конфликтный характер, при этом используются негативные стратегии конфликтного поведения.

4. Контакты наркомана и его родителей эмоционально перенасыщены, что переживается и тем и другими как *избыточность контакта* (родители говорят: «Устали», наркоман говорит: «Достали уже»). Иными словами, возникает ситуация невозможности адекватного ответа на «прикосновение» другого.

Таким образом, мы полагаем, что эго-состоянием, опосредующим процесс межличностного отражения, то есть *конвертором* [115], у близких наркомана является Родитель. Процессы конверсии с позиции Родителя, Взрослого и Ребенка подробно рассмотрены в работе В.А. Петровского и его сотрудников [115]. При этом отмечается, что «когда конвертором выступает Родитель, порождаются формы эго-состояния Ребенка». Это положение полностью объясняет эмпирически обнаруженное нами преобладание Адаптивного Дитя у родителей наркомана. Дестройка Ребенка у родителей наркомана объясняет динамику интраиндивидуальных черт родителей наркомана, обозначаемых нами как СРРН (синдром родительской реакции на наркоманию). В.А. Петровский и его соавторы выделяют две формы порождаемого эго-состояния Ребенка: одна из форм означает растворенность другого в порождаемом Ребенке, вторая форма заключается в отстраненности другого как значимого существа, в упразднении его как субъекта [115].

В первом случае практически растворяются границы, отделяющие Ребенка наркотической личности от Ребенка родителей наркомана. Ребенок наркотической личности эмоционально переживается родителями наркомана как их собственный Ребенок. «Здесь мы имеем дело, – пишут авторы цитируемой работы, – с тем, что обозначают термином *фиксация*» [115, С.59]. Поведение, мышление, эмоции родителей наркомана оказываются полностью *зафиксированы* на наркомании их ребенка, что резко сужает круг их возможностей, реакций, проявлений и, в конечном итоге, приводит к «растворению» родителей в наркомане: «Ничего не осталось: ни чувств, ни интересов, ни желаний...» (Нина П., 41 год, мать наркомана). Наличие таких фиксаций приводит к тому, что образ ребенка-наркомана становится ригидным. Именно с этим связано, на наш взгляд, то, что родители *не замечают* реальной динамики состояния их ребенка-наркомана.

Во втором случае конверсии посредством Родителя наркоман упраздняется как субъект. «Упразднение» подразумевает ряд противопоставлений, осуществляемых Родителем. Другому человеку отказывают в праве на собственное мнение или принятие ответственности, в понимании ситуации и т.д.; он воспринимается как неуправляемая, не имеющая никакой внутренней логики и порядка в себе сила и пр., то есть низводится до эго-состояния Ребенка; но это – отчужденный Ребенок, «не Я» [115, С. 59]. Это приводит к тому, что родители стремятся к то-

тальному контролю над поведением наркомана, полному принятию ответственности на себя. «Родитель-конвертор оттесняет таким образом другого человека на самые архаичные, бессознательные уровни своего Ребенка. Мы имеем дело еще с одним механизмом психологической защиты – *вытеснением*» [115, С.59].

Исследования, проведенные нами с помощью ТА-методов диагностики (транзактная интерпретация РДО и стиля воспитания в период, предшествующий наркомании), показывают, что порождение конкретной формы эго-состояния Ребенка, когда конвертором выступает Родитель, связано с преобладанием какого-либо аспекта Родителя у отражающего. Если у родителя наркомана преобладает Контролирующий Родитель, то происходит упразднение наркомана как субъекта; если Опекающий Родитель – фиксация. Если в преморбиде у родителей аспекты Родителя представлены примерно в равном соотношении, то в период болезни наркомана у родителей наблюдается крайняя поляризованность сознания [120].

С этих позиций очевидно, что эффективная терапия созависимости возможна, если создаются условия для порождения и поддержания у родителей наркомана конверсии, осуществляемой Взрослым. Таким образом, задача терапии созависимости заключается в том, чтобы «запустить механизм «Взрослой конверсии» [115]. С наращиванием интенсивности «Взрослой конверсии» у родителей наркомана постепенно устраняется страх, растерянность и ощущение абсолютной беспомощности; кроме того, преодолевается наивное убеждение, что только тотальный контроль способен спасти их ребенка. Все вместе это расширяет способность родителей действовать «здесь и теперь», активизирует их воспитательное творчество. Мы полагаем, что активизация «Взрослой конверсии» является одним из наиболее важных принципов терапии наркомании: Взрослый родитель, отражаясь в наркомане, наращивает и усиливает здоровую часть его личности.

Необходимо заметить, что активизация и деконтаминация Взрослого родителей является одной из наиболее сложных задач. Сложность решения этой задачи, помимо ранее упомянутых особенностей созависимых, усугубляется еще и тем, что пребывание во Взрослом означает для родителей пребывание в состоянии *неопределенности*. Родители наркомана более-менее уверенно чувствуют себя в эго-состоянии Родителя: их чувства и мысли не просто понятны им самим – они соответст-

вуют культурному стереотипу, исторически сложившемуся образу родительского поведения; в то же время, реакции их ребенка-наркомана предсказуемы, его реакции на Родительские проявления его родителей *предопределены*. Не менее «комфортным» оказывается для родителей наркомана и эго-состояние Ребенка. Пребывание в Ребенке позволяет им полностью делегировать ответственность за то, что происходит с ними и их семьей внешним обстоятельствам, а ответственность за успех терапии – сотрудникам реабилитационного центра. Пребывание во Взрослом означает для родителей неизбежную необходимость выхода за пределы социально-культурных стереотипов родительского поведения, принятия ответственности за результат *своих* поступков и действий. Все это приводит к тому, что они оказываются в ситуации неопределенности. В связи с этим мы считаем, что одна из задач в работе с родителями наркоманов заключается в том, чтобы сформировать у них способность находиться в состоянии неопределенности, тайны в сомнениях без раздражающей погони за фактами и причинами [190].

Концепция отраженной субъектности и концепция эго-состояний позволяют по-другому взглянуть на те программы терапии созависимости, о которых шла речь выше. Поскольку подавляющее большинство этих программ основано на идеологии «12 шагов», нам представляется возможным ограничиться анализом пунктов именно исходной 12-шаговой программы (Программа работы групп членов семьи наркоманов Нар-Анон и других представляет собой **текстуально** модифицированную программу «12 шагов» для алкоголиков. Сущность программы при этом остается неизменной). Ниже приведены основные положения (шаги) этой программы.

1. Мы признали свое бессилие перед алкоголем, признали, что наша жизнь стала неуправляемой.

2. Пришли к убеждению, что лишь Сила более могущественная, чем наша собственная, может вернуть нам здравомыслие.

3. Приняли решение вверить нашу волю и нашу жизнь Богу, как мы его понимаем.

4. Произвели глубокое и бесстрашное исследование своего поведения.

5. Признались перед Богом, собой и другим человеком в сущности своих ошибок.

6. Полностью подготовились к тому, чтобы Бог избавил нас от всех отрицательных черт нашего характера.

7. Смиренно попросили Его устранить наши изъяны.

8. Вспомнили всех, кому мы причинили зло, и приготовились возместить им нанесенный ущерб.

9. Лично возместили ущерб всем этим людям, где это было возможно, кроме тех случаев, когда такое возмещение несло бы вред им или кому-либо другому.

10. Продолжали критически наблюдать за своим поведением и, когда ошибались, своевременно признавали это.

11. Старались путем молитвы и размышления углубить наш сознательный контакт с Богом, как мы Его понимаем, молясь о знании Его воли и о силе для исполнения этой воли.

12. Достигнув духовного пробуждения в результате выполнения этих шагов, мы старались делиться опытом с другими алкоголиками и применять эти принципы во всех наших делах.

Первые три пункта программы, с точки зрения ТА, активизируют и усиливают Адаптивное Дитя адепта.

Созависимые, как правило, легко и бесконфликтно принимают эти шаги, поскольку они соответствуют не только их психологическим особенностям, но и их ожиданиям. Далее усиленный Ребенок опосредует процесс межиндивидуального отражения в ситуации взаимодействия с наркоманом и, что еще более важно, в ситуации групповых занятий. В ситуации, когда конвертором является Ребенок, по мнению авторов идеи [115], происходит достройка Родительского эго-состояния: «Когда конвертором выступает Ребенок, в результате рождается ассоциированный родитель. Другой человек при этом переживается как источник влияния, которому подвержен отражающий ... другой человек переживается в своей неотделимости от меня, что ... соответствует категории «интроекция». Переживание другого человека как силы, подчиняющей меня (а именно это и должно быть признано на первом шаге программы Нар-Анон – С. Б.), свидетельствует об актуализированности другого в качестве Родителя» [115, С. 58-59]. Нам представляется, что актуализация в качестве Родителя группы (групповой субъект) и ее ведущего будет означать **закрепление** отношений созависимости: возникает комплементарная пара: Адаптивное Дитя родителей и Родитель, представленный групповым субъектом. При этом Родитель родителей наркомана ассоциируется с группой, выполняющей функции Родителя.

Группа, как групповой субъект, интроецируется в Родительское эго-состояние каждого участника группы во всей совокупности внутри-

групповых отношений. Существующая практика ведения групп для созависимых Нар-Анон такова, что достроенный в группах Нар-Анон Родитель получает «поглаживания» и таким образом подкрепляется. Внешне такое подкрепление выражается в поддержке и поощрении сколь угодно продолжительных монологов родителей обличающего или «покаянного» характера.

Очевидно, что именно этот ассоциированный достроенный Родитель и становится той Силой и «Богом, как мы его понимаем» (шаги 2 и 3), к которому впоследствии должны обращаться созависимые для преодоления своей созависимости.

Следующий, четвертый, шаг означает для родителей наркомана не что иное, как анализ их Адаптивного Дитя со стороны их ассоциированного Родителя. Обнаруженные в ходе такой работы черты характера признаются негативными (шаг 5) На следующих этапах работы (шаги 6 и 7) происходит дальнейшее усиление и наращивание Родительского эго-состояния. Остальные шаги также направлены на усиление Родителя. Нетрудно заметить, что «дефекты характера», от которых созависимых должен избавить «Бог, как мы его понимаем», есть не что иное, как достроенный, обогащенный на стадии открытой наркотизации ребенка Ребенок родителей наркомана.

Таким образом, сущность всех терапевтических программ, основанных на 12-шаговой идеологии, заключается в том, чтобы, активизируя Ребенка адептов, сделать его конвертором, переносящим Родительские проявления группы (группа выступает для ее участников как групповой Опекающий Родитель), ведущим (ведущие групп реализуют функции Контролирующего Родителя) или даже зависимым, в результате чего идет достройка Родительской инстанции созависимых, призванной **контролировать** проявления их Адаптивного Дитя. Таким образом, созависимые обретают контроль над своим поведением тогда, когда их Родитель становится сильнее их Ребенка. В связи с этим мы склонны интерпретировать эффекты участия в 12-шаговых программах как формирование структурной патологии, когда при незначительной представленности Взрослого формируется мощный константный Родитель, исключаящий проявления Ребенка.

Приведенные выше рассуждения, основанные на результатах ТА-диагностики наркоманов и членов их семей, хорошо объясняют формирование специфических черт личности у участников групп Ал-Анон и Нар-Анон:

- ригидность мышления;
- стереотипность суждений и поведения;
- исключительная уверенность в правильности своего мышления;
- оценочность высказываний.

Отметим также, что многие участники 12-шаговых групп оказываются неспособными покинуть свое «терапевтическое сообщество» и после завершения двенадцатого шага. Таким образом, мы можем сделать предположение о *переносе* созависимых отношений из сферы отношений с наркоманом в сферу межличностных отношений в сообществе Нар-Анон. Безусловно, определенный терапевтический эффект при этом достигается: во-первых, проявления созависимости максимально контролируются, во-вторых, существенно меняются отношения с наркоманом. Они становятся менее конфликтными и напряженными, более дистантными и однозначными. Позитивный эффект этих изменений очевиден: ослабевают существовавшие на межличностном уровне условия для воспроизводства зависимости и созависимости. Вместе с тем остается открытым ряд важных вопросов с точки зрения оценки эффективности 12-шаговых программ:

- Каковы условия развития личности участников программы за пределами сообщества Нар-Анон?
- Каково влияние участия в 12-шаговых программах на процесс развития личности?
- Как соотносится этика «Высшей Силы» и «Бога, как они Его понимают» с общечеловеческой этикой?
- Каково влияние участия в 12-шаговых программах на качество социальных контактов за пределами «анонимного сообщества»?

В связи с этим мы полагаем, что обретение полной личностной свободы, выход за пределы созависимости возможны лишь в том случае, если терапия созависимости направлена на укрепление и деконтаминацию Взрослого. Опираясь на этот исходный принцип, мы считаем, что задача терапевта и терапевтической группы заключается в том, чтобы сформировать и поддерживать в процессе межличностного взаимодействия механизм «Взрослой конверсии». Технологически эта задача решается, если психологу удастся «удерживать» себя в эго-состоянии Взрослого. Сами по себе реакции психолога из эго-состояния Взрослого оказываются в достаточной степени *фрустрирующими*, поскольку подавляющее большинство обращений родителей к психологу исходит от

их Ребенка, ожидающего заботы и помощи, или их Родителя, ожидающего подтверждения его позиции.

Давление родителей (независимо от того, индивидуальный это прием, семейный или родительская группа) настолько велико, что удержание себя во Взрослом эго-состоянии оказывается для психолога *субъектным* поведением. Если теперь, используя различные техники ТА [21], психологу удастся удерживать родителей наркомана в эго-состоянии Взрослого, это и будет создавать необходимые для «Взрослой конверсии» условия. При этом во Взрослом родителей будет субъектно отражаться Взрослый психолога, что приведет к достройке и укреплению Взрослого родителей.

По мнению В. А. Петровского, важно то, что, находясь во Взрослом, психолог, как отражающий субъект, «наделяет значимого другого также чертами Взрослого; это происходит независимо от того, какие эго-состояния актуализированы в данный момент у другого. Происходит подтверждение или авансирование другого человека такими чертами, как ответственность, свобода, независимость» [106, С. 46]. Конверсия «во Взрослого», «делающая» психолога идеальным значимым другим, обусловлена тем, что родители наркоманов, реализуя черты Взрослого, способны воспринимать свою жизненную ситуацию, отбрасывая предрассудки, иллюзии, ложный стыд и другое.

Укрепление Взрослого у родителей наркоманов позволяет им реализовывать Взрослые реакции в общении с их детьми-наркоманами, что также становится условием положительной динамики Взрослого их детей.

Реализация центрального принципа разрабатываемой нами модели терапии созависимости – **укрепление и деконтаминация Взрослого** – опирается на проведенный выше анализ психической зависимости наркомана и феномена созависимости с позиции концепции отраженной субъектности и концепции эго-состоянии. В связи с этим очевидно, что терапия созависимости, как особых отношений с *наркотической личностью*, должна быть обращена к интраиндивидуальным, интериндивидуальным и метаиндивидуальным аспектам созависимости.

Мы считаем, что сделать перечисленные аспекты созависимости доступными для психотерапии возможно благодаря реализации комплексного подхода, включающего в себя индивидуальную работу с родителями наркомана, участие родителей наркомана в работе *родительских групп*, а также работу с семьей наркомана как с целым.

Индивидуальная работа с родителями

Основополагающим принципом при организации индивидуальной работы с родителями наркомана является принцип *конверсии во Взрослого*. Для формирования и поддержания этого процесса психологу необходимо решать ряд взаимосвязанных задач, направленных на установление особого типа отношений.

1. *Достижение глубокого понимания ситуации клиента*. Рациональный аспект *понимания* заключается в детальном, рациональном, безоценочном восприятии обстоятельств жизни клиента. Его эмоциональный аспект предполагает доброжелательное, заинтересованное, доверительное, но *независимое* отношение. Позиция психолога может быть охарактеризована как позиция включенности/вненаходимости (М.М. Бахтин). Технологический аспект заключается в том, чтобы, удерживая себя в позиции Взрослого, вывести в такую же позицию родителя наркомана. Такой тип взаимодействия выступает не только как условие становления субъект-субъектных отношений психолога и родителя, но и как условие «Взрослой конверсии». Таким образом, суть разрабатываемого нами метода, по меткому замечанию В.А. Петровского, заключается в культивировании взрослых контактов (метод взрослых контактов).

2. *Эмоциональная поддержка клиента*. Нужно иметь в виду, что родители наркомана – люди глубоко *страдающие*. Им крайне необходимо Взрослое участие: ободрить и вдохновить на более целостное, оптимистичное и сбалансированное отношение к ситуации. Эмоциональная поддержка выступает здесь как предпосылка возможности *нового взгляда* на проблему.

3. *Достижение клиентом осознания и осмысления проблемной ситуации*. Технологическими средствами, позволяющими решать эту задачу, являются активное эмпатическое слушание, насыщенная адекватная обратная связь, техники транзактного анализа [21]. Усилия психолога направлены на осознание клиентом особенностей «внутреннего» образа наркомана, влияния образа на его поведение и чувства. Примером решения этой задачи может быть следующий диалог:

Психолог. Вот когда у вас такой образ вашего сына... как этот образ влияет на вас?

Клиентка. Мне... я чувствую себя беспомощной...

Психолог. Правильно ли я вас понял, что, когда у вас «такой образ», вы чувствуете себя беспомощной?

Клиентка. Да. Я расстроена... я не знаю, что делать... я даже сказать ему что-то боюсь...

Психолог. Угу... м... что вы чувствуете по отношению к «этому образу»?

Клиентка. Ой... тяжело... ну... да я его ненавижу!

Психолог. Кого?

Клиентка, *(пауза; растерянно)* ...Ну, образ... этот. Он что, не такой?! *(по структуре вопросительная, эта фраза произносится как восклицательная)*.

Психолог. Кто?

Клиентка, *(неопределенно)* Сын...

Такая интенсивная коммуникация по поводу влияния «наркоманского» образа сына на жизнь, чувства и поведение родителей приводит их к более полному осознанию и проживанию контактов с подлинным, а не *виртуальным субъектом*. Психолог побуждает клиента к тому, чтобы более тонко и полно чувствовать и осознавать важные обстоятельства и аспекты ситуации, свои чувства, потребности, переживания и их взаимосвязь с разными образами ребенка-наркомана.

Психолог замечает и делает предметом совместной рефлексии неадекватность (неполноту, категоричность, ригидность, искаженность и пр.) поведения родителей при актуализации наркоманского образа их ребенка-наркомана. Первоначально совместный, этот процесс может все более успешно реализовываться клиентом самостоятельно.

Заметим, что в соответствии с концепцией отраженно субъектности, динамика инобытия (то есть метаиндивидуального аспекта личности) является условием изменения личности в целом. В связи с этим очевидно, что динамика метаиндивидуального аспекта личности наркомана, инспирируемая и поддерживаемая в процессе работы с родителями, не только обеспечивает разрушение созависимости, но и создает условия для укрепления здоровой части личности наркомана.

Проведенный анализ организационных и методических аспектов работы с родителями наркоманов позволяет нам сформулировать принципы терапии созависимости.

Принципы терапии созависимости

Организационные	Методические	Этические
<ul style="list-style-type: none"> • Экологичность • Комплексность терапии созависимости	<ul style="list-style-type: none"> • Взрослая конверсия • Адекватный баланс «фрустрация – поддержка» • Активизация Взрослого • Плюрализм методов • Субъект-субъектное взаимодействие 	<ul style="list-style-type: none"> • Конфиденциальность • Анонимность • Ответственность

Дополненные этическими принципами, существенными с точки зрения связанных с наркоманией проблем, организационные и методические принципы образуют *систему* принципов терапии созависимости.

Индивидуальная работа с членами проблемных семей часто является единственно доступной формой профилактической работы с семьей. Как правило, привлечь к такой работе удастся субъективно наиболее заинтересованного члена семьи. В подавляющем большинстве случаев (65%) это женщины. Однако по мере развития консультативно-терапевтического процесса к нему зачастую удастся привлечь и других членов семьи. В этом случае работа может продолжаться в режиме общесемейных встреч (подростки, как правило, чрезвычайно неохотно принимают в них участие), индивидуальных встреч с членами семьи, либо в обоих сразу. Результатом индивидуальной работы также может быть готовность взрослых членов семьи посещать родительские группы. Подчеркнем, что здесь важен не столько какой-то **конкретный** результат, сколько готовность и желание продолжать работу и сотрудничество со специалистами социального центра.

Общесемейные встречи

Эту форму работы с семьей мы считаем приоритетной. Практика показывает, что собрать вместе всю проблемную семью удастся крайне редко. Однако это не означает, что такая работа не может быть начата в неполном численном составе. Здесь важна не столько полнота представленности семьи на терапевтической сессии, сколько ориентация на работу с общесемейной проблемой, носителем которой является семья «как целое». Последовательная реализация этого принципа сопряжена

со значительными сложностями, преодоление которых создает благоприятные условия для терапии семьи и в то же время служит своеобразным индикатором семейной динамики. Среди основных трудностей укажем следующие.

1. *Латентный кризис семьи в начале терапии.* Мы склонны рассматривать эту ситуацию как чрезвычайно богатую по своим потенциальным возможностям: прохождение кризиса как точки бифуркации в эволюции семейной системы означает принципиальную невозможность возврата к докризисной системе отношений. Важнейшее условие эффективности в работе с семьей – субъектная позиция психолога, то есть его готовность свободно и ответственно предрешать непредрешенное. Субъектные проявления психолога становятся условием актуализации субъектности членов семьи.

2. *Отсутствие психологического запроса со стороны семьи.* Проблемная семья обращается за психологической помощью, как правило, тогда, когда семейное неблагополучие уже невозможно не замечать, при этом поведенческие проблемы подростка никак не связываются с его психологическими проблемами в семье или вне семьи. Таким образом, мотивация родителей связана со стремлением получить некую информацию или какое-либо средство, позволяющие им избавиться от проблем. Потому родители ждут от психолога, что его деятельность будет направлена, прежде всего, на работу с подростком.

3. *Многослойность семейной проблематики.* Проблемное поведение у подростка выступает в качестве своеобразного катализатора множества негативных процессов, которые ранее могли носить вялотекущий, слабовыраженный характер. Здесь часто приходится сталкиваться с симбиотическими, отвергающими или замещающими отношениями, супружескими конфликтами, крайне остро протекающими конфликтами между сибсами, телесными болями, соматическими симптомами, невротическими расстройствами, последствиями сексуального и физического насилия и многим другим. Следует учитывать и то, что проблемное поведение подростка не только обостряет многие негативные процессы в семье, но и маскирует их, вытесняя на периферию сознания членов семьи.

4. *Высокий уровень тревожности в семье.* В проблемных семьях отмечается высокий уровень тревожности, который существенно сужает возможности психолога в работе с семьей. Такая работа требует со-

блюдения гибкого баланса фрустрации– поддержки. Члены проблемных семей из группы риска ждут, что психолог будет организовывать свою работу с ними из Родительской позиции. Мы полагаем, что, по крайней мере, на начальном этапе работы такая позиция психолога оказывается адекватной и приемлемой. Говоря словами К. Витакера, психолог как бы «усыновляет семью».

5. *Крайне низкая информированность родителей в вопросах, связанных с наркотиками и наркоманией.* Неосведомленность родителей в вопросах наркомании является одним из источников их тревожности. Поэтому, приходя на прием, они буквально заваливают психолога вопросами, часто не относящимися к области его компетенции. Очевидно, что такая своеобразная «познавательная активность» родителей носит защитный характер. В работе с проблемной семьей всегда существует опасность «соскользнуть» на выгодную для родителей позицию «консультанта в вопросах наркологии». Нам доводилось наблюдать случаи, когда подобные ситуации воспроизводились на семейных приемах раз за разом, приобретая очертания специфических клинических игр [16]. В значительной степени такой опасности можно избежать, если в центре, в котором ведется работа с семьей, существует специальная открытая группа, деятельность которой ориентирована исключительно на информирование родителей о наркомании.

Перечисленные трудности работы с семьей наркомана создают специфическую ситуацию, эффективная работа с которой невозможна в рамках какой-либо одной модели или терапевтического подхода. Важнейшим фактором эффективности в этом случае становится *плюрализм методов* при соблюдении *принципа работы с семьей как с целым* и *принципа активизации и укрепления Взрослого*.

Групповая работа с родителями

Поскольку, как это было показано выше, подростковая наркомания – семейная проблема, важной составляющей вторичной профилактики наркомании является работа с родителями. В структуре комплексного терапевтического воздействия на семью наркотизирующегося подростка важную роль играют групповые формы работы с родителями. Работа с ними может вестись как параллельно с реабилитационной программой наркомана, так и независимо от нее. Даже если наркоман избегает лечения, родители, посещающие родительские группы, могут изменить

свои реакции на наркоманию, свое поведение в семье, свои реакции на ребенка. Клиническая практика подтвердила и необходимость, и полезность таких групп.

В структуре системного профилактического воздействия на семью важную роль играют групповые формы работы с родителями, которая может вестись как параллельно с другими формами профилактики, так и независимо от них.

Анализ литературы, посвященной формам работы с родителями, показывает, что при ее организации возможно использование различных моделей. Так, это могут быть:

- психодинамически ориентированные группы (В. Шульц, А. Адлер);
- дискуссионные группы (Р. Дрейкус);
- группы, основанные на модели группового психологического консультирования (Х. Джайнотт);
- группы, основанные на идеях гуманистической психологии (К. Роджерс, Т. Гордон, М. Снайдер);
- группы, основанные на идеях о диалогической природе человеческой личности (М.М. Бахтин);
- бихевиористски ориентированные группы (А. Бандура, Дж. Роттер);
- системы, связанные с религиозными взглядами на воспитание детей и родителей (Р. Кэмпбелл);
- группы, основанные на идеях транзактного анализа (Э. Берн) и теории персонализации (В. А. Петровский).

Наш опыт работы с родителями и другими членами проблемных семей подтверждает высокую эффективность групп, основанных на идеях и принципах транзактного анализа (Э. Берн) и теории персонализации (В. А. Петровский).

Однако очевидно, что при выборе той или иной модели групповой работы необходимо учитывать особенности поведения родителей в родительских группах.

Типичными для них являются:

- поляризованность суждений о возможных формах внутрисемейного поведения. Например: «Я уже все пробовал: ругал, бил... Ну что теперь— плюнуть и вообще не подходить к нему?»;

- ориентированность на конкретные советы и рекомендации со стороны ведущего группу: «Если просит деньги, то давать?», «А если он займет у соседей?», «Что ему сказать, когда он приходит поздно?»;
- крайняя зафиксированность на себе и на своей семейной ситуации: «У вас что... Вот у нас!» Часто это приводит к неспособности слышать друг друга;
- непонимание роли и значения собственных усилий, направленных на изменение своего поведения: «А что я делаю не так?», «Речь ведь не обо мне...»;
- фиксация сознания на ребенке, что снижает (вплоть до невозможности) способность к пониманию более широкого круга семейных проблем;
 - эмоциональная напряженность и склонность к аффектам;
 - обвиняющие реакции в адрес ведущего в случае его отказа давать конкретные советы: «Мы для чего сюда пришли? Вот вы нам скажите!.. Я не знаю... Это вы специалист, вы должны знать!»;
 - уход от обсуждения реальных проблем и отношений с помощью соскальзывания на поиск причин и виновника: «Конечно, если бы государство заботилось о детях...»;
 - делегирующая позиция, выражающаяся в отказе нести ответственность за свою жизнь, за свои действия, чувства и успехи: «А что я могла сделать? Стараюсь ...»;
 - высокий уровень тревожности, что проявляется в поиске поддержки и покровительства: «Помогите нам, у нас уже нет сил...»;
 - склонность к затяжным монологам с бесконечным перечислением подробностей какого-либо события;
 - критичность по отношению друг к другу и ведущему, подозрительность и закрытость при внешней лояльности;
 - избегание личностной или семейной тематики и стремление обсуждать проблему воспитания «вообще»: «А есть какие-то статистические данные?..».

Как показывает опыт, реализация большинства из названных выше моделей групповой работы либо встречает в группе родителей серьезное сопротивление, либо создает условия для актуализации защитного поведения. Так, психоаналитически ориентированные группы оказываются малоэффективными в силу отказа родителей рассматривать себя и свое поведение как возможный фактор риска наркотизации у ребенка.

Делегирующее поведение и вытеснение создают существенные препятствия для реализации этой модели. Дискуссионные группы, ориентированные на обсуждение проблем родительско-детских отношений и внутрисемейных отношений в целом, также оказываются малоэффективными в силу склонности родителей к монологу и описательным высказываниям.

Реализация в групповой работе с родителями принципов гуманистической психологии, безусловно, способствует оказанию им эмоциональной и социальной поддержки. Однако наиболее важным, на наш взгляд, является принятие родителями ответственности за свое поведение и свою жизнь, чему способствует реализация модели группового психологического консультирования, методологической основой которого выступает транзактный анализ Э. Берна [18-22]. Участники группы в этом случае воспринимаются как дееспособные субъекты, способные нести ответственность за свое поведение и решение своих проблем. Руководитель поддерживает коммуникации в группе из эго-состояния Взрослого. Освоение участниками группы терминологии структурного и транзактного анализа дает возможность для эффективного исследования ими особенностей внутрисемейных отношений, внешней и внутренней коммуникации. Использование модели психологического консультирования и методологии транзактного анализа позволяет решать комплекс взаимосвязанных задач, непосредственно вытекающих из отмеченных выше особенностей семей из группы риска:

- повышение ответственности за свое поведение и свою жизнь;
- развитие готовности к творческому реагированию на проблемы в поведении и наркоманию ребенка;
- повышение психологической компетентности и расширение сознания;
- изменение реакции на проблему (от поиска причин к поиску решений);
- развитие реалистичности мышления и осознания отношений;
- повышение способности к наблюдению.

Очевидно, что перечисленные задачи различны и по содержанию, и по структуре, и по методам их решения. Поэтому важнейшей характеристикой родительских групп является, на наш взгляд, плюрализм методов, который дает возможность применить большое количество терапевтических техник и средств в процессе терапии.

В рамках модели психологического консультирования и общих принципов транзактного анализа могут быть широко использованы следующие методы:

- методы по изменению привычного мышления;
- методы, направленные на познание происходящего;
- методы поддержки и помощи;
- методы, направленные на снятие напряжения;
- методы, вызывающие эмоциональные переживания и чувства;
- методы изменения поведения.

Очевидно, что данный список может быть продолжен. Важна не его завершенность, а общий подход к проблеме. Участники группы должны научиться гибко строить свое поведение. В широком смысле речь идет о развитии у родителей способности к «экзистенциальному творчеству», становление которого – реальный шанс на то, что родители не станут невольными соучастниками самоубийства их ребенка.

Работа с массовой родительской аудиторией

Что касается профилактической работы с массовой родительской аудиторией, то мы рассматриваем ее не только как основную форму просвещения родителей и сообщение им достоверной информации о наркотиках, способах приобщения к ним детей, признаках наркотизации и т. п. Мы полагаем, что работа с родительской аудиторией может выступать как особая форма коррекции семейных отношений и снижения наркориска. Одной из форм такой работы, хорошо зарекомендовавшей себя, является кинотерапия, заключающаяся в просмотре специально подобранного художественного фильма с его последующим обсуждением [7]. Сеансы кинотерапии вызывают высокую заинтересованность и позволяют успешно решать задачу привлечения проблемных семей к участию в профилактических программах.

Очевидно, что добиться сколько-нибудь значительных результатов возможно, если в деятельности социального центра реализуются различные формы работы с семьей, позволяющие гибко сочетать психологические методы работы и привлекать специалистов разных сфер социальной практики.

Заключение

В основе подавляющего большинства профилактических программ, реализуемых в настоящее время в России, лежит идея психологической коррекции. Нужно найти и затем, в процессе коррекции или психотерапии, устранить или нейтрализовать факторы предрасположенности к употреблению наркотиков. Поэтому основное внимание исследователей проблем наркотизма и наркомании сосредоточено на поиске причин употребления наркотиков. Однако данные *эмпирических* исследований противоречивы по характеру, а причины употребления наркотиков часто путают с их последствиями.

Анализ исследований российских и зарубежных психологов показывает, что на *теоретическом* уровне ни одна концепция возникновения и развития психической зависимости от наркотика не представляется исчерпывающей и убедительной.

Отсутствие целостной психологической концепции наркомании и, прежде всего, ее центрального компонента – психической зависимости – значительно снижает возможности построения эффективных профилактических программ.

Наша идея заключается в том, что предрасположенность к наркотикам возникает после их пробного употребления [10]. Иными словами, мы полагаем, что не важно, *почему* человек попробовал наркотики, гораздо важнее, *почему одни отказываются от их дальнейшего употребления, а другие нет.*

Мы обнаружили, что стремление к наркотикам возникает в том случае, если их употребление снижает уровень генерализованной неудовлетворенности, являющейся фоновой характеристикой жизни индивида.

Генерализованная неудовлетворенность формируется в результате постоянной фрустрации значимых для личности потребностей. Конкретное содержание потребностей осознается недостаточно или совсем не осознается: неудовлетворенность генерализуется и становится фоновой характеристикой жизни. Если в результате пробного употребления наркотика индивид переживает снижение уровня генерализованной неудовлетворенности, у него формируется отношение к наркотику как средству, расширяющему его возможности.

Ретроспективный анализ семейных историй подростков, употребляющих наркотики, показал, что основным источником генерализованной неудовлетворенности является семья.

Особое внимание уделяется анализу эволюции семьи в условиях, когда кто-либо из ее членов употребляет наркотики.

Выделено три стадии эволюции семьи, в которой ребенок употребляет наркотики.

Стадия, на которой семья не знает о том, что ребенок употребляет наркотики, – *стадия латентной наркотизации* – характеризуется наличием подавленного и вытесненного из сознания членов семьи семейного кризиса. Функционирование механизмов защиты на индивидуальном (вытеснение, идентификация) и общесемейном (семейные мифы) уровне приводит к тому, что явные признаки неблагополучия семьи и наркомании ребенка «не замечаются» родителями. На стадии латентной наркотизации подростки прибегают к наркотикам, как к средству ухода от давления семейных конфликтов и других психотравмирующих факторов семейной природы.

Основными факторами семейной природы, повышающими риск приобщения подростков к наркотиками влияющими на прогрессивность наркомании, являются дисфункциональность семейных структур, дисгармония семейного воспитания и личностные особенности родителей. Наибольший риск приобщения к наркотикам имеют подростки, семьи которых могут быть отнесены хотя бы к одному из следующих видов: деструктивная, распадающаяся, неполная или ригидная семья. Показано, что **начало употребления наркотиков подростками из таких семей является попыткой адаптации к условиям жизни**: наркомания на стадии латентной наркотизации повышает адаптированность подростка к микросоциальной среде вне семьи.

Известие об употреблении ребенком наркотиков представляет собой переход к *стадии открытой наркотизации*, которая характеризуется глубокими изменениями, происходящими как на общесемейном, так и на индивидуальном уровнях. На общесемейном уровне складывается особый тип взаимоотношений, обозначаемый термином «созависимость».

Отказ от употребления наркотиков и начало лечения означает переход семьи на *стадию реабилитации и ремиссии*. Данные клинических наблюдений показывают, что ремиссия у наркоманов оказывается более

продолжительной, если в реабилитационный процесс удастся включить всю семью.

Показано, что известие об употреблении подростком наркотика является точкой бифуркации в развитии семейной системы: ее прохождение становится особенно ответственным моментом, поскольку означает либо начало особой «наркоманской» эволюции семьи, либо движение в направлении кризиса.

В работе обоснована приоритетная роль семьи в динамике наркомании, а также приведены результаты изучения динамики созависимости у сибсов наркомана и ее влияние на динамику и прогрессивность наркомании.

Специальный раздел посвящен анализу особенностей формирования созависимости у брачных партнеров наркоманов.

Обсуждается перспектива разработки программ профилактики наркомании на основе развития у детей самоценных форм активности, не связанных с аддиктивным поведением.

В работе последовательно обосновывается положение о том, что, с точки зрения приобщения подростков к наркотикам, отношения между семьей, подростковой группой и макросредой могут быть очерчены следующим образом: источник причин употребления наркотиков – семья, подростковая группа инструментализует процесс приобщения к наркотикам, макросоциальная среда порождает неспецифические условия приобщения к наркотикам.

Литература

1. *Абульханова-Славская К.А.* Стратегия жизни. – М.: Мысль, 1991.
2. *Абшаихова У.А., Сирота Н.А.* Клинико-катамнестическое исследование поведения подростков, больных гашишной наркоманией // Саморазрушающее поведение у подростков. – Л.: Изд-во Ленингр. психоневрологического ин-та, 1991.
3. *Адлер А.* Наука жить. – Киев, 1997.
4. *Адлер А.* Практика и теория индивидуальной психологии. – М.: За экономическую грамотность, 1995.
5. *Алемаскин М.А.* Психологическая характеристика личности подростков-правонарушителей // Вопросы изучения детей с отклонениями в поведении. – М., 1968.
6. *Алмазов Б.Н.* Психическая средовая дезадаптация несовершеннолетних. – Свердловск: Уральский ун-т, 1986.
7. *Ананьев Б.Г.* Избранные психологические труды. Т. 1. – М., 1980.
8. *Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х.* Наркология. – М.: Медицина, 1987.
9. *Багаева Н.В.* О борьбе с вредными привычками в школе // Предупреждение вредных привычек у школьников. – М.: Изд-во АПН СССР, 1986.
10. *Белогуров С.Б.* Наркотики и наркомания. – СПб.: Университетская книга, 1997.
11. *Березин С.В.* Кинотерапия. Материалы к спецкурсу. – Самара: Изд-во СамГУ, 2001.
12. *Березин С.В.* Психокоррекционная деятельность школьного психолога в условиях межличностного конфликта учащихся подросткового возраста. Автореф. дис. канд. психол. наук. – М., 1995.
13. *Березин С.В.* Психологическая коррекция в условиях межличностного конфликта подростков. – Самара, 1995.
14. *Березин С.В., Лисецкий К.С.* К вопросу о профилактике наркомании в ВУЗе. – Самара: Изд-во СИУ, 2001.
15. *Березин С.В., Лисецкий К.С., Мотынга И.А.* Психология ранней наркомании. – Самара, 1997.
16. *Березин С.В., Лисецкий К.С., Назаров Е.А.* Психология наркотической зависимости и созависимости. – М.: МПА, 2001.
17. *Березин С.В., Позняков Н.Л.* Профилактика наркомании в учреждениях исполнения наказания // Преступление и наказание. № 5. 2000.

18. *Берн Э.* Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. – СПб.: МОИМ, 1992.

19. *Берн Э.* Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений; Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы. – СПб.: Лениздат, 1992.

20. *Берн Э.* Секс в человеческой любви. – М.: Московский кадровый центр, 1990.

21. *Берн Э.* Транзактный анализ в группе. – М.: Лабиринт, 1996.

22. *Берн Э.* Транзакционный анализ и психотерапия. – СПб.: Братство, 1992.

23. *Битенский В.С., Личко А.Е.* Исследование мотивации при токсикоманиях у подростков как путь профилактики общественно опасных действий // Профилактика общественно опасных действий у психических больных. – Калуга, 1988.

24. *Битенский В.С., Личко А.Е., Херсонский Б.Г.* Психологические факторы в развитии токсикомании у подростков // Психологический журнал. – Том 12. – 1991.

25. *Битенский В.С., Херсонский Б.Г.* Мотивировка и условия, способствующие злоупотреблению опиатами у подростков // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. – Л., 1989.

26. *Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А.* Наркомании у подростков. – Киев: Здоровье, 1989.

27. *Битти М.* Алкоголик в семье, или Преодоление созависимости. – М.: Физкультура и спорт, 1997.

28. *Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.П.* Практическая патопсихология. – Ростов н/Д: Феникс, 1996.

29. *Боголюбова Т.А.* Наркотизм в России. Состояние и Меры борьбы // Состояние и тенденции насильственной преступности в Российской Федерации. – М., 1993.

30. *Большаков В. Ю.* Психотренинг: (Социодинамика, игры, упражнения). – СПб.: Служба доверия, 1994.

31. *Борохов А.Д., Исаев Д.Д.* Роль социально-психологических факторов в формировании пристрастия к алкоголю и наркотическим веществам у подростков мужского пола // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. – Л.: Изд-во Ленинградского психоневрологического института, 1989.

32. *Братусь В.С., Сидоров П.И.* Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. – М.: Изд-во МГУ, 1984.

33. Бузина Т.С. Феномен «поиска ощущений» и проблема профилактики СПИДа в наркологии // Вопросы наркологии. – № 2. – 1994.
34. Букановская Т. И. Эмоциональное переживание и психологическая защита в структуре синдрома зависимости у больных опийной наркоманией // Вопросы наркологии. – № 3-4. – 1992.
35. Буянов А.М. Феномен взаимозависимости в семьях алкоголиков. – М., 1994.
36. Валентик Ю.В., Зыков О.В., Цетлин М.Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. – М.: Фонд НАМ, 1997.
37. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. – Самара, 1996.
38. Вассерман Л.И., Горьковская И.А., Ромицина Е.Е. Психологическая методика «Подростки о родителях» и ее применение. – М.: Фолиум, 1995.
39. Вдовиченко А.А. Патохарактерологическое исследование подростков, злоупотребляющих токсическими ингалянтами // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. – Л.: Изд-во Ленинградского психоневрологического института, 1989.
40. Виттакер К. Полночные размышления семейного терапевта. – М.: Класс, 1997.
41. Волкова А. П., Трапезникова Т. М. Методические приемы диагностики супружеских отношений // Вопросы психологии. – № 5. – 1985.
42. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: Их статика, динамика, систематика (1933) // Изб. тр. – М.: Медицина, 1964.
43. Генайло С П. Особенности преморбида больных наркоманиями // Журнал невропатол. и психиатр. – № 2. – 1990.
44. Горьковская И.А. Влияние семьи на формирование делинквентности у подростков // Психологический журнал. – № 2. – 1994.
45. Грабовская Н.Г. Роль семьи в предупреждении правонарушений несовершеннолетних // В мире подростка. – М., 1980.
46. Грибакин А.В. Жизненный путь как социально-историческое утверждение человека. – Иркутск: Изд-во Иркутского унта, 1985.
47. Григорович Л.А. Использование опросника «Анализ семейных взаимоотношений» в практике дошкольного психолога // Семейная психология и семейная терапия. – № 2. – 1998.
48. Гришко А.Я. О наркомании среди подростков // Социологические исследования. – № 2. – 1990.

49. *Гулдинг М., Гулдинг Р.* Психотерапия нового решения: Теория и практика. – М.: Независ. фирма «Класс», 1997.
50. *Гульдан В.В., Корсун А.М.* Поиск впечатлений как фактор приобщения подростков к наркотикам // Вопросы наркологии, 1990.
51. *Гульдан В.В., Романова О.Л.* Подросток-наркоман и его окружение // Вопросы психологии. – № 2. – 1993.
52. *Гульдан В.В., Романова О. Л., Корсун А.М., Шведова М.В.* Эмоционально-когнитивный диссонанс в структуре представлений школьников о наркомании и токсикомании // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. – Л.: Изд-во Ленинградского психоневрологического института, 1989.
53. *Гульдан В. В., Шведова М. В.* Психологический анализ мотивообразующих факторов наркотизации подростков // Саморазрушающее поведение у подростков. – Л.: Изд. Ленинградского психоневрологического института, 1991.
54. *Даль В.* Толковый словарь живого великорусского языка. Т. 2. – М., 1881.
55. *Джэйлотт Х.* Родители и дети / Пер. с англ. – М.: Знание, 1986.
56. *Джеймс М., Джонсгард Д.* Рожденные выигрывать. Транзакционный анализ с гештальтупражнениями. – М.: Изд. Группа «Прогресс». «Прогресс-Универс», 1993.
57. *Дурандина А.И., Сирота Н.А., Ялтонский В.М.* Факторы, влияющие на формирование гашишной наркомании в пубертатном и подростково-юношеском возрасте // Вопр. наркологии. – № 1. – 1992.
58. *Елизаров А.М.* Телефон доверия: работа психолога. Консультанта с родителями в ситуации родительско-юношеских конфликтов // Вопр. психологии. – № 3. – 1995.
59. *Жизненный путь личности.* – Киев: Наукова думка, 1987.
60. *Жизнь как творчество.* – Киев: Наукова думка, 1985.
61. *Захаров А.И.* Детские неврозы: психологическая помощь родителей детям. – СПб., 1995.
62. *Захаров А.И.* Как предупредить отклонения в поведении ребенка. – М.: Просвещение, 1993.
63. *Зейгарник Б.В.* Личность и патология деятельности. – М., 1971.
64. *Кесельман Л.Е.* Социальные координаты наркотизма. – СПб.: СПб филиал Института социологии РАН, 1989.

65. *Кириченко А.А.* Психиатрия: Учеб. для мед. институтов. Минск: Высшая школа, 1996.
66. *Клайн П.* Справочное руководство по конструированию тестов. Киев: «ПАН Лтд», 1994.
67. *Коломеец А.А.* Об этиологических факторах наркоманий // *Вопр. наркологии.* – № 1. – 1989.
68. *Кон И.С.* В поисках себя. – М.: Политическая литература, 1984.
69. *Кон И.С.* Возрастные категории в науках о человеке и обществе // *Социологические исследования.* – № 3. – 1978.
70. *Кондрашенко В.Т.* Девиантное поведение у подростков. – Минск: Беларусь, 1988.
71. *Копыт Н.Я., Сидоров П.И.* Профилактика алкоголизма. – М.: Медицина, 1986.
72. *Культура жизни личности.* – Киев, 1988.
73. *Курек Н.С.* Нарушение целенаправленной активности у больных опийной наркоманией // *Психол. журнал.* – № 4. – Т. 14. – 1993.
74. *Курек Н.С.* Особенности экспрессивно-импрессивного аспекта эмоциональной сферы больных наркоманией // *Журнал невропатологии и психиатрии.* – № 2. – 1991.
75. *Курек Н.С.* Особенности эмоционального общения подростков, больных токсикоманией, с родителями // *Вопр. наркологии.* – № 1. – 1992.
76. *Курек Н.С.* Эмоциональное общение матери и дочери как фактор формирования аддиктивного поведения в подростковом возрасте // *Вопр. психологии.* – № 2. – 1997.
77. *Ласточкин В.А., Якушев А.Н.* Педагогические основы формирования трезвого образа жизни старшеклассников // *Предупреждение вредных привычек у школьников.* – М.: Изд-во АПН СССР, 1990.
78. *Латышев Г.В., Бережная М.А., Речное Д.Д.* Организация мероприятий по профилактике наркомании: Методические рекомендации для педагогических коллективов школ, работников подростковых клубов и социальных педагогов. – М.: Медицина, 1991.
79. *Либих С.С., Петров В.П.* Социально-психологические проблемы современной семьи. – Л., 1979.
80. *Лисецкий К.С.* Система психоактивной профилактики наркомании и реабилитации наркозависимых / *Научный доклад на Первой Международной конференции «Спасение молодежи от наркомании» в Самаре.* – Самара, 1996.

81. *Лисецкий К.С.* Психология межличностного конфликта в старшем школьном возрасте. – Самара, 1995.
82. *Лисецкий К.С., Мотынга И.А.* Психология и профилактика ранней наркомании. – Самара, 1996.
83. *Личко А.Е.* Наркотизм (употребление наркотиков) и подростковая наркомания. Психопатия и акцентуации характера у подростков. – Л., 1977.
84. *Личко А.Е., Битенский В.С.* Подростковая наркомания. – Л.: Медицина, 1991.
85. *Личко А.Е.* Основные типы нарушения поведения у подростков // Патологические нарушения поведения у подростков. – Л., 1973.
86. *Личко А.Е.* Психопатия и акцентуация характера у подростков. – Л.: Медицина, 1983.
87. *Логина Н.А.* Развитие личности и ее жизненный путь // Принцип развития в психологии. – М.: Наука, 1978.
88. *Лукачер Г.Я., Макшанцева Н.В.* Особенности формирования наркоманий и токсикоманий у подростков // Журн. невропатологии и психиатрии. – Вып. 9. – 1988.
89. *Магомедов Н.М.* Методология и методика свободного воспитания. – Самара, 1995.
90. *Максимова Н.Ю.* О склонности подростков к аддиктивному поведению // Психол. журнал. – № 3. – Т. 17. – 1996.
91. *Меньшикова Е.С.* Жестокое обращение с детьми и его возможные отдаленные последствия // Психол. журнал. – № 6. – Т. 14. – 1993.
92. *Милушева Г.А., Найденова Н. Г.* О роли микросоциальных факторов в возникновении девиантного поведения у подростков с ранними формами злоупотребления токсикоманическими веществами и алкоголем // Вопр. наркологии. – № 3-4. – 1992.
93. *Миславский Ю. А.* Саморегуляция и активность личности в подростковом и юношеском возрасте. – М.: Педагогика, 1991.
94. *Москаленко В.Д.* Жены больных алкоголизмом // Вопр психологии. – № 5. – 1991.
95. Наркология / Пер. с англ. – М.: Бином; – СПб.: Невский диалект, 1998.
96. Научно-методические основы первичной профилактики детской наркомании: Для работников центров социальной помощи семье и детям. – М.: Государственный НИИ семьи и воспитания, 2000.

97. Немов *Р.С.* Психология образования. – М.: Просвещение: Владос, 1994.
98. *Носачев Г.Н.* Направления, виды, методы и техники психотерапии. – В 2 т. – Самара: Парус, 1998.
99. *Носачев Г.Н., Павлов В.В.* Общение с пациентом. – Самара, 2000.
100. *Ожегов С.И.* Словарь русского языка. – М.: Русский язык, 1990.
101. Опыт построения модели системы профилактики молодежной наркомании в г. Муравленко. – Самара: Изд-во СамГУ, 1998.
102. Педагогика и психология: точки роста и интеграции. – Самара: Изд-во СамГУ, 1999.
103. *Петровский В.А.* К пониманию личности в психологии // Вопросы психологии. – № 2. – 1981.
104. *Петровский В.А.* Личность в психологии: парадигма субъектности. – Ростов н/Д: Феникс, 1996.
105. *Петровский В.А.* Психология неадаптивной активности. Российский открытый университет. – М.: ТОО «Горбунок», 1992.
106. *Петровский В.А.* Феномены субъектности в развитии личности. – Самара, 1997.
107. *Петровский А.В., Ярошевский М.Г.* Краткий психологический словарь. – М.: Просвещение, 1985.
108. Подростки и наркотики. Опыт исследования проблемы в школах Ульяновска: Социологический очерк / Под ред. Е.А. Омельченко. – Ульяновск: УлГУ, 1999.
109. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого, И.Б. Орешниковой. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2000.
110. Профилактика злоупотребления психоактивными веществами и борьба с ним / Под ред. М. Госсон, М. Грант. – М. Медицина, 1993.
111. *Проценко Е.Н.* «Анонимные алкоголики»: шаги к свободе // Человек. – № 6. – 1994.
112. Психологическая реабилитация детей-подростков. / Под ред. И.В. Дубровиной. – Калуга, 1994.
113. Психологические исследования и психотерапия в наркологии. – Л.: Изд-во Ленинградского психоневрологического института, 1989.
114. Психологические особенности наркоманов периода взросления (Опыт комплексного экспериментально-психологического исследова-

ния) / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. – Самара: Изд-во СамГУ, 1998.

115. Психология: Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М.: Политиздат, 1990.

116. Психология воспитания: Пособие для методистов дошкольного, начального школьного образования, преподавателей и психологов / Под ред. В.А. Петровского. – М.: Аспект Пресс, 1995.

117. Психология личности и образ жизни. – М.: Наука, 1987.

118. Психология развивающейся личности / Под ред. А.В. Петровского. – М.: Педагогика, 1987.

119. Психология формирования и развития личности. – М.: Наука, 1981.

120. Пути и методы предупреждения подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого, И.Б. Орешниковой. – Самара: Изд-во СамГУ, 1999.

121. *Пятницкая И.Н.* Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. – М.: Медицина, 1988.

122. *Пятницкая И.Н.* Клиническая наркология. – Л.: Медицина, 1994.

123. *Пятницкая И.Н.* Наркомании. – Л.: Медицина, 1994.

124. *Радченко А.Ф., Рохлина М. Л.* Семьи больных наркоманиями // Журнал невропатологии и психиатрии. – № 2. – 1990.

125. *Райгородский Д.Я.* Теории личности в западноевропейской и американской психологии. Хрестоматия по психологии личности. – Самара: Изд. дом «Бахрах», 1996.

126. *Раттер М.* Помощь трудным детям / Пер. с англ. / Под общ. ред. А.С. Спиваковской. – М.: Прогресс, 1987.

127. *Реан А.А.* Локус контроля делинквентной личности // Психол. журнал. – № 2. – 1994.

128. *Резник В.А.* Некоторые практические аспекты групповой психотерапии при токсикоманическом поведении у подростков // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. – Л., 1989.

129. *Ремшмидт Х.* Подростковый и юношеский возраст: Проблемы становления личности. – М.: Мир, 1994.

130. *Розин М.В.* Психология судьбы: программирование или творчество // Вопр. психол. – № 1-2. – 1992.

131. *Рубинштейн С.Л.* Проблемы общей психологии. – М., 1976.

132. *Савонько Е.И.* Возрастные особенности соотношения ориентации на самооценку и на оценку другими людьми // Изучение мотивации поведения детей и подростков. – М., 1972.
133. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности. – Л.: Наука, 1979.
134. *Свядоц А.М.* Неврозы. – М., 1982.
135. Семейная психотерапия при нервных психических заболеваниях / Под ред. В.К. Мягер, В.А. Зачепиского. – Л.: Изд-во Ленинградского психоневрологического института, 1978.
136. Семья в психологической консультации / Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. – М.: Педагогика, 1989.
137. *Сермягина О.С.* Эмоциональное отношение в семье / Социально-психологическое исследование. – Кишинев: Штиинца, 1991.
138. *Сидоренко Е.В.* Математические методы в практической психологии // Журнал практического психолога. – №3. – 1999.
139. *Сидоренко Е.В.* Методы математической обработки в психологии. – СПб.: Социально-психологический центр, 1996.
140. Словарь психиатрических и относящихся к психологическому здоровью терминов. – М.: Медицина, 1991.
141. *Смирнов В.К., Нечипоренко В.В., Бердник К.П.* Некоторые подходы к пониманию аспектов формирования наркомании // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. – Л.: Изд-во Ленинградского психоневрологического института, 1989.
142. *Смирнова Е. О.* Психология ребенка. – М., 1997.
143. *Смит Э.* Внуки алкоголиков: Проблемы взаимозависимости в семье. – М.: Просвещение, 1991.
144. *Собчик Л.И.* Метод портретных выборов. – М., 1993.
145. *Соколова Е. Т.* Самосознание и самооценка при аномалиях личности. – М.: Изд-во МГУ, 1989.
146. *Соколова Е.Т.* Проективные методы исследования личности. – М.: Изд-во МГУ, 1980.
147. Стиль жизни личности. Теоретические и методологические проблемы. – Киев: Наукова думка, 1982.
148. *Стюарт Я.* Современный транзактный анализ. – СПб., 1995.
149. *Стюарт Я., Джойнс В.* Современный транзактный анализ. – СПб.: Социально-психологический центр, 1996.

150. Теории личности в западно-европейской и американской психологии. – Самара: Изд. дом «Бахрах», 1996.

151. *Терентьева А.В.* Особенности развития ребенка в алкогольной семье и возможности реабилитационной работы // Семейная психология и семейная терапия. – № 3. – 1998.

152. Учимся общаться с ребенком: Руководство для воспитателя детского сада / Под ред. В.А. Петровский, А.М. Виноградова, Л.М. Кларина и др. – М.: Просвещение, 1993.

153. *Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Роберте Д. Х., Хейман С.* Наркология / Пер. с англ. – М.: Бином; – СПб.: Невский диалект, 1998.

154. *Фромм Э.* Бегство от свободы. – М.: Прогресс, 1995.

155. *Харрис Томас А.* Я о'кей – вы о'кей. – Красноярск: Фонд ментального здоровья, 1993.

156. *Хорни К.* Невротическая личность в наше время. – Новосибирск, 1982.

157. Хрестоматия по возрастной психологии / Под ред. Д. И. Фельдштейна. – М.: Международная педагогическая академия, 1994.

158. *Цукерман Г.А., Мастеров Б.М.* Психология саморазвития. – М.: Интерфакс, 1995.

159. *Черников А.В.* Интегративная модель системной семейной психотерапевтической диагностики. – М., 1997.

160. *Чеснова И.Г.* Межличностные отношения в семье как фактор формирования эмоционально-ценностного самоотношения подростка: Автореф, дис. ... канд. психол. наук. – М., 1987.

161. *Шабанов В. Л.* Руководство по наркологии. – СПб.: Издательство «Лань», 1998.

162. *Шапатина О.В.* Согласование родительских позиций, как условие развития личности ребенка в семье. Автореферат дис. канд. психол. наук. – М., 2001.

163. *Шеин С.А., Чугунова Т.Л.* Возможности психологической диагностики и коррекции подростково-юношеской наркомании // Предупреждение наркомании и токсикомании несовершеннолетних. – Минск, 1987.

164. *Шихирев П.Н.* От терапии личности к терапии социальной среды: эволюция подходов к решению проблемы алкоголизма в США // Психол. журнал. – № 5. – Т. 8. – 1987.

165. *Эйдемиллер Э.Г.* Методы семейной диагностики и психотерапии. – М.: «Фолиум», 1996. – 63 с.

166. *Эйдемиллер Э.Г., Кулаков С.А.* Групповая терапия при пограничных нервно-психических заболеваниях у подростков: Основные принципы и опыт применения // Журнал невропатологии и психиатрии. – № 5. – 1990.

167. *Эйдемиллер Э.Г., Кулаков С.А., Черемисин О.В.* Исследование образа «Я» у подростков с аддиктивным поведением // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. – Л.: Изд-во Ленинградского психоневрологического института, 1989.

168. *Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В.* Семейная психотерапия. – Л.: Медицина, 1990.

169. *Эйдемиллер Э.Г., Кулаков С.А., Черемисин О.В.* Саморазрушающее поведение у подростков: пути исследования, проблемы и разработка методов психотерапии // Саморазрушающее поведение у подростков. – Л.: Изд-во Ленинградского психоневрологического института, 1991.

170. Энциклопедия преступлений и катастроф // Наркотики и яды. – Минск, 1996.

171. *Эриксон Э.* Детство и общество. – СПб., 1996.

172. *Эриксон Э.* Идентичность: юность и кризис. – М., 1996.

173. *Юнг К.Г.* Проблемы души нашего времени / Пер. с нем. – М.: Прогресс, Универс, 1993.

174. *Юнг К.Г.* Структура психики и процесс индивидуализации. – М.: Наука, 1996.

175. *Ялтонский В.М., Сирота Н.А.* Проксемическое поведение при злоупотреблении гашишем и гашишной наркомании у подростков // Саморазрушающее поведение у подростков. – Л.: Изд-во Ленинградского психоневрологического института, 1991.

176. *Budzinski W.* Somoocena realizowania wastosel a motywaija do leczenia siez nalozu u osol uzaleznionych od heroine // Ann. Acad. Med gelan. – 1993. – V. 23.

177. *Burdges E., Locke H. J.* The family. – 2-nd ed. – N. J. Beck, 1960.

178. *Caputo K.* Volatile substance misuse In children and youth: A consideration of theories // Int. J. Addict. – 1993. – V. 28. – № 10.

179. *Cohen P.* Contra il trattamento della dipendenza da eroina/ Quadernu Piacintini, Milano, 1984.

180. *Cohen S.* Overdiagnosis of schisophrenia: Role of alcohol and drug misuse // Lancet. – 1995. – № 8989.

181. *D'Elio M., O'Brien R.* Early adolescents substance use and life stress: concurrent and prospective relationships // *Substance Use and Misuse.* – 1996. – V. 31. – № 7.

182. *Demto R.* A longitudinal study of the predictors of the adkerse effects of alcohol and marihuana / Hashish use among a cohort of high risk youth's // *Int. J. Addict.* – 1993. – V. 28. – № 11.

183. *Easthope G.* Perceptions of the cases of drug use series of articles in international journal of the addictions // *Int. J. Addict.* – 1993. – V. 28. – № 6.

184. *Esbensen F., Elliott D.* Continuity and discontinuity in illicit drug use: Patterns and antecedents // *J. Drug. Issue* – 1994. – V. 24. – № 1-2.

185. *Fenichel O.* Impulse neuroses and addictions // Fenichel O. *The psycho-analytic theory of neurosis.* – London, 1946.

186. *Freud S.* *Triebe und Triebchicksale.* – 1915.

187. *Glover E.* Alcoholism and drug addiction // *Glover E.: The technique of psychoanalysis.* – 1963.

188. *Hargreaves D. H.* *Social Relations in a Secondary School,* Routledge & Kegan Paul, – 1967.

189. *Mines A., Shaw G.* Intensive thoughts, sensation seeking, and drug use in college students // *Bull. Psychonorn. Soc.* – 1993. – V.31. – № 6.

190. *Johnson B.* A developmental model of addictions it's relation ships to the twelve step program of alcoholics anonymous // *J. Subst. AduseTreat.* – 1993. – V. 10. – № 1.

191. *Keats J.* Letters, 32, To G. and T. Keats 21 Dec. 1817 *Letters of John Keats.* – London: Oxford University Press, 1994.

192. *King S., Beats S., Manson S.* A structural aquation model of factors related to substanse use among am[^]rican Indian adolescents // *Drugs and Soc.* – 1992. – V. 6. – № 3-4.

193. *Lesswing N., Dougherty R.* Psychopathology in alcohol and cocaine – dependent patients: A comparison of findings from psychological testing // *J. Subst. Abuse Treat.* – 1993. – V. 10. – № 1.

194. *Nelss R.* The role of psychobiological states is chemical depend-ency: Who becomes addicted // *Addiction.* – 1993. – V. 88. – № 6.

195. *Noble P., Hart T., Nation R.* Correlates and outcome of illicit drug use by adolescent // *Brit. J. Psychiatr.* – 1972. – V. 120. – №5.

196. *Nurco D., Batter M.* Vulnerability to narcotic addiction: findings // *J. Drug. Issue.* – 1994. – V. 24. – № 1-2.

197. *Overall J.* MMPI personality pattern of alcoholics and narcotic addicts // *Quart J. Study Alcohol.* – 1973. – V. 34.

198. *Robbins E. S.* College student drug use // *Amer. J. Psychiatr.* – 1970. – V. 126. – № 12.

199. *Scale V., Conner M.* Health risk perception and ecstasy use. / 7 *Proc. Brit. Psychol. Soc.* – 1997. – V. 5. – № 1.

200. *Schroeder D.* Is there a relationship between self-esteem and drug use? // *J. Drug. Issue.* – 1993. – V. 23. – № 4.

201. *Sherlock K.* An investigation into social, psychological and health related aspects of ecstasy use // *Proc. Brit. Psychol. Soc.* – 1995. – V. 3. – № 1.

202. *Tich R.* Kids are special. USA, California. 1986.

203. The co-founders of Alcoholics Anonymous. Biographical sketches & their last major talks // *A Word Service Inc., New York, 1984.*

204. *Tommasello A., Tyler E.* Psychosocial correlated of drug use Latino youth leading autonomous lives // *Int. J. Addict.* – 1993. – V. 28. – № 5.

205. *Wada K. Fukui S.* Prevalence of volatile solvent inhalation among junior high school students in Japan and background life style of users // *Addiction.* – 1993. – V. 88. – № 1.

Приложение

Первичный прием матери наркомана: стенограмма и анализ

Предлагаемая читателю запись первичного приема матери больного наркоманией была сделана в 1998 году в реабилитационно-профилактическом центре «Второе Рождение». На протяжении нескольких лет на базе этого центра сотрудники психологического факультета СамГУ (К.С. Лисецкий, А.Э.Березовский, Р. Саакян, автор этих строк), а также студенты-психологи вели интенсивную профилактическую, реабилитационную и научно-исследовательскую работу. Результатом практической и научной деятельности коллектива психологов и психотерапевтов стали несколько монографий по проблемам профилактики наркотизма и реабилитации больных наркоманией и членов их семей, а также высоко эффективные коррекционные и психотерапевтические технологии работы с зависимыми и созависимыми. Большое внимание в деятельности центра отводилось вопросам подготовки и переподготовки специалистов различного профиля к работе с зависимыми и созависимыми. Разработанные специалистами центра образовательные технологии легли в основу обучающих программ и семинаров. Для нужд профессиональной подготовки и переподготовки, в основном, и делались записи коррекционных и терапевтических сессий.

Приведенная запись первичного приема матери больного наркоманией интересна тем, что в репликах, монологах и реакциях клиента отражены практически все наиболее важные характеристики и проявления созависимости. Типичные для созависимых неуверенность, страх, чувство вины, поляризованность сознания, ненависть, склонность к радикализму отражаются не только в том, *что* говорит клиент, но и в том, *как* она это говорит. Порой кажется, что перед нами два совершенно разных человека, иногда возникает ощущение, что слова, произносимые клиентом, являются фрагментами многократно произнесенного и почти заученного наизусть текста. Типична и история, рассказанная матерью наркомана, как типично и то, что на прием пришла именно она, а не муж или родительская пара.

Параллельно с диалогом психолога и клиента мы приводили его комментарии. Понятно, что в зависимости от профессиональной позиции, представления о природе и сущности наркомании и созависимости интерпретация этого диалога может быть различной. То, что кажется сильным ходом психолога автору этих строк, может показаться читателю слабым, неэффективным или необоснованным профессиональным действием. Таким образом, читатель может не только познакомиться с теми или иными проявлениями созависимости, но и вступить в полемику с автором комментария по поводу их интерпретации, а также интерпретации действий психолога.

Клиент (К): Здравствуйте...	
Психолог (П): Здравствуйте, проходите... садитесь, пожалуйста.	
К: Извините, пожалуйста, что отрываю вас от работы...	Фраза, которая является вербальным маркером чувства вины и, одновременно, проявлением психологической защиты – снижение значимости проблемы.
П: ?! К: У Вас, наверное, и без меня работы хватает, а тут я со своими проблемами...	Максимально неопределенный невербальный ответ психолога создает условия для более выраженного проявления у клиента чувства вины и защиты. Здесь же скрытая просьба о помощи.
П: Что-то ... я... э-э...	Также неопределенный, но эмоционально теплый, поддерживающий ответ, переключающий К с чувства вины и самооправдания на прояснение предмета консультации.
К: Просто я уже не знаю... я ничего не понимаю, что происходит... Беда какая-то...	Фраза, в которой проявляется воспитательная неуверенность и склонность к аффектам, характерная для матерей наркоманов.
П: Я Вас слушаю. Что Вас ко мне привело?	В работе с созависимыми очень важно удерживать отношения «Взрослый – Взрослый», возвращая К в рефлексивную позицию. Стандартное обращение к К .
К: (пауза) Мы колемся...	Здесь пауза вызвана фрустрацией потребности в общении типа «Дитя – Родитель» и необходимостью реагировать из Взрослого. Фраза «Мы колемся» отражает типичную для созависимых размытость границ «Я» и неопределенность самоидентичности.
П: Вы и ...	Здесь П стремится отделить проблему наркомана от проблем его родителей.
К: Да нет, мой сын!	Эмоциональная вспышка вызвана необходимостью разделения ответственности.
П: Вы говорите: «Мы колемся...» (акцентировано на «Мы»)	Фраза П ведет к усилению фрустрации.
К: (пауза) Ну... я уже не знаю, где он, где я... так-то он, конечно... (пауза) ...Я – мать наркомана	Очень важная фраза К , отражающая начало разделения в сознании себя и сына, а с другой стороны, точно выражающая характер отношений в диаде «Мать – сын». Пауза маркирует осознание своего места в семейной ситуации и своей семейной роли.
П: Ваш сын наркоман... (с акцентом на «сын»)	П предлагает К принять наркоманию сына как исходную данность и развести ответственность между ними.
К: Я уже не знаю: как жить, что делать, чем помочь... Помогите разобраться... За что? Почему? Может, мы что-то делаем не так? Что же я сделала не так? Что упустила? Где потеряла? Что еще могу исправить?	Защитное соскальзывание, проявление страха принятия того, что сын наркоман. Для матерей наркоманов типичны бессмысленные поиск причин и возможных просчетов. Обращенность сознания в прошлое снижает напряженность отношений в настоящем. Здесь

<p>Эти вопросы замучали... по ночам беспокойные сны... покоя нет ни днем, ни ночью. Чтобы попытаться найти ответы, я и пришла... Я в отчаянье, что я могу сделать? Не знаю, но чувствую, что это для меня очень важно...</p>	<p>велика опасность «пойти на поводу» у К и пуститься в поиск возможных причин. Возможный зачин игры «Психоанализ».</p>
<p>П: Я не уверен, что Вам станет легче... Я себе такой задачи не ставлю... Может быть, будете лучше понимать, что происходит.</p>	<p>Психологу важно сохранить отношения «Взрослый – Взрослый», сразу определить предмет консультации, а также распределение ответственности за ее исход и эффективность.</p>
<p>К: ?! (пауза) А от кого это зависит?..</p>	<p>Здесь К избегает принятия ответственности за свои действия, характерная позиция для матерей наркоманов.</p>
<p>П: От Вас...</p>	<p>Фраза возвращает К ответственность за эффективность консультации и очерчивает предмет общения.</p>
<p>К: От меня... (плачет) (пауза) А от него?</p>	<p>Здесь плач и пауза вызваны необходимостью отказа от привычного созависимого типа поведения. К соскальзывает в привычную позицию делегирования ответственности. К отрицает проблему в себе, усматривая ее только в наркомании сына.</p>
<p>П: То, что происходит с ним – от него..., то, что происходит с Вами – от Вас</p>	<p>Психолог в очередной раз показывает, что он не намерен оправдывать ожидания К и действовать в соответствии с заготовленной для него схемой.</p>
<p>К: Я... я догадывалась... были у меня подозрения, но я не хотела верить! А тут... куда пойдешь с этим? Нужно, чтобы посторонние не узнали... Я постаралась сама...</p>	<p>К избегает принятия ответственности и соскальзывает на привычный и хорошо освоенный монолог, цель которого – вызвать Родительскую реакцию (жалость или порицание) собеседника. В этой фразе – типичное проявление вытеснения, характерного для семей наркоманов на латентной стадии наркотизации.</p>
<p>К: Я консультировалась по телефону, читала книги по наркозависимости, но мнения были противоречивы. А сердцу неспокойно. Я поделилась с подругами и родственниками своими подозрениями. Они сказали, что у меня хороший сын, а я сошла с ума и извожу его своими подозрениями. Я пошла на консультацию к психологу по наркозависимостям (одновременно и своему личному консультанту). «Оставь сына в покое. Да, он, похоже, покуривает травку, но это не страшно, к ней не привыкают. Покури с ним сама, может лучше его</p>	<p>Сообщения о фактической бесполезности книг по наркологии и некомпетентности «консультанта по наркозависимостям» в данном контексте, с одной стороны, – проявление оскорблений, характерных для семей наркоманов, а с другой – манипуляция, цель которой – вызвать у психолога чувство вины и спровоцировать его к «выгодной» для К стратегии консультирования. Феномен веры здесь выполняет выраженную защитную функцию. С другой стороны, «я поверила...» приводит к тому, что часть реальности, вызывающая опасения и психическое напряжение, просто игнорируется.</p>

поймешь». Я не то, чтобы успокоилась, но... Я поверила...	
П: То есть, есть разница между тем, что есть и тем, во что Вы верите?	Этой фразой психолог пытается вернуть К к реальности. Фраза, неожиданно для К показывающая иллюзорность ее надежд и невозможность «спрятаться» за веру.
К (неуверенно): Да... получается... да	Неуверенность и замешательство К свидетельствуют об осознании и эффективности действий психолога. Пауза здесь способствует закреплению осознания у К .
П (пауза): Как Вы узнали, что Ваш сын – наркоман?	Слабый ход. Психолог теряет очень перспективную возможность для дальнейшей интервенции. Здесь кроется опасность игры «Анамнез». Не исключено, что психолог просто не был готов к реакции К и поэтому «прячется» за сбором информации.
К: Кажется, я ко всему привыкла и уже не боюсь ничего, но слышать о сыне – «наркоман»... Не помещается это в голове...	Здесь К сообщает о механизмах защиты по типу отрицания и вытеснения.
Как узнала? Телефонный звонок. Я в каком-то жутком предчувствии хватаю трубку и слышу голос сестры, словно издалека: «Оля, ты была права. Максим – наркоман, я все узнала. Твои предположения подтвердились, только правда еще хуже, чем ты думаешь. Он не курит марихуану, он колет героин. Но ты не расстраивайся...» Она еще что-то говорит, но я ничего не слышу. Меня как будто парализовало, я не могу пошевелиться, сердце бешено отстукивает: «героин, героин» – 150 ударов в минуту. Надо что-то делать, срочно предпринять, бежать, звонить! Кому?! Куда?! Трясущейся рукой набираю телефон мужа – трубка отключена. Тогда звоню первому мужу, отцу Максима...	Если для латентной стадии наркотизации характерны вытеснение и игнорирование информации, то момент обнаружения факта наркотизации у ребенка практически всегда вызывают аффективный всплеск и стремление немедленно что-то делать, что ведет к хаотичным и часто неэффективным поступкам и реакциям.
- Алло, это я – я задыхаюсь, пропадает голос, заикаясь, что-то объясняю. Он ничего не понимает. Он мне: - Ты, что, пьяная? Что случилось? Я начинаю рыдать и, наконец, сквозь слезы произношу шепотом: - Твой сын – наркоман. Я тебя предупреждала, я была права, я была права...	Типичная реакция для матерей наркоманов: обвинить биологического отца и делегировать ему ответственность. Эмоциональность, с какой обычно это делается, направлена на то, чтобы вызвать у бывшего мужа чувство вины.
П: Вы говорили об этом Вашему бывшему мужу...	Ситуация, когда супруги в разводе, но биологический отец участвует в жизни семьи – достаточно типичны для наркоманов. Здесь

	психолог пытается понять степень такого участия.
К: Да... я догадывалась... Я думала, может он что-то сделает...	Признание фактической воспитательной несостоятельности семьи.
П: А Ваш муж?	Вопрос, направленный на диагностику семейной ситуации. Открытая форма вопроса побуждает К высказываться о наиболее важном.
К: Но он же ему чужой! Как же он моего сына будет воспитывать?	Фраза, свидетельствующая о существовании семейной подсистемы «Мать – сын». Возможны симбиотические отношения с сыном. Отчим на периферии семейной системы. Характерная для «наркоманских» семей ситуация. Двусмысленность фразы позволяет психологу реализовать прямой вопрос (интервенция).
П: Вам было бы легче, если бы Максимом занялся его отец?	Вопрос, раскрывающий для К двойственность ее отношений с сыном: с одной стороны – тесные отношения с ним, с другой – стремление избавиться от него.
К: ...Ну.. да нет... но ...Да! У нас с мужем если портились отношения – из-за Максима.	Констатация типичного для данного типа семей феномена: сын между матерью и отчимом.
И потом, я просто испугалась: если что, что я скажу его отцу?..	Эта фраза говорит о незавершенности отношений К с ее бывшим мужем и ее эмоциональной зависимости от отношений с ним. Опасность обсуждения этой темы приводит к соскальзыванию на обсуждение проблем подруги К : о чужом говорить безопаснее.
Тут у нас у сотрудницы умер сын... на лестничной клетке, не дойдя до своей квартиры. От передозировки наркотиков. Ему было всего 20 лет.	Фобия утраты является одной из основных составляющих Синдрома Родительской реакции на наркотизацию (СРРН).
П: Вы боитесь возможных упреков с его стороны?	Слабый ход. Психолог спрашивает об очевидном. Позитивный смысл этого вопроса заключается в том, чтобы обратить внимание К на деструктивное влияние ее страхов и продиктованных ими поступков.
К: Тогда боялась... Да сейчас тоже боюсь... И от людей стыдно...	Стыд, как и страх типичен для матерей наркоманов. Осознание их негативного влияния на семейные отношения – важный шаг в преодолении созависимости.
П: Правильно ли я Вас понял: Вы очень боитесь реакции тех, кто Вас окружает?	Задавая этот вопрос об очевидном, психолог расширяет круг тех лиц, чьих реакций боится клиент, и одновременно формирует «Да-реакцию» с помощью Парафразы (Правильно ли я Вас понял...).
К: Да...	В данном случае, согласие К – это запрограммированная реакция.

<p>П: Как Вы думаете, чего Вы боитесь на самом деле?</p>	<p>Это вопрос психолога, обращенный к Взрослому К звучит слишком рано! К не готов к осознанию реальных причин своих страхов. К испуган. Вопрос имеет скрытый подтекст.</p>
<p>К: Я... ну... это... Я не знаю...</p>	<p>К в замешательстве</p>
<p>П: Я знаю, что Вы не знаете, а что будет, если узнаете?</p>	<p>Этот вопрос психолога не подготовлен. Поскольку К напуган, он соскальзывает на безопасный для себя рассказ о сыне сотрудницы.</p>
<p>К: Я боюсь... Его мать тоже отказывалась верить, что ее «солнышко», ее «милый мальчик», дорогой, любимый, единственный – наркоман. В последнее время он очень хотел жить, хотел лечиться, все время говорил об этом. Бесконечные хождения по врачам ни к чему не привели. Ломка, лечение, 2-3 дня воздержания, и все сначала.</p>	<p>В этой части рассказа отражена типичная для наркомании игра «Хочу жить...», суть которой в том, что наркоман заявляет и твердит о желании лечиться, тем самым усыпляя бдительность родителей и продолжая употреблять наркотики.</p>
<p>А начиналось все, как у всех. Он говорил, что ему дали попробовать на дискотеке «экстази». Сказали: «Не бойся, будет легко и радостно, танцевать будешь лучше всех, и все девчонки будут твои». И он, хороший мальчик из интеллигентной семьи, побоялся прослыть трусом.</p>	<p>Очень распространенный миф, поддерживаемый и наркоманами, и их родителями. Миф, облегчающий делегирование ответственности за наркотизацию «коварной наркомафии».</p>
<p>Жизнь без сына для нее стала кошмаром: прошел год, а она все искала его и не верила в его смерть. Муж замкнулся в себе, она чувствовала свою вину и не находила себе покоя. Ведь это она, отчаявшись бороться в одиночку, в страшные дни ломки, продавала последнее, покупала наркотик и колола сыну, лишь бы он остался жить. Она пришла ко мне в отчаянии, пришла за помощью, так как мы были подруги, обо всем рассказала... (пауза)</p>	<p>Характерное и крайне опасное поведение матерей наркоманов. Фактически, матери превращаются в соучастниц наркотрафика. Чувство вины за это ведет к еще большей утрате адекватности в поведении и действиях.</p>
<p>Тогда я боялась поверить в то, что мой сын – наркоман.</p>	<p>Характерное для стадии латентной наркотизации поведение родителей: опасность вытеснения.</p>
<p>Однажды я завела с ним разговор о наркомании. Он оказался просвещен в этом вопросе лучше меня. Читал, смотрел передачи, как оказалось, и пробовал. Но это я узнала позже. Мне же он говорил:</p>	<p>В подавляющем большинстве случаев дети осведомлены о проблемах наркомании лучше, чем их родители.</p>
<p>«Да, мама, кругом одни наркоманы. Но я же не дурак, я никогда им не стану. Я люблю тебя, люблю жизнь, хочу хорошо жить и хорошо зарабатывать. У меня своя голова на плечах»</p>	<p>Одна из наиболее опасных предпосылок наркотизации: уверенность подростка в том, что он полностью способен контролировать ситуацию. Очень важной здесь является фраза «хорошо жить и хорошо зарабатывать». Нар-</p>

	котики в молодежной среде часто воспринимаются как атрибут «хорошей» жизни. Сказанное К позволяет выдвинуть гипотезу о неадекватной самооценке у подростка и о наличии у него завышенного уровня притязаний.
У него не было от меня секретов, а у меня от него. Мы везде были вместе... Я старалась все про него знать...	Стремление контролировать жизнь сына может быть вызвано либо ухудшением отношений с мужем, либо подозрениями на употребление наркотиков. На проверку этой гипотезы направлен следующий вопрос психолога.
П: А ваш муж...	Диагностически ориентированный вопрос.
К: Он? А что муж... это же мой сын...	Ответ, проясняющий «семейный смысл» наркомании: подросток таким образом укрепляет коалицию с матерью либо освобождается от отношений с ней.
П: То есть, найдя себе мужа, Вы так и не позволили ему стать отцом Вашему сыну?	Интерпретация психолога (как терапевтическая техника).
К: Ну... (пауза) Да (устало), я боялась, что он будет с ним ... не очень... ну... слишком строг... Я... (пауза)	Ответ К показывает, что интерпретация психолога верна и принимается клиентом.
Я замечала, что чем сильнее я занимаюсь сыном, тем хуже становились мои отношения с мужем... Но (поспешно) мне сын дороже всего!	Поспешность, с которой произносятся слова «мне сын дороже всего», показывает вытеснение непринятия его. На самом деле он воспринимается ею как помеха. И таким образом его наркомания – способ привязать к себе мать, а ее активность по спасению сына – компенсация чувства вины за ненависть к нему. Эта ненависть вызвана его нежеланием принимать тот тип отношений, который предлагает мать; наркомания может быть направлена на то, чтобы освободиться от этих отношений и одновременно привязать к себе мать.
Я хотела, чтобы наши отношения с сыном всегда были такими... Но...	
Постепенно его характер стал изменяться, он становился беспричинно злым, ворчал, вспыхивал, как спичка, по пустякам, вечно был чем-то недоволен. Особенно был недоволен тем, что я даю ему мало денег на дискотеки и одежду. Изменения в характере я списывала на подростковый возраст. Деньги давала в разумных пределах. Но постепенно они стали исчезать, а он всегда находил уважительную причину. То потерял, то отняли, то «кинули». Я стала замечать	Здесь описано типичное для стадии латентной наркотизации поведение подростка. Несмотря на его экстремальность, многие родители как бы «не замечают» проблем. В этот период реакции родителей становятся крайне противоречивыми, чем легко пользуются наркоманы.

<p>странности в его поведении и внешнем виде. Он находился то в эйфории, то в злобности. Зрачки то узкие, то расширенные. Вечером не уснуть, утром не проснуться. Лицо то бледное, то красное. Я стала говорить ему об этом. Он сначала отшучивался: «Да, я пью, курю и колюсь одновременно». Потом более агрессивно: «Отстань, надоело, все это твои выдумки! Наслушалась своих дур на работе. Уже в лифте становится противно от твоих подозрений. Мерещатся уже тебе наркоманы, лечиться тебе надо!»</p>	
<p>Он заканчивал 9 класс, учиться стал плохо, грубил учителям. Ему предложили в 10 класс пойти учиться в другую школу. По рекомендации мы выбрали престижную школу, выпускные экзамены в которой засчитываются при поступлении в институт. Класс был сборный со всего города.</p>	
<p>Он сел за парту с девочкой, героиновый стаж которой был 2 года. Вот с этой девочкой и приятелем по тренировкам он стал приобщаться к героину вместо уроков в спортзале рядом со школой. И вот, мой сын – наркоман.</p>	<p>Нужно иметь в виду, что причины и ситуация приобщения к наркотикам, о которых говорят родители, могут ничего общего не иметь с реальностью.</p>
<p>Да там... вся школа...</p>	<p>Иррациональное утверждение защитного характера.</p>
<p>П: Вся (акцентировано)...</p>	<p>Сомнения в обоснованности утверждения (техника реагирования на иррациональные убеждения).</p>
<p>К: Ну... да, нет, не вся, но... (далее спокойно, ровно)</p>	<p>Реакция, показывающая результативность действий психолога.</p>
<p>Я пыталась поговорить с классной руководительницей и медсестрой о том, что проблема наркомании в школе существует. Предлагала решать ее вместе. Естественно, я не могла говорить о своем сыне – его бы тут же отчислили. Но он был не единственным – это я знала точно. Результат разговора не заставил себя ждать: мне позвонил отец Максима и попросил больше не предпринимать в школе ненужный шум. К нему приезжали и предупредили. Я пошла к психологу на прием... Там мне сказали:</p>	<p>Весь последующий монолог К носит защитный характер и направлен на избегание напряжения за счет описания проблемы и связанной с ней ситуации. Защита осуществляется с помощью «описательного ухода», когда создается видимость контакта, хотя на самом деле происходит уход от контакта.</p>

<p>«Вам нужно знать, что принимать наркотики начинают подростки, которых мать не любит. Может это и не про Вас. Оставьте его дня на три дома и посмотрите, что будет. Будет ломка, тогда надо лечить медикаментозно, не будет – тогда психотерапией. Пусть приходит ко мне». Он ходил к психологу три раза «только по моей просьбе» и больше не захотел. Меня охватило отчаянье.</p>	<p>Довольно часто рассказ о негативном опыте общения с психологами носит характер двойного сообщения: с одной стороны, К «поглаживает» П: «ты не такой, ты – лучше», с другой стороны, он нападает на психолога: «Я уже была у одного такого». Очевидно, что ситуация – это ловушка для психолога.</p>
<p>Я пошла на тренинг, который вели западные психологи. Проревела все четыре дня. В дни тренинга проконсультировалась с известным иностранным психологом. Она посоветовала: «На Западе в отношении наркоманов есть такое понятие, как «жестокая любовь». Его необходимо контролировать во всем: в деньгах, во времени, в занятиях. А главное, делайте как можно больше хорошего для себя, вам важно выстоять. Обратитесь к людям или силам внутри или вне вас, к тому, во что верите». Я ушла с надеждой в очередной раз, но увы, обстоятельства сильнее меня.</p>	<p>Это высказывание хорошо иллюстрирует взгляд на созависимость как сложную, многоуровневую проблему клиента в социальном контексте, требующую <u>длительной</u> работы и не решаемую на уровне <u>конкретных советов</u>. Созависимые провоцируют специалистов на высказывание конкретных рекомендаций, ни одно из которых они не намерены выполнять. Такое поведение очень напоминает игру «Да, но...» Итогом этой игры является убеждение К типа: «Никто не может мне помочь...» Этот рассказ К показывает хаотичность и бессистемность поистине колоссальных усилий созависимых, весь смысл которых заключается в убеждении: «Я делаю все, что в моих силах...»</p>
<p>Я пригласила домой врача, который занимается подростками с наркозависимостью. Она принесла с собой кассету с ужасами, наркоманами и трупами. Он смотрел, слушал, дрожал, сказал, что бросит обязательно. Пошел и укололся. Я купила еще одну кассету про наркоманов-подростков, дала ему журнальные статьи и книги. Эффект тот же: сначала страх и ужас: «я не хочу быть таким», а затем острое желание опять ощутить кайф, а там будь, что будет. Через знакомых нашла хорошего нарколога. Мы с сыном пришли к ней на прием. Она сказала: «Физической зависимости нет, нужна психотерапия». Он очень обрадовался... и сорвался. Зависимость появилась быстро. Обратилась к экстрасенсу. Она работала со мной и с сыном по фотографии. «Результаты будут позднее». Я жду и надеюсь.</p>	

Я участвовала в тренингах, искала специалистов через знакомых и в клиниках. Один из них на мою просьбу поработать с сыном, спросил, где я была, раньше?	
П: ...	
К: А то я без него не спрашивала себя об этом... Я уже ни о чем другом и не думаю...	Фраза, которая подтверждает, что поведение К – это фиктивно-демонстративная деятельность. Настоящий смысл этой фразы: «Никто мне не поможет...»
Но чем больше я об этом думаю, тем труднее мне что-либо понять...	На уровне интуитивном К понимает бесполезность, бесперспективность и конечную опасность постоянного поиска причин. Состояние типичное для созависимых.
П: Правильно ли я Вас понимаю, что Вы заняты поиском причин и объяснений...	Техника спецификации важного содержания. Переключение К во Взрослое эго-состояние с помощью парафразы.
К: (обдумывая) Да... да ничего больше в голову не идет...	Реакция К показывает эффективность спецификации.
П: Если голова занята этим, может ли в нее прийти что-либо еще?	Техника конфронтации, направленная на активизацию свободной (здоровой) части Взрослого К .
К: Так что, не думать об этом вообще?!	Проявление типичной для созависимых поляризованности суждений (Наркомания глазами семейного психолога).
П: Думать... Думать... Вы знаете, есть такой способ погружения в гипноз... К (с удивлением): Я... правда как во вне...	Техника иллюстрации, которая ведет К к осознанию. Индикатор осознания здесь – удивление. Весь последующий монолог произносится из состояния «Взрослый», который еще более активизируется.
Я как будто сплю и вижу кошмарный сон. Видимо, мой организм не может переносить эту боль, и он «уснул». Во время очередной угрозы жизни моего сына, я просыпаюсь. Начинаю куда-то звонить, говорить, ездить, решать, искать. То загораюсь идеей поехать вместе с ним в монастырь на какое-то время, заказываю молитву «сорокоуст» в монастыре, то узнаю адреса клиник и стоимость лечения там, оговариваю возможные варианты и способы. Предлагают лечиться в Польше, в Израиле, под Москвой, у нас, но с американскими специалистами. Подшивка двух капсул по 3000\$. Я пыталась его лечить... Что получилось...	Поведение, описываемое К напоминает поведение больного в маниакальной стадии. Анализ истории болезни наркоманов показывает абсолютную <u>бесполезность</u> совершаемых в данный период усилий.
Нас приветливо встретила заведующая отделением, обаятельная, милая женщина, рассказала о хороших результа-	К глубокому сожалению, в подавляющем большинстве случаев отношение к наркоманам в лечебных центрах характеризуется как

<p>тах, пригласила лечащего врача, побеседовала с Максом. Сказала, что главное у них – это принцип добровольности и открытости. Если он захочет уйти, позвонят маме, и он уйдет. На мой вопрос, можно ли нам приезжать, ответили, что можно, но не нужно: у него будет все необходимое. Лечащий врач побеседовал с ним в течение 5 минут на приеме и 5 минут в течение всего пребывания. Мы приезжали ежедневно, Макс нам очень радовался, т. к. был там один, без какой-либо поддержки. «Поддержку» он получил от приятеля по палате, наркомана «со статусом», иномаркой, радиотелефоном и наркотиками. Он привез ему в долг. После этого врачи вкололи Максиму большую дозу нейролептиков и оставили без присмотра. Очухавшись слегка и плохо соображая, в пижаме, он вышел на улицу в ларек за сигаретами. Там у него начались судороги и отнялась речь. Спасибо, добрые люди дотащили его до больницы. Когда приехал муж, Макс был в тяжелом состоянии, заикался. Врачи обо всем умолчали. Нам предложили продлить лечение еще на 5 дней, совмещая психотерапию с лекарствами. Мы отказались.</p> <p>Очень жаль, что не выдаются с дипломом врача любовь, понимание и доброта. А ведь именно в них так нуждаются те несчастные девочки и мальчики, которые лежат в наркологическом отделении. Знают ли об этом их родители? Подростки находятся там вместе со взрослыми наркоманами, у многих из которых цель – не вылечиться, а «очистить» организм, чтобы снизить дозу. Есть, безусловно и те, кто излечиваются. Но на это уходят месяцы, а иногда и годы.</p>	<p>крайне прагматичное и циничное и основывается на <u>коммерческом</u> характере деятельности таких центров. Наш опыт работы показывает, что такие центры не должны быть коммерческими в принципе: как только наркоман понимает, что его лечение – это предмет бизнеса, ориентированного на коммерческую прибыль, возникает реакция отторжения. Говоря языком Транзактного анализа, Спаситель превращается в Палача.</p>
<p>Из больницы Макс выписался в состоянии легкой эйфории. Говорил, что теперь здоров, что была физическая зависимость, а теперь осталась только психическая, и с ней он справится. На другой день эйфория сменилась апатией и мы поехали к наркологу-психотерапев-</p>	<p>Это характерная реакция наркоманов, безусловно, очень опасная для них. Их уверенность, оптимизм в этот период не должны усыплять бдительность.</p>

<p>ту. Параллельно мы обратились к гомеопату, которая лечит наркоманов. Она отметила, что у Макса слабая мотивация на то, чтобы бросить наркотики. Нарколог сказал, что мой сын научился получать в жизни удовольствия, а пора заняться делом, найти ему на первое время хотя бы серьезную домашнюю работу. Предложил выполнить упражнения, смысл которых Макс не понял, да и не мог понять в тот момент, посоветовал прочесть «Гамлета», как крутой детектив. Замечательный врач, но Макс пока его не слышит и не воспринимает.</p>	
<p>Говорит: «Зачем ты платишь зря такие деньги? Лучше давай что-нибудь купим!»</p>	<p>Фраза, показывающая, что Максим не осознает всей сложности и силы его психологической зависимости от наркотиков.</p>
<p>...Вечером подступила депрессия, он не находил себе места, лежал, курил, говорил, что душа болит, потом встал, подошел ко мне со слезами:</p>	<p>В динамике состояния наркомана в период ремиссии есть объективно обусловленные критические периоды: 3, 7 ... день?</p>
<p>«Я все решил, лучше я проживу 5 лет, но с героином, чем всю жизнь, как сейчас. Главное, найти денежную работу, чтобы хватало на наркотик».</p>	<p>Фраза, являющаяся абсолютным индикатором сохранности психологической зависимости и 100% (!) вероятности возврата к наркотизации.</p>
<p>Я испытала очередной шок, с трудом пришла в себя. Я видела, как ему плохо, я страдала вместе с ним. Пришли его друг и девушка, целый вечер мы провели вместе. Мысли о наркотике отступили. Неделю он провел дома. Были срывы: пытался украсть деньги, ключи, наелся таблеток, которыми лечился. По ночам звонили наркодельцы и предлагали наркотики. Я отобрала телефон и отвечала на звонки сама.</p>	
<p>Один авторитетный в городе психиатр, к которому я обратилась с просьбой, сказал, что больше он наркоманами не занимается, так как он два года «тащил» одного, а тот взял на днях и застрелил свою мать. Вообще, по рекомендациям звоню многим, но часто люди отвечают, что уже не занимаются наркологией, сил хватает ненадолго.</p>	<p>Действительно, столкнувшись с тщетностью своих усилий, многие специалисты, обладающие опытом и владеющие методиками, уходят из этой сферы. Эта проблема пока не нашла в научной литературе освещения и практически не исследована.</p>
<p>Один психотерапевт посоветовал «сходить к бабке»: главное, вернуть себе веру, что все получится. Но где ее взять, если я знаю, что ни одному наркоману нельзя помочь.</p>	<p>Одно из самых опасных заблуждений представителей помогающих профессий, работающих с созависимыми заключается в подмене ответственности пациента за то, что с ним происходит здесь и теперь верой в то,</p>

	что когда-нибудь все измениться к лучшему. Такая вера не добавляет оптимизма, а лишь фиксирует созависимость.
Так я сама себя гипнотизирую...	Очень важный вывод.
П: Что меняется от этого в Вашей жизни?	Вопрос психолога, обращенный ко Взрослому К , направлен на укрепление Взрослого
К: Так легче... наверное	Здесь фраза К показывает его осознание реального смысла и функции его состояния и поведения.
П: Вы выбираете жить «как легче»?	Слишком поспешное использование техники «конфронтация». К воспринимает фразу П как упрек и «выдает» Детскую реакцию
К: Ничего себе: «легче»...	
П: Вас пожалеть?...	Фраза психолога, обращенная ко Взрослому К .
К: Теперь нет... Раньше ждала жалости. Я бы хотела сделать другой выбор.	Ответ показывает, что К осознает, что созависимость – это способ адаптации к наркомании ребенка и, по сути, способ жить «как легче». То есть К , по сути, неявно формулирует запрос на психотерапию.
П: ?!	Неопределенно-вопросительная реакция П вынуждает К сформулировать свой запрос в явной, открытой форме, что само по себе уже достижение
К: Я хочу сделать другой выбор!	Запрос на психотерапию. Фраза, подкрепляющая решение, сделанное К
П: Не знаю...	Фраза П , фрустрирующая К
К: ?!	К в замешательстве, напряжение нарастает
П: ?!	Неопределенная реакция П приводит к нарастанию напряжения, для избегания которого К привычно «соскальзывает» на поведение, характерное для созависимых: делегирование ответственности, поляризованность суждений, рационализация и вытеснение и т.п. Монолог К , показывающий подмену реальности иллюзиями.
К: Вы знаете, мой сын не скрывает, что в нем сидят два человека. Первый хочет отказаться от наркотиков, а другой уговаривает его: «Ну, сделай это в последний раз». Вот здесь-то и поджидает ловушка. В наркомании не бывает последнего раза! Вернее, если бывает, то перед смертью. Нельзя «сделать это в последний раз»! Можно только раз и навсегда отказаться, сказать «нет» наркотику и продолжать говорить так всю жизнь. Но это под силу только сильному, слабый на этом ломается. А где, в чем сила наркомана? Я думаю, только в вере, надеж-	

де, любви...	
П: Я не вижу, что Вы готовы к другому выбору...	Обращение П к здоровой, то есть свободной части Взрослого К . Фраза, возвращающая К в реальность.
К: Что я должна сделать?	Фраза с двойным смыслом: 1) скажите, я сделаю; 2) чего Вы от меня хотите. В построении фразы участвует Адаптивный и Бунтующий Ребенок К . Это, по сути, ловушка для психолога. Индикатор опасности здесь – слово «должна».
П: ?? (пауза) То, что Вы сейчас мне рассказываете, помогает мне решать <u>мою</u> профессиональную проблему... Помогает ли это Вам решать <u>Вашу</u> проблему?	П предлагает разделить ответственность за результаты терапии. Активизация Взрослого К .
К: Мне?... (длительная пауза) Я признаюсь Вам... И себе, конечно, в первую очередь (очень эмоционально): я его ненавижу! ...Знаете ли Вы, что такое крайняя степень сволочизма? Не знаю, как Вы, а я узнала. До того я считала, что наглость, свинство, глупость – последствия болезни... и ее степень. А сегодня я поняла, что это не форма и не степень, а содержание. Нутро наркомана – это крайняя степень сволочизма! Я еле держусь, чтобы его не убить, чтобы не разможжить ему башку, не задушить! У меня бешено бьется сердце, дрожат руки, перехватывает дыхание, слезы льются ручьем. Только вчера мой муж сам ездил выкупать его и его девушки сумку и документы, заложенные у продавцов наркотиков в обмен на героин. А сейчас выяснилось, что пропал подаренный мне мужем телефон. Это была не игрушка и не роскошь, а предмет необходимости. И мой сын совершил эту подлость – украл его и заложил! А семья?! Как мы живем?.. ...С каждым днем трясина наркомании затягивает нашу семью. Сын ворует вещи и деньги в доме и пропадает. Дорогостоящие вещи (музыкальный центр, видеокамера, видеомагнитофон, магнитофон, фотоаппарат, золотые серьги и т.д.) заложены в ломбард.	Активизация после паузы Ребенка К показывает наличие динамики К , связанную с осознанием. В данном монологе происходит принятие и осознание ранее вытесняемых реакций и отношений.

Муж говорит, что если он еще что-нибудь украдет, пусть сядет в тюрьму.	Позиция мужа К ярко иллюстрирует характерную для отцов наркоманов эмоциональную и поведенческую неустойчивость и отрицание материнского стиля поведения.
Но еще ни одна наша тюрьма не излечила от наркомании! Кроме того, и там курят, нюхают и колются. Максим обещает завязать к каждому празднику. Обещаний хватает ненадолго. Телефон звонит круглые сутки. Дом как штаб-квартира – постоянные секретные переговоры, встречи.	«Секретные» переговоры ведутся как правило с использованием специального сленга, непонятного родителям.
Вечером не уснуть, утром не проснуться, в школе сплошные прогулы, на грани отчисления. Погрязли во вранье. Самое ужасное, что я каждый раз верю. Обманет всех: родителей, друзей, других наркоманов и, прежде всего, самого себя. Его изощренности во вранье не перестаешь удивляться.	Да, конечно, наркоманы – изощренные вруны, но дело не в их изощренности, а в патологическом легковерии родителей. Для них не верить – значит принять то, что шансов у их ребенка очень мало.
Его отец сначала пытался ему помочь. Убеждения и наказания были бесполезны. Однажды помог выпутаться из некрасивой истории. Уплатил долги, заплатил истраченные на наркотики деньги за школу, и... «умыл руки»	Та же неустойчивость, неуверенность в отношениях с ребенком-наркоманом. Отвержение ребенка.
Я сначала упрекала его, что-то требовала от него... Потом как-то вдруг поняла: сын рос не с ним, сын рос в моей семье, которая не состоялась. А бывший муж... он не хочет за него отвечать... Я сначала обиделась, а сейчас думаю: если бы каждый отвечал за себя и за свои действия...	
П: Вы так можете?	Обращение ко Взрослому К , направленное на осознание деструктивности поведения К
К: Я пытаюсь отвечать за жизнь сына, за действия мужа...	На самом деле речь идет не об ответственности, а о контроле.
П: Кто отвечает за Вашу жизнь?	Техника конфронтации
К: Кто-то должен отвечать за моего сына.	Родительская реакция К говорит о неподготовленности конфронтации
П: Как Вы думаете, Вашему сыну нужно отвечать за свою жизнь, если за нее отвечают другие?	Очередная попытка вмешательства. Также не подготовлена.
К: Отчим пытался помочь ему материально, выкупить вещи в ломбарде, но Макс его обманул. Отчим купил сейф, сложил туда все ценные вещи и врезал в спальню замок. Младший сын все время спрашивает	К уходит от обсуждения опасной для нее проблемы, соскальзывая на обсуждение поведения других людей.

<p>меня: «А он не умрет?». Я его успокаиваю. Но учиться стал хуже, да и настроение часто плохое.</p>	
<p>Для него и времени не хватает... Растет так, как одуванчик в огороде. Но Вы знаете, он как-то так взрослее стал, серьезнее... не по годам взрослый и рассудительный. Иногда поддерживает меня. Боюсь за него... А что делать? Все ведь у него на глазах сейчас.</p>	<p>Это высказывание К иллюстрирует феномен псевдовзросления младших детей в семьях наркоманов. Положение младшего ребенка в данной семье позволяет отнести его к группе риска с точки зрения формирования отклоняющегося, в том числе и аддиктивного поведения.</p>
<p>Моя мама категорически настроена против Макса и предлагает вывезти все ценные вещи из квартиры, даже компьютер. Боится, что у него будут долги. Меня она в строгости воспитывала. Она вообще человек прямой и жесткий. Мне с ней всегда было трудно. Отец, тот меня понимает: он добрый, мягкий... даже, наверное, слишком. Если бы не болезни его... У него язва... Мама приезжает часто, ругает меня, обижает часто. А что я ей скажу? Макс с ней чуть не дерется... Я не могу этого видеть... Я плачу все время.</p>	<p>Достаточно распространенная ситуация в родительской семье матерей наркоманов: авторитарная, отвергающая мать и мягкий, безвольный отец. Нетипичным является в данном случае язва у деда Максима: гораздо чаще у мужчин встречается алкоголизм.</p>
<p>Вот вчера... Пришел Макс, я расплакалась, он стал меня утешать, сказал, что все будет хорошо, просил прощения. Он согласен лечь в больницу завтра, а сейчас ему плохо, нужны 300 рублей или какая-то вещь, он потом все отработает, когда вылечится. Или все равно он сейчас уйдет, где-нибудь найдет денег или украдет. Я сопротивлялась, как могла. Но он ушел. Уколетесь и придет. Скорее бы дожить до завтра, скорее бы утро!.. Так всю ночь... Смотрю, а он 200 рублей из кошелька украл... только что ведь клялся, плакал вместе со мной... Неужели ничего святого не осталось у него?</p>	<p>В этом монологе описано поведение, типичное для отношений в семьях с наркозависимыми: ложь, обман, манипуляции, воровство, бессилие родителей, их иллюзии, спасительная и защитная для них вера и наивность.</p>
<p>П: Хм-м...м...</p>	
<p>К: Я очень устала за это время. Что впереди? Чем закончатся наши испытания? Хотелось бы верить в лучшее. В то, что Макс обязательно поправится, а вместе с ним семья обретет счастье и покой. Говорят, после стационарного лечения необходим как минимум год реабилита-</p>	

ции, при этом врачи рекомендуют увезти человека от прежних связей.	
Но Макс пока не согласен.	Еще один индикатор того, что Максим не собирается лечиться. Все его лечение – это игра! И наркоманский спектакль.
Как мне быть? Я чувствую: Вы можете мне помочь...	Очень опасная для П ситуация поскольку она содержит ловушку: если П говорит «Да» – он обещает невозможное и тем самым подтверждает позицию «Все бесполезно». Если он говорит «Нет» – он также подтверждает ее бессознательные опасения.
П : Как Вы сами думаете? За то время, которое мы с Вами провели, что-то происходило с Вами, что-то дало Вам наше общение?	П игнорирует «наживку» и обращается ко Взрослому К
К : (пауза)... (С удивлением) Я шла за советами, я всегда жду от специалистов советов...	Фраза, показывающая, что активность созависимых по «спасению» их ребенка – это тоже <u>игра</u> и тоже <u>спектакль</u> .
Я не получила никаких советов... Но мне стало как-то... Спокойнее? Нет. Легче?... Увереннее? Нет... Что-то я поняла сегодня!..	
П : Пока мы с вами беседовали, Вы произнесли несколько фраз, как бы неожиданно для себя... самой... фразы...	Здесь П использует техники внушения, используя и опираясь на реакции и состояния К .
К : Да-а-а... (удивленно)	К вспоминает собственные «неожиданные» фразы, зафиксированные психологом
П : ... которые для Вас могут иметь очень важное значение... Может быть Вы даже их сразу сейчас и не вспомните	Дополнительное закрепление позитивных достижений К .
К : (удивленно-растерянно) Я знаю...	
П : Содержание нашей беседы будет всплывать у Вас в памяти. ...те фрагменты, где Вы чувствовали какое-то приподнятое такое К : ...замешательство?	
П : !!!	Невербально П маркирует для К позитивные для него инсайтные состояния.
К : Что-то я... (пауза)	
Я думаю, мне надо лечиться... мне... всей нашей семье. Макс не хочет. Пусть сам решает.	Новое решение К , выражающее готовность лечиться и принять ответственность за себя на себя, а не убежать от нее, прикрываясь болезнью сына.
У вас есть какие-то занятия для родителей?	Фраза, отражающая переход от желания к готовности его реализовать.
П : По пятницам, в 18.00.. группа для родителей наркоманов.	
К : (задумчиво) Да, я пока не готова решать и выбирать по-другому... Но я	Последующие реакции К отражают изменения его изначальной позиции, полностью со-

вижу, что... Я вот этим буду заниматься на группе. Наверное, если сама буду... здоровой, я и сыну помогу.	ответствующей схеме созависимого поведения на адекватные реакции Взрослого.
П: Как бы...	
К: Нет... не «помогу», а «у него появится шанс». Так?	Анализ последних реплик К позволяет оценить данный конкретный прием как эффективный. Решены основные задачи: клиент готов посещать группы для созависимых; наметилась динамика в восприятии наркомании сына; психолог не включился в схему созависимого поведения.
П: Хм-м?..	
К: Так! Спасибо.	

Корректор В.В. Трифонова
Компьютерная верстка, макет В.И. Никонов

Подписано в печать 27.11.08

Гарнитура Times New Roman. Формат 60x84/16. Бумага офсетная. Печать оперативная.

Усл.-печ. л. 12,5. Уч.-изд. л. 7,18. Тираж 200 экз. Заказ № 858

Издательство «Универс групп», 443011, Самара, ул. Академика Павлова, 1

Отпечатано в ООО «Универс групп»