



Правительство Санкт-Петербурга

**Комитет по вопросам законности,
правопорядка и безопасности**



**Санкт-Петербургский государственный
университет**

Факультет психологии

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С СОЗАВИСИМЫМИ ЧЛЕНАМИ СЕМЕЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Сборник статей

Оглавление

Введение	3
Базовые понятия социальной наркологии, <i>Гурвич И.Н.</i>	4
Социальные последствия химической зависимости, <i>Егоров А.Ю.</i>	9
Теоретические основы работы с созависимыми, <i>Яцышин С.М., Микляева А.В.</i>	31
Методы терапии созависимости, <i>Ильина Н.В.</i>	69

Введение

Явление созависимости заключается в устойчивом изменении поведения эмоционально близких к человеку, страдающему зависимостью (наркотической или алкогольной), людей в ответ на проявления его зависимого поведения, первоначально в форме стремления контролировать это зависимое поведение, а затем – и в форме собственной болезненной зависимости от поведения больного.

Устойчиво измененное поведение созависимых представителей ближайшего социального окружения в отношении наркомана или алкоголика часто является препятствием для его активного включения в реабилитационный процесс и последующего возвращения в жизнь. Поэтому работа с созависимыми членами семей должна стать необходимым этапом реабилитационной работы с наркологическими больными.

В сборнике предпринята попытка обобщения теоретических и методологических подходов к проблеме терапии созависимости, основанные на опыте ведущих специалистов в этой области в Санкт-Петербурге.

Сборник подготовлен на факультете психологии Санкт-Петербургского государственного университета в рамках проекта «Социальная реабилитация созависимых - членов семей наркологических больных» по инициативе и при финансовой поддержке Комитета по вопросам законности, правопорядка и безопасности Правительства Санкт-Петербурга (дог. №198-01-07 от 20.09.2007 г.).

*Гурвич И.Н., д.п.н.,
профессор Факультета психологии Санкт-Петербургского
государственного университета, ведущий научный сотрудник
Социологического института РАН*

Базовые понятия социальной наркологии

Слово «наркотик» произошло от греческого *narkotikos*, что означает «усыпляющий». Конечно, в современном понимании под наркотиками подразумевается более широкий круг препаратов, не ограничивающийся теми, которые оказывают снотворное действие. Для признания какого-либо опьяняющего вещества наркотическим оно должно удовлетворять следующим трем критериям:

- медицинскому – если соответствующее вещество оказывает такое специфическое действие на центральную нервную систему, которое является причиной его немедицинского применения;
- социальному – если это немедицинское применение принимает такие масштабы, что приобретает социальную значимость;
- юридическому – если, исходя из двух указанных предпосылок, соответствующая официальная инстанция (в нашей стране Министерство здравоохранения и социального развития РФ) признало это средство наркотическим и включило в соответствующий список.

Все три критерия взаимосвязаны, и при отсутствии хотя бы одного из них средство не может быть признано наркотическим в правовом отношении, даже если оно может явиться предметом злоупотребления и вызывать соответствующее болезненное состояние. Однако в незаконном обороте появляются все новые и новые вещества, которые могут быть использованы людьми для изменения своего психического состояния. Зачастую они не отвечают приведенным критериям и имеют лишь два обязательных свойства: способность вызывать при однократном приеме эйфорию либо другое желательное с точки зрения потребителя состояние психики, а при систематическом приеме – зависимость. Такие вещества получили название психоактивных (ПАВ).

Ощущения, вызываемые у людей психоактивными веществами, определяются тремя группами факторов (по Дж. А. Соломзесу и В. Чебурсону).

I. Фармакологические факторы:

- а) химические свойства и воздействие на организм принимаемого наркотика;
- б) доза наркотика, т. е. количество потребляемого вещества;
- в) способ приема наркотика, т. е. путь, по которому он попадает в организм.

II. Характеристики человека, принимающего наркотик:

- а) генетическая структура организма, определяющая реакцию на прием различных наркотиков;
- б) пол;
- в) возраст;
- г) толерантность к наркотикам (переносимость);
- д) индивидуальность, включая ее психологические составляющие – знания о наркотиках, отношение к ним, ожидания и мысли по их поводу.

III. Обстоятельства, в которых принимается наркотик:

- а) окружающая обстановка;
- б) законы данного общества, запрещающие употреблять наркотик;
- в) наличие или отсутствие других людей в момент приема.

Наркопотребление несет в себе и определенные социальные функции (по Я.И. Гилинскому [12]).

- I. Анестезирующая функция—заключается в снятии или снижении интенсивности болевого синдрома.
- II. Психостимулирующая функция— заключается в повышении уровня функционирования (активации) организма и психики.
- III. Седативная функция—заключается в снятии нервно-психического напряжения.
- IV. Функция выражения социального протеста.
- V. Функция демонстрации принадлежности к высокостатусной социальной группе.
- VI. Функция расплаты за получение удовольствия запретным путем.

Понятие наркотизма употребляется отечественными авторами в двух значениях. В клиническом понимании наркотизм (наркотизация)— это употребление наркотиков и других ПАВ без формирования зависимости, т. е. наркомании или токсикомании. В социологическом понимании под наркотизмом подразумевается социальное явление, выражающееся в относительно распространенном, статистически устойчивом употреблении частью населения наркотических средств (или психотропных веществ), влекущем определенные медицинские (заболевания) и социальные последствия.

Столь же неоднозначно и понимание злоупотребления наркотиками (ПАВ). С социально-правовой точки зрения злоупотреблением является любое немедицинское употребление наркотиков – самовольное, без назначения врача или в дозах, превышающих назначенные, или продолжающееся после отмены назначения, или же прием

иных средств, нежели те, которые были прописаны врачом. С клинко-психологической точки зрения злоупотребление – форма поведения, когда человек часто или чрезмерно (в больших дозах) употребляет психоактивное средство, тем самым разрушая свою жизнь. Американская классификация нервнопсихических расстройств DSM-IV¹ дает следующие критерии диагностики злоупотребления ПАВ.

В течение года справедливо хотя бы одно из следующих положений:

- периодически повторяющийся прием психоактивных веществ, приводящий к невыполнению основных обязанностей на работе, в школе или дома;
- периодически повторяющийся прием этих веществ в ситуациях, опасных для здоровья;
- неоднократные проблемы с законом на почве злоупотребления психоактивными веществами;
- употребление психоактивных веществ, продолжающееся несмотря на возникающие или возрастающие в этой связи проблемы в личной и социальной жизни.

Наркомания (от греч. *narke* – оцепенение и *mania* – безумие, страсть) – болезнь, вызванная систематическим употреблением наркотиков. В первом приближении наркоманию можно определить как патологическое состояние, образуемое привыканием (*habituation*) и пристрастием (*addiction*). В историко-медицинском плане первое из названных состояний сближалось с привычкой, дурным навыком, тогда как второе считалось собственно наркоманией.

Отечественный исследователь И. Н. Пятницкая на основе сравнительного анализа различных форм наркотизма и их развития выделила группы симптомов (синдромы), общие для всех форм наркотизма, объединив их в единый большой наркоманический синдром, отличающий наркомана от здорового человека. Вслед за автором в отечественной клинической наркологии под наркоманией стало подразумеваться состояние, определяемое синдромом:

- a) измененной реактивности организма к действию данного наркотика (защитные реакции, толерантность, форма потребления, форма опьянения);
- b) психической зависимости (навязчивое влечение, психический комфорт при интоксикации);

¹ Положена в основу психиатрического раздела действующей Международной классификации болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра.

- с) синдромом физической зависимости (насильственное влечение, потеря контроля над дозой, абстинентный синдром, физический дискомфорт при интоксикации).

При практическом использовании этой клинической модели всегда необходимо иметь в виду два ее принципиальных положения:

- а) все названные синдромы имеют взаимозависимую динамику, т. е. во времени, как правило, развиваются последовательно;
- б) описанная структура патологии образуется полностью далеко не при каждой форме наркомании, т. е. при многих конкретных формах один или даже два из этих синдромов могут быть клинически почти не представлены. Наличие и выраженность синдромов обусловлены как фармакологическими, так и нефармакологическими факторами действия наркотиков.

Из DSM-IV исключено понятие наркомании. Вместо него для обозначения наркотической зависимости используется понятие аддикции (аддиктивного поведения). Это такая форма поведения, когда человек чрезмерно употребляет психоактивное вещество, так что вся его жизнь концентрируется только на этом. Впоследствии возможны как выработка толерантности по отношению к данному веществу, так и появление симптомов абстиненции² при прекращении приема. Для установления диагноза зависимости необходимы три и более из нижеследующих симптомов:

- толерантность;
- синдром отмены;
- употребление психоактивных веществ чаще и в больших дозах, чем хотелось бы;
- постоянное желание или безуспешные попытки контролировать употребление психоактивных веществ;
- трата значительной части времени на получение, употребление психоактивных веществ и восстановление после их приема;
- употребление психоактивных веществ за важным делом;
- употребление психоактивных веществ, продолжающееся несмотря на возникающие или возрастающие в этой связи проблемы в личной и социальной жизни.

Токсикомания – то же, что и наркомания, однако этот термин употребляется по отношению к веществам, официально не отнесенным к наркотикам. Понятно, что ис-

пользование термина «психоактивные вещества» делает излишним использование термина токсикомании, так же как и наркомании.

² Абстиненция — состояние, характеризующееся неприятными, иногда опасными реакциями организма, возникающее у лиц, регулярно принимающих психоактивные средства, в случае прекращения приема или уменьшения дозы.

Социальные последствия химической зависимости

Любая аддикция, особенно химическая, приводят к социальным последствиям. Социальные последствия при наркомании, как правило, появляются раньше и более выражены, чем при алкоголизме. Эти негативные последствия проявляются в трех взаимосвязанных основных вариантах: снижение трудоспособности, криминогенности и проблемами в семье.

Снижение трудоспособности

Снижение трудоспособности может быть одним из первых проявлений формирующейся химической зависимости. Зависимая личность начинает уделять основную часть своего времени реализации зависимости, т.е. пребыванию в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а вне его испытывать тягостные ощущения абстиненции (как психологической, так и физической) и пытаться найти ПАВ, чтобы избавиться от этих ощущений. Естественно, что в таких условиях работа и учеба сперва отодвигаются на второй план, а потом оставляются вовсе. На начальных этапах химической зависимости снижение работоспособности проявляется усилением конфликтов на работе из-за прогулов, невыполнения трудовых договоров. Прекращается карьерный рост, происходит снижение статуса. Используя механизмы психологической защиты, весьма развитые на первых этапах болезни, аддикты объясняют это несправедливостью со стороны начальства, своим собственным нонконформизмом и т.д. Зависимые нередко стремятся установить неформальные отношения с коллегами и начальством, дабы те «покрывали» их в периоды запоя, опьянения или абстиненции. В конце концов, все заканчивается увольнением. Частая смена места работы также характерна на инициальных периодах наркопотребления и алкоголизации. Полная потеря работы, десоциализация наступает на более поздних сроках формирования аддикции.

У подростков с аддиктивным поведением среди жизненных интересов алкоголь, наркотики, гемблинг также выходят на первый план. Занятиями в школе, выполнением трудовых обязанностей они начинают пренебрегать. Со временем учеба и работа практически полностью забрасываются. Снижение школьной успеваемости, несобранность на уроках, конфликты с учителями, прогулы могут быть первыми косвенными признаками аддиктивного поведения, на которые следует обратить внимание. В этой связи любопытные данные представили американские исследователи: у прогуливаю-

щих занятия в школе в 3-4 раза выше уровень употребления алкоголя и наркотиков (Коэн и др., 1998).

Взрослые наркоманы также чаще не работают, находятся на иждивении у родственников, либо занимаются незаконной деятельностью, связанной с добыванием денег на наркотики. Степень снижения трудоспособности прямо пропорциональна наркогенности ПАВ, прогрессивности развития химической зависимости.

Исследование когорты из 100 наркозависимых, проведенное М.Л. Рохлиной и А.А. Козловым (2001), показало, что только половина из них работала или училась. Наибольшее число неработающих отмечалось в опийной группе (62,9%). В динамике болезни снизили свой профессиональный уровень около половины больных, причем при опийной и героиновой наркомании – все 100%, а при полинаркомании – 90%. У работающих больных отмечались неоднократные нарушения трудовой дисциплины; помимо этого они испытывали затруднения в выполнении своих профессиональных обязанностей, у них отмечалось безразличное либо негативное отношение к выполняемой работе.

Таким образом, если наркозависимый и работает, то трудовая деятельность его является неполноценной – часты нарушения трудовой дисциплины, снижение профессионального уровня, ослабление профессиональных навыков, трудности в выполнении работы.

Криминогенность

Описан целый ряд различных правонарушений, совершаемых больными. Это профессиональные правонарушения: они не выполняют трудовой договор и неоднократно совершают различные нарушения в рамках своей профессии. Это уголовные правонарушения, представляющие опасность и причиняющие ущерб обществу и отдельным лицам (причинение вреда здоровью и жизни; хищения собственности и др.). Это административные правонарушения (проступки), выражающиеся в посягательстве на установленный общественный порядок, прав и свободы граждан. Больные нарушают правила дорожного движения, таможенного контроля, посягают на деятельность и собственность частных или юридических лиц и т.д. Это, наконец, экономические правонарушения – такие, как незаконная предпринимательская, банковская деятельность, уклонение от налогов, заведомо ложная реклама, контрабанда, подделка денег и документов. Следует отметить, что наиболее часто совершают правонарушения больные опийной (героиновой) и кокаиновой наркоманиями, реже – гашишной и другими формами наркоманий (Цит. по Козлов, 2002).

Очень высока криминогенность больных с химической зависимостью. Так по официальной статистике до $\frac{3}{4}$ наркоманов находятся в конфликте с законом. Эти данные подтвердила работа исследованию М.Л. Рохлиной и А.А. Козлова (2001) сообщивших, что социально приемлемое поведение отмечалось только у 24% обследованных ими наркоманов, в то время как 36% уже совершили офофициально зарегистрированные уголовные преступления (причинение вреда здоровью, жизни, различные хищения и кражи, незаконный оборот наркотиков и пр.). Правонарушения также чаще всего совершали лица с опийной (в т.ч. героиновой) наркоманией.

Криминогенность больных наркоманиями обусловлена несколькими факторами: потребностью в деньгах для покупки наркотиков, вынужденной связью с торговцами наркотиков, агрессивностью и изменениями личности с типичным морально-этическим снижением. Нередко люди с химической зависимостью совершают противоправные действия в опьянении или психозе. По данным М.Л. Рохлиной и А.А. Козлова (2001), чаще всего преступления совершались в состоянии наркотического (41%) и алкогольного (23%) опьянения, абстиненции (34%), в то время как в перерывах между употреблением наркотиков – только 29%.

Наркобизнес в России стал одним из наиболее прибыльных видов преступной деятельности. В распространение наркотических средств вовлечены тысячи граждан, многие из которых сами являются наркозависимыми. В 2002 г. по сравнению с 1995 годом число лиц, привлеченных к уголовной ответственности за наркопреступления выросло в 3 раза (Россия в цифрах, 2002). По данным МВД России за 10 лет количество ежегодно регистрируемых наркопреступлений увеличилось в 15 раз, выявленных факторов наркоторговли – в 80 раз, пресеченных проявлений групповой наркопреступности – в 9 раз. Не прекращается и незаконное культивирование наркосодержащих растений, подпольное производство наркотических средств и психотропных препаратов, их утечка из легального оборота, не в последнюю очередь – из учреждений здравоохранения (Шереги, Арефьев, 2003).

При опьянении галлюциногенами и препаратами конопли нередко возникает страх, тревога, идеи преследования, бредовое восприятие окружающего, что вызывает две реакции – бегство и активную оборону, что лежит в основе противоправных действий. В случае гашишного опьянения ситуация усугубляется взаимоиндукцией компании, распространении чувства, охватившего одного на всю группу. Как справедливо пишут И.Н. Пятницкая и Н.Г. Найденова (2002, С. 175): «беспричинная агрессия группы, вандализм, как правило, указывают на наркотическую интоксикацию». Отметим, что и алкогольное опьянение группы может приводить к тем же последствиям. В время по-

грома на Тверской улице в Москве, устроенного футбольными фанатами в 2002 году, большинство участников находилось в состоянии алкогольного опьянения. Участники погромов в пригородах французских городов, населенных выходцами из Африки и Азии, осенью 2005 года, по данным полиции, находились в состоянии наркотического или алкогольного (реже, поскольку в основном это были мусульмане) опьянения.

В свою очередь, при выходе из опьянения на любом этапе потребления наркотиков постинтоксикационная дисфория также является основой для возникновения агрессии. Причем, чем сильнее психопатические преморбидные особенности личности наркомана, тем раньше в развитии наркомании появляется агрессия.

Чтобы достать средства на наркотики подростки, как правило, начинают красть деньги и ценности из дома. Нередко это является первым сигналом для родителей о возможном начавшемся злоупотреблении у ребенка. Одновременно деньги начинают вымогаться у сверстников. В дальнейшем, чаще в составе группы подростки идут на более серьезные преступления: кражи со взломом, ограбления, разбойные нападения, которые могут заканчиваться brutally для жертвы. В крупных городах России в последние годы получили широкое распространение грабежи и разбойные нападения на пенсионеров, которые возвращаются домой после получения пенсии. Наркоманы обычно выслеживают их у банков, а потом в безлюдных местах (подъезд, тихий переулок, сквер) совершают нападение. По данным милицейской статистике абсолютное большинство квартирных краж, взломов и угонов автомобилей также совершаются наркозависимыми.

Потребность в наркотиках (а значит и деньгах) увеличивается по мере роста толерантности. Параллельно с этим происходят и утяжеление психических дефектов наркозависимого. Преступления наркомана нередко носят импульсивный, непродуманный характер. Преступления нередко совершаются с избыточной жестокостью по отношению к жертве, коей может стать первый попавшийся на глаза человек, неспособный дать адекватный отпор (поэтому в качестве жертв так часто и избираются пенсионеры и дети). Вместе с тем, наркоманы могут принять участие и в хорошо продуманных преступлениях, особенно если они организованы другими. Наркоману чаще поручают наименее ответственную, краткосрочную, грязную работу и иногда потом уничтожают как возможного вольного или невольного разоблачителя: на наркомана нельзя положиться, ему нельзя верить, т.к. при задержании, находясь в состоянии абстиненции он расскажет все.

Из правонарушений весьма частым является управление авторанспортом в состоянии опьянения, причем число таких случаев растет не только в России, но и США и косвенно отражает рост химической зависимости (Hingson, Winter, 2003).

Среди девушек широко распространено занятие проституцией, хотя в последнее время с этим приходится сталкиваться и среди юношей. Дети и подростки наркозависимые втягиваются в порноиндустрию.

Молодежная проституция, в свою очередь, представляет собой разновидность социально-отклоняющегося (девиантного) поведения, которое выражается в торговле лицами детско-подросткового возраста своим телом с целью получения средств к существованию. Проституция встречается как при гетеросексуальных, так и при гомосексуальных отношениях. Не имеет значения и способ удовлетворения половой потребности. Существуют следующие виды сексуальной индустрии: уличная проституция; вокзальная проституция; проституция на трассе; гостиничная проституция; клубная проституция; квартирная проституция (публичный дом, притон), проституция по вызову.

Как показало исследование И.Н. Гурвича с сотр. (2003), проводившееся в Санкт-Петербурге и Северо-Западном регионе России, большая часть несовершеннолетних, вовлеченных в коммерческий сексуальный бизнес, - это так называемые «уличные дети» (беспризорные и безнадзорные), абсолютное большинство которых является потребителями ПАВ. Очень мало несовершеннолетних, которые реально являются лицами БОМЖ (без определенного места жительства, что юридически означает отсутствие прописки). Большинство из них формально имеют место жительства, но не могут или не хотят там жить.

Несовершеннолетние проститутки, как правило, проживают в коммунальных или собственных квартирах со своими родителями; реже снимают комнату сами, либо с другом/подругой, сожителем/сожительницей (часто это сутенер). Как правило, несовершеннолетние, вовлеченные в сексуальный бизнес, продолжают общаться со своей семьей, и родители обычно знают либо догадываются о предоставлении их ребенком сексуальных услуг. Достаточно редко в такой ситуации несовершеннолетние уходят из семьи, прекращают все отношения с семьей. Как правило, такие несовершеннолетние прекращают посещать учебное заведение.

Родительская семья выступает одним из наиболее существенных факторов вовлечения несовершеннолетнего в предоставление сексуальных услуг иностранцам. Это, прежде всего, семьи «социального риска», т.е. «неблагополучные». Основными характеристиками таких семей является отсутствие одного из родителей, - «неполная» семья, безработица, алкоголизация родителей и вытекающая отсюда крайне низкая

материальная обеспеченность. В то же время среди несовершеннолетних проституток встречаются и те, кто имеет формально «благополучную» и обеспеченную родительскую семью.

Гомосексуальная проституция также достаточно распространена в России. Согласно исследованию потребления ПАВ и инфицирования ВИЧ среди проституток обоого пола, проводившемуся в Санкт-Петербурге, 25% посетителей гей-клубов занимаются сексом за деньги. Гей-проститутки обычно моложе, они менее образованы, нередко безработные и чаще употребляют ПАВ, чем гомосексуалисты, не занимающиеся проституцией (Aral et al., 2005). Среди канадских мужчин-наркоманов в возрасте от 18 до 41 года, обследованных в период 1996-2003 годов 11% занимались проституцией (Kuiper et al., 2004)

Среди уличных проституток женского пола в Санкт-Петербурге (число которых колеблется, по разным подсчетам, от 100 до 1000 на 100 000 населения) девочки до 14 лет составляют 5-7%. Наиболее высокий уровень потребления наркотиков у проституток, работающих на улицах и, особенно (почти 100%), на транспорте - автотрассах, поездах, у станций метро и железнодорожных вокзалов (Aral et al., 2005). Эти данные перекликаются с датскими исследованиями, где подтвердились факты наиболее высокой наркотизации среди женщин, занимающихся уличной проституцией (Ishoy et al., 2005).

Данная проблема не присуща только России: во всем мире значительное число уличных детей и подростков вовлечено в проституцию. На сегодняшний день речь идет о целой «индустрии» детско-подростковой проституции. Неспособность ребенка противостоять взрослым, нередко низкий интеллектуальный уровень, определенный доход от занятий проституцией и, как следствие, «благосклонность» семьи к подобной деятельности лишает подростка возможности отказаться от «работы» в теневой «сфере сексуальных услуг». Так, по данным А.В. Макарова (2000), в Санкт-Петербурге сотрудниками органов внутренних дел был обнаружен даже специальный «путеводитель», распространяемый среди потенциальных «потребителей сексуальных услуг» в Финляндии и Швеции, из которого можно узнать «расценки» и адреса малолетних проституток в возрасте начиная с 8-12 лет. Проблема детско-подростковой проституции характерна не только для Москвы и Санкт-Петербурга, но и для других крупных городов России и ряда других стран СНГ. Например, за 6 мес. 1996 г. в Екатеринбурге было задержано более 1300 несовершеннолетних девочек, занимавшихся проституцией, половине из которых не было и 12 лет (Макаров, 2000). По данным Ф.Э Шереги и сотр. (2001) в России проституцией («сексом за деньги») занимается 6,1% юношей и 5,3% девушек в возрасте от 12 до 22 лет, а в возрасте от 18 до 22 лет – каждый десятый.

Детско-подростковая проституция влечет за собой огромный риск: подростковую беременность (каждый десятый аборт делается несовершеннолетней), вероятность заразиться болезнями, передающимися половым путем, искажение полоролевой идентификации и возможности становления нормального сексуального поведения (Реан и др., 2002).

Проблемы в семье

Очевидно, что социальные последствия не могут не отражаться на людях, с которыми живет и работает злоупотребляющий. Прежде всего, это касается внутрисемейных отношений. Проблемы, возникающие в семье зависимого, требуют более подробного рассмотрения по нескольким причинам. Во-первых, семья является последней социальной ячейкой, в которой наиболее длительное время существует зависимый. Во-вторых, именно близкие наиболее страдают от зависимости члена семьи. И наконец в третьих, именно близкие – это последние, кто готов принять участие в судьбе зависимого, помочь ему преодолеть ее. Поэтому неслучайно, именно семейным формам терапии химической зависимости в последнее время уделяется все больше и больше внимания.

В целом наркоманы значительно реже вступают в брак, чем здоровые лица того же возраста; их семьи быстрее распадаются. Так по официальной статистике число наркоманов состоящих в официальном браке в 1.6 раз меньше, чем в общей популяции, а число разводов – в 2.8 раз больше (Гречаная и др., 1993). По данным М.П. Рохлиной и А.А. Козлова, среди обследованных ими наркозависимых в возрасте от 18 до 50-ти лет не состояли в браке 63%, состояли – 22,8%. В гражданском браке проживали еще 15,2%. В большинстве семей, которые продолжали состоять в браке, отмечались нарушения семейных взаимоотношений – частые конфликты, ссоры, сексуальная распущенность, безразличное отношение к детям и семье, отсутствие заботы о близких, потребительское отношение к ним. У трети обследованных наркозависимых дети воспитывались отдельно от родителей.

Проблемы, возникающие в семье при химической зависимости у одного или нескольких ее членов могут быть следующими:

- ***Финансовые, связанные с работой.*** Злоупотребляющий член семьи становится менее надежным работником, снижается его производительность, он прогуливает работу, заставляя коллег скрывать это, и даже обворовывает работодателя. Результат: отсутствие карьерного роста, увольнение. Кроме того, в число финансовых проблем входит и неумелое распоряжение деньгами или использование их на приобретение алкоголя и наркотика.

- *Эмоциональные:* люди, имеющие зависимость, могут испытывать чувство вины, подавленность и страдать нервно-психическими заболеваниями, что утяжеляет социальные последствия.
- *Нарушение семейных традиций:* пропускаются важные, традиционные для семьи встречи, поездки к престарелым родителям, посещение кладбищ. И наоборот, семейные праздники могут быть причиной неумеренного приема алкоголя, что усиливает напряженность в семье.
- *Физическое и сексуальное насилие* наиболее часто встречается в семьях, где имеется зависимый от алкоголя и наркотиков член семьи (Gmel, Rehm, 2003). По данным американских исследователей процент физического и сексуального насилия в таких неблагополучных семьях достигает 41%. Из тех же источников известно, что 48% отцов, которые вступили в сексуальные отношения со своими дочерьми, были алкоголиками (Коэн и др., 1998). Разлад в семье из-за проявления насилия, т.к. один из родителей должен либо поддерживать и защищать ребенка, что провоцирует к насилию злоупотребляющего родителя, либо отказаться от защиты ребенка для временного улучшения отношений с партнером.

Изоляция от общества

Поведение члена семьи с химической зависимостью, которое не укладывается в общепринятые рамки, может быть причиной изоляции всей семьи, в том числе от своих родственников и друзей. Дети злоупотребляющих избегают приглашать домой своих друзей из-за непредсказуемого поведения своих родителей.

Члены семей лиц, страдающих химической зависимостью, обязательно подсознательно используют методы самозащиты, которые дают им возможность «не замечать» существующей проблемы. Это напоминает методы психологической защиты самих зависимых, хотя есть некоторые отличия. Следует сказать, что методы самозащиты у родственников, также как и у самих зависимых, препятствуют раннему выявлению болезни. Это приводит к позднему обращению за медицинской помощью и, как результат, сложностям в достижении терапевтических результатов.

Методы психологической защиты, которые используют члены семьи, можно свести к следующим:

- *Отрицание.* Ведут себя так, будто проблемы нет, что употребление вышло из-под контроля. Действия, которые с точки зрения стороннего наблюдателя свидетельствуют о злоупотреблении алкоголем и наркотиками, в кругу семьи считаются нормальными.

- *Минимизация.* Если проблема и признается, то ее важность недооценивается, т.к. есть оправдания (например, стресс на работе, экономические проблемы в стране и т.д.).
- *Перекалывание ответственности на других людей.* Причина зависимости видится в других людях («плохой начальник», «сварливая жена или теща», «неуправляемые дети», «плохие друзья» и т.д.). От родителей подростков, страдающих зависимостью, часто можно услышать, что «мой ребенок хороший, во всем виновата компания, дискотеки, школа и т.д.»

Характерное распределение ролей в семье злоупотребляющих алкоголем и наркотическими веществами также действует как защитный механизм. Целью такого ролевого поведения является попытка создания хрупкой гармонии в семье. Возможна эволюция и изменение ролей в семье среди ее членов с течением времени и по мере развития болезни у зависимого. Роли в семье людей с химической зависимостью распределяются следующим образом:

- *Злоупотребляющий* - центральная фигура в семейной драме. Его поведение определяет распределение остальных ролей.
- *Главный исполнитель* «прикрывает» злоупотребляющего. Берет на себя обязанности злоупотребляющего, пытается контролировать и скрывает его неблагоприятное поведение. Со стороны может казаться сильным и ответственным, но на самом деле может не уделять внимания своим нуждам и нуждам.
- *Семейный герой* - трудоголик и гордость семьи. Пытается уйти от семейных проблем. Может выполнять обязанности исполнителя.
- *Козел отпущения* впадает в гнев, чтобы отвлечь внимание от действий злоупотребляющего, который оправдывает свое поведение действиями козла отпущения. Ими часто бывают престарелые родители, а также дети, имеющие высокий риск получения травм из-за своего рискованного поведения.
- *Заброшенный ребенок* - о нем забыли, пока решают свои проблемы. Предоставлен сам себе, испытывает трудности в общении.
- *Семейный клоун* пытается отвлечь внимание от злоупотребляющего и скрывает свои переживания при помощи юмора. Обычно самый младший ребенок в семье.

Впоследствии «герой» может стать трудоголиком, «козел отпущения» – изгоем общества, «потерянный ребенок» – заболеть депрессией, а «семейный клоун» – остаться шутком, которого никто не воспринимает всерьез.

Поведение человека, страдающего химической зависимостью, неизбежно приводит к пренебрежению родительскими обязанностями и обнищанию семьи. Семейные ресурсы (пища, деньги, жилище, время) используются на приобретение алкоголя и наркотиков. Ниже приведены некоторые примеры того, как происходит обнищание семьи:

- *Пища:* многие зависимые тратят деньги, предназначенные для покупки продуктов питания. На Западе они продают на «черном» рынке месячный набор продуктовых карточек. В России получило распространение продажа импортных детских смесей, которые родители бесплатно получают в поликлиниках. В результате нерегулярное и некачественное питание детей способствует приобщению их к алкоголю и наркотикам в будущем.
- *Деньги* родителями сперва тратятся «лишние», затем на наркотики и алкоголь уходят все сбережения, вся зарплата и наконец все средства от любого дохода. Постепенно все представляющее хоть какую-нибудь ценность продается из дома.
- *Ухудшение жилищных условий* - обмен и продажа квартир родителями, чтобы выручить деньги для покупки алкоголя и наркотиков.
- *Время.* Дети не занимаются, они брошены на произвол судьбы, т.к. родители почти все время находятся либо в состоянии интоксикации, либо в поисках очередной дозы.

Результатом цепочки происшедших событий, как правило, бывает распад семьи аддикта. Дети получают воспитание в специализированных учреждениях или, в лучшем случае, в неполных семьях или у приемных родителей.

Выше уже говорилось, что родственники больных алкоголизмом и наркоманиями страдают серьезными психологическими проблемами. В данном разделе мы подробно остановимся на этих проблемах, которые в последнее время принято называть созависимостью.

Важность исследования данной проблемы состоит не только в том, что человек, имеющий созависимость, страдает сам. Дело в том, что его поведение может причинять существенные неудобства живущим с ним людям и даже являться причиной рецидива химической зависимости у больного. Действительно, часто видя причину рецидива «в возвращении в привычную среду», нередко упускается из виду, что это внутри-семейная среда. И эта семейная среда требует своей терапии: помощь необходима не только больному, но и родственникам.

В семьях химически зависимых людей возникают особого типа внутрисемейные отношения, описываемые понятием «созависимость». Данное понятие используется как для характеристики внутрисемейных отношений в целом, так и для описания психического состояния отдельных членов семьи (созависимых).

Р.Сабби определяет созависимость как эмоциональное, психологическое и поведенческое состояние, возникающее в результате того, что человек длительное время подвергается воздействию угнетающих правил - правил, которые препятствовали открытому выражению чувств, а также открытому обсуждению личностных и межличностных проблем.

Э.Ларсен определяет созависимость как выученный набор поведенческих форм и дефектов характера самопораженческого свойства, который приводит к снижению способности инициировать и участвовать в любовных взаимоотношениях. М. Битти считает, что созависимый человек - это тот, кто позволил поведению другого сильно воздействовать на него или нее и кто одержим попытками контролировать поведение того человека.

С.В.Березин и соавторы (Предупреждение подростковой..., 2000) считают, нельзя однозначно ответить на вопрос: является ли созависимость заболеванием или нет, поскольку она является многоуровневым феноменом со сложной детерминацией. И то, что на одном уровне может быть определено как болезнь, на другом уровне не является таковым. Т.о. созависимость - это защитная компенсаторная реакция на внутриличностный конфликт. Сторонами конфликта при этом выступают крайне противоречивые отношения со значимым человеком (значимыми людьми) и индивидуализированная система культурных норм, ценностей, предписаний и т.д. Созависимость при этом выражается в поведении, направленном на разрушение одной из сторон конфликта.

С.Б.Белогуров (1998) описывает созависимость как комплекс особых черт характера, мешающих нормальной и счастливой жизни, появляющийся у близких наркомана в результате постоянной психической травмы и попыток приспособиться к ней. К таким чертам относятся: неуверенность в своих силах и своей правоте; чувство вины за поведение ребенка, забота о нем в ущерб интересам других членов семьи; неискренность в отношениях с окружающими, усталость и истощаемость; тревожность, нервозность, обидчивость и раздражительность, в тяжелых случаях - нарушение способности рассуждать логически.

С точки зрения врача, созависимость - не только причина страданий матери, но и фактор, мешающий выздоровлению наркомана, Созависимость создает «экран», защищающий патологический образ жизни больного от требований реальности и от осоз-

нения им необходимости изменений, позволяя оставаться равнодушным и легкомысленным. С другой стороны, характерные для созависимого поведения родственников недоверие и недоброжелательность нередко провоцируют его на употребление наркотиков. Созависимость, можно сказать, «перекладывает» ответственность за его поведение на родителей и, соответственно, позволяет представить неудачи в лечении как промахи и ошибки окружающих.

Употребление подростком наркотиков приводит к развитию у родителей синдрома родительской реакции на наркоманию. В структуре данного синдрома наиболее отчетливо выражены: у матерей: фобия утраты ребенка, чувство вины, стыд, воспитательная неуверенность, проекция на ребенка собственных отвергаемых качеств; у отцов: эмоциональная и поведенческая неустойчивость, воспитательная неуверенность, отвержение ребенка, отвержение материнского стиля воспитания.

По данным С.В.Березина и соавт. (Предупреждение подростковой..., 2000), в 60% случаев у матерей формируется опекающая гиперпротекция и в 30% потворствующая гиперпротекция, что выступает как положительное подкрепление аддиктивного поведения. У отцов формируется неустойчивый стиль родительско-детских отношений, что в поведении часто проявляется как противоречивые воздействия, близкие к ситуации «двойного зажима».

Подобные взаимоотношения приводят к ухудшению отношений в супружеской паре, развивается острый кризис внутри брачной пары. В подавляющем большинстве семей это приводит к тому, что структура семьи стремительно меняется: мать и наркотизирующийся ребенок создают коалицию с жесткими, ригидными внешними границами и обостренными, максимально напряженными эмоциональными отношениями внутри. Брак в этом случае практически разрушается.

В.Д.Москаленко (2000) предложила следующее определение созависимости: «Созвисимый человек – это тот, кто полностью поглощен тем, чтобы управлять поведением другого человека, и совершенно не заботится об удовлетворении своих собственных жизненно важных потребностей».

Созависимыми являются:

- лица, находящиеся в браке или близких отношениях с больным химической зависимостью;
- лица, имеющие одного или обоих родителей страдающих химической зависимостью;
- лица, выросшие в эмоционально репрессивных семьях.

Как показали исследования, созависимые чаще всего происходят из т.н. дисфункциональных семей, где имели место либо зависимость, либо жестокое обращение. Воспитание в таких семьях подчинено жестким правилам: взрослые определяют что правильно, что нет; что делать ребенку, а что нет; воля ребенка должна быть сломлена; сами родители не имеют близких эмоциональных отношений. Такое воспитание формирует психологические особенности, которые впоследствии составят почву для возникновения созависимости.

Внешне выглядит парадоксальным, что дочери алкоголиков часто выбирают себе пьющих мужей, риск возникновения алкоголизма, у которых намного выше, чем в общей популяции. Второй брак у созависимых часто оказывается не лучше первого (Schuckit et al., 1994). Очевидно, что такой выбор делается ими неосознанно. Вероятно, в этом случае имеется бессознательный перенос отношений, которые сложились в дисфункциональной семье, в которой вырос человек, на новую, которую он создает.

Признаки дисфункциональной семьи (по В.Д. Москаленко):

- Отрицание проблемы и поддержание иллюзий
- Вакуум интимности
- Незыблемость правил и ролей
- Конфликтность во взаимоотношениях
- Недифференцированность «я» каждого члена («Если мама сердится, то сердятся все»)
- Границы личности либо смешаны, либо наглухо разделены невидимой стеной
- Все скрывают секрет семьи и поддерживают фасад псевдоблагополучия
- Склонность к полярности чувств и суждений
- Закрытость системы
- Абсолютизирование воли, контроля

Основными характеристиками созависимости (Москаленко, 2000, 20021) отличаются разнообразием и касаются всех сторон психической деятельности, мировоззрения, поведения человека, его системы ценностей, а также физического здоровья. К ним относятся:

- *Низкая самооценка.* Созависимые полностью зависят от внешних оценок, от взаимоотношений с другими. При этом имеет своеобразная амбивалентность: они не перестают критиковать себя, но не переносят критику других. Compliments и похвала могут усилить чувство вины, но с другой стороны, у них может портиться настроение при отсутствии «словесного поглаживания»

(по Э. Берну) – мощной подпитки их самооценки. Они не верят, что могут быть любимыми и нужными, но своими действиями пытаются заработать любовь и внимание, чтобы стать незаменимыми. Низкая самооценка движет ими, когда они стремятся помогать другим. В их сознании доминируют императивы: «я должна», «ты должен» и т.д.

- *Непреодолимое желание контролировать все и вся.* Они верят, что все можно проконтролировать. Чем хуже ситуация дома – тем больше усилий прилагается по ее контролю. Только они «знают как надо» и не разрешают другим быть самим собой и протекать событиям естественным путем. Для контроля используются угрозы, принуждения, уговоры, советы; при этом подчеркивается беспомощность других. Невозможность все проконтролировать приводит либо к депрессии, либо к фрустрации, раздражению.
- *Желание заботится, спасать других.* С этим нередко связан и выбор специальности – врача, медсестры, психолога, педагога. Созависимые берут на себя ответственность за других и при этом остаются абсолютно безразличны в отношении собственного благополучия. Попытки спасти не удаются и тогда созависимые злятся на зависимого. Но они вновь пытаются «спасать», т.к. им это легче, чем переносить неразрешенные проблемы. Поскольку созависимые не распознают моменты, когда им действительно надо быть спасателями, то будут постоянно позволять другим ставить себя в положение жертвы. Иными словами, созависимый попеременно находится в одной из ролей: спасателя – преследователя – жертвы. При переходе из одной роли в другую будут возникать бурные эмоциональные реакции.
- *Нарушения в эмоциональной сфере.* Многие поступки созависимого мотивированы страхом, который является основой возникновения любой зависимости. Страх сковывает свободу выбора. Кроме страха доминируют такие эмоции как тревога, стыд, чувство вины, депрессия, негодование и ярость. При этом на фоне постоянного стресса повышается переносимость отрицательных эмоций. На этом фоне могут развиваться деперсонализационные переживания в виде «снижения и утраты чувств». В этом плане, созависимость – это отказ от себя.
- *Отрицание* – наиболее частая форма психической защиты созависимых (хотя встречаются и другие: рационализация, минимизация, вытеснение, забывание). Они склонны игнорировать проблемы или делать вид, что ничего не происходит, обманывать себя. Отрицание помогает жить в мире иллюзий,

поскольку правда слишком болезненна. Естественно, что отрицаются и сами признаки созависимости.

- *Психосоматические заболевания* – язвенная болезнь, бронхиальная астма, нейроциркуляторная дистония, нейродермит, кардиалгии с нарушениями сердечного ритма – развиваются в результате постоянного стресса, в условиях которого живут созависимые. Их появление свидетельствует о прогрессировании созависимости. Более того, риск возникновения алкоголизма или токсикомании у них самих оказывается существенно выше.

С точки зрения психиатра, созависимость в большей степени отвечает критериям патологического развития личности. Часть исследователей полагает, что созависимость является таким же заболеванием, как и зависимость. Для того чтобы лучше понять данное явление целесообразно сравнить его с зависимостью (Таблица 1).

Таблица 1. Основные проявления зависимости и созависимости.

ПРОЯВЛЕНИЯ СОЗАВИСИМОСТИ	ПРОЯВЛЕНИЯ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ
Обсессивно-компульсивное мышление, когда речь идет о предмете зависимости	Психическая
Отрицание как форма психологической защиты	Физическая
Утрата контроля	Социальная

Очевидно, что все эти признаки встречаются при обоих состояниях, поскольку созависимость – это зеркальное отражение зависимости.

Таким образом, сходство обоих состояний заключается в следующем:

- Оба представляют собой первичное длительное, хроническое заболевание, а не симптомы другого заболевания. Имеют общие проявления;
- Наличие стойких механизмов психологической защиты, затрудняющих лечение;
- Приводят к постепенной физической, психической, эмоциональной и духовной деградации;
- При невмешательстве могут привести к преждевременной смерти;
- Жизнь протекает в условиях социальной изоляции;
- При выздоровлении требуют системного сдвига, как в физическом, так и психологическом плане.

В.Д. Москаленко (2002) выделяет четыре фазы течения созависимости:

1. Фаза озабоченности, когда отмечается:

- возникновение тревоги за больного с зависимостью;

- появляются «токсические эмоции» (ТЭ) - чувство стыда, вины, обиды, жалости к себе и т.д., которые становятся механизмами защиты для созависимого.
- отрицание проблемы с помощью использования ТЭ;
- повышение переносимости поведения зависимого и собственных ТЭ;
- появление «провалов в памяти».

II. Фаза самозащиты, при которой:

- перекручивание и отрицание ТЭ;
- концентрация своего внимания на больном члене семьи;
- защита больного;
- высокая терпимость к неподобающему поведению зависимого;
- ощущение своей ответственности за все семейные проблемы;
- учащение провалов в памяти;
- утрата контроля над своей жизнью и жизнью больного.

III. Фаза адаптации, когда отмечаются:

- чувство вины и стыда, сменяющееся жалостью к себе и гневом на зависимого;
- «идеальное» поведение;
- увеличение потребления ПАВ больным;
- приспособление к житейским неудобствам;
- концентрация всех действий на больном;
- появление альтруистических установок;
- переживание чувства непереносимой обиды;
- появление рассеянности;
- распад семьи;
- обращение за медицинской и психологической помощью;
- ощущение собственного поражения;
- появление критически низкой самооценки;
- бесконтрольное прибегание к ТЭ.

IV. Фаза истощения, когда:

- максимальная интенсивность ТЭ;
- полная утрата собственного достоинства;
- потеря терпимости;
- духовная деградация;
- появление тремора, страхов;

- выраженная тревога и депрессия, нередко с суицидальными мыслями.

Фаза истощения может привести созависмого к болезни и преждевременной смерти, либо стать отправной точной его физического и духовного выздоровления, что, впрочем, может начаться на любой фазе течения созависимости.

Алкоголизм и наркомания часто называют болезнями безответственности, поскольку больной не отвечает ни за последствия употребления, ни за разрушение своего здоровья, семьи и т.д. Созависимые лишь внешне производят впечатление сверхответственных людей. На самом деле они в равной степени безответственны к своему состоянию, своим потребностям, своему здоровью, родительским обязанностям.

Поскольку нормальные семейные отношения у больных химической зависимостью обычно рано или поздно рушатся, то в их среде распространено любопытное явление, с которым человечество эпизодически сталкивается на протяжении своей истории. Речь идет о создании квазисемей («семей наркоманов», по определению И.Н. Пятницкой (1994), которые в некотором смысле являются регрессом в социальной эволюции человека. Целями такой «семьи» являются наркотизация в наиболее безопасных условиях, облегчение добычи наркотиков. Такая квазисемья имеет «свой» дом в виде пустой квартиры, сарая, подвала, чердака, отдельного брошенного дома на окраине и т.д. В каждой «семье» имеются свои пути и способы добывания денег и наркотиков, свои иерархические отношения. В ней возможны и сексуальные отношения, часто в форме промискуитета, в том числе и гомосексуального. Как отмечают другие исследователи, в парах героиновых наркоманов часто употребляют наркотик вместе для усиления сексуальной активности (Lex, 1990). Со временем именно употребление наркотика, а не сексуальное влечение и другие, не связанные с наркотизацией общие интересы, становится основным фактором, определяющим отношения в таких «семьях» (Мохначев, 2001). Американские исследователи отмечают, что в семьях наркозависимых выявляется высокий уровень криминогенности и инфицированности ВИЧ (Barreras et al., 2005).

Следует обратить внимание еще на один, на наш взгляд, важный аспект социальных последствий химической зависимости – стигматизацию злоупотребляющих ПАВ. Стигматизация – это экстраполяция социально неприемлемых стереотипов на отдельных лиц и группы, вытеснением их из социума по ряду признаков. Стигматизация во многом связана с культуральными факторами, уровнем толерантности общества в целом, соблюдением деонтологических аспектов и т.д. Если проблема стигматизации психически больных достаточно широко обсуждается в литературе (см. Вугне,

2000; Crisp et al., 2000 и др.), то стигматизации наркологических больных посвящено значительно меньше исследований.

Среди пациентов наркологического профиля больше всего работ посвящено стигматизации при алкоголизме (Volinn, 1983), в частности при алкоголизме у женщин (Waterson, Ettorre, 1989). Как показали исследования, при алкоголизме женщины в большей степени подвержены стигматизации, чем мужчины (Blume, 1997; Wilsnack, Wilsnack, 2002); причем в наибольшей степени стигматизируются одинокие женщины (Kilty, 1975). Более того, именно со стигматизацией (бытовой, административной и самостигматизацией) во многом зависят особенности формирования, течения и исходы женского алкоголизма (Шайдукова, 1996). Как показали исследования Л.К. Шайдуковой (1994; 1996; 2005), последствия стигматизации проявляются у женщин в позднем обращении к специалистам, скрытом латентном течении заболевания, одиночных формах употребления алкоголя, использовании нестандартных каналов помощи и самопомощи. Кроме того, стигматизация проявляется сокрытием алкогольной симптоматики, преуменьшением ее глубины, что воспринимается окружающими как особый вариант лживости женщин алкоголиков.

Существенно меньше работ, посвящено стигматизации наркозависимых. Эта проблема стала обсуждаться в связи со стигматизацией ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, среди которых наркозависимые составляют высокий процент. Как и в случаях алкоголизма, женщины-наркоманки подвергаются большей стигматизации, чем мужчины (Waterson, Ettorre, 1989). Максимальной стигматизации подвергаются женщины наркоманки, зараженные ВИЧ или больные СПИДом. Эти женщины помимо постоянной бытовой и даже медицинской стигматизации подвержены самостигматизации: у них развито чувство вины, т.к. они ощущают неспособность выполнять роль матери, воспитательницы своих будущих и имеющихся детей (Lawless et al., 1996).

В значительной степени стигматизация наркологических больных связана не только с негативным отношением общества к ним, но и со старыми стереотипами, сложившимися в советской медицине, в целом, и психиатрии и наркологии, в частности.

Как справедливо замечает В.Е. Пелипас (2002), за пациентами наркологического профиля хотя и признается формально статус больного, но при этом предполагаются такие многочисленные оговорки и изъятия, которые ставят их по сравнению с соматическими, неврологическими и даже психически больными в положение двойственное и противоречивое. То есть они хоть и называются больными, но они как бы и не больные, поскольку, с точки зрения обывателя, сами виноваты в своей болезни. Более того, распространено мнение, что алкоголики и наркоманы еще и получают удовольствие от

своей болезни, т.к. несмотря на очевидные негативные последствия, продолжают употреблять ПАВ. Отсюда следует вывод, что они должны сами отвечать за свою «вину». Более того, к ним – «больным второго сорта» - можно не применять в полном объеме общемедицинских этических норм.

Таким образом, в основе стигматизации наркологических больных лежит феномен «общественной нарко-алкогольной анозогнозии» - явный или плохо скрытый отказ от признания химической зависимости болезнями в прямом смысле этого слова (Пелипас, 2002). К сожалению, этот феномен распространен, не только среди обывателей, но и среди врачей, в том числе врачей психиатров-наркологов. Во многом это связано с низким рейтингом наркологии как медицинской дисциплины, по сравнению с другими медицинскими специальностями и даже психиатрией. Отсюда и сложившийся стереотип, что наркологическая служба должна не столько лечить больных, сколько оберегать общество от них посредством учета, изоляции и ограничения в правах. Поразительно, но до сих пор из уст профессиональных наркологов приходится слышать сожаления по поводу закрытия лечебно-трудовых профилакториев (ЛТП) системы МВД, где асоциальные наркологические больные, не совершившие реального преступления, по решению суда изолировались от общества «для трудотерапии» на срок 1-2 года и, по существу, приравнивались к преступникам. Понятно, что эффективность такого «лечения» была нулевой. В этом смысле у многих профессионалов вызывает удивление предложения вновь узаконить принудительное лечение для наркологических больных.

Стигматизация наркологических больных априорно ставит их вне социума и таким образом косвенно подталкивает к тем социально негативным последствиям, которые были описаны выше. Для преодоления этого нужна длительная работа, прежде всего в самой медицинской среде, а затем и в обществе по реальному, а не на бумаге, восстановлению статуса и прав наркологического больного. Необходимо, чтобы сами врачи изменили укоренившиеся патерналистские подходы в отношениях с больными на истинно партнерские отношения. Несомненно, широкое привлечение специалистов из смежных областей (психологов, педагогов, социальных работников и др.) к процессу профилактики, лечения и реабилитации не только больных с химической зависимостью, но и с другими аддиктивными расстройствами поможет в решении этой трудной задачи.

Литература

Гурвич И.Н., Русанова М.М. Яковлева А.А., Пышкина Т.В. Коммерческая сексуальная эксплуатация несовершеннолетних в Санкт-Петербурге и Северо-Западном регионе России // Санкт-Петербург в зеркале социологии / Под ред. В.В. Козловского. - СПб., 2003. - С. 412 - 443.

Козлов А.А. Медицинские и социальные последствия наркоманий// Руководство по наркологии /Под ред. Н.Н. Иванца. М., Медпрактика-М, 2002. Т. 1. С. 367-384.

Козн Г., Флеминг Н.Ф., Глэттер К.А. и др. Эпидемиология употребления наркотических веществ// В кн. Наркология /Под ред. Фридмана Л.С., Флеминга Н.Ф., Робертса Д.Х., Хаймана С.Е. - М.; СПб.: "Бином"- "Невский диалект". 1998. С. 27-50.

Мохначев С.О. Героиновая наркомания у женщин: Автореф. дисс... канд. мед. наук. М., 2001. 26 с.

Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. М.: ПЕРСЭ, 2002. 335 с.

Москаленко В.Д. Созависимость при алкоголизме и наркомании (пособие для врачей, психологов и родственников больных). М.: Анахарсис. 2002. 112 с.

Москаленко В.Д. Созависимость: характеристики и практика преодоления // В кн: Лекции по наркологии. 2-е изд/ Под ред. Н.Н. Иванца. М., «Нолидж», 2000. С. 365-405.

Наркомания. Методические рекомендации по преодолению наркозависимости/ Под. ред. А.Н. Гаранского. М.: Лаборатория базовых знаний, 2000. 384 с.

Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. (ред.) Наркология. М.; СПб.: "Бином"- "Невский диалект", 1998. 318 с.

Реан А.А., Дандарова Ж.К., Прокофьева В.А. Социальное сиротство в современной России. Аналитический доклад. М.: Фонд развития социальных инноваций, 2002.

Россия в цифрах. Госкомстат России. М., 2002.

Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. М., Изд-во «Анахарсис». 2001. 208 с.

Пелипас В.Е. Этические аспекты наркологии// Руководство по наркологии /Под ред. Н.Н. Иванца. М., Медпрактика-М, 2002. Т. 2. С. 451-463.

Предупреждение подростковой и юношеской наркомании// Под. ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого, И.Б. Орешниковой. М., Изд-во Ин-та Психотерапии, 2000, 256 с.

Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. М., Медицина, 1994.

Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. М., Медицина. 2002. 256 с.

Шайдукова Л.К. Феномен «стигматизации» при женском алкоголизме // Современные проблемы психиатрии. Казань, 1994. С. 230-233.

Шайдукова Л.К. Особенности формирования и течения алкоголизма у женщин: Автореф. дисс...доктора мед. наук. М. 1996.

Шайдукова Л.К., Овсянников М.В. Феномен стигматизации в наркологической практике// Казанский медицинский журнал. 2005. №. 1. С. 55-58.

Шереги Ф.Э., Арефьев А.Л. Оценка наркоситуации в среде детей, подростков и молодежи. Доклад. М.: Изд-во «Оптим Групп», 2003. 87 с.

Шереги Ф.Э., Арефьев А.Л., Вострокнутов Н.В., Зайцев С.Б., Никифоров Б.А. Девияция подростков и молодежи: алкоголизация, наркотизация, проституция. М., 2001.

Aral S.O., St. Lawrence J.S., Dyatlov R., Kozlov A. Commercial sex work, drug use, and sexually transmitted infections in St. Petersburg, Russia// Social Science and Medicine. 2005 May. V. 60. N 10. P. 2181-2190.

Barreras R.E., Drucker E.M., Rosenthal D. The concentration of substance use, criminal justice involvement, and HIV/AIDS in the families of drug offenders// J. Urban. Health. 2005 Mar. V. 82. N 1. P. 162-170.

Blume S.B. Women and alcohol: Issues in social policy. //In: Wilsnack, R.W., and Wilsnack, S.C., eds. Gender and Alcohol: Individual and Social Perspectives. - New Brunswick, NJ, Rutgers Center of Alcohol Studies. 1997. P. 462-489.

Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it// Advances in Psychiatric Treatment. 2000. V. 6. P. 65-72

Crisp A.H., Gelder G., Rix S., Meltzer H.I., Rowlands O.J. Stigmatisation of people with mental illnesses// The British Journal of Psychiatry. 2000. V. 177. P. 4-7.

Kilty K.M. Attitudes toward alcohol and alcoholism among professionals and nonprofessionals// J. Stud. Alc. 1975. V. 36. P. 327-347.

Kuyper L.M., Lampinen T.M., Li K., Spittal P.M., Hogg R.S., Schechter M.T., Wood E. Factors associated with sex trade involvement among male participants in a prospective study of injection drug users// Sex Transm. Infect. 2004 Dec. V. 80. N 6. P. 531-535.

Lawless S., Kippax S., Crawford J. Dirty, diseased and undeserving: the positioning of HIV positive women// Soc. Sci. Med. 1996 Nov. V. 43. N 9. P. 1371-1377.

Gmel G., Rehm J. Harmful alcohol use// Alcohol. Res. Health. 2003. V. 27. N 1. P. 52-62.

Hingson R., Winter M. Epidemiology and consequences of drinking and driving// Alcohol. Res. Health. 2003. V. 27. N 1. P. 63-78.

Ishoy T., Ishoy P.L., Olsen L.R. [Street prostitution and drug addiction]// Ugeskr Laeger. 2005 Sep. V. 167. N 39. P 3692-3696 [Article in Danish].

Lex B.W. Male Heroin Addicts and Their Female Mates: Impact on Disorder and Recovery// J. Subst. Abuse. 1990. V. 2. N. 2. P.147–175.

Schuckit M.A., Tipp J.E., Kelner E. Are daughters of alcoholics more likely to marry alcoholics?// Am J Drug Alcohol Abuse. - 1994. - V. 20. - N 2. - P. 237-245.

Volinn I.J. Health professionals as stigmatizers and destigmatizers of diseases: Alcoholism and leprosy as examples// Social Science and Medicine. 1983. V. 17. N 7. P. 385-393.

Waterson J., Ettorre B. Providing services for women with difficulties with alcohol or other drugs: the current U.K. situation as seen by women practioners, researchers and policy makers in the field// Drug and Alcohol Dependence. 1989 Oct. V. 24. N 2. P. 119-125

Wilsnack S.C., Wilsnack R.W. International gender and alcohol research: recent findings and future directions// Alcohol Res. Health. 2002. V. 26. N 4. P. 245-250.

*Яцышин С. М., к.п.н.,
заместитель директора Реабилитационного центра для наркозависимых
несовершеннолетних Фонда «За здоровое поколение на пороге XXI века»*

*Микляева А.В., к.п.н.,
доцент кафедры психологии человека РГПУ им. А.И. Герцена*

Теоретические основы работы с созависимыми

Введение

Злоупотребление наркотиками, алкоголем и другими психоактивными веществами в настоящее время является одной из глобальных мировых проблем. В России на протяжении последнего десятилетия отмечается рост наркомании. Большинство потребителей наркотиков и больных наркоманиями составляют подростки и молодежь.

Наркозависимость представляет собой, по сути, междисциплинарную проблему: медицинскую, педагогическую, психологическую, социальную. Это в значительной степени объясняется ее сложностью и многоплановостью, разнообразием причин и последствий как для самого наркозависимого, так и для окружающих его людей и общества в целом.

Необходимость изучения влияния наркозависимости человека на его близких сегодня признается практически всеми исследователями, поскольку именно эти взаимоотношения могут стать мощным позитивным или негативным фактором для реабилитации наркозависимого и регулировать ее процесс. Однако для отечественной психологии эта проблема является относительно новой, и при ее изучении обычно опираются на западные традиции исследования созависимости (Brickman A. L., Dakof G. A., Demarsh J., Elkin M., Forehand R., Heath A. W., Kaufman E., Kaufman P., Kooyman M., Kumpfer K. L., Liddle H. A., McMahon R. J., Mercer R. T., Perez V. D., Reid J. B., Stanton M. D., Szapocznik J., Weidman A. A., Wills T. A. и т.п.). Созависимость обычно определяется через описания наиболее значимых и универсальных проявлений этого феномена, не дающих, однако, возможности эксплицировать механизмы его функционирования.

На основе анализа литературы и собственного опыта работы по оказанию психологической помощи родителям наркозависимых, мы считаем, что изучение созависимости должно включать в себя различные аспекты трансформации личности созависимого, среди которых целесообразно выделить: изменение системы его отношений к наркозависимому, самому себе и своей жизни, перестройку жизненных целей, ценностных ориентаций и распределения ответственности. При этом созависимость не явля-

ется однозначно негативным состоянием, поскольку она, по сути, представляет собой форму адаптации личности родителя к мощному стрессору – известию о наркозависимости ребенка. Она лишь предполагает изменение жизненного «фокуса», концентрацию жизни вокруг наркозависимого человека и проблемы его наркозависимости.

В нашей работе созависимость определяется как трансформация ценностно-смысловой сферы личности, вызванная устойчивым измененным отношением к наркозависимому и опосредующая все жизненные отношения созависимого, прежде всего самоотношение и отношение к собственной жизни.

В отечественной психологии в качестве внутриличностного, субъективного аспекта, определяющего отношения человека к миру и к самому себе, рассматривается ценностно-смысловая сфера (Братусь Б. С., Леонтьев А. Н., Леонтьев Д. А., Пантилеев Р. С., Столин В. В. и т.п.). Соответственно, в основе изменения отношений человека лежит изменение его ценностно-смысловой сферы. Анализ теоретических исследований в данной области позволяет условно выделить две составляющие функционирования ценностно-смысловой сферы личности родителей наркозависимых: локализованные в рамках стрессора изменения образа «Я» и образа ребенка; более широкие изменения, происходящие в ценностно-смысловой сфере: изменение осмысленности жизни, изменение жизненных целей, изменение ценностных ориентаций, изменение распределения ответственности.

Созависимость как измененная система отношений личности

Для разработки понятия созависимости как феномена изменения ценностно-смысловой сферы личности близкого человека (в нашем случае – родителя) наркозависимого необходимо определиться с содержанием термина «зависимость».

Согласно словарю С.А. Ожегова, «зависимость» может пониматься двояко: 1) как отношение одного явления к другому как причина к следствию и 2) как подчинение, отсутствие самостоятельности и свободы. При этом приставка «со-» указывает на совместность, сочетанность действия, состояний.

В психологии понятие «зависимость» (и его аналог, применяемый для характеристики взаимодействия людей – «созависимость») используется для обозначения достаточно широкого круга явлений, в частности для:

- физической и психологической зависимости, связанной с употреблением психоактивных веществ [Кулаков С. А., 1998; Меньшикова Е. С., 1980];
- личностного образования, проявляющегося в амбивалентности отношений к партнеру, сопровождающееся эмоциональной напряженностью – собственно психологической зависимости [Макушина О. П., 2001];

- зависимости индивида от социальной группы – социальной зависимости [Петровский А. В., Шпалинский В. В., 1978];
- зависимости как феномена межличностных отношений в диаде (триаде), в основе которых лежит сниженная способность к самостоятельному поведению [Кричевский Р. Л., Дубовская Е. М., 1991].

В контексте нашего исследования созависимость необходимо понимать как феномен межличностных отношений. Однако внутриличностным субъективным аспектом межличностных отношений является их субъективное отражение субъектом, а также интрапсихологические детерминанты их формирования.

При разработке этого понятия также необходимо учитывать, что взаимоотношения, формирующиеся у родителей с наркозависимым, развиваются в такой жизненной ситуации, которую можно назвать «хронически» стрессогенной, поскольку стрессор (наркотизация ребенка) не исчезает.

Интерес к семье как среде, в которой возникает и развивается феномен наркозависимости ребенка, возник довольно давно. Первоначально семья стала предметом пристального внимания западных психотерапевтов, работающих с наркозависимой молодежью. Семейно-ориентированные вмешательства имеют более чем сорокалетнюю историю [Blum R. H., 1972; Hirsch R., 1961; Kaufman E., Kaufman P., 1974; Stanton M. D., 1979 и т.п.]. В России это направление является относительно молодым [Березин С. В., 2001; Битенский В. С., Личко А. Е., Херсонский Б. Г., 1991; Воеводин И. В., 2000; Данилин А. Г., Данилина И. В., 2000; Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2000; Кулаков С. А., 1998; Москаленко В. Д., 1992 и т.п.].

Несмотря на различия в общеметодологических подходах, все практико-ориентированные и теоретические исследования семьи в контексте проблем наркозависимости ребенка опираются на два фундаментальных положения:

- семья играет важную роль, связанную с созданием условий для обращения ее членов к употреблению наркотиков;
- семья и отношения в семье оказывают влияние на реабилитацию наркозависимого.

К настоящему моменту большинство отечественных и зарубежных исследований посвящено семье как причине наркозависимости ребенка [Абрамова А. В., 1998; Битенский В. Г., Личко А. Е., Херсонский Б. Г., 1991; Гущина В. Н., 1999; Птичкина Е. Л., 2001; Сидоров П. И., 1991; Эйдемиллер Э. Г., Кулаков С. А., Чересмин О. В., 1991; Hawkins J. D., Catalano R. F., 1992; Reid J. B., 1993; Stanton M. D., 1979 и т.п.]. Были выделены факторы семейного риска наркотизации ребенка, основанные на предположе-

нии о том, что «ребенок» - это не возрастная, а внешне обусловленная (в данном случае – семейно-структурнообусловленная) категория [Слободчиков В. И., 1991].

Выделенные факторы риска наркотизации ребенка можно условно классифицировать на «психологические» (негармоничное семейное воспитание), «социальные» (влияние микро и макросоциального окружения) и «генетические» (генетическая предрасположенность к формированию зависимости). Условность подобной классификации, на наш взгляд, в том, что группы факторов, определенных как «генетические» и «социальные», также несут в себе большую психологическую нагрузку, связанную с нарушением социально-психологической атмосферы в семье. Тем не менее, можно выделить следующие группы этих факторов:

1. Негармоничное семейное воспитание:

- гиперпротекция [Алешкин Н. И., 2001; Березин С. В., Лисецкий К. С., Мотынга И. А., 1997; Личко А. Е., 1985; Щекотилова Е. В., 2001; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999 и т.п.];
- симбиотические связи с ребенком (прежде всего материнские), которые препятствуют взрослению и индивидуализации ребенка [Курек Н. С., 1997; Ларионов А. В., 1997; Самоукина Н. В., 2000; Эйдемиллер Э. Г., Кулаков С. А., Чересмин О. В., 1991 и т.п.];
- гипопротекция [Алешкин Н. И., 2001; Березин С. В., Лисецкий К. С., Мотынга И. А., 1997; Личко А. Е., 1985; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999 и т.п.];
- непоследовательность, высокая амплитуда колебаний взаимоотношений между членами семьи от психологического принятия до эмоционального отвержения друг друга, имеющая следствием ослабление социальной адаптации [Алешкин Н. И., 2001; Березин С. В., Лисецкий К. С., Мотынга И. А., 1997; Горьковская И. А., 1994; Личко А. Е., 1985; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999 и т.п.];
- эмоциональное отвержение родителями [Алешкин Н. И., 2001; Личко А. Е., 1985; Ханиган П., 1999 и т.п.];
- жестокое обращение с ребенком [Алешкин Н. И., 2001; Березин С. В., Лисецкий К. С., Мотынга И. А., 1997; Личко А. Е., 1985; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999; Botvin G. J., 1986 и т.п.];
- неблагоприятный социально-психологический климат в семье [Березин С. В., Лисецкий К. С., Мотынга И. А., 1997 и т.п.];

2. Нарушения семейной структуры:

- семейные дисфункции, которые препятствуют выполнению функций семьи как института социализации ребенка [Воеводин И. В., 2000; Кауфманн Э., 2000; Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В., 1999; Newcomb M. D., 1992 и т.п.];
- ригидная, псевдосолидарная семья (доминирование одного из членов семьи, жесткая регламентация семейной жизни) [Березин С. В., Лисецкий К. С., Мотынга И. А., 1997 и т.п.];
- неполная или распавшаяся семья [Ларионов А. В., 1997; Ханиган П., 1999 и т.п.];

3. Зависимости у других членов семьи:

- различные зависимости родителей, генетическая предрасположенность членов семьи к злоупотреблению наркотическими веществами [Березин С. В., Лисецкий К. С., Мотынга И. А., 1997; Hawkins J. D., Catalano R. F., 1992 и т.п.].

В исследовании И. В. Воеводина [2000] показано, что основными семейными факторами риска наркотизации ребенка являются негармоничные условия воспитания (57 %) и нарушенная семейная структура (37 %), которые порождают конфликтность взаимоотношений между членами семьи (57 %). Аналогичные данные получены С. Б. Ваисовым [2001]: в 85 % семей существует разобщенность ее членов, т.е. слабая эмоциональная взаимосвязь между подсистемами семьи в сочетании с жесткими внутрисемейными границами; в 70 % семей складывается хаотичная семейная структура. Таким образом, на первое место по степени значимости очевидно выходят факторы, связанные с внутрисемейными отношениями.

В целом можно говорить о том, что злоупотребление наркотиками рассматривается специалистами как следствие деструктивных тенденций, которые существуют в определенном социально-психологическом контексте ребенка. Поэтому Э. Г. Эйдемиллер, С. А. Кулаков и О. В. Чересмин [1991], рассматривая часто применяемый к проблеме наркотизации термин «саморазрушающее поведение», отмечают его некорректность. Если в основе саморазрушающего поведения лежит нарушение иерархии связей между элементами, подсистемами личности ребенка, которое в свою очередь возникло под влиянием инерционных деструктивных тенденций микросоциума, то корень «сам-» отражает не активность в выборе формы реагирования, а лишь субъективизацию пассивной патологической реакции.

Нам представляется чрезвычайно важным, что исследования семейных факторов риска наркотизации ребенка проводятся преимущественно на материале тех семей, которые взаимодействуют с наркозависимыми детьми. Следовательно, функцио-

нирование этих семей уже в определенной мере обусловлено наркотизацией ребенка, хотя многие описываемые тенденции, вероятно, существовали в семье и ранее. Поэтому возникает закономерный вопрос: в полной ли мере выделенные факторы риска являются причиной формирования наркотической зависимости ребенка, или они в равной степени описывают семейные изменения как реакцию на нее? Вероятно, на материале «наркотизированных» семей такое разграничение произвести невозможно. Точно так же, исследуя семьи, не столкнувшиеся с подобной проблемой, описывать факторы риска можно лишь предположительно. Соответственно, описанные выше результаты исследований можно в определенной степени распространить и на характеристики особенностей «наркотизированного» внутрисемейного взаимодействия.

Наркотизация ребенка как фактор изменения внутрисемейных отношений

Проблема изменений отношений в семье в связи с фактом наркотизации одного из ее членов первоначально являлась предметом изучения психотерапевтов (преимущественно западных), работающих с зависимостями. В отечественной психологии этот предмет исследуется сравнительно недавно. Однако в традициях российской психологической науки существуют отдельные направления исследований, которые могут быть положены в основу построения модели изменения внутрисемейных отношений под влиянием факта наркотизации ребенка.

К таким направлениям, прежде всего, относятся исследования, посвященные влиянию аномального ребенка на функционирование семьи.

Основы этих исследований заложены В. Н. Мясищевым [1961], который подчеркивал роль неправильного воспитания в формировании личности больного ребенка, оказывающего влияние на восстановление его здоровья.

В дальнейшем были проведены различные исследования, касающиеся воздействия фактора «аномальности» ребенка на семью. Эти исследования проводились на модели семей, воспитывающих детей с врожденными и приобретенными хроническими соматическими заболеваниями, умственной отсталостью, задержками психического развития различного генеза. Было показано, что аномальный ребенок (независимо от возраста и характера заболевания – врожденного или приобретенного) вносит дестабилизацию в семейную систему, нарушает структуру внутрисемейных взаимоотношений. Формирующийся неблагоприятный социально-психологический климат в семье снижает эффективность лечения ребенка.

Наркотическая зависимость ребенка, понимаемая как комплексное медико-психо-социальное заболевание, также является аномалией, и вносит аналогичные из-

менения в функционирование семьи, которые, в свою очередь, начинают создавать препятствия на пути реабилитации ребенка. Это с очевидностью показано в зарубежных, а в последние годы и в отечественных исследованиях.

Зарубежные семейно-ориентированные подходы исследуют наркозависимость человека как проблему целой экосистемы. Даже при том, что наркозависимость представляет собой индивидуальное поведение, она возникает и существует в целостном семейном контексте, который во многом определяет его характер и проявления.

В западной литературе проявления феномена «наркотизированной» семьи раскрываются с позиций той или иной психологической концепции, лежащей в основе соответствующего психотерапевтического подхода:

- терапевтические модели, основанные на бихевиоральном подходе к описанию функционирования семьи, подчеркивают значимость заключения контракта, навыков управления семьей, воспитания, построения отношений и т.д. [Alexander J. F., Parsons B. V. 1973; Bry B. H., 1988; Jessor R, Jessor S. L., 1977 и т.п.];
- модели, основанные на структурном подходе [Минухин С., Фишман Ч., 1998], направлены на изучение и изменение способов взаимодействия, которые существуют в семье, осмысление проблемы в условиях структуры семьи в прошлом и настоящем [Stanton M. D. и др., 1982; Szapocznik J., Perez V. D., Brickman A. L., 1988 и т.п.];
- интегративные (системные) модели являются третьей разновидностью современных семейно-ориентированных подходов к проблеме психологической помощи наркозависимым [Витакер К., Бамберри В., 1997; Сатир В., 1999]. В качестве основной цели терапии рассматриваются оценка и вмешательство в систему семейных влияний, которые способствуют употреблению наркотика [Brook J. S., и др., 1989; Coyne J., Liddle H. A., 1992; Demarsh J., Kumpfer K. L., 1986; McMahon R. J., Forehand R., 1984 и т.п.].

В западных исследованиях часто освещается фактическая стадийность изменения внутрисемейных отношений. Так, В. Е. Mares, R. A. Johnson, K. R. Sandler [1984], обобщая полученные их предшественниками результаты, выделяют два этапа изменения семейной системы. На начальном этапе члены семьи стараются замаскировать факт или не придают ему особого значения. Семья нередко живет в состоянии эмоционального замешательства, сопряженного с чувством вины, ущерба, гнева и фрустрации. Со временем постепенно растет состояние ненадежности, изолированности от

внешнего мира, снижается самооценка членов семьи, страдает чувство собственного достоинства.

Лейтмотивом упомянутых работ можно назвать изучение влияния наркотической зависимости одного из членов семьи на ее функционирование в целом: семья всегда определенным образом изменяется под влиянием известия о наркотизации ребенка. Согласно теории об изменении семейной системы, существует четыре типа изменений в семье больного с химической зависимостью. Каждый тип, в реальности, характеризует нарушение отношений семьи внутри самой себя или с окружающим миром:

- функциональная семейная система; семейные конфликты в этом случае не наблюдаются, основной конфликт – с окружающим миром;
- система семьи с «невротическим оттенком»; в таких семьях существование химически зависимого человека нарушает взаимоотношения, изменяя ролевые модели поведения;
- дезинтегрированная семейная система; она характеризуется прогрессирующим ухудшением семейных отношений, нестабильностью и даже разрушением семьи;
- несуществующая семейная система, т.е. полная потеря семьи.

К настоящему времени опубликован ряд отечественных исследований, посвященных проблеме влияния наркотизации одного из членов семьи на ее функционирование [Городнова М. Ю., 2002; Дудко Т. Н., 2001; Черников В. Н., 1991 и т.п.]. В большинстве случаев они так же, как и рассмотренные выше зарубежные подходы, описывают феноменологию реакций семьи, столкнувшейся с подобной проблемой. В то же время, в отечественных исследованиях более выражен аспект изучения динамики изменения семейной системы на различных этапах наркотизации ребенка - изменений системы отношений, ролей и функций членов семьи в различных жизненных ситуациях.

С. В. Березин, К. С. Лисецкий и И. А. Мотынга [1997] выделяют ряд взаимосвязанных этапов динамики отношений в семьях наркозависимых:

- стадия латентной наркотизации (до момента обнаружения факта наркотизации);
- стадия «открытой» наркотизации (до момента обращения за профессиональной помощью);
- стадия лечения и реабилитации.

Т. Н. Дудко [2001] рассматривает психологическое содержание отдельных этапов изменения функционирования семьи, которая столкнулась с проблемой наркотизации ребенка.

Аффективно-шоковый период. В настоящее время родители достаточно осведомлены о драматичности взаимоотношений человека с наркотиком, поэтому в ответ на факт наркотизации ребенка у родителей, как правило, развивается реакция по типу "эмоционального шока", которая сразу делает внутрисемейные отношения "родитель-ребенок" – особыми отношениями. Принципиально важно, что после перехода наркотизации из латентного состояния семейные отношения резко акцентируются. В них нарастает конфликтность с непоследовательностью установок к ребенку, т.е. отношения принимают кризисный характер. На этой стадии родители могут драматизировать ситуацию, что сопровождается страхом потери ребенка, могут реагировать чувством растерянности, вины, что сопровождается формированием у членов семьи новых семейных ролей – «виновника», «жертвы». Это усугубляется дефицитом информации о том, как действовать в подобной ситуации, куда обращаться за помощью, с кем обсудить возникшую проблему.

Период родительского гиперконтроля и оппозиционного противостояния наркотикующегося ребенка и родителей. Для этого периода, с одной стороны, типично стремление родителей к установлению максимального контроля за ребенком, его контактами. С другой стороны, ребенок начинает бравировать пренебрежением требований родных или дает неоднократные обещания прекратить употребление наркотиков, но каждый раз находит "объективные" причины, в силу которых возобновляет прием. На короткий период времени внутрисемейный гиперконтроль может оказывать сдерживающее влияние. Однако его несостоятельность быстро выявляется, так как родители ставят перед собой в действительности нереальную цель. Поэтому родители вынуждены ужесточать меры контроля, ограничивать поведение ребенка и терпят на этом пути поражение, так как такая установка вызывает одно стремление – избавиться от контроля любыми средствами и путями, включая обман, манипулирование чувствами и отношениями.

Период «поляризации конфликтных отношений» и фактического ухода наркотикующегося ребенка из семьи. Эта стадия развивается в связи с повторяющимися срывами после неоднократных попыток оказания психологической помощи или лечения. Происходит своеобразная капитуляция родителей, нарастает отчуждение, которое сопровождается активной неприязнью членов семьи друг к другу и выражается стойкими конфликтами и раздражением. Возрастает склонность к аффектам, обвинительным реакциям, выраженная фиксация «фокуса жизни» на семейной ситуации с уходом от обсуждения реальных проблем.

В целом, можно сделать вывод о том, что в зарубежных и отечественных подходах к проблеме наркомании акцентируется тот факт, что наркотизация ребенка различным образом, но в любом случае оказывает влияние на систему отношений как внутри семьи, так и в ее внешних контактах. Причины нарушения системы внутри- и внесемейных отношений исследователи находят во внутриличностных конфликтах членов семьи, появляющихся как реакция на наркотизацию ребенка. Эти феномены являются системообразующими в различных определениях созависимости.

Созависимость как измененная система отношений

Понятие «созависимость» используется в разнообразных отечественных и зарубежных исследованиях влияния наркотизации одного из членов семьи на внутрисемейное взаимодействие. Его применение, по всей вероятности, обусловлено очевидностью того факта, что химическая зависимость близкого человека (в частности, ребенка), оказывает влияние на личность и поведение других людей, которых определяют как «созависимых».

подавляющее большинство различных определений «созависимости» или родственных ей понятий носит описательный характер.

В ряде определений созависимость рассматривается как состояние, близкое по своей сути к болезни. Так, S. Wegscheider-Cruse [цит. по: Москаленко В. Д., 1992] определяет созависимость как постоянную концентрацию мыслей на ком-то или на чем-то и зависимость (эмоциональную, социальную, иногда физическую) от человека или объекта, подчеркивая ее болезненный характер. В некоторых исследованиях созависимость рассматривается как полный аналог химической зависимости близкого человека. В частности, Л. К. Шайдукова [2000] считает созависимость совместной психологической зависимостью от наркологических проблем в семьях, страдающих алкоголизмом, наркоманиями и другими болезненными пристрастиями.

В. Д. Москаленко [1992] указывает на признаки, объединяющие созависимость и химическую зависимость:

- и то, и другое представляет собой первичное заболевание;
- и то, и другое приводит к постепенной, психической, эмоциональной, физической и духовной деградации;
- в обеих ситуациях невмешательство может привести к преждевременной смерти;
- и в том, и в другом случае выздоровление требует системного сдвига как в физическом, так и в психологическом состоянии человека.

В других определениях созависимости придается статус сугубо психологического явления. S. Smolley [цит. по: Москаленко В. Д., 1992] в качестве основного признака созависимости акцентирует нарушения личностной идентичности, характерные для созависимого человека. Созависимость понимается в этом случае как набор усвоенных форм поведения, чувств и верований, зависимость от людей и явлений внешнего окружения, сопровождающаяся такой степенью невнимания к себе, которая почти не оставляет возможностей для самоидентификации.

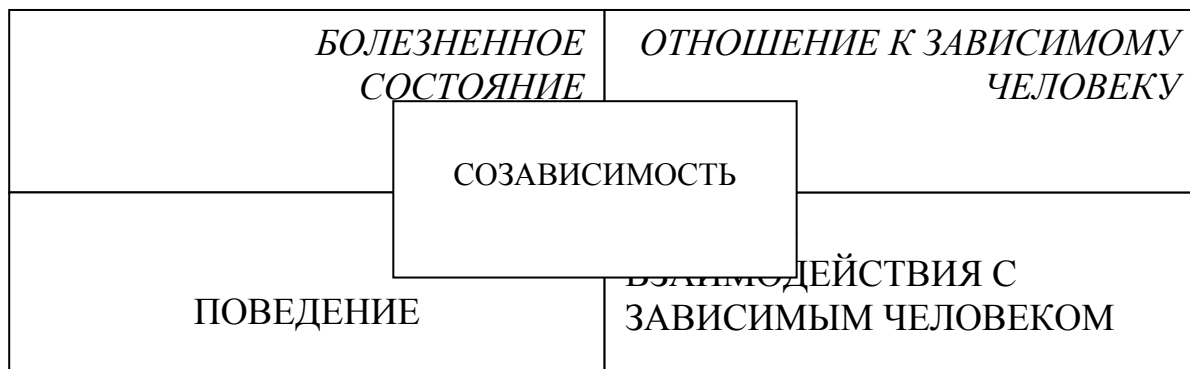
Целый ряд определений строится на социально-психологическом аспекте созависимости, отражающем формирование особого типа межличностных отношений. В этом контексте созависимость может пониматься как эмоциональное и поведенческое состояние, развивающееся в результате длительной подверженности стрессу и использования набора подавляющих правил, запрещающих открытое выражение чувств и прямое обсуждение межличностных проблем [Сабби Р., цит. по: Москаленко В. Д., 1992; Шилова К. В., 2002]; как выученный набор поведенческих форм и дефектов характера самопораженческого свойства, который приводит к снижению способности инициировать и участвовать в любых взаимоотношениях [Ларенс Э., цит. по: Литвинова Е. В., 2001].

В качестве обобщающего подхода к пониманию созависимости можно рассмотреть определение А. А. Гунько и В. Д. Москаленко [1992], которые определяют созависимость как способ реагирования членов семьи наркомана на длительно воздействующий стрессорный фактор, который приводит к отклонениям в эмоциональной, поведенческой, когнитивной сферах, а также психосоматическим нарушениям.

Адаптационный подход к созависимости Э. У. Смит [1991] показывает, что созависимость – это состояние в рамках действительного существования, которое в значительной мере является результатом адаптации к дисфункции. Это закрепившаяся реакция на стресс, становящаяся с течением жизни скорее образом жизни, нежели соответствующим средством выживания. Поэтому даже в том случае, когда источник стресса прекращает свое влияние, взаимозависимый человек продолжает действовать в окружающей его среде так же, как если бы угроза угнетения продолжала бы существовать. Последнее утверждение в той или иной степени поддерживается авторами всех перечисленных выше определений, которые отмечают, что созависимость способствует развитию аддиктивного поведения. Это приводит отдельных исследователей к мысли о том, что созависимость является разновидностью семейной дисфункции [Щекотилова Е. В., 2001].

Подводя итог характеристике традиционных подходов к определению созависимости, можно отметить, что природа этого феномена (а, следовательно, и наиболее эффективная форма помощи созависимым – медицинская или психологическая) понимается неоднозначно (см. рисунок 1).

Рисунок 1. Подходы к определению созависимости и её формированию в условиях социальной дисфункции



В то же время, во всех перечисленных дефинициях отражены и некоторые общие для всех подходов аспекты этой проблемы:

- попытки членов семьи приспособиться к зависимости близкого человека от наркотических веществ ценой личностных или межличностных «потерь», приводящие к нарушению функционирования семейной системы;
- препятствие созависимого своим поведением продуктивному развитию личности (и в конечном итоге – реабилитации) зависимого человека.

Следует отметить, что все рассмотренные выше определения созависимости являются попыткой описания наиболее значимых и универсальных проявлений этого состояния, которые, однако, не дают возможности эксплицировать механизмы его функционирования, поскольку не раскрывают его внутриличностного содержания, являясь, по сути, преимущественно бихевиоральными.

Для нашего исследования принципиально важным представляется еще один неоднозначный момент, а именно описание причин формирования созависимости. То, что совместное проживание с зависимым человеком является стрессогенным фактором, в той или иной степени признается всеми. Однако, в одних исследованиях отмечается, что семья как система всегда реагирует на известие об употреблении одним из ее членов наркотиков. Момент обнаружения семьей факта наркотизации одного из ее членов является началом развития семейного кризиса [Березин С. В., 2001]. Другие авторы считают созависимость необязательным атрибутом наркотизации ребенка

[Москаленко В. Д., 2001], хотя и не отрицают, что семья так или иначе реагирует на известие о том, что ребенок употребляет наркотики.

Согласно второй точке зрения, созависимость не является исключительно ответной реакцией на стресс в виде химической зависимости у одного из ее членов. Стресс выступает только как пусковой механизм для формирования созависимых отношений, почва для которых подготовлена ранее существовавшей дисфункцией семьи и личностными особенностями ее членов [Москаленко В. Д., 2001]. Это означает, что семейные дисфункции часто возникают в семье прежде, чем проявляются симптомы (наркотизация) у ее члена [Кулаков С. А., 1998]. Таким образом, признается факт единообразной природы семейных факторов наркотизации ребенка и ее последующего влияния на функционирование семьи, отмеченное выше.

Формализовав подобный подход к созависимости, можно выделить две практически равноценные причины созависимости: дисфункция семьи (I) и собственно наркотизация ребенка, которая приводит к усугублению дисфункциональности семьи (II). Представляется, что такой подход элиминирует фактор личности родителей и других членов семьи в формировании созависимости, отражая исключительно внешние, доступные стороннему наблюдению признаки созависимости.

В то же время, анализ признаков созависимости демонстрирует, что личностные трансформации, по крайней мере, опосредуют изменение внутрисемейного взаимодействия, если не прямо детерминируют его. Нам не удалось обнаружить ни одной попытки соотнесения описываемых различными авторами признаков (а их не менее двадцати) друг с другом. Представляется, что разнообразные признаки созависимости [Данилин А. Г., Данилина И. В., 2000; Калашников И. Ж., 2002; Кауфманн П., 2000; Кулаков С. А., 2001; Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2000; Курек Н. С., 1992; Ларионов А. В., 1997; Литвиненко В. И., 1999; Москаленко В. Д., 1992; Христофорова М. И., Шипицына Л. М., 2001; Яковлева М. Б., 2002; Potter-Efron R. J., Potter-Efron P. S., цит. по Москаленко В. Д., 1992; Heath A. W., Stanton M. D., 1991 и т.п.] можно условно разделить на три группы:

- признаки, характеризующие изменение отношения к себе;
- признаки, характеризующие изменение отношения к наркозависимому;
- признаки, характеризующие изменение отношений с другими людьми.

Классификация признаков созависимости по этим основаниям представлена в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, все признаки созависимости так или иначе связаны со сферой самоотношения и межличностных отношений человека, причем наиболее су-

ществленным фактором является распределение ответственности, ее принятие или избегание. Из представленных в таблице сведений становится очевидным, что созависимые люди лишь внешне производят впечатление ответственных. На самом деле это – безответственность по отношению к своему состоянию, потребностям и т.д., что препятствует формированию конструктивной ответственности в отношениях с другими людьми и способствует формированию характерного для созависимых эмоционального фона, описанному в перечисленных выше исследованиях: тревоге, страхам, чувству вины и стыда, отчаянию, гневу. Ответственность, выступающая на первый план в признаках созависимости, безусловно, является личностным феноменом, так или иначе регулирующим межличностные отношения [Абульханова-Славская К. А., 1991; Бьюдженталь Д., 1998; Муздыбаев К., 1983; Сартр Ж. П., 2000; Франкл В., 1990; Ялом И., 1999].

В этом смысле наиболее корректным представляется определение созависимости, предложенное Ц. П. Короленко и Н. В. Дмитриевой в рамках концепции социодинамической психиатрии. Созависимость понимается ими и как форма болезни, и как аддикция, выходящая за пределы химической и нехимической зависимости – аддикции отношений. Отношения с другими людьми становится аналогом аддиктивного агента у наркозависимого [Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2000].

Такое понимание созависимости, на наш взгляд, позволяет отделить причины наркотизации ребенка от их последствий и рассматривать созависимость как особую форму отношений родителей к ребенку, другим людям и самому себе, изменившихся под влиянием известия о наркотизации ребенка.

Таблица 2. Психологические признаки созависимости.

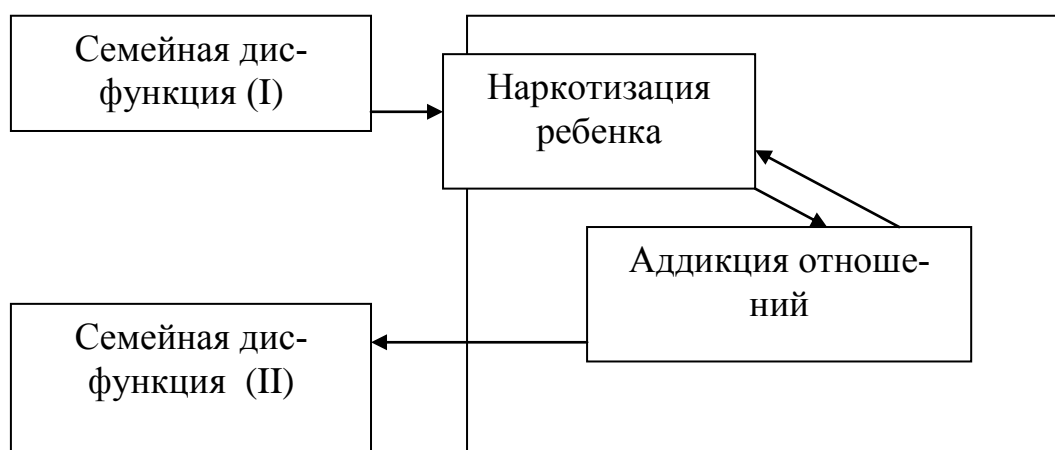
Признаки	Содержание признаков
----------	----------------------

Изменение отношения к себе	<p>Отрицание реальности;</p> <p>Запрет на свободное выражение чувств и потребностей;</p> <p>Низкая самооценка;</p> <p>Неспособность принимать решения без помощи со стороны;</p> <p>неспособность составлять и претворять в жизнь собственные планы и инициативы;</p> <p>Подчинение настроения, чувств и действий поступкам наркозависимого;</p> <p>действия на основе собственных интерпретаций, скрытый эгоцентризм;</p> <p>зависимость от внешних оценок;</p> <p>Трудности в распознавании своих эмоциональных состояний;</p> <p>Нарушение идентификации собственных потребностей;</p> <p>Стереотип жертвы как часть мировоззрения;</p> <p>Смещение понятий («Я не знаю, что такое нормальная семья»);</p> <p>Утрата собственного «Я».</p>
Изменение отношения к наркозависимому	<p>Деспотичность, жесткость отношений, система эмоциональных репрессий, насилия;</p> <p>Установление симбиотических союзов;</p> <p>Реализация треугольника «жертва – преследователь – спасатель»</p> <p>Принятие ответственности за чувства, мысли и поступки наркозависимого;</p> <p>Сверхконтроль;</p> <p>Попытки смягчить агрессию наркозависимого;</p> <p>Чрезмерная лояльность к зависимому человеку;</p> <p>Локус контроля родителей находится в поведении ребенка, что приводит к неосознаваемому делегированию ребенку ответственности за свои действия и / или состояния</p>
Изменение отношений с другими людьми	<p>Размытость границ общения и ролей;</p> <p>Забота о других, желание быть незаменимым;</p> <p>Принятие ответственности за чувства, мысли и поступки близких;</p> <p>Отгораживание себя от конфликтных ситуаций;</p> <p>Соглашательская позиция без всякого анализа ситуации;</p> <p>Стремление произвести впечатление на окружающих;</p> <p>Отказ от внешней помощи;</p> <p>Стремление сохранить семью;</p> <p>Делегирование другим людям ответственности за свои действия и / или состояния</p>

Представление об аддикции отношений позволяет, с одной стороны, объяснить механизмы неосознанного препятствования зависимой семьи эффективной реабилитации ребенка, в частности, через широко применяемое понятие вторичной выгоды [Ларионов А. В., 1997; Стэнтон М. Д., Тодд Т. К., 2000; Эйдемиллер Э. Г., Кулаков С. А., Чересмин О. В., 1991], а также «смысл болезни» [Иванова Е. В., 1993]. С другой стороны, возникает возможность проиллюстрировать личностные факторы в формировании созависимости.

Аддикция представляет собой определенную форму отношения к объекту (слово «объект» применительно к человеку в рамках субъект-субъектной парадигмы как одна из сторон его представленности во взаимоотношениях; субъект-субъектные отношения по сути представляют субъект-объектные [Сарджвеладзе Н.И., 1989]). Аддикция отношений выражается отношением к сложившимся отношениям. На рисунке 2 представлена попытка проиллюстрировать такое понимание созависимости.

Рис. 2. Созависимость как аддикция отношений.



В этом случае созависимость рассматривается как результат изменения отношения к наркозависимому, связанного с известием о его пристрастии к наркотикам. При этом семейная дисфункция I – это фактор, способствующий возникновению созависимости, но не прямая ее причина. Изменение отношения влечет за собой изменения поведения, которые описываются в литературе как признаки созависимого поведения (семейная дисфункция II).

В целом, созависимость на этом этапе анализа можно определить как измененное устойчивое отношение к наркозависимому, которое становится фактором, реорганизующим жизнь созависимого.

Для поиска определения созависимости, учитывающего не только поведенческие, но и внутриличностные изменения, происходящие с созависимым человеком, необходимо найти психологические феномены, связывающие разнонаправленные отношения как системообразующий признак поведенческих проявлений созависимости с внутренним миром человека. Представляется, что такую задачу можно решить посредством анализа созависимости как изменения смысловой сферы личности человека, который столкнулся с проблемой наркотической зависимости близкого.

Ценностно-смысловая сфера личности как превращенная форма жизненных отношений человека

Выше отмечалось, что основным критерием созависимости является изменение сферы отношений человека, которое, помимо внешней причины (наркотизация близкого человека), вполне очевидно, имеет и внутриличностный аспект.

В отечественной психологии в качестве внутриличностного, субъективного аспекта, определяющего отношения человека к миру и к самому себе, рассматривается смысловая сфера личности [Братусь Б. С., 1988; Леонтьев А. Н., 1975; Леонтьев Д. А., 1999; Пантилеев В. С., 1991; Столин В. В., 1983 и т.п.].

Смысловая сфера личности рассматривается как сложная система, структурными элементами которой являются смыслы. Она организована как сложная иерархия смыслов, характеризующаяся относительной устойчивостью связей и функциональной подвижностью структур (способностью к преобразованию). При этом единица любого уровня образуется как взаимное отражение предметных, мотивационных и операциональных сторон деятельности субъекта.

Научным контекстом, в котором обнаружила себя категория «смысл», стала герменевтика [Гадамер Г.-Г., 1988; Рикер П., 1995]. Благодаря этому смысл первоначально понимался как психолингвистическая категория. Так, Л. С. Выготский рассматривал так называемые «смысловые поля» человека, которые являются субъективными искажениями действительности в пользу самого человека [Выготский Л. С., 1984].

Традиции исследования смысла как элемента смысловой сферы личности в отечественной психологии заложены в работах А. Н. Леонтьева [1975], в которой вводится понятие личностного смысла как индивидуализированного отражения отношений личности к объектам, с которыми она взаимодействует. Личностные смыслы осознаются как «значения-для-меня» и являются внутренним содержанием жизненных отношений субъекта.

В настоящее время категории «смысл» и «смысловая сфера личности» рассматривается рядом авторов как основополагающая для понимания сущности человека в его субъектности и субъективности [Агафонов А. Ю., 2000; Леонтьев Д. А., 1999, Панферов В. Н., 2000 и т.п.]. Внутренний мир выступает как превращенная форма жизненных отношений субъекта в его внутреннем субъективном мире. Субъективность не является искажением реальности, она представляет собой конструирование реальности; субъективность – это превращенная форма отношений субъекта [Ватин И. В., 1985].

Следовательно, для исследования внутриличностного содержания аддикции отношений (созависимости) необходимо рассмотреть смысловое содержание этого феномена. С одной стороны, это содержание отражает субъективные представления каждого конкретного родителя о своей жизни в контексте информации о наркомании ребенка, а также сопряженные с ними эмоциональные состояния и варианты поведения, которые, как показывают описанные выше признаки созависимости, могут существенно различаться. С другой стороны, признание за созависимостью смыслового содержания, вписанного в иерархию разнообразных смыслов, позволяет объяснить причины, по которым наркомания ребенка оказывает столь существенное влияние на жизнь его родителей, практически полностью перестраивая ее. Вероятно, смысл зависимости ребенка и отношений с ним занимает в смысловой иерархии одно из ведущих мест.

Таким образом, возникает необходимость описать основные закономерности функционирования смысловой сферы как «носителя» внутриличностного аспекта созависимости.

В ряде работ смысловая сфера личности рассматривается преимущественно как отражение реальных отношений человека. Так, Д. А. Леонтьев [1999] и Е. Т. Соколова [1980] отмечают, что смысл порождается отношениями, которые связывают человека с объективной действительностью. В то же время, большинством исследователей признается, что смысловая сфера личности, порожденная отношениями, может являться их регулятором.

Б.С.Братусь [1988] рассматривает смысловые образования как факторы, которые определяют отношения человека к основным сферам жизни – к миру, к людям и к самому себе. Сходную позицию занимает Е. Ю. Артемьева [1998], которая считает, что смысл представляет собой след деятельности, зафиксированный в отношении к объекту, причем его источниками выступают предметно-практическая деятельность и индивидуальное присвоение общественно-порожденных знаний.

Согласно Д. А. Леонтьеву [1999], смыслы порождаются и изменяются в деятельности, в которой только и реализуются жизненные отношения субъекта. При этом жизненные отношения понимаются как объективные (независящие от осознания субъектом) отношения между субъектом и объектом (явлением), которое характеризуется потенциальной возможностью качественно определенной формы взаимодействия между ними.

В контексте данного исследования мы разделяем вторую точку зрения, поскольку исследования психологов-практиков показывают, что признание факта наркотизации ребенка не просто вписывается в «смысловое пространство жизни» родителей в качестве одного из элементов, но и существенным образом влияет на организацию их жизни в целом, и на взаимодействие с ребенком в частности.

Другой неоднозначный момент в толковании смысла связан с его осознанностью / неосознанностью. Согласно одним подходам, смысловое строение – это форма существования сознания [Выготский Л. С., 1982; Петренко В. Ф., 1997 и т.п.]. В других работах смысл рассматривается как феномен не только сознания, но и бессознательной психики [Агафонов А. Ю., 2000; Налимов В. В., Доценко Е. Л., 1997; Панферов В. Н., 2000; Соколова Е. Т., 1980; Чхартишвили Ш. Н., 1977 и т.п.]. Мы склонны придерживаться второго подхода, поскольку реальная жизнедеятельность субъекта, в которой он реализует множество важных для него отношений, порождает ситуации, включающие психологические защиты. Таким образом, отдельные отношения (а, следовательно, и их смысловое содержание) являются неосознаваемыми.

Это явление отмечается и исследователями созависимости, которые в качестве одного из основных ее признаков описывают явления отрицания, интроекции, конфлюэнции и т.д.

Выше были перечислены дискуссионные вопросы, касающиеся смысловой сферы личности. В то же время, существует ряд моментов, которые признаются подавляющим большинством авторов, разрабатывающих данную проблему. К ним можно отнести следующие положения.

Жизненные отношения связывают человека с объектами, явлениями и событиями его жизненного мира, характеризуя их роль и место в жизни человека посредством включения в смысловые структуры личности. Смысл делает доступным сознанию субъективное значение тех или иных обстоятельств или действий, в них совершенных. Жизненный смысл, который объективно имеет для человека какой-либо объект, преломляется в структуре личности в превращенной форме различных структур, которые, имея одно и то же смысловое содержание, функционально различаются и занимают

разное место в системе смысловой регуляции человеческой деятельности. Поэтому смысл любого объекта не является тождественным содержанию самого объекта.

Структурно смыслы представляют собой тройственный морфизм предметного, операционального и мотивационно-аффективного содержания [Шмелев А. Г., 1983]. Динамически смысл представляет собой единство процессов разворачивания и сворачивания категорий при взаимном отображении предметных, операциональных и мотивационных пространств. Функционально смысл есть момент субъективного установления связи потребностей человека с предметной (ориентировочной) и инструментальной (исполнительской) сторонами деятельности [Доценко Е. Л., 1997]. Для каждого конкретного человека именно аффективно-потребностная сфера смысла играет ведущую роль, выступая синтезирующей основой порождаемых образований.

Некоторые исследователи предпринимают попытки описать структуры, составляющие смысловую сферу личности. Так, Д. А. Леонтьев [1999] предлагает выделять по функциональному основанию шесть видов смысловых структур:

- личностный смысл – составляющая сознания, репрезентирующая в образе объектов и явлений их жизненный смысл для субъекта;
- смысловая установка – элемент исполнительных структур деятельности, обнаруживающийся в эффектах стабилизации деятельности, преградных, отклоняющих и организующих влияниях на ее протекание;
- мотив деятельности – системное качество, приобретаемое предметом деятельности и придающее ему способность в конкретной ситуации инициировать, побуждать и направлять деятельность;
- смысловая диспозиция – устойчивое отношение к объектам и явлениям действительности;
- смысловой конструкт – категориальная шкала, используемая при восприятии, оценке, генерализации и классификации объектов и явлений по их месту в жизни субъекта;
- личностная ценность – присвоенная в ходе социализации идеальная модель должного, служащая, наряду с потребностями, источником смыслообразования.

Некоторые из этих структур являются ситуативными (личностный смысл, смысловая установка, мотив), другие устойчивыми (смысловая диспозиция, смысловой конструкт, личностная ценность). Некоторые проявляют себя на уровне процессов переработки опыта и построения образа мира (личностный смысл, смысловой конструкт), другие – преимущественно на уровне практического взаимодействия с миром (мотив,

смысловая установка). Именно эти структуры и связи между ними образуют смысловую сферу личности, основное назначение и функция которой – регуляция жизнедеятельности субъекта в соответствии с логикой жизненной необходимости, задаваемой системой его отношений с миром [Леонтьев Д. А., 1999].

Поскольку отношения с другими людьми являются одним из видов отношений человека к окружающему миру, следовательно, они имеют субъективное смысловое содержание. Таким образом, исследуя два из трех аспектов феноменологии созависимости – отношения с наркозависимым ребенком и отношения с другими людьми (см. таблицу 1), - для поиска их субъективного содержания необходимо изучить особенности смысловой сферы личности созависимости.

Однако анализ признаков созависимости, приведенный выше, свидетельствует о том, что она проявляется не только в отношениях с наркозависимым ребенком и с другими людьми, но и в отношении к самому себе, которое напрямую связано с межличностными отношениями. Соответственно, для описания ценностно-смысловой природы созависимости необходимо рассмотреть смысловые аспекты самоотношения человека.

Источником представлений о смысловой природе отношения к самому себе послужила точка зрения, предложенная Л. С. Рубинштейном [1989], которая заключается в том, что единство личности как сознательного субъекта, обладающего самосознанием, не является изначальной данностью. Осознание себя как «Я» является результатом развития, обособления субъекта из непосредственных связей и отношений с окружающим миром и овладения этими связями. При этом самосознание не может быть раскрыто через отношение к самому себе. Раскрытие самосознания возможно только в единстве трех взаимосвязанных компонентов – самоотношение, отношение к другому человеку, воспринимаемое или ожидаемое отношение другого.

Раскрывая вопрос о содержании самосознания, ряд исследователей рассматривает отношение человека к самому себе. С точки зрения Б. Г. Ананьева [1980], именно отношение человека к самому себе определяет специфику самосознания. Э. В. Ильенков [1979] понимает самосознание личности как сумму отношений человека к самому себе как некоторому «другому» – отношений «Я» к самому себе как некоторому «не-Я».

В отдельных работах в содержание самосознания помимо отношения к себе включаются отношения человека к другим людям. В. А. Аверин [1994] в качестве внутреннего содержания «Я» предлагает изучать отношение личности к другим людям, предметам и самому себе. Осознать себя – значит осознать эту систему отношений, понять, чем она отличается от систем отношений других людей. Согласно идеям В. С.

Агапова [1999], сущностью Я-концепции является совокупность жизненных отношений, которые осознаются. Различные отношения предполагают разные деятельности, а те, в свою очередь, различные личностные смыслы. Это предположение основано на идеях А. Н. Леонтьева [1975], согласно которым в качестве единицы самосознания рассматривается личностный смысл «Я», выражающий себя в значениях и переживаниях «Я». Такое понимание самосознания позволяет рассматривать его как личностный способ интеграции деятельности личности, иерархизации ее мотивов.

Согласно концепции А. Н. Леонтьева, личностный смысл входит одновременно в две системы связей. Своим происхождением он обязан процессам, происходящим вне сознания субъекта, поскольку возникает в реальной жизнедеятельности, отражая отношение целей и обстоятельств совершения действий к мотивам деятельности. Однако в структуре сознания личностный смысл вступает в связи с другими составляющими сознания и выражает себя в значениях и чувственных переживаниях. На основании этого В. В. Столин [1983] утверждает, что «Я», рассматриваемое действующим субъектом как условие самореализации, также приобретает личностный смысл: смысл «Я» порождается как отношение к мотиву или цели релевантных их достижению качеств субъекта и оформляются в самосознании в значениях (когнитивный аспект) и эмоциональных переживаниях (эмоциональный аспект).

В отдельных исследованиях, посвященных проблеме самосознания, последнее рассматривается в контексте смыслообразовательной активности субъекта. В этой связи самосознание предстает как внутренний ценностно-смысловой план активности в адрес «Я», опосредованный социокультурной ситуацией развития [Братусь Б. С., 1988; Выготский Л. С., 1984; Мухина В. С., 1997].

В целом, анализ литературы свидетельствует о том, что в современной науке смысл зачастую понимается как элементарная единица анализа психики человека, разрешающая традиционно выделяемые антиномии психического опыта: внешнее – внутреннее, отражение – регуляция, сознание – бессознательное, произвольное – непроизвольное [Агафонов А. Ю., 2000; Васильев И. А., Поплужный В. Л., Тихомиров О. К., 1980]. Такое понимание смысла вполне допустимо, поскольку эта категория отвечает всем требованиям, предъявляемым к единицам анализа психики [Гордеева Н. Д., Зинченко В. П., 1982].

Категория смысла является обозначением координат многомерного мира человека, его «жизненного пространства», интегративным образованием психологических систем, обеспечивающих избирательность сознания, поведения и деятельности.

В контексте описанных выше идей, смысловой природой обладают многие психологические феномены, относимые к «внутреннему миру» человека, внутриличностным регуляторам его поведения, среди которых наиболее часто рассматриваются ценностные ориентации, жизненные цели и смысл жизни.

В психологии ценности традиционно определяются как понятия, характеризующие личностный смысл определенных явлений действительности для человека, позволяющий субъекту дифференцировать объекты по их значимости. Ценностные ориентации как основания оценок действительности выражают внутреннюю основу отношения личности к деятельности. Изменение личностного смысла объектов и явлений возможно путем переосмысления их места и роли в жизни субъекта, включения их в более широкий контекст смысловых связей с более разнообразными мотивами, потребностями и ценностями либо в результате перестройки самих мотивов и ценностей.

Категория ценности относится к широкому классу мотивационных явлений. В психике человека ценность возникает вместе с позитивной или негативной эмоцией, соединенной с конкретным знанием, которое позволяет сделать выбор вариантов поведения или деятельности. Тем не менее, понятие «ценность» применяется при характеристике отношения к миру, взятого не столько с интеллектуальной, сколько с аффективной стороны [Шакеева Ч. А., 1998]. В ценностях, несмотря на то, что их усвоение связано с процессом социализации, сосредоточен уникальный опыт человека, своеобразие его интересов и потребностей [Рубинштейн С. Л., 1989].

Ценностные ориентации оказывают регулирующее воздействие на деятельность, связанную с достижением цели, и поэтому рассматриваются отдельными авторами в качестве стержневых личностных образований [Рыбалко Е. Ф., Крогиус Н. Г., 1998].

Цель традиционно определяется как осознанный образ предвосхищаемого результата, основой формирования которой является «образ потребного будущего» [Бернштейн Н. А., 1947]. В литературе описываются преимущественно механизмы целеполагания:

- превращение полученного требования в индивидуальную цель;
- выбор одного из имеющихся требований;
- превращение мотивов в цели при их осознании;
- образование иерархии и временной последовательности целей и т.д.

Однако, принимая во внимание смысловую природу ценностей, целеполагание можно рассматривать как особый смысловой феномен, взаимосвязанный с другими смысловыми образованиями.

В целом, источниками и носителями значимых для человека смыслов являются его потребности и личностные ценности и цели. В их форме в личности человека представлены все смыслы, образующие основу его внутреннего мира, определяющие динамику его эмоций и переживаний, структурирующих и трансформирующих его картину мира.

Понятием, интегрирующим представления о «ценностно-целевом» аспекте смысловой сферы человека, является категория смысла жизни.

Согласно идеям А. Т. Москаленко и В. Ф. Сержантова [1989], смысл жизни связан с объективно значимыми ценностями, но такими личностно принимаемыми и самим человеком осознаваемыми ценностями, которые выступают в качестве высшей цели его деятельности и стремлений. В ценностной основе смысла жизни заложена эмоционально значимая цель, которая не только объективно целесообразна, но и субъективно утверждена. Смысл жизни представляет связь индивидуального смысла с универсальным (при условии, что сохраняется самооценочность личности). Это определение очень близко позиции С. Л. Рубинштейна [1976], который понимает смысл жизни как ценностно-ориентационное образование, проявляющееся в принятии (непринятии) и реализации определенных ценностей, в усилении (снижении) их значимости, в сохранении (потери) этих ценностей в изменяющихся жизненных обстоятельствах.

Описанные смысловые феномены лежат в основе формирования и развития субъективной картины жизненного пути человека, которая понимается как многоуровневый образ, развернутый во временном плане, репрезентирующий представления личности о себе и собственном жизненном мире в их сложных взаимосвязях в прошлом, настоящем и будущем. Сквозными смысловыми характеристиками субъективной картины жизненного пути, организующими ее смысловое целое, являются метаконцепты, которые прямо соотносятся с ведущим жизненным смыслом, «целью жизни» [Манеров В. Х., Королева Н. Н., Богдановская И. М., 2001], жизненной ориентацией [Коржова Е. Ю., 2002].

В целом, субъективность отображения человеком окружающего мира определяется особенностями его ценностно-смысловой сферы. Содержательные характеристики такого отображения содержат особенности деятельности субъекта, в которую вовлечены те или иные предметы, средства, удовлетворялись те или иные мотивы. «Сплав» этих компонентов фиксируется эмоциональными процессами, которые выступают синтезирующей основой образа, а также средством превращения текущих событий в субъективный опыт.

Интегральным средством, презентирующим субъекту содержание деятельности, выступает образ, в котором все компоненты смысла представлены в нерасчленимом единстве [Артемьева Е. Ю., 1998].

Таким образом, попытки анализа внутриличностных изменений, происходящих с созависимым человеком (понимая созависимость как аддикцию отношений) в контексте изменений, которые претерпевает его ценностно-смысловая сфера, вероятно, должны описывать три ключевых аспекта ее функционирования:

- когнитивный компонент – образ события (наркомании ребенка) и каждого из его участников;
- аффективный компонент – переживания, связанные с ситуацией;
- деятельностной компонент – поведение, регулируемое двумя перечисленными выше составляющими.

Анализ проявлений созависимости показывает, что в их основе лежит определенный паттерн распределения ответственности. Это наблюдение психологов-практиков является чрезвычайно важным, поскольку позволяет связать «отражающий» и «регулирующий» аспекты смысловой сферы личности.

Ответственность, согласно Д. А. Леонтьеву [1993], можно определить как сознание человеком своей способности выступать причиной изменений (или противодействия изменениям) в окружающем мире и в собственной жизни, а также сознательное управление этой способностью. Ответственность является разновидностью регуляции, которая присуща всему живому, однако ответственность зрелой личности – это внутренняя регуляция, опосредованная ценностными ориентирами. Такой орган человека, как совесть, непосредственно отражает степень рассогласования поступков человека с этими ориентирами. Таким образом, путь становления ответственности – это переход регуляции активности извне к самодетерминации.

В психологии советского периода существовало два подхода к проблеме ответственности: ответственность понималась как социальная характеристика человека, проявляющаяся в поведении, и как личностная особенность человека. Говоря об ответственности как личностной особенности человека, чаще всего подразумевают интернальный локус контроля [Муздыбаев К., 1983] или целый набор личностных качеств человека [Дементий И., 1990].

В рамках деятельностного подхода проблема ответственности традиционно связана с идеей активности субъекта. Обращаясь к проблеме психологии жизненного пути, С. Л. Рубинштейн писал: «Чтобы понять путь своего развития в его подлинной человеческой сущности, человек должен его рассматривать в определенном контексте:

чем я был? – что я сделал? – чем я стал?» [Рубинштейн С. Л., 1989, с. 246]. Проблема ответственности возникает в связи с тем, что каждое совершающееся сейчас действие необратимо. «Ответственность – это то, перед чем нас ставит жизнь и чего мы стараемся избежать. Страшно осознавать, что в любой данный момент мы несем ответственность за все, что за ним последует...» [Франкл В., 1990, с. 164-165]. Поэтому ответственность – это способность человека детерминировать события, действия в момент их осуществления, по ходу их свершения, вплоть до радикального изменения всей своей жизни. Человек ответственен за максимальную самореализацию в реальных жизненных условиях. Т.о. личность – это активный субъект жизненного пути.

К. А. Абульханова-Славская [1991] связывает способность личности к организации жизненного пути с опытом разрешения жизненных противоречий. Перекладывание ответственности связано с неспособностью разрешать возникающие трудности и с переходом от нравственного регулирования жизни к другим формам саморегуляции. Возможность разрешать возникающие противоречия рассматривается как признак зрелой личности, обладающей способностью к рефлексии. К. А. Абульханова-Славская отмечает, что осознание человеком ответственности за свои действия наделяет жизнь субъективным смыслом и обеспечивает человеку состояние эмоционального комфорта.

Ответственность субъекта выступает как внутренний регулятор поведения личности в контексте социальных отношений, в своем развитии базирующийся на интериоризации общественного опыта. Зрелая ответственность, связанная с обретением личностью ценностных ориентиров, знаменует переход человека на новый, более высокий уровень отношений с миром – уровень самодетерминации – и выступает предпо-

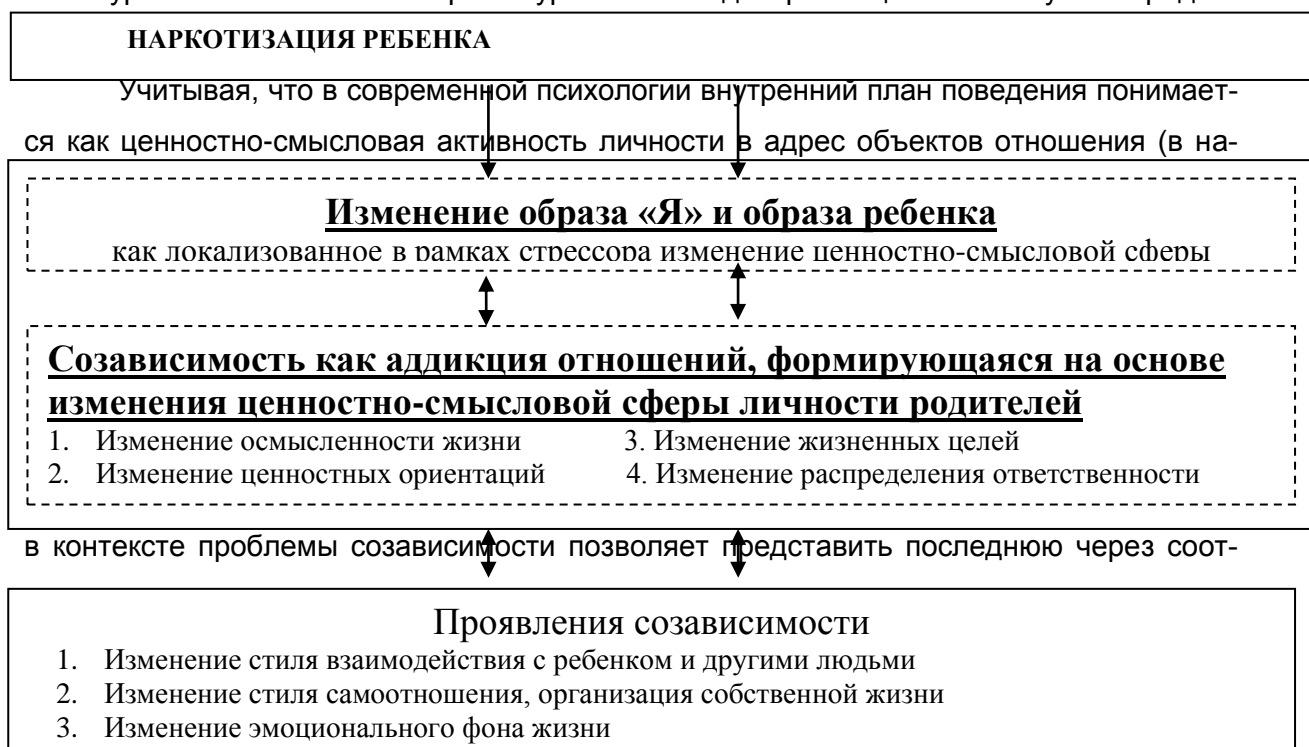


Рис.3. Гипотетическая модель созависимости в условиях наркотизации ребенка

комании ребенка и ее месту в собственной жизни родителя, а также проявлений созависимости в описанных выше признаках (см. параграф 1.1). Эти представления отражены на рисунке 3.

В представленной на рисунке 3 схеме блок «Проявления созависимости» построен на основе анализа литературы по проблемам созависимости.

Блок «Созависимость как аддикция отношений, формирующаяся на основе изменения ценностно-смысловой сферы личности родителей» построен на основе теоретического анализа литературы, посвященной проблемам ценностно-смыслового содержания жизненных отношений личности. На его основе выделены возможные направления изменения ценностно-смысловой сферы родителей наркозависимых:

- изменение осмысленности жизни,
- изменение ценностных ориентаций,
- изменение жизненных целей,
- изменение распределения ответственности.

При этом, согласно описанной выше точке зрения, именно изменение ценностно-смысловой сферы родителей является причиной и результатом поведенческих проявлений созависимости.

Поскольку изменения ценностно-смысловой сферы так или иначе связаны именно с наркотизацией ребенка, «связующим звеном», опосредующим это изменение, без сомнения, является изменившиеся родительские образы ребенка и самого себя, которые, представляя собой элементы целостной ценностно-смысловой сферы, определяют ее динамику под воздействием локализованного в системе «ребенок-Я» стрессогенного фактора.

Если изменение образа ребенка, очевидно, вызвано переменами, произошедшими в его жизни, то изменение «Я-образа» родителей может быть связано с необходимостью переосмысления собственной жизни в связи с наркотизацией ребенка.

Ценностно-смысловой аспект созависимости родителей наркозависимых

Согласно выдвинутому К. Левиным [2000] принципу единства личности и окружающего ее мира, личность и событие взаимно предопределяются, в зависимости от переработки индивидом разных обстоятельств жизни они вызывают у него разные переживания и реакции.

Стрессогенность жизненных ситуаций пропорциональна изменениям в жизненном паттерне индивида (в его когнитивном, эмоциональном и поведенческом аспектах). Это запускает адаптивное поведение [Дикая Л. Г., Махнач А. В., 1996]. Чем большее

место в смысловой сфере личности занимает находящийся в опасности объект и чем более интенсивной представляется личности угроза для нее, тем выше мотивационный потенциал совладания с возникшей трудностью, которая становится «темой бытия» [Азлецкая Е. Н., 2001].

Созависимость, вероятно, является одним из вариантов адаптивной, т.е. связанной с психическим потенциалом человека [Панферов В. Н., 2000], трансформации системы отношений личности. При этом, учитывая закономерности процесса адаптации как личностного феномена [Посохова С. Т., 2001], можно допустить, что формирование созависимости строится на основе субъективно преломляемых человеком образов стрессовой ситуации, т.е. на основе содержания его ценностно-смысловой сферы и тех изменений, которые в ней появляются в связи с воздействием стрессора.

Адаптация, рассматриваемая в таком контексте, всегда предполагает некую активность личности [Азлецкая Е. Н., 2001; Посохова С. Т., 2001 и т.п.]. В случае созависимости эта активность распределяется по основным векторам, связывающим наиболее важные сферы жизни созависимых: отношение к себе, наркозависимому и другим людям.

Ценность самого себя и связанная с ней гармоничная имплицитная теория личности [Розен Г. Я., 1977] являются одним из важных видов ценностей для каждого человека. Осознавая свою собственную ценность, человек включает внутренний стимул для личностного развития. Этот процесс обусловлен становлением «ядра субъективности» [Мартынова Е. В., 2002].

Процесс становления «ядра субъективности» выражается переходом от парадигмы «внешнее через внутреннее» к парадигме «внутреннее через внешнее» [Чудновский В. Э., 1997]. При этом для того, чтобы эта сила получала внешнюю направленность, существующая у человека субъективная картина мира должна быть достаточно гармоничной. Если часть энергии тратится на адаптационные цели, то ценность самого себя снижается. Этим и обуславливается изменение отношения созависимого к самому себе.

Изменения в сфере межличностных отношений также детерминированы трансформацией ценностно-смысловых образований личности созависимого, и отражаются, прежде всего, в изменении смыслового аспекта взаимоотношений, который является их регулятором [Клочко В. Е., 1987; Налимов В. В., Дрогалина Ж. А., 1985; Петровский А. В., Петровский В. А. 2000 и т.п.]. В частности, меняется образ партнера по взаимодействию (наркозависимого или любого другого человека), эмоциональный фон обще-

ния и демонстрируемое поведение (когнитивный, эмотивный и конативный аспекты взаимоотношений).

При этом, поскольку «темой бытия» становится наркозависимость ребенка, именно взаимоотношения с ним претерпевают наибольшие изменения и более всего влияют на изменения ценностно-смысловой сферы личности родителей.

Учитывая представления о личности как самоорганизующейся системе, целью которой является организация субъективного опыта в соответствие с адаптивными задачами [Олпорт Г., 1998], формирование созависимости схематически можно изобразить следующим образом (см. рисунок 4).

На рисунке 4 созависимость представлена как адаптация к такому стрессогенному фактору, как наркотизация близкого человека. Именно он «запускает» те внутриличностные изменения, комплекс которых рассматривается в рамках данной работы как интрапсихический аспект созависимости, опосредующий широко изученные ее поведенческие проявления.

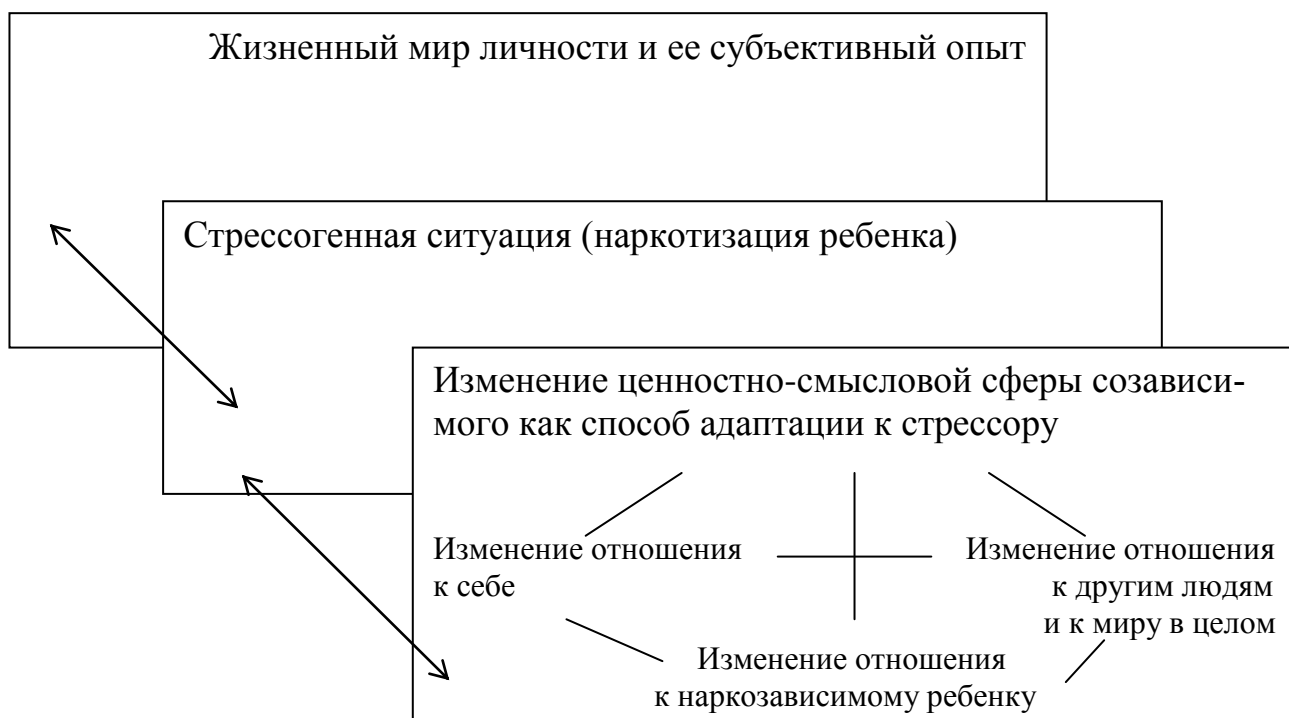


Рис. 4. Изменение ценностно-смысловой сферы созависимого как адаптивный феномен

Поэтому в определении созависимости, которое можно сформулировать на основе анализа литературы, именно отражаемые отношения с ребенком и посредством

этого с самим собой должны рассматриваться в качестве системообразующего фактора формирования созависимости.

Второй немаловажный аспект проблемы заключается в том, что созависимость – это способ адаптации личности к мощному стрессогенному фактору – осознанию и принятию известия о наркотизации близкого человека, что в сознании многих ассоциируется с утратой, потерей человека и близких отношений с ним.

Необходимо отметить, что стрессогенные факторы далеко не всегда приводят к отрицательным последствиям [Ананьев В. А., Фау Е. А., 2001; Маслоу А., 1997 и т.п.]. Напротив, они могут являться толчком к личностному росту, изменениям в жизни, новому осмыслению ценностей и т.д. Поэтому созависимость, понимаемая как способ адаптации, не означает однозначно негативное изменение личности. Она лишь предполагает изменение жизненного «фокуса», концентрацию жизни вокруг наркозависимого человека и проблемы его наркозависимости.

На основе сформулированных выше предположений, можно расширить и уточнить определение созависимости. Созависимость – это трансформация ценностно-смысловой сферы личности, вызванная устойчивым измененным отношением к наркозависимому и опосредующая все жизненные отношения созависимого, прежде всего самоотношение и отношение к собственной жизни.

Литература

Абрамова А. В. Семья и наркотики // Вестник БПА. – Выпуск 24. – 1998. – с. 5-7

Абульханова-Славская К. А. Стратегии жизни. М.: Мысль, 1991. – 299 с.

Аверин В. А. Психология детей и подростков. – СПб.: б.м., 1994. – 178 с.

Агапов В. С. Становление Я-концепции личности: теория и практика. – М.: Институт молодежи, 1999. – 164 с.

Азлецкая Е. Н. Личностные и средовые детерминанты формирования субъектности личности. Автореферат дис. ... к. пс. н. – Краснодар, 2001. – 19 с.

Алешкин Н. И. Семья как социально-психологический фактор подростковой наркомании // Материалы VI Всероссийской Конференции «Психология в школе: практический психолог – профессия нового века». – СПб: ГП «Иматон», 2001. – с. 221

Ананьев Б. Г. Избранные психологические труды. В 2 томах. Т. 2. – М.: Педагогика, 1980. – 288 с.

Ананьев В. А., Фау Е. А. «Потрясение» как фактор развития личности. Материалы VI Всероссийской Конференции «Психология в школе: практический психолог – профессия нового века», СПб, 2001, стр. 261-262

Артемьева Е. Ю. Основы психологии субъективной семантики. – М.: Наука, Смысл, 1999. – 350 с

Березин С. В. Семья как фактор первичной и вторичной профилактики наркомании // Предупреждение подростковой и юношеской наркомании. - М., изд-во Института психотерапии, 2001. – 256 с. – с. 144-155

Березин С. В., Лисецкий К. С., Мотынга И. А. Психология ранней наркомании. – Самара: б.м., 1997. – 65 с.

Бернштейн Н. А. О построении движений. – М.: Медгиз, 1947. – 255 с.

Битенский В. С., Личко А. Е., Херсонский Б. Г. Психологические факторы в развитии токсикоманий у подростков // Психологический журнал. – 1991. - №4. – с. 87-93

Братусь Б. С. Аномалии личности. – М.: Мысль, 1988. – 304 с.

Бьюдженталь Дж. Наука быть живым. – М.: Класс, 1998. – 336 с.

Ваисов С. Б. Дисфункция семейной системы в семьях подростков с героиновой наркоманией. Материалы VI Всероссийской Конференции «Психология в школе: практический психолог – профессия нового века», СПб, 2001, стр. 231-232.

Васильев И. А., Поплужный В. Л., Тихомиров О. К. Эмоции и мышление. – М.: изд-во МГУ, 1980. – 192 с.

Ватин И. В. Человеческая субъективность. – Ростов н/Д.: изд-во Ростовского университета, 1984. – 200 с.

Витакер К., Бамберри В. Танцы с семьей. Семейная терапия: символический подход, основанный на личностном опыте. – М.: Класс, 1997. – 172 с.

Воеводин И. В. Социально-психологические особенности и клиническая динамика формирования опийной наркомании у подростков. Автореферат дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2000. – 25 с.

Выготский Л. С. Собрание сочинений. В 6 томах. Т.4. – М.: Педагогика, 1984. – 432 с.

Гадамер Г.-Г. Истина и метод. М.: Прогресс, 1988. – 699 с.

Гордеева Н. Д., Зинченко В. П. Функциональная структура действия. – М.: изд-во МГУ, 1982. – 208 с.

Городнова М. Ю. Базисные копинг-стратегии членов семьи и уровни функционирования систем в семьях подростков с героиновой наркоманией // Материалы IV Ежегодной Всероссийской научно-практической конференции «Психология и психотерапия.

Психотерапия детей, подростков и взрослых: состояние и перспективы». – СПб., 2002. – 272 с. – с. 234-237.

Горьковая И. А. Влияние семьи на формирование деликвентности у подростков // Психологический журнал. – 1994. - №2. – с. 57-65

Гущина В. Н. Роль взаимоотношений в развитии и распространении наркомании среди подростков // Человек как объект воспитания, образования и управления. – СПб.: БПА, 1999. – 88 с. – с. 31-33

Данилин А. Г., Данилина И. В. Как спасти детей от наркотиков. Серия «Врачи предупреждают». - М.: изд-во Центрполиграф, 2000. - 348 с.

Дементий И. А. Типология ответственности и личностные условия ее реализации. Автореферат дис. ... канд.психол.наук. – М., 1990. – 22 с.

Дикая Л. Г., Махнач А. В. Отношение человека к неблагоприятным жизненным событиям и факторы его формирования // Психологический журнал. – 1996. - № 3. – с. 137-148

Доценко Е. Л. Психология манипуляции. – М.: ЧеРо, изд-во МГУ, 1997. – 344 с.

Дудко Т. Н Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами..., Мин. Обр. РФ, М., 2001, 68 стр.

Иванова Е. В. Смысл болезни в контексте семейных взаимоотношений // Вестник МГУ. – Серия «Психология» . – 1993. - №1. – с. 31-39

Ильенков Э. В. Что такое личность // С чего начинается личность? - М.: Политиздат, 1979. – 238 с. – С. 183-237.

Калашников И. Ж. Психологические особенности проявления созависимости в поведении родителей наркозависимых. Автореферат дис. ... к. психол. наук. СПб., 2002. – 23 с.

Кауфманн П. Семейная психотерапия подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами // Семейная психотерапия. Составители Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В., Юстицкис В. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с. – с. 468-478

Клочко В. Е. Саморегуляция мышления и ее формирование. – Караганда: изд-во КарГУ, 1987. – 94 с

Коржова Е.Ю. Психологическое познание судьбы человека. – СПб., изд-во РГПУ им. Герцена, Союз, 2002. – 334 с.

Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия. – М.: Академический проект, 2000. – 460 с.

Кричевский Р. Л., Дубовская Е. М. Психология малой группы: теоретические и прикладные аспекты. – М.: изд-во МГУ, 1991. – 207 с.

Кулаков С. А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков. – СПб.: Фолиум, 1998. – 70 с.

Курек Н. С. Особенности эмоционального общения подростков, больных токсикоманией, с родителями. // Вопросы наркологии, №1, 1992, стр.39-43.

Курек Н. С. Эмоциональное общение матери и дочери как фактор формирования аддиктивного поведения в подростковом возрасте // Вопросы психологии, №2, 1997, стр. 48 – 60.

Ларионов А. В. Наркомания: Мифы. Смысл. Причины. Терапия. - Екатеринбург: изд-во УГУ, 1997. - 221с.

Леонтьев А. Н. Деятельность, сознание, личность. – М.: Политиздат, 1975. – 304 с.

Леонтьев Д. А. Очерк психологии личности. М., 1993.

Леонтьев Д. А. Динамика смысловых процессов // Психологический журнал. – 1997. – №6. – с. 13-27.

Леонтьев Д. А. Психология смысла: природа, структура и динамика смысловой реальности. – М.: Смысл, 1999. – 486 с.

Литвиненко В. И. Зависимая семья. – Полтава: б.м., 1999. – 50 с.

Литвинова Е. В. Созависимость как фактор, препятствующий освобождению от наркозависимости. Материалы VI Всероссийской Конференции «Психология в школе: практический психолог – профессия нового века», СПб, 2001, стр. 250-251.

Личко А. Е. Подростковая психиатрия. – Л.: Медицина, 1985. – 416 с.

Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркомания. Л.: Медицина, 1991.

Макушина О. П. Психологическая зависимость подростков от родителей. Автореферат дис. ... канд. психол. наук. – М., 2001. – 21 с.

Манеров В. Х., Королева Н. Н., Богдановская И. М. Смысловые метаконцепты в субъективно картине жизненного пути личности // Материалы VI Всероссийской Конференции «Психология в школе: практический психолог – профессия нового века». – СПб: ГП «Иматон», 2001. – с. 35-37

Мартынова Е. В. Психотерапевтический аспект обращения к проблеме смысла жизни // Материалы IV Ежегодной Всероссийской научно-практической конференции «Психология и психотерапия. Психотерапия детей, подростков и взрослых: состояние и перспективы». – СПб., 2002. – 272с. – с. 50-54.

Маслоу А. Психология бытия. – М.: Рефл-бук, Киев: Ваккер. – 1997. – 300 с.

Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. – М.: Класс, 1998. – 304 с.

Меньшикова Е. С. Личностные особенности больных хроническим алкоголизмом при разных вариантах течения заболевания. Автореферат дис. ... канд. психол. наук. – Л., 1980. – 17 с.

Москаленко А. Т., Сержантов В. Ф. Смысл жизни и личность. – Новосибирск: Наука, 1989. – 205 с.

Москаленко В. Д. Программа социальной работы с семьями больных алкоголизмом. – М.: б.м., 1992. – 75 с.

Москаленко В. Д. Созависимость: характеристика и практика преодоления. // Лекции по наркологии. Под ред. Иванца Н.Н. М.: Медпрактика, 2001 – стр.288-319.

Муздыбаев К. Психология ответственности. – Л.: Наука, 1983. – 240 с.

Мухина В. С. Возрастная психология. – М.: Академия, 1997. – 432 с.

Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л.: Медицина, 1961.

Налимов В. В., Дрогалина Ж.А. Как возможно построение модели бессознательного? // Бессознательное: природа, функции, методы исследования. В 4 томах. Т.4. – Тб.: Мецниереба, 1985. – 464 с. – С. 185-198.

Олпорт Г. Личность в психологии. – М.: КСП+, СПб.: Ювента, 1998. – 334 с.

Пантिलеев С. Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система. – М.: изд-во МГУ, 1991. – 108 с.

Панферов В. Н. Психология человека. Учебное пособие. Изд-во Михайлова В.А., Санкт-Петербург, 2000, 156 стр.

Петренко В. Ф. Личность человека – основа его картины мира // Модели мира. Под ред. Поспелова Д.А. – М., 1997

Петровский А. В., Петровский В. А. Категориальная система психологии // Вопросы психологии. – 2000. – №5. – с. 3-18.

Петровский А. В., Шпалинский В. В. Социальная психология коллектива. – М.: Просвещение, 1978. – 176 с.

Посохова С. Т. Психология адаптирующейся личности. - СПб.: изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2001. – 240 с.

Птичкина Е. Л. Внутрисемейные детерминанты девиантного поведения старших подростков. Автореферат дис. ... канд. психол. наук. – М., 2001. – 24 с.

Рикер П. Герменевтика, этика, политика. – М.: Академия, 1995. – 159 с.

Розен Г. Я. Самопознание как проблема социальной перцепции // Вопросы психологии познания людьми друг друга и самопознания. – Краснодар: КубГУ, 1977. 0- 176 с. – с. 169-174.

Рубинштейн С. Л. Проблемы общей психологии. М., 1976

Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. В 2 томах. Том 2. – М.: Педагогика, 1989. – 328 с.

Рыбалко Е. Ф., Крогиус Н. Г. Ценностные ориентации и временные перспективы самореализации личности // Психологические проблемы самореализации личности. Выпуск 2. – СПб., 1998

Самоукина Н. В. Симбиотические аспекты отношений между матерью и ребенком // Вопросы психологии. – 2000. - №3. – с.67-82

Сарджвеладзе Н.И. Личность и ее взаимодействие с социальной средой. – Тб., Мецниереба, 1989. – 208 с.

Сартр Ж.-П. Бытие и ничто. – М.: Республика, 2000. – 638 с.

Сатир В. Психотерапия семьи. – СПб.: Ювента, 1999. – 283 с.

Сидоров П. И. Саморазрушающее поведение у подростков как интегральное качество девиантного образа жизни // Саморазрушающее поведение у подростков. – Л.: НИИ им. Бехтерева, 1991. – 140 с.

Слободчиков В. И. Категория возраста в психологии и педагогике развития // Вопросы психологии. – 1991 – №2. – с. 37-53

Смит Энн У. Внуки алкоголиков. - М.: Просвещение, 1991. - 128 стр.

Соколова Е. Т. Проективные методы исследования личности. – М.: изд-во МГУ, 1980. – 176 с.

Стентон М. Д., Тодд, Т. К. Вовлечение «резистентных» семей в лечение // Семейная психотерапия. Составители Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В., Юстицкис В. – СПб.: Питер, 2000а. – 512 с. – с. 390-416

Стентон М. Д., Тодд, Т. К. Структурная семейная психотерапия // Семейная психотерапия. Составители Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В., Юстицкис В. – СПб.: Питер, 2000б. – 512 с. с. 448-468

Столин В. В. Самосознание личности. – М.: изд-во МГУ, 1983. – 286 с.

Франкл В. Человек в поисках смысла. – М.: Прогресс, 1990. – 366 с.

Ханиган П. Молодежь, испытывающая трудности. М., изд-во «Интердиалект+», 1999, 214 стр.

Христофорова М. И., Шипицына Л. М. Психологические особенности созависимых семей подростков – наркоманов // Подростки и молодежь в меняющемся обществе (проблемы девиантного поведения). Сборник тезисов международной конференции. М.: Новый отсчет, 2001. – 256 с. – с. 165-175

Черников А. В. Интегративная модель системной семейной психотерапевтической диагностики. Тематическое приложение к журналу «Семейная психология и семейная терапия». - М.: б.м., 1997 - 160 стр.

Чудновский В. Э. Смысл жизни и судьба. - М.: Смысл, 1997. – 237 с.

Чхартишвили Ш. Н. К вопросу об онтологической природе бессознательного // Бессознательное: природа, функции, методы исследования. В 4 томах. Т.1. – Тб.: Мецниереба, 1978. – 788 с. – С. 99-111

Шайдукова Л. К. Привычки. Пристрастия. Болезни. – М.: Прогрессивные биомедицинские технологии, 2000. – 88 с.

Шакеева Ч. А. Ценностные ориентации и самочувствие молодежи в новых общественно-экономических условиях. – М.: Институт практической психологии, Воронеж, НПО МОДЭК, 1998. – 192 с.

Шилова К. В. Особенности консультирования химически зависимых клиентов и их близких // Мастерство психологического консультирования. Ред. А. А. Бадхен, А.М. Родина. – СПб.: Европейский дом, 2002. – 184 с. – с. 180-183

Шмелев А. Г. Введение в экспериментальную психосемантику: теоретико-методологические обоснования и психодиагностические возможности. – М.: изд-во МГУ, 1983. – 157 с

Щекотилова Е. В. Особенности функционирования семьи с ребенком-наркозависимым (по материалам телефона доверия) // Материалы VI Всероссийской Конференции «Психология в школе: практический психолог – профессия нового века». - СПб: ГП «Иматон», 2001. – с. 264-266

Эйдемиллер Э. Г., Кулаков С. А., Чересмин О. В. Саморазрушающее поведение у подростков: пути исследования, проблемы и разработка методов психотерапии.// Саморазрушающее поведение у подростков: сб. научных трудов. - Л.: НИ психоневрологич. ин-т им. В.М. Бехтерева. 1991. - 140 с.

Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999. – 656 с.

Яковлева М. Б. Роль психокоррекционной работы с созависимыми в комплексной терапии и реабилитации наркозависимых. Автореферат дис. ... к. пс. наук. – Томск, 2002. – 19 с.

Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М.: Класс, 1999. – 575 с.

Alexander J. F., Parsons B. V. Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and relativist. // J. Abnorm. Psychol. № 81. 1973. – pp. 219-225.

- Blum R. H. Horatio Alger's Children. San Francisco, Jossey-Bass. 1972 – P.174
- Botvin G. J. Substance abuse prevention research: Recent developments and future direction. // Journal of school health, №56. 1986. – pp. 369-374
- Brook J. S., Nomura C., Cohen P. A. A network on influences on adolescent drug involvement: Neighborhood, school, peer, and the family.// Genet. Soc. Gen. Psychol. Monograph 115. 1989. – pp. 123-145.
- Bry B. H. Family-based approaches to reducing adolescent substance use: Theory, techniques and findings.// Rahdert E. R., Grabowski J., eds. Adolescent drug abuse: Analyses of treatment research. // NIDA Research Monograph № 77. 1988 – pp. 39-68.
- Demarsh J., Kumpfer K. L. Family-oriented interventions for the prevention of chemical dependency in children and adolescent. // Griswold-Ezekoye S., Kumpfer K. L., Bukoski W. J. (Eds) Childhood and chemical abuse: prevention and intervention. New York, Hamorth, 1986 – pp. 17-151.
- Coyne J., Liddle H. A. The future of system therapy: Shedding myth and facing opportunities. // Psychoter. Theory. Res. Pract. №29. 1992 – pp.44-50.
- Elkin M. Families under influence: Changing alcoholic patterns. New York, W.W. Norton. – 190 p.
- Hawkins J. D., Catalano R. F., and Associates. Communities that care. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1992. - 247 p
- Heath A. W., Stanton M.D. Family therapy. // Clinical textbook of addictive disorders. New York, Guilford Press, 1991. – pp. 406-430.
- Hirsch R. Group therapy with parents of adolescent drug addicts.// Psychiatric Q. 35. 1961 – pp. 702-710.
- Jessor R, Jessor S. L. The social – psychological framework. // Jessor R, Jessor S. L. (eds). Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth. New York: Academic Press, 1977. – pp. 17-42.
- Kaufman E., Kaufman P. (eds) Family therapy of drug and alcohol abuse. New York, Gardner Press, 1974.
- Kooyman M. The therapeutic community for addicts: Intimacy, parent involvement and treatment success. Amsterdam, Swets & Zeitlinger, 1992. – 252 p.
- Liddle H. A., Dakof G. A. Family-Based treatment for adolescent drug use: State of the science. // NIDA Research Monograph №156. 1995.—pp. 218-254.
- Mares B. E., Johnson R. A., Sandler K. R. The alcoholics family: diagnosis and treatment. // Alcohol. Treat. O. – 1984 – Vol. 1, N 4 – P. 67-83.

McMahon R. J., Forehand R. Parent training for noncompliant child: treatment outcomes, generalization and adjunctive therapy procedure. // Parent training: Foundation of research and practice. . New York, Guilford Press, 1984. – pp. 298-328.

Mercer R. T. Parent at risk. New York, Springer, 1990. – 212 p.

Newcomb M. D., Felix-Ortiz M. Multiple protective and risk factors for drug use and abuse: Cross-sectional and prospective findings. // Journal pers. social psychology 63. 1992 – pp.280-296.

Reid J. B. Prevention of conduct disorder before and after school entry: relating interventions to developmental findings.// Development and Psychology №5, 1993 – P. 243-262

Stanton M. D., Todd T. C. and Associates. The family therapy of drug abuse and addiction. New York, Guilford Press, 1982. – 348 p.

Stanton M. D. Drugs and the family:A review of the recent literature. // Marriage and family review № 2, 1979. – pp.1-10.

Szapocznic J., Perez V. D., Brickman A. L. et al. Engaging adolescent drug abusers and their families in tretment: a strategic structural systems approach.// Jornal of consulting and clinical Psychology № 56, 1988. – pp.522-557.

*Ильина Н.В.,
психолог, член Федерации психологов образования Российской Федерации,
генеральный директор Психологического консультативно-тренингового
центра «Успех»*

Методы терапии созависимости

Созависимость

Созависимость - это состояние, при котором центром жизни становится человек, употребляющий какие либо вещества, изменяющие сознание: алкоголь, наркотики, токсические вещества, лекарства или что-либо еще, характеризующееся деструктивным поведением, смещением жизненных ценностей, отказом от реализации собственных потребностей и желаний

Чаще всего под обстрел симптомов созависимости попадают женщины - жены, матери, а также дети и другие близкие люди наркозависимого больного. Но все ли становятся созависимыми и почему именно они?

Известно, что мужчине природой уготована и определена более активная роль - искателя, исследователя, охотника, добытчика. Исследуя окружающий мир, он изучает, что полезно, пригодно для жизни, а что является опасным и ненужным. В социуме это имеет смысл хоть и другой по форме, но тот же по содержанию. В основном, благодаря мужчине, происходит развитие и изучение окружающего мира. Для этого ему необходимы холодная голова, умение отстраняться, анализировать, спокойствие и минимум эмоциональности. Именно поэтому для мужчин очень важным является социальная реализация, профессиональная деятельность.

Женщине природа определила роль «хранителя» информации, которая передается через детей следующим поколениям, хранительнице очага и семьи, роль воспитателя и учителя. Женщина выбирает, как основную ценность, отношения. Живет этим и ради этого, а потому больше переживает за климат в семье, определяет его и влияет или пытается влиять на отношения. Женщине более необходимы эмоции и чувства, их проявления, беседы и «копание». По этим же причинам, женщина оказывается активнее втянута во все изменения, которые происходят под влиянием алкоголя или наркотиков в отношениях и семье.

Принято считать, что мужчины не испытывают чувств, им безразлично происходящее, но это не так. Они по-другому показывают свои переживания, иначе, чем женщины реагируют на происходящие события, больше молчат, жестче выстраивают отношения. Именно различия в поведении дают пищу для подозрений и обид.

Ответ на вопрос «все ли становятся созависимыми?» также имеет свою глубину и особенности. На развитие личности семья оказывает огромное влияние.

Важно, насколько доверительными были отношения в семье, насколько безопасно ребенок мог выражать свои мысли и чувства, принимали родители его чувства и состояния родители или подвергали критике и старались пресекать эмоциональные проявления. Ребенок, не имеющий опыта выражения чувств, права на испытывание чувств (иначе запрет на выражение), не видящий любви и ласки по отношению друг к другу, обязательно попадает в группу риска, так как потребность в принятии его самости, эмоциональности, безопасности и любви никуда не исчезает. Также в группу риска попадают дети, в семье которых есть алкоголики - дедушки, бабушки, дяди, братья и другие. Такие люди и сами рискуют приобрести алкогольную, наркотическую или какую-либо другую зависимость или оказаться в ряду созависимых. Они выискивают партнеров со знакомыми стереотипами поведения, так как, несмотря на деструкцию, правила игры хорошо знакомы. В группе риска оказываются не только люди, которые имеют пьющих родителей, но и те, кто вырос в неполных семьях, где мама слишком активно опекает ребенка, не дает ему возможность проявить самостоятельность, ошибиться, испытать боль. Нельзя забывать и тех, кто жил (или живет) рядом с человеком, имеющим хронический недуг. Это могут быть инвалиды детства или люди с приобретенными заболеваниями – неважно. Особенности поведения те же: жалость к себе, нежелание или неумение справляться с актуальным состоянием, преодолевать боль и трудности и, как следствие, обвинения в отношении родственников, манипулятивное поведение, перекладывание ответственности за свою жизнь на других людей. Ответственность вообще странная субстанция – никогда не бывает без «хозяина», ее обязательно кто-нибудь подхватит и взвалит на себя.

Важно отметить, что созависимость является нездоровым, патологическим состоянием, которое можно квалифицировать как болезнь.

В жизни, в социуме все люди так или иначе зависят друг от друга, но это не означает, что все они больны созависимостью. В чем же отличия и особенности?

Состояние созависимости влечет за собой смещение жизненных ценностей, деструктивное поведение, отказ от собственных потребностей и желаний, контроль поведения и жизни зависимого члена семьи, тяжелые чувства, изоляцию, стереотипное поведение и т. д.

Химическая зависимость и созависимость - это одна и та же проблема, но касающаяся разных членов семьи.

Созависимый не употребляет алкоголя или наркотиков, но его «рюмкой» является пьющий член семьи или наркоман. Не следует также оставлять без внимания и тот факт, что зависимость бывает и эмоциональной.

В наше современное время мы теперь выделяем игровую, компьютерную и виртуальную зависимости. Поведение зависимых людей всей видов имеет одинаковые или весьма схожие симптомы, как и поведение родственников. Симптомы зависимых и созависимых людей также схожи и имеют единую природу.

Созависимый человек с трудом держится на «плаву», так как его ценностные ориентиры сведены к поддержанию жизни алкоголика (наркомана). Такие понятия, как счастье, здоровье, жизнь, вера, семья, самореализация и многое другое в связи со своей жизнью не рассматриваются. Смысл жизни полностью сведен к контролю больного. У созависимого человека есть иллюзия, заключающаяся в том, что, счастье и радость жизни начнется сразу после прекращения употребления алкоголя или наркотиков, излечения мужа или ребенка от зависимости.

Родственники не осознают тяжести своего состояния, а, между тем, оно ничуть не менее тяжелое, чем состояние зависимого больного. При всей тяжести жизни с таким человеком родственники, жены и матери вовсе не считают употребляющего человека больным. По обыкновению, считается, что ему просто не хочется справляться с собой, что он плохо воспитан, является обладателем слабой воли и не желает бороться с дурной привычкой. Этот стереотип активно поддерживается и обществом. Чаще всего порицается не сам пьющий человек, а та, которая «довела» его до подобного состояния, та, которой больше всего достается обид, тяжести, обвинений, оскорблений и житейских трудностей.

Созависимые взваливают на себя непосильную ношу ответственности за всех членов семьи, самостоятельно решают рабочие, бытовые и межличностные вопросы. Постоянно подвергаясь обвинениям со стороны алкоголика, других родственников, обществу, они и сами считают себя виновными в алкоголизме мужа или ребенка.

Как известно, чувство вины - это самое тяжелое и абсолютно разрушительное чувство, не имеющее ни одной конструктивной составляющей. Например, чувство гнева можно не только разряжать, но и рассматривать его как энергию сохранения жизни, защиты, обращать его в энергию созидания, достижения цели. Чувство страха также имеет биологическую природу и помогает быстро ориентироваться в минуты опасности: бежать и спасаться, либо вступать в борьбу за свою жизнь, жизнь потомства, пищу или территорию. Созависимые люди, напротив, попадая в ситуации опасности, впадают в ступор, наступает состояние паралича, либо неоправданно рискуют, то есть теря-

ют способность адекватно оценивать обстановку, силы противника и свои силы. Созависимым свойственно неумение просить о помощи и принимать ее. Им проще манипулировать, «додавливать» и обвинять, говорить экивоками.

Людам, не имеющим такую проблему в семье, трудно допустить мысль, что у них тоже может возникнуть что-то подобное, страшно представить жизнь с наркозависимым. Общество осуждает и больных зависимостью, и их родственников. Иметь «ТАКУЮ!» проблему в семье стыдно. Трудно бывает признать, допустить мысль о том, что болезнь уже вошла в семью. Таким образом, мы видим, что общество в целом поддерживает своим поведением, отношением основной симптом болезни – отрицание.

Самостоятельный запрос на получение помощи поступает лишь тогда, когда человеку уже не хватает собственных сил делать обычные дела, у него появляются соматические расстройства в дополнение к постоянной подавленности, плохому настроению, страху, непроходящей усталости, беспомощности и чувству одиночества. В остальных же случаях обращения за помощью связаны со спасением родственника.

Поведение созависимого человека перестает быть конструктивным. Им свойственна жертвенность. Этот стереотип поведения является общественно и социально поощряемым так же, как и трудоголизм.

Трудоголизм же вообще в наше время стал поощряемым стилем жизни, хотя и является разновидностью зависимого поведения, в котором также присутствует неумение учитывать остальные потребности, выделять им время, внимание и пространство, жить и развиваться разносторонне, чувствовать всю полноту и радость жизни.

Некоторые социально поощряемые стереотипы имеют ментальные корни: например, «не выносить сор из избы», то есть развивать отношения в замкнутом пространстве, без привлечения специалистов, друзей, других родственников, сотрудников, не жаловаться, решать все вопросы самостоятельно. О «стыдных» проблемах умалчивать и подавно. Парадокс заключается в том, что только у открытой здоровой семьи есть шанс относительно быстро получить помощь и справиться с проблемой. Открытость семьи - признак ее здоровья и зрелости. В такой семье ее члены свободно проявляют свои чувства, даже сложные и не просто принимаемые другими людьми, ощущая безопасность в кругу близких. В здоровой семье родители не оторваны от жизни детей и способны расти с ними вместе. Родители, как и положено, постепенно, в соответствии с возрастом, повышают требования к ребенку, передают ему все больше ответственности и свобод к самостоятельным решениям. В такой семье у ребенка есть все шансы вырасти развитой самостоятельной личностью, а главное - воспринимать здоровье и независимость как великую ценность. Человеку, выросшему в благоприят-

ных условиях, в любви, принятии и заботе, легче справляться с жизненными трудностями, не зависеть от чужого мнения, не употреблять алкоголь и наркотики. Он может рационально планировать свое время, выстраивать свою систему приоритетов, помогать другим людям без ущерба для них и себя. У здоровой личности адекватная самооценка: человек осознает свои сильные и слабые стороны, не критикует себя, но старается исправлять недостатки.

В деструктивных семьях картина жизни иная. Дети, как и их родители, имеют низкую самооценку, периодически впадая в состояние «звезды». Им трудно принимать свои недостатки и здоровую критику старших, поэтому они реагируют агрессивно, либо чувствуют подавленность и никчемность. В проблемных семьях родители не растут вместе со своим ребенком, не меняются. Требования и запреты родителей остаются в лучшем случае прежними же, а часто возрастают. Родители, не меняя своего поведения, не передают ребенку и навыки и умения. В результате ребенок вырастает инфантильным, боится сделать что-нибудь сам, ошибиться. Отношения в проблемных семьях замешаны на обвинении, жестокой критике, высмеивании, недоверии к себе, своим способностям и миру.

Дети впоследствии имеют трудности в общении со сверстниками, находятся в конфликте с окружающими, а главное не чувствуют себя счастливыми. Вместо помощи дети получают агрессию и манипуляции.

Родитель, ощущая себя «жертвой», давит на ребенка и остальных членов семьи вместо прямого обращения за помощью. Проблемы родителями обсуждать не принято, практикуется замалчивание, сокрытие трудностей. Вместо получения опыта решения проблем, поиска наилучшего способа, ребенок учится искать виновного, часто оказываясь на его месте.

Самый простой способ избежать решения проблем и неприятного общения оказываются алкоголь или наркотики. Дети из деструктивных семей, безусловно, находятся в группе риска. Они подвержены риску попадания в «дурные» компании, криминальный круг общения и, конечно, в зависимость от алкоголя и наркотиков.

В связи с вышеперечисленными факторами в деструктивных семьях складываются соответствующие отношения:

- жесткий контроль
- оскорбительное поведение
- насилие
- подавление и насилие
- обвинения

- манипуляции
- отсутствие безопасности для каждого члена семьи
- отсутствие интереса друг к другу
- игнорирование чувств, потребностей, желаний, мнения
- замкнутость
- агрессивность
- инфантильность:
 - безответственность
 - беспомощность
 - безынициативность
- гиперопека
- жестко закрепленные роли, нет взаимозаменяемости
- несоответствие требований к ребенку и его возраста
- несоответствие возрасту навыков и умений (в том числе, социальных)
- нет совместного досуга, трапез, отдыха, игр
- родители часто предпочитают одного из детей
- хронически плохое настроение и страх настоящего и будущего, страх друг друга

Этот список можно было бы продолжить. Рекомендую использовать его для диагностики созависимости, а также для выстраивания индивидуальной терапевтической программы для клиента.

Основные чувства созависимых - это стыд, обида, вина, гнев, страх, бессилие, беспомощность, одиночество, ненависть, подозрительность, недоверие, выброшенность из жизни, убежденность, что "счастье и благополучие не для меня" и, как ни парадоксально, властность.

«Жертва-Тиран» – одно из характерных проявлений созависимого поведения. «Жертва» и «Тиран» - две стороны одной медали. Здесь нет четких границ разделения. Долго подавляемый человек однажды озлобляется настолько, что сам становится тираном и подавителем, «ущемителем» прав и свобод других людей. Причем, его агрессия направлена не по адресу, а в сторону более незащищенного человека, обладающего более низким статусом, меньшими правами и силами. Наркозависимый также, как и его близкие, проявляет свойства тирана: бьет жену, детей, заставляет приносить добавку к выпитому, выполнять его прихоти, издевается. Зачастую, в таких семьях присутствует сексуальное насилие. Периодически зависимые и созависимые меняются ролями «жертва-тиран». И, если «тиран» – это сила, выраженная через агрессию, по-

давление, унижение, то есть через разрушительное поведение, то «жертва», напротив, проявляет слабость и немощность. В роли «жертвы» по-настоящему теряется сила, как физическая, так и моральная. Желая помощи, поддержки и принятия для себя, борясь за право быть счастливыми, на деле «жертвы» отталкивают от себя людей. Это объясняется тем, что «насытить жертву» невозможно. На ее поддержание уходит масса сил, энергии, времени, внимания. Помощник отрывает его от себя. Люди не любят и боятся находиться рядом с неудачниками и жертвами, так как их стратегия жизни способна подорвать оптимистичный настрой и веру в победу справедливости и добра. Это не наполняемая бездна.

Жены и матери также играют роль «спасателя» и «потакателя».

«Спасатель» - роль созависимой личности, необходимая для получения «поглаживаний» себя для повышения самооценки. Будучи занятой спасением наркозависимого, мать или жена приобретает для себя как бы официальное оправдание не заниматься собственной жизнью, контролем своего поведения. Любая из них скажет: «Совсем нет времени и сил на себя». Спасательство созависимого позволяет больному человеку оставаться инфантильным, безответственным, пассивным, а, значит, продолжать употребление.

«Потакатель» – это также роль созависимого, которая отвечает скорее интересам общественного стереотипа, призывающая стыдиться и покрывать поступки алкоголика, нежели интересам зависимой семьи. Жены и матери лгут родственникам, начальникам, когда те звонят и спрашивают, почему тот-то не вышел на работу. Идя домой, алкоголик (наркоман) всегда уверен в том, что будет накормлен, разут, раздет, уложен в постель, а завтра снабжен деньгами на карманные расходы. Кроме того, он знает, что его дома ждут со страхом, а, значит можно вести себя, не стесняясь и не сдерживаясь. Можно предъявлять претензии, скандалить, обвинять, требовать, угрожать и издеваться.

Чувство вины и стыда не позволяет родственникам вести себя жестко и открыто, тем более, что зачастую для их жизни, действительно, есть угроза жизни.

Дети в семье наркозависимого также выбирают для себя какую-либо роль. Наиболее характерные и часто встречающиеся роли – это «ребенок-герой», «козел отпущения», «невидимка» и «дипломат».

«Ребенок-герой» берет на себя трудную роль всегда быть лучшим. Он старается хорошо учиться, помогать по дому, следить за младшими детьми. Его основное качество – перфекционизм. Ребенок старается выполнять любое дело на «5+». Его уровень притязаний непомерно высок. Такой ребенок берет, по сути, на себя ответствен-

ность взрослой матери, которые ему не под силу. Старания «ребенка-героя» направлены на то, чтобы получить похвалу родителей, интерес к себе с их стороны, снизить уровень накала в семье. Но на деле он получает все больше замечаний, наказания и новую ответственность. Ему трудно разобраться в причинах нападков и обвинений, агрессии отца и горя матери. Такой ребенок привыкает зарабатывать любовь и всегда улыбаться.

«*Козел отпущения*» – роль ребенка, принимающего на себя всю агрессию и неудовлетворенность родителей. Это его способ подтверждения того, что «я есть и меня замечают». Пусть таким ненормальным болезненным способом, но это лучше, чем полное забвение, игнорирование, отрицание существования.

Такой ребенок плохо учится, хулиганит в школе, во дворе и дома, может воровать или эпатировать каким-либо другим способом. В семье он также принимает «огонь на себя». «Козел отпущения» может быть, напротив, абсолютно подавленным и бессловесным.

«*Невидимка*» – роль ребенка, который выбирает для себя незаметный способ выживания. Он никогда не высовывается, не спорит, не отстаивает свое мнение, не предлагает помощь. Такой ребенок занимает себя сам, не привлекая чьего-либо внимания. Он удобен родителям, учителям и другим взрослым. На него не нужно тратить время и внимание, он не доставляет хлопот и волнения. В дальнейшем такой человек сохраняет этот стиль, который становится стратегией жизни. Ему трудно двигаться по карьерной лестнице, добиваться успехов и контактировать с другими людьми. У «невидимки» низкая самооценка и трудности в решении любых бытовых проблем.

«*Дипломат*» - ребенок, умеющий держать «нос по ветру», приспособливаться к обстоятельствам и улаживать конфликты. Обычно он нравится взрослым, не конфликтен и в трудных ситуациях старается взять роль посредника и парламентаря на себя. Такой ребенок хорош и удобен для всех. Между родителями он играет роль мостика, роль «третьей партии». Эта роль является продуктом манипуляций и используется в тех случаях, когда люди не хотят или не способны вступить в прямые переговоры «скажи папе...».

«Дипломат» в дальнейшей жизни выбирает профессию, предполагающую наличие умения договариваться. Его основное качество - подавление своих чувств, потребностей и желаний в целях достижения общего мира и спокойствия. Ему трудно вступить в открытый конфликт или быть его свидетелем, а это иногда создает препятствие для прекращения давления, террора, несения своего «креста». Для «дипломата»

почти невозможно разорвать отношения, а стать причиной раздора равносильно приговору и вызывает физические страдания.

Не нужно быть ясновидящим, чтобы понять и представить, как складывается жизнь людей, выросших в зависимой семье с закрепленными ролями, которые становятся стратегией жизни в дальнейшем. Человек реализовывает свой жизненный сценарий уже в семье, созданной самостоятельно.

Все вышеперечисленные стереотипы не являются фатальными. У созависимого есть шансы выздороветь от этого недуга, хоть и требует времени, больших усилий и желаний. Самостоятельно справиться со столь сложным состоянием практически невозможно, так как у пациента не хватает внимания на контроль своего поведения, знаний и многих других навыков. Требуется квалифицированная помощь специалиста-психолога.

Итак, мы подошли к моменту обсуждения собственно методов терапии. Каждый специалист выбирает то направление психологии, которое наиболее близко ему, в котором он наиболее эффективен.

В работе можно использовать методы гештальт-терапии, процессуально-ориентированной терапии телесно-ориентированного направления, метод диалога, рационально-эмотивной терапии и другие.

Реабилитация созависимых клиентов включает в себя:

- мотивацию на лечение
- отказ от контроля употребляющего ПАВ родственника
- анализ ценностных ориентиров
- исследование стереотипов поведения
- исследование своей эмоциональной сферы
- исследование природы власти в своих отношениях
- отказ от манипулятивного поведения и лжи
- исследование своих личностных ресурсов
- эмоциональная разрядка тяжелых чувств
- приобретение навыков позитивного мышления
- приобретение навыков использования разрушающей энергии для процесса созидания
- приобретение навыков контроля своей жизни и поведения
- приобретение навыков формирования позитивного мышления и помогающих стереотипов
- знакомство с личными потребностями и желаниями

- обучение постановке цели и построению последовательному достижению цели
- приобретение навыков идентификации свои чувств и приемлемым способам их выражения
- приобретение навыков личного пространства при оказании помощи наркозависимому и другим людям
- взятие ответственности за свою жизнь
- передача ответственности больному за его жизнь
- контракт
- интервенция больного алкоголизмом или наркоманией
- приобретение навыков заботы о себе без нанесения ущерба другим людям
- приобретение навыков психогигиены

Мотивация

Для мотивации созависимого человека используется метод рационально-эмотивной терапии и метод «диалога».

Для осознания клиентом своей собственной проблемы, тяжести своего состояния беседа состоит из последовательно выстроенных вопросов, направленных на признание неэффективности предпринимаемых действий и необходимости попробовать нечто новое для себя. На каждый поставленный вопрос важно получить ответ клиента, лишь после этого задавать следующий вопрос. Терпение психолога, понимание трудности процесса осознания и принятия чувств Вашего пациента являются залогом эффективно проведенной мотивации и хорошего результата для клиента.

Необходимо прописать конкретные примеры ситуаций неуправляемого поведения, так называемого «безумия», совершенных под влиянием страха за алкоголика (наркомана).

Следующая самостоятельная работа созависимого – прописывание ситуаций бессилия перед проблемой употребления. Иными словами, нужно вспомнить поступки и проанализировать, чем они завершились, принесли ли желаемый результат.

Одним из самых влиятельных аргументов в пользу терапии созависимого человека является то, что его поведение может спровоцировать употребление ПАВ наркозависимым, что является правдой. Необходимо донести мысль о том, что болезненное поведение созависимого, его контроль и преследования, агрессия, истерики и многое другое усугубляют ситуацию употребления и дают обратный эффект. Не менее важно, чтобы созависимый пациент поверил в то, что у него есть право и возможность жить

лучше, счастливее, радостнее. За страхом и огромным желанием спасти своего близкого человека жены и родители забывают, что у каждого есть право выбрать, как жить, как бы больно не было принимать выбор смерти своим ребенком или мужем.

Также на процесс мотивации к лечению влияет признание «безумия» своего поведения, бессилия перед проблемой зависимости и способов воздействия.

Отказ от контроля

Осуществляется при помощи прописывания ситуаций контроля над жизнью других людей. Чем подробнее будет описывать свое поведение созависимый, тем быстрее овладеет навыком замечать это в повседневной жизни и переключать внимание на то, что делает сам. Контролем являются не только расспросы, слежка, подслушивание, заглядывание в глаза с целью определить состояние и идентификация запаха, но и количество мыслей в течении дня, посвящаемых проблеме.

Также в этом процессе очень помогает ведение дневника чувств, в котором ежедневно фиксируются в конце дня произошедшие самые маленькие, самые разные события, чувство, возникшее в результате события, реакция тела, возникшая в ответ на чувство и последовавший за этим поступок.

Таким образом, можно научиться фиксироваться не только на своей жизни, но также идентифицировать свои чувства, замечать вегетативные реакции и выявлять стереотипы поведения, видеть поведенческие альтернативы, а значит обучать себя новым моделям реагирования. Знание реакций тела поможет избежать трансформации симптомов в стойкие соматические расстройства, хронические заболевания. «Дневник чувств» многофункционален и может быть рекомендован клиентам, имеющим иные психологические проблемы.

Обсуждение проведенного дня в кругу семьи

Учит родственников говорить только о своих чувствах и опыте, не требуя отчета остальных членов семьи о проведенном времени, не давая оценок.

В семье, где присутствует много критики и осуждения крайне важно начать создавать атмосферу доверия и безопасности. Клиенту необходимо научиться говорить лишь о своих событиях и своем опыте, не подвергая членов семьи расспросам с пристрастием, не ожидая ответной реакции сразу. Такое поведение снижает общий уровень напряженности, тревоги, страха и помогает создать атмосферу доверия. Когда каждый член семьи убедится, что за рассказом о себе не следуют карательные санкции, обвинения и критика, легче будут идти на контакт и перенимать благоприятный опыт.

Сообщение о своих чувствах

Наиболее приемлемая форма общения предполагает рассказ о чувствах в связи с поступком кого-то из членов семьи. Например: “Когда ты оскорбляешь меня, я испытываю боль, обиду и раздражение. Мне кажется в этот момент, что ты не любишь меня”. Данная форма не имеет в своей основе личностных высказываний и принимается адресатом без протеста. Таким образом, члены семьи привыкают к мысли, что говорить о самых разных чувствах можно, никого не задевая, без обвинений, крика, но главное – безбоязненно. Отсутствие привычных оскорблений и обид помогает внимательнее прислушиваться к собственным чувствам и находить им слова. Это важно для каждого члена семьи. Для проблемной семьи большой трудностью является не только открытое и безопасное выражение чувств, но собственно их идентификация. Эмоционально-лексический запас ограничен, отсутствуют чувственные полутона и оттенки в силу эмоциональной некомпетентности. В подобной семье важно формировать условия безопасности для свободного выражения мыслей, мнений, чувств.

Терапевтический контракт

Специалист, приступающий к работе с созависимым клиентом должен учитывать тот факт, что первая консультация может стать и последней. У созависимых людей низкий порог ответственности за свою жизнь и поступки, поэтому они “забывают” о назначенной встрече с терапевтом, не перезванивают, чтобы предупредить о переносе консультации и далеко не всегда выполняют рекомендации и задания психолога. Созависимый клиент стремится переложить ответственность за свое выздоровление на специалиста. Именно поэтому необходимо в самом начале подписать контракт о намерениях, разделив ответственность.

Психолог несет ответственность за свой профессиональный уровень, предоставляемую информацию, ее достоверность, за соблюдение этических норм психолога, временные рамки консультации, анализирует происходящее в процессе консультативных встреч, обеспечивает безопасные условия для работы клиента.

Клиент сам отвечает за свои чувства, процесс выздоровления, скорость и качество своего терапевтического прогресса. Он сам решает, как распоряжаться предоставленной информацией, и какую информацию предоставлять психологу для работы. Специалист может лишь оказывать помощь, анализировать и осознавать чувства, направлять клиента.

В контракте очень важно озвучить права и обязанности сторон, санкции за нарушение договоренностей, форс-мажорные обстоятельства, то есть все, что есть в любом деловом договоре, но с учетом психологических особенностей и соблюдением гуманистических основ.

Анализ ценностных ориентиров

Работа с ценностями включает в себя следующие пункты:

- исследование ценностей
- исследование потребностей
- исследование желаний
- исследование интересов
- исследование целей
- забота о себе

Ценности – это база и почва под ногами любого человека, на которую он опирается в жизни. Ценности являются маяком в трудных ситуациях, помогают принимать решения и делать выбор, являются критерием оценивания поступков других людей и своих собственных.

У созависимого человека вызывает трудности даже простое перечисление ценностей. Скорее всего, он сможет назвать лишь жизнь и здоровье своего страдающего зависимостью родственника. Речь не идет о себе, своей жизни, о счастье, вере, самореализации. Созависимый давно уже перестал думать, чего хочет, перестал мечтать. На это наложены строжайшие запреты, дабы избежать дополнительной боли. Хроническое игнорирование его потребностей приучило и самого созависимого не вспоминать, о чем мечталось в юности и молодости. Это компенсаторная психическая реакция, выполняющая защитную функцию.

Начать работу лучше всего с исследования желаний в техниках «ранних воспоминаний», позволив клиенту окунуться в далекий мир здоровой жизни, а затем постепенно двигаться в сторону настоящего времени.

Особенно эффективно проводить работу с желаниями в терапевтической группе. Как один из вариантов работы, можно предложить упражнение «Я хочу. Я могу. Я сделаю. Что я начну делать для реализации своего желания уже сегодня». «Хочу» и «Могу» проговаривается членами группы по очереди в течение 3-5 минут без ограничений, высказываются любые фантазии. Упражнение поможет подумать над желаниями, пофантазировать и помечтать. Обычно, работа вызывает веселье и радость, не смотря на возникающие трудности, что снимает напряжение и страх.

После прорабатывания темы «желания» можно перейти к более отсроченным во времени темам.

Забота о себе

Забываясь о всех членах семьи, созависимые перестают уделять внимание себе. Это и понятно. На себя не остается ни сил, ни времени, ни желания. Общей эмоцио-

нальный фон также не способствует этому процессу. Не стоит забывать, что теряются волевые навыки. Поэтому заботе о себе следует уделять особое внимание.

Приобретение клиентом навыков заботы о себе складывается из:

- уход за внешностью
- уход за телом
- уход за жилищем – наведение и поддержание порядка
- уход за своими вещами, приобретение новых вещей (по мере возможности)
- ответственность за настроение
- ответственность за здоровье
- ответственность за психологическое выздоровление
- ответственность за качество жизни
- ответственность за личностный рост и развитие
- ответственность за поступки в отношениях с партнером и детьми
- ответственность за сохранение своих границ и прав

Конечно, этот список не является полным, но им можно воспользоваться, как ориентиром в своей работе.

Исследование стереотипов поведения

Основными стереотипами созависимости являются роли:

Жертва (Тиран или Преследователь). Для этой роли характерно то, что Жертва несет свой «крест», переживает все тяготы жизни и гордится своими страданиями. Страдания для Жертвы являются поглаживаниями. Это деструктивный способ повышать самооценку, хвалить себя. За поведением Жертвы скрывается потребность в признании, похвале и гордости за себя. В работе со стереотипом важно вывести на осознанный уровень скрытые потребности и подобрать конструктивный способ повышения самооценки.

Подстрекатель. Нуждается в катарсисе гнева, обиды, подавленности. Для реализации этой цели периодически неосознанно устраивает скандалы и разборки «полютов». На эмоциональную разрядку тяжелых чувств может понадобиться много времени, поэтому здесь нельзя ограничиться лишь рамками терапевтического контракта, а следует продолжать работу и по его окончании. Клиенту можно предложить посещение терапевтических групп, групп и тренингов личностного роста и продолжение индивидуальных консультаций по его запросу.

Потакатель. Стыдится зависимости родственника, скрывает и покрывает его проступки, прогулы, правонарушения, способствуя таким образом дальнейшему употреблению.

Здесь можно предложить специалистам работать с клиентом над приобретением навыков открытого поведения: умение просить о помощи и отказе в помощи. Данная работа эффективна в терапевтической группе. Упражнение выполняется по очереди. Тон просьбы и отказов - максимально легкий. Отказывать необходимо без объяснения причин и извинений.

Исследование эмоциональной сферы

Психологическая работа с эмоциональной сферой имеет следующие составляющие:

- ведение дневника чувств – самостоятельное отслеживание особенностей, на которых фиксируется внимание, ориентирование на приятных, новых и хороших событиях («новое – хорошее»)
- эмоциональная разрядка горя, беспомощности, обид
- работа с чувством вины. Рекомендую использовать схему работы «обвинитель – адвокат»
- работа с личными правами. Упражнение для группы «Имею право. Имеет право»
- планирование предстоящего дня (расписывать небольшое количество дел, чтобы не усиливать свой страх и сократить риск самообвинения)
- работа с желаниями, потребностями, целями
- работа с «замороженными» потребностями (с помощью телесно-ориентированных техник, работая со снами, симптомами, состояниями, зависимостями и др.)
- позитивные способы подтверждения собственной значимости и повышения самооценки

Активизировать эмоциональную разрядку можно несколькими способами:

- создать противоречие стереотипу
- проиграть отношения в «смене ролей»
- довести ситуацию до абсурда
- при помощи амплификации (усиления)

Отказ от манипулятивного поведения и лжи

В схему работы включается приобретение навыков обращения за помощью (описано выше), навыков отказа в помощи, умение выстраивать собственную систему приоритетов, а также приобретение навыков честного общения.

Приступая к последнему из выше перечисленных пунктов, необходимо учесть тот факт, что честность предполагает не только «сбрасывание груза» со своих плеч, но и заботу о том, кому все это говорится. Главный критерий границ честности – безопасность адресата.

Работа с правами клиента может выполняться в терапевтической группе. Рекомендую упражнение:

- «Я имею право»
- «Они имеют право»
- «Я не обязан»

Во время выполнения упражнения замечать свои чувства: что было трудно, что понравилось, как реагирует тело.

Исследование власти в отношениях

Работа может вызвать сопротивление и саботаж со стороны пациента, но она имеет особую значимость и ценность. Созависимому трудно принимать факт проявление своей силы, когда он чувствует себя беспомощным. Но даже если он и признает проявление властности, то оправдывает себя тем, что у него слишком много обязанностей и ответственности. У кого ответственность, у того и власть. Эта аксиома справедлива не только для созависимых. Работая с властностью клиента, важно разобраться с ситуациями, в которых он проявляет себя, как «князек», скрытыми причинами данного феномена и позитивной составляющей власти. Например, как созависимый может властвовать над своей жизнью или где можно использовать силу, настойчивость и упорство для созидания, улучшения качества жизни и собственного роста. Итак, схема работы выглядит следующим образом:

- прописывание ситуаций проявлений «князька» – ситуации проявления власти
- исследование истинной потребности подчинения себе других людей
- исследование ресурса власти для раскрытия внутренних возможностей

Адаптация созависимых в постреабилитационном периоде

Для дальнейшего процесса поддержания и сохранения ровного состояния, а также продолжение личностной работы рекомендуется:

- регулярное посещение групп взаимопомощи (Ал-Анон, Нор-Анон) не реже 3 раз в неделю
- посещение психолога – 1 раз в неделю-10 дней
- участие в тренингах личностного роста, направленных на управление жизнью, приобретение навыков независимого поведения, разрешение конфликтов, повышение самооценки, исследование своей поло-ролевой сферы и др.
- участие в терапевтических группах
- проведение внутренней работы

Литература

Белогуров С.Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях. СПб., 2000.

Воронович Б. Алкоголизм. Природа. Лечение. Выздоровление. ООО «Издательско-информационный центр “Информ-12”». М., 1999.

Вернон Е. Джексон Д. Убеждения. Как помочь тому, кто не желает, чтобы ему помогли. М., 2000.

Савина Е.А. Роли в семье. М., 1998.

Дилемма брака с алкоголиком. Нью-Йорк, 1994.

Литвиненко В.И. В тени зависимой семьи. Детские и подростковые проблемы. М., 2003.

Минделл А., Минделл Э. Вскочь, задом наперед. М., 1999.

Минделл А. Сновидение в бодрствовании. М., 2003.