

**Психологические основы профилактики наркомании в семье**  
**Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого**

**Самара**  
**2001**

## АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

— Лисецкий К.С. – кандидат психологических наук, доцент, декан психологического факультета Самарского Государственного Университета, действительный член Международной Педагогической Академии - Введение, Гл. 1, Гл. 2, §2, разд.2.3., Гл. 4, Заключение, Приложения, общ. редакция.

— Березин С.В. – кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии Самарского Государственного Университета, член-корр. Международной Педагогической Академии - Гл. 1, Гл. 2, Гл. 3, Гл. 4, § 1, общая редакция.

— Шапатина О.В. – старший преподаватель кафедры психологии Самарского Государственного Университета. Гл. 2, §2

— Зинченко О.П. – ассистент кафедры психологии Самарского Государственного Университета. Гл. 2, §1

— Самыкина Н.Ю. – ассистент кафедры психологии Самарского Государственного Университета. Гл. 4, приложения 3,4, 5, 6, 7.

443011, г. Самара, ул. Акад. Павлова, 1, кафедра психологии Самарского госуниверситета.

Тел. (8462) 34-54-00, факс (8462) 34-54-17.

[www.psycheya.ru](http://www.psycheya.ru)

E-mail: [info@psycheya.samara.ru](mailto:info@psycheya.samara.ru)

## Содержание

Введение	4
Глава 1. Наркомания как явление.	6
§1. Аспекты анализа наркомании как явления.	6
§2. Личностные и психологические факторы приобщения к наркотикам	20
§3. Наркоманская субкультура как фактор приобщения к наркотикам.	52
§4. Психологический портрет наркомана периода взросления.	59
Глава 2. Проблемы семьи, имеющей детей, склонных к употреблению наркотических веществ.	68
§1. Семейные причины приобщения детей к наркотикам.	68
§2. Динамика семейных отношений на разных стадиях наркотизации ребенка.	87
2.1. Родители	87
2.2. Братья и сестры	94
2.3. Брачные партнеры	99
2.4. Семья, потерявшая ребенка - наркомана	106
Глава 3. Формы и методы работы с семьей по профилактике наркомании	115
Глава 4. Основы профилактической работы.	127
§1. Алгоритм профилактики наркомании в семье.	127
§2. Профилактическая работа психолога с подростками.	135
§3. Диагностика эффективности психокоррекционной работы.	143
§4. Задачи психолога в структуре профилактической деятельности государственных и общественных организаций.	148
Заключение	151
Литература	155
Список дипломных работ по психологическим проблемам наркомании, выполненных на факультете психологии Самарского госуниверситета.	163
Приложение 1. Афоризмы наркоманов.	164
Приложение 2. Иррациональные убеждения характерные для наркоманов.	165
Приложение 3. Структурированное интервью с родителями подростков, употребляющих наркотики.	166
Приложение 4. Карта оценки ... (для соц. работника)	168
Приложение 5. Карта оценки ... (для соц. педагога)	170
Приложение 6. Карта оценки ....(для психолога)	174
Приложение 7. Общие заключения.	179
Summary	180

## ВВЕДЕНИЕ

Число людей, употребляющих психоактивные вещества, растет изо дня в день, хотя нет человека, который бы не был осведомлен об их смертельной опасности. Наша страна - не исключение. К сожалению, ни постоянная война с наркомафией, ни запретительные законы, ни запугивание населения ужасными последствиями употребления наркотиков результатов не дают. Проблемой лечения наркомании занимаются ученые многих стран, но радикальных мер пока не предложено.

Однако все признают бесспорный факт — болезнь легче и надежнее предупредить, чем потом всю жизнь лечить. Настало время для серьезных исследований и поисков стратегий эффективной профилактики употребления психоактивных веществ, особенно среди молодежи. Попытка такого исследования и разработки системы научно обоснованных рекомендаций предприняты в данной работе.

Важное место в нашем подходе к проблеме профилактики занимает рассмотрение внутриличностного противоречия в психике людей — все или почти все не против того, чтобы попробовать наркотики, но становиться наркоманами **никто** не собирается. Главный вопрос: как предотвратить процесс, к которому человек еще не приобщен, но о котором уже осведомлен и при этом получает различную противоречивую информацию — от восторженной до сугубо отрицательной и даже пугающей?

Мы полагаем, что цель профилактической работы состоит в создании системного лично-ориентированного воздействия (с учетом конкретных обстоятельств) на объект профилактики и организации активного (субъектного) участия в этом процессе самого объекта профилактики.

Данная работа явилась результатом обобщения многолетнего опыта психологической помощи наркозависимым больным,

проблемным семьям и проблемным подросткам. Нами разработаны и прошли апробацию профилактические и реабилитационные программы для подростков и молодежи, а также для семей в целом. Удалось сформировать социально-психологические и педагогические принципы, определить условия и средства, необходимые для профилактической и реабилитационной работы. Издано три монографии и большое количество брошюр.

Данная книга адресована сотрудникам учреждений социальной помощи семье и детям (далее — социальные службы), выполняющим практическую работу, а потому снабжена конкретными приложениями и необходимыми комментариями к ним. Сведения, содержащиеся в теоретической части, предназначены для оказания практикам помощи в профессиональном развитии и разработке собственных технологий.

Лечение наркомана в медицинском учреждении не предусматривает специальной и длительной работы с его семьей, это функция социальных служб. Одна из глав книги посвящена данной проблеме. Понимание социально-психологической атмосферы вокруг наркозависимого, атмосферы, в которой вынуждены находиться близкие, знакомые и даже незнакомые люди, позволит социальным работникам эффективно, последовательно и творчески решать свои профессиональные задачи.

Мы всегда открыты для обмена новыми идеями, опытом, информацией, для критики и научной дискуссии.

Выражаем благодарность за помощь в подготовке этой книги психотерапевту А.Э. Березовскому; психологам — О.А. Коронцевичу и А.В. Макарову; педагогам — доктору педагогических наук, профессору, заведующему кафедрой педагогики Самарского Госуниверситета М.Д. Горячеву, кандидату педагогических наук И.С. Пилипец, и, конечно, члену — корреспонденту РАО, доктору

психологических наук, профессору В.А. Петровскому — за критические замечания.

## ГЛАВА 1. НАРКОМАНИЯ КАК ЯВЛЕНИЕ

### § 1. Аспекты анализа наркомании как явления

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

С одной стороны, наркоман для общества — это преступник, который должен быть наказан. С другой стороны, наркоман — это больной человек, которому нужно помочь. Кроме того, такое положение усложняется тем, что подросток, больной наркоманией, в

отличие от взрослого, не может вызывать однозначной негативной реакции. Здесь смешиваются жалость, обида, злость, вина, обреченность, находящие выход не столько в реальных действиях, сколько в пустых и бесплодных рассуждениях типа: «Это все общество виновато!» или «Это все из-за кризиса...».

Очевидно, что неоднозначность реакции порождает неспособность выработать эффективную стратегию поведения с наркоманами и профилактики наркомании.

Наибольшую обеспокоенность вызывает то, что наркомания «молодеет».

Существует ряд социальных факторов, оказывающих влияние на появление и распространение наркомании среди подростков.

Нынешние подростки оказались включенными в кризис общества, связанный с переменой власти, ведущей за собой разрушение всего уклада жизни общества. Общество решило жить «по-другому», однако как «по-другому», не решило. Разрушены прежние стереотипы поведения, нормативные и ценностные ориентации. Выработка новых происходит хаотично, бессистемно, лавинообразно. Возрастной кризис подростка усугубляется «возрастным» кризисом общества.

Итак, сейчас, как и прежде, подростки уязвимы и испытывают сильное влияние социального кризиса. Раньше в нашей стране кризис подросткового возраста сглаживался единой идеологической базой, уверенностью в будущем, ясностью перспективы. Сейчас подростки слышат от взрослых о безысходности, об отчуждении, о бесполезности существования, о том, что «умные люди никому не нужны», о том, что «успеха добиваются только те, у кого есть деньги» и т.д. Нестабильность в обществе порождает нестабильность отношений между взрослыми и детьми, отчуждение их друг от друга. Подростки знают о том, что их возраст трудный и порой умело манипулируют этим.



Социальные последствия молодежной наркомании с большой долей уверенности можно прогнозировать.

Во-первых, наркоманы 12- 18 лет – это люди с искаженными моральными принципами, с узкой системой ценностей, низким уровнем нравственного развития. Кроме того, употребление наркотиков часто толкает ребенка на преступление. Таким образом, через 10 – 20 лет повзрослевшие подростки-наркоманы составят специфическую группу «социального риска».

Во – вторых, многие дети – наркоманы либо не выживут, либо будут не в состоянии вырастить здоровое поколение: СПИД, гепатит, бесплодие, слабоумие и другие заболевания ставят под угрозу дальнейшее развитие нашего общества.

В - третьих, такая ситуация влияет на экономическую и политическую сферу жизни общества: снижение образовательного и кадрового потенциала, сокращение легальной рабочей силы и рост наркобизнеса приведет к еще большему экономическому кризису, влекущему за собой ряд других дестабилизирующих факторов.

Стремительное распространение наркотиков и наркомании среди молодежи связано с одновременным существованием нескольких групп факторов, каждая из которых, взятая в отдельности, отнюдь не является однозначно наркопровоцирующей. Мы имеем в виду особенности возраста, системный кризис общества, снижение жизненного уровня населения и др. Указанные группы факторов, взятые каждая отдельно, скорее создают общую негативную ситуацию детства в России. Однако их одновременное воздействие и порождает необычайно благоприятные условия для молодежной наркомании.

Кроме того, наркотики приносят ощутимый вред не только тем, кто их употребляет, но и близким, окружению, обществу в целом.

Наркоманию можно рассматривать как социальное «заразное» заболевание, распространение которого происходит внутри социальных

групп. Поэтому невозможно «изолированное» существование наркомана в среде - рано или поздно вокруг него формируется группа, вовлекаемая в сферу потребления наркотиков [62, с.9].

Исходя из этого, нельзя рассматривать лечение на стадии сформировавшейся зависимости как единственное средство борьбы с распространением наркомании. Такой подход не дает и не может дать положительного результата [37].

Основной акцент должен ставиться на меры *первичной*, превентивной профилактики, направленной на сохранение и развитие условий, способствующих сохранению физического, личностного и социального здоровья, и на предупреждение неблагоприятного воздействия на него факторов социальной и природной сферы. Первичная профилактика является массовой и наиболее эффективной. Она должна основываться на системном исследовании влияния условий и факторов социальной и природной среды на здоровье населения. Мероприятия первичной профилактики должны включать меры защиты, которые воздействуют на неблагоприятно влияющие наркопровоцирующих факторы, и повышающие устойчивость человека к неблагоприятным факторам социальной и психологической природы. [32].

Таким образом, социальный аспект проблемы заключается в том, чтобы понять всю сложность взаимоотношений между человеком, употребляющим наркотики, и разными уровнями его социального окружения.

**Экономический аспект.** Незаконный оборот наркотиков порождает колоссальный по своим масштабам теневой оборот денежных средств. Торговля и потребление наркотиков выступают как чрезвычайно мощный механизм перекачивания денежных средств в теневой оборот. Очевидно, что оказавшись в тени, эти деньги выходят

из-под контроля государства и могут использоваться для увеличения потенциала теневой экономики и криминального мира.

Государство затрачивает на медицинское обслуживание наркоманов значительные средства, отвлекая тем самым часть средств от решения других проблем здравоохранения. С другой стороны, затраты на оплату лечения наркомана в частных наркологических и реабилитационных центрах столь значительны, что это неизбежно приводит к снижению жизненного уровня населения.

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

Поскольку интенсивное употребление психоактивных веществ (за исключением чая, кофе и табака) практически несовместимо ни с работой, ни с учебой, распространение наркомании среди молодежи приводит как к снижению общего интеллектуального потенциала страны, так и к «обеднению» трудовых ресурсов. На фоне общего экономического кризиса эти процессы носят латентный характер, однако, их негативные последствия неизбежно скажутся при смене «трудовых» поколений.

Государственные средства, затрачиваемые на пресечение незаконного оборота наркотиков, не дают сколько-нибудь ощутимого результата. Следовательно, финансовые и другие средства будут направляться в эту сферу во все более возрастающих объемах.

В некоторых странах производство наркотиков является частью общей политики. В Бирме, Лаосе, Кампучии прибыль от производства наркотиков составляет значительную часть от национального продукта. В ряде таких стран, как Гватемала, Венесуэла, Колумбия,

Афганистан нелегальное производство наркотиков является мощным стимулом притока капиталовложений в местную промышленность.

**Демографический аспект.** В сферу незаконного систематического потребления наркотиков вовлекаются преимущественно подростки и юноши мужского пола. Соотношение наркоманов мужского и женского пола составляет примерно 10:1. Формирование наркотической зависимости приводит к разрушению полоролевого поведения и угасанию сексуальных инстинктов. С другой стороны, смерть от передозировок и несчастных случаев, связанных с наркоманией, приводит к резкой диспропорции в отношении полов. В результате этих явлений уже в ближайшее время произойдет определенное снижение рождаемости, увеличение количества одиноких женщин и неполных семей.

«Вымывание» вследствие наркотизации мужчин, рожденных в период 70 по 85 годы, приведет к дальнейшему нарастанию диспропорции в соотношении полов в России.

Среди наркоманов значительный процент составляют дети из неполных семей или семей, имеющих единственного ребенка. Высокая смертность среди наркоманов приводит к значительному возрастанию числа «бездетных» и «беспризорных» стариков, о которых некому будет заботиться. Если учесть крайнюю неразвитость системы социальной поддержки старости в нашей стране (дома престарелых, интернаты, стационары дневного пребывания, досуговые центры и т.д.), то очевидно, что появление огромного количества не получающих помощи и поддержки стариков чревато серьезными гуманитарными проблемами.

**Моральный аспект.** В результате систематического употребления наркотиков происходит стремительная девальвация личности человека. Постепенно у наркомана разрушается моральная основа регуляции поведения: оно становится направленным

исключительно на непосредственное удовлетворение потребности в наркотиках. Ценности жизни, закреплённые традиционной моралью, оказываются низвергнутыми. Постепенно формируется «наркоманская» система ценностей, приобретающая статус основы наркоманского способа жизни.

Традиционная мораль, даже подкреплённая авторитетом религии, оказалась сегодня перед лицом самой серьёзной опасности.

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

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

Жизнь сложна и противоречива, но то, что для взрослого существует как противоречие, для подростка превращается в непреодолимый личностный кризис, порождающий экзистенциальное отчаяние. Сохранить целостность личности всегда помогала семья и традиционная культура. Семья сегодня оказалась в глубоком кризисе: родители не имеют возможности показать позитивный пример своим детям. Традиционная культура стремительно деградирует, что приводит к изменению меры человеческого в человеке. В поисках целостности и самоидентичности подросток незаметно включается в орбиту *наркоманской субкультуры* с ее традициями, фольклором, особым языком, системой ценностей, жизненных принципов, особых отношений. Наркоманская субкультура предстает сегодня как

*контркультура* с гораздо большим потенциалом, нежели то, что мы пытаемся ей сегодня противопоставлять.

Как *контркультура* наркомания эксплуатирует глубинные основания культуры, извращая их позитивный смысл. Христианское “не стяжай богатств на земле” в сознании наркомана преобразуется в “презирай жизнь”. И об этом не догадываются ни родители, ни священнослужители. Вместо ожидаемого покаяния, наркоман находит в церкви подтверждение своим убеждениям. Надеемся, что эта информация поможет тем, кто занимается проблемой наркомании серьезно.

**Политический аспект.** Из проблемы сугубо медицинской наркомания превратилась в проблему общенационального масштаба, постепенно приобретая статус главной угрозы для безопасности страны. Масштабностью проблемы не преминули воспользоваться различные политические партии и социальные группы, используя спекуляции на «наркоманские» темы для решения своих проблем. На выборах в органы законодательной и исполнительной власти всех уровней 85% кандидатов практически во всех регионах России обращались к проблеме наркомании в своих предвыборных программах. Спекулятивность подобных заявлений очевидна: после избрания практически ничего не делается. Несомненно, подобные действия приводят и к снижению авторитета политиков, и к снижению авторитета власти в целом.

**Международный (межгосударственный) аспект.** Классический пример, иллюстрирующий глубинные взаимосвязи производства и торговли наркотиками с межгосударственными отношениями, - история опийных войн в Китае. Ост-Индская компания, которая владела монополией на производство опиума в Бенгалии, огромное количество зелья продавала в Китай. В 1820 году в Китае был введен запрет на импорт опиума. Это привело в 1842 году к первой опиумной

войне, в результате которой Китай был вынужден вновь открыть свои двери британскому наркотику. В 1857 году вспыхнула вторая опиумная война, в которой к Англии присоединились Франция и США. Китай проиграл и эту войну. С целью приостановки оттока золотого запаса и для спасения страны от инфляции Китай начал выращивать собственный опийный мак.

Таким образом, наркотики стали элементом международной политики еще в прошлом веке. В текущем столетии защита своих граждан от наплыва наркотиков неоднократно становилась поводом для вмешательства во внутренние дела, а иногда и военных операций США в латиноамериканских странах.

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

**Медицинский аспект.** Традиционная наркология рассматривает наркоманию как неизлечимую хроническую болезнь, в течение которой возможны более или менее продолжительные периоды ремиссии.

Считается, что по мере приема наркотиков развиваются три главных клинических феномена:

1. *Психическая зависимость.* Ее суть заключается в том, что человек перестает чувствовать себя более - менее вписанным в жизнь без приема наркотиков. Наркотик становится важнейшим условием контакта человека с жизнью, собой, другими людьми.

*2. Физическая зависимость.* Она заключается в том, что постепенно наркотик нарушает цепи обменных процессов в организме. Если наркоман не принимает соответствующее количество наркотика, он испытывает различные по степени выраженности физические страдания: ломота, дрожь, расстройства в деятельности пищеварительного тракта, сухость кожи (или, наоборот, обильная потливость) и др. Это явление называется «абстинентный синдром». Для его снятия необходимо принятие наркотика, дозы которого постоянно увеличиваются.

*3. Толерантность.* Имеется в виду привыкание к наркотику. С полной уверенностью можно утверждать, что современная медицина не имеет эффективных средств терапии наркомании. В подавляющем большинстве случаев лечение сводится к госпитализации больного, лишению его возможности принимать наркотики, проведению дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии. Перечисленные мероприятия купируют абстинентный синдром, разрушают физическую зависимость. Однако психическая зависимость, играющая в развитии наркомании, как мы полагаем, важнейшую роль, остается вне досягаемости для существующих сегодня психотерапевтических мероприятий, построенных в соответствии с традиционным психиатрическим подходом. Сложившаяся в медицине (психиатрия и клиническая психология) традиция связывать употребление наркотиков и злоупотребление ими с какими-либо психопатологическими процессами или гедонистическими мотивами, на наш взгляд, упрощает наркотическую проблему. Увы, «внушение больному отвращения к принимаемому средству, когда он находится в состоянии гипноза и во время выработки отрицательного рефлекса на вещество, которым злоупотребляет», оказывается малопродуктивным методом разрушения психической зависимости [30].



Таким образом, чисто медицинский подход к наркомании оказывается неэффективным в плане лечения и реабилитации, и тем более, в плане профилактики.

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

Некоторые специалисты, пытаясь определить «донаркотическую» личность наркомана, на первое место ставят импульсивный характер. Они относят наркоманию к импульсивным неврозам, а состояние, предшествующее наркомании, считают основным, решающим фактором, инициирующим ее возникновение. В поисках этиологических факторов формирования наркомании значение нужно придавать не только психофизиологическим, химическим эффектам употребления наркотика, но и тому *символическому значению, которое наркотик имеет для пациента*. С этой точки зрения наркомания является своеобразным выражением непорядочности личности и неприспособленности ее к окружающему миру.

Некоторые исследователи, говоря о «донаркотической» личности наркомана, выделяют следующие черты личности молодых людей: эмоциональная незрелость, неполноценная психосексуальная организация, садистские и мазохистские проявления, агрессивность и нетерпимость, слабые адаптационные способности, склонность к регрессивному поведению, неспособность к эффективному межличностному общению с партнером и т.д.

В более поздний период развития наркотической зависимости вследствие нравов и привычек наркоманов личность наркомана начинает изменяться: внутренние конфликты обостряются, слабая

психическая адаптация становится все более очевидной. Последствия хронического употребления наркотиков приводят к усилению пассивности и лени, безразличию к своему внешнему виду, к бесплодному фантазированию и невозможности принятия решения, а также к абсолютной неспособности к длительным усилиям. Типичными чертами поведения становятся нелегальное приобретение наркотиков, подделка рецептов, *обман без всяких ограничений* членов семьи, друзей, врачей и, в конце концов, конфликт с законом. Этическая деградация является отличительной чертой хронического наркомана.

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

Отношение к наркотику не существует изолированно от отношений к другим сторонам жизни и поэтому может быть изменено лишь в контексте измененной системы отношений личности в целом.

Анализ исследований отечественных и зарубежных психологов приводит к двум основным выводам.

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

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

Необходимо продолжение исследований в этом направлении, поскольку оно недостаточно разработано в отечественной психологии.

Исследования, проведенные сотрудниками, аспирантами и студентами психологического факультета Самарского госуниверситета под руководством С.В. Березина, К.С. Лисецкого, В.А. Петровского, позволяют сделать следующие выводы:

1. Столкновение личности с обстоятельствами, препятствующими реализации ее глубинных, базисных тенденций в жизни, обуславливает возникновение предрасположенности к злоупотреблению наркотиками.

2. Употребление наркотиков является защитной активностью личности перед лицом трудностей, которые препятствуют удовлетворению наиболее важных и значимых для нее потребностей.

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

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

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

6. Не существует никакой преднаркотической или донаркотической личности. С некоторой долей уверенности можно

говорить лишь о факторах, повышающих риск злоупотребления психоактивными веществами.

Взаимоотношения наркомана в семье являются источниками формирования и условием воспроизводства психической зависимости у наркомана периода взросления. Психологическая зависимость наркомана и созависимость членов его семьи являются сторонами единого процесса — процесса развития наркотической личности.

Очевидно, что приведенный анализ не является исчерпывающим. Однако он дает возможность увидеть не только многоаспектность проблемы, но и ее системность, что позволяет более адекватно проектировать реабилитационные и профилактические программы.

Мы считаем, что эффективная профилактика наркомании возможна, если она строится как системное воздействие, способное повысить возможности личности для самореализации в динамичной социальной сфере.

В настоящее время серьезность проблемы усугубляется быстротой и непредсказуемостью распространения наркотиков, ростом объемов наркотических веществ на рынке, их доступностью, притоком синтетических психоактивных веществ и появлением практики одновременного злоупотребления несколькими веществами сразу. Вдыхание, глотание или курение наркотических веществ вытесняются эпидемией их инъекирования, что сопряжено с риском превышения смертельной дозы и скорой выработкой сильной зависимости. Наблюдается снижение возраста первого приобщения к наркотику. Среди школьников выросло число злоупотребляющих ингалянтами. Социальные последствия в результате изменений личности, вызванных наркотиками, затрагивают не только самих наркоманов, но и окружающих их людей и общество.

***Проблему, связанную со злоупотреблениями психоактивными веществами, мы рассматриваем как***

*проблему личности, которая употребляет наркотические вещества в определенном социально-культурном контексте, при этом общество и культурная среда реагируют на это противоречиво и не всегда эффективно.*

## **§ 2. Личностные и психологические факторы приобщения к наркотикам**

Научное определение типа личности, предрасположенной к употреблению психоактивных веществ, имеют большое значение для определения механизмов формирования наркомании и разработки эффективных моделей профилактики. Предпринятые в этом направлении многочисленные исследования весьма противоречивы. П.Б. Ганнушкин, И.П. Пятницкая, А.Е. Личко, В.С. Битенский, Б.Г. Херсонский и другие отечественные ученые [1,11,13,14, 16, 22, 23, 26, 41, 42, 46] тесно связывают механизмы формирования наркомании с преморбидной (предшествующей) структурой личности и особенностями организма в целом. Среди психологических факторов, создающих условия для злоупотребления подростками психоактивными веществами, большое значение имеет неблагополучие в семье. Помимо аддитивного поведения у подростков наблюдаются иные проявления девиантного поведения [42, с.84-92].

Злоупотребления психоактивными веществами в этом контексте рассматриваются как особая динамическая форма подростковой и юношеской патологии, приобретающая по мере развития зависимости признаки, качественно отличающие ее от других форм патологии. Высказано предположение, что психопатия создает повышенный риск формирования наркомании. По данным В.С. Битенского и его соавторов [13, с.88-89], диагноз психопатии мог быть поставлен до

начала злоупотребления в 64% случаях наркомании, в 31% — токсикомании и в 48% случаев - злоупотребление без психической зависимости. Эта гипотеза не находит подтверждения в работе В.К. Смирнова [68, с.40], который проанализировал 600 историй болезни психопатов. Лишь 10% психопатов, у которых зафиксирована возбудимая, мозаичная или неустойчивая форма, употребляют наркотики.

Ряд авторов [11, 13, 16, 23, 42, 46] отмечает, что на степень риска возникновения наркомании влияет не столько наличие девиации характера, сколько ее тип, даже если речь идет о вариантах нормы - акцентуациях характера подростков и юношей. С.П. Генайло [24, с.43-46] провел клиническое обследование 457 больных в возрасте от 14 до 52 лет и установил следующее. Наркомания формируется преимущественно в подростковом возрасте у лиц с выраженными тенденциями к самоутверждению и немедленному выполнению своих претензий и в то же время отличающихся сниженной способностью к длительной, целенаправленной деятельности, раздражительностью, склонностью к избыточному фантазированию, демонстративному проявлению чувств, подражанию и лжи. Это дало автору основание предположить у них нарушение равновесия между потребностями и возможностями. Указанное обстоятельство приводит к снижению социальной адаптации и способствует формированию асоциальных форм поведения, в том числе употреблению психоактивных веществ. Степень выраженности личностных изменений, их особенности обуславливаются нарушениями (гипо- и гиперопека) родительского отношения и воспитания, а также степенью церебральной патологии различного генеза (Генайло С.П.). По данным В.С. Битенского, тип акцентуации характера определяет предпочтительный выбор психоактивного вещества [13, с.89]. Эпилептоидный тип проявляет особый интерес к галлюциногенам и ингалянтам. Подростки с

истероидной акцентуацией предпочитают приятное состояние или успокоение, вызываемое транквилизаторами. При шизоидном типе проявляется тенденция к употреблению опийных препаратов и гашиша, т.е. желание вызвать у себя эмоционально приятное состояние. Отмечается склонность к аддитивному поведению подростков с неустойчивым, конформным, гипертимным, циклоидным типами акцентуации характера. Многие исследователи [26, с.75, 13, с.89, 42, с.58, 16, с.90, 46, с.142] пришли к выводу, что высокий риск нарко- и токсикомании можно отметить у подростков с эпилептоидным, неустойчивым, гипертимным типами характера. К сожалению, приходится констатировать, что в большинстве случаев выявление злоупотребления психоактивными веществами, происходит поздно, когда поведение подростков и юношей уже характеризуется патохарактерологическими реакциями. Поэтому следует учитывать тот факт, что личность наркомана всегда исследуется уже на фоне заболевания, что создает трудности для адекватной ее оценки и не исключает ошибок интерпретации преморбидного состояния личности из-за последующих изменений, в том числе и ее мозгового субстрата, в процессе наркомании. В некоторых исследованиях [1, с.72, 13 с.138, 26, с.32-33] показано наличие динамики патохарактерологических проявлений при развитии наркомании, которая, кроме преморбидных особенностей личности и организма, обусловлена преимущественно нейротоксическими эффектами. Кроме того, нельзя считать надежными результаты, полученные преимущественно с помощью «прямого» метода исследования (клиническая беседа, интервьюирование, анкетирование) наркомана и опроса его родителей, преподавателей. Возможно, что те аспекты личности, которые интерпретируются как причина употребления психоактивных веществ, являются его следствием. Вывод, сделанный нами, согласуется с мнением И.Н.

Пятницкой, которая считает, что искать в личности подростка некую специфическую предрасположенность к наркомании — ошибочно [60].

Многие зарубежные ученые утверждают, что значительная часть лиц, употребляющая психоактивные вещества и находящаяся в лечебных заведениях, имеет серьезные проблемы [83, с.1045-1083, 87, с.53-57, 90, с.497-504]: нарушения психической активности, эмоционального функционирования, снижение самооценки, способностей к совладанию со стрессом и саморегуляции, низкие показатели интеллекта и личностные расстройства.

Отмечается также низкий общеобразовательный и культурный уровень, недостаточное развитие духовных аспектов личностей наркоманов [85, с.23], низкая самооценка и неудовлетворенность жизнью [82, с.125-137]. Однако Schroeder Debra S., Laflin Molly T. сделали вывод о том, что на основе существующих данных о корреляции между самооценкой и употреблением наркотиков нельзя сделать однозначный вывод о том, что самооценка является одним из наиболее существенных факторов наркомании.

Заслуживают внимания работы, посвященные изучению корреляции между различной патологией развития детской психики и последующим асоциальным поведением и злоупотреблениями психоактивными веществами. Анализ ряда работ представлен в обзоре Е.С. Меньшиковой [46, с.115-117]. Большое внимание исследователей привлекает синдром расстройства внимания у детей (АДНД), который определяется как сложности в доведении дел до конца дома и в школе, трудности в общении, с близкими взрослыми и с детьми. Критерии АДНД часто меняются, что затрудняет диагностику, кроме того, около половины детей с АДНД имеют дополнительные нарушения поведения, связанные с физической агрессивностью. Именно эти дети впоследствии чаще злоупотребляли наркотиками по данным лонгитюдных исследований ряда авторов. R.



Pihl, J. Peterson считают, что слабая социализация и когнитивный дефицит у детей ведут к развитию АДНД. Вследствие тенденции нарушать правила у детей с АДНД в подростковом возрасте отмечается склонность употреблять алкоголь и наркотики. Наряду с увеличением вероятности фармакологического подкрепления это приводит к возрастанию риска злоупотребления алкоголем и наркотиками. В ходе обследования студентов колледжа, у которых в детстве диагностирован синдром дефицита внимания, отмечено наибольшее количество навязчивых мыслей, которые возникают при выполнении заданий на внимание и не связаны с ним [45, с.541-544]. Выявлена связь между доминантностью левого глаза, гиперактивностью в детстве и появлением навязчивых мыслей в процессе выполнения заданий на внимание. Обнаружены корреляции между употреблением наркотиков, навязчивыми мыслями и стремлением к поиску новых ощущений.

Результаты исследований показали [58, 62, с.41, 6, с.28- 29, 88, с.745-756, 93, с.150, 95, с.435-450, 91, с.10-25], что существует ряд общих черт, свойственных людям, злоупотребляющим наркотиками или алкоголем. В частности, это слабое развитие самоконтроля, самодисциплины; низкая устойчивость к всевозможным воздействиям, неумение прогнозировать последствия действий и преодолевать трудности; эмоциональная неустойчивость и незрелость, склонность неадекватно реагировать на фрустрирующие обстоятельства, неумение найти продуктивный выход из психотравмирующей ситуации. Нетрудно заметить, что эти черты свойственны не только алкоголикам и наркоманам, но и плохо социально адаптированным людям. Кроме того, такие личностные характеристики отмечаются в подростковом возрасте, особенно, если этот период развития протекает с осложнениями.

Образ «Я» у подростков с аддитивным поведением (по данным опросника Д. Оффера) характеризуется противоречивостью, причем наиболее уязвимыми сторонами оказались эмоциональный тон, механизмы совладания, семейное «Я». По сравнению со здоровыми социально адаптированными подростками пациенты с аддитивным поведением обнаруживали отсутствие или ослабление мотивов к учебе и трудовой деятельности, так называемую «социальную инфантильность» с установками на материальную зависимость от взрослых и недостаточную самореализацию в профессиональном плане. У подростков, употребляющих токсические вещества, выявлена блокировка потребности в матери.

Авторы ряда работ [33, с.39, 40, 34, 42, с.52, 46, с.139, 56, с.402] считают, что эмоциональное отвержение родителями подростков является одним из предрасполагающих психологических факторов употребления психоактивных веществ.

Н.Ю. Максимова также считает, что влечение подростка к употреблению наркотиков является признаком глубокого личностного неблагополучия и логическим завершением предшествующего развития [45, с.150]. Ряд авторов [28, с.28, 44, с.150, 64, с.41] считает, что психологическая готовность молодых людей к употреблению психоактивных веществ состоит в неспособности адекватного восприятия ситуаций, связанных с необходимостью преодоления жизненных трудностей, налаживания отношений с окружающими, правильной регуляции своего поведения. Н.Ю. Максимова предполагает, что актуализация психологической готовности подростков к употреблению наркотиков происходит по следующим причинам [45, с.152]:

- неспособность подростка к продуктивному выходу из ситуации затрудненности удовлетворения актуальных жизненно важных потребностей;

- несформированность и неэффективность способов психологической защиты подростка, позволяющей ему хотя бы временно снять эмоциональное напряжение;

- наличие психотравмирующей ситуации, из которой подросток не находит конструктивного выхода.

Подросток оказывается беспомощным перед захлестывающими его отрицательными состояниями и прибегает к изменению своего состояния химическим путем.

К указанным в выше причинам актуализации готовности к употреблению наркотиков необходимо добавить эмоциональную доступность: считает ли подросток «правильным» принимать наркотик. Известно, что сложные жизненные обстоятельства, неправильное семейное воспитание негативно влияют на подростков, однако только некоторые из них в ситуации доступности психоактивных веществ становятся наркоманами. Имеющиеся защитные факторы еще не исследованы. Анализ зарубежных статистических данных о распространенности психоневрологических заболеваний и алкоголизма, наркомании в различных этнических группах позволяет Н.Ю. Максимовой сделать вывод о том, что люди, столкнувшись с невозможностью изменить свое отрицательное эмоциональное состояние продуктивным путем и не имеющие эффективных способов психологической защиты, оказываются перед выбором: невроз или употребление психотропных веществ [45, с.151]. Аналогичные гипотезы о механизме формирования наркомании приводятся и в других работах [19, с.157, 23, с.46, 64, с.393]. Высказанные предположения подтверждают результаты работ зарубежных исследователей. Интенсивность употребления наркотиков отрицательно коррелировала с психосоциальной компетентностью и позитивно — с наличием проблем [95, с.435-450]. Полученные в работе [84, с.873-894] данные свидетельствуют, что

наличие в жизни детей проконтролированных стрессовых ситуаций увеличивает риск потребления психоактивных веществ [82, с.75-97]. Мы считаем противопоставление Н.Ю. Максимовой «невроз или употребление психотропных веществ» недостаточно обоснованным. Возможно, что именно невротические расстройства обуславливают предрасположенность к злоупотреблению психоактивными веществами. Комплексное психологическое исследование подростков и взрослых, которое выявило особенности личности при пограничных нервно-психических и психосоматических расстройствах, проведено Е.Т. Соколовой [71], Э.Г. Эйдемиллером [78] и другими учеными. Для подтверждения гипотезы о единстве психологических механизмов, лежащих в основе неврозов и наркомании, необходимы дальнейшие исследования.

В работе Budzinski проанализированы данные 14-летнего исследования молодежи (1172 человека в возрасте от 11-30 лет) по проблемам употребления наркотиков. Обнаружено, что, начав употреблять наркотики, человек, как правило, продолжает это делать в течение длительного времени. Демографические характеристики оказывают слабое влияние на начало и прекращение употребления наркотиков. Переменные, относящиеся к модели социального научения, значительно больше влияют на начало употребления наркотиков, чем на отказ от них. Р. Dewc полагает [31, с.119], что субъект, употребляя наркотики, явно наносит себе вред. Но паттерн поведения наркомана не является аномальным: он попал под контроль схемы с неподходящим способом подкрепления наркотическим веществом. Наркотик помогает неуверенным и боязливым индивидам освободиться от страха и неуверенности. Это позитивное воздействие повышает потребность в наркотиках, стремление к их повторному применению, в то же время они приводят к отказу от фрустрированных, неудачных социальных действий [31,

с.119]. Данный механизм поведения формируется в онтогенезе во многом в результате современной системы обучения и воспитания.

В специальной литературе обсуждается проблема наследования наркомании, однако, значение наследственной отягощенности в развитии наркомании представлено лишь единичными исследованиями [63, с.32]. Наличие психических заболеваний в семьях больных наркоманией не может служить фактором развития данной болезни, так как частота шизофрении, аффективных психозов, эпилепсии и других судорожных расстройств в семьях больных наркоманией в целом соответствует популяционным показателям [63, с.41]. В ряде работ указывается, что наследственная отягощенность психическими заболеваниями может выступать как фактор, способствующий наркомании [1, с.73]. При общей высокой частоте злоупотребления алкоголем у родственников больных наркоманией всех степеней родства по мужской линии наблюдается отчетливая тенденция к накоплению случаев злоупотребления алкоголем от третьей к первой степени родства [55, с.41]. Выявленная тенденция к накоплению эксплозивных и гедонических черт характера у родственников больных от третьей степени родства к первой, а также повышенная встречаемость этих черт у наркозависимых могут свидетельствовать о конституциональной предрасположенности к проявлению этих черт у последних, причем преимущественно по мужской линии. Возникновению и высокопрогредиентному течению наркомании так же способствует [1, с.73; 2, с.134-137; 23, с.43,46; 42, с.65]:

- пре-, пери-, постнатальная патология;
- черепно-мозговые травмы, тяжелые и длительные соматические заболевания;

- астеническая конституция; употребление токсических ингалянтов на этапе поисковой наркомании («аддитивное поведение»), начатое в детском возрасте.

Под «аддитивным поведением» понимают случаи раннего злоупотребления психоактивными веществами, протекающие с измененным состоянием сознания без признаков физической зависимости, сопровождающиеся психической зависимостью, ухудшением в социальном функционировании подростка [78, с.74; 42, с.23].

Указанные выше факторы обуславливают в большей мере прогрессивность наркомании, чем ее возникновение. И.Н. Пятницкая считает, что знания в этой области описательны и суждения поверхностны [61, с.407].

Существенное значение для начала наркотизации отводится мотивационно-потребностной сфере личности.

Зарубежные исследователи в качестве мотивов употребления подростками и молодежью психоактивных веществ приводят: «влияние приятеля», «потребность в изменении своего состояния», «желание уйти с помощью наркотиков от решения жизненных проблем, снять эмоциональный дискомфорт» [11, с.87-88; 42, с.55; 84, с.873-894; 89, с.293-314]. Э. Фромм рассматривает употребление наркотиков как частный случай культа потребительства среди молодежи, следовательно, мотивом приобщения к наркотикам служит стремление «потреблять счастье» как товар. Среди мотивов, противодействующих употреблению наркотиков, отметим «отсутствие к ним интереса», «влияние друзей и родителей», кроме того, для девушек большое значение имеет выраженность религиозных чувств, а для юношей — успехи в школе.

В работах отечественных ученых [11, с.90; 16, с.90, 91; 42, с.52-56; 56, с.396, 400], посвященных изучению мотивов употребления

наркотиков, упоминается о внутригрупповой конформности — желании «не отстать» от сверстников, о поиске необычных ощущений и переживаний, о «скуке». Мнение авторов о роли указанных мотивов расходятся. А.Е. Личко и В.С. Битенский использовали классификацию мотивов, которую В.Ю. Завьялов разработал для алкоголиков, [42, с.55], выделяя вслед за ним следующие группы мотивов.

1. Социально-психологические мотивы:

- мотивы, обусловленные традициями и культурой;
- субмиссивные мотивы, отражающие подчинение давлению других людей или референтной группы;
- псевдокультурный тип мотивов, свидетельствующих о стремлении подростка приспособиться к «наркотическим ценностям» подростковой группы.

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

2. Потребность в изменении собственного состояния:

- гедонистические мотивы;
- атактические мотивы;
- мотивы гиперактивации поведения.

В.С. Битенский обнаружил, что эти мотивы играют большую роль на начальных стадиях наркотизации и легко признаются подростками в беседах [11, с.75].

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

В.С. Битенский считает, что подросток, как правило, руководствуется комплексом мотивов. Характер ведущего мотива определяется стадией наркомании, особенностями характера и личности подростка, юноши [42, с.52-55].

Большинство заключений о мотивах употребления подростками психоактивных веществ сделаны на основании их анкетирования или использования метода интервью. Строго говоря, эти методы выявляют не мотивацию, а мотивировку, т.е. «объяснения субъектом причин действия путем указания на социально-приемлемые для него и его референтной группы обстоятельств». Мотивы, как известно, могут не осознаваться субъектом. Кроме того, возможны значительные искажения в их вербализации. В связи с этим заслуживают внимания работы В.В.Гульдана, в которых используются проективный и психосемантический методы [28, с.23]. Они обеспечивают получение более объективных результатов по сравнению с опросниками. Изучение эмоционального отношения и структуры представлений о наркомании московских школьников 10-17 лет, проведенное В.В. Гульданом в 1989 году, показало, что поведенческие особенности тесно связаны с характером ситуации, полом, возрастом. Наиболее неблагоприятными тенденциями являются:

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

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

Вне зависимости от пола и возраста главными мотивами «экспериментирования» с наркотическими и токсикоманическими веществами оказались мотивы, вызываемые особенностями общения подростков в группе. Главным мотивом отказа от пробы для мальчиков 12-15 лет явилось не опасение за здоровье, как у всех



остальных испытуемых, а отсутствие возможностей достать наркотики.

Анализ возрастных изменений источников информации и структуры соответствующих представлений выявил, что различные способы преподнесения недифференцированных по своему содержанию сведений ведут к мозаичности, разорванности, противоречивости представлений о наркомании и токсикомании подростков. Резко отрицательное эмоциональное отношение к стереотипу «наркоман» и «токсикоман» зачастую совпадает с интересом к «экспериментированию». Обнаружены расхождения мотивировок и мотивов, которые являются результатом несовпадения формально известных для подростка правил, норм, запретов и реалий молодежной субкультуры, которые отражают когнитивный диссонанс представлений школьников о проблеме наркомании и токсикомании.

В 1991 году В.В. Гульданоном проведен сравнительный психосемантический анализ мотивов приема и отказа от наркотиков у подростков асоциального и аддитивного поведения (30 человек) и учащихся одной из московских школ (контрольная группа из 30 человек). При сравнении иерархии мотивов приема наркотических веществ в экспериментальной и контрольной группах отмечено, что интерес, любопытство к наркотикам присущи обеим из них. Вместе с тем, авторы не исключают того, что любой новый и эмоционально окрашенный объект вызывает интерес и любопытство у подростков. Поэтому вопрос о специфичности «любопытства» как мотива употребления наркотических веществ требует дальнейшего изучения. Все испытуемые с помощью наркотиков предполагают «избавиться от неприятностей» (3-е место — контрольная группа, 1-е место — асоциальные подростки). Для всех испытуемых противопоставление себя группе сверстников не является актуальной (значимой) возможной причиной приема наркотических веществ. Для контрольной

группы испытуемых в ситуации возможного приема наркотиков несущественным является влияние сверстников, для них более заманчивым оказались изменения сознания с помощью наркотика, возможность пережить приятные ощущения (2-е место в иерархии мотивов). Этот вывод не согласуется с данными предыдущей работы В.В.Гульдана. Асоциальные подростки более подвержены влиянию группы сверстников при выборе поведения в пользу приема психоактивных веществ (2-е место — «влияние старшего друга», 4-е место — «желание не отстать от своей компании»).

Все испытуемые в качестве ведущих мотивов отказа от приема наркотиков указали опасения за здоровье («разрушение организма», «привычка», «боязнь стать психически неполноценными»). Наказание со стороны родителей, как и исключение из учебного заведения, единодушно всеми испытуемыми признано несущественным в решении вопроса об отказе от наркотиков. Страх смерти одинаково нейтрален для всех испытуемых этого возраста. В группе подростков с отклоняющимся от нормы поведением установлена большая подверженность давлению группы в отношении приема наркотиков, более формальный подход к выбору мотивов отказа. Эксперимент показал высокую внутригрупповую согласованность испытуемых, что позволило рассматривать результаты среднегрупповых матриц как репрезентацию каждой группы в целом. Таким образом, В.В. Гульдано было выявлено, что на характер мотивов не влияют особенности характера подростков.

В работах японских ученых подчеркнута необходимость изучения культурных факторов, мотивирующих детей и подростков к употреблению ингалянтов, наркотиков [88, с.1015-1032]. Отмечено, что представления взрослых людей об алкоголе оказывают существенное влияние на поведение детей, в частности, на употребление ими

ингалянтов. Обнаружены связи между вдыханием школьниками летучих веществ, употреблением алкоголя и курением [94, с. 89-100].

Отвечая на вопрос об основной причине, побудившей к первому употреблению алкоголя, 30,5% старшеклассников ответили, что они стали пить из любопытства, 20,1% - потому, что взрослые пьют, 15,8% - чтобы почувствовать себя взрослым, 10,4% – чтобы утвердиться в группе сверстников, 9% – так как скучно, 5,8% – чтобы легче общаться с другими людьми, 3,6% – для смелости, 2,5% – чтобы устранить страх, 2,2% – чтобы снять напряжение. Выявленные мотивы можно объединить в четыре группы: а) познавательные; б) самоутверждения; в) символического участия; г) снятия психодинамического напряжения [36].

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

Этот механизм играет большую роль в приспособлении человека к среде обитания. Чаще всего любопытство как психическое состояние прекращается после того, как «тайна» разъяснилась, а неизвестное стало известным. У детей любопытство проявляется сильнее, чем у взрослых.

Любопытство как феномен специфической человеческой активности, несомненно, требует дальнейшего изучения и исследования. Вопрос о том, почему жажда новых впечатлений сильнее страха смерти, еще ждет своего окончательного ответа.

Одним из первых авторов, предложивших методику измерения потребности в поиске впечатлений, побуждающих человека к тому или иному виду деятельности, был американский психолог *М. Цукерман*. Основой его теории, разработанной в 60-е годы, явилось положение, что люди различаются по оптимальному уровню стимуляции и возбуждения, и эти различия влияют на выбор ими различных форм жизненной активности. В 1979 г. *М. Цукерман* описал общий паттерн поведения, связанный с высокой склонностью к поиску впечатлений, и определил ее как потребность в различных новых впечатлениях и переживаниях и стремлении к физическому и социальному риску ради этих впечатлений. Для измерения отдельных структурных компонентов этой потребности им был предложен тест, который содержал следующие шкалы: а) поиск физического риска, интерес к спорту и другим видам деятельности, связанным с физической опасностью; б) поиск нового опыта, интерес к новым впечатлениям и опыту достигаемому в том числе и через употребление наркотиков, бродяжничество и т.п.; в) несоответствие поведения социальным нормам - употребление алкоголя, игра на деньги и т.п.; г) чувствительность к скуке: стремление к новостям, знакомствам с новыми людьми, неприятие рутины, скучных занятий [74].

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

Сравнение двух групп испытуемых - с доминированием правого или левого полушария мозга показало, что «левополушарным»

присущ больший личностный оптимизм и склонность к риску, чем «правополушарным» [18, с.85].

Ряд отечественных исследователей считает, что во многих случаях отклоняющееся поведение подростков обусловлено действием механизма поиска впечатлений на фоне неразвитости у них сферы потребностей, искажением процесса социализации и особенностями эмоциональной сферы: низкой стрессоустойчивостью, повышенной тревожностью, [3, с.85; 20, с.40]

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

Исследователи рекомендуют применять методику *Цукермана* для расширения возможностей индивидуального подхода к коррекции поведения подростка, так как, выявляя его интересы и склонности, можно по-разному направлять его активность: привлекать к занятиям спортом с высокой степенью риска, развивать интеллектуальные интересы, включать в неформальные молодежные объединения просоциальной ориентации [27, с.41].

Феномен бескорыстного риска впервые был выявлен и достаточно исследован В.А. Петровским в работах 1971 – 1977 г.г. Показано, что существует тенденция приближения к опасности вне ее

прагматической стимуляции. Эта тенденция не может быть объяснена поверхностными мотивами самоутверждения, например, стремлением произвести впечатление. Был обнаружен парадоксальный факт повышения вероятности «рисковых» проявлений личности с ростом уровня опасности ситуации.

Опасность оказывается не просто притягивающей, но и вызывающей стремление рисковать в направлении опасности. Не этим ли объясняется низкая эффективность профилактических программ, основанных на информировании подростков об опасности наркотиков?

Одним из наиболее существенных факторов возможной наркотизации являются нарушения в эмоциональной сфере подростков. Поэтому чрезвычайно важна своевременная коррекция дефектов эмоциональной сферы у подростков. Для коррекции дефицита восприятия эмоций и повышенного уровня экспрессии гнева применяется индивидуальный тренинг эмоционально-импрессивных и эмоционально-экспрессивных навыков: составление и разгадывание психологических портретов близких людей, описание собственного эмоционального состояния в различных эмоциогенных ситуациях, тренинг контроля эмоций с помощью различных когнитивных приемов, релаксации, аутотренинга. Для повышения уровня положительных и снижения отрицательных эмоций используется тренинг, направленный на повышение мотивации достижения уровня притязаний и навыков общения [27, с.71].

Многие исследователи пришли к выводу, что сильнее всего риск употребления наркотиков выражен у молодежи в возрасте 12-18 лет. В это время молодые люди должны справиться с большим количеством задач развития: они должны подготовить свой уход из родительского дома, достичь признания в своей возрастной группе, завязать дружеские и партнерские отношения, определить

перспективу будущей профессии, создать собственную шкалу ценностей и этическое самосознание как основу собственного поведения. Риск отклоняющегося поведения (потребление наркотиков и алкоголя - это лишь одна из возможных форм) возникает, если молодой человек не видит этих задач, не может их принять, либо решение этих задач является для него или кажется ему невозможным.

Направленность психокоррекционной работы на укрепление «слабых мест», на периоды и ситуации повышенного риска и кризисные состояния способствует предупреждению асоциальных форм поведения.

В последние десятилетия в центре внимания врачей и психологов находится проблема эмоционального стресса. Причины его разнообразны: потрясшие нашу страну за последние годы катастрофы, стихийные бедствия, межнациональные и межрегиональные конфликты, рост насилия, экономическая нестабильность, неурядицы в семье, физическое напряжение, болезнь близких, монотонная деятельность взрослых, проблемы обучения в школе детей и т.д.

Круг явлений, вызывающих травматические стрессовые нарушения, достаточно широк и охватывает множество ситуаций, когда возникает угроза собственной жизни или жизни близкого человека, угроза физическому здоровью или образу «я».

Нарушения, развивающиеся после пережитой психологической травмы, затрагивают все уровни человеческого функционирования (физиологический, личностный, уровень межличностного и социального взаимодействия) и приводят к стойким личностным изменениям не только у людей, непосредственно переживающих стресс, но и у очевидцев и членов их семей. Посттравматические стрессовые нарушения способствуют формированию специфических семейных сценариев и могут влиять на всю дальнейшую жизнь.

И в школе, и в семье могут быть психологически травмированные дети. Учителя и родители часто не знают, как вести себя с ними и как можно им помочь. Тем более, что многие родители, имеющие таких детей, тоже травмированы. Взрослый, который не может помочь себе, конечно же, не сможет помочь и своему ребенку.

Знание и учет психологических особенностей человека, перенесшего травматический стресс, повышение собственной компетентности в данном вопросе позволяют снизить риск тяжелых последствий до минимума.

Специалисты в области медицины, физиологии и психологии считают стресс одной из причин многих физических заболеваний и психических расстройств, а также фактором, способствующим употреблению алкоголя и наркотиков.

Исследования НИИ физиологии детей и подростков показали, что число учащихся, экспериментирующих с алкоголем, табаком, наркотиками и токсическими веществами, растет от среднего школьного возраста к старшему и в X-XI классах является максимальными. Это означает, что в экспериментирование вовлекается все больше и больше учащихся. Это касается всех без исключения веществ, с которыми экспериментируют учащиеся, и свидетельствует о том, что ранняя алкоголизация, курение, употребление наркотиков и токсических веществ прекрасно «уживаются друг с другом».

Исследование американского ученого *Д.В. Кандела* показало, что употреблению наркотиков почти всегда предшествует употребление алкоголя и табака. Это объясняется, видимо, тем, что употребление одних одурманивающих веществ, в частности алкоголя и табака, фактически «снимает запрет» на употребление других.

Подводя итоги результатов исследования факторов предрасположенности к употреблению школьниками одурманивающих



веществ, можно сказать, что основу внутренних побудительных сил составляет действие механизма поиска впечатлений на фоне неразвитости сферы потребностей, подражание взрослым (или сверстникам), искажение процесса социализации, потребность в саморегуляции внутреннего состояния, особенно в психотравмирующей ситуации, нарушения в эмоциональной или познавательной сферах, недостаток научных знаний о здоровом образе жизни, об алкоголе, табаке, наркотиках, их свойствах, последствиях их употребления для личности и общества, семейные проблемы.

Спровоцировать интерес к наркотикам и токсическим веществам и желание поэкспериментировать с ними может также когнитивно-эмоциональный диссонанс в структуре представлений школьников о наркомании и токсикомании, возникающий при некомпетентной антинаркотической контрпропаганде - не учитывающей половозрастные особенности школьников и современные методы ведения первичной профилактической антинаркотической и антиалкогольной работы.

В связи с этим наиболее перспективными представляются программы, ориентированные не на информирование «о последствиях», а на реальную помощь подросткам в решении их психологических задач взросления [59].

### **Направления профилактической работы с детьми**

С психолого-педагогической точки зрения все факторы наркомании разделяются на факторы среды (объективные) - социально-психологические и факторы личности подростка (субъективные) - психологические. Соответственно в вопросах профилактики наркотической зависимости выделяются также два основных направления:

- во-первых, работа со средой обитания подростка (выделение факторов риска и их нейтрализация),

- во-вторых, работа с личностью учащегося: воспитание и развитие устойчивости к неблагоприятным социально-психологическим факторам и воздействиям.

Второе, на наш взгляд, надежнее, но труднее.

Итак, к моменту, когда ребенку исполняется 10 лет, на физическое развитие расходуется меньшая часть его энергии. В эти годы дети охотно учатся и стремятся развивать свои умственные способности и индивидуальность. Они уже имеют представление о том, для чего необходимо образование, и умеют учиться. Если их не слишком много ругают и у них не накопилось слишком большого количества плохих отметок, им по-прежнему нравится школа и нравится учиться. Работа с учащимися этого возраста может быть захватывающей, приносящей удовлетворение и интересной.

В эти годы дети начинают яснее осознавать неблагополучность обстановки в семье. Они начинают страдать от чувства собственной неполноценности; они проявляют признаки недостаточно добросовестного отношения к учебе, и у них может развиваться убежденность в том, что школа не для них. Это убеждение возникает после чрезмерно большого количества неудач и плохих оценок.

В это же время дети начинают принимать осознанные решения, касающиеся их жизни, включая решение о том, продолжать ли свое образование. Кое-кто начинает подумывать о том, чтобы бросить учебу, выбрав вместо этого путь, который, по их мнению, потребует меньших усилий и быстрее принесет конкретные плоды. Этот период является для них временем принятия решений относительно будущего. Учителя и другие взрослые должны осознавать, что дети в этом возрасте чрезвычайно ранимы. Трудные подростки легко поддаются соблазну начать торговать наркотиками, а также

употреблять их, что приносит удовлетворение, заключающееся в "быстром решении" проблемы заработка, в обретении определенного веса среди сверстников или временного отрешения от жизненных проблем. Им также легко доступен алкоголь, который в начале обеспечивает им удовольствие и уход от всех проблем.

Таких детей немного, но, тем не менее, администрация школы и учителя должны присматриваться к учащимся своей школы и стараться воздействовать на тех из них, которые могут рассматриваться как неблагополучные. Определив таких детей, администрация и учителя могут сделать попытку помочь им развить веру в свои силы прежде, чем они встанут на пагубный путь, где нет места образованию.

Существуют, конечно, и другие особенности, характерные для детей этого возраста. Например, стремление к независимости. Хотя большинство детей все еще привязано к своим семьям, они все больше начинают стремиться принимать решения самостоятельно и проводить больше времени со своими друзьями и меньше в кругу семьи.

В этом возрасте дети стремятся развивать отношения со своими ровесниками, действовать независимо от родителей и быть принятыми среди сверстников.

В этом возрасте ребята начинают одинаково одеваться, сбиваться в группки, придумывать свои шутки и собственный жаргон. Дети не отчуждаются от своих семей, но все в большей степени обращаются к родителям, главным образом, когда нуждаются в защите, например, во время кризисных ситуаций, или в материальной поддержке, например, в деньгах. Родителям очень важно сохранять доверительность в общении с детьми. Если дети не могут позволить себе быть откровенными в общении со своими родителями в этом возрасте, то эта проблема лишь усугубится в подростковом возрасте,

а недостаточно хорошие отношения с родителями в юности делают молодежь неустойчивой к влиянию со стороны тех сверстников, для которых употребление алкоголя и наркотиков является нормой поведения.

Важно, чтобы взрослые, работающие с детьми в 6-7 классах, организовали свою деятельность в следующих направлениях:

- помощь детям развить умение вести здоровый, продуктивный образ жизни;

- помощь детям обрести ориентиры на будущее, включающие продолжение их образования и ответственное отношение к себе и другим;

- помощь детям научиться правильно общаться со сверстниками и противостоять дурному влиянию с их стороны;

- помощь детям развивать дружеские отношения, которые оказывают благотворное влияние и способствуют их собственному развитию;

- помощь детям выработать правильное поведение, помогающее справляться с возможными неудачами, отказами и постигающими разочарованиями;

- информировали детей об алкоголе и каждом из видов наркотиков в отдельности и помогали им подыскать конкретные причины для отказа от каждого из них.

Дети 10-12 лет любят открывать и познавать мир вещей, будь то во время прогулки на природе или при чтении книги. Учебные занятия и материалы должны поощрять стремление к поиску. Они любят изучать особенности функционирования человеческого организма, влияние того или иного наркотика. Они начинают разбираться во все более сложных вопросах и не довольствуются упрощенными ответами.

На этом этапе своего развития дети знают, что существует много

источников информации, часть из которых полны противоречий. Им нужно помочь научиться выбирать, чему можно верить, а чему нет, и как поступать, когда трудно определить однозначно, что есть добро, а что - зло.

Дети такого возраста любят что-нибудь коллекционировать. Эта страсть к коллекционированию часто развивается в неожиданном направлении, вместо кукол и моделей машин они начинают собирать пробки от бутылок, пачки от сигарет, банки из-под пива, вкладыши жевательных резинок "Super Girl" (изображения обнаженных женщин) и другие предметы. Несмотря на разнообразие детских коллекций, в них часто совершенно прозрачно просматривается определенная направленность, на которую взрослым необходимо обращать внимание. Например, коллекционирование определенного вида бутылок или крышек от бутылок может подтолкнуть к знакомству с алкоголем. Взрослые должны знать, что коллекционируют их дети, и помочь им отделить правду от вымысла, определить, заслуживает ли доверия та или иная идея.

У взрослых порой формируется ложное представление об уровне зрелости детей в этом возрасте, так как многие из них выглядят независимыми, одеваются как более старшие молодые люди, они могут легко рассуждать на взрослые темы и использовать соответствующий лексикон. На самом деле, эти дети все еще пугаются при просмотре фильмов ужасов, все еще нуждаются в продолжительном сне, чтобы справиться с нагрузкой школьного дня. Они по-прежнему нуждаются в ласке и тянутся к ней, им необходима уверенность в том, что взрослый человек, пользующийся их доверием, будет рядом, чтобы защитить их даже, если никакая опасность им не угрожает. Им иногда все еще необходимо подержать за руку кого-нибудь, кому они доверяют.

В этот период жизни дети все чаще сталкиваются с алкоголем и

наркотиками и нуждаются в информации о них. В обществе прочно укоренилась мысль, что употребление алкоголя является приемлемым, поэтому учащимся нужны знания, чтобы начать осознавать опасность, которую представляет употребление алкоголя и противопоставить ее тем положительным упоминаниям об алкоголе, которые они постоянно слышат.

Сегодня просматриваются следующие особенности и тенденции подростковой и юношеской наркомании и алкоголизма:

- рост объемов наркотических веществ на рынке и их доступность;
- высокий темп роста наркомании, особенно детской и подростковой;
- значительное расширение ассортимента наркотиков и алкогольных напитков, нарастающее распространение героина, кокаина и синтетических наркотиков;
- полинаркомания (употребление всего подряд в немыслимых сочетаниях);
- тенденция к омоложению (более раннее начало употребления наркотических веществ);
- широкая доступность так называемых "вовлекающих" наркотиков и включение их в молодежную субкультуру, что обеспечивает рекламу наркотиков и снижение "порога страха" перед их применением,
- существование налаженной системы вовлечения в употребление наркотиков детей и подростков,
- изменение «социальной базы» наркомании от болезни, характерной для определенного круга лиц (социально неблагополучные, страдающие психическими нарушениями, имеющие криминальное прошлое) болезни, характерной для большей части молодежи
- феминизация (все большее количество молодых девушек начинают употреблять наркотики);

- неграмотность и противоречивость профилактической информации, часто приводящая к противоположному эффекту;
- отсутствие научного подхода к проблеме, спорадичность и бессистемность в организации профилактической работы;
- возрастающий страх взрослых и стремление дистанцироваться от проблем подростковой и юношеской наркомании и переложить ее решение на правоохранительные органы;
- тенденции к решению проблемы наркомании путем культурно-массовых мероприятий;
- неэффективность и недостаточность медицинской (медикаментозной) помощи при лечении и реабилитации наркомании;
- направленность системы лечения и реабилитации наркозависимых на старый социальный состав больных (психически больные, бывшие криминальные элементы и т. д.);
- преобладание ведомственного подхода к профилактике и реабилитации, что препятствует комплексному решению проблемы;
- недостаточная система финансирования научных исследований в области наркологии;
- создание и поддержание мифа о неизлечимости наркомании, что осложняет положение наркоманов.

Наркомания на сегодняшний день стала основным источником распространения венерических заболеваний и даже СПИДа.

Анализ литературных источников, журнальных статей, социологической статистики и собственных исследовательских данных позволил выявить и классифицировать факторы, способствующие наркотизации и алкоголизации молодежи.

**Экономическое/социальное неблагополучие.** Дети из неблагополучных семей, для которых характерны социальная изолированность, неудовлетворительные жилищные условия, родители непрестижный род занятий или безработица родителей,

имеют большие шансы стать правонарушителями, алкоголиками или наркоманами.

Неблагополучные семьи могут быть выявлены социальными работниками и педагогами как принадлежащие к группе риска. Главная задача - способствовать социальной адаптации неблагополучных семей при помощи правовых и экономических мер (выделение материальной помощи, содействие в устройстве родителей и трудоспособных детей на работу, определение детей в санатории, детские лагеря, социальные гостиницы и т.д.).

Однако, примерно также высок шанс наркотизации и у детей из внешне благополучных, состоятельных семей: постоянная занятость родителей, атмосфера напряженности, тревожности, конфликты также часто создают неблагоприятный климат в семье, что не может не отразиться на психологическом благополучии подростка. К сожалению, многие состоятельные люди (особенно, отцы) не признают наличия неблагополучной атмосферы в своей семье и не обращаются к психологу. Контроль за такими семьями со стороны учреждений социальной помощи семье и детям практически невозможен, поскольку без обращения специалисты не могут вмешиваться в личную жизнь и принудительно проводить профилактическую работу. В данном случае необходимо их сотрудничество со школами, лицеями, колледжами и др., в том числе и негосударственными образовательными учреждениями, где специалисты (педагоги, психологи) имеют тесный контакт с детьми и их семьями и располагают большими возможностями для профилактической работы.

**Неблагоприятное окружение и общественная необустроенность.** Районы, отличающиеся высоким уровнем преступности, с часто меняющимися жильцами, не способствуют возникновению чувства единения и общности среди людей,



населяющих их, которое существует в более благополучных районах с меньшей плотностью заселения и низким уровнем преступности. Скверное соседство и общественная необустроенность дают основания предполагать распространенность злоупотребления алкоголем среди местной молодежи.

Задачей в данном случае является сотрудничество с правоохранительными органами в целях ужесточения контроля над распространением наркотических веществ в данном районе, а также создание досуговых центров, подростковых клубов, отделов внешкольной работы, структурирующих свободное время детей и подростков, проживающих в этом районе.

**Неблагоприятное окружение и общественная необустроенность.** Районы, отличающиеся высоким уровнем преступности, с часто меняющимися жильцами являются источниками распространения пьянства и наркомании среди молодежи.

В таких районах социальным работникам, сотрудникам органов культуры и спорта, правоохранительным органам требуется объединить усилия для ужесточения контроля над распространением наркотических веществ, а также для расширения числа досуговых центров, подростковых клубов, школьных учреждений, структурирующих свободное время проживающих там детей и подростков.

**Частые перемены места жительства.** Частые перемены места жительства отрицательно влияют на психологическое состояние подростка, поскольку он оказывается перед необходимостью постоянно устанавливая отношения с новыми друзьями, соседями, одноклассниками, что не всегда проходит неблагоприятно. Чем чаще семья переезжает, тем выше опасность приобщения ребенка к употреблению наркотиков.

В данном случае задача центров социально-психологической

помощи — способствовать адаптации семьи к новым условиям: предоставлять необходимую информацию о школах, медицинских учреждениях в данном районе, городе, а также сотрудничать с педагогами образовательных учреждений.

***Противоречия и несогласованность в законодательстве.***

Ситуация с алкоголизмом и наркоманией напрямую зависит от действующего законодательства как на федеральном, так и на региональном уровнях. К сожалению, законы часто меняются, а население в этом отношении абсолютно невежественно. Кроме того, сейчас в нашем обществе сложилось пренебрежительное отношение к законам — они не соблюдаются ни властью, ни рядовыми гражданами.

Задачей работников центров социально-психологической помощи и других социальных учреждений, особенно юридических служб, является просвещение детей и родителей по вопросам законодательства в отношении наркомании и лиц, распространяющих и употребляющих наркотики, защиты прав и интересов детей.

***Доступность алкоголя и наркотиков.*** Известно, что чем доступнее психоактивные вещества, тем выше риск их распространения. Недопустимо соседство учебных заведений, внешкольных социальных учреждений и других объектов социальной сферы с ресторанами, ночными клубами, рынками и другими местами с пониженным контролем за торговлей наркотиками и спиртными напитками, которые, несмотря на существующий запрет, могут свободно приобретать дети.

Необходимо тесное сотрудничество центров социально-психологической помощи с учебными заведениями, правоохранительными органами и органами муниципального управления.

***Семейная предрасположенность.*** Дети, рожденные в семьях, злоупотребляющих алкоголем, больше других подвержены риску стать алкоголиками. Например, мальчики, родившиеся в семье алкоголиков, даже воспитываясь затем в приемной семье, в 4 раза чаще других детей становятся на этот пагубный путь. У родителей-

алкоголиков, как правило, дети начинают пить уже в подростковом возрасте. Такая же ситуация складывается и в семьях наркоманов. Раннее приобщение к алкоголю и психоактивным веществам в дальнейшем очень часто приводит людей к трудноизлечимым формам этих заболеваний.

Задачами центров социально-психологической помощи являются своевременное выявление таких семей и целенаправленная социальная, психологическая работа с ними, а при необходимости — частичная или полная изоляция детей от родителей.

***Непоследовательность в воспитании.*** В семьях, где дети и родители отчуждены друг от друга, где применяются чрезмерно жестокие и непоследовательные методы воспитания, или, наоборот, оно полностью отсутствует, дети чаще рискуют стать алкоголиками или наркоманами.

Здоровые, эмоционально насыщенные доверительные отношения, доброжелательная и спокойная обстановка в семье способствуют формированию у ребенка нравственных устоев и защитных реакций против вредных привычек.

Задача центров социально-психологической помощи состоит в педагогической и психологической коррекции отношений в семье и обучении родителей и детей способам эффективного межличностного взаимодействия.

***Склонность к асоциальному поведению и гиперактивность.*** Этот фактор риска связан главным образом с мальчиками от 5 до 7 лет, которые имеют склонность к гиперактивному поведению. В младших классах эти дети плохо вписываются в школьный коллектив, не умеют ладить со сверстниками, отличаются повышенной агрессивностью во время игр и оказываются в изоляции. Это способствует развитию у них замкнутости, озлобленности, а в подростковом возрасте — склонности к асоциальному поведению.

Можно сказать, что гиперактивность в детстве становится в дальнейшем одной из причин алкоголизма и наркомании. Задачей специалистов социально-психологической помощи является коррекционная психологическая и педагогическая работа, как с ребенком, так и с его ближайшим окружением (семьей, классом).

**Неуспеваемость, отсутствие желания продолжать обучение в школе.** Если психологически комфортное состояние учащихся младших классов главным образом зависит от успешности их социальной адаптации в коллективе, то, начиная с IV класса, на первое место выходят академическая успеваемость, интерес к учебе и привязанность к школе. Как отмечалось, неуспевающие, не желающие учиться, враждебно относящиеся к школе дети часто попадают под влияние криминальных элементов, мелких наркоторговцев и алкоголиков.

Задачей специалистов социально-психологических центров является сотрудничество со школами, в частности, классными руководителями таких подростков, а также помощь подросткам в профессиональном самоопределении и профориентации, определение их в различные образовательные и реабилитационные учреждения, повышении мотивации к учебе и дальнейшему образованию.

**Протест и риск.** Известно, что в подростковом возрасте развивается протест против существующих в обществе моральных норм и принципов. Поскольку у взрослых существует резко негативное отношение к наркотикам и наркоманам, подростки в качестве протеста начинают употреблять наркотики.

Подростковому возрасту свойственно стремление к риску как форме эмоционально насыщенного переживания. Зачастую это реализуется в употреблении наркотиков и правонарушениях.

Задача психологов и педагогов — помочь подростку

удовлетворить их потребность в риске другими способами (например, риск самораскрытия проявляется в личностно ориентированных и социально-психологических тренингах, физический риск — в занятиях спортом и туризмом), а также способствовать их эмоциональному развитию.

**Общение с пьющими и употребляющими наркотики сверстниками.** Факт общения со сверстниками, употребляющими алкоголь и наркотики, независимо от того, имеют ли место другие факторы риска, — грозный признак, свидетельствующий о самой серьезной опасности для ребенка. Если друзья выпивают, это является сильным аргументом в пользу того, что подросток, возможно, будет злоупотреблять алкоголем.

Очевидно, что запретить подростку общаться с такими друзьями — задача не из легких, однако родители и социальные работники должны приложить все усилия, чтобы создать для ребенка необходимые факторы защиты от возможной наркотизации, в том числе обратиться к специалистам и педагогам социально-психологических или социально - реабилитационных учреждений.

**Положительное отношение к алкоголю и наркотикам.** Очень опасна ситуация, когда дети считают, что от курения марихуаны нет вреда, а выпивка ассоциируется у них с хорошим проведением времени. По большей части эти подростки объясняют свое поведение распространенными мифами типа: «В любой момент я могу бросить», «От бутылки пива не становятся алкоголиками» и т.д.

Мифы о наркотиках и наркоманах, существующие в сознании подростков, разрушить очень сложно и порой просто невозможно. Наиболее эффективными в таком случае могут стать групповые занятия подростков с психологом, направленные на выработку у них собственного сознательного, а не мифологического отношения к наркотикам и наркоманам.

**Реклама.** Реклама принадлежит к числу макрофакторов, влияние которых порой невозможно предупредить. К сожалению, легальные и нелегальные наркотики рекламируют необычайно широко. Речь идет как о явной, так и о скрытой рекламе.

Алкогольные и табачные изделия рекламируются открыто. Сопровождающая их информация прочно связывает в сознании подростка табак и алкоголь с ценностями жизни: свободой, достижениями, престижем, дружбой. Наличие этой связи отслеживается с помощью психодиагностики. Противостоять рекламе может только эмоционально зрелый, самодостаточный подросток. Таким образом, задачами специалистов центров социально-психологической помощи является коррекция подросткового самоотношения, повышение общей психологической устойчивости к внешним воздействиям как одного, так и группы взаимодействующих факторов наркотизации.

### **§ 3. Наркоманская субкультура как фактор приобщения к наркотикам.**

Наркомания- это болезнь, порождающая в условиях города свою культуру: субкультуру - по смыслу, контркультуру - по динамике.

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

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

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

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

На самом деле группа наркоманов – лишь собрание людей, каждый из которых выступает друг для друга средством достижения одной единственной цели – очередной дозы. Наверное, сплоченность в группе наркоманов действительно достаточно высока, поскольку они все объединены одной целью, однако переживаний у наркоманов не существует: они все делают инстинктивно, рефлексивно, следуя примеру своих единомышленников с большим наркоманским опытом.

Обычно наркоманы приобщают новичков к наркотикам двумя способами.

Первый – опосредованный. Он заключается в косвенном влиянии на подростка с помощью ярких эмоциональных рассказов о



насыщенности жизни наркоманов, о «красочности» переживаний, об «ином» мире, о престижности наркотиков. В результате подросток начинает верить в то, что самое интересное в жизни – наркотики и все, что с ними связано.

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

И в том, и в другом случае наркоманская субкультура имеет для соприкоснувшихся с ней подростков эмоциональную привлекательность, дает им возможность уйти от решения своих проблем, почувствовать иллюзорные преданность, любовь, дружбу, риск, свободу, ощутить престижность своего положения, приобщиться к миру, недоступному родителям и другим взрослым.

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

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

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

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

Однако, это совсем не означает полного отсутствия порядка и логики в организации наркокультуры. В ней легко обнаруживаются некоторые динамические аспекты ее функционирования. Являясь изначально абсурдной, поскольку ее цель и результат находятся в непримиримом противоречии, наркокультура реализуется в постоянном преодолении моральных и правовых ограничений посредством низложения всех традиционных человеческих ценностей.

Потребность человека в преодолении ограничений, снятии запретов, освобождении чувств, удовлетворяемая универсальным способом в условиях наркокультуры (социальное и чувственное синхронное подкрепление) может быть понята как механизм формирования психической зависимости. (Петровский В.А., Березин С.В., Лисецкий К.С. и др.)

Изучение семантических конструкций наркокультуры позволило нам выявить некоторые глубоко скрытые аспекты ее функционирования, уловить ее «антилогику».

1. Слитность (нерасчлененность) содержательных и операциональных значений.

В наркокультуре тексты высказываний строятся, как правило, из одних предикатов (бессубъектно). Большинство суждений имеют, чаще всего, форму глаголов, а субъект высказывания (подлежащее) в

предложениях либо обозначается невербально, либо не обозначается вообще.

## 2. Инакоязычность. Зашифрованность.

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

Наши исследования показали, что главная опасность существования «тайного языка» не столько в том, что его не всегда понимают родители, наставники и учителя, сколько в том, что, разговаривая на общепринятом языке, используя общепринятые слова, взрослые направляют мысли своих воспитанников в другое русло, не подозревая об этом.

## 3. Прямая противоположность значений и действий.

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

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

## 4. «Религиозно-философские» утверждения.

Ригидно-когнитивные конструкции, наполняемые лишенными смысла (вне контекста) религиозно-философскими утверждениями.

Утверждения, взятые из различных литературных источников, выполняют скорее агитационно-идеологическую роль и преимущественно для тех, кто испытывает интеллектуальные сомнения в предлагаемых действиях, связанных с употреблением наркотиков. Здесь легко обнаружить и буддийский отказ от всех желаний, и христианское всепрощение как необходимое употребляющим наркотики условие для жизни в среде, построенной на тотальном обмане, и презрительное отношение к земным благам, и обещанную всеми религиями вечность, и всеобщее коммунистическое равенство.

В качестве внешних атрибутов рекламно-побудительного характера наркокультуры (для начинающих) выступает мифологическая эклектика двух самостоятельных субкультурных образований. Первое можно назвать элитарной (богемной) субкультурой, носителями которой являются артисты, художники, звезды эстрады, люди искусства и люди около искусства, а также богатые меценаты и спонсоры. Второе можно назвать криминальной субкультурой, носителями которой являются люди, живущие «по понятиям», воры, бандиты, криминальные авторитеты, мошенники, бывшие осужденные, преступные группировки. Как в элитарной, так и в криминальной субкультуре допустимо употребление наркотиков, однако, оно (употребление) не является самоценным и стержневым, как в наркокультуре. Более того, каждая из двух названных субкультур имеет четко выраженную направленность и отнюдь не аморфную систему ценностей. Наличие правил и ценностей обуславливает существование санкций за их нарушение или попрание.

Таким образом, существуют механизмы (экономического, морального, психологического характера), сдерживающие неумеренное употребление наркотических веществ, как в элитарной,

так и в криминальной субкультуре, что является чрезвычайно опасным для нарконеустойчивых подростков в городской среде.

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

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

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

Обобщая изложенное, можно говорить об особых отличиях наркокультуры от других субкультурных явлений. Отсутствие иерархии, специфичность субкультурного продукта, того, что называется экзистенциальный вакуум, что позволяет заметить полную

недиалогичность наркокультуры как извне, так и изнутри, единомыслие ее членов, с одной стороны, и полное отсутствие доверия во взаимоотношениях, с другой стороны, а также элементы демонстративного псевдоэлитарного поведения в сочетании с универсальной преступной направленностью, даже без криминальной квалификации. Высокая степень подражательности говорит о маргинальности наркокультуры, в которой остается одна единственная ценность, один бог, одно правило – наркотик.

#### **§ 4. Психологический портрет наркомана периода взросления**

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

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

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

2. Гипотимный или эмотивный тип реагирования.

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

Обобщение характеристик создает образ человека, лишённого азарта экзистенциального творчества.

Структуре личности наркомана свойственны:

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

В силу ослабленного самоконтроля и нарушения сбалансированности противоположностей у наркоманов наблюдается болезненная деформация влечений, которая выражается в сужении спектра их проявления и заостренных характеристиках: высокая тревожность, болезненно выраженная инертность превращается в алчность, агрессивность, высвобождаясь из-под контроля сознания, проявляется вспышками разрушительной враждебности, интроверсия трансформируется в аутичность, пассивность — в мазохизм,



пессимистичность преобразуется в депрессию, мнительность и сензитивность — в ипохондричность, эмотивность — в импульсивное поведение. Это свидетельствует о том, что наркоманы по сути дела находятся в состоянии дезадаптации.

При обследовании группы наркоманов выявлено следующее. Симптомы истерической акцентуации присущи 40% из них, эпилептоидной – 20%, параноидальной - 10%. Садомазохистские тенденции проявляются у 20% обследованных, склонность к циклотимическим расстройствам присутствует у 10%.

У наркоманов снижены способности к рефлексии, анализу и самоанализу. Сочетание противоречивой структуры потребностей, мотивационной неустойчивости с бессознательными механизмами защиты (агрессия, вытеснение, «уход») свидетельствует о невротическом характере 90% обследованных, психологический инфантилизм проявляется у 10%. Личная тематика является более значимой для наркозависимых, чем тема достижений. Отношения обследованных с людьми не своего круга, родителями носят конфликтный характер, а их потребности в достижении, автономии и любви фрустрированы. Они не верят в собственные силы и не удовлетворены собой.

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

Обнаруженная деформация влечений и базисных свойств личности связана с формой их реализации в социально-культурной жизни испытуемых. Мы считаем, что она может быть лишь обострена употреблением ими наркотиков, т.к. эти тенденции обнаруживаются

уже в детстве, а стаж наркотизации у них составляет всего несколько лет.

«Уход» от настоящего и будущего с помощью наркотиков способствует снижению тревоги и имеет защитный характер.

Факт снижения у наркоманов интегративной функции «Я» и выраженное «Супер-эго» требует особого внимания.

По мере углубления и развития наркотической зависимости личность начинает изменяться [6, с.29], [56, с.504], [81, с.75-77]. Внутренние конфликты обостряются, а слабая психическая адаптация становится все более очевидной. Развитие наркомании сопровождается снижением психосоциальной адаптированности молодых людей [1, с.72-74], [42, с.32]. Наблюдаются неустойчивость мнестической функции, колебания из-за недостаточности волевых усилий активности познавательной деятельности [31, с.118]. Е.Л. Милютина обнаружила у наркоманов со стажем употребления опиума более пяти лет существенное снижение волевой активности, что проявляется «в неспособности прекратить наркопотребление, преодолеть обычные жизненные затруднения». Н.С. Курек, изучая целенаправленную активность больных опийной наркоманией, выявил у них следующие нарушения [33]:

- повышенный уровень установки на волевую активность и числа способов достижения цели (особенно антисоциальных) в ситуации приобретения наркотиков; сниженный интерес к приобретению предметов домашнего обихода;

- адинамия уровня притязаний в ситуации определенности и повышение частоты неадекватных успеху-неуспеху изменений уровня притязаний в ситуации неопределенности;

- чем ниже уровень интеллекта и настроения, тем выше уровень установки на волевую активность в ситуации приобретения наркотиков.

Н.С. Куреком выявлены особенности эмоциональной активности наркозависимых: снижение точности восприятия эмоций другого человека по мимике, жестам и позам; нормальный или повышенный уровень собственной эмоциональной экспрессии; нивелировка половых различий в эмоциональной сфере между юношами и девушками [34, с.51; 35, с.64-67].

Т.И.Букановская изучала эмоциональные переживания у больных опийной наркоманией в различных ситуациях. Она обнаружила у них снижение уровня мотивационной деятельности. Однако в состоянии наркотической интоксикации происходит значительная активация мотивационной деятельности, проявляющаяся в переживании интереса; осуществлении безболезненного переживания горя-страдания [19, с.161]. Актуальность последнего для больных наркоманией определяется высокой напряженностью аффекта, низкой способностью к переживанию, наличием эмоций гнева-отвращения (протеста-неприятия). Высказано предположение, что защитная роль опийной интоксикации заключается в том, что она позволяет пережить эмоциональное состояние горя-страдания на качественно ином уровне, дающем чувство удовлетворения (приятя).

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

Анализ литературного материала показал, что психологические исследования наркозависимых проводят преимущественно с помощью интервью и тестов - опросников. Достоверность информации, полученной таким путем, вызывает сомнение. Полагаем, что ценность диагностического материала, полученного с помощью проективных методов (ТАТ, метод портретных выборов Сонди, тест Роршаха), гораздо выше.

Их использование позволяет определить индивидуально-личностные особенности испытуемых, существенные для последующей психотерапии.

Приведем несколько примеров.

*Виктор, 20 лет.*

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

*Юрий, 18 лет.*

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

*Рустам, 20 лет.*

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

*Денис, 22 года.*

Гипотимный тип реагирования; сниженные способности «Я» к интеграции и внимание к окружающему; нарушенное восприятие (сдвиг в сторону внутренних тенденций); гиперсоциальность установок; в стрессовой ситуации аффективные реакции приводят к

дезорганизации его активности; доминирующий мотив - «избегание неуспеха»; вытеснение из сознания истинных влечений, т.к. потребности в достижении, доминировании, любви фрустрированы; депрессивное состояние; конфликтные отношения с окружающими.

*Дмитрий, 25 лет.*

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

*Сергей, 21 год.*

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

*Олег, 19 лет.*

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

*Евгений, 22 года.*

Психологический инфантилизм; нарушенное восприятие; сдвиг в сторону внутренних тенденций; плохо осознает свои границы («Я» или «не Я»), чувства; не ставит целей, уходит от действий и ответственности; гипертрофированы и фрустрированы потребности в

безопасности, стабильности, приобретении; инертность трансформирована в алчность; склонность к циклотимическим расстройствам; в момент обследования находился в депрессивной фазе.

*Дмитрий, 23 года.*

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

*Александр, 19 лет.*

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

Нами было выявлено снижение интегративной функции «Я», способности к рефлексии и самоанализу у наркоманов в возрасте от 15 до 25 лет.

Очевидно, что для людей с подобным складом личности наркотики, алкоголь и другие объекты зависимости, в том числе и люди, выступают как средство избегания напряжения при их взаимодействии с жизнью.

Приведенный портрет наркомана периода взросления дает представление о всей сложности проблем, с которыми он неизбежно сталкивается при отказе от употребления наркотиков. Нам не

известны случаи, когда эти проблемы были эффективно решены наркоманами без интенсивной внешней поддержки. Вот почему так необходимы специализированные центры для лечения наркомании, укомплектованные опытными специалистами.

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

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

## ГЛАВА 2. ПРОБЛЕМЫ СЕМЬИ, ИМЕЮЩЕЙ ДЕТЕЙ, СКЛОННЫХ К УПОТРЕБЛЕНИЮ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ

### **§ 1 Семейные причины приобщения детей к наркотикам**

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

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

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

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



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

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

4) ДУХОВНОГО (КУЛЬТУРНОГО) ОБЩЕНИЯ заключается в удовлетворении потребностей в совместном проведении досуга, взаимном духовном обогащении. Способствует культурному, духовному и нравственному развитию личности;

5) ПЕРВИЧНОГО СОЦИАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ выражается в обеспечении выполнения социальных норм поведения всеми членами семьи, в особенности теми, кто в зависимости от ряда причин (возраст, наличие заболевания и т.п.) не способен выполнить их самостоятельно;

6) СЕКСУАЛЬНО-ЭРОТИЧЕСКАЯ состоит в удовлетворении сексуально-эротических потребностей супругов и обеспечении биологического воспроизводства.

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

СТРУКТУРА СЕМЬИ включает число, состав, совокупность взаимоотношений между ее членами и социальным окружением. Структурный подход к анализу семьи основан на представлении о том, что семья есть нечто большее, чем индивидуальная биопсиходинамика ее членов. Взаимодействие членов семьи подчиняется определенным закономерностям, которые обычно не формулируются явно или даже не осознаются, однако формируют

единое целое – структуру семьи. Реальность структуры семьи другого порядка, чем реальность каждого из ее членов.

Анализировать структуру семьи необходимо по основным ее параметрам - сплоченности, иерархии, гибкости, внешним и внутренним границам, ролевой функции каждого из ее членов, характеру структурных проблем.

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

*Сплоченность* определяется как эмоциональная связь, близость или привязанность членов семьи. Понятие *иерархии* используют в изучении структуры ролей, правил внутри семьи, а также в определении степени влияния каждого члена семьи на других. Термин «*граница*» применяют в описании взаимоотношений между семьей и ее социальным окружением (внешняя граница), а также между различными членами семьи (внутренняя граница). Если внешняя граница слишком жесткая, то ограничен обмен информацией между семьей и окружением, наступает застой в системе, если слабая — члены семьи больше связаны с внешней средой, чем между собой. Если внутренние границы между родителями и детьми жесткие, то родители заняты только собой; если слабые, то происходит перераспределение ролей в семье и вмешательство в интимную сферу друг друга. Во внутренних границах существует также понятие «*границы поколений*», которое раскрывает сущность отношений внутри каждого из поколений семьи. В хорошо функционирующих семьях правила, управляющие взаимодействиями между родителями и между детьми, отличаются от правил родительско-детских отношений. Родительские диады показывают более высокую степень сплоченности.

Практически в 95% случаев наркомании у подростков мы сталкиваемся с семьями, где перечисленные параметры нарушены и имеют негативное влияние на развитие личности ребенка.

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

*Супружеские взаимоотношения* – это система чувств, установок, особенностей восприятия партнеров по браку, понимание и принятие ими друг друга.

По мнению Т.М. Мишиной, стиль супружеских взаимоотношений — наиболее содержательная и существенная характеристика совместной жизни супругов. Под стилем она понимает «устойчивую совокупность свойств, присущих данному взаимодействию на протяжении длительного времени, определенную в главных тенденциях и характеристиках деятельности пары как целого».

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

Олсон выделяет четыре уровня сплоченности и четыре уровня гибкости: очень низкий, низкий к умеренному, умеренный к высокому и чрезмерно высокий. Из них низкий к умеренному и умеренный к высокому – центральные, а очень низкий и чрезмерно высокий – крайние. Каждому уровню сплоченности и гибкости соответствуют определенные типы семейных структур.

К центральному уровню сплоченности относятся раздельный и объединенный типы взаимоотношений: раздельный носит некоторую эмоциональную отстраненность, но она не является крайней,

объединенный характеризуется эмоциональной близостью и лояльностью. К центральному уровню гибкости относятся структурированный и гибкий типы взаимоотношений: структурированный предполагает некоторую демократичность, стабильные роли и внутрисемейные правила; гибкий – абсолютно демократичный, роли разделяются между членами семьи и при необходимости изменяются. Центральные уровни обеспечивают сбалансированное и оптимальное семейное функционирование. Члены семей сбалансированных типов способны сочетать собственную независимость с тесными связями внутри семьи.

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

Крайние уровни сплоченности и гибкости свойственны проблемным семьям. 100% обследованных нами семей наркоманов в период, предшествующий их наркотизации, были проблемными.

*Родительско-детские отношения* – это система разнообразных чувств родителей и детей по отношению друг к другу, особенностей восприятия, понимания характера личности и поступков друг друга.

Е.О. Смирнова, раскрывая специфику родительско-детских отношений, считает, что они характеризуются эмоциональной значимостью, амбивалентностью и изменяется по мере взросления ребенка.

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

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

Наши исследования семей наркоманов показывают, что значительное преобладание в семье одной тенденции над другой может стать причиной девиантного поведения ребенка.

В структуре родительско-детских отношений необходимо выделить установку родителей, т.е. систему или совокупность родительского эмоционального отношения к ребенку, восприятия ими ребенка родителем и способов поведения с ним.

В литературе (О.С.Сермягина) понятия «родительские стили» и «стили воспитания» употребляются синонимично понятию «позиции»,

хотя для обозначения установок, которые не связаны с конкретным ребенком, а характеризуют отношения к детям вообще, целесообразнее сохранить термин «стили воспитания».

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

О.С. Сермягина в своем социально-психологическом исследовании подчеркивает важность эмоциональных отношений в семье. Она отмечает, что в психодинамическом направлении психологии основным предметом изучения являются аффективные связи между членами семьи. Акцент при этом делается либо на родительско-детские, либо на супружеские отношения, а нарушения фиксируются преимущественно на уровне личности (социальная дезадаптация, невротическое расстройство и т.п.)

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

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

ожиданий – фантазий, которые они приписывают ребенку. С этой точки зрения семейные причины наркотизации связаны преимущественно с нарушением детских ролей.

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

Выработка социально-ролевой структуры имеет две основные цели:

1) Воспитание качеств, необходимых для жизни в семье, то есть усвоение форм внутрисемейных отношений, норм поведения, значимых для семьи ценностных ориентаций и мотивов деятельности.

2) Воспитание качеств, необходимых для социализации вне семьи, ориентации индивида на существующие в данном обществе стандарты профессиональной деятельности, нравы и традиции [38].

Роли рассматриваются как относительно устойчивые типы поведения в определенной сфере жизнедеятельности. В.А. Ядов [67] считает ролевые установки социально фиксированными. По мнению других исследователей, ожидания по поводу выполнения той или иной роли – устойчивые и негибкие образования. Если рассмотреть супружеские взаимоотношения, то можно сказать, что у жен и мужей в проблемных семьях существуют такие ролевые установки, которые препятствуют успешному приспособлению и являются предпосылками межличностной и психической напряженности. Психическая

напряженность определяется как состояние, обусловленное предвосхищением неблагоприятного для субъекта развития событий и сопровождающееся ощущением дискомфорта, тревоги, страха [67].

Анализ биографии наркоманов периода взросления, а также данные, полученные в результате реконструкции структуры семейных отношений на разных этапах жизни семей наркоманов, показывают, что в период, предшествующий началу употребления наркотиков, 91% наркоманов имели высокую тревожность в своих семьях.

Большое значение для изучения семейных ролей имеет дифференциация их на конвенциональные и межличностные. Конвенциональные определены правом и моралью, они стандартизированы и безличны. Межличностные целиком зависят от индивидуальных особенностей участников, их чувств и предпочтений [77].

Многие исследователи, в частности, представители бихевиорального направления, оценивают родительское отношение с позиций успешности – неуспешности для развития ребенка.

На наш взгляд, такой подход акцентирует внешнюю поведенческую сторону отношений и стимулирует односторонний взгляд на ответственность в вопросах детского развития.

К.Г. Юнг [80] говорит о том, что, как правило, жизнь, которую не удалось прожить родителям, они стараются передать «по наследству» детям и вынуждают детей вступить на путь, который должен компенсировать неисполненные желания родителей, т.е. родители в какой-то степени ищут идеального ребенка для себя. У детей это часто вызывает обратную реакцию. Поэтому и получается, что сверхморальные родители имеют зачастую, аморальных детей, безответственный и праздный отец имеет обремененного честолюбием сына и т. д. Наихудшие последствия, по его мнению,



имеет «искусственная бессознательность» родителей. Примером тому может служить мать, которая, чтобы не нарушить видимость благополучного брака, искусственным путем, бессознательно поддерживает себя тем, что привязывает к себе сына – в определенной степени в качестве замены своему мужу. И это приводит к формированию симбиотической связи между матерью и сыном, что, в конечном счете, может являться одной из причин формирования наркозависимости. Для ребенка наркотик – это мощный аргумент в избавлении от постоянной зависимости от родителей, приобретении внутренней свободы в борьбе за самостоятельность.

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

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

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

Негативный характер супружеских отношений, выражающийся в конфликтном взаимодействии между супругами, называется дисгармонией, дестабилизацией семейной структуры. Семейный конфликт представляет собой сложное явление. Причинами его, с одной стороны, являются нарушения в системе взаимоотношений – их ригидность, конкурентный характер, формальность, неравенство, с другой – искажения в личных установках, ролевых ожиданиях, способах перцепции (восприятия).

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

Нарушения семейного функционирования являются важнейшей причиной приобщения детей к наркотикам.

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

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

2. Структуры, несущие в себе аутсайдеров, то есть людей с низким социометрическим выбором, например, один из детей рассматривается родителями как нелюбимый (64% обследованных семей наркоманов).

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

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

5. Скрытая коалиция, когда ее наличие не признается членами семьи. Обычно она возникает на основе совместного секрета через идентификацию двух членов семьи и часто выражается в подкреплении симптоматического поведения (42% обследованных семей наркоманов).

6. Перевернутая иерархия, когда по каким-либо причинам статус ребенка в семье становится больше, чем статус одного или обоих родителей. Например, отец с дочкой могут вести себя как супруги и относиться к матери и остальным членам семьи как к младшим, или во время болезни одного из родителей ребенок выступает в роли

родителя по отношению к больному и остальным детям (41% обследованных семей наркоманов).

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

- мотивационные структуры, составляющие содержательную основу противоречия в совместной деятельности супругов;

- способы компенсации, позволяющие паре устойчиво существовать, несмотря на наличие этого противоречия;

- обстоятельства, вызывающие декомпенсацию (кризис) и создающие неустойчивость, обостряющиеся в конфликтных ситуациях;

- способы выхода из конфликтной ситуации и их отношения к мотивационной структуре данной супружеской пары.

**СОПЕРНИЧЕСТВО.** Структура отношений носит противоречивый, дружелюбно-враждебный характер. Оба партнера характеризуются незрелостью семейной роли и оказываются не в состоянии принять на себя ответственность за поведение супружеской пары как целого. Конфликты могут быть представлены как противоречия, главным образом, в сферах заботы и опеки, а также эмоционального принятия, когда сталкиваются значимые потребности партнеров. Одной из сфер, где проявления соперничества супругов наиболее опасны своими последствиями, является воспитание детей. Оно заключается в рассогласованности воспитательных позиций, требований по отношению к ребенку.

*ПСЕВДОСОТРУДНИЧЕСТВО.* С внешней стороны, отношения этого типа выглядят согласованными, с элементами преувеличенной заботы друг о друге. Поводы к возникновению конфликтов в семье лежат за ее пределами и связаны с индивидуальными трудностями и неудачами, которые касаются, как правило, работы или общения с другими людьми. Проявления псевдосотрудничества супругов в сфере воспитания детей также опасны своими последствиями, так как в зависимости от внешних обстоятельств воспитательные позиции у родителей постоянно видоизменяются.

*Изоляция.* Супруги эмоционально обособлены и не заинтересованы друг в друге. Если такой характер взаимоотношений проявляется и в воспитательной сфере, то ребенок ощущает себя ненужным, отвергнутым и нелюбимым, что, в свою очередь, может способствовать формированию у него внутриличностных и поведенческих отклонений.

Важнейшими проявлениями неблагополучия в семье являются семейные конфликты. Т.М. Мишина определяет семейные конфликты как обострение интерперсональных отношений в семейной группе, когда позиции, отношения, цели сторон становятся несовместимыми, взаимоисключающими, либо воспринимаются таковыми.

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

-сензитивность – повышенная чувствительность, склонность все принимать близко к сердцу, легко расстраиваться и волноваться;

-аффективность – эмоциональная возбудимость или неустойчивость настроения;

-тревожность – склонность к беспокойству, недостаточная внутренняя согласованность чувств и желаний либо противоречивость

личности в целом, обусловленная трудно совместимым сочетанием двух предшествующих характеристик;

-доминантность – стремление играть значимую роль;

-эгоцентричность – фиксация на своей точке зрения, отсутствие гибкости мышления;

-гиперсоциальность – повышенная принципиальность, утрированное чувство долга.

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

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

Семьи с нарушенными отношениями не могут самостоятельно решать возникающие в семейной жизни противоречия.

В результате длительного конфликта у членов семьи снижается социальная и психологическая адаптация, теряется способность к совместной деятельности (несогласованность в вопросах воспитания детей). Уровень психологического напряжения в семье имеет тенденцию к нарастанию и, в конце концов, может привести к формированию наркотической зависимости у подростка.

Представители гуманистического направления в психологии рассматривают нарушение супружеских отношений как недостаток удовлетворения потребности в эмоциональных отношениях. Они делают попытки анализа семьи в целом, проводя аналогию со структурой невротической личности, используя категорию защитных механизмов в семье.

Для того, чтобы предотвратить осознание негативных аспектов жизни, на уровне семейной системы формируются защитные механизмы (семейные мифы, иррациональные убеждения и т.д.). Защитные механизмы основаны на расщеплении: если у супругов дисгармонии сходны, то причины отвергаемых аспектов семейной жизни обнаруживаются вне дома. Если дисгармонии различны, каждый из партнеров неосознанно поддерживает в своем супруге или ребенке те качества, которые соответствуют его собственным подавленным тенденциям. Существование таких семейных защитных механизмов приводит к тому, что даже явные признаки наркотизации ребенка остаются очень долго «не замеченными» родителями.

В неофрейдизме психологическая сущность семьи и брака, мотивация ее членов трактуется в рамках «родительских схем».

В интеракционистском направлении нарушения семейных отношений изучаются в рамках коммуникативного анализа, оперирующего понятиями «интеракция» и «трансакция». Э. Берн описал игры как циклически повторяющиеся ситуации общения, смысл которых находится вне задач продуктивной деятельности и заключается в попытке сохранения своего «Я» путем изменения других. Обычно в семье существует стереотипная последовательность трансакций, которая поддерживает проблему, создавая «порочный круг». Как известно, общение может быть как вербальным, так и невербальным, и очень часто эти уровни не дополняют, а противоречат друг другу. Если высказывания строятся

на двух взаимопротиворечащих друг другу уровнях, то это приводит к парадоксу. Часто родители предъявляют ребенку взаимоисключающие (парадоксальные) требования, например, чтобы он был самостоятельным, ответственным и, в тоже время, постоянно руководят им и опекают его. Парадоксальные команды создают у получателя ощущение тупика и могут привести к крайностям. К аналогичным результатам приводит ситуация, при которой мать говорит одно, а отец другое – совершенно противоположное. Крайним вариантом парадоксальной коммуникации является случай «двойного зажима», когда значимый для ребенка взрослый передает ему 2 разноуровневых сообщения, одно из которых отрицает другое и они затрагивают наиболее важную для ребенка проблему: любят его родители или нет. Такая ситуация может способствовать развитию у ребенка психических отклонений (шизофрении).

В контексте проблемы семейной профилактики наркомании имеет значение изучение так называемых патологизирующих ролей в семье, то есть межличностных ролей, которые в силу своей структуры и содержания оказывают психотравмирующее воздействие на ее членов (таковы роли «семейного козла отпущения», «золушки», «больного», «кумира семьи» и т.д.).

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

Патологизирующие роли могут возникать на основе механизма проекции как неосознанное наделение другого человека присущими



данной личности мотивами, чертами и свойствами. Одним из мотивов формирования патологизирующей роли может быть стремление избавиться от давления собственных же нравственных представлений, что часто наблюдается в клинике, где лечатся алкоголики и наркоманы – это роли «спасителя» и «спасаемого».

Многие ученые исследовали типы патогенного родительского поведения. Вот некоторые из них:

- один или оба родителя не удовлетворяют потребности ребенка в любви или полностью отвергают его;

- ребенок служит в семье средством разрешения супружеских конфликтов;

- ребенку в качестве дисциплинарной меры угрожают тем, что разлюбят его или отдадут в другую семью;

- ребенку внушают, что он своим поведением повинен в разводе, болезни или смерти одного из родителей;

- в окружении ребенка отсутствует человек, способный понять его переживания, стать фигурой, заменяющей отсутствующего или пренебрегающего своими обязанностями родителя.

Таким образом, при нарушении внутрисемейных отношений создается неблагоприятный фон для эмоционального развития ребенка и это, в конечном итоге, может стать источником формирования наркомании, то есть неблагополучная семья является одним из основных факторов развития детской наркомании.

Можно выделить некоторые наиболее характерные особенности неблагополучных семей:

- чрезвычайно эмоциональное, ранимое и болезненное отношение подростков к своим родителям и их проблемам. Если при этом в семье доминирует холодная в общении, не эмоциональная, строгая мать, то ситуация приобретает наибольшую остроту;

- использование ребенка в качестве средства давления при решении вопросов взаимоотношений между супругами;
- непоследовательность в отношениях с ребенком: от максимального принятия до максимального отвержения. Ребенка то приближают к себе, то отдаляют независимо от особенностей его поведения;
- невовлеченность членов семьи в жизнь и дела друг друга;
- директивный стиль отношений и эмоциональное отвержение;
- спутанные отношения и размытые (неопределенные) межпоколенные границы, когда прародители активно вмешиваются в жизнь семьи, продолжая воспитывать уже взрослых детей, при этом чаще всего по отношению к внукам, обнаруживается гиперпротекция и попустительство;
- использование прямых провокаций в обращении с ребенком;
- заниженная оценка достижений ребенка, либо негативные ожидания по отношению к его действиям и поступкам;
- сексуальное насилие;
- генетическая предрасположенность к алкоголизму или наличие в семье алкоголика или наркомана;
- отсутствие в ближайшем окружении ребенка значимого взрослого.

Стремясь компенсировать семейное неблагополучие, ребенок ищет контакты на стороне и легко может попасть в группу наркоманов, где его с удовольствием примут.

Большую опасность представляют семьи, в которых нарушения семейного взаимодействия (часто неосознаваемые ее членами) скрываются за внешним благополучием.

Неблагополучные семьи, как правило, стоят на учете социальных служб, и с ними проводится работа, направленная на реабилитацию или профилактику нарушения семейного функционирования. Но

вопрос должен ставиться шире: психопрофилактическую работу необходимо начинать именно с внешне благополучных семей.

Анализ семейных причин наркотизации убеждает в том, что в фокусе профилактической работы должна быть прежде всего семья. Здоровая семья является одним из важнейших факторов социализации ребенка и профилактики наркомании. Это одинаково справедливо, когда речь идет как о первичной, так и о вторичной профилактике наркомании.

## **§2. Динамика семейных отношений на разных стадиях наркотизации.**

### **2.1. Родители.**

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

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

У родителей при воспитании ребенка - наркомана имеют место противоречивые негармоничные стили взаимодействия с ним. В их основе лежат психологические проблемы, которых они стараются решить за счет ребенка, а это, в свою очередь, становится одним из

условий развития СРРН.

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

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

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

По отношению к сыну у отца в структуре СРРН наиболее

выражена проекция на него собственных негативных качеств. Причина может заключаться в том, что в сыне отец видит черты характера, которые чувствует, но не признает в себе. Поэтому, ведя борьбу с такими истинными или ложными качествами у него, отец извлекает для себя эмоциональную выгоду. Борьба же с нежелательными качествами подростка помогает сыну верить, что у него самого таких качеств нет. Нередко отцы предпочитают видеть в подростке качества ребенка, а не взрослого человека. С родительской точки зрения, он «маленький, ему нельзя доверять и предоставлять самостоятельность». Возможной причиной неустойчивости поведения отцов является растерянность перед обстоятельствами, отсутствие знаний о том, как реагировать и как вести себя с больным ребенком, а также отвержение воспитательной позиции матери при невозможности реально влиять на ситуацию. Такое отношение оказывает противоречивое воздействие на ребенка (близкое к ситуации «двойного зажима»), когда он перестает понимать и не знает, как себя вести в различных ситуациях.

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

пасынкам-наркоманам характеризуется большей сдержанностью, жесткостью, однозначностью и в целом является более конструктивной по сравнению с реакцией биологических отцов.

У матерей по отношению к сыну-наркоману в основном выражена воспитательная неуверенность, что влечет за собой перераспределение власти в семье между матерью и сыном в пользу последнего. Мать идет на поводу у сына, уступает даже в тех вопросах, в которых уступать, по ее же мнению, никак нельзя. Это происходит потому, что сын сумел интуитивно нащупать ее слабое место и добился положения: «минимум требований—максимум прав». Он манипулирует матерью и использует это в своих целях. Мать становится неуверенной в себе, нерешительной, обвиняет себя в сложившейся ситуации и тем самым поддерживает болезнь сына. Внутриличностный конфликт, возникающий между осознанием пагубности своего поведения и страхом за жизнь ребенка, приводит к тому, что мать наркомана становится частью наркоманского образа жизни ее сына. Неразрешимость конфликта приводит ее к поиску вариантов защитного поведения, что в свою очередь, становится причиной все более неадекватного восприятия ею действительности своего поведения и поведения ребенка-наркомана. В то же время мать ведет хаотический поиск средств спасения своего сына от наркомании. С фанатизмом обреченного она мечется между наркодиспансерами и экстрасенсами, психиатрами и церковью. Защитный смысл этой активности очевиден: усталость от борьбы выступает как средство подавления вины и страха. У некоторых матерей встречается неразвитость родительских чувств. Внешне это проявляется в нежелании иметь дело с сыном, в плохой переносимости его общества, поверхностном интересе к его делам, стремлении отправить его в реабилитационное учреждение.

Отцу по отношению к дочери-наркоманке в основном свойственна

гипопротекция. Девушка предоставлена самой себе, отец не интересуется ею и не контролирует ее поведение. Отношения становятся спутанными, дистантными, происходит эмоциональное отвержение. Дочь считает, что она не нужна своему отцу, что усиливает ее болезнь.

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

В структуре СРРН можно выделить составляющие, свойственные обоим родителям:

- чувство вины и стыда перед другими;
- вынесение конфликтов между супругами в сферу воспитания подростка, характерной особенностью является выражение недовольства воспитательными методами другого супруга. При этом обнаруживается, что каждого интересует не столько то, как воспитывать подростка, сколько то, кто прав в воспитательных спорах. Разница во мнениях чаще всего бывает диаметральной: один настаивает на весьма строгом воспитании, с повышенными

требованиями и запретами (отец), другой же (мать) склонен «жалеть» подростка и многое ему разрешать;

—фобия утраты, «слабым местом» которой является повышенная неуверенность, боязнь ошибиться, потерять ребенка. Этот страх заставляет тревожно прислушиваться к любым пожеланиям подростка и спешить удовлетворить, либо опекать и защищать его.

Для семьи в целом в этот период становится характерным:

—использование в коммуникациях парадоксальных посланий, которые не дают возможности подростку правильно реагировать на требования родителей;

—замкнутость и закрытость семейной системы;

—отсутствие искренности в отношениях между членами семьи;

—нежелание или невозможность видеть подтекста во взаимоотношениях.

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

Результаты комплексного исследования, а также наблюдение за семьями в период открытой наркотизации, дает возможность раскрыть структуру невротического паттерна супружеских взаимоотношений, который включает в себя такие особенности:

—автономия и сепарация супругов (отсутствие взаимности в эмоциональных отношениях);



—ригидность и псевдосолидарность (доминирование одного из супругов, жесткая регламентация семейной жизни);

—невовлеченность, отстраненность, безучастность и, как следствие, пассивность и отгороженность от взаимодействия друг с другом;

—директивность (постоянный контроль и авторитарность со стороны одного из супругов);

—деструктивность, когда взаимоотношения между супругами характеризуются повышенной напряженностью и становятся фактором, повышающим вероятность фиксации психологической зависимости от наркотиков у ребенка;

—повышенная конфликтность, а также использование ребенка как средство давления и манипуляции супругами друг другом;

—эмоциональная напряженность и склонность к аффектам и истерикам;

—делегирующая позиция, когда ответственность и вина за наркоманию приписывается исключительно подростку, его окружению или другому родителю;

—поляризованность суждений (а, следовательно, и сознания) о возможных формах внутрисемейного взаимодействия.

С конца 70-х годов возникло понятие «созависимость», используемое как для описания психического состояния отдельных членов семьи, в которой имеется химически зависимый человек (наркоман, токсикоман, алкоголик), так и для характеристики внутрисемейных отношений в целом.

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

межличностных проблем».

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

Э. Смит говорит о том, что созависимость — это состояние в рамках действительного существования, которое в значительной мере является результатом адаптации к действительности. Это закрепившаяся реакция на стресс, который в течение времени становится скорее образом жизни, чем способом выживания. Даже когда источник стресса прекращает свое влияние, созависимый человек продолжает действовать в окружающей его среде так же, как если бы угроза угнетения продолжала существовать.

По мнению С. В. Березина и Е. А. Назарова, «созависимость — это защитная компенсаторная реакция на внутриличностный конфликт». Сторонами конфликта при этом выступают крайне противоречивые отношения со значимым человеком и, с другой стороны, индивидуализированная система культурных норм, ценностей, предписаний и т.п. Созависимость «при этом выражается в поведении, направленном на разрушение одной из сторон конфликта. В отягощении семьи наркомана уместно определение «саморазрушающаяся семья».

Можно выделить некоторые существенные параметры созависимости:

—при созависимости нарушается возможность открытого выражения чувств и обсуждения личностных и межличностных проблем;

—на поведенческом уровне созависимость проявляется в виде стереотипных форм, когда происходит выхолащивание и обеднение эмоциональной сферы личности;

—созависимость – это реактивный процесс, смысл и цель которого заключается в снятии внутриличностного конфликта способом саморазрушающего поведения.

Таким образом, созависимость в семьях наркоманов – это саморазрушающее поведение, возникающее на основе СРРН, в связи с этим, основные элементы семейных взаимоотношений приобретают патологический и психотравмирующий характер.

## **2.2. Братья и сестры (сибсы)**

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

Особое внимание следует уделить работе с младшими сестрами и братьями наркоманов. В наркоманской семье младшие дети оказываются в наибольшей опасности, и последствия наркомании старшего ребенка сказываются на них наиболее пагубно: самый ответственный период формирования их личности приходится на наиболее патогенный этап в жизни семьи. Мы полагаем, что психокоррекционная и психологическая работа необходима для всех младших детей в наркоманских семьях.

Прежде всего дети сталкиваются с закрытостью семьи, которая пытается как можно дольше скрывать факт наркомании одного из детей от родственников, соседей, сослуживцев. Во время встреч с

родственниками или друзьями члены семьи должны постоянно контролировать себя и друг друга для того, чтобы их «семейный сор» не был случайно вынесен на избы. Это приводит к сокращению и прерыванию привычных социальных связей и обеднению социальной и эмоциональной жизни семьи. В доме перестают бывать гости, дети не могут пригласить к себе друзей.

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

Попытки родителей бороться с наркоманией старшего ребенка приводят к резкому увеличению внутрисемейных конфликтов, что в сочетании с закрытостью, подозрительностью и неспособностью понимать эмоциональное состояние других людей формирует у ребенка чрезвычайно проблемный стиль социального поведения.

Тревожность, связанная с ожиданиями возможных конфликтов, со временем преобразуется в страх перед будущим.

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

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

Иногда матери, не находя отклика у других членов семьи, начинают искать поддержку и помощь у младших детей, привнося в общение с ними несвойственное для родительско-детских отношений содержание. Необходимость занимать по отношению к матери и старшему брату (сестре)-наркоману родительскую позицию приводит к тому, что у ребенка формируется псевдовзрослое поведение (С.В. Березин, К.С. Лисецкий). Внешне это может выглядеть как очень быстрое взросление, хотя, очевидно, что о взрослости как о психологическом качестве не может быть и речи. Часто за проявление взрослости у младших детей из наркоманских семей принимают их заимствованные у родителей высказывания осуждающе-критикующего характера (т.е. преобладание трансакций из эго-состояния Контролирующий Родитель).

Помимо негативного и деструктивного влияния, которое оказывает на младших детей общесемейная обстановка, они могут подвергаться прямому насилию и оскорблениям.

Все сказанное подтверждает, что у младших детей в семьях, где есть наркоманы, формируется очень проблемный тип личности, основными параметрами которого являются:

- низкая самооценка;
- тревожность;
- страх будущего;
- негативная самоидентификация;
- чувство вины;
- чувство стыда за свою семью;

—псевдовзрослость (ригидное преобладание Родительского эго-состояния);

—игнорирование реальности, избегание осознания реальности;

—неспособность к аутентичным проявлениям;

—агрессивность и раздражительность.

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

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

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

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

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

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

Сценарное решение представляет собой краткое выражение наиболее эффективной стратегии выживания ребенка в «наркоманской» семье и принимается в соответствии с эмоциями и способами понимания реальности, очевидно, что во взрослой жизни они могут иметь крайне негативное влияние. Наши исследования показывают, что основой таких решений могут быть следующие убеждения:

- Это происходит из-за меня:

а) я должен что-то делать;

б) если меня не будет, они не будут страдать.

- Происходит что-то ужасное:

а) они не понимают этого, они сумасшедшие;

б) я не понимаю этого, я сумасшедший.

- Я должен быть начеку, поэтому:

а) никому нельзя доверять;

б) нельзя сближаться с людьми.

Кто-то придет или что-то случится, и все изменится, поэтому:

а) ты бессилён;

б) все бесполезно;

в) жизнь скучна и бесцельна.

Наш опыт работы с семьями наркотизирующихся подростков показывает, что систематическая, целенаправленная коррекционная и профилактическая работа с младшими детьми из таких семей позволяет купировать динамику негативных процессов развития их личности. Такая работа в зависимости от условий может проводиться индивидуально, в детской группе, в процессе семейной психотерапии.

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

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

### **2.3. Брачные партнеры наркоманов**

Люди, употребляющие наркотики (особенно на ранней стадии), могут вступать в брак. Часто один из партнеров первое время не знает о наркотической зависимости у другого. Рано или поздно ситуация выходит из-под контроля, и тогда необходима помощь квалифицированного социального работника.

Вопрос о том, что происходит с брачными партнерами наркоманов, чрезвычайно интимный и важный для профилактики наркомании в целом.

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

Наши наблюдения за такими семьями показывают, что по сравнению с аналогичными алкогольными семьями они имеют достаточно выраженную специфику. Созависимость при наркомании отличается от созависимости при алкоголизме структурой, динамикой, а также последствиями для личности созависимого. Результаты лечения наркомании гораздо ниже, чем алкоголизма, а вероятность



рецидивов выше; и то, и другое повышает уровень напряженности в наркоманских семьях, делая их менее стабильными и более ригидными. Вероятность вовлечения партнера в наркоманских парах значительно выше по сравнению с алкогольными.

Реакция микросоциальной среды и более далекого социального окружения на наркоманские семьи носит более жесткий и агрессивный характер. Наркоманские семьи имеют гораздо больше шансов быть вовлеченными в различные криминальные отношения и антисоциальные связи. Наконец, в алкогольных семьях основные функции семьи, как правило, сохраняются, хотя и носят частичный, трансформированный, иногда деструктивный характер, а в наркоманских — отсутствуют и замещаются совместным употреблением наркотиков.

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

Вероятность вовлечения в наркоманию и отказа от нее зависит от того, кто в брачной паре является наркоманом. Она выше, если наркоман — мужчина. По нашим данным, примерно в 80% случаев их партнерши становятся наркоманками. Способность отказаться от наркотиков, если второй партнер имеет устойчивые антинаркотические установки, выше у женщин. Женщина ради мужчины гораздо чаще способна отказаться от наркотиков, чем мужчина ради женщины.

Шансы на излечение от наркомании выше, если в брачной паре только один партнер является наркоманом. В семьях, где оба партнера употребляют наркотики, вероятность отказа от них минимальна, а прогноз лечения наркомании наиболее тревожный и пессимистичный. Очевидно, что разрушение такой пары увеличило бы шансы на излечение. Это, кстати, подтверждается клиническими

наблюдениями. Но на практике брачный союз двух наркоманов, как правило, усиленно поддерживается как самими наркоманами, так и их родителями, которые верят в миф о том, что вдвоем легче выбираться из наркомании. Этот миф не несет под собой никаких оснований.

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

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

В период латентной наркотизации жены наркоманов игнорируют признаки наркотизации, отрицают их и стихийно ищут причины странностей в поведении мужа. Как показывают наши наблюдения, этот период не бывает продолжительным. Жены узнают о наркомании мужа раньше, чем его родители. От последних факт наркотизации сына тщательно скрывается. Нередко жены играют очень важную роль в сокрытии наркомании.

В период открытой наркотизации женам наркоманов свойственны:  
—*высокая тревожность*, для ослабления которой формируется контролирующий, сверхответственный тип поведения. По этой причине общение приобретает крайне манипулятивный характер, не оставляющий места ни для душевности, ни для искренности;

—*страх перед будущим и последствиями любых действий*, который приводит к тому, что поведение их становится ригидным, стереотипным и начинает полностью соответствовать ожиданиям мужа и разыгрываемым им сценариям. Таким образом, жены наркоманов находятся в крайне напряженной ситуации: с одной стороны, они пытаются бороться за спасение своего мужа, а с другой

– их поведение лишь способствует развитию у него наркомании. Невозможность выхода из этой ситуации и ее консервация приводят к развитию психических и психосоматических заболеваний;

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

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

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

Отношения жен наркоманов с их собственными родителями обычно приобретают конфликтный, неустойчивый, эмоционально обостренный характер. Попытки родителей разрушить связь дочери с наркоманом только обостряют конфликт. Если родители занимают по отношению к ней агрессивную, отторгающую или ригидную позицию, то она находится в большой опасности. Родителям, если они хотят

быть полезны своей дочери, очень важно сохранить с ней доверительные, принимающие отношения, так, чтобы их дочь знала: дверь ее родительского дома для нее открыта. Упреки, обиды, оскорбления, причитания, мольбы или угрозы должны быть исключены. С родителями мужа, наоборот, устанавливаются внешне тесные, близкие эмоциональные отношения, что, на наш взгляд, представляет еще большую опасность для женщины. Родители наркомана (прежде всего матери) всеми силами пытаются удержать партнершу своего сына. Как сказала мама одного из наркоманов: «Когда она у нас, я спокойна: они никуда не пойдут, они дома, сидят тихо, ничего не случится». Страх за сына лишает их бережного отношения не только к своей, но и к чужой жизни.

По мере развития наркомании межличностные отношения между партнерами претерпевают стремительные изменения. Любовь разрушается еще на стадии латентной наркотизации чрезвычайно прагматичным отношением наркомана к своей подруге. Она и отношение к ней становятся для него всего-навсего одним из средств добывания наркотиков. Вместо любви их объединяет тайна, которую пока не знают родители, ее чувство вины, страха и его манипуляции. Именно в этот период большинство партнерш наркоманов также начинают употреблять наркотики.

Важнейшим моментом, своеобразной точкой бифуркации в судьбе жены наркомана, в динамике их отношений, а также и динамике его заболевания является ситуация, когда женщина узнает, что ее партнер — наркоман. То, как дальше будут развиваться события, зависит от ее реакции на это известие. Наиболее конструктивной реакцией является однозначное, принципиальное и жесткое требование начала лечения и оповещение родителей. Как правило, наркоманы на это не идут, а их жены в силу личностной незрелости не способны выдержать давление упреков, обещаний, слез и клятв мужа.

Если в этот момент жена принимает его сценарий и соглашается с ним, она становится частью его наркоманского способа поведения и у нее начинают развиваться симптомы созависимости.

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

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

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

Жены наркоманов также неспособны к быстрому изменению своего поведения, в котором продолжают отчетливо присутствовать высокая тревожность, стыд, дезорганизация сознания, нечеткая самоидентификация. И если на стадии открытой наркотизации эти

факторы наступали как подкрепляющие наркоманию, то в период ремиссии они становятся провоцирующими, вызывают у наркомана раздражение и даже агрессию. Таким образом, жена наркомана оказывается в весьма затруднительной ситуации: она чувствует, что была ему нужнее, когда он был болен. В связи с этим в ее поведении могут появиться вербальные или невербальные провокации на употребление наркотиков.

Может возникнуть ситуация, когда муж после лечения находится в состоянии ремиссии, а жена, которая тайно или явно оказалась приобщенной к наркотикам, создаст напряженную ситуацию в их отношениях и способствует его срыву.

Сексуальное поведение человека, употребляющего наркотики, меняется от стадии к стадии. Так, на ранних этапах его сексуальная активность заметно повышается. Это ведет к тому, что у брачных партнеров возникают неправильные представления по поводу имеющихся сексуальных возможностей друг друга. Однако со временем сексуальная активность наркомана достаточно быстро угасает, и тогда для того, чтобы удержать возле себя своего брачного партнера, наркозависимый «во имя любви» и «во имя сохранения отношений» приобщает к наркотикам объект своих чувств.

Очевидно, что это явление оказывается значительным мотивом и источником распространения наркомании, особенно среди молодежи. Во избежание этого необходимо своевременное профилактическое влияние квалифицированного специалиста. К сожалению, сегодня профилактическая работа в данном направлении ведется крайне редко.

Таким образом, отношения наркоманов с их женами на каждой из стадий развития зависимости—созависимости имеют важное значение. Профилактическая работа, направленная на предупреждение наркотизации и снижение риска рецидивов, должна

обеспечивать решение следующих задач:

— формирование у жен наркоманов ответственного отношения к сохранению их союза (ответственное не означает обязательное сохранение отношений);

—предупреждение жен наркоманов об опасности быть втянутыми в созависимые отношения;

—доведение до сознания родителей наркомана мысли о том, что его жена не может сделать за него то, что он должен сделать сам;

— преодоление страха и отвержения у родителей жены наркомана.

#### **2.4. Семья, потерявшая ребенка-наркомана**

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

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

*чем хочется в это верить, веревки выдерживают...*

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

К сожалению, надежных научных данных, которые позволили бы ответить на эти вопросы, практически нет. Семья наркомана перестает быть объектом интереса медиков, социальных работников, педагогов и милиции, как только, его похоронили. Однако, очевидно, что для семьи это не может быть малозначащим фактом.

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

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

Смерть наркомана вызывает глубокую перестройку поведения и регулирования как на индивидуальном уровне каждого члена семьи, так и на общесемейном.

Конечно, смерть близкого человека — горе для всех, однако в реакции родителей и сибсов, т.е. братьев и сестер, существуют значительные отличия, которые обуславливают содержание



психологической и социальной работы с семьями погибших наркоманов

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

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

Зачастую у родителей появляется стремление во всем разобраться и во что бы то ни стало найти причину наркомании и гибели их ребенка.

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

взаимодействия, негативному влиянию которых подвержены, прежде всего, остальные дети.

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

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

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

Наконец, если гибель ребенка-наркомана происходит в результате срыва на стадии ремиссии или в период прохождения им реабилитационной программы, то наиболее распространенной реакцией родителей являются депрессия и апатия. И то, и другое свидетельствует об истощении компенсаторных механизмов эмоциональной сферы. В поведении родителей наблюдаются вялость и заторможенность. Это крушение их надежды на исцеление ребенка

и обретение смысла жизни. Если наркоман был единственным ребенком в семье, то депрессивное состояние может сохраняться у родителей очень долго, если в семье есть другие дети, то достаточно быстро депрессия и апатия преодолеваются, родители мобилизуются и со всей родительской мощью обрушивают на них свои незавершенные отношения с погибшим ребенком. В первом случае в наиболее опасном состоянии находятся родители наркомана, во втором - его братья и сестры. В отношениях преобладают гиперконтроль, гиперопека и гиперпротекция. Все эти стили родительского воспитания являются негативными, что повышает риск приобщения к наркотикам других детей в семье.

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

**Братья и сестры (сибсы).** Как правило, если умирает ребенок, это воспринимается прежде всего как трагедия родителей. Братья и сестры, переживающие это не менее остро, остаются на какое-то время без внимания.

Мы абсолютно убеждены в том, что братьям и сестрам погибшего

наркомана должно быть уделено особое внимание, так как это дети группы риска.

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

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

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

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

У детей накапливается огромный дефицит искреннего общения с родителями. Их переживания остаются незамеченными и неразрешенными, так что они порой испытывают желание покончить с

собой, чтобы привлечь внимание родителей, а по достижении подросткового возраста могут приобщиться к наркотикам.

В этом случае участие социальных работников просто необходимо. Иногда может потребоваться консультация психологов и детских психиатров. Чтобы купировать развитие невроза или негативные тенденции в поведении, бывает достаточно всего нескольких сеансов психотерапии. Важнее, чтобы помощь была оказана своевременно.

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

Обобщение данных, полученных нами в процессе работы с 27 семьями, потерявшими детей в результате наркомании, показывает, что гибель ребенка становится моментом перехода семьи в новое качественное состояние, заключающееся, с одной стороны, в сохранении созависимости и связанных с ней деструктивных отношений в семье, а с другой — в еще большей недоступности семьи для психотерапии. Однако мы полагаем, что, несмотря на все сложности организационного и методического характера, социальная работа с такими семьями должна быть обязательно организована.

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

Легкая. Характеризуется отдельными, иногда выраженными расстройствами, которые можно было бы расценить как адекватную

форму психогенных реакций, приближающуюся к невротическому уровню у отдельных членов семьи, и временную дестабилизацию внутрисемейных отношений, которая в большинстве случаев легко корректируется в процессе психотерапии или даже самой семьей.

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

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

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

Исходя из основополагающей задачи сохранения здоровья, психического благополучия и создания условий для личностного становления граждан, мы считаем, что семьи, потерявшие ребенка-наркомана, непременно должны быть включены в орбиту

деятельности социально-реабилитационных центров и служб. Очевидно, что такая работа требует особой деликатности и специальной подготовки.

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

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

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

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

Для младших детей из семей, потерявших ребенка-наркомана,

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



### ГЛАВА 3. ФОРМЫ И МЕТОДЫ РАБОТЫ С СЕМЬЕЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОМАНИИ

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

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

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

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

Таким образом, задача-минимум формулируется как активизация и обеспечение позитивной динамики семейных отношений; задача-максимум — участие и содействие в нормализации и реконструкции

основных функций семьи, активизация личности, как субъекта ответственности за свою жизнь и судьбу.

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

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

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

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

1. *Обеспечение приращения нового бытийного опыта членов семьи.* Независимо от реализуемой формы, усилия специалистов, занимающихся семейной проблематикой, должны быть направлены на расширение возможностей семьи в понимании ситуации, взаимоотношений, причин нарушений и их последствий.

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

Поступая так, психолог проявляет свою субъектность, т.е. способность свободно действовать в направлении преодоления неопределенности, предрешая таким образом неопределенные исходы [4,5,39]. Субъектная позиция психолога является условием наращивания у родителей готовности к неадаптивному поведению, что рассматривается как основная задача профилактики наркомании в семье [48].

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

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

5. *Реальность ожиданий.* Необходимо, чтобы с самого начала и социальные работники (психологи, педагоги и др.), и члены семей, вовлеченные в профилактическую работу, понимали, что каждый из них вносит свой посильный вклад в успех и, что перед работниками социальных служб не стоит задача обеспечить беспроблемное существование семьи. Задача социальных работников заключается в том, чтобы помочь семье преодолеть «заикленность» и обеспечить минимальную динамику. Вопрос дальнейшей работы – это вопрос инициативы семьи.

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

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

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

Мы полагаем, что перечисленные принципы могут быть реализованы независимо от того, в какой форме проводится профилактическая работа. Суммируя, можно сказать, что их реализация направлена на повышение возможностей саморазвития семьи и живущих в ней людей.

**Индивидуальная работа** с членами проблемных семей часто является единственно доступной формой профилактической работы с семьей. Как правило, привлечь к такой работе удастся субъективно наиболее заинтересованного члена семьи. В подавляющем большинстве случаев (65%) — это женщины. Однако, по мере развития консультативно-терапевтического процесса, к нему в значительной части случаев удастся привлечь и других членов семьи. В этом случае работа может продолжаться в режиме общесемейных встреч (подростки, как правило, чрезвычайно неохотно принимают участие в таких встречах), индивидуальных встреч с членами семьи либо в обеих формах сразу. Результатом индивидуальной работы также может быть готовность взрослых членов семьи посещать родительские группы. Подчеркнем, что здесь важен не столько какой-то **конкретный** результат, сколько готовность и желание продолжать работу и сотрудничество со специалистами социального центра.

Приоритетными формами профилактической работы с семьей мы считаем **общесемейные встречи**. Практика показывает, что собрать вместе всю проблемную семью удастся крайне редко. Однако это не означает, что такая работа не может быть начата в неполном

численном составе. Важным здесь является не столько полнота представленности семьи на терапевтической сессии, сколько ориентация на работу с общесемейной проблемой, носителем которой является семья «как целое». Последовательная реализация этого принципа сопряжена со значительными сложностями, преодоление которых создает благоприятные условия для терапии семьи и, с другой стороны, служит своеобразным индикатором семейной динамики. Среди основных трудностей укажем следующие.

1. Острый латентный кризис семьи в начале терапии. Мы склонны рассматривать эту ситуацию как чрезвычайно богатую по своим потенциальным возможностям: прохождение кризиса как точки бифуркации в эволюции семейной системы означает принципиальную невозможность возврата к докризисной системе отношений. Важнейшим условием эффективности в работе с семьей является субъектная позиция психолога, т.е. его готовность свободно и ответственно предрешать непредрешенное. Субъектные проявления психолога становятся условием актуализации субъектности семьи.

2. Отсутствие психологического запроса со стороны семьи. Проблемная семья обращается за психологической помощью, как правило, тогда, когда семейное неблагополучие уже невозможно не замечать, при этом проблемы подростка никак не связываются с его психологическими проблемами в семье или вне семьи. Таким образом, мотивация родителей связана со стремлением получить некую информацию или какое-либо средство их избавления от проблем. Потому родители ждут от психолога, что его деятельность будет направлена, прежде всего на работу с подростками.

3. Многослойность семейной проблематики. Проблемное поведение у подростка выступает в качестве своеобразного катализатора множества негативных процессов, которые ранее могли носить вялотекущий, слабовыраженный характер. Здесь часто

приходиться сталкиваться с симбиотическими, отвергающими или замещающими отношениями, супружескими конфликтами, крайне остро протекающими конфликтами между сибсами, телесными болями, соматическими симптомами, невротическими расстройствами, последствиями сексуального и физического насилия и многое другое. С другой стороны, проблемное поведение подростка не только обостряет многие негативные процессы в семье, но и маскирует их, вытесняя их на периферию сознания членов семьи.

4. Высокий уровень тревожности в семье. У членов проблемных семей отмечается высокий уровень тревожности, который существенно сужает возможности психолога в работе с семьей. Такая работа требует соблюдения гибкого баланса фрустрации — поддержки. Члены проблемных семей из группы риска ждут, что психолог будет организовывать свою работу с ними из Родительской позиции. Мы полагаем, что, по крайней мере, на начальном этапе работы такая позиция психолога оказывается адекватной и приемлемой. Говоря словами К.Витакера, психолог как бы «усыновляет семью».

5. Крайне низкая информированность родителей в вопросах, связанных с наркотиками и наркоманией. Неосведомленность родителей в вопросах наркомании является одним из источников их тревожности. Поэтому, приходя на прием, они буквально заваливают психолога вопросами, часто не относящимися к области его компетенции. Очевидно, что такая своеобразная «познавательная активность» родителей носит защитный характер. В работе с проблемной семьей всегда существует опасность «соскользнуть» на выгодную для родителей позицию «консультанта в вопросах наркологии». Нам доводилось наблюдать случаи, когда подобные ситуации воспроизводились на семейных приемах раз за разом, приобретая очертания специфических клинических игр. В

значительной степени такой опасности можно избежать, если в центре, в котором ведется работа с семьей, существует специальная открытая группа, деятельность, которой ориентирована исключительно на информирование родителей о наркомании.

### **Специальные профилактические родительские группы.**

В структуре системного профилактического воздействия на семью важную роль играют групповые формы работы с родителями, которые могут вестись как параллельно с другими формами профилактики, так и независимо от них. Даже если подросток избегает участия в профилактических программах, родители, посещающие родительские группы, могут изменить свое отношение к наркомании, свое поведение в семье, свои реакции на ребенка. Клиническая практика подтвердила и необходимость, и полезность таких групп.

Анализ литературы, посвященной формам работы с родителями, показывают, что при ее организации возможно использование различных моделей. Так, это могут быть:

- психодинамически ориентированные группы (В.Шульц, А.Адлер);
- дискуссионные группы (по модели, например, Р.Дрейкуса);
- группы, основанные на модели группового психологического консультирования (Х.Джайнотт);
- группы, основанные на идеях гуманистической психологии (К.Роджерс, Т.Гордон, М. Снайдер);
- группы, основанные на идеях о диалогической природе человеческой личности (М.М.Бахтин);
- бихевиористски-ориентированные группы (А.Бандура, Дж.Роттер);
- системы, связанные с религиозными взглядами на воспитание детей и родителей (Р.Кэмпбелл);



— группы, основанные на теории персонализации (А.В.Петровский, В.А. Петровский).

Наш опыт работы с родителями и другими членами проблемных семей показывают высокую эффективность групп, основанных на идеях и принципах транзактного анализа (Э.Берн) и теории персонализации (В.А.Петровский).

Однако очевидно, что при выборе той или иной модели групповой работы необходимо учитывать особенности поведения родителей в родительских группах.

Типичным для них являются:

- поляризованность суждений о возможных формах внутрисемейного поведения. Например: «Я уже все пробовал: ругал, бил... Ну что теперь – плюнуть и вообще не подходить к нему?»;

- ориентированность на конкретные советы и рекомендации со стороны ведущего группу: «Если просит деньги, то давать?», «А если он займет у соседей?», «Что ему сказать, когда он приходит поздно?»;

- крайняя зафиксированность на себе и на своей семейной ситуации: «У вас что... вот у нас!»... Часто это приводит к неспособности слышать друг друга;

- непонимание роли и значения собственных усилий, направленных на изменение своего поведения: «А что я делаю не так?», «Речь ведь не обо мне...»;

- фиксация сознания на ребенке, что снижает (вплоть до невозможности) способность к пониманию более широкого круга семейных проблем;

- эмоциональная напряженность и склонность к аффектам;

- обвиняющие реакции в адрес ведущего в случае его отказа давать конкретные советы: «Мы для чего сюда пришли? Вот Вы нам скажите!.. Я не знаю... Это Вы специалист, Вы должны знать!»;

- уход от обсуждения реальных проблем и отношений с помощью соскальзывания на поиск причин и виновника: «Конечно, если бы государство заботилось о детях...»;

- делегирующая позиция, выражающаяся в отказе нести ответственность за свою жизнь, за свои действия, чувства и успехи: «А что я могла сделать? Стараюсь ...»;

- высокий уровень тревожности, что проявляется в поиске поддержки и покровительства: «Помогите нам, у нас уже нет сил...»;

- склонность к затяжным монологам с бесконечным перечислением подробностей какого-либо события;

- критичность по отношению друг к другу и ведущему, подозрительность и закрытость при внешней лояльности;

- избегание личностной или семейной тематики и стремление обсуждать проблему воспитания «вообще»: «А есть какие-то статистические данные?..».

Как показывает опыт, реализация большинства из названных выше моделей либо встречает в группе родителей серьезное сопротивление, либо создает условия для актуализации защитного поведения. Так, психоаналитически ориентированные группы оказываются малоэффективными в силу отказа родителей рассматривать себя и свое поведение как возможный фактор риска наркотизации у ребенка. Делегирующее поведение и вытеснение создают существенные препятствия для реализации этой модели. Дискуссионные группы, ориентированные на обсуждение проблем родительско-детских отношений и внутрисемейных отношений в целом, также оказываются малоэффективными в силу склонности родителей к монологу и описательным высказываниям.

Реализация в групповой работе с родителями принципов гуманистической психологии, безусловно, способствует оказанию им эмоциональной и социальной поддержки. Однако, наиболее важным,

на наш взгляд, является принятие родителями ответственности за свое поведение и свою жизнь, чему способствует реализация модели группового психологического консультирования, методологической основой которого выступает транзактный анализ Э.Берна [10,11]. Участники группы в этом случае воспринимаются как дееспособные субъекты, способные нести ответственность за свое поведение и решение своих проблем. Руководитель поддерживает коммуникации в группе из эго-состояния «Взрослый». Освоение участниками группы терминологии структурного и транзактного анализа дает возможность для эффективного исследования ими особенностей внутрисемейных отношений, внешней и внутренней коммуникации. Использование модели психологического консультирования и методологии транзактного анализа позволяет решать комплекс взаимосвязанных задач, непосредственно вытекающих из отмеченных выше особенностей семей из группы риска:

- повышение ответственности за свое поведение и свою жизнь;
- развитие готовности к творческому реагированию на проблемы в поведении и наркоманию ребенка;
- повышение психологической компетентности и расширение сознания;
- изменение реакции на проблему (от поиска причин к поиску решений);
- развитие реалистичности мышления и осознания отношений;
- повышение способности к наблюдению.

Очевидно, что перечисленные задачи различны и по содержанию, и по структуре, и по методам их решения. Поэтому важнейшей характеристикой родительских групп является, на наш взгляд, плюрализм методов, который дает возможность применить большое количество терапевтических техник и средств в процессе терапии.

Поэтому в рамках модели психологического консультирования и общих принципов транзактного анализа могут быть широко использованы следующие методы:

- методы по изменению привычного мышления;
- методы, направленные на познание происходящего;
- методы поддержки и помощи;
- методы, направленные на снятие напряжения;
- методы, вызывающие эмоциональные переживания и чувства;
- методы изменения поведения.

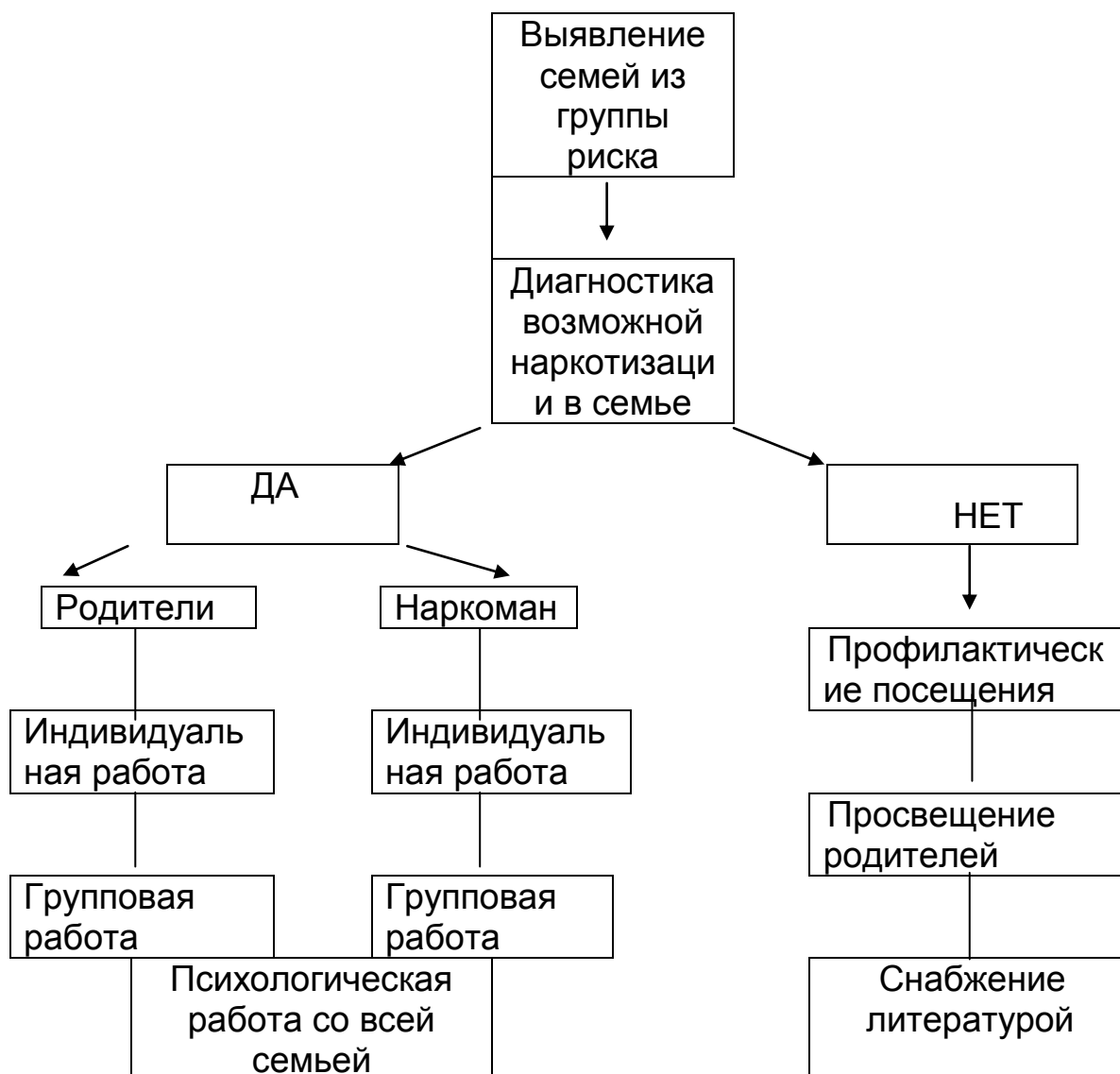
Очевидно, что данный список может быть продолжен. Важна не его завершенность, а общий подход к проблеме. Участники группы должны научиться гибко строить свое поведение. В широком смысле речь идет о развитии у родителей способности к «экзистенциальному творчеству», становление которого – реальный шанс на то, что родители не станут невольными соучастниками самоубийства их ребенка. Что касается профилактической работы с **массовой родительской аудиторией**, то мы рассматриваем ее не только как основную форму просвещения родителей и сообщение им достоверной информации о наркотиках, способах приобщения к ним детей, признаках наркотизации и т.п. Мы полагаем, что работа с родительской аудиторией может выступать как особая форма коррекции семейных отношений и снижения наркориска.

Одной из форм такой работы, хорошо зарекомендовавшей себя, является кинотерапия, заключающаяся в просмотре специально подобранного художественного фильма с его последующими обсуждениям [7]. Сеансы кинотерапии вызывают высокую заинтересованность и позволяют успешно решать задачу привлечения проблемных семей к участию в профилактических программах.

Очевидно, что добиться сколь-нибудь значительных результатов возможно, если в деятельности социального центра реализуются различные формы работы с семьей, позволяющие гибко сочетать психологические методы работы и привлекать специалистов разных сфер социальной практики.

## ГЛАВА 4. ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ.

### §1. Алгоритм профилактики наркомании в семье.



#### Работа служб социально-психологической помощи.

Многие существующие программы профилактики подростковой наркомании являются хорошим примером применения системного подхода в области работы с наркоманией. Однако очевидно, что возможности системного подхода снижаются вследствие несогласования форм, методов, стратегий и границ профилактической работы, проводимой представителями разных отделов центров

социально – психологической помощи. Мы имеем в виду социального работника, социального педагога и психолога.

Каждый из этих специалистов относительно реализует определенные функции или системы функций. Некоторые функции в работе социального работника, социального педагога и психолога могут совпадать. Например, такие функции, как диагностическая, аналитическая, профилактическая и т.д. Нечеткость распределения функций зачастую снижает качество их реализации: решение задачи либо дублируется специалистами, либо вместе с ответственностью за результат делегируется коллеге.

Таким образом, проблема профилактики наркомании как социального явления возникает прежде всего на организационном уровне, где необходимо решить ряд следующих задач:

-определить границы компетенции и содержание работы социального работника, социального педагога, психолога;

-определить сферы и методы взаимодействия социального работника, социального педагога и психолога;

-установить формы организации деятельности социального работника, социального педагога и психолога.

Четкое определение функции позволит правильно организовать работу и предупредить конфликты (см. таблицу).

### **Функции социального работника, социального педагога, воспитателя и психолога**

<b>Функции</b>	<b>Социальный работник</b>	<b>Социальный педагог, воспитатель</b>	<b>Психолог</b>
Диагностика	Наблюдение Беседа	Беседа Интервью Наблюдение Тестирование	Тестирование Наблюдение Беседа Интервью

Сбор информации, анализ информации	Анкетирование Наблюдение Фиксация объективных параметров социальной ситуации клиента (жилищных условий, уровня экономического обеспечения и т.д.) Анализ документов Биографический метод	Наблюдение Анкетирование Качественный анализ	Беседа Структурированное интервью Статистические методы Системный метод Качественный анализ явления
Информирование	Беседа, чтение лекций, ведение пропаганды	Беседа, чтение лекций, проведение семинаров	Беседа, проведение лекций, семинаров, в т.ч. обучающих для других специалистов по профилактике (СР, СП), ведение деловых игр, информационных тренингов, сотрудничество со СМИ
Обучение	Создание социальных условий обучения, рекомендации	Чтение лекций, ведение тренингов социальных навыков	Социально-психологический тренинг, психокоррекционные группы



Решение социальных и психологических проблем	Социальный патронаж (контактирование с органами социальной защиты, ОППН, судами, биржами труда, местными администрациями), направление нуждающихся к психологу	Социальный патронаж (контактирование с органами социальной защиты, ОППН, биржами труда, местными администрациями), направление нуждающихся к психологу, первичная диагностика и консультация	Коррекция самооотношения, психокоррекция, психотерапия
Контроль (текущий, поэтапный)	Наблюдение на дому	Наблюдение на дому	Группы поддержки, периодические встречи

В своей работе социальный работник (СР), социальный педагог (СП) и психолог (П) выполняют несколько основных взаимодополняющих функций:

- диагностика;
- сбор информации, анализ информации;
- информирование;
- обучение;
- содействие в решение социальных и психологических проблем;
- контроль (текущий, поэтапный).

*Диагностика.* Любая работа должна начинаться с определения ее целей и задач. Роль определителя играет диагностика. Естественно, каждый из специалистов социально – психологической структуры имеет границы своей деятельности и методы диагностики. Например, социальный работник ориентирован в основном на определение уровня социального благополучия человека, в то время

как психологу необходимо диагностировать основные конфликты и их причины в структуре его личности.

В работе по профилактике наркомании среди подростков, СП должен диагностировать (т.е. определять наличие и уровень развития) следующие факторы риска: объективные условия жизни (экономическое состояние семьи, жилищные условия и т.д.), здоровье членов семьи (алкоголизм, наркомания, инвалидность и т.д.), состав семьи, образование ребенка и т.д.

Роль СП заключается в диагностике уровня умственного развития ребенка, его социального интеллекта (уровень включенности и степень эффективности в системе общественных отношений), а также основных индивидуально – психологических характеристик, таких, как темперамент, характер, способности, направленности и т.д. Кроме того, СП, как специалист, имеющий возможность наблюдать взаимодействие членов семьи в их реальных условиях (на дому), может сделать выводы о методах и качестве воспитания ребенка.

Роль П заключается в диагностике основных глубинных противоречий внутри личности клиента, семейных и других систем отношений, которые могут выступать факторами наркотизации подростка. Более того, если П имеет дело с клиентом, имеющим опыт употребления наркотиков, его основная диагностическая задача состоит в определении уровня личностных расстройств, связанных с употреблением наркотиков.

*Сбор информации, анализ информации.* Одним из направлений деятельности центров социально – психологической помощи является не только анализ информации по конкретному случаю, но и прогнозирование основных тенденций развития наркомании как социально – психологического явления. Это возможно с помощью сбора и анализа информации, на основе которого строятся

предположения о влиянии разного рода факторов на распространение наркомании.

Специалистам необходимо ответить на ряд вопросов: «Что происходит?», «Где происходит?», «Почему происходит?», «Что нужно делать?», «Что будет дальше, если ...?»

Естественно, каждый специалист будет отвечать на эти вопросы по своему: СР уделит внимание внешним условиям, СП рассмотрит связь внешних факторов с внутренними, П проанализирует ситуацию и сделает прогноз.

**Пример.** В процессе подведения итогов за квартал обнаружилось, что на учете наркологического отдела состоит в 2 раза больше детей, проживающих в доме (А), чем в доме (Б). СР фиксирует этот факт и сообщает о нем в правоохранительные органы и другим специалистам. СП анализирует ситуацию, непосредственно отвечая на поставленные выше вопросы, оперируя, например, такими фактами, как количество разводов семей, проживающих в этом доме. П анализирует ситуацию, опираясь на собственные данные о семьях и клиентах. Затем работает сводная комиссия, включающая также медика и сотрудника милиции, целью которой является нахождение во всех случаях сходных черт. Такими чертами могут быть:

- число осужденных несовершеннолетних;
- число семей, доход которых составляет ниже прожиточного минимума;
- назначение дома (общежитие, гостиничный тип или отдельные квартиры);
- проживание дома известных и влиятельных людей и т.д.

**Информирование.** Информирование составляет неотъемлемую часть профилактики наркомании. Суть информирования состоит в

повышении информационной грамотности населения по следующим вопросам:

- факторы наркотизации подростков;
- особенности визуальной диагностики наркомании (поведения, внешнего вида и т.д.);
- места обращения за помощью;
- особенности поведения родителей с подростками и т.д.;
- как не стать наркоманом.

В процессе информирования важно не запугать подростка и его родителей голой статистикой и ужасными фильмами и рассказами о наркомании, а также не пробудить у него интерес к наркотикам.

Роль СП состоит в организации информационных мероприятий, определении частоты и мест их проведения (школы, семьи, учреждения дополнительного образования), а также в непосредственном распространении информации о местах обращения по проблеме наркомании. СП обеспечивает содержание таких мероприятий, их тематику, приглашает различных специалистов (инспектора ОППН, медицинские работники, юристы, психологи). П обеспечивает коррекционный эффект информационных мероприятий, т.е. может организовать условия диалога (групповые дискуссии, обсуждения, мозговой штурм и т.д.), в процессе которого выясняются многие аспекты проблемы наркомании.

*Обучение.* Профилактические задачи могут решаться с помощью обучения. Как известно, обучение – это процесс организации формирования знаний, умений, навыков. Очевидно, что в контексте профилактики наркомании обучение сводится к развитию социального интеллекта, т.е. обучению подростков социальным знаниям, умениям, навыкам.

СП обеспечивает формальную сторону процесса обучения. В зависимости от особенностей клиента, СП организует условия,

адекватные для обучения и развития ребенка (по необходимости рекомендует поместить ребенка в спецшколы, интернаты, стационары и т.д.). СП может проводить различного рода обучающие игры, тренинги, целью которых является развитие одного или нескольких социальных навыков. П выступает организатором обучающего процесса, т.е. определяет его задачи, средства и особенности обучения для конкретного ребенка. Кроме того, он проводит тренинги, группы личностного роста, другие мероприятия, в результате которых происходит развитие рефлексии у подростков, повышение уровня социальной адаптации.

*Решение социальных и психологических проблем.* Работа с социальными проблемами – это компетенция социального отдела, т.е. СР и СП. Однако роль психолога в этом случае нельзя не учитывать, т.к. многие социальные проблемы являются следствием внутренних, психологических проблем. Например, безработица связана с неуверенностью, неадекватной самооценкой, а также недостаточным развитием способности к самоменеджменту. Известно также, что многие социальные проблемы становятся причиной психологических проблем, например, депрессии, внутриличностных конфликтов и т.д.

Однако существует ряд проблем, как социальных, так и психологических, решение которых находится в компетенции только одного специалиста.

Роли СР и СП в решении социальных проблем примерно одинаковы: их деятельность ограничивается социальным патронажем, включающим в себя непосредственную помощь в решении каких – либо проблем (контактирование с органами социальной защиты, ОППН, судами, биржами труда, администрациями) и контроль за выполнением решения.

П в данном случае выполняет роль консультанта, помогая подростку пережить напряжение путем коррекции самооотношения. Таким образом, социальный отдел здесь играет главную роль.

В решении психологических проблем, наоборот, главная роль отдана психологу, а социальный отдел может создавать социальный фон для решения психологических проблем, направлять своих подопечных к психологу.

*Контроль.* Реализация указанных функций невозможна без контроля, который, в свою очередь, является отдельной функцией. Контроль может быть как текущим, так и поэтапным.

Контроль как функция СР и СП сводится к фиксации изменений, происходящих с клиентом и его социальной сферой. Примером таких изменений может быть поступление ребенка в школу, на работу, изменение жилищных условий семьи или ребенка, жизнь ребенка в новых условиях (интернате, детском доме и т.д.). Со стороны П контроль осуществляется с помощью плановых консультаций (например, 1 раз в месяц), групп поддержки.

## **§2 Профилактическая работа психолога с подростками.**

Как уже говорилось, профилактику наркомании принято разделять на первичную, вторичную и третичную. Первичная направлена на предупреждение болезни, вторичная подразумевает способы сдерживания их развития и предупреждение осложнений, а третичная представляет собой комплекс реабилитационных воздействий на больных. В применении к подростковой наркологии эта классификация может быть расшифрована следующим образом. Первичная профилактика – предотвращение аддитивного поведения подростков, вторичная – предотвращение рецидивов после лечения ранних форм алкоголизма и наркомании, третичная – реабилитация в тяжелых случаях неоднократных рецидивов и безуспешного лечения.

Мы остановимся на первичной профилактике. Под первичной профилактикой (далее - профилактика) мы понимаем систему мер, направленную на развитие психологических характеристик личности, обеспечивающих общую устойчивость личности к наркотической контаминации. Психологическая профилактика может осуществляться как в индивидуальной, так и в групповой форме, причем наиболее эффективным вариантом является сочетание индивидуальных и групповых занятий. Важным в профилактике является социальное, правовое и медицинское содействие, в этом и заключается работа СП, СП, юриста и врача.

При разработке программ следует помнить, что особенности профилактики наркомании у подростков заключены в самом ее предмете – в особенностях подросткового возраста.

В процессе профилактики необходимо решать следующие задачи:

1. Развитие рефлексивного компонента личности.

2. Эмоциональное развитие подростка (причем необходимо развивать у подростка эмоции не по отношению к музыке, природе, литературе и т.д., а по поводу самого себя).

3. Преобразование деструктивной тревожности, свойственной исследуемому возрасту, в конструктивную путем нахождения способов разрешения подростковых проблем.

Одной из неотъемлемых частей программы комплексной профилактики наркомании является участие подростков в психокоррекционных группах. При организации групп необходимо руководствоваться следующими положениями.

1. Каждый подросток изначально имеет отношение к наркотикам (он о них знает, он видит их последствия, он их боится или бросает им вызов и т.д.). С другой стороны, каждый подросток имеет право не употреблять наркотики и имеет право реализовать себя в этом мире независимо от того, принимал ли он раньше наркотические вещества или нет. Проблема реализации себя особенно актуальна в старшем подростковом возрасте, т.к. именно в данный период перед субъектом встает задача самоопределения и выбора пути дальнейшего развития.

2. Каждый подросток является личностью, и как личность он имеет потребность в росте и развитии. Как известно, развитие в старшем подростковом возрасте происходит посредством установления межличностных контактов. Подростки группы риска обладают зачастую большим творческим и психологическим потенциалом, но фактически они находятся в окружении, где отсутствуют межличностные отношения, близость, любовь, принятие одного человека другим. Возникает диссонанс между потенциальными возможностями и потребностями. Этот диссонанс приносит подростку глубокое страдание и, по нашим наблюдениям, зачастую является



причиной, по которой он обращается к наркотикам и попадает в общество наркоманов.

3. При реализации программы профилактики следует обращаться именно к тому здоровому началу, что есть в подростке. Кроме того, проблему необходимо решать на том уровне, на котором она возникает.

Существуют много сходных моментов в личностях клиентов. Коррекционный эффект зависит от умения специалиста увидеть различия, особенности каждого подростка и суметь эти особенности поддержать. Сходство потенциальных наркоманов заключается в одинаковом пути побега от мира, но способы выживания и самовыражения у каждого глубоко индивидуальны. Подростки, участвующие в программах, еще не выработали другого способа существования в мире, кроме «ухода» от него посредством наркотиков. Мы считаем, что каждый подросток таким образом прямо или косвенно обращается к взрослым с вопросом: «Как существовать и реализовать себя в мире без наркотиков?». Цель психокоррекции - предоставить клиенту возможность получить полноценный многоуровневый ответ на этот вопрос. Требуется взаимодействие, в которое клиент будет вовлечен полностью. В соответствии с этим программа профилактики должна предполагать работу с личностью на всех ее уровнях – физическом, эмоциональном и когнитивном.

4. Большая часть того, что называется психической зависимостью, состоит из нерешенных психологических проблем, которые в старшем подростковом возрасте приходится решать очень быстро. Однако подростки часто пытаются всеми способами уйти от их решения. Когда они это делают с помощью наркотика, то психологически застревают на подростковой стадии развития. Они употребляют наркотики, чтобы быть взрослыми, однако взрослыми (в психологическом смысле) так и не становятся. В том случае, если

клиент в процессе участия в программе профилактики сможет активизировать механизмы разрешения собственных проблем, а в подростковом возрасте – это задачи взросления, он может превратиться из подростка группы риска в нормально развивающегося человека.

Именно для реализации этих положений целесообразно создавать психокоррекционные группы, являющиеся мощнейшим инструментом изменения человеческого поведения.

У каждого человека, особенно в период решения задач своего взросления, существует устойчивая тенденция строить на основе собственных представлений о себе не только поведение, но и интерпретацию индивидуального опыта. Поэтому если Я- концепция сформировалась и выступает как активное начало, изменить ее бывает чрезвычайно сложно. Иногда этот процесс является болезненным для самого подростка и вызывает множество психологических и физиологических защит. Несомненно, полностью изменить сущность подростка и его представление о себе практически невозможно, да и не имеет смысла, однако одним из направлений может быть работа по облегчению самопознания, т.е. минимизация деструктивной тревоги самораскрытия, свойственной данному возрастному периоду. Тревога в нашем понимании появляется параллельно с риском самораскрытия, однако деструктивная тревога направлена именно на то, чтобы никаким образом не рисковать в собственном развитии [74]. Иногда источником тревоги становятся родительские установки и социальные стереотипы, а средством избавления от нее - наркотик. Поэтому задачей групповой работы со старшеклассниками является создание условий для нейтрализации негативной тревоги и увеличения возможностей безопасного в данной ситуации риска самораскрытия. Наличие в группе атмосферы, где познание себя становится возможностью, побуждает подростка

находить в себе новые ресурсы и овладевать ими, преодолевая, таким образом, различные препятствия на пути взросления.

Как известно, специфика групповой психокоррекционной работы заключается в целенаправленном использовании в терапевтических целях групповой динамики, т.е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы. Группа является моделью реальной жизни, а внутригрупповые отношения - моделью тех отношений, которые каждый из участников группы строит с реальными людьми, составляющими его окружение. Возможность изменений личности подростка заключена в процессе самораскрытия на групповых занятиях. Тренинг – это место, где каждый может попробовать себя в новом качестве, не только не опасаясь за собственную жизнь и благополучие, но также и получив насыщенную и адекватную обратную связь.

Группа сверстников является источником многих, значимых для подростка обратных связей, она дает возможность увидеть реакцию других людей на собственные проявления, и, возможно, изменить свое представление о себе, пусть не в лучшую сторону, но по направлению большей социальной адаптации. Обратная связь, таким образом, является главным источником знаний подростка о самом себе, а кроме того, побуждает подростка к процессу самопознания.

Часто одним из способов решения задач развития в подростковом возрасте становится рефлексия. Это не значит, что стоит только предложить подростку на досуге подумать о себе, как все проблемы решатся. Более того, для подростка - наркомана «думать о себе» становится почти невозможным из-за постоянного отвержения себя. Задача психолога здесь состоит именно в том, чтобы развить у подростка способность думать о себе так, чтобы проблемы обозначались как задачи, то есть создавать такие ситуации, которые требуют и имеют решение. Этому способствуют любые процессы,

происходящие в группе, а также введение групповых правил, внутренних законов функционирования группы. Они помогают самораскрытию подростка, в процессе которого происходит коррекция его поведения: раскрываясь перед другими, рассказывая о своих глубоких и значимых переживаниях, откровенно говоря о тех чувствах, которые они друг у друга вызывают, участники групповой работы начинают лучше видеть, понимать и чувствовать самих себя, освобождаются от неадекватных личностных защит и барьеров самовосприятия, искажающих их образ «Я» и обуславливающих саморазрушающее поведение.

Подросток, даже частично освободившийся от неприятия себя, легче вступает в неформальные, то есть эмоционально открытые отношения, так как принимая себя таким, каким он есть на данный момент времени, он перестает подозревать свое окружение в неприятии его персоны как несостоятельной или несовершенной, то есть не имеющей право на достойное существование среди людей. Если личности уже не нужно постоянно открыто или исподволь защищаться от людей, значит, она свободна от психологической агрессии, явной или скрытой.

Освобождение внутренних резервов раскрепощает ее творческий потенциал и делает подростка открытым для сотрудничества - расширяются каналы коммуникаций для сотворчества в процессе общения. Общение наполняется положительными эмоциями взамен потенциальной подозрительности, агрессии, подавленности.

Развитие рефлексии и общее эмоциональное развитие возможно посредством установления эмоционально насыщенных отношений. Теоретической основой психокоррекции является концепция психологии отношений, рассматривающая личность как систему отношений индивида с окружающей средой, как целостную, организованную систему активных, избирательных, сознательных

социальных связей с реальной действительностью, а невроз, развивающийся у подростков, как личностное расстройство, обусловленное нарушением особо значимых для личности отношений. В соответствии с этим, основные психокоррекционные задачи при работе с подростками заключаются в реконструкции и восстановлении нарушенной системы отношений личности, коррекции неадекватных форм поведения и эмоционального реагирования, иными словами - в психологической коррекции личности подростка посредством обучения его установлению отношений. Целью такого обучения является восстановление полного функционирования личности.

Групповая личностно-ориентированная психокоррекция достигает эффекта, с одной стороны, посредством осознания и понимания роли собственных личностных особенностей в возникновении межличностных конфликтов, а с другой - реальной коррекции неадекватных реакций и форм поведения. Постепенно опыт переживаний становится конгруэнтным со структурой «Я», подросток начинает осознавать, что трудности его отношений с людьми кроются в нем самом, в его негибкой Я - концепции. В процессе межгруппового общения у подростка возрастает позитивное отношение к себе и другим, что служит залогом личностного роста. Он начинает объективно оценивать свои мысли, чувства, конфликты; в своем поведении он отказывается от того, что разъединяет его с людьми, начинает развивать те стороны его личности, которые являются притягательными для других, трезво оценивать свои возможности, отказываться от необоснованных претензий.

Терапевтический характер групповой работы со старшеклассниками широко отражен в отечественной и зарубежной литературе.

Так, М. Sugar выделяет следующие возможности групп:

- взаимодействие и конфронтация с ровесниками;
- создание миниатюрной реальной жизненной ситуации для изучения и изменения поведения;
- стимуляция новых путей взаимодействия с ситуацией и получения нового опыта в человеческих отношениях;
- стимуляция новых «концепций Я» и новых моделей идентификации;
- снижение чувства изолированности в окружающем мире;
- обретение чувства защищенности, адекватная помощь;
- уменьшение сопротивления или подчинения, усиление независимости и идентификация с лидером;
- открытие проблем, связанных с взаимоотношениями с другими людьми.

В результате групповой работы подросток:

- расширяет область знания о себе как за счет того, что скрываемое делается открытым, так и за счет обратной связи;
- открывает с помощью других то, что сам о себе не знал;
- начинает видеть то, о чем ни он, ни другие и не подозревали, его «Я» начинает проявляться свободнее, и скрытая область его личности также начинает осознаваться.

Возможность выяснения сути межличностных отношений и практической проверки собственных частных жизненных гипотез относительно личности другого человека (других людей) без разрушительного столкновения с ними оказывается способной переструктурировать личностные ценности и пристрастия, дать начало интенсивному "развертыванию" процесса личностного роста и освоению коммуникативных навыков (коммуникативности) как существенных личностных ценностей.

Самораскрытие, открытие себя другим людям помогает подростку открыть себя самому себе. Открытие «Я» есть признание авторства

собственной личности, подготовленное, во - первых, принятием социальных ожиданий ответственности, а во - вторых, развитием рефлексии, обеспечивающей выход за границы данности, что так необходимо личности подростка, стоящей перед угрозой употребления наркотиков.

### **§ 3. Диагностика эффективности психокоррекционной работы**

Диагностика эффективности психокоррекционной работы может быть осуществлена на основе субъективных и объективных методик. Субъективные методики представлены отчетами испытуемых о проделанной работе: эссе, сочинения, беседы и т.д. Объективные методы – специально разработанные задания, предназначенные для диагностики определенных психологических качеств. Выбор диагностических методик должен быть основан на следующих критериях: валидность, орудийность, операциональность, надежность.

Для оценки эффективности психокоррекционной работы необходима диагностика межличностных отношений, семейных отношений, самоотношения и социально-ролевых отношений.

Диагностику следует проводить до и после проведения психокоррекционной работы. Сравнительный анализ позволяет выявить динамику значимых переменных.

#### ***1. Диагностика самоотношения.***

##### **1. Шкала детской Я-концепции Пирса-Харриса.**

Личностный опросник, направленный на измерение самосознания. Предназначен для обследования детей в возрасте от 8 до 16 лет.

Опросник включает 80 утверждений, касающихся отношения к своему «Я», а также тех или иных обстоятельств и ситуаций, связанных с проявлением самоотношения. Формулировки пунктов опросника основываются на коллекции детских утверждений

относительно того, что детям обычно в себе нравится и что не нравится. Пункты построены в виде утверждений, на которые требуется ответить либо «Да», либо «Нет».

## 2. Опросник самоотношения.

Личностный опросник, направленный на исследование комплекса факторов отношения к себе. Методика содержит 62 пункта, сформулированных в виде утверждений, включает 4 шкалы:

1. Самоуважение – отражает аспекты самоотношения к своим способностям, энергии, самостоятельности, оценки возможности контролировать свою жизнь, степень веры в свои силы.

2. Аутосимпатия – шкала на позитивном полюсе объединяет доверие к себе и положительную самооценку. На негативном полюсе – видение в себе преимущественно недостатков, низкую самооценку, склонность к самообвинению.

3. Самоинтерес – отражение меры близости к себе, интерес к собственным мыслям и чувствам, уверенность в собственном интересе для других.

4. Ожидаемое отношение от окружающих.

## 3. Шкала Я- концепции Теннесси.

Опросник, предназначенный для подростков (с 12 лет) и взрослых. Содержит 90 пунктов, направленных на анализ Я – концепции и 10 пунктов шкалы лжи. С его помощью можно выявить глобальное самоотношение (самоудовлетворенность) и специфические формы самоотношения к своему телу, к себе как моральному субъекту, к себе как к члену семьи и т.д.

## 4. Шкала самоуважения Розенберга.

Опросник для подростков, выявляющий глобальное самоотношение. Состоит из 10 утверждений и может применяться с целью экспресс-диагностики самоотношения.

## 5. Тест двадцати утверждений на самоотношение.



Техника, основанная на использовании нестандартизованного самоописания с последующим контент-анализом. Испытуемого просят в течение 12 минут дать 20 различных ответов на вопрос, обращенный к самому себе: «Кто я такой?». Ответы необходимо давать в том порядке, в котором они спонтанно возникают, и не заботиться о последовательности, грамматике и логике. Анализ проводится на основе следующих выделенных категорий: социальные группы (пол, возраст, национальность, религия, профессия), идеологические убеждения (философские, религиозные, политические и моральные высказывания), интересы и увлечения, стремления и цели, самооценка.

6. Экспрессивная проективная методика рисования человека, разработанная К. Махвер.

Испытуемому предлагается нарисовать человека. Важны графические особенности рисования, имеющие диагностическое значение, такие, как пол, форма частей, пропуск деталей, ориентация рисунка на листе, последовательность рисования и т.д.

## ***II. Диагностика специфики межличностных отношений.***

### 1. Методика диагностики межличностных отношений Т. Лири.

Методика предназначена для исследования представлений человека о себе и идеальном «Я», а также для изучения взаимоотношений в малых группах. С помощью данной методики выявляется преобладающий тип отношений к людям в самооценке и взаимооценке.

### 2. Методика «Q – сортировка» В. Стефансона.

Диагностика основных тенденций поведения в реальной группе и представлений о себе. Методика позволяет определить шесть основных тенденций поведения человека в реальной группе: зависимость, независимость, общительность, необщительность, принятие «борьбы» и «избегание борьбы». Тенденция к зависимости

определена как внутреннее стремление индивида к принятию групповых стандартов и ценностей - социальных и морально-этических. Тенденция к общительности свидетельствует о контактности, стремлении образовывать эмоциональные связи как в своей группе, так и за ее пределами. Тенденция к «борьбе» – активное стремление личности участвовать в групповой жизни, добиваться более высокого статуса в системе межличностных взаимоотношений.

### 3. Социометрический тест.

Исследует субъективные межличностные предпочтения (выборы) членов группы по определённым сферам. На основе полученных членом группы числа субъективных выборов определяются индивидуальный социометрический статус индивида (лидер, отверженный, изолированный), структура межличностных отношений, сплочённость группы и т.д.

### 4. Методики наблюдения и экспертной оценки. Ситуационный тест.

Методики исследования межличностных отношений, в которых акцент делается на объективное и обширное описание интерпретации, что впоследствии интерпретируется, исходя из определённых теоретических воззрений.

## ***III. Диагностика семейных отношений.***

### 1. Методика незаконченных предложений:

- Для меня семья это...
- Родители относятся ко мне, как к...
- Родители нужны мне...
- Все родители...
- Когда собирается вся семья я чувствую...

### 2. Методика «Завершение истории».

### 3. Сочинение на тему «Зачем мне родители?»

4. Сочинение на тему «Моя семья».

***IV. Диагностика производственных и социально-ролевых отношений.***

1. Методика незаконченных предложений:

2. Методика «Завершение истории».

3. Методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда.

На завершающем этапе возможно проведение экспресс-диагностики всей психокоррекционной работы, которая представлена двадцатью незаконченными предложениями. Каждое незаконченное предложение в своем начале отражает проблематику каждого аспекта какого-либо вида отношений. Участников просят завершить это предложения, что позволяет собрать материал каждого занятия..

- 1.Люди по отношению друг к другу должны...
- 2.Деньги являются для людей ...
- 3.По отношению к близким людям я чувствую...
- 4.Основным принципом в отношении с другими людьми является...
- 5.Когда я работаю, я чувствую...
- 6.Моя семья обращается со мной, как с...
- 7.Большинство известных мне семей...
- 8.Родители дают мне деньги тогда, когда...
- 9.Отношения на производстве строятся ...
- 10.Любой труд должен ...
- 11.Работа для меня это...
- 12.По отношению к своим родителям я чувствую ...
- 13.Все люди ...

14. Отношения людей можно регулировать с помощью ...

15. Зарабатывать деньги мне помогает...

16. По отношению к людям я чувствую...

17. Когда я соблюдаю законы, я...

18. Те деньги, которые у меня есть, я трачу ...

19. По отношению к себе я чувствую ...

20. К себе нужно относиться ...

#### **§4 Задачи психолога в структуре деятельности государственных и общественных организаций**

В организации и реализации профилактики наркомании могут участвовать различные учреждения и ведомства:

- органы внутренних дел;
- органы государственного управления;
- общественные и политические организации;
- семья;
- образовательные учреждения;
- учреждения дополнительного образования, молодежная субкультура;
- социально – психологические центры;
- криминальные структуры;
- религиозные организации, секты;
- учреждения здравоохранения.

В каждый из перечисленных субъектов профилактики может быть включен психолог, решающий задачи, связанные с употреблением наркотиков детьми в контексте деятельности конкретного учреждения или ведомства.

<b>Ведомство</b>	<b>Отделы и учреждения</b>	<b>Виды деятельности психолога</b>
Органы внутренних дел	Отделы милиции	— Консультация по вопросам особенностей поведения наркоманов, индивидуально-психологическим и возрастным особенностям подростков.
	ОППН	— Профилактическая работа с детьми, стоящими на учете, диагностика личностных особенностей подростков.
	Юридические консультации	Психологическая экспертиза. Консультации по вопросам индивидуально-психологических и личностных особенностей подростков.
	Места лишения свободы	Стрессопрофилактика. Работа с психической зависимостью. Диагностика факторов риска. Психическая коррекция. Содействие в ресоциализации.
Органы власти		Консультационная и экспертная деятельность (экспертиза социальных проектов).
Общественные и политические организации и общества		Консультационная деятельность. Участие в разработке программ профилактики наркомании.
Армия		Диагностика факторов риска. Психологическая коррекция.
	Благотворительные фонды	Обеспечение содержания психологической работы по профилактике наркомании
Семья	Наркоман	Реабилитация.
	Другие члены семьи	Коррекционная и терапевтическая работа с созависимостью.
	Дальние родственники	По запросу – коррекционная и терапевтическая работа.

Образовательные учреждения	Детские сады	<i>Диагностика семейного неблагополучия. Ранняя диагностика факторов риска. Психологическая коррекция. Работа с родителями.</i>
	Учреждения среднего и общего образования Средние специальные учебные заведения Спецшколы	<i>Диагностика факторов риска социально-психической и личностной природы. Групповая коррекционная работа с учащимися. Работа с педагогическим коллективом. Работа с родителями.</i>
	Высшие учебные заведения	<i>Разработка научной базы профилактики наркомании.</i>
Учреждения дополнительного образования	Дома творчества, спортивные секции, кружки и т.д.	<i>Диагностика факторов наркориска. Консультации руководителей секций и кружков. Коррекционная работа.</i>
	Летние трудовые и оздоровительные лагеря и центры	<i>Диагностика факторов риска. Коррекционная групповая работа. Консультации специалистов.</i>
	Реклама	<i>Консультативная деятельность.</i>
Средства массовой информации, телевидение, радио		<i>Консультативная, экспертная деятельность.</i>
Дискотеки, ночные клубы, развлекательные центры		<i>Консультативная деятельность по организации профилактических акций.</i>

Социально – психологические центры:	Центры «Семья»	<i>Психологическое консультирование. Индивидуальная и групповая психокоррекция. Диагностика факторов риска. Семейная терапия. Психологическое просвещение.</i>
	Центры социальной защиты населения	<i>Консультирование специалистов и населения по вопросам профилактики наркомании.</i>
	Биржи труда	<i>Психологическая экспертиза. Психологическое консультирование.</i>
Религиозные организации	Легальные религиозные организации	<i>Сотрудничество в целях первичной, вторичной и третичной профилактики наркомании.</i>
Здравоохранение	Комитеты по управлению здравоохранением	<i>Разработка и экспертиза программ профилактической и реабилитационной работы в сотрудничестве с медицинскими учреждениями.</i>
	Больницы	<i>Профилактическая деятельность. Психологическое консультирование.</i>
	Наркодиспансеры	<i>Терапия психической зависимости и созависимости.</i>
	Кризисные стационары	<i>Профилактическая и реабилитационная деятельность.</i>

## Заключение

В основе подавляющего большинства профилактических программ, реализуемых в настоящее время в России, лежит идея психологической коррекции. Нужно найти и затем изменить в процессе коррекции или психотерапии факторы предрасположенности к употреблению наркотиков. Поэтому основное внимание исследователей проблем наркотизма и наркомании сосредоточено на поиске причин употребления наркотиков. Однако *эмпирические* данные исследований противоречивы по характеру, а причины употребления наркотиков часто путают с их последствиями.

Анализ исследований российских и зарубежных психологов показывает, что на *теоретическом* уровне ни одна концепция возникновения и развития психической зависимости от наркотика не представляется исчерпывающей и убедительной.

Отсутствие целостной психологической концепции наркомании и прежде всего ее центрального компонента — психической зависимости, значительно снижают возможности построения эффективных профилактических программ.

Наша идея заключается в том, что предрасположенность к наркотикам *возникает* после их пробного употребления. Иными словами, мы полагаем, что не важно, *почему* человек попробовал наркотики, гораздо важнее, *почему одни отказываются от их дальнейшего употребления, а другие нет.*

Мы обнаружили, что стремление к наркотикам возникает в том случае, если их употребление снижает уровень генерализованной неудовлетворенности, являющейся фоновой характеристикой жизни индивида.

Генерализованная неудовлетворенность формируется в результате постоянной фрустрации значимых для личности



потребностей. Конкретное содержание потребностей осознается недостаточно или совсем не осознается: неудовлетворенность генерализуется и становится фоновой характеристикой жизни. Если в результате пробного употребления наркотика индивид переживает снижение уровня генерализованной неудовлетворенности, то у него может сформироваться отношение к наркотику как средству, расширяющему его возможности.

Ретроспективный анализ семейных историй подростков, употребляющих наркотики, показал, что основным источником генерализованной неудовлетворенности является семья.

Особое внимание уделяется анализу эволюции семьи в условиях, когда кто-либо из ее членов употребляет наркотики.

Выделено три стадии эволюции семьи, в которой ребенок употребляет наркотики.

Стадия, на которой семья не знает о том, что ребенок употребляет наркотики — стадия латентной наркотизации - характеризуется наличием подавленного и вытесненного из сознания членов семьи семейного кризиса. Функционирование механизмов защиты на индивидуальном (вытеснение, идентификация) и общесемейном (семейные мифы) уровне приводят к тому, что явные признаки неблагополучия семьи и наркомании ребенка «не замечаются» родителями. На стадии латентной наркотизации подростки прибегают к наркотикам как к средству ухода от давления семейных конфликтов и других психотравмирующих факторов семейной природы.

Основными факторами семейной природы, повышающими риск приобщения подростков к наркотикам, а также влияющими на прогрессивность наркомании, являются дисфункциональность семейных структур, дисгармония семейного воспитания и личностные особенности родителей. Наибольший риск приобщения к наркотикам

имеют подростки, семьи которых могут быть отнесены хотя бы к одному из следующих видов: деструктивная, распадающаяся, неполная или ригидная семья. Показано, что **начало употребления наркотиков подростками из таких семей является попыткой адаптации к условиям жизни**: наркомания на стадии латентной наркотизации повышает адаптированность подростка к микросоциальной среде вне семьи. Известие об употреблении ребенком наркотиков является переходом к стадии открытой наркотизации, которая характеризуется глубокими изменениями, происходящими как на общесемейном, так и на индивидуальном уровнях. На общесемейном уровне складывается особый тип взаимоотношений, обозначаемый термином «созависимость».

Отказ от употребления наркотиков и начало лечения означает переход семьи на новые, протекающие параллельно, *стадии реабилитации и ремиссии*. Данные клинических наблюдений показывают, что ремиссия у наркоманов оказывается более продолжительной, если в реабилитационный процесс удастся включить всю семью.

Описание критического периода эволюции семейных отношений может быть осуществлено с помощью термина "точка бифуркации" (В.И. Пригожин), который в данном случае ярко проявляется в результате известия, полученного родителями об употреблении подростком наркотиков. Данный подход облегчает теоретическое и практическое понимание необратимости произошедшего в семейной системе. Через это положение удастся по-новому описать приоритетную роль семьи в динамике наркомании, изучить развитие семейного явления – созависимости у родных и близких наркомана.

Таким образом, процесс приобщения к наркотикам может быть рассмотрен как система отношений между подростком, семьей, наркокультурой и обществом, где семья – источник причин

наркотизации, наркокультура – инструмент приобщения к наркотикам, общество – условие распространения наркомании, а подросток – субъект, определяющий их взаимодействие.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абшаихова У.А., Сирота Н.А. Клинико-катамнестическое исследование поведения подростков, больных гашишной наркоманией. Саморазрушающее поведение у подростков. Л.: Изд-во Ленингр. психоневрологического ин-та, 1991. С. 72-74.
2. Алмазов Б.Н. Психическая средовая дезадаптация несовершеннолетних. Свердловск: Изд-во Уральского университета, 1986.
3. Багаева Н.В. О борьбе с вредными привычками в школе//Предупреждение вредных привычек у школьников. М.: Изд-во АПН СССР. С.47-53.
4. Березин С.В. Психологическая коррекция в условиях межличностного конфликта подростков. Самара, 1995.
5. Березин С. В. Психокоррекционная деятельность школьного психолога в условиях межличностного конфликта учащихся подросткового возраста. Автореферат диссертации канд. психол. наук. Москва, 1995.
6. Березин С.В., Лисецкий К.С. Психология ранней наркомании. Москва-Самара.2000.
1. Березин С.В. Кинотерапия. Материалы к спецкурсу. Самара. Изд-во СамГУ, 2001.
8. Березин С.В. Позняков Н.Л. Профилактика наркомании в учреждениях исполнения наказания. //Преступление и наказание, №5, 2000.
9. Березин С.В., Лисецкий К.С. К вопросу о профилактике наркомании в ВУЗе. Самара. Изд-во СИУ, 2001.
10. Берн Э. Трансактный анализ в группе. Москва, Лабиринт, 1994.
11. Берн Э. Игры, в которые играют люди: психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры: Психология

человеческой судьбы /Под общ. ред. М.С. Мацковского М.: Прогресс, 1988. .

12. Берн Э. Трансакционный анализ и психотерапия. СПб.: «Братство», 1994. –224с.

13. Битенский В.С., Личко А.Е., Херсонский Б.Г. Психологические факторы в развитии токсикоманий у подростков. //Психол. журнал. 1991. Т. 12. № 4. С. 87-93.

14. Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В. и др. Наркомания у подростков. Киев: Здоровье, 1989. 301с.

15. Битти М. Алкоголик в семье, или преодоление созависимости. М.: Физкультура и спорт, 1997.

16. Борохов А.Д., Исаев Д.Д. Роль социально-психологических факторов в формировании пристрастия к алкоголю и наркотическим веществам у подростков мужского пола // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. Л.: Изд-во Ленингр. психоневрологического института», 1989. С.88-93.

17. Братусь В.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. М.: Изд-во МГУ, 1984.

18. Бузина Т.С. Феномен «поиска ощущений» и проблема профилактики СПИДа в наркологии//Вопросы наркологии. 1994. № 2. С.84-88.

19. Букановская Т.И. Эмоциональное переживание и психологическая защита в структуре синдрома зависимости у больных опийной наркоманией // Вопросы наркологии. 1992. №3-4. С. 157-161.

20. Валентик Ю.В., Зыков О.В., Цетлин М.Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. Фонд НАН. М., 1997.

21. Варга А. Я. Системная семейная психотерапия. – Самара.1996.

22. Вассерман Л.И., Горьковская И.А., Ромицына Е.Е. Психологическая методика «Подростки о родителях» и ее применение. М.: Фолиум, 1995.

23. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика. Изб.тр. М.: Медицина, 1964. С. 116-252.
24. Генайло С.П. Особенности премобиды больных наркоманиями // Журнал невропатологии и психиатрии. 1990. № 2. С. 42-47.
25. Горьковская И. А. Влияние семьи на формирование делинквентности у подростков // Психол. журнал. 1994. №2; 57-65.
26. Грабовская Н.Г. Роль семьи в предупреждении правонарушений несовершеннолетних // В мире подростка. М.,1980.
27. Гульдман В.В., Корсун А.М. Поиск впечатлений как фактор приобщения подростков к наркотикам//Вопросы наркологии. 1990. С.40-44.
28. Гульдман В.В., Романова О.Л., Корсун А.М., Шведова М.В. Эмоционально-когнитивный диссонанс в структуре представлений школьников о наркомании и токсикомании // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. Л.: Изд-во «Ленингр. психоневрологического ин-та». 1989. С. 68-74. .
29. Захаров А. И. Детские неврозы: психологическая помощь родителей детям. – СПб.,1995.
30. Кириченко А.А. Психиатрия: Учеб. Для мед. Институтов. Минск: Высш.школа,1996. С. 297.
31. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение подростков. Минск, 1988.
32. Копыт Н.Я., Сидоров П.И. Профилактика алкоголизма. М.: Медицина, 1986.
33. Курек Н.С. Особенности экспрессивно-импрессивного аспекта эмоциональной сферы больных наркоманией // Журнал невропатологии и психиатрии. 1991.№2.С. 64-67.
34. Курек Н.С. Особенности эмоционального общения подростков, больных токсикоманией, с родителями //Вопросы наркологии. 1992. № 1. С. 39-43. .

35. Курек Р.С. Нарушение целенаправленной активности у больных опийной наркоманией // Психологический журнал. 1993. Т.14. № 4. с. 118-125.
36. Ласточкин В.А., Якушев А.Н. Педагогические основы формирования трезвого образа жизни старшеклассников//Предупреждение вредных привычек у школьников. М.: Изд-во АПН СССР. 1990. С.13-42.
37. Латышев Г.В., Бережная М.А., Речнов Д.Д. Организация мероприятий по профилактике наркомании: Методические рекомендации для педагогических коллективов школ, работников подростковых клубов и социальных педагогов. М.: Медицина. 1991
38. Либих С. С., Петров В. П. Социально-психологические проблемы современной семьи. – Л., 1979.
39. Лисецкий К.С. Психология межличностного конфликта в старшем школьном возрасте. Самара, 1995.
40. Лисецкий К.С., Мотынга И.А. Психология и профилактика ранней наркомании. Самара, 1996.
41. Лисецкий К.С. Научный доклад на Первой Международной конференции «Спасение молодежи от наркомании» в Самаре. Система психоактивной профилактики наркомании и реабилитации наркозависимых. Самара, 1996.
42. Личко А.Е. Наркотизм (употребление наркотиков) и подростковая наркомания. Психопатия и акцентуации характера у подростков. Л., 1977. С. 61-70.
43. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркомания. Л.: Медицина, 1991.
44. Магомедов Н.М. Методология и методика свободного воспитания. Самара, 1995.

45. Максимова Н.Ю. О склонности подростков к аддитивному поведению // Психолог. журнал. 1996. Т. 17. №3. С. 149-152.
46. Меньшикова Е.С. Жестокое обращение с детьми и его возможные отдаленные последствия // Психол. журнал. 1993. Т. 14. №6. С. 110-118.
47. Москаленко В.Д. Жены больных алкоголизмом. Вопросы психол. 1991 №5.
48. Научно-методические основы первичной профилактики детской наркомании: Для работников центров социальной помощи семье и детей. М.: Государственный НИИ семьи и воспитания, 2000.
49. Носачев Г.Н. Направления, виды, методы и техники психотерапии. – Самара, «Парус», в 2-х т., 1998.
50. Носачев Г.Н., Павлов В.В. Общение с пациентом. Самара, 2000.
51. Опыт построения модели системы профилактики молодежной наркомании в г. Муравленко. Самара: Изд-во «Самарский университет», 1998. – 48с.
52. Петровский А. В., Ярошевский М. Г. Краткий психологический словарь. – М., 1985.
53. Петровский В.А. К пониманию личности в психологии. Вопросы психологии №2, 1981.
54. Петровский В.А. Личность в психологии: парадигма субъективности. Ростов-на-Дону, изд-во «Феникс», 1996.
55. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании. Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого, И.Б. Орешниковой. М.: изд-во Института Психиатрии, 2000.
56. Профилактика злоупотребления психоактивными веществами и борьба с ними // Под ред. М. Госсон, М.: Грант; Медицина, 1993. 100 с.



57. Психология развивающейся личности. Под ред. А.В.Петровского. М.: Педагогика, 1987.
58. Психологические особенности наркоманов периода взросления (опыт комплексного экспериментально-психологического исследования) / Под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого. Самара: Изд-во «Самарский университет», 1998. – 148с.
59. Пути и методы предупреждения подростковой и юношеской наркомании /Под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого, И. Б. Орешниковой. Самара: Изд-во «Самарский университет», 1999.– 200с.
60. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. Л.: Медицина, 1994.
61. Пятницкая И.Н. Наркомании. М.: Медицина, 1997.
62. Реан А. А. Локус контроля делинквентной личности // Психол. журнал. 1994. №2. С.52-56.
63. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст: Проблемы становления личности. М.: Мир, 1994.
64. Свядощ А.М. Неврозы. М., 1982.
65. Семейная психотерапия при нервных психических заболеваниях. Л. 1978.
66. Семья в психологической консультации / Под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. – М.: Педагогика, 1989.
67. Сермягина О.С. Эмоциональное отношение в семье / Социально-психологическое исследование. Кишинев. 1991.
68. Смирнов В.К., Нечипоренко В.В., Бердник К.П. Некоторые подходы к пониманию аспектов формирования наркоманий. Психологические исследования и психотерапия в наркологии. Л. : Изд-во Ленингр. психоневрологического ин-та. 1989. С. 38-43.
69. Смирнова Е. О. Психология ребенка. М. 1997. С. 44-46.
70. Смит Э. Внуки алкоголиков. М.: Просвещение, 1991.

71. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М.: Изд-во МГУ, 1989. 215 с.
72. Стюарт Ян, Джойс Вэнн. Современный транзактный анализ. «Социально-психологический центр». СПб, 1996.
73. Хорни К. Невротическая личность в наше время. Новосибирск, 1982.
74. Цукерман Г.А., Мастеров Б.М. Психология саморазвития. М.: Интерфакс, 1995.
75. Черников. А. В. Интегративная модель системной психотерапевтической диагностики. М.. 1997. – 160с.
76. Эйдемиллер Э. Г. Методы семейной диагностики и психотерапии. М.: «Фолиум», 1996. – 63с.
77. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. – Л.: Медицина, 1990.
78. Эйдемиллер Э.Г., Кулаков С.А., Черемисин О.В. Исследование образа «Я» у подростков с аддитивным поведением // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. Л.: Изд-во Ленингр. психоневрологического ин-та. 1989. С. 74-79.
79. Энциклопедия преступлений и катастроф // Наркотики и яды. Минск, 1996.
80. Юнг К.Г. Проблемы души нашего времени Пер. с нем. М.: Прогресс, Универс, 1993, 206с.
81. Юнг К.Г. Структура психики и процесс индивидуализации. М.: Наука, 1996.
82. Budzinski W. Somoocena realizowana wastosei a motywaija do leczenia siez naloju u osol uzaleznionych od heroine // Ann. Acad. med gelan. 1993. V.23. P. 125-137.
83. Caputo R. Volatile substance misuse in children and youth: A consideration of theories // int. J. Addict. 1993. V. 23. №10. P.1015-1032.

84. Cohen S. Overdiagnosis of shizophrenia: Role of alcohol and drug misuse // *Lanchet*. 1995. №8989. P. 1541-1542.
85. D'Elio M., O'Brien R. Early adolescents substane use and life stress: concurrent and prospective realtionships // *Substance Use and Misuse*. 1996. V.31. №7. P.873-894.
86. Easthope G. Perceptions of the casises of drug use series of articles in international journal of the addictions // *Int. J. Addict*. 1993. V.28 №6. P.559-569.
87. Jonson B. A developmental model of addictions and it's relationships to the twelve step program of alcoholics anonymous // *J. Subst*. 1993. V.10. №1. P. 23-24.
88. King S., Beals S., Manson S. A structural aguation model of factors related to substane use among american indian adolescents // *Drugs and Soc*. 1992. V.6. №3-4. P. 253-268.
89. Lesswing N., Dougherty R. Psychopathology in alcohol and cocaine – dependent patients: a comparison jf findings from psychological testing // *J. Subst. Abuse Treat*. 1993. V. 10. №1. P. 53-57.
90. Neiss R. The role of psychobiological states is chemical dependency: Who becomes addicted // *Addiction*. 1993. V. 88. №6. P. 745-756.
91. Nurco D., Batter M. Yulnerability to narcotik addicction: findings // *J. Drug. Issue*. 1994. V. 24. №1-2. P. 293-314.
92. Robins E.S. College student drug use. // *Amer. J. Psychiatr*. 1970. V. 126. №12. P. 1743-1751.
93. Schroeder D. Is there a relationship between self-esteem and drug use?// *j. Drug. Issue*. 1993. V.23. №4. P. 645-665.
94. Sherlock K. An ivestigation social, psychological and health related aspects of ecstasy use. // *Proc. Brit. Psychol. Soc*. 1995. V.3. №1. P. 29.
95. Tich R. Kids are special are special. USA. Calitornia. 1986. P. 150.

**Список дипломных работ по психологическим проблемам  
наркомании, выполненных на кафедре психологии Самарского  
госуниверситета**

1. Бондарь Н.С. Игры созависимых в психотерапевтическом процессе.
2. Зинченко О.П. Особенности взаимоотношений в семьях наркоманов.
3. Колесникова Е.Б. Анализ жизненного пути наркомана.
4. Коронцевич О.А, Разработка диагностической методики исследования смысловых образований личности периода взросления.
5. Лапченко С.А. Исследование психологических факторов алкогольной зависимости.
6. Латышева О,В. Содействие в решении задач взросления как предмет деятельности психолога.
7. Литягина Е.В. Возможности психосемантического исследования сознания наркотизирующегося взрослого.
8. Макаров А.В. Проблемы взрослых как незавершенные задачи взросления.
9. Писарева Т.Л. Образ семьи наркоманов периода взросления.
- 10.Самыкина Н.Ю. Разработка программы вторичной профилактики наркомании в старшем подростковом возрасте.
- 11.Черемушкина Н.В. Опыт психосемантического исследования сознания наркотизирующегося подростка.
12. Черепанова У.Г. Трансактный анализ родительско-детских отношений в семьях наркоманов периода взросления.

## Приложение 1

### ***Афоризмы наркоманов***

Жизнь скучна.

Героин умеет ждать.

Кайф — это когда нет тревоги от скуки и скуки от тревоги.

Одной ногой в прошлом, которого нет, другой ногой в будущем, которого нет, и все время писаешь на свое настоящее. А чтобы не чувствовать мокрых штанов, и не простудиться, все время жрешь героин.

Если бы героин был снегом, я бы согласился жить на северном полюсе.

Страх жизни сильнее страха смерти.

Страх быть отвергнутым сильнее, чем страх зависимости.

Героин спасает от тревоги и невыносимой скуки.

То, что для вас подлость — для нас условия нашей жизни. У наркоманов нет понятия «подлость».

Я хоть понимаю, что я живу чтобы уколиться... вы посмотрите вокруг себя: большинство людей вообще не понимают для чего живут...

Вы пока молодой, копите деньги на старость, потому что когда вы станете стариками, вас некому будет кормить.

Наркоман о родителях: они ждут от меня, что, если я наркотики брошу, я и в носу ковырять перестану и ногти грызть... я наркотики бросил, а они меня продолжают доставать.

В жизни счастья нет...есть только кайф.

Среди наркоманов любви нет.

Неужели в мире есть что-нибудь важнее состояния вашего тела?

Кругом пасмурно, холод, слякоть, а укололся – и ты в Сочи!

**Приложение 2*****Иррациональные убеждения, характерные для наркоманов***

Один раз не опасно.

Если колоться редко, то зависимость не возникнет.

В жизни нужно попробовать все.

Если я почувствую, что «сажусь», я сумею остановиться.

Наркоманами становятся слабые.

Мне все равно.

От травки зависимости не бывает.

Все надоело.

Я постепенно буду снижать дозу и брошу.

Мне никто не поможет.

Все зависит от меня.

Наркотики делают жизнь интереснее.

Если не колоть в вену, зависимости не будет.

Чтобы избавиться от героина, можно курить анашу.

Все сидят на наркотиках.

Я никому не нужен.

По кайфу даже умирать не страшно.

**Приложение 3*****Структурированное интервью с родителями подростков,  
употребляющих наркотики***

Дополнительная информация:

Структура семьи (состав семьи, возраст членов семьи, место работы или учебы, занимаемая должность, образование, трудовая или общественная деятельность)

1. Как бы Вы могли охарактеризовать отношения в Вашей семье?
2. Как Вы думаете, с чем связана сложившаяся ситуация в семье?
3. Что больше всего волнует, тревожит Вас в поведении Вашего (-ей) сына (дочери)?
4. Как Вам кажется, как обычно Вы реагируете на поведение ребенка, неприемлемое с Вашей точки зрения?
5. Имели ли место, на Ваш взгляд, трудности в воспитании? С чем они были связаны?
6. Каких принципов Вы придерживались в воспитании Вашего(-ей) сына (дочери)?
7. Какими методами Вы чаще всего пользовались в процессе воспитания ребенка?
8. Какие качества Вы хотели воспитать в ребенке?
9. Что, на Ваш взгляд, удалось сформировать положительного или отрицательного в личностных качествах ребенка?
10. Что не удовлетворяет Вас в том, как Вы воспитываете Вашего ребенка?
11. Как Вы считаете, что бы Вы могли изменить в воспитании сейчас?
12. Как Вы думаете, как оценивает ребенок ситуацию, складывающуюся в семье, как относится к ней?
13. Какую роль занимает Ваш(-а) сын (дочь) в жизни семьи?

14. Удовлетворен(-а) ли он(она) этой ролью?

15. Как бы Вы могли описать отношения между Вами и Вашим ребенком, Вашим мужем и ребенком?

16. Опишите, пожалуйста, типичный день в Вашей семье.

В случае конфликтов:

17. Как Вы думаете, что означают конфликты в Вашей семье?

18. Зачем, по-вашему мнению, нужны ссоры и скандалы для каждого члена семьи?

19. Что каждый из вас получает в этих конфликтных отношениях?

20. Как Вы думаете, на что следует обращать большее внимание в отношениях с сыном (дочерью)?

21. Что бы Вы хотели изменить в отношениях с сыном (дочерью)?

22. Как Вы считаете, как этого можно добиться?



## Приложение 4

### Карта оценки риска наркотизации

(для социального работника)

#### **1. Сведения о ребенке**

ФИО ребенка \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Состав семьи \_\_\_\_\_

Какой данный ребенок по счету в семье \_\_\_\_\_

Семейное положение (холост, женат, не замужем, замужем) \_\_\_\_\_

Род занятий: учится, работает \_\_\_\_\_

Здоровье ребенка (физические дефекты, хронические заболевания, энурез, аборт, беременность, опыт употребления наркотиков, алкоголя и т.д.) \_\_\_\_\_

Адрес, телефон \_\_\_\_\_

#### **2. Сведения о матери (женщине, ее заменяющей)**

Ф. И. О. \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Образование \_\_\_\_\_

Профессия \_\_\_\_\_

Род занятий в настоящее время \_\_\_\_\_

Привычки, увлечения \_\_\_\_\_

Здоровье (хронические заболевания, инвалидность, алкоголизм, наркомания и т.д.) \_\_\_\_\_

#### **3. Сведения об отце (мужчине, его заменяющем)**

Ф. И. О. \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Образование \_\_\_\_\_

Профессия \_\_\_\_\_

Род занятий в настоящее время \_\_\_\_\_

Привычки, увлечения \_\_\_\_\_

Здоровье (хронические заболевания, инвалидность, алкоголизм, наркомания и т.д.) \_\_\_\_\_

**4. С кем проживает ребенок (имя, возраст, семейный статус)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Условия жизни семьи (отдельная квартира, коммунальная квартира, общежитие и т.п.)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. Условия жизни ребенка (отдельная комната, угол в общей комнате, свой письменный стол, отдельное спальное место, общая кровать и т.д.)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7. Материальное положение семьи (ниже прожиточного минимума, выше прожиточного минимума)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8. Социальные трудности** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9. Дополнительные сведения о ребенке или семье** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10. Карта заполняется со слов** \_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_\_ Подпись специалиста \_\_\_\_\_

## Приложение 5

**Карта оценки риска наркотизации**  
(для социального педагога)**1. Сведения о ребенке**

ФИО ребенка \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Состав семьи \_\_\_\_\_

Какой данный ребенок по счету в семье \_\_\_\_\_

Семейное положение (холост, женат, не замужем, замужем) \_\_\_\_\_

Род занятий: учится, работает \_\_\_\_\_

Здоровье ребенка (физические дефекты, хронические заболевания, энурез, аборт, беременность, опыт употребления наркотиков, алкоголя и т.д.) \_\_\_\_\_

Участие в неформальных группах, сектах \_\_\_\_\_

Адрес, телефон \_\_\_\_\_

**2. История жизни**

Беременность матери:

по счету \_\_\_\_\_

желательная, нежелательная \_\_\_\_\_

Роды:

по счету \_\_\_\_\_

срочные \_\_\_\_\_

преждевременные \_\_\_\_\_

нормальные \_\_\_\_\_

осложнения \_\_\_\_\_

Раннее развитие:

своевременное \_\_\_\_\_

опережающее \_\_\_\_\_

с задержкой \_\_\_\_\_

Речевое развитие (возраст)

первые слова \_\_\_\_\_

простая фраза \_\_\_\_\_

развернутая фраза \_\_\_\_\_

возраст, с которого определял себя как «Я» \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания:

травмы \_\_\_\_\_

операции \_\_\_\_\_

ушибы \_\_\_\_\_

вирусный гепатит \_\_\_\_\_

черепно-мозговые травмы \_\_\_\_\_

заболевания ЦНС \_\_\_\_\_

другие перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

Наследственные заболевания:

психические \_\_\_\_\_

алкоголизм \_\_\_\_\_

наркомания \_\_\_\_\_

Питание (достаточное, недостаточное) \_\_\_\_\_

Дополнительные сведения о ребенке:

посещение детского сада (возраст) \_\_\_\_\_

характеристика дошкольного учреждения (обычное, с усложненной программой и т.д.) \_\_\_\_\_

особенности адаптации к дошкольному учреждению (усвоение программы взаимоотношения со сверстниками и т.п.) \_\_\_\_\_

проблемы дошкольного возраста \_\_\_\_\_

поведение в дошкольном учреждении \_\_\_\_\_

отношения с друзьями, воспитателями \_\_\_\_\_

возраст поступления в школу \_\_\_\_\_

готовность к школе \_\_\_\_\_

характеристика школьного учреждения (обычное, специальное, на дому, с усложненной программой и т.д.) \_\_\_\_\_

особенности адаптации к школе \_\_\_\_\_

взаимоотношение со сверстниками, учителями \_\_\_\_\_

дублирование обучения (указать класс, причину) \_\_\_\_\_

уровень успеваемости на сегодняшний день \_\_\_\_\_

отношение к обучению \_\_\_\_\_

Правонарушения \_\_\_\_\_

Увлечения, хобби \_\_\_\_\_

Сексуальное развитие \_\_\_\_\_

Краткая история настоящей проблемы (когда возникла, чем спровоцирована, как развивалась, к каким специалистам обращались)

### **3. Жалобы родителей** \_\_\_\_\_

#### **4. Семейная ситуация**

Особенности воспитания \_\_\_\_\_

Отношения между родителями (близкие, конфликтные, дистантные, развод) \_\_\_\_\_

Отношения ребенка с членами семьи (отдельно с каждым) \_\_\_\_\_

—

Отношение семьи к обследованию \_\_\_\_\_

**5. Общая осведомленность и социально – бытовая ориентировка ребенка**

Сведения о себе и своей семье \_\_\_\_\_

Знания и представления об окружающем \_\_\_\_\_

Сформированность учебных навыков (соответствие знаний, умений и навыков требованиям программ) \_\_\_\_\_

Задержка психического развития \_\_\_\_\_

Педагогическая запущенность \_\_\_\_\_

Навыки самообслуживания \_\_\_\_\_

Характеристики познавательных процессов (внимание, память, мышление, ощущение, речь, восприятие, воображение) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. Эмоционально – поведенческие особенности ребенка**

Расторможенность, гиперактивность \_\_\_\_\_

Настороженность, тревожность \_\_\_\_\_

Враждебность, агрессивность по отношению к сверстникам \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Враждебность, агрессивность по отношению к взрослым \_\_\_\_\_

Аутоагрессия \_\_\_\_\_

Аутизм \_\_\_\_\_

Эмоциональное напряжение \_\_\_\_\_

Инфантилизм \_\_\_\_\_

Недоверие \_\_\_\_\_

Чувство вины \_\_\_\_\_

Заикание \_\_\_\_\_

Асоциальное поведение \_\_\_\_\_

Особенности окружения (друзья) \_\_\_\_\_

Ложь \_\_\_\_\_

Эгоцентризм \_\_\_\_\_

Лень \_\_\_\_\_

Время, которое уделяется школе и досугу \_\_\_\_\_

**7. Карта заполняется со слов** \_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_\_ Подпись специалиста \_\_\_\_\_

## Приложение 6

### Карта оценки риска наркотизации

(для психолога)

#### **1. Сведения о ребенке**

ФИО ребенка \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Состав семьи \_\_\_\_\_

Какой данный ребенок по счету в семье \_\_\_\_\_

Семейное положение: холост, женат, не замужем, замужем \_\_\_\_\_

Род занятий: учится, работает \_\_\_\_\_

Здоровье ребенка (физические дефекты, хронические заболевания, энурез, аборт, беременность, опыт употребления наркотиков, алкоголя и т.д.) \_\_\_\_\_

Участие в неформальных группах, сектах \_\_\_\_\_

Адрес, телефон \_\_\_\_\_

#### **2. Внешний вид**

Одежда \_\_\_\_\_

Позы \_\_\_\_\_

Выражение лица \_\_\_\_\_

На сколько лет выглядит и т.п. \_\_\_\_\_

### **3. Моторное поведение**

Тики \_\_\_\_\_

Манерность, гримасы  
\_\_\_\_\_

Подвижность (низкая, высокая) \_\_\_\_\_

Характеристики голоса \_\_\_\_\_

Визуальный контакт \_\_\_\_\_

Нарушения поведения (грызет ногти, ручки, сосет пальцы и т.д.) \_\_\_\_\_

### **4. Отношение к собеседованию**

#### **5. Эмоциональная реакция**

Ровная \_\_\_\_\_

Сниженная \_\_\_\_\_

Соответствующая содержанию \_\_\_\_\_

Эмоциональный тонус лабильный \_\_\_\_\_

Постоянно изменяющаяся \_\_\_\_\_

Утомляемость (низкая, высокая) \_\_\_\_\_

Вспыльчивость \_\_\_\_\_

Склонность подавлять эмоции \_\_\_\_\_

Настроение на данный момент времени \_\_\_\_\_

#### **6. Волевая сфера**

Психопатология воли \_\_\_\_\_

Влечения \_\_\_\_\_

Борьба мотивов \_\_\_\_\_

Процесс принятия решения \_\_\_\_\_

Исполнение, контроль \_\_\_\_\_



Суицидальные намерения \_\_\_\_\_

### **7. Речь**

Темп \_\_\_\_\_

Тон голоса \_\_\_\_\_

Патология речи \_\_\_\_\_

Содержание речи (лексический запас, брань и т.д.) \_\_\_\_\_

### **8. Творчество, сны и фантазии**

Частота, форма, содержание творчества \_\_\_\_\_

Частота фантазий \_\_\_\_\_

Какие сны, их содержание, повторяемость \_\_\_\_\_

Пример сна \_\_\_\_\_

Бессонница \_\_\_\_\_

### **9. Самооценка и самоосознавание**

Отношение к себе \_\_\_\_\_

Отношение к другим \_\_\_\_\_

Отношение к миру \_\_\_\_\_

Планы на будущее \_\_\_\_\_

Патологии .....

### **10. Личность**

Черты характера, их развитие и формирование \_\_\_\_\_

Темперамент \_\_\_\_\_

Акцентуации, психопатии \_\_\_\_\_

Направленность личности \_\_\_\_\_

Эгоцентризм \_\_\_\_\_

Манерность \_\_\_\_\_

Ложь \_\_\_\_\_

Хвастливость \_\_\_\_\_

Лень \_\_\_\_\_

Замкнутость, застенчивость \_\_\_\_\_

Негативизм, конформизм \_\_\_\_\_

### **11. Мотивационная сфера**

Интересы \_\_\_\_\_

Склонности \_\_\_\_\_

Хобби .....

Особенности потребностно – мотивационной сферы (преобладание потребностей по А.Маслоу) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **12. Психосоциальные проблемы**

Со средой обитания \_\_\_\_\_

С социальной средой \_\_\_\_\_

С образованием \_\_\_\_\_

С трудовой деятельностью \_\_\_\_\_

С жильём \_\_\_\_\_

С материальным положением \_\_\_\_\_

С медицинской помощью \_\_\_\_\_

С правоохранительной системой \_\_\_\_\_

С криминальными структурами \_\_\_\_\_

Другие психосоциальные проблемы \_\_\_\_\_

### **13. Характер межличностных отношений:**

В семье \_\_\_\_\_

Со знакомыми сверстниками \_\_\_\_\_

С незнакомыми сверстниками \_\_\_\_\_

Со знакомыми взрослыми \_\_\_\_\_

С незнакомыми взрослыми \_\_\_\_\_

#### **14. Характеристика семьи как системы**

Внешние границы семьи (закрытая, открытая) \_\_\_\_\_

Внутренние границы семьи: жесткие, нормальные, диффузные  
функционирование семьи (дисфункциональность):

смешение ролей \_\_\_\_\_

спутанность отношений \_\_\_\_\_

гиперопека \_\_\_\_\_

гипоопека \_\_\_\_\_

симбиоз \_\_\_\_\_

псевдовзаимность \_\_\_\_\_

псевдовраждебность \_\_\_\_\_

Мистификация:

приписывание плохости и слабости ребенка \_\_\_\_\_

инвалидизация (обесценивание планов и идей ребенка) \_\_\_\_\_

Типы воспитательной позиции родителей:

явное отвержение \_\_\_\_\_

чрезмерная опека \_\_\_\_\_

излишняя требовательность \_\_\_\_\_

Отсутствие эмоциональной близости в семье \_\_\_\_\_

Псевдообщение \_\_\_\_\_

Игры \_\_\_\_\_

Наличие семейных мифов. \_\_\_\_\_

Дата обследования \_\_\_\_\_ Подпись специалиста \_\_\_\_\_

## Приложение 7

### Общее заключение

(заполняется всеми специалистами после обследования  
и анализа всех карт)

Клиент \_\_\_\_\_

(семья) \_\_\_\_\_

Адрес,

телефон \_\_\_\_\_

Общая оценка риска наркотизации (пояснить) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Рекомендации по организации коррекционной программы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Программа мероприятий \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата заключения

\_\_\_\_\_

Подписи и должности специалистов

Социальный работник \_\_\_\_\_

Социальный педагог

\_\_\_\_\_

Психолог

\_\_\_\_\_

## Summary

Most of the prophylactic programs, realized in Russia nowadays, are based on the idea of psychological correction. It is supposed that it is necessary to find out and then transform factors of predisposition to using drugs in the process of psychological correction and psychotherapy.

That is why the basic attention of scientists, who are interested in the problems of drug addiction and drug use, is concentrated on revealing the purposes of drug use.

However, the results of empirical research are discrepant, and reasons for using drugs are often mixed with consequences.

Analysis of researches both in Russia and abroad shows that none of the theories of origin and development of psychological drug addiction is convincing and fully explains its psychological mechanisms.

The absence of complete psychological theory of drug addiction and its central component, that is psychological addiction, decreases potentialities of creating effective prophylactic programs significantly.

Our idea is that predisposition to using drugs arises after its trial use. In other words, we suppose that it is not important *why* someone tasted drugs, it is much more important *why some people refuse to use drugs further but other people do not*.

We have discovered that striving to drugs occurs when generalized dissatisfaction decreases. Generalized dissatisfaction is a background characteristic of one's life.

Generalized dissatisfaction forms as a result of the permanent frustration of one's significant needs. The actual content of needs is not realized enough or not realized well enough, dissatisfaction generalizes and becomes the background of one's life. If, because of using drugs, an individual experiences decrease in generalized dissatisfaction, then he begins to think about drugs as of means for expanding his abilities.

A retrospective analysis of family stories of adolescent drug addicts indicates, that the family is the main source of generalized dissatisfaction.

Special attention is devoted to the evolution of the family with drug addicts.

Three stages of evolution of the family with drug addicts are pointed out.

The stage when the family does not realize that the adolescent uses drugs is called the stage of latent forming of drug addiction. At this stage the existing family crisis is depressed and forced out from consciousness of the family members. Functioning of the defense mechanisms both at individual (forcing out, identification) and family (family myths) levels leads up to the situation when evident indications of family infelicity and adolescent drug addiction are not noticed by parents. At the stage of latent forming of drug addiction, adolescents use drugs as a means of escaping from family conflicts and other psychotraumatological family related factors.

The main family related factor that increase the risk of using drugs by adolescents and its progress is dysfunction of family structures, disharmony of family education and individual peculiarity of parents. If the family can be described as destructive, tending to divorce, with lost members or too rigid, then the risk of using drugs by adolescents is increased. It is shown that starting using drugs by adolescents from such families is an attempt of adaptation to conditions of life. On this stage adolescent drug addiction increases adaptation to the microsocial environment out of the family. Admission of using drugs by adolescent marks a transition to the stage of evident drug addiction. This stage is characterized by deep changes both at personal and individual levels. At the family level a special type of interaction is formed, which is described as codependence.

The refuse to use drugs and start of treatment means family transition to the stage of rehabilitation and remission. Materials of clinical

observations show that remission of drug users is longer, if the family is included in the rehabilitation process.

It is shown that Admission of using drugs by adolescents is a point of bifurcation (I. Prigozhin) in the family system development. Passing this point is of great importance, as it marks the beginning of a special 'drug-addicted' kind of family evolution or further crisis development.

In this research, the priority of family in the dynamic of drug addiction is proved. The results of the researches on codependence of sibs and its influence on drug addiction progress are given.

The special unit is devoted to the analysis of peculiarities of forming co-dependence of drug users marriage partners.

The perspectives of creating prophylactic programs, based on developing self-sufficient kinds of activity not associated with addicted behavior, are discussed.

In this paper, the following statement is consequentially proved. Relations between family, teenager groups and macrosocial environment can be described as following: the reasons for using drugs are concentrated in families, teenager groups provide different ways of using drugs, macrosocial environment creates non specific conditions of using drugs.

## **Psychological basis of prophylactic of drug addiction in families**

### **Content**

Preface	4
Chapter 1. Drug addiction as a phenomenon	6
§1. Aspects of analysis of drug addiction as a phenomenon	6
§2. Personal and psychological factors of beginning using drugs	20
§3. The subculture of drug addicted as a factor of beginning using drugs	52
§4. Psychological portrait of drug addicted in the period of growing-up	59
Chapter 2. Problems of families with children inclined to use drugs	68



§1. Family reasons of using drugs	68
§2. Dynamics of family relations at different stages of child's drug addiction	87
2.1. Parents	87
2.2. Sibs and siblings	94
2.3. Marriage partners	99
2.4. Family with lost child	106
Chapter 3. Forms and methods of prophylactic work with families	115
Chapter 4. The basis of prophylactic work	127
§1. Algorithm of drug addiction prophylactic in families	127
§2. Psychologist prophylactic work with families	135
§3. Diagnostic of psychocorrectional work effectiveness	143
§4. Tasks of psychologist in structure of prophylactic activity in state and public organizations	148
Conclusion	151
References	155
The list of dissertation papers on devoted to the drug addiction problem that were done on Psychological Department of Samara State University	163
Supplement 1. Aphorisms by drug addicted	164
Supplement 2. Irrational convictions that are typical for drug addicted	165
Supplement 3. Structural interview with parents of drug addicted.	166
Supplement 4. Carte of evaluation... (for social workers)	168
Supplement 5. Carte of evaluation... (for social pedagogues)	170
Supplement 6. Carte of evaluation... (for psychologists)	174
Supplement 7. Common conclusions.	179
Summary	180

### **The authors:**

Lisetzky K. S., Ph. D., associate professor, Dean of Psychological Department, the Samara State University – preface, chapters 1, 2, 4, conclusion, supplements; editor

Berezin S. V., Ph. D., associate professor of the Chair of Psychology, the Samara State University – chapter 1, 2, 3, 4; editor

Shapatina O. V., - professor of the Chair of Psychology, the Samara State University – chapter 2

Zinchenko O. P. – Assistant of the Chair of Psychology, the Samara State University – chapter 2

Samykina N. Yu. – Assistant of the Chair of Psychology, the Samara State University – chapter 4; supplements 3,4,5,6,7