

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

Взаимовлияние наркомана и его ближайшего социального окружения, обозначаемое термином "созависимость", является предметом рассмотрения достаточно большого количества авторов. Более того, на сегодняшний день существуют различные по своей научной обоснованности и практической эффективности попытки построения систем терапии созависимости. Наиболее известной и распространенной из них является деятельность Нар - Анон (анонимные родственники наркоманов). Будучи совершенно самостоятельной, полностью независимой от каких бы то ни было государственных или общественных структур, движение Нар - Анон основывает свою деятельность на идеологии и методологии программы "12 шагов". Напомним, что программа "12 шагов" возникла и начала развиваться в США в 1935 году в контексте движения "Анонимные Алкоголики" как попытка практической реализации идеи "терапевтической общины", "терапевтического сообщества". Начиная с середины 40-х годов, движение "Анонимные Алкоголики" широко распространилось по всему миру. В настоящее время количество групп этого движения составляет примерно 100 000 более чем в 200 странах мира. После резкого всплеска наркомании в 60 годы, прежде всего в США программа "12 шагов" стала применяться и для терапии наркоманов, и для терапии созависимости.

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

появлению в конце 40-х годов Миннесотской модели лечения, основу которой составляют следующие представления:

- химическая зависимость (алкоголизм, наркомания) является неизлечимым хроническим заболеванием, имеющим духовную основу и возникающем не по вине заболевшего;
- химическая зависимость является одним из возможных проявлений глубинных духовных дефектов (позже они были названы созависимостью) и имеет единую природу с другими видами зависимости;
- зависимость невозможно вылечить, однако возможен поворот от развития болезни к выздоровлению при готовности человека к такому повороту и желании отказаться для этого от своего волея;
- у человека, страдающего алкоголизмом или наркоманией легко может сформироваться зависимость от любых веществ, изменяющих сознание, волевою, эмоциональную или интеллектуальную сферу. Поэтому лечение по Миннесотской модели - полностью безмедикаментозное;
- лечебный центр должен представлять собой терапевтическое сообщество, персонал которого не противопоставляет себя пациентам, а сотрудничает с ними. Поощряется и стимулируется максимальная открытость в общении, при строгом соблюдении правил конфиденциальности и анонимности;
- ответственность за выздоровление лежит на самом пациенте;
- сотрудник лечебной программы должен быть примером поведения для пациента, взаимоотношения между сотрудниками - примером для построения взаимоотношений пациента с другими людьми;
- крайне желательно привлечение к участию в лечебном процессе всей семьи пациента, а при возможности - и его друзей, сотрудников и т.д.;
- вся терапевтическая система должна представлять собой широкий комплекс мероприятий, включающих профилактику, сеть контактных центров (телефоны, консультационные пункты, амбулатории), лечебные программы, социальную помощь [85].

Со временем Миннесотская модель получила такое же распространение, как и исходная по отношению к ней программа "12 шагов". На ее основе было создано несколько программ работы с различными формами зависимости. Несмотря на распространенность модели, исследования ее эффективности немногочисленны и противоречивы. Более того, Миннесотская модель представляет собой модель лечения, т.е. модель подхода к терапии зависимости и созависимости. При этом подразумевается, что модель подхода адекватно отражает специфику феномена. Однако оценить степень адекватности модели терапии можно, если существует модель феномена, в рамках которой находят свое объяснение известные проявления феномена, а также дается объяснение его происхождения и динамики. Однако, сколь - нибудь удовлетворительная модель созависимости, с которой была бы согласована модель терапии, в рамках обсуждаемого подхода отсутствует. То же самое можно было бы сказать и по отношению к

деятельности групп Нар - Анон. Научное представление о созависимости заменяется в этих программах констатацией факта существования созависимых отношений и признанием своей неспособности справиться с ними.

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

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

Амбулаторная форма работы с наркозависимым задает и амбулаторную форму работы с членами его семьи. Если предположить, что наркоман лечится стационарно, а люди, находящиеся с ним в отношениях созависимости - амбулаторно, то, очевидно, что это сразу же распределяет роли "больной" - "здоровые" и нарушает баланс ответственности за совместное выздоровление в семье. Таким образом, мы полагаем, что одним из принципов терапии созависимости является экологический принцип, а наиболее оптимальной с точки зрения организации - амбулаторная форма работы. Помимо создания и поддержания указанного условия "равенства" участников терапевтического процесса (в противовес "он - больной, а мы - родственники - здоровы"), являющегося основой равенства ответственности, амбулаторная форма организации терапии

созависимости позволяет также:

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

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

Решающее значение для формирования СРРН имеет повышение уровня тревожности в первое время после обнаружения того, что ребенок употребляет наркотики. Тревога родителей вызвана целым рядом причин. Во-первых, большой неопределенностью будущего. Зная о негативных последствиях наркомании, опасности гибели ребенка, мнении о неизлечимости наркомании, родители испытывают значительную фрустрацию, которая тем сильнее, чем ниже уровень их исходной осведомленности. Во-вторых, ощущением беспомощности перед опасным пристрастием ребенка. Все напряжение их сил, обращение к своему родительскому опыту, весь тот арсенал воспитательных средств, который был накоплен за предыдущие годы, - все это оказывается теперь неэффективным и малополезным. Увы, в "борьбе" с родителями за свою независимость от них подростки могут "случайно обнаружить" самый мощный аргумент, перед которым родители бессильны.

В-третьих, стремительные изменения в психологическом складе личности ребенка, его поведении, социальном окружении, физическом облике ежедневно подтверждают для родителей обреченность их ребенка и всякую безнадежность любых усилий.

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

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

При работе с родителями наркоманов необходимо учитывать их склонность к манипулятивному поведению, являющемуся одним из наиболее ярких проявлений созависимости. Разрушение манипуляций вызывает у родителей наркоманов (и других членов семьи) естественное напряжение, которое способно разрешаться в широком диапазоне реакций [14]. В связи с этим, терапевт должен быть очень внимателен к проявлениям подлинных и искренних чувств, поддерживать их и разрушать манипуляции и типичные для созависимых игры.

Заметим также, что по мере формирования созависимости у родителей наркоманов снижается способность к адекватному отражению эмоциональных состояний других людей [62], происходит поляризация сознания [93].

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

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

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

Важным для понимания природы созависимости и, соответственно, определения принципов ее терапии, является анализ процесса взаимодействия интериндивидуальных проявлений наркотической личности (в процессе реального взаимодействия) и влияние ее метаиндивидуальной продолженности на личностную динамику близких наркомана. Нам представляется, что осуществление такого анализа возможно с позиции синтетического подхода, объединяющего концепцию отраженной субъектности (В.А. Петровский) и концепцию эго-состояний (Э.Берн). Основные положения, позволяющие осуществить такой синтез, разработаны В.А. Петровским и его сотрудниками:

1. "Каждое из эго-состояний может опосредовать процесс межиндивидуального отражения..."
2. Отражается личность в целом, со всеми тремя эго-состояниями, независимо от того, какое эго-состояние актуализировано у отражаемого в момент осуществления отражения.
3. . Одним из основных факторов, определяющим характер конверсии, т.е. переноса другого человека из пространства реального бытия в пространство его идеального бытия в личности отражающего является качество контакта между отражаемым и отражающим...
4. Отражение выступает в качестве источника динамики (достройки, соотношения, обогащения) эго-состояний отражающего" [89].

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

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

1. У родителей преобладают проявления эго-состояния "Родитель".
2. В момент реального взаимодействия с родителями наркоман находится в "схеме наркоманского поведения", т.е. проявляется его наркоманская личность.
3. Взаимодействие наркомана и его родителей носит преимущественно конфликтный характер, при этом используются негативные стратегии конфликтного поведения.
4. Контакты наркомана и его родителей носят эмоционально перенасыщенный характер, что переживается и тем и другими как избыточность контакта. (Родители говорят: "устали", наркоман говорит: "достали уже".) Иными словами, возникает ситуация невозможности адекватного ответа на "прикосновение" другого.

Таким образом, мы полагаем, что эго-состоянием, опосредующим процесс межиндивидуального отражения, т.е. конвертором [89] у близких наркомана является Родитель. Процессы конверсии с позиции Родителя, Взрослого и Ребенка подробно рассмотрены в работе В.А. Петровского и его сотрудников [89]. При этом отмечается, что "когда конвертором выступает Родитель, порождаются формы эго-состояния Ребенок" [89]. Это положение полностью объясняет эмпирически обнаруженное нами преобладание Адаптивного Ребенка у родителей наркомана (Глава 2.2). Достройка Ребенка у родителей наркомана объясняет динамику интраиндивидуальных черт родителей наркомана, обозначаемых нами как СРРН (синдром родительской реакции на наркоманию). В.А.Петровский и его соавторы выделяют две формы порождаемого эго-состояния Ребенок: одна из форм означает растворенность другого в порождаемом Ребенке, вторая форма заключается в отстранении другого как значимого существа, в упразднении его как субъекта [89].

В первом случае практически растворяются границы, отделяющие Ребенка наркотической личности от Ребенка родителей наркомана. Ребенок наркотической личности эмоционально переживается родителями наркомана как их собственный Ребенок. "Здесь мы имеем дело, - пишут авторы цитируемой работы, - с тем, что обозначают термином фиксация" [89]. Поведение, мышление, эмоции родителей наркомана оказываются полностью зафиксированы на наркомании их ребенка, что резко сужает круг их возможностей, реакций, проявлений, что в конечном итоге приводит к "растворению" родителей в наркомане: "ничего не осталось: ни чувств, ни интересов, ни желаний..." (Нина П., 41 год, мать наркомана). Наличие таких фиксаций приводит к тому, что образ ребенка - наркомана становится ригидным. Именно с этим связано на наш взгляд то, что родители наркомана не замечают реальной динамики состояния их ребенка - наркомана.

Во втором случае конверсии по средством Родителя наркоман упраздняется как субъект: "Упразднение" подразумевает ряд противопоставлений, осуществляемых Родителем: другому человеку отказывают в праве на собственное мнение или принятие ответственности, в понимании ситуации и т.д.; он воспринимается как не управляемая, не имеющая никакой внутренней логики и порядка в себе сила и пр., т.е. низводится до эго-состояния Ребенок; но это - отчужденный Ребенок, "не Я" [89]. Это приводит к тому, что родители стремятся к тотальному контролю за поведением наркомана, полному принятию ответственности на себя. "Родитель - конвертор оттесняет, таким образом, другого человека на самые архаичные, бессознательные уровни своего Ребенка. Мы имеем дело еще с одним механизмом психологической защиты - вытеснением" [89].

Исследования, проведенные нами с помощью ТА методов диагностики (трансактная интерпретация РДО и стиля воспитания в период, предшествующий наркомании)

показывает, что порождение конкретной формы эго-состояния Ребенок, когда конвертором выступает Родитель связано с преобладанием какого-либо аспекта Родителя у отражающего: если у родителя наркомана преобладает Контролирующий Родитель, то происходит упразднение наркомана как субъекта, если у родителя наркомана преобладает Опекающий Родитель - фиксация. Если в преморбиде у родителей аспекты Родителя представлены примерно в равном соотношении, то в период болезни наркомана у родителей наблюдается крайняя поляризованность сознания [93].

С этих позиций очевидно, что эффективная терапия созависимости возможна, если создаются условия для порождения и поддержания у родителей наркомана конверсии, осуществляемой Взрослым. Таким образом, задача терапии созависимости заключается в том, чтобы "запустить механизм "Взрослой конверсии" [89]. С наращиванием интенсивности "Взрослой конверсии" у родителей наркомана постепенно преодолевается страх, растерянность и ощущение абсолютной беспомощности; кроме того, преодолевается наивное убеждение, что только тотальный контроль способен спасти их ребенка. Все вместе это расширяет способность родителей действовать "здесь и теперь", активизирует воспитательное творчество родителей. Мы полагаем, что активизация "Взрослой конверсии" является одним из наиболее важных принципов терапии наркомании: Взрослый родителей, отражаясь в наркомане, наращивает и усиливает здоровую часть его личности.

Необходимо заметить, что активизация и деконтоминация Взрослого родителей является одной из наиболее сложных задач. Сложность решения этой задачи помимо ранее упомянутых особенностей созависимых усугубляется еще и тем, что пребывание во Взрослом означает для родителей пребывание в состоянии неопределенности. Родители наркомана более - менее уверенно чувствует себя в эго-состоянии Родитель: их чувства и мысли не просто понятны им самим - они соответствуют культурному стереотипу, исторически сложившемуся образу родительского поведения; с другой стороны, реакции их ребенка - наркомана предсказуемы, его реакции на Родительские проявления его родителей предопределены. Не менее "комфортным" оказывается для родителей наркомана и эго-состояние Ребенок. Пребывание в Ребенке позволяет им полностью делегировать ответственность за то, что происходит с ними и их семьей внешним обстоятельством, а ответственность за успех терапии - сотрудникам реабилитационного центра. Пребывание во Взрослом означает для родителей неизбежную необходимость выхода за пределы социально-культурных стереотипов родительского поведения, принятия ответственности за результат своих поступков и действий. Это и означает для них оказаться в ситуации неопределенности. В связи с этим мы считаем, что одна из задач в работе с родителями наркоманов заключается в том, чтобы формировать у них "способность находиться в состоянии неопределенности, тайны, в сомнениях без раздражающей погони за фактами и причинами" [158].

Концепция отраженной субъектности и концепция эго-состояний позволяет по-другому взглянуть на те программы терапии созависимости, о которых речь шла выше. Поскольку подавляющее большинство этих программ основано на идеологии "12 Шагов", нам представляется возможным ограничиться анализом пунктов именно исходной 12-ти шаговой программы.

Программа работы групп членов семьи наркоманов Нар - Анон и других представляет собой текстуально модифицированную программу "12 шагов" для алкоголиков. Сущность программы при этом остается неизменной.

1. Мы признали свое бессилие перед алкоголем, признали, что наша жизнь стала неуправляемой.
2. Пришли к убеждению, что лишь Сила, более могущественная, чем наша собственная, может вернуть нам здравомыслие.
3. Приняли решение вверить нашу волю и нашу жизнь Богу, как мы его понимаем.
4. Произвели глубокое и бесстрашное исследование своего поведения.
5. Признались перед Богом, собой и другим человеком в сущности своих ошибок.
6. Полностью подготовились к тому, чтобы Бог избавил нас от всех отрицательных черт нашего характера.
7. Смиренно попросили Его устранить наши изъяны.
8. Вспомнили всех, кому мы причинили зло, и приготовились возместить им нанесенный ущерб.
9. Лично возместили ущерб всем этим людям, где это было возможно, кроме тех случаев, когда такое возмещение принесло бы вред им или кому-либо другому.
10. Продолжали критически наблюдать за своим поведением и когда ошибались, своевременно признавали это.
11. Старались путем молитвы и размышления углубить наш сознательный контакт с Богом, как мы Его понимаем, молясь о знании Его воли и о силе для исполнения этой воли.
12. Достигнув духовного пробуждения в результате выполнения этих Шагов, мы старались делиться опытом с другими алкоголиками и применять эти принципы во всех наших делах.

Первые три пункта программы с точки зрения ТА активизируют и усиливают Адаптивного Ребенка адепта.

Созависимые, как правило, легко и бесконфликтно принимают эти шаги, поскольку они

соответствуют не только их психологическим особенностям, но и ожиданиям. Далее усиленный Ребенок опосредует процесс межиндивидуального отражения в ситуации взаимодействия с наркоманом и, что еще более важно, в ситуации групповых занятий. В ситуации, когда конвертором является Ребенок, по мнению авторов идеи, [89] происходит достройка Родительского эго-состояния: "Когда конвертором выступает Ребенок, в результате рождается ассоциированный (курсив наш - С.Б., К.Л., Е.Н.) Родитель. Другой человек при этом переживается как источник влияния, которому подвержен отражающий, ... другой человек переживается в своей неотделимости от меня, что ... соответствует категории "интроекция". Переживание другого человека как силы подчиняющей меня (А именно это и должно быть признано на первом шаге программы Нар - Анон - С.Б., К.Л., Е.Н.), свидетельствует об актуализированности другого в качестве Родителя" [89]. Нам представляется, что актуализация в качестве Родителя группы (групповой субъект) и ее ведущего будут означать закрепление отношений созависимости: возникает комплиментарная пара Адаптивный Ребенок родителей и Родитель, представленный групповым субъектом. При этом Родитель родителей наркомана ассоциируется с группой, выполняющей функции Родителя.

Группа, как групповой субъект, интроецируется в Родительское эго-состояние каждого участника группы во всей совокупности внутригрупповых отношений. Существующая практика ведения групп для созависимых Нар - Анон такова, что достроенный в группах Нар - Анон Родитель получает поглаживания и таким образом подкрепляется. Внешне такое подкрепление выражается в поддержке и поощрении сколь угодно продолжительных монологов родителей обличающего или "покаянного" характера.

Очевидно, что именно этот ассоциированный достроенный Родитель и становится той Силой и "Богом, как мы его понимаем" - шаг 2 и шаг 3 - к которому в последствии должны обращаться созависимые для преодоления своей созависимости.

Следующий, четвертый шаг, означает для родителей наркомана ничто иное как анализ их Адаптивного Ребенка со стороны их ассоциированного Родителя. Обнаруженные в ходе такой работы черты характера признаются негативными (шаг 5). На следующих этапах работы (шаг 6 и шаг 7) происходит дальнейшее усиление и наращивание Родительского эго-состояния. Остальные шаги - 8, 9, 10, 11 и 12 - также направлены на усиления Родителя. Нетрудно заметить, что "дефекты характера", от которых созависимых должен избавить "Бог, как мы его понимаем", есть не что иное как достроенный, обогащенный на стадии открытой наркотизации ребенка Ребенок родителей наркомана.

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

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

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

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

- каковы условия развития личности участников программы за пределами сообщества Нар - Анон;
- каково влияние участия в 12 шаговых программах на процесс развития личности;
- как соотносится этика "Высшей Силы" и "Бога, как они Его понимают" с общечеловеческой этикой;
- каково влияние участия в 12 - шаговых программах на качество социальных

контактов за пределами "анонимного сообщества".

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

Давление родителей (независимо от того, индивидуальный это прием, семейный или родительская группа) настолько велико, что удержание себя во Взрослом эго-состоянии оказывается для психолога субъектным поведением. Если теперь, используя различные техники ТА [16], психологу удастся удерживать родителей наркомана в эго-состоянии Взрослый, это и будет создавать необходимые для "Взрослой конверсии" условия. При этом во Взрослом родителей будет субъектно отражаться Взрослый психолога, что приведет к достройке и укреплению Взрослого родителей.

Важно, что, по мнению В.А. Петровского, находясь во Взрослом, психолог, как отражающий субъект, "наделяет значимого другого также чертами Взрослого; это происходит независимо от того, какие эго-состояния актуализированы в данный момент у другого. Происходит подтверждение или авансирование другого человека такими чертами как ответственность, свобода, независимость" [82]. Конверсия "во Взрослого", "делающая" психолога идеальным значимым другим, обусловлена тем, что родители наркоманов, реализуя черты Взрослого, способны воспринимать свою жизненную ситуацию, отбрасывая предрассудки, иллюзии, ложный стыд и другое.

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

Реализация центрального принципа разрабатываемой нами модели терапии

созависимости - укрепление и деконтаминация Взрослого - опирается на проведенный выше анализ психической зависимости наркомана и феномена созависимости с позиции концепции отраженной субъектности и концепции эго-состояний. В связи с этим очевидно, что терапия созависимости как особых отношений с наркотической личностью должна быть обращена к интраиндивидуальным, интериндивидуальным и метаиндивидуальным аспектам созависимости.

Мы считаем, что сделать перечисленные аспекты созависимости доступными для психотерапии возможно, если реализуется комплексный подход, включающий в себя индивидуальную работу с родителями наркомана, участие родителей наркомана в работе родительских групп, а также работу с семьей наркомана как с целым.

Приоритетными формами работы с семьей наркомана мы считаем общесемейные встречи. Практика показывает, что собрать вместе всю семью наркомана удастся с большим трудом. 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. К моменту начала терапии семья наркомана находится в состоянии острого семейного кризиса. Мы склонны рассматривать эту ситуацию как чрезвычайно богатую по своим потенциальным возможностям: происхождение кризиса как точки бифуркации в эволюции семейной системы означает принципиальную невозможность возврата к докризисной системе отношений [11, 12]. Важнейшим условием эффективности в работе с семьей наркомана является субъектная позиция психолога, т.е. его готовность свободно и ответственно предрешать непредрешенное. Поскольку созависимость является, по-нашему мнению, своеобразным способом адаптации к наркомании, то субъектные проявления психолога становятся условием актуализации субъектности членов семьи.

2. Отсутствие психологического запроса со стороны семьи. Семья наркомана обращается отнюдь не за психологической помощью, никак не связывая наркоманию у подростка с его психологическими проблемами в семье или вне семьи. Таким образом, мотивация родителей связана со стремлением получить некую информацию или какое-либо

"средство избавления" их ребенка от наркомании и родители ждут от психолога, что его усилия будут направлены прежде всего на работу с наркоманом.

3. Многослойность семейной проблематики. Наркомания у подростка выступает в качестве своеобразного катализатора множества негативных процессов, которые ранее могли носить вялотекущий, слабовыраженный характер. Здесь часто приходится сталкиваться с симбиотическими, отвергающими или замещающими отношениями, супружескими конфликтами, крайне остро протекающими конфликтами между сибсами, телесными болями, соматическими симптомами, невротическими расстройствами, последствиями сексуального и физического насилия. С другой стороны, наркомания 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. В сочетании с крайней неуравновешенностью и слабостью эго-состояния Взрослый у наркомана и членов его семьи, высокий уровень тревожности существенно сужает возможности психолога в работе с семьей. Такая работа требует соблюдения гибкого баланса фрустрации - поддержки. И наркоманы, и их родители ждут, что психолог будет организовывать свою работу с ними из Родительской позиции. Говоря словами К. Витакера, семья стремится, чтобы психолог как бы "усыновил 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 семьей наркомана всегда существует опасность "соскользнуть" на выгодную для родителей позицию "консультанта в вопросах наркологии". Нам доводилось наблюдать случаи, когда подобные ситуации воспроизводились на семейных приемах раз за разом, приобретая очертания специфических клинических игр [16]. В значительной степени такой опасности можно избежать, если в Центре, в котором ведется работа с семьей, существует специальная открытая группа, деятельность которой ориентирована исключительно на информирование родителей по интересующим их вопросам наркомании.

Перечисленные трудности работы с семьей наркомана создают специфическую ситуацию эффективная работа с которой невозможна в рамках какой-либо одной модели или терапевтического подхода. Важнейшим фактором эффективности в этом

случае становится плюрализм методов при соблюдении принципа работы с семьей как целым и принципа активизации и укрепления Взрослого.

Групповая работа с родителями наркоманов. Поскольку, как это было показано выше, подростковая наркомания является семейной проблемой, важной составляющей вторичной профилактики наркомании является работа с родителями. В структуре комплексного терапевтического воздействия на семью наркотизирующегося подростка важную роль играют групповые формы работы с родителями. Работа с ними может вестись как параллельно с реабилитационной программой наркомана, так и независимо от нее. Даже если наркоман избегает лечения, родители, посещающие родительские группы, могут изменить свои реализации на наркоманию, свое поведение в семье, свои реакции на ребенка. Клиническая практика подтвердила и необходимость, и полезность таких групп.

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

- психодинамически ориентированные группы (А. Адлер, В. Шутц);
- дискуссионные группы (по модели, например, Р. Дрейкуса);
- группы, основанные на модели группового психологического консультирования (Х. Джайнотт);
- группы, основанные на идеях гуманистической психологии (Т. Гордон, К. Роджерс, 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).

Наш опыт работы с родителями и другими членами семьи наркомана показывает высокую эффективность групп основанных на идеях и принципах трансактного анализа (Э. Берн).

Однако очевидно, что при выборе той или иной модели групповой работы необходимо учитывать специфические особенности психического состояния родителей наркоманов.

К приведенным выше особенностям состояний родителей наркоманов добавим существенные, на наш взгляд, характеристики их поведения в родительской группе:

- поляризованность суждений (а, следовательно, и сознания) 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 уколотый?);
- крайняя зафиксированность на себе и на своей семейной ситуации (часто это приводит к неспособности слышать друг друга);
- непонимание роли и значения собственных усилий, направленных на изменение своего поведения ("А что я могу сделать?", "Речь ведь не обо мне...");
- фиксация сознания на наркомании ребенка, что снижает (вплоть до невозможности) способность к пониманию более широкого круга семейных проблем;

- эмоциональная напряженность и склонность к аффектам;
- обвиняющие Родительские реакции в адрес ведущего в случае его отказа давать конкретные советы (Мы сюда за помощью пришли... Вас нормально спрашивают, а Вы как-то не так себя ведете!);
- уход от обсуждения реальных проблем и отношений с помощью соскальзывания на поиск причин и виновника (Не знаю... Ну где же я проглядела?.. Рос сам по себе... Надо больше было отцу внимания уделять...);
- делегирующая позиция ("А может его куда в общину отправить?...");
- 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 (Мне кажется, Вы не понимаете... у Вас ведь нет ребенка-наркомана...);
- избегание личностной или семейной тематики и стремление обсуждать проблему наркомании "вообще" (А вот скажите, еще где-нибудь в мире такая тяжелая ситуация есть?..).

Перечисленные ранее параметры созависимости, СРРН у отцов и матерей, особенности поведения родителей в группе и являются определяющими факторами при выборе той или иной модели групповой работы с родителями наркоманов.

Как показывает опыт, реализация большинства из названных выше моделей либо встречает в группе родителей наркоманов 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 фактор генерации психической зависимости от наркотика 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 наркоманов к монологу и описательным высказываниям.

Реализация в групповой работе с родителями наркоманов 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 трансактный анализ Э. Берна [16]. 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 трансактного анализа дает возможность для эффективного исследования ими особенностей внутрисемейных отношений, внешне и внутренней коммуникации. Использование модели психологического консультирования и методологии трансактного анализа позволяет решать комплекс взаимосвязанных задач, непосредственно вытекающих из отмеченных выше особенностей семей наркоманов и их родителей:

- повышение ответственности за свое поведение и свою жизнь;
- развитие готовности к творческому реагированию на 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 совершенно 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 применять большое количество терапевтических методов и средств в процессе терапии. Поэтому в рамках модели психологического консультирования и общих принципов трансактного 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 каждый момент времени находясь вне "предлагаемой" наркоманом схемы поведения, т.е. по сути находится в субъектной позиции. 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.

Ранее было показано, что в основе созависимости лежит инобытие наркотической личности. Таким образом, мы можем преодолеть созависимость, преодолевая инобытие.

Поэтому, когда мы работаем с семьей наркомана, мы работаем с отношениями; работа с инобытием, отражением наркотической личности, это, по сути, работа с образом ребенка у родителей. Работа с этим аспектом созависимости может вестись как в группе, так и индивидуально.

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

1. Достижение глубокого понимания ситуации клиента. Рациональный аспект понимания заключается в детальном, рациональном, безоценочном восприятии обстоятельств жизни клиента. Его эмоциональный аспект характеризуется как доброжелательное, заинтересованное, доверительное, но независимое отношение. Позиция психолога может быть охарактеризована как позиция включенности / вненаходимости (М.М. Бахтин). Технологический аспект заключается в том, чтобы, удерживая себя в позиции "Взрослый", вывести в такую же позицию родителя наркомана. Такой тип взаимодействия выступает как условие не только становления

субъект - субъектных отношений, не только психолога и родителя, но и как условие "Взрослой конверсии". Таким образом, суть разрабатываемого нами метода, по меткому замечанию В.А.Петровского, заключается в культивировании взрослых контактов. (Метод взрослых контактов).

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

3. Достижение клиентом осознания и осмысления своей проблемной ситуации. Технологическими средствами, позволяющими решать эту задачу, являются активное эмпатическое слушание, насыщенная адекватная обратная связь, техники трансактного анализа [16]. Усилия психолога направлены на осознание клиентом особенностей "внутреннего" образа наркомана, влияние образа на их поведение и чувства. Примером решения этой задачи может быть следующий диалог.

Психолог: Вот когда у Вас такой образ Вашего сына... как этот образ влияет на Вас?

Клиент: Мне... я чувствую себя беспомощной...

Психолог: Правильно ли я Вас понял, что когда у Вас "такой образ", Вы чувствуете себя беспомощной?

Клиент: Да. Я расстроена... я не знаю, что делать... я даже сказать ему что-то боюсь...

Психолог: Угу... м... что Вы чувствуете по отношению к "этому образу"?

Клиент: Ой... тяжело... ну... да я его ненавижу!

Психолог: Кого?

Клиент: пауза... (растеряно) ...Ну образ... этот. Он что не такой! (По структуре вопросительная эта фраза произносится как восклицательная).

Психолог: Кто?

Клиент: Сын... (неопределенно).

Такая интенсивная коммуникация по поводу влияния "наркоманского" образа сына на жизнь, чувства и поведение родителей приводит их к более полному осознанию и проживанию контактов с подлинным, а не виртуальным субъектом. Психолог побуждает клиента к тому, чтобы более тонко и полно чувствовать и осознавать важные обстоятельства и аспекты ситуации, свои чувства, потребности, переживания и их взаимосвязь с разными образами ребенка - наркомана.

Психолог замечает и делает предметом совместной рефлексии неадекватность (неполноту, категоричность, ригидность, искаженность и проч.) поведения родителей при актуализации наркоманского образа их ребенка - наркомана. Первоначально совместный, этот процесс может все более успешно реализовываться клиентом самостоятельно.

Заметим, что в соответствии с концепцией отраженной субъектности, динамика инобытия (т.е. метаиндивидуального аспекта личности) является условием изменения личности в целом. В связи с этим очевидно, что динамика метаиндивидуального аспекта личности наркомана, инспирируемая и поддерживаемая в процессе работы с родителями, обеспечивает не только разрушение созависимости, но и создает условия для укрепления здоровой части личности наркомана.

Проведенный анализ организационных и методических аспектов работы с родителями наркоманов позволяет нам сформулировать принципы терапии созависимости:

Таблица . Система принципов терапии созависимости

Организационные

Методические

Этические

- Экологичность

- Комплексность терапии созависимости

- Взрослая конверсия

- Адекватный баланс «фрустрация - поддержка»

- Активизация Взрослого

- Плюрализм методов

- Субъект - субъектное взаимодействие

- Конфиденциальность

- Анонимность

- Ответственность

Дополненные этическими принципами, существенными с точки зрения проблем, связанных с наркоманией, организационные и методические принципы образуют систему принципов терапии созависимости.

Резюме

1. В динамике отношений в семьях наркоманов подросткового и юношеского возраста можно выделить специфические стадии, каждая из которых характеризуется своими особенностями семейного функционирования. Выделено три стадии эволюции семей, имеющих ребенка - наркомана:

- Стадия латентной наркотизации (семья до момента обнаружения факта наркотизации).
- Стадия открытой наркотизации (от момента обнаружения факта наркотизации до начала психологической реабилитации).
- Стадия реабилитации и ремиссии. Переход к каждой последующей стадии является ключевым моментом в изменении жизни семьи.

- Латентная стадия наркотизации характеризуется наличием подавленного и вытесненного из сознания членов семьи семейного кризиса. Функционирование механизмов защиты на индивидуальном (вытеснение, подавление, идентификация) и общесемейном (семейные мифы) уровне приводит к тому, что явные признаки неблагополучия семьи и наркомании ребенка "не замечаются" родителями. На стадии латентной наркотизации подростки прибегают к наркотикам как к средству ухода от давления семейных конфликтов и других психотравмирующих факторов семейной природы, снижение генерализованной неудовлетворенности.

Профилактика наркомании на этой стадии заключается в информировании родителей из семей группы риска о признаках возможной наркотизации подростка и привлечение их к работе в родительских группах. Важно, чтобы были созданы предпосылки для:

- более раннего обнаружения наркомании в семье;
- осознания родителями места и роли семьи в динамике наркомании;

- обращения семьи за психотерапевтической помощью;
 - адекватного реагирования родителей на возможное известие о наркотизации их ребенка.
- Основными факторами семейной природы, повышающими риск приобщения подростков к наркотикам, а также влияющими на прогрессивность наркомании являются дисфункциональность семейных структур, дисгармонии 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 семья;
 - распадающаяся семья;
 - неполная семья;
 - ригидная семья.

Мы рассматриваем начало употребления наркотиков подростками из таких семей как попытку адаптации к условиям жизни. Мы полагаем, что наркомания на начальной стадии (стадия латентной наркотизации) повышает адаптированность подростка к микросоциальной среде. Очевидная неадаптивность действующем уровне (формирование созависимости), так и на индивидуальном уровне. На общесемейном уровне складывается особый тип взаимоотношений, обозначаемый термином "созависимость". Созависимость является приспособительной реакцией членов семьи на наркоманию одного из них. Таким образом, созависимость выступает как форма адаптивного поведения. Созависимость как специфический тип межличностных отношений формируется на основе синдрома родительской реакции на наркоманию ребенка (СРРН). Преобладающим эго-состоянием родителей наркомана является Адаптивный Ребенок (АД). Таким образом, субъектным в личности родителей наркомана является проявление Адаптивного Ребенка, тогда как характерные для них проявления Контролирующего и Опекающего Родителя (КР и ОР) являются ролевыми. Коротко говоря, на субъектном уровне в личности родителей наркоманов проявляется АД, на ролевом - ОР и КР.

1. Терапия созависимости должна быть направлена на обеспечение динамики эго-состояний от АД к ЕД и В на субъектном уровне и от КР и ОР к В на ролевом. Важнейшим условием такой динамики является неадаптивное поведение родителей. Неадаптивность их поведения означает выход за пределы созависимых схем поведения и преодоление социо-культурной заданности ролевого поведения. Готовность родителей к неадаптивным реакциям в ответ на наркоманию ребенка формируется в специфических условиях психотерапии, построенной на методологии ТА (Э. Берн) и

теории персонализации (В.А. Петровский).

2. Подходы к терапии созависимости, основанные на 12-шаговой идеологии, ориентированы прежде всего на развитие волевой саморегуляции и самоконтроля за счет достройки Родителя и исключения Ребенка. Развитие такого типа личностной структуры хотя и обеспечивает контроль над проявлениями созависимости, рассматривается нами как специфичная форма структурной патологии (здесь патология - в ТА понимании).

3. основополагающими принципами терапии созависимости является активизация Взрослого созависимых, а также обеспечение и поддержание конверсии "во Взрослого". Последовательная реализация указанных принципов позволяет снизить интенсивность влияния субъектности отраженной наркотической личности в психике созависимости. Иными словами, мы устраняем созависимость, устраняя инобытие наркотической личности, что в свою очередь становится фактором разрушения синдрома психической зависимости. Реализация данного подхода является основой разработанного нами метода Реадальтации (от английского adult - взрослый) В. Петровский, С. Березин, К. Лисецкий, Е. Назаров.

4. Эффективная терапия созависимости возможна, если реализуется комплексное терапевтическое воздействие, включающее в себя индивидуальную работу с созависимыми, групповую работу с родителями наркоманов и работу с семьями наркоманов в целом. Работа с семьей наркомана ориентирована на коррекцию системы семейных отношений, а также на устранение созависимости на интериндивидуальном уровне. Индивидуальная и групповая форма работы направлены на устранение метаиндивидуальных аспектов бытия наркотической личности в пространстве жизни родителей наркоманов. Перечисленные формы работы реализуются в соответствии с организационными, методическими и этическими принципами терапии созависимости.

Источник:

Березин С.В., Лисецкий К.С., Назаров Е.А. Психология наркотической зависимости и созависимости. Монография. - М.: МПА, 2001.