

жется, у них в данный момент не физическое влечение, а такое духовное, родственное».

Таким образом, результаты конкретных психологических обследований показывают, что пациентки клиники пластической хирургии имеют пограничную личностную организацию, выраженную в пограничном или нарциссическом личностном расстройстве. Поэтому, в целях качественного улучшения их жизни, необходимо решить проблему оказания им психологической помощи. Целями психологической коррекции должны стать: формирование адекватного представления пациенток о своем физическом Я, прояснение действительных целей пластической операции, адекватная оценка результатов проведенной пластической операции. Необходима также послеоперационная психологическая поддержка пациенток в тот период, когда, по их словам, они «начинают новую жизнь», то есть пытаются по-новому простроить межличностные отношения, пробуют новые социальные роли, новые формы поведения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аммон Г. Динамическая психиатрия. СПб, 1997.
2. Василюк Ф.Е. Психология переживания. М., 1978.
3. Мольц М. Я — это я. М., 1992.
4. Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности. М., 1990.
5. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995.
6. Субиран Ж.-М. Косметическая хирургия. Ростов н/Д, 1995.
7. Чечельницкая Е.П. Психология нарциссизма // Клинич. психология и психотерапия. 1999. № 1.

Е. Ф. Грибань

ЭТИОЛОГИЯ АДДИКЦИЙ

Аддикция и ее следствия (наркомания, алкоголизм и др.) — чрезвычайно сложные явления. Попытки объяснения данного феномена предпринимались еще с тех пор, когда употребление психоактивных веществ носило сакральный и(или) лечебный характер. В литературе накоплено огромное количество данных по этому вопросу, существует масса разнообразных концепций, теорий, пытающихся разъяснить феномены наркомании, алкоголизма и проч. Кратко охарактеризуем те из них, которые, на наш взгляд, являются основными.

С начала обратимся к значению некоторых базовых терминов, принятых в этой области знания.

Наиболее адекватным обозначением того, что обычно называют наркотиком, является термин «*психоактивные вещества*» (ПАВ): Психоактивные вещества различны по своему составу и действию на организм человека. Их воздействие, в зависимости от дозы, длительности применения, индивидуальных особенностей организма, ряда культурных факторов, может быть прямо противоположным, а их основное сходство состоит в способности изменять психическое состояние человека [13. С. 3—4]. Для обозначения веществ с вышеуказанным действием в научной и популярной литературе используются самые разные термины: наркотики, психотропные средства, психоделические вещества (от лат. *deleo, delere* — уничтожить), в англоязычном вари-

анте — drug (лекарство, средство). Некоторые вещества одновременно могут в одних странах быть признаны наркотическими, в других — нет (например, марихуана, ЛСД). В нашей стране официальным признанием какого-либо вещества наркотическим служит включение его в список наркотиков приказом министра здравоохранения.

Международный классификатор болезней (10-го пересмотра), которым пользуются европейские страны и Россия, относит к психоактивным веществам следующие препараты [10. С. 33]:

- 1) опиаты (например, морфий, ханка, героин);
- 2) снотворные и седативные (например, реланиум);
- 3) кокаин;
- 4) препараты индийской конопли (гашиш, анаша);
- 5) психостимуляторы (например, винт, амфетамин);
- 6) галлюциногены (например, ЛСД, димедрол);
- 7) летучие вещества (например, пары бензина, клея).

В иных странах могут быть приняты другие классификации.

Следующее необходимое нам понятие — *аддикция*. Addiction — пагубная привычка, пристрастие к чему-либо, порочная склонность. Аддиктивным поведением (addictive behavior) стали называть злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние, включая алкоголь и курение табака до того, как от них сформировалась физическая зависимость [10. С. 23—24]. Аддикт (addict), таким образом, — человек, ведущий аддиктивный образ жизни. В зарубежной литературе также можно встретить такие термины, как drug use, drug misuse, drug abuse, в отличие от drug dependence, когда зависимость уже сформировалась.

Сама по себе аддикция как процесс, имеющий определенную динамику, считается именно нарушением поведения, а не болезнью. С возникновением психической, а затем — физической зависимости от ПАВ аддиктивный процесс заканчивается, переходя в болезнь. Для обозначения болезни используются привычные термины «*наркомания*», «*токсикомания*», «*алкоголизм*» и т.п. Приведем клиническое определение наркомании [13. С. 11]: «Наркомания — это состояние, определяемое: 1) синдромом измененной реактивности организма к действию данного наркотика (защитные реакции, толерантность, форма потребления и опьянения); 2) синдромом психической зависимости (обсессивное влечение, психический комфорт в интоксикации); 3) синдромом физической зависимости (компульсивное влечение, потеря контроля над дозой, абстинентный синдром, физический комфорт в интоксикации)».

Довольно часто термины «аддикция» и «наркомания» используются как синонимы, хотя в литературе понятие аддикции трактуется шире: аддикция — любое зависимое поведение с использованием какого-либо объекта (психоактивного вещества, еды, азартных или компьютерных игр, секса, TV, книг, работы и т.п.), позволяющее человеку уклоняться от реальности и имеющее разрушительные последствия для его жизни.

Теперь уделим внимание понятию «*динамика аддиктивного поведения*». Конечно, любое выделение стадий, этапов развития аддиктивного процесса является условным, но позволяет глубже понять само явление. В целом можно выделить следующие этапы развития наркотической и алкогольной аддикций [13. С. 18—21, 23].

Этап первых проб. На этой стадии происходит самое первое пробование какого-либо психоактивного вещества. Так, некоторые родители дают детям пробовать спиртное, курят в том помещении, где есть дети. Несколько позже ребенок(или подросток) пробует какое-либо средство по собственной инициативе, под влиянием приятеля или компании. В нашей культуре первым чаще выбирается алкоголь, иногда — курение гашиша или ингалянты, реже сильные наркотики (опиаты, стимуляторы или галлюциногены). Пробование может привести к неприятным ощущениям и переживаниям, сопровождаться страхом пристраститься или быть сурово наказанным. Результатом чаще становится отказ от дальнейшего потребления. В случае наложения эффекта употребления ПАВ и интенсивных переживаний (радость, экстаз, ощущение риска, драматизма и др.) в сознании может зафиксироваться их связь. Появляется позитивный образ употребления того или иного вещества.

Этап поискового «полинаркотизма». В случае позитивного восприятия первых проб ПАВ обычно наступает время, когда ребенок, подросток стремится перепробовать все доступные ему «удовольствия». Психоактивные вещества здесь пока используются не ради их самих, а для достижения других целей: «для веселья», для обострения восприятия музыки, сексуальной раскрепощенности, облегчения коммуникации, приобщения к группе и др. Пробование обычно ограничено денежными ресурсами начинающего аддикта и культурными обычаями. Способность получать удовольствия естественным путем сохраняется.

Предпочтение определенного вещества. Для этого периода характерна «групповая зависимость», то есть вещество принимается только в конкретной компании и ситуации. Находясь вне этой группы подросток может не испытывать желания употребить предпочитаемое вещество.

В том случае, если аддикт употребил какое-либо ПАВ на фоне фрустрации, негативных переживаний, тревоги и смог отвлечься, преодолеть беспокойство, возможен «сдвиг мотива на цель», то есть вещество вместо средства реализации мотива(например, быть членом группы) становится желанной целью. Вещество наделяется дополнительными свойствами (например, «Сигарета проясняет мне мозги»). Так алкоголь, наркотик и др. начинают употреблять ради них самих. Обычно выбор останавливается на одном—двух субъективно «лучших» веществах. Постепенно поводов для злоупотребления становится больше: все, что вызывает душевное беспокойство, чувство психологического дискомфорта, провоцирует аддикцию. Аддиктивный ритм становится привычным, стереотипным реагированием, методом выбора при встрече с требованиями реальной жизни. Закрепляется представление о себе как о «курящем травку», «иногда выпивающем» и т.п. В тот момент, когда употребление вещества становится психологически необходимым, начинается следующая стадия.

Первая стадия болезни. Переход аддиктивного поведения в болезнь (алкоголизм, наркоманию или токсикоманию первой степени) совершается с появлением индивидуальной психической зависимости [10. С. 27]. Субъективно психическая зависимость проявляется в виде навязчивого стремления повторить употребление вещества. Перерыв в употреблении вызывает чувство тревоги и напряжения, депрессивные

и тоскливо-злые переживания, но тяжелый физический дискомфорт отсутствует. Меняется также картина опьянения: вещество уже не дает первоначального эффекта (например, эйфории), однако позволяет стать активным, энергичным, способным к целенаправленным действиям.

В процессе потребления организм постепенно привыкает к психоактивному веществу, растет способность переносить его действие, то есть повышается толерантность. В результате для достижения прежнего эффекта зависимому требуется все большая доза. Либо больше принимать за один раз, либо чаще употреблять. К некоторым веществам, например, опиатам, толерантность может увеличиваться очень сильно. Доза, которую обычно принимает заядлый опиоман, способна убить новичка. На этой стадии усиливается социальная дезадаптация аддикта. Исчезают прежние, неаддиктивные интересы и контакты, страдает учеба или работа, материальная обеспеченность ухудшается. Однако большим наркоман, алкоголик или токсикоман в этой ситуации себя не считает и лечиться не хочет.

Вторая стадия болезни. Основным признаком второй стадии болезни считается развитие физической зависимости. Физическая зависимость возникает в том случае, когда определенное психоактивное вещество встраивается в обмен веществ и становится необходимым для поддержания нормального функционирования организма. В случае перерыва в употреблении возникает «синдром отмены» — абстиненция. Выраженный абстинентный синдром («похмелье», «ломка», «кумар») включает в себя разнообразные психические и соматические нарушения. Тревога, депрессия, бессонница, апатия, астения, нестойкие идеи самообвинения и раскаянья сопровождаются болями в мышцах, обезвоживанием, симптомами ОРЗ и проч. [10]. Хроническое отравление психоактивными веществами постепенно приводит к серьезным органическим поражениям головного мозга, печени, почек и др.

Психологическая зависимость на этой стадии усиливается и приобретает компульсивный характер. Вследствие этого аддикт не способен совладать со своим желанием и стремится его удовлетворить во что бы то ни стало. Наличие у себя болезни, в целях защиты эго, отрицается. Продолжается рост толерантности, употребление вещества носит стимулирующую функцию, социальная дезадаптация носит выраженный характер. Забрасывается учеба или работа, все мысли сконцентрированы на добыче необходимого средства. Для его получения используются любые средства: кража, проституция, продажа наркотиков, вовлечение новичков и т.п.

Третья стадия болезни. На этом этапе неотвратимо продолжается психическое и органическое разрушение, приводящее к инвалидности. Все признаки второй стадии усиливаются. Поведение носит асоциальный характер. Психотерапевтические усилия здесь уже бесполезны.

В настоящее время в научной литературе сосуществуют три взаимодополняющих друг друга подхода к проблеме этиологии аддикции. Два из них — биологический и социологический — начали формироваться еще в XIX веке, психологический — с начала нашего века. Взгляды на проблему менялись, эволюционировали, однако и сегодня нельзя с уверенностью сказать, что найдены четкие причинно-следственные связи между фактами жизни человека и развитием у него наркомании, токси-

компании или алкоголизма. Большинство специалистов сходятся во мнении, что в формировании аддикции участвуют многие факторы, совместное действие которых на жизнь индивида и определяет его аддиктивный выбор. В настоящее время *аддикция понимается как многофакторное биопсихосоциальное явление.*

Итак, существует, по меньшей мере, три способа рассмотрения интересующего нас феномена: биологический, социологический и психологический. Разные авторы в своих исследованиях делают акцент на том или ином аспекте, выделяя его как доминирующий при формировании аддикции. Однако выделить эти аспекты можно лишь условно, поскольку всякое замыкание в рамках исключительно одного подхода неизбежно означает несостоятельность концепции, и понимание этого заставляет авторов учитывать различные точки зрения.

В русле *биологического подхода* к проблеме специалисты-наркологи делают акцент на индивидуальной биологической предрасположенности к злоупотреблению психоактивными веществами как доминирующем факторе развития аддикции.

Отечественные и зарубежные исследователи неоднократно изучали проблему взаимосвязи разнообразных характеристик человека с фактом злоупотребления ПАВ. Так, например, в рамках деятельности санкт-петербургской психоневрологической школы проводилось изучение воздействия неблагоприятных микросоциальных условий на формирование отклоняющегося поведения [14]. Полученные данные свидетельствуют о том, что социальные характеристики кровной семьи, по сути, одинаковы при суицидальном поведении, невротическом развитии, криминальности и наркоманическом поведении; что отклоняющееся поведение представляет собой комплекс различных форм девиаций. Отсюда делается вывод о неспецифичности средовых воздействий и их вспомогательной роли в формировании химической зависимости. Среди определяющих аддиктивный выбор биологических особенностей отмечают патологическую наследственность аддиктов (расстройства аффективной сферы, алкоголизм предков и др.), наличие у них органических поражений ЦНС, некоторых морфо конституциональных особенностей [10]. Однако однозначных связей между описанными выше характеристиками и злоупотреблением не обнаружено; указанные особенности, скорее, являются фактором риска для перехода аддикции в болезнь.

Интересна так же эндорфинная гипотеза патогенеза наркоманий, предложенная Хадсоном [10. С. 261]. Предполагается, что эндорфины (естественные химические вещества с морфиноподобным действием, содержащиеся в головном мозге) участвуют в физиологической реакции защиты от боли и других стрессов. Согласно этой теории, среди употребляющих психоактивные вещества зависимыми становятся те, у кого существует «эндорфинный дефицит», или повышена «эндорфинная продукция»; конституционально присутствует чрезмерное количество эндорфинных рецепторов в мозгу, или эти рецепторы обладают повышенной чувствительностью. В результате в организме легче пробуждается потребность в экзогенных веществах, по эффекту подобных эндорфинам.

Сотрудниками кафедры психиатрии и наркологии Казанского ГИДУВа, в свою очередь, представлены данные исследования токсико-

маний [12. С. 15]. Материалы свидетельствуют о существовании взаимосвязи между железодефицитным состоянием организма и риском развития у детей и подростков пристрастий к средствам бытовой химии. В случаях железодефицита отмечается изменение вкусовых и обонятельных предпочтений, в результате чего может возникнуть влечение к употреблению малосъедобных веществ (уголь, сырое мясо) и вдыханию паров ацетона, бензина, клея и т. п.

Достоверных причинных связей между наследственностью, органическим нарушениями и др. биологическими характеристиками человека и формированием аддикции на сегодняшний день не установлено. Таким образом, указанные выше биологические особенности человека являются не этиологическими, а патогенными, то есть, предрасполагающими к развитию аддикции.

С социологической точки зрения наркомания, алкоголизм, токсикомания рассматриваются как социальные отклонения, «болезни общества», виды нарушения взаимоотношений человека с окружающими его людьми и общественными институтами [11].

Отечественные социологи [9; 15] рассматривают наркоманию как деятельность части ее членов, целесообразную с точки зрения общества в целом. Задача социологического анализа — определить, в чем заключается цель этой деятельности, и как она соотносится с целями других социальных групп и всего общества. Психоаналитически ориентированные авторы по этому поводу отмечают, что в случаях наркомании и делинквентного поведения большую роль играют бессознательные процессы, разворачивающиеся между обществом и аддиктами [8]. Наличие в социуме аддиктивных групп позволяет остальной части граждан на бессознательном уровне проецировать на них собственные негативные качества. Так, пьющий отец клеймит сына-наркомана. «Лица с наркотической зависимостью, — пишет П. Куттер, — отражают наше собственное потребительское поведение, а именно: желать и иметь желаемое любой ценой, чувство собственника и владельца, равно как и общественные холодность и безразличие» [8. С. 212].

В литературе встречается множество работ, посвященных исследованию социальных факторов, способствующих распространению наркомании, алкоголизма и др. К подобным факторам можно отнести: 1) социальные катастрофы, 2) кризисы, которые влияют на степень внутреннего напряжения и провоцируют злоупотребление, 3) миграции населения, 4) доступность наркотических средств и расширение их ассортимента, 5) отсутствие альтернативных развлечений, а также 6) неэффективность традиционной системы антинаркотической пропаганды, использующей методы запугивания и запрещения, 7) наличие культурных традиций злоупотребления, моды на употребление наркотиков, 8) высокую распространенность аддикций в семьях и молодежных группах.

Существуют противоречивые мнения о влиянии злоупотребляющих родителей и сверстников на приобщение подростка к ПАВ. Ранее, в качестве причины злоупотребления несовершеннолетних авторы указывали на злоупотребление старших, современные исследователи утверждают, что такая зависимость неоднозначна. Из родительской семьи ребенок усваивает жизненные цели, ценности и перспективы, поэтому аддиктивная семейная ситуация искажает жизненные ориенти-

ры подростка, способствуя его конформизму по отношению к групповым нормам. С другой стороны, большое значение имеет аддиктивность референтной группы подростка, поскольку именно из нее усваивается манера и стиль жизни. Попадание подростка из аддиктивной семьи в аддиктивную группу в большинстве случаев ведет к формированию зависимого поведения.

Таким образом, влияние социальных факторов очень велико, но и они играют патогенетическую, а не этиологическую роль. Вспомним об указании медиков на неспецифичность средовых воздействий. Иначе, почему не все члены нашего общества стали наркоманами, алкоголиками или токсикоманами?

Психологический подход к проблеме этиологии аддикций, в свою очередь, отличается от биологического и социологического. Общим для концепций данного направления является представление о том, что решающее влияние на развитие аддикции, на фоне биологической и социальной предрасположенности, оказывают психологические характеристики человека. Разные психологические направления подчеркивают роль тех или иных параметров — личностных особенностей, мотивации, поведения, взаимодействия с семейным окружением и проч. Рассмотрим их несколько подробнее.

Вероятно, исторически первой психологической традицией изучения химических зависимостей является поиск *специфических личностных особенностей*, предрасполагающих человека к поиску и злоупотреблению ПАВ.

Влияние устойчивых личностных особенностей (черт) на формирование злоупотребления психоактивными веществами широко изучалось как отечественными, так и зарубежными авторами. Полученные данные несколько противоречивы, так как злоупотребление разными ПАВ ведет к специфическим личностным искажениям, и не всегда ясно, какими личностными чертами обладал аддикт до заболевания, а какие приобрел в ходе болезни. При изучении личности на фоне уже развернувшегося заболевания выясняется скорее «типичный портрет» злоупотребляющего, а не те черты, которые способствовали вовлечению в аддикцию. Лонгитюдные исследования так же не дают представления об «особой структуре личности». Сложности экспериментального исследования в этой области способствуют тому, что в психологической литературе, наряду с подробными описаниями феноменологии поведения и характера больных, обычно отсутствует анализ того, как и почему сформировался этот характер.

Тем не менее, проведенные исследования позволяют описать наиболее распространенные личностные особенности аддиктов следующим образом [5; 11]:

— в сфере поведения: эгоцентризм в общении, отсутствие интереса к другим людям; тенденция решать проблемы путем ухода в мир фантазий и потребления ПАВ; однотипный способ реагирования на фрустрацию, неумение адекватно справляться с трудностями; несоответствие притязаний своим возможностям; склонность обвинять окружающих;

— в аффективной и мотивационно-потребностной сфере: эмоциональная неустойчивость; низкая фрустрационная толерантность и быстрое возникновение тревоги и депрессии; неадекватная, чаще снижен-

ная, самооценка; агрессивность; социофобии; нарушение чувства будущего (пессимизм, несформированность планов, перспектив); слабый самоконтроль, стремление к немедленному удовлетворению своих желаний; внушаемость; неудовлетворенные потребности в защищенности, самоутверждении, свободе, принадлежности, временной перспективе;

— в когнитивной сфере: несформированность абстрактно-логических, рефлексивных функций; отсутствие четких жизненных целей, принципов, ценностей, интересов, нравственных понятий; когнитивные искажения в виде «аффективной логики» (например, сверхобобщения, проживание опыта в «черно-белых» категориях; нетерпимость; преувеличение роли негативных событий и т.п.)

В русле данного направления необходимо отметить результаты работы отечественных авторов А.Е.Личко, В.С.Битенского по патохарактерологическому исследованию подростков с аддиктивным поведением [10]. Отмечается, что риск формирования зависимости существенно повышен у подростков с определенными типами акцентуации характера, а именно, у ребят неустойчивого, эпилептоидного, гипертимного, истероидного типов и их комбинаций. Как писал еще Крепеллин, наркоман выбирает то вещество, дефект от злоупотребления которым сходен с преморбидными особенностями его личности.

В качестве еще одного взгляда на проблему зависимого поведения сегодня получает распространение концепция алекситимии Сифнеоса. Данный автор, на основе собственного клинического опыта и проведенных исследований, выделяет черты алекситимической личности, представляющие риск развития психосоматических заболеваний. В. Буриан [7] вслед за этим показал, что алекситимия также является фактором риска развития наркотической зависимости.

В чем особенности алекситимичной личности? Во-первых, алекситимик затрудняется в распознавании и вербализации собственных и чужих чувств, эмоций, телесного самочувствия и их оттенков. Такой человек малочувствителен к боли и дискомфорту, плохо понимает свои телесные потребности (голод, сон и др.), мало экспрессивен. Склонен подавлять свои отрицательные эмоции, проецировать их на окружающих и занимать пассивно-страдательную позицию. Как следствие — непонимание и конфликты в общении. Во-вторых, у алекситимиков отмечается недостаточный уровень развития абстрактно-логического мышления (вне зависимости от образования), бедность воображения и фантазии, доминирование наглядно-действенного мышления. В-третьих, алекситимик инфантилен как личность. Его представление о себе неразвито, может быть нарушен образ тела. Его способность регулировать себя, осознавать собственные мотивы, цели, намерения понижена. Рефлексия сохраняется преимущественно на действиях. Следствием подобного личностного дефицита обычно становится определенным паттерн реакций: накапливается недифференцированный аффект, который разряжается либо в вегетатике (способствуя соматическим заболеваниям), либо путем употребления психоактивных веществ.

По мнению специалистов, этот дефект возникает в раннем детстве в общении с матерью [7. С. 48—49]. В этот период соматическое выражение аффекта — единственная форма коммуникации матери и ребенка, и большинство матерей воспринимают его как требование поддержки.

При этом они способствуют формированию у ребенка навыков самонаблюдения и вербального отчета о своих эмоциях. В результате аффект у детей вербализуется и дифференцируется. Ребенок становится более терпеливым к своим переживаниям. Если же интеракция ребенка и матери нарушена, то аффект вербализуется неадекватно, остается недифференцированным и воспринимается как угрожающий, усиливает опасность инфантильных мечтаний. Особенно опасно такое состояние у подростка, когда инфантильная связь с родителями должна прекратиться и заместиться зрелыми связями с другими людьми. Разрыв близости с родителями вызывает у подростка, как правило, депрессивные переживания, а невербализованность и недифференцированность делает эту депрессию труднопереносимой; он может начать бороться с ней с помощью алкоголя и наркотиков.

Другим общепринятым инструментом понимания этиологии химических зависимостей является *психодинамический подход*.

С позиций психодинамического подхода зависимость от алкоголя или наркотиков (прежде всего психическая зависимость) — это симптом, отражающий деформацию развития личности. Аддикция как диагноз соотносится с «постклассическими» неврозами, наряду с нарциссическими нарушениями личности, пограничными состояниями и случаями пациентов с неврозами недостатка [8. С. 210].

В теории классического психоанализа злоупотребление наркотиками или алкоголем трактуется как выражение неосознанного конфликта между Id и Super-ego. Фрейд считал, что первичной онтогенетической формой аддикции является мастурбация, поэтому бороться против злоупотребления психоактивными веществами также тяжело, как и против онанизма, и практически бессмысленно. Поскольку ведущим побудительным мотивом аддиктивного поведения, как сообщают сами аддикты, оказывается желание пережить удовольствие, эйфорию, а принцип удовольствия — ведущий закон Id, то борьба с наркоманией неизбежно вызывает сильнейшее сопротивление, которое серьезно затрудняет лечение. Как известно, З.Фрейд алкоголиков и проч. не принимал, считая их неподдающимися классическому психоанализу.

Современный психоанализ отмечает у аддиктов наличие «базисного конфликта», негативного детского опыта, когда законные потребности ребенка в уважении, в полных любви, участия и нежности отношениях с родителями по тем или иным причинам не удовлетворялись. Предполагается, что аддикты имеют психологические травмы, относящиеся к самому раннему возрасту (до года) — неадекватный уход, эмоциональная депривация, жестокое обращение и т.п. Во взрослом возрасте аддиктам свойственны тяжелые малоосознаваемые переживания страха, вины, собственной неполноценности, стыда и др., защитой от которых и служит употребление психоактивных веществ.

Таким образом, употребление ПАВ рассматривается как эго-защитный механизм, обычно нацеленный на:

- 1) защиту от депрессии, которая порождена неудовлетворенностью оральной зависимости, связанной с фиксацией аддикта на оральной стадии развития;
- 2) защиту от латентного гомосексуализма;
- 3) защиту от тревоги, идущей от бессознательных агрессивных импульсов;

4) самодеструктивное поведение как результат интроецированных «матереубийственных» импульсов, связанных с неразрешенным враждебно-зависимым отношением к матери.

Большинство аналитиков отмечают очевидный характер орально-сосущего поведения алкоголиков, которое понимается как продолжение поведения младенца по отношению к материнской груди. «Бутылка или стакан могут иметь даже преимущество по сравнению с материнской грудью, поскольку они всегда есть в распоряжении» [8. С. 208]. Отмечается также саморазрушительный аспект алкоголизма и наркомании, включающий в себя как социальные последствия и связанные с этим индивидуальные беды и катастрофы, так и соматические следствия, связанные с токсическим воздействием алкоголя на печень, желудочно-кишечный тракт и нервную систему.

Особое значение придается авторами символическому значению психоактивных веществ для аддикта. Не сами по себе наркотические вещества привлекают человека, а те бессознательные фантазии (то есть, глубинная мотивация личности), которые проецируются на наркотики. В неосознанных фантазиях алкоголь может символизировать молоко, мочу, сперму, фекалии, а сосуды, в которых хранят алкоголь, — соответственно женскую грудь, пенис, мочевого пузырь и т. д. Для многих алкоголиков местный бар в фантазиях превращается в хороший и уютный дом, наполненный радостью и теплыми чувствами, бармены и другие посетители — в «добрых родителей», что очень контрастирует с холодной и ригидной атмосферой их собственного дома.

Нужно также отметить, что подростковый возраст является особенно кризисным для развития аддикции. В этом периоде происходит, по мнению аналитиков, возрождение эдипова комплекса, однако теперь подросток должен отыграть его уже не по отношению к собственным родителям, а вынести в социум, социализировать сексуальное влечение. Данная ситуация провоцирует состояние тревоги, с которой подросток, имевший в прошлом опыт формирования идентичности (нормальное прохождение через кризис трех лет), способен справиться, регрессируя к этому опыту. Если же в возрасте трех лет ребенок не завершил сепарацию, подростковые проблемы у него так сильны, что он не в состоянии с ними справиться. Вследствие этого у подростка могут возникать острые психические нарушения, а также поведенческие девиации, если этому способствует его референтная группа. Аддикция в данном случае выступает в качестве защиты от сепарационной тревоги и дезинтеграции.

Таким образом, под действием своей глубокой личностной деформации аддикты не умеют искать в реальности то, что им требуется. У них отсутствует терпение, способность сближаться с другими людьми, склонять их на свою сторону, строить откровенные, надежные и полные чувств отношения и поддерживать их [8. С. 213]. Поэтому такие люди предпочитают любое, пусть и вредное средство, лишь бы сделать невыносимое положение терпимым. Наркотики становятся для них драгоценностью, благотворным объектом, желанным именно из-за его благоприятного действия. В таком случае вредное фармакологическое действие наркотиков либо вообще не берется в расчет, либо вытесняется.

Сходным образом, но в иных терминах, понимается феномен аддикции в транзактном анализе Э.Берна [1]. Алкоголизм, наркомания рас-

смаstrиваются как игры на всю жизнь, серии скрытых дополнительных транзакций с четко определенным исходом. В игре есть свои роли, выигрыши, известные ходы, однако игроки никогда не достигают настоящей человеческой близости. По мнению Берна аддиктами становятся люди, следующие сценарию предписанию: «Убей себя». То есть, в результате опять-таки искаженных отношений с родителями, а позже — с самим собой, у человека может выработаться саморазрушительная позиция (я — не о'к, ты — о'к, или я — не о'к, ты — не о'к) и мироощущение неудачника. Обычно в реальной жизни такая установка ведет к быстрому или медленному самоубийству — прыжку с моста, автомобильной катастрофе или смерти от обжорства, алкоголя, наркотиков.

Еще один аналитически ориентированный автор, С. Гроф, разрабатывающий трансперсональную психологию, также считает алкоголизм и наркоманию «растянутыми во времени формами самоубийства» [3. С. 194]. Глубочайшим мотивом к потреблению ПАВ Гроф считает жажду человека пережить снова блаженное недифференцированное единство, связанное с безмятежным периодом внутриутробной жизни, хорошего ухода в младенчестве. Психологический механизм при алкоголизме и наркомании отражает, по его мнению, бессознательную тенденцию отменить сам процесс рождения и вернуться в утробу.

Существует еще много не затронутых нами аналитически ориентированных концепций, рассматривающих проблему аддикции со своей позиции. Так или иначе они обращаются к проблемам детства, скрытым механизмам, ведущим человека к употреблению ПАВ.

Следующая традиция объяснения проблемы аддикции принадлежит широкому руслу *поведенческих концепций*. Общим для них является понимание аддикции как нарушения поведения, которое возникло под действием научения (или подкрепления) и может быть прервано, перестроено и т.п.

В концепции подкрепления, например, аддикция рассматривается как паттерн поведения, попавший под контроль схемы с неподходящим способом подкрепления психоактивным веществом [6. С. 101]. Именно эффектом подкрепления П. Дьюис объясняет более частое внутривенное употребление героина (что опаснее), чем курение опиума (менее опасно, более приятно, но действует не так мгновенно). Подкрепление формирует целые паттерны поведения, необходимые для получения опиатов.

Теория научения, в свою очередь, делает акцент не только на подкреплении, но и на научении. Согласно этой концепции, действия, ведущие к успеху, легче повторяются в результате субъективного переживания успеха, чем действия, ведущие к неудаче. Награда мотивирует действие к повторению, наказание — к отказу. Данный механизм поведения формируется в онтогенезе во многом вследствие воздействия современной системы образования и воспитания. Наркотик или алкоголь позволяют боязливым освободиться от страха и неуверенности. Подобное позитивное воздействие повышает у них потребность в ПАВ, стремление к их повторному приему [6. С. 102].

С точки зрения когнитивно-поведенческой теории аддикция любого типа рассматривается как нарушение поведения, возникающее вследствие пробелов в обучении, образовании, воспитании. Такое нарушение является квазиудовлетворением базисных потребностей в безопасности,

принадлежности, достижении и свободе [4. С. 17]. Считается, что нарушения поведения у человека могут возникать вследствие фиксированных неаргументированных правил и иррациональных установок, ведущих к когнитивным искажениям, которые проявляются как когнитивные пробелы и аффективная логика. К когнитивным пробелам относятся: абстрактность, сверхраспространенность суждений («Мир или черный, или белый»); правила долженствования («Мать должна меня содержать до 18 лет»); правила избегания и уклонения; правила, связанные с эмоционально-аффективным опытом («Уже при воспоминании об экзамене у меня возникает дрожь»). Аффективная логика может проявляться как: «произвольное отражение» (например, «я — неудачник» или «я — супермен»); «селективная выборка» (например, «меня в школе никто не любит, так как я плохо учусь»); «абсолютное мышление» (например, «все или ничего», «мир или черный, или цветной»); ориентация на слишком жесткие нормы и требования, перфекционизм, нетерпимость и нетерпеливость, не позволяющие отношениям личности обрести устойчивость и др. Подобная организация когнитивно-эмоциональной сферы служит серьезным фактором риска отклоняющегося поведения.

В настоящее время среди зарубежных и отечественных психологов распространение получила поведенческая coping-концепция, которую все чаще используют для объяснения различных поведенческих девиаций, аддиктивного поведения в частности. В рамках этого направления зависимое поведение рассматривается как неспособность использовать в напряженных условиях (в стрессе) механизмы преодоления трудностей, то есть копинговые механизмы.

Термин «стресс», введенный Селье, рассматривается здесь в двух аспектах. С одной стороны, под ним подразумевают специфическое психофизиологическое состояние человека, возникающее в ответ на какое-либо чрезвычайное воздействие, отличное от обычного опыта человека. С другой стороны, в расширенное понятие стресса вкладывают и накопление вредностей, пролонгированные отрицательные воздействия, в частности, семейные, школьные. Стрессовые состояния провоцируют человека искать средства их преодоления. Особой уязвимостью в отношении аддикции в подобных ситуациях отличаются люди, которые не умеют эффективно справляться с состояниями чрезмерного напряжения. Факторы социальной или физической среды воздействуют на человека не непосредственно, а через его coping-поведение, которое направлено на совладание со стрессом. Степень и качество сформированности у человека копинговых механизмов определяют индивидуальную стратегию поведения в критической ситуации. В общем виде таких стратегий, направленных на преодоление стресса, может быть три:

- 1) человек может сконцентрироваться на ситуации, стремясь к решению проблемы;
- 2) он может направить свои силы на поиск внешней поддержки, чтобы восстановить и сохранить устойчивое эмоциональное состояние;
- 3) он может реализовать стратегию избегания каких-либо активных действий, необходимых для выхода из трудного положения.

В основе этих стратегий лежат три основных coping-механизма:

— поведенческий coping-механизм, направленный на совладание с ситуацией через изменение стратегии действий;

— эмоциональный coping-механизм, состоящий в стремлении снять эмоциональное напряжение, то есть не разрешить саму проблему, а редуцировать аффективное состояние;

— соматический coping-механизм или «бегство в болезнь», при котором организм становится главной мишенью, куда направлено все вредное воздействие стресс-фактора.

Некоторыми авторами сопоставляются стратегии совладания и аналитические защитные механизмы [2]. В результате было предложено подразделить coping-механизмы на два типа:

1) активные coping-механизмы, направленные на изменение стрессогенной связи с физической или социальной средой, ориентированные на устранение или активное избегание угрозы;

2) пассивные coping-механизмы, являющиеся, по сути, видами психологической защиты, интрапсихическими формами преодоления стресса, которые не предполагают какой-либо активности по изменению ситуации, а лишь предохраняют эго.

Оба эти способа совладания направлены на одну цель - лучшую поведенческую адаптацию человека к сложной ситуации. Их основное отличие друг от друга заключается в разделении по критериям активности (конструктивности) и пассивности (неконструктивности).

В реальной ситуации человек, преодолевая стрессовое состояние, использует различные coping-механизмы при относительном доминировании каких-либо из них. Личность со сформированными механизмами совладания способна справиться с предъявленными ей требованиями ситуации, разрешить трудности, результатом чего является чувство роста собственных возможностей, которое ведет к положительной самооценке, самопринятию и самоуважению. Однако для человека с неразвитыми или неконструктивными способами преодоления стресса ситуация трудности в достижении цели практически равна ситуации невозможности удовлетворить свои потребности. Тогда уход в фантазии или употребление психоактивных веществ позволяет если не изменить ситуацию, то защитить свое «я».

Еще одна традиция осмысления проблемы аддикции, без которой картина будет неполной, связана с *семейной психологией и психотерапией*.

Как известно, семья представляет собой один из важнейших факторов социализации. В ней ребенок усваивает принятые установки, ценности, символы, в частности — символику психоактивных веществ (например, наркотики, алкоголь — привилегия взрослых людей, символ взрослости и мужественности). Из поколения в поколение, путем выбора сказок и игр, через семейные легенды, интересы и привычки, в семейной системе осуществляется передача опыта жизни, который собран данным родом, переработан и специфически оформлен. В здоровой семье родители, выполняя свои функции воспитания, обучения, контроля, поддержки, препятствуют тем самым употреблению несовершеннолетними табака, алкоголя, наркотиков. В аддиктивной семье, соответственно, наоборот. Потому многие исследователи основным фактором формирования химических аддикций считают нарушения в семье [7. С. 49].

В рамках данного направления на понимание этиологии аддикции оказывает большое влияние системный семейный подход. С этой пози-

ции семья рассматривается как целостная живая система, которая имеет свою структуру, движется во времени, обменивается информацией и энергией со внешней средой, эффективно или неэффективно реагирует на изменения во внешней и внутренней среде и др. [5. С. 13].

Теоретически семьи подразделяются на гармоничные и дисфункциональные. Гармоничные семьи отличаются умением гибко и адекватно реагировать на изменения внешних и внутренних условий. В них присутствуют четкие границы между родителями и детьми, бабушками, дедушками и детьми и т.д. В такой семье люди знают свои права и обязанности, умеют общаться, проявлять чувства, слушать друг друга и учитывать мнение каждого. В кризисных ситуациях семья способна обратиться за помощью друг к другу или к соответствующим специалистам. Гармоничную семью объединяет общая система ценностей, семейные традиции, дети в ней знают свои корни. Если в такой семье и образуются коалиции среди ее членов, то динамичные и изменчивые [4; 5]. Однако подобные семьи являются, скорее, идеалом и встречаются редко. Дисфункциональная семья может обладать самыми разными нарушениями. В случае изменения во внешней или внутренней обстановке такая система ригидно стремится оставить все по-прежнему, сохранить привычные стереотипы взаимодействия. В негармоничной семье часто нарушаются границы между детской и родительской подсистемами, что приводит к отсутствию нормальной коммуникации, необходимой для развития ребенка.

Любой ребенок лоялен по отношению к своим родителям, так как от них зависит его жизнь и благополучие. Потому многие дети негласно соглашаются быть такими, какими их хочет видеть мама или папа. В результате многие дети берут на себя несвойственные им, навязанные функции (явление парентификации). Например, берут на себя родительскую функцию по отношению к сиблингам или самим родителям, выступают в психологически супружеской роли по отношению к родителям и т.п. Причиной этого чаще всего выступает инфантильное стремление родителей решать собственные проблемы за счет ребенка. Вследствие разнообразных семейных перекосов обычно в системе накапливается сильное напряжение, потребности самого слабого члена семьи фрустрируются и ситуация стабилизируется за счет образования какого-либо симптома. Симптом, таким образом, является системной реакцией на некоторую семейную трудность. Пока существует симптом (например, соматическое заболевание ребенка, аддикция, школьные затруднения и т.п.), семья поддерживает неизменное состояние, так как взрослые находят повод отвлечься от своих скрытых проблем. Так, к примеру, нарушение поведения у подростка может препятствовать разводу родителей.

Большую роль в нарушении функционирования семьи, и, в результате, в формировании аддикции подростка, играют собственные проблемы родителей. Среди них можно выделить следующие: расширение сферы родительских чувств, предпочтение в подростке детских качеств, воспитательную неуверенность родителя, фобию утраты ребенка, неразвитость родительских чувств, проекцию на ребенка (подростка) собственных нежелательных качеств и вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания [16. С. 14—19] и др.

Американский психоаналитик Л. Вюрмер [7. С. 49—50] делает ак-

цент на типах нарушений в семье, при которых риск развития аддикции у детей очень высок:

1) Наличие ранней травматизации ребенка, так называемого детского абьюза. В классическом психоанализе считалось, что такая травматизация, как правило, присутствует только в фантазиях ребенка. Но большинство современных авторов признает ее реалистичность. Люди, испытавшие насилие в детском возрасте впоследствии могут идентифицировать себя либо с агрессором, либо с жертвой. Пережитые чувства боли, стыда, ужаса, беспомощности могут способствовать формированию стремления к саморазрушению, приводящего, в частности, к аддикции.

2) Сильная интрузивность, вмешательство родителей в жизнь ребенка, проявляющееся в родительской гиперопеке и сверхконтроле — так же фактор риска аддикции. Такое поведение родителей вызывает у ребенка стыд и гнев как следствие переживания собственной беспомощности и незначительности. У родителей в подобных семьях часто встречаются грандиозные, нереалистичные ожидания в отношении детей. В таких условиях в качестве защиты у ребенка может сформироваться система ложного «Я»: маска фальшивой идентичности, лицемерные роли и т.п. Несоответствие идентификации ребенка своему истинному «Я» способно компенсаторно привести к употреблению наркотиков или алкоголя.

3) Тайнственность, недоступность для ребенка отношений между родителями, культивация лжи в семье приводят к тому, что доминирующим аффектом у ребенка становится стыд, происходит деперсонализация, потеря чувства реальности. Для защиты при нарастающем отчуждении отношений в семье подросток может начать злоупотреблять психоактивными веществами, стремясь замкнуться в своем нереалистичном мире.

4) Несоответствие стилей воспитания у родителей, противоречивость родительских требований нарушают стабильность супер-эго ребенка, что при определенных обстоятельствах может способствовать аддикции.

Особую проблему составляют семьи с одним или обоими родителями-аддиктами. Такая семья характеризуется возникновением феномена созависимости [7. С. 50]. Созависимостью называется поведение, которое имеет две стороны: попытки членов семьи приспособиться к зависимому от психоактивных веществ и препятствие созависимого своим поведением продуктивному развитию личности алкоголика или наркомана. В такой ситуации со-зависят от алкоголя или наркотика все - и родители, и дети, и даже внуки. Дети и внуки алкоголиков, даже если сами они не злоупотребляют ПАВ, склонны вступать отношения с другими созависимыми, возобновляя процесс заново уже в своей семье. Дети в семье зависимого принимают, как правило, одну из следующих ролей: «герой» защищает своих родственников, в первую очередь братьев и сестер, от родителей — алкоголиков или наркоманов; «козел отпущения» ведет себя плохо, чтобы отвлечь внимание от семейных конфликтов, связанных со злоупотреблением родителями психоактивными веществами; «потерянный ребенок» помогает семье тем, что ничего не требует; «талисман» (весельчак, клоун) делает то же самое с помощью шутовства. Впоследствии «герой» может стать трудоголиком, «козел отпущения» — изгоем общества, «потерянный ребенок» — за-

болеть депрессией, а «талисман» остаться шутком, которого никто не воспринимает всерьез [7. С. 50].

Нужно отметить также влияние состава семьи на развитие аддиктивного поведения. Отсутствие в семье отца или его неспособность выполнять свои функции затрудняет для ребенка прохождение возрастных кризисов сепарации, где роль отца — помочь ребенку отделиться от матери и войти в новую систему социальных отношений. В семьях аддиктов часто отмечается неспособность отца справиться с этими задачами. Но ситуация неполной семьи неоднозначна. С одной стороны, немалая часть подростков, склонных к делинквентности и аддикции выросли в полных, внешне благополучных семьях. С другой стороны, около 20—25% вполне социально адаптированных подростков, не склонных ни к делинквентности, ни к аддиктивному поведению, воспитываются в нашей стране в неполных семьях.

Таким образом, в возникновении и развитии аддикции участвуют самые разные факторы — биологические, социальные, психологические. Каждая из рассмотренных выше концепций вносит свой вклад в понимание этиологии наркомании, алкоголизма и других аддиктивных расстройств, что свидетельствует о необходимости комплексного осмысления феномена аддикции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы. СПб., 1992.
2. Дурандина А.И., Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Факторы формирования наркоманий и проблемы ранней диагностики // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. М., 1985.
3. Гроф С. За пределами мозга. Рождение, Смерть и Трансценденция в Психотерапии. М., 1992.
4. Кулаков С.А. Психопрофилактика и психотерапия в средней школе. СПб., 1996.
5. Кулаков С.А. Психотерапия и психопрофилактика аддиктивного поведения у подростков. СПб., 1996.
6. Курек Н.С. Дефицит психической активности: пассивность личности и болезнь. М., 1996.
7. Курек Н.С. Эмоциональное общение матери и дочери как фактор формирования аддиктивного поведения в подростковом возрасте // Вopr. психологии. 8. 1997. № 2.
8. Куттер П. Современный психоанализ. СПб., 1997.
9. Левин М.Б. Наркомания: контуры социокультурного анализа // Здоровый образ жизни и борьба с социальными болезнями. М., 1988.
10. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: руководство. Л., 1991.
11. Мартыничук Е.Г. и др. Борьба с наркоманией. Проблемы и перспективы. Кишинев, 1990.
12. Никольская Л. Д. и соавт. Организация профилактики наркологических заболеваний у детей и подростков: Методические рекомендации. Казань, 1995.
13. Пятницкая И. Н. Клиническая наркология. Л., 1975.
14. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. М., 1994.
15. Рыбакова Л.Н. Наркомания в социологическом аспекте // Здоровый образ жизни и борьба с социальными болезнями. М., 1988.
16. Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии. СПб., 1996.