

АСПИРАНТСКИЙ СЕМИНАР

ГОТОВ ВИТАЛИЙ

аспирант Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы

GOTOV V.

post graduate student of the St.-Petersburg state institute of psychology and social work

ОСОБЕННОСТИ ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ С НАРКОЗАВИСИМЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

FEATURES OF COPING-STRATEGIES AND PSYCHOLOGICAL PROTECTION OF HIV-INFECTED PEOPLE WITH DRUG ADDICTION

АННОТАЦИЯ: Представлены результаты сравнительного изучения механизмов психологических защит и копинг-стратегий у ВИЧ-инфицированных наркозависимых, с различным сроком заболевания. В исследовании приняли участие 40 человек. Выявлено, что в поведении ВИЧ-инфицированных с малым стажем заболевания преобладают малопродуктивные механизмы психологической защиты и совладания со стрессом. Обоснована необходимость психотерапевтической работы с ВИЧ-инфицированными, направленной на обучение механизмам саморегуляции и эффективным способам поведения в трудных жизненных и конфликтных ситуациях.

ABSTRACT: The data of comparative study of psychological protections and coping-strategies of HIV-infected drug addicted people with different term of illness are presented. Totally 40 subjects were investigated, among them: 20 - infected in 2008 year and 20 - infected in 2001 year. There was found use of not efficient mechanisms of psychological protection and coping-strategies in group of HIV-infected with small term of illness. There was proved the necessity of psychotherapeutic work with HIV-infected, directed on training of mechanism of self-regulation and effective ways of behavior in difficult situations.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: наркозависимость, ВИЧ-инфекция, личность, поведение, агрессия, стресс, адаптация, копинг-стратегии, психологическая защита.

KEY WORDS: HIV, personality, behavior, aggression, addiction, stress, adaptation, coping-strategies, psychological protection, drug addiction.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, ВИЧ-инфекция относится к числу главных причин, уносящих наибольшее число жизней на нашей планете, и каждый год число ВИЧ-инфицированных увеличивается. Сегодня в России отмечаются самые высокие в мире темпы заболевания ВИЧ-инфекцией. Первый случай ВИЧ-инфекции был зафиксирован в России в 1987 году. По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом общее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в России к концу 2008 года составило более 430 тысяч за все годы наблюдения [12]. Санкт-Петербург является наиболее пораженным ВИЧ-инфекцией регионом Северо-Западного федерального округа и занимает одно из первых мест в Российской Федерации как по абсолютному числу ВИЧ-инфицированных, так и по распространенности заболевания

– 625 человек на 100 тысяч населения (при средне-русском показателе 227 человек на 100 тысяч). На сегодняшний день, по данным отечественных эпидемиологов, подавляющее число случаев ВИЧ-инфекции (около 70–80 %) связано с инъекционным употреблением наркотиков. [11].

Вирус иммунодефицита человека, будучи на сегодняшний день неизлечимым заболеванием, становится все больше проблемой не только медицинского, но и психолого-социального характера [6, с.36]. Одной из актуальных проблем современной психологии является изучение психологической и социальной адаптации личности к динамичным, постоянно меняющимся условиям социума. В данном контексте, ВИЧ-инфекция представляет собой пример дезадаптирующей ситуации. ВИЧ-инфицированные пациенты обнаруживают высокий уровень стресса. Это проявляется в нарушении

общения, отчуждении от окружающих. Многие пациенты испытывают изменение настроения, подавленность, снижение значимости собственной личности, чувство уязвимости. Их психологическое состояние во многом определяется наличием неразрешимого конфликта между правом на жизнь и наличием неизлечимого заболевания [10]. Социально-психологические последствия ВИЧ-инфекции проявляются на различных уровнях: индивидуальном, семейном, общественном. Влияние ВИЧ-инфекции на индивидуальном уровне проявляется в:

- изменении физического состояния,
- личностных изменениях, таких как: самооценка, самоуважение, уверенность в себе, самосознание (человек изменяет образ себя и отношение к себе),
- изменении социального положения заболевшего и отношения общества к нему (стигматизации) [8, 9].

В этих условиях разные личности по-разному организуют свою приспособительную тактику и применяют различные формы и способы защитно-совладающего поведения. В понятие «защитно-совладающее поведение» включена совокупность психологических защит и копинг-стратегий применяемых индивидом для совладания со стрессовой ситуацией. Главная задача такого поведения - поддержание физического и психического здоровья человека, удовлетворенности социальными отношениями.

В связи с этим, целью данного исследования был сравнительный анализ выраженности психологических защит и копинг-стратегий, а также личностных и поведенческих черт у ВИЧ-инфицированных с различными сроками заболевания.

Исследование проводилось на базе государственного учреждения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» г. Санкт-Петербурга в 2008 году. В исследовании приняли участие 40 человек обоего пола (19 мужчин, 21 женщина), состоящих на диспансерном учете учреждении.

Таблица 1.
Характеристики исследуемых групп

Параметры	Группа №1 (2008 год)	Группа №2 (2001 год)
Средний возраст, лет	30	29
Никогда не употребляли наркотические вещества	40%	10%
Высшее образование	25%	5%
Среднее образование	60%	80%
Общее образование (школа)	15%	15%
Работают	55%	25%
Состоят в браке	45%	30%
Диагноз известен в семье	85%	75%

Из общего числа испытуемых были сформированы 2 разнополюсные группы по 20 человек, с различным стажем заболевания. В первую группу (далее, группа №1) вошли ВИЧ-инфицированные которые узнали о своем заболевании в 2008 (+/- 0,5) году. Во вторую группу (далее, группа №2) – ВИЧ-инфицированные узнавшие о своем ВИЧ-статусе в 2001 (+/- 0,5) году.

Средний возраст представителей группы № 1 - 30 лет; минимальный - 24 года, максимальный - 36 лет. 65% испытуемых, лица до 30 лет (включительно). Средний возраст группы № 2 - 29 лет; минимальный - 25 лет, максимальный - 35 лет. 70% испытуемых, лица до 30 лет (включительно).

40% испытуемых в группе № 1 никогда не употребляли наркотические вещества, а 60% являются активными потребителями наркотических веществ или находятся в ремиссии. Лишь 10% представителей группы № 2 никогда не употребляли наркотики.

Имеют работу 55% членов группы № 1 и 25% в группе № 2. Состоят в браке 45% и 30% соответственно. В подавляющем большинстве случаев диагноз ВИЧ-инфекция известен членам семьи и родственникам - 85% в первой и 75% во второй группах.

В процессе исследования использовался следующий диагностический инструментарий: методика определения индивидуальных копинг-стратегий Хайма Э., методика диагностики типологий психологической защиты Плутчика Р., модифицированный вариант опросника «Решение трудных ситуаций», методика определения личностного дифференциала Осгуда Ч., в адаптации сотрудников психоневрологического института имени Бехтерева В.М.

Обработка эмпирических данных осуществлялась с помощью методов математической статистики. На этапе обработки результатов исследования был использован пакет программ статистической обработки «STATISTICA» (версия 6) и Microsoft Excel 2003.

Для методики определения копинг-стратегий Хайма Э., применялось неметрическое шкалирование результатов теста. В таблице № 2 отражено суммарное количество выборов по каждой шкале. Максимальное количество выборов в группе № 1 отмечено по когнитивной стратегии типа «Относительность» и составляет 25% от общего числа выборов. Относительность - тенденция сравнивать свои проблемы с проблемами других. В случае ВИЧ-инфекции, за этой копинг-стратегией может скрываться удовлетворенность своим физическим состоянием, состоянием здоровья. На втором месте по числу выборов в данной группе находится критерий - «Сохранение самообладания» - 20% выборов (15% в группе № 2). На третьем, «установка собственной ценности» - 15%. Четвертое место (10%) занимает способность к «диссимиляции» - т.е. придание травмирующей ситуации статуса не значимой и не актуальной. Данные особенности могут свидетельствовать о попытке ВИЧ-инфицированных с малым стажем заболевания снизить остроту переживаний в связи с полученным диагнозом. Для

членов группы № 2, значимую роль играет «религиозность». Предпочитаемыми копинг-стратегиями, в группе испытуемых с длительным стажем заболевания, являются: сохранение самообладания, рели-

гиозность, придача смысла, установка собственной ценности (по 15% соответственно).

Таблица 2.

Результаты исследования копинг-стратегий по методике Хайма

Шкала	Группа №1 (2008 год)	Группа №2 (2001 год)	Достоверность различий
Игнорирование	1 (5%)	1 (5%)	не значимо
Смирение	1 (5%)	2 (10%)	не значимо
Диссимилиация	2 (10%)	0 (0%)	не значимо
Сохранение самообладания	4 (20%)	3 (15%)	не значимо
Проблемный анализ	1 (5%)	3 (15%)	тенденция
Относительность	5 (25%)	0 (0%)	p<0,01
Религиозность	1 (5%)	3 (15%)	тенденция
Растерянность	1 (5%)	2 (10%)	не значимо
Придача смысла	1 (5%)	3 (15%)	не значимо
Установка собственной ценности	3 (15%)	3 (15%)	не значимо
Протест	1 (5%)	0 (0%)	не значимо
Эмоциональная разрядка	1 (5%)	0 (0%)	не значимо
Подавление эмоций	1 (5%)	5 (25%)	тенденция
Оптимизм	9 (45%)	10 (50%)	не значимо
Пассивная кооперация	2 (10%)	2 (10%)	не значимо
Покорность	0 (0%)	0 (0%)	не значимо
Самообвинение	6 (30%)	3 (15%)	не значимо
Агрессивность	0 (0%)	0 (0%)	не значимо
Отвлечение	3 (15%)	3 (15%)	не значимо
Альтруизм	1 (5%)	4 (20%)	тенденция
Активное избегание	5 (25%)	4 (20%)	не значимо
Компенсация	5 (25%)	0 (0%)	p<0,01
Конструктивная активность	0 (0%)	1 (5%)	не значимо
Отступление	1 (5%)	2 (10%)	не значимо
Сотрудничество	3 (15%)	2 (10%)	не значимо
Обращение	2 (10%)	4 (20%)	не значимо

Указанные типы реагирования являются относительно продуктивными. Стоит отметить, что испытуемым «со стажем» характерно более частое использование продуктивной копинг-стратегии («Проблемный анализ») - 15% против 5%. Достоверные различия между двумя группами обнаружены по шкале «Относительность» - 25% и 0% ($p<0,01$). Можно предположить, что с течением времени, влияние данного критерия снижается в результате адаптации к диагнозу. Для обеих вы-

борок (45% и 50% выборов соответственно) характерно применение эмоциональной стратегии - «Оптимизм», относящейся к продуктивному типу реагирования. Оптимизм отражает веру индивида в собственные силы и возможности как субъекта деятельности. Применительно к ВИЧ, оптимизм может проявляться:

– в ситуации назначения терапии, по отношению к которой многие инфицированные возлага-

ют надежды связанные с улучшением физического и эмоционального состояния;

– в надежде, что лекарство от данного заболевания будет найдено.

Для группы № 1 характерен высокий уровень самообвинения - 30%. Эта особенность характерна для лиц с малым «стажем» жизни с ВИЧ; очень часто, в беседе с ними можно услышать слова - «я виноват», «мне стыдно». Особенностью группы № 2 является высокий уровень (25%) подавления эмоций и низкий (отсутствие выборов) - эмоциональной разрядки. В группе испытуемых с малым сроком заболевания по этим шкалам был выявлен низкий процент выборов. Стоит обратить внимание на то, что эти типы реагирования относятся к непродуктивным. В поведенческих копинг-стратегиях отмечен высокий процент выборов по шкале «Активное избегание» в обеих группах - 25% и 20% соответственно, относящейся к непродуктивному типу реагирования. Активное избегание может проявляться в нежелании регулярно проходить медицинские осмотры или посещать поликлинику/стационар «Центра СПИД». Такой тип поведения особенно характерен для ВИЧ инфицированных, которые недавно узнали о своем ВИЧ-статусе, и в особенности для мужчин. Для 25% представителей группы № 1 характерно использование механизма «компенсации». В группе № 2, «компенсация» не используется. Согласно Адлеру А., компенсация - это «повышенное, компенсаторное развитие физических, психических и личностных компонентов, возмещающее недостаток, реальный или мнимый» [4, с. 280]. Различия между двумя группами по этой шкале достоверны - $p < 0,01$. В случае ВИЧ-инфек-

ции компенсация может проявляться: в «ухуде в наркотики» или срыве ремиссии; или, наоборот - в повышении социальной активности, построении карьеры. Резюмируя данные полученные по методике определения индивидуальных копинг-стратегий Хайма Э., следует указать, что для всех ВИЧ-инфицированных, независимо от сроков заболевания, характерно незначительное преобладание непродуктивных копинг-стратегий. Для испытуемых с малым стажем заболевания характерно более частое использование когнитивных копинг-стратегий относительно продуктивного типа - 52% от общего числа выборов, против 46% в группе с большим стажем.

По результатам диагностики психологических защит были получены следующие данные (рисунок 1). Для испытуемых с малым сроком заболевания были получены высокие (79%) значения по шкале «Отрицание» (группа № 2 - 61%). Это механизм психологической защиты, посредством которого личность либо отрицает некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства или какой-либо внутренний импульс, или отрицает самое себя. Как правило, действие этого механизма проявляется в отрицании тех аспектов внешней реальности, которые, будучи очевидными для окружающих, тем не менее не принимаются, не признаются самой личностью [5, 7]. Данный вид защиты может проявляться у некоторых ВИЧ-инфицированных в том, что они отрицают наличие у себя данного заболевания или избегают посещения врачей. Несмотря на разницу в показателях обеих групп по данной шкале, различия обнаружены между ними на уровне статистической тенденции ($p < 0,1$).

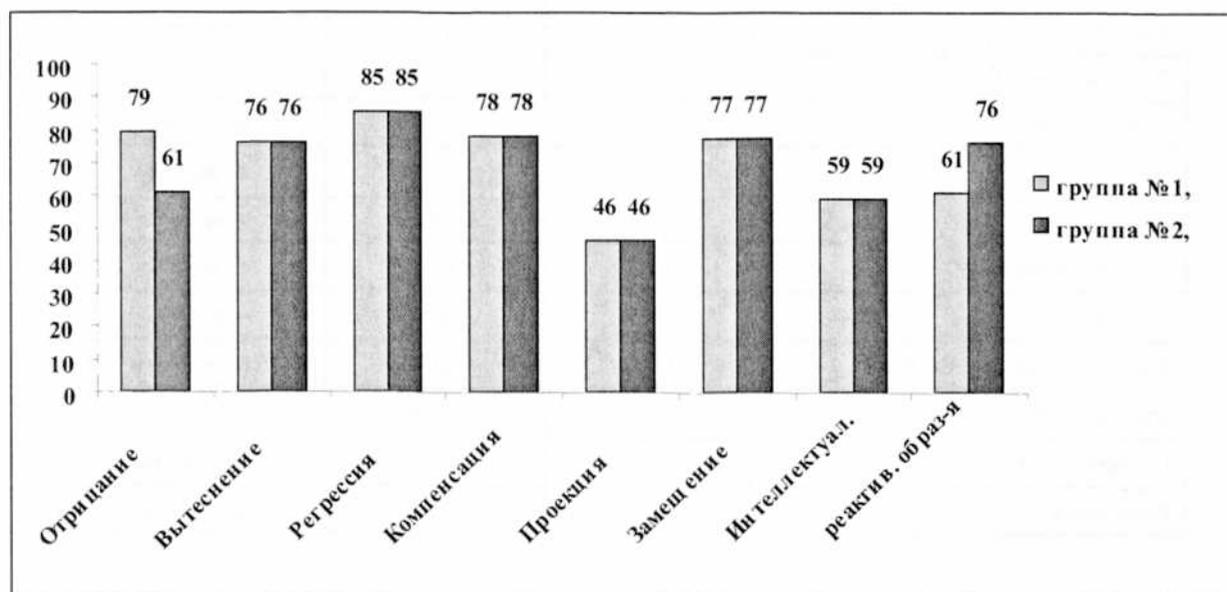


Рисунок 1. Графическое отображение результатов исследования психологических защит

Одинаковые значения для обеих групп были получены по шкалам «вытеснение» - 76% и «регрессия» - 85%. Однако, данные показатели находятся в диапазоне нормы (в соответствии с методикой). «Вытеснение - механизм защиты, посредством которого неприемлемые для личности импульсы: желания, мысли, чувства, вызывающие тревогу, - становятся бессознательными» [5, с.133]. В случае ВИЧ-инфекции механизм «вытеснения» может находить свое отражение, например в ситуации назначения лечения. Перед назначением ВИЧ-инфицированному АРВТ (антиретровирусной терапии) необходима обязательная консультация психолога, в процессе которой выясняется его мотив к получению терапии и его готовность к ней; выясняется уровень информированности о назначаемом лечении и проводится коррекция неверных и искаженных представлений о АРВТ, страхов с ней связанных; в процессе беседы выявляются факторы, которые могут оказать негативное влияние на режим приема препаратов. Такие консультации могут проводиться неоднократно перед назначением лечения. Иногда имеют место случаи, когда пациент, с которым неоднократно проводилась данная работа, говорит о том, что ничего не знает о АРВТ, или о том, что с ним никогда не проводились такие консультации. Также, в обеих группах группе наблюдается одинаковый уровень выраженности таких защит как: компенсация (78%), проекция (46%), замещение (77%) и интеллектуализация

(59%). Замещение, возможно, может проявляться в выражении агрессии по отношению к членам семьи или к себе (особенно у наркозависимых). Проекция находит свое отражение в ситуации, когда лечащему врачу ВИЧ-инфицированного приписываются такие качества и особенности как: предвзятость, агрессия. Стоит отметить, что такие реакции действительно имеют место в редких случаях, например по отношению к наркозависимым или лицам с гомосексуальной ориентацией.

Интеллектуализация у ВИЧ-инфицированных может выражаться в том, что в беседе с врачом или психологом они приводят собственные доводы относительно состояния своего здоровья. Среди части ВИЧ-инфицированных достаточно популярна теория, согласно которой ВИЧ-инфекция – выдумка, а АРВТ – способ получения прибыли в государственных масштабах. На уровне статистической достоверности отмечены различия по шкале «реактивные образования» ($p < 0,1$) для испытуемых с длительным сроком заболевания.

Методика «Личностный дифференциал» показала, что испытуемые обеих групп идентифицируют себя по шкале «Оценка» в диапазоне средних значений (рисунок 2). Эти показатели говорят о критичном отношении испытуемых к себе, некоторой неудовлетворенности своими достижениями, недостаточном уровне принятия себя.

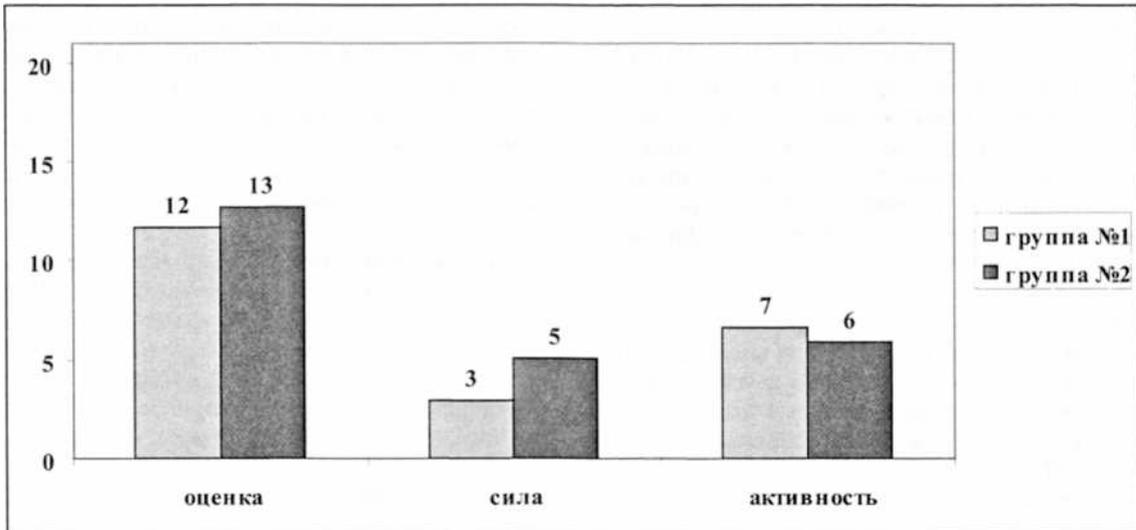


Рисунок 2. Данные полученные по методике «Личностный дифференциал».

По шкале «Сила» показатели обеих выборок находятся в интервале низких значений. Низкие значения обеих групп позволяют говорить о недостаточном самоконтроле, неспособности держаться принятой линии поведения, зависимости от внешних обстоятельств и оценок, астенизации и тревожности (на фоне заболевания, аддиктивного поведения или общего состояния здоровья). Данные особенности могут быть обусловлены процессом

адаптации к диагнозу. Показатели «Активности» обеих групп находятся в пределах низких значений, что может указывать на интровертированность, определенную пассивность испытуемых. Отмечено, что проводимые ранее исследования индивидуальных характеристик ВИЧ-инфицированных подтверждают, наличие у них таких реакций как: тревожность, чувство утраты надежды, агрессивность (особенно на начальном этапе заболевания) [1,2].

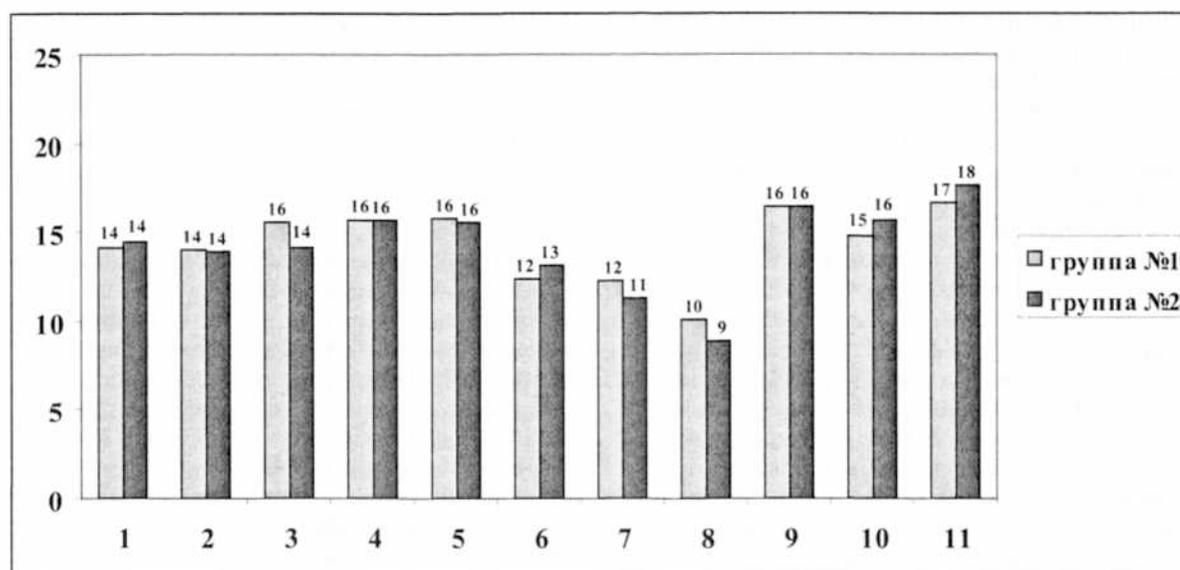


Рисунок 3. Результаты, полученные по опроснику «Решение трудных ситуаций».

Значения шкал: 1-уход, 2-наркотизация, 3-сравнение своих проблем с проблемами других, 4-механизмы снижения психического напряжения, 5-вербальная агрессия, 6-агрессия к людям, 7-агрессия к предметам, 8-агрессия к себе, 9-интропунитивное отношение к ситуации, 10-компенсация, 11-возрастание усилий к достижению целей.

Сравнительный анализ данных по методике «Решение трудных ситуаций» не выявил достоверных межгрупповых различий. Показатели обеих выборок по данной методике находятся в интервале средних значений (рисунок 3). Стоит отметить, что количественные показатели обеих групп практически равны между собой. Несколько более высокие значения в группе испытуемых с малым сроком заболевания выявлены по шкалам: «сравнение своих проблем с проблемами других», «агрессия к себе» и «агрессия к предметам». Данные особенности можно отнести к процессу психологической адаптации к диагнозу. В группе № 2 обнаружены статистические различия по следующим показателям: «агрессия к людям», «компенсация» и «возрастание усилий к достижению целей». Таким образом, для ВИЧ-инфицированных с длительным сроком заболевания характерна чуть более высокая напряженность компенсаторных механизмов, которые могут выражаться в проявлении аутоагрессии или выражаемой в форме замещения (агрессия к предметам).

Корреляционный анализ показал следующее:

– Защитно-совладающее поведение лиц с малым сроком заболевания характеризуется большей активностью. При этом, системообразующими элементами являются «Регрессия», «Замещение», «Уход» и «Наркотизация». Таким образом, для индивида который впервые узнал о своем диагнозе характерны следующие особенности: проявление агрессии, наличие аутодеструктивных тенденций в форме замещения и наркотизации

– В группе с длительным сроком заболевания, наибольшее количество связей образуют такие элементы как «Замещение» и «Активность». Защитно-совладающее поведение таких ВИЧ-инфицированных характеризуется тенденцией к меньшему проявлению агрессивности и большей личной и социальной активностью.

Можно сделать вывод, что со временем, в личности ВИЧ-инфицированного формируется более продуктивный механизм совладания со стрессом посредством включения в него следующих элементов: интеллектуализации, повышения активности индивида, а также за счет снижения влияния таких механизмов как: «регрессия», «уход» и «наркотизация». Т.е. выявленные изменения свидетельствуют о качественном изменении в защитно-совладающем поведении ВИЧ-инфицированных с различным сроком заболевания.

Проведенное исследование показало:

– Для лиц, с небольшим сроком ВИЧ-инфицированности характерно применение когнитивной копинг-стратегии по типу «Относительность» (т.е. тенденции сравнивать свои проблемы с проблемами других) и поведенческой копинг-стратегии - «Компенсация» ($p < 0,01$). Также, в данной группе обнаружен в 2 раза более высокий (30% выборов) уровень самообвинения. «Предпочитаемой» психологической защитой ВИЧ-инфицированных с малым сроком заболевания является – «Отрицание» (обнаружено достоверное различие). Использование ВИЧ-инфицированными с малым сроком заболевания таких механизмов защитно-совладающего поведения, косвенно свидетельствует об их бессознательной попытке справиться с негативными переживаниями, связанными с получением диагноза.

– Испытуемым с длительным сроком заболевания свойственно проявление таких копинг-стратегий как «смирение», «проблемный анализ», «придача смысла» и «альтруизм», в сочетании с психологической защитой по типу «реактивного

образования». Эти данные могут говорить об адаптации и более толерантном отношении респондентов к своему заболеванию.

Таким образом, в поведении ВИЧ-инфицированных с малым стажем заболевания преобладают малопродуктивные механизмы защиты и совладания со стрессом. Данные паттерны поведения, являются недостаточно эффективными и не способствуют формированию реалистичного отношения к заболеванию.

У всех ВИЧ-инфицированных, независимо от сроков заболевания, отмечен низкий уровень принятия себя, пассивность и преобладание экстерналистского локуса контроля, однако достоверных различий между группами не обнаружено.

В большинстве случаев сообщение о выявлении у человека ВИЧ-инфекции наносит ему психическую травму. Основная психотерапевтическая задача специалиста, в этой ситуации – создать

возможность решения возникающих личностных и практических проблем [2, с.25].

В связи с этим рекомендовано:

– Обязательное проведение консультаций психолога с ВИЧ-инфицированными, у которых впервые выявлено данное заболевание. На практике, такие консультации проводятся не всегда.

– Также, необходимо проводить обязательные консультации психолога с лицами, которые скрывают свой диагноз в семье, т.к. отсутствие поддержки может способствовать повышению невротизации.

– Необходимо активно направлять ход беседы для выявления признаков психогенных реакций и их последующей коррекции.

– Целесообразным представляется обучение ВИЧ-инфицированных механизмам саморегуляции и эффективным способам поведения в трудных жизненных и конфликтных ситуациях.

1. *Беляева В.В.* Особенности психической деятельности заразившихся ВИЧ после сообщения об инфицированности // Независимый психиатрический журнал – 1995. - № 3. - С. 21-23.
2. *Беляева В.В.* Психогенные реакции и психотерапевтическая тактика при сообщении диагноза ВИЧ-инфекции // Медицинская помощь. – 1993. - № 5. - С. 24-25.
3. *Волкова Е.А.* Личностные особенности гемблеров и наркозависимых / Е. А. Волкова, А. Ю. Егоров // Наркология.- 2007. - № 4. - С. 39-43.
4. *Головин С.Ю.* Словарь психолога-практика. - 2-е изд., перераб. и доп. Мн.: Харвест, 2001.
5. *Грановская Р.М.* Психологическая защита. СПб.: Речь, 2007.
6. *Санникова О.Е., Федорова Л.М., Сидоров П.И.* Особенности личностных и нейрофизиологических характеристик у ВИЧ-инфицированных осужденных с алкогольной и наркотической зависимостью // Наркология. - 2008. - № 2.-С.36-39.
7. *Тарт Ч.* Пробуждение. Преодоление препятствий к реализации возможностей человека. М.: Издательство Трансперсонального Института, 1997.
8. *Шахгильдян В.И. и др.* Паллиативная помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом. Учебный материал для преподавателей. Федеральный научно-методический центр профилактики и борьбы со СПИДом РОСПОТРЕБНАДЗОРА РФ, Москва 2006.
9. *Шахгильдян В.И. и др.* Паллиативная помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом. Учебный материал для членов команды по оказанию паллиативной помощи. Федеральный научно-методический центр профилактики и борьбы со СПИДом РОСПОТРЕБНАДЗОРА РФ, Москва 2006.
10. <http://www.acetrussia.ru/?selection=facts-193>
11. <http://www/hivpolicy.ru/topics/index.php?id=42®ion=7246&page=96>
12. <http://www.hivrussia.net/stat/2008/06.shtml>

ЗАЛОБИНА АНАСТАСИЯ НИКОЛАЕВНА

аспирант Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы

ZALOBINA A.

post graduate student of the St.-Petersburg state institute of psychology and social work

**ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ С РЕБЕНКОМ С
ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ**

**FEATURES INTERPERSONAL RELATIONS OF RELATIONS IN FAMILIES WITH
THE CHILD WITH THE LIMITED POSSIBILITIES**

АННОТАЦИЯ: В статье рассматриваются вопросы влияния отношений, сложившихся в семье ребенка-инвалида на адаптацию в межличностных отношениях с окружающими его людьми. Анализируется литература и знания по данной проблематике.

ABSTRACT: In article questions of the influence family relations to the adaptation in society invalid children are considered. Analyses of literature on given problem are presented.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: межличностные отношения, семья, дети-инвалиды, общество, родители.

KEY WORDS: interpersonal relations, family, children with limited possibilities, society, parents.

В последние десятилетия наблюдается повышенный интерес во всем мире к детям, имеющим проблемы в психическом и физическом развитии. Об этом свидетельствуют публикации в специальной психолого-педагогической литературе и выступления ученых, педагогов, психологов на международных конференциях в России и за рубежом.

Ученые, практики, специалисты - реабилитологи заняты поиском путей и форм интеграции детей-инвалидов в общество, возможностей их адаптации в большом и малом социумах. Но без родителей, которые в трансформированном обществе изменили семейные функции, традиции и обычаи, не обойтись. Семья остается одним из главных средств социально-культурной интеграции детей с ограниченными возможностями, способная стимулировать процесс социализации и интеграции ребенка. Инвалид, лишенный возможности нормального общения, испытывающий физические и нравственные страдания, в системе позитивного семейного общения обретает поддержку и опору. Семья становится для него стартовой площадкой для дальнейшего самоопределения в социуме. Особенно важными для успешности адаптации в обществе являются межличностные отношения, связывающие ребенка с ограниченными возможностями и его семью.

Межличностные отношения являются составной частью взаимодействия и рассматриваются в его контексте. Межличностные отношения — это объективно переживаемые, в разной степени осознаваемые взаимосвязи между людьми. В их основе лежат разнообразные эмоциональные состояния

взаимодействующих людей и их психологические особенности. В отличие от деловых отношений межличностные связи иногда называют экспрессивными, эмоциональными. Взаимодействие человека с окружающим миром осуществляется в системе объективных отношений, которые складываются между людьми в их общественной жизни. Объективные отношения и связи неизбежно и закономерно возникают в любой реальной группе, в том числе и группе, где есть ребенок-инвалид. Отражением этих объективных взаимоотношений между членами группы, являются субъективные межличностные отношения, которые изучает социальная психология [6].

Современное общество насчитывает огромное количество инвалидов, особенно детей с различными физическими и психическими отклонениями, которые и составляют одну из наиболее уязвимых групп населения. О данной проблеме и ее последствиях на жизнь каждого ребенка, которому поставлена инвалидность, можно часто слышать по телевидению: в новостях, фильмах, по радио, в газетах и других средствах массовой информации. Каждый, у кого в семье существует такая проблема, подтвердит это. Общеизвестно, что на развитие жизнедеятельности и ее нормальное протекание имеют право как здоровые дети, так и дети с ограниченными возможностями, но в жизни это право реализуется неоднозначно. Так как, жизнь в обществе с людьми с проблемами в развитии требует изменения менталитета человечества, необходимо кардинальное изменение отношения, переориентацию мышления окружающих на принятие такого человека как рав-

ного. Это один аспект проблемы взаимоотношений общества и инвалидов.

Другой аспект – это жизнь инвалида и его семьи (семья – одна из систем социального функционирования человека, важнейший социальный институт общества, который меняется под влиянием социально-экономических и внутренних процессов). Рождение ребенка с отклонением в развитии – трагедия не только в материальном, физическом, но и в моральном плане.

Для каждого ребенка семья является минимальной моделью общества и ребенок-инвалид привносит в общество то, что видит в семье. Через семью ребенок учится взаимодействовать с социумом, формирует отношения к миру в целом. Семья формирует у ребенка оценку на общество, взаимоотношения в обществе, значимость самого себя в обществе. Родители являются теми людьми, которые дают будущее своим детям. Они играют очень важную роль в том, какой путь дети могут выбрать, чтобы реализовать себя в жизни. Важным является то, как на детей влияет отношение родителей к сложившейся ситуации. И список этих утверждений может быть бесконечным, ведь всем известно, что среда (а ею в первую очередь является семья) оказывает активное влияние на воспитание ребенка, его развитие и планы на будущее. В лучшем случае родители принимают инвалидность своего ребенка и понимают, что для его лучшего будущего им необходимо приложить много усилий, выполняя комплекс мероприятий рекомендованных по медицинским, социальным и психологическим показателям. Эти дети успешно адаптируются в плане межличностных отношений и добиваются хороших показателей в личной и профессиональной сферах деятельности. В худшем случае они не принимают своего ребенка и не занимаются ни его здоровьем, ни его воспитанием, ни его образованием. Часто дети являются предметом агрессии своих родителей. Скандалы, сквернословия – это наиболее частые атрибуты семьи, которая не принимает ребенка-инвалида [2]. Таким детям очень трудно адекватно строить свои отношения в его окружении.

В связи с этим очевидно, что детско-родительские отношения несут в себе огромное значение на межличностную адаптацию ребенка-инвалида на протяжении всей его жизнедеятельности.

Исходя из актуальности данной тематики, была проанализирована специальная литература по данной проблематике, а также собраны некоторые факты из работы специалистов одного из центров, занимающихся социальной реабилитацией детей-инвалидов, в ходе чего выявлено, что межличностные отношения в семьях, где есть ребенок-инвалид, имеют социальные проблемы следующего порядка – это проблемы, затрагивающие ближайшее окружение ребенка-инвалида. Именно от характера установления связей в диаде «родитель – ребенок-инвалид» и понимание значимости семейного коллектива будет зависеть первичная социализация личности ребенка-инвалида. Ведь для правильной восприимчивости и наиболее благоприятного развития больного ребенка очень важна адекватная адаптация семьи к его состоянию [7].

Трудности семей, в которых воспитываются дети-инвалиды, существенно отличаются от тех забот, которые волнуют обычную семью. Но существует две стороны, связанные с межличностными отношениями в данных семьях, которые на выходе имеют разные результаты. С одной стороны состояние ребенка может восприниматься родителями как препятствие, искажающее удовлетворение потребности в отцовстве и материнстве. Больной ребенок требует несравнимо больше, чем здоровый, материальных, духовных и физических затрат. Люди из семей этой категории становятся малообщительными, избирательными в общении. Они сужают круг своих знакомых и ограничивают общение с родственниками. Это связано с состоянием ребенка, а также с личностными установками родителей [8].

Восприятие родителями детей-инвалидов часто искажено, они иногда выбирают неадекватные формы контроля, эмоционально отвергают ребенка, что негативно отражается и на отношении окружающих к такому ребенку. К детям-инвалидам в семьях, как правило, предъявляются заниженные требования, санкции, запросы. Проявляется гиперопека, гиперпротекция. Ребенку обычно не предоставляется возможности проявить собственную активность. Это способствует закреплению инфантильности, неуверенности в себе, несамостоятельности и так далее, что влечет за собой трудности общения, установления межполовых контактов и так далее [9].

В нормальных условиях ребенок является источником большого числа стимулов, благодаря своей подвижности, забавности, и т. п. Ребенок-инвалид – тоже неиссякаемый источник стимулов для своего воспитателя, только качество их совершенно иное, чем в первом случае. Здесь больше чисто механической работы, монотонного ухода и присмотра – а отклика со стороны ребенка, радостной удовлетворенности гораздо меньше. Это приводит к одностороннему утомлению, даже изнурению. Надо разделить обязанности в семье, и общество должно внести свою лепту [3].

И вновь родители инвалидов с детства поставлены неравные с другими условия: их жизненный опыт несравним с опытом остальных. Сколько в нем рухнувших надежд, невероятных трудностей, непреодолимых преград. У таких родителей нередко присутствует сильная самозащита. Если представить маму, чья профессиональная карьера имеет множество перспектив, при рождении ребенка, страдающего каким-либо заболеванием, она часто вынуждена предпочесть своему профессиональному росту заботу о здоровье своего ребенка, и часто в этом случае появляется неосознанное отвержение своего ребенка, которое проявляется в его постоянной критике, подчеркивании его неуспешности, показе своего собственного превосходства и указании на вину ребенка во всем что не удастся реализовать. В результате таких межличностных отношений между родителем и ребенком-инвалидом, у последнего появляется большое количество комплексов во взаимоотношениях с другими. Часто такие дети придумывают себе другой идеальный мир, соответственно отгораживаясь от реальности, что в свою очередь делает невозможной адаптацию

в межличностных отношениях [4, 1]. Нередко, помимо родителей, которые оказывают сильное влияние на ребенка-инвалида, в семье присутствуют другие члены, братья, сестры, бабушки, дедушки и так далее, отношение которых к сложившейся ситуации также несет огромный смысл. Если межличностные отношения между таким членом семьи и ребенком-инвалидом носят негативный характер, а именно, ребенка принижают, на него кричат, игнорируют его потребности, не считают с его мнением, то в таком случае ребенок-инвалид замыкается в себе, не чувствует комфорта в семье, ведет себя неуверенно в отношениях со своим социальным окружением. Исключительность данной ситуации приводит к изоляции семьи в обществе, или, напротив, заставляет родителей, чуть ли не силком вынуждать понимание к себе и ребенку [7].

Такие родители при посещении необходимых для здоровья и социализации ребенка учреждений ведут себя напористо, при этом, не прилагая никаких усилий для участия в процессе коррекции. Они уверены, что именно специалисты в одиночку обязаны помочь ребенку в преодолении своих трудностей, в том числе и в сфере межличностных отношений. Они часто обвиняют специалистов неуспешности проведенных мероприятий. Если сказать в целом они имеют большое количество запросов, но они не готовы реализовывать эти запросы, и нередко именно это мешает работе с ребенком, а, следовательно, снижается уровень межличностных отношений.

По реакции окружения родители должны понять, что они не одиноки в своей беде. Специалисты должны внушать им, что их постигло отнюдь не несчастье, а всего лишь трудное испытание, которое при желании и настойчивости можно преодолеть [7, 5].

Существует и другая реальность, которая в большей степени является положительной. В таком случае родители относятся к своему ребенку как к любимому, родному, готовы ему помогать, и в целом принимают активное участие в его социальной адаптации, при этом не проявляя излишней опеки.

В таких семьях с радостью воспринимаются детские успехи, помогают справляться с трудностями. Члены семей слаженно взаимодействуют между собой и с другими людьми. Ребенок-инвалид в таких условиях, имея положительный пример межличностных отношений, хорошо адаптируется при построении межличностных отношений со своим окружением.

Такие родители всегда находят время и возможность для посещения мероприятий, необходимых ребенку-инвалиду для успешной социализации, принимают участие в работе со специалистами, прикладывают усилия для проведения самостоятельной работы в домашних условиях. Ребенок в свою очередь, при таком к себе отношении общителен, не замкнут, дружелюбен, стремится к достижению чего-то нового. У него есть друзья, интересы, он развивается в разных направлениях деятельности.

Таким образом, проблемы, которые возникают в процессе социализации детей инвалидов в семье, многообразны: социальные, экономические, психо-

логические и другие. Для нормального духовного развития ребенка надо удовлетворять его основные психические потребности. Эти и потребность в соответствующей по количеству и качеству стимуляции, потребность в осмысленном порядке стимуляции, чтобы ребенок мог учиться и приобретать жизненный опыт, потребность в опоре, поддержке, потребность осознать собственное «Я» в системе общественных ценностей, и, наконец, потребность перспективы будущего. Эти потребности присущи не только ребенку-инвалиду, они неотъемлемы от человека на протяжении всей его жизни. Взрослые удовлетворяют их в большей степени при воспитании детей [7]. В связи с этим очень важным является то, какие межличностные отношения складываются между членами семьи, где есть ребенок-инвалид. Чем грамотнее семейные отношения, тем лучше ребенок контактирует со своим окружением. Это, прежде всего, зависит от любви к ребенку и пониманию его, а также проявляется в правильном воспитании, привитии ему долготерпения, доброты, понимания, целеустремленности и других немаловажных качеств для межличностных отношений.

Отношения с обществом у ребенка-инвалида во многом зависят от того, как родители ведут себя с ним при других, от того, как члены семьи отстаивают и защищают интересы своего ребенка в обществе, от того какие требования предъявляются ребенку (посильные или нет), от того, как в семье заботятся друг о друге, проявляют ли внимание друг к другу, каковы внутренние взаимоотношения, важным является то, как сам ребенок относится к себе.

Развитие аномального ребенка ставит перед родителями все новые и новые проблемы, которые должны грамотно и заинтересованно решаться. Осознавая свою ответственность перед малышом, родители должны, не теряя времени, начинать действовать, проявляя соответствующую активность с целью создания необходимых условий для организации полноценного развития и воспитания ребенка.

В виду всего вышесказанного можно сделать следующие выводы:

1. В современных условиях большого количества инвалидов, особенно детей с различными физическими и психическими отклонениями, высока потребность изучения и создания условий, способствующих решению, существующих у них проблем.

2. Межличностные отношения, складывающиеся в семье, являются основной частью взаимодействия ребенка-инвалида с окружающим его социумом, и от того каковы эти межличностные отношения зависит адаптация межличностных отношений ребенка с его окружением.

3. Неправильно выстроенные межличностные отношения в семье приводят к тому, что ребенок вместе с семьей изолирует себя от общества, что сказывается на эффективности их межличностных отношений.

4. Дети-инвалиды, хорошо адаптированные в межличностных отношениях более успешны, общи-

тельны, у них есть друзья, интересы, они развиваются в разных направлениях своей деятельности.

Таким образом, перечисленные факты указывают на множественные сложные проблемы воспитания ребенка с отклонениями в развитии в условиях семьи, и предполагают особую социальную защиту и поддержку данной категории населения. Необходимо подчеркнуть, что важнейшим условием достижения социальной интеграции является внедрение в общественное сознание идеи равных прав и возможностей для детей с ограниченными возможностями. В развитых странах этот процесс

давно идет. У нас в стране, к сожалению, идея равных прав и возможностей не только не присутствует в общественном сознании, но лишь недавно начала осознаваться людьми, ответственными за социальную политику в отношении инвалидов, и не получила должного отражения в правовой сфере. Но даже при полном принятии законодательных мер по реализации идеи равных прав и возможностей инвалидов в высших эшелонах власти социальная интеграция не будет достигнута, пока общество не осознает правильность этой идеи.

1. *Байсалбаева Ш.А.* Медико-социальное последствие детской инвалидности и обоснование критериев социальной недостаточности. – Республика Казахстан Алмата: Типография ТОО «Полиграфсервис», 1999.
2. *Брутман В.И., Ениколопов С.К., Панкратова М.Г.* Отказ от новорожденного: причины и мотивы // Нетипичная семья: образ жизни и положение в Российском обществе. М., 1997.
3. *Дементьева Е. Г.* Модель работы с семьей умственно отсталого дошкольника по совершенствованию внутрисемейного взаимодействия в рамках коррекционно-педагогической деятельности/ Практическая психология и логопедия, - М.: изд. дом «Образование плюс, 2006. - №3
4. *Захаров А.И.* Предупреждение отклонений в поведении ребенка. – СПб., 2000.
5. *Зубкова Т.С., Тимошина Н.В.* Организация и содержание работы по социальной защите женщин, детей и семьи: Учеб. пособие для студ. сред. проф. учеб. заведений. — М: Издательский центр «Академия», 2003.
6. *Кон И. С.* Дружба: Этико-психологический очерк. — М.: Политиздат, 1987.
7. *Матейчек З.* Родители и дети. - М., «Просвещение», 1992.
8. *Ткачева В. В.* О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / Дефектология. 1998. №1
9. *Тюрина Н. Ш.* Формирование социальной компетентности родителей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии/ Практическая психология и логопедия, - М.: изд. дом «Образование плюс», 2006. №2

КАРТАШОВА ТАТЬЯНА ЕВГЕНЬЕВНА

аспирант Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы

KARTASHOVA T.

post graduate student of the St.-Petersburg state institute of psychology and social work

**МОТИВАЦИЯ ВСТУПЛЕНИЯ В БРАК СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ
YOUNG PEOPLE'S MARRIAGE MOTIVATION**

АННОТАЦИЯ: В статье рассматриваются основные причины вступления в брак современной молодежи, гендерные особенности создания семьи. Представлены мотивы, приводящие к дисфункциональным расстройством семейных отношений.

ABSTRACT: The article deals with the reason of young people getting married and with the gender peculiarities of starting a family. The causes leading to family disfunctions are also discussed in the present work.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мотивация вступления в брак, гендерные различия в брачных мотивах, молодежь.

KEY WORDS: marriage motivation, gender differences in marriage motivation, young people.

Семья – существенный фактор эмоционального благополучия личности, определяющий аффективный тон её мироощущения. Любовь и брак решающим образом определяют переживание личностью счастья и удовлетворенности жизнью.

В наше время возраст молодых людей, вступающих в официальные брачно-семейные отношения, колеблется от 18 до 30 лет. Но многие, даже подав заявление о заключении брака, и готовясь к свадьбе, испытывают страх перед семейной жизнью. Есть и те, кто испытывают полное удовлетворение от гражданского брака и не хотят ничего менять, так как считают, что официальный брак предполагает большую ответственность, к которой они не готовы.

Современная ситуация характеризуется оживлением интереса к семье. Ведь именно сейчас Правительство, региональные и муниципальные власти, наконец-то стали пропагандировать образ «здоровой семьи», семья как основной ячейки общества. Это связано с нарастанием трудностей и проблем в современной семейной жизни. Когда говорят о современной революции брачных отношений, то речь идет о нескольких тенденциях: появление нетрадиционных форм брака (однополое браки, групповые сожителства, брачные коммуны и т.д.); снижение роли юридической регистрации брака; смена регуляторов брачных отношений; изменение функций и мотивации брака [3].

Спецификой современного брака является его нестабильность. Это подтверждают высокие коэффициенты разводимости, свойственные для последних лет. По самым последним данным Росстата, количество разводов в России увеличилось с 685,9 тыс. в 2007 году до 703,4 тыс. в 2008-м. Частота

разрывов семейных уз возросла соответственно с 4,8 человек на 1 тыс. населения до 5. Впрочем, это не стало неожиданностью – с 2005 года количество разводов стабильно росло. Зато с 2004 года количество браков возросло с 6,8 на 1 тыс. человек до 8,9 в 2007-м.

В Москве картина та же, что и по всей стране: меньше браков и больше разводов. В августе было заключено 12 460 браков – молодоженов в загсы привлекла «магическая» дата 08.08.08. Но уже в сентябре столичное управление ЗАГС зарегистрировало лишь 9487 брака, в октябре – 7561, в ноябре – 6526, а в декабре – 5305. Это минимальный показатель за 19 месяцев. Количество свадеб уменьшилось в 2,4 раза. В январе 2009 года в столице было заключено 5386 браков и оформлено 3619 разводов. Для сравнения: в декабре прошлого года свадеб было 5305, разводов – 4376.

По количеству лет, прожитых вместе, разводы распределяются так: до 1 года - 3,6%, от 1 до 2 лет - 16%, от 3 до 4 лет - 18%, от 5 до 9 лет - 28%, от 10 до 19 лет - 22%, от 20 и более лет - 12,4%. Таким образом, за первые 4 года происходит около 40% разводов, а за 9 - около 2/3 их общего числа.

Статистика показывает, что наиболее ответственный период в жизни семьи, когда супругам от 20 до 30 лет. Установлено также, что браки, заключенные до 30 лет, в среднем вдвое долговечнее браков, возникших, когда супругам было за 30.

Абсолютное большинство разводов приходится на возраст от 18 до 35 лет. Резкий подъем начинается в возрасте 25 лет. В 64% случаев суд предлагает разводящимся подумать и дает на это несколько

месяцев. Забирают заявление о разводе около 7% супругов [8].

Такой высокий процент разводов может говорить о том, что молодые люди не достаточно осознанно выбирают партнера для создания семьи, не всегда понимают той ответственности, которая их ждет в семейной жизни.

История семейных отношений знает различные мотивы вступления в брак: и решение политических проблем, и повышение социального статуса (например, вхождение в ту или иную привилегированную касту), и решение материальных проблем.

Современные же браки основаны, главным образом, на свободном выборе супруга, на личных чувствах и ответственном решении. Исследования показывают, что в настоящее время лидирующее место среди мотивов вступления в брак занимает любовь, желание быть вместе с любимым человеком, разделять с ним «радости и горести». Доля людей, создающих свою семью по любви, по данным разных авторов, колеблется от 40 до 80%. Это связано со сложностью самого понятия «любовь», с различным пониманием ее у разных людей. И если в списке предлагаемых мотивов приводятся «духовная близость» или «общность взглядов и интересов», то супруги могут выбрать именно эти понятия, игнорируя мотив «любовь» как слишком общий и само собой разумеющийся.

Остальные причины составляют существенно меньшую долю (10% и менее): скорое рождение ребенка, чувство одиночества, чувство сострадания, материальная обеспеченность (престиж) супруга, решение о том, что пора создавать семью, стремление стать взрослым (как более негативный вариант – стремление доказать родителям, что ты уже взрослый, как протест против власти родителей) [6].

Л.Б. Шнайдер приводит три мотивации на брак:

1. Мотивация на сам факт брака – главной движущей силой выступает само намерение заключить брак. При этом личность брачного партнера не имеет большого значения, важно, чтобы он не возражал против заключения брака. Сама по себе такая мотивация не является неадекватной. Во многих случаях люди, имевшие серьезную потребность в семейной самореализации, долго и счастливо, во всяком случае благополучно, живут в браке.

2. Мотивация на определенный вид брака – в этом случае человек ориентируется на партнера, который способен осуществить его мечты, который соответствует некоему представлению о престижном варианте брачных отношений (дочь или сын дипломата, иностранец, богатый человек и т.д.). Такие оценочно-сравнительные выборы могут происходить в жизни многократно: всегда можно найти кого-то еще лучше.

3. Мотивация на определенного человека – избранный воспринимается как конкретный, реальный человек, со всеми его особенностями. Это сознательный выбор с установкой на принятие определенного человека и вытекающей отсюда личной ответственностью за свои чувства [10].

Наблюдаются гендерные различия в брачных мотивах – более чем в одной десятой из всех брач-

ных союзов мотив любви и общности взглядов характерен только для женщин, мужчины в этих случаях руководствуются чувством сострадания, одиночества, вероятностью скорого рождения ребенка. Интересно, что в браках по расчету мужчины больше ориентируются на жилплощадь будущей жены, а женщины – на материальную обеспеченность будущего мужа.

Некоторые авторы в качестве мотивов брака выдвигают «симпатию», «легкомыслие» или «духовную близость». Сочетание близости с любовью при вступлении в брак дает наибольшее число счастливых союзов [1].

В деструктивных семьях, по данным Э.Г.Эйдемиллера и В.Юстицкиса, распределение мотивов вступления в брак иное. Наиболее частыми мотивами являются «бегство от родителей» и «долженствование» (вступление в брак из чувства долга) – в 50% и 49% дисфункциональных семей соответственно. Авторы замечают, что мотив «бегство от родителей» часто означает пассивный протест против власти родителей, неспособность воспринимать жизнь во всей ее реальной полноте. Заключение брака по мотиву «долженствование» очень часто означает, что партнерша забеременела или же что половая близость сопровождается переживанием вины.

Далее идут мотивы «одиночество» и «следование традиции» (инициатива родителей) – около 25-26%. При этом мотив «одиночество» чаще встречался у людей, которые переехали на новое место жительства. Они заключали брак с теми людьми, которых знали раньше или которых рекомендовали сослуживцы. В других случаях «одиночество» было следствием переживания экзистенциальной пустоты [1].

Заключение брака по любви составляло среди дисфункциональных семей меньшинство (около 10%). Мотивом образования семей еще реже являлся престиж, поиск материальных благ (около 5%) и месть (3%).

Исследование представлений о семье студентов города Кемерово, проведенное в 2003 году, интересно прежде всего тем, что представляет собой некоторую «фотографию» взглядов современной молодежи (19-24 лет). Среди доминирующих мотивов вступления в брак девушки указали беременность, любовь, желание отделиться от родительской семьи, и затем – материальная выгода, боязнь одиночества, нежелание остаться «старой девой», стремление к взрослой жизни.

Удивительно то, что и юноши ведущим мотивом создания семьи назвали беременность партнерши и только после этого – желание быть самостоятельным, независимым, сексуальное удовлетворение, любовь и т.д. Мотив вступления в брак в связи с беременностью, возможно, связан с тем, что современная молодежь предпочитает свободные отношения. Как это ни печально, к регистрации их подталкивает зачастую не любовь друг к другу, не желание быть вместе, а ожидание будущего ребенка.

Можно заметить, что взгляды студенческой молодежи 2003 года на вступление в брак приближаются к описанным Э.Г.Эйдемиллером и

В.Юстицкисом мотивам заключения брака в дисфункциональных семьях [1].

Взгляд на то, что дает семья, у женщин и мужчин, по данным Л.А. Коростылевой (2000), практически одинаковый:

У женщин семья служит опорой в трудную минуту; избавляет от одиночества; приносит счастье материнства; упорядочивает интимную жизнь; налаживает быт, режим питания.

У мужчин семья также служит опорой в трудную минуту; избавляет от одиночества; налаживает быт, режим питания; приносит счастье отцовства; упорядочивает интимную жизнь [5].

В результате исследования мотивационной сферы юношей и девушек, вступающих в брачные отношения, были выделены 7 основных причин (мотивов), которые приводят к дисфункциональным расстройствам семейных отношений.

1. Мотив «бегство от родителей». В основе этой причины часто лежит пассивный протест против власти родителей. Из-за несформированных навыков партнерских отношений создаются условия для переноса схемы и стиля родительских отношений в супружескую жизнь молодоженов. Все повторяется. Ребенок, испытавший диктатуру родителей, тоже будет стремиться в своей семейной жизни к личному превосходству. Человек, воспитанный в подобной семье, не умеет включать себя в общее и впоследствии подсознательно стремится подчинять других себе (или наоборот). Так постепенно нарушается гармония отношений среди близких, в обществе.

Поскольку ни один человек не может долгое время терпеть кабалу другого, то те, кто хотя бы в своих любовных отношениях стремится к власти над другой стороной, неминуемо будут наталкиваться на серьезные препятствия. Если человек (чаще бессознательно) склонен приносить высокомерие и превосходство в эротические отношения, то он найдет партнера, который либо будет ему подчиняться, либо такого, который будет вести с ним борьбу, стремясь к своему превосходству. В первом случае наблюдается превращение любви в рабство, во втором случае предвидится постоянная, изнуряющая борьба за власть, которая никогда не приведет к гармонии. Поэтому как в обществе необходимо уважать свободу и индивидуальность человека, предоставляя ему право поступать по собственному усмотрению, так и в семейной жизни существует право партнеров на «личное пространство».

2. Мотив «сексуальная потребность». Этот мотив лежит в основе заключения брака в тех случаях, когда семья родителей, воспитав ребенка в строгих патриархальных (например, христианских) традициях, становится своеобразным ограничителем удовлетворения сексуальной потребности молодого человека. В поле зрения возникает единственный выход – вступление в брак.

3. Мотив «долженствования». Заключение брака по мотиву долженствования часто означает, что один из партнеров уходит от настоящей ответственности, ссылаясь при принятии решения на нормы, традиции, общепринятые правила. Нередко движу-

щей силой такого стиля поведения является чувство вины [7].

4. Мотив «одиночество». Когда человек переживает чувство межличностного вакуума – отсутствие в жизни духовного, мировоззренческого единства, у него появляются невротическая тревожность и страх перед будущим. Убегая из «черной дыры» своего внутреннего мира, он пытается компенсировать создавшуюся пустоту за счет мировосприятия другого человека. Перефразируя слова Э.Фромма, можно сказать, что такой брак скорее является попыткой компенсировать собственную пустоту, нежели каким-либо способом обогатить свою жизнь.

Иногда этот мотив принимает другие формы. Есть люди, которые создают в своем воображении образ и, увлекаясь, закидываются на нем, что приводит их к определенной цели: они вообще ничего не хотят знать о любви и браке, живя мечтаниями, которые, по всей вероятности, никогда не смогут осуществиться.

5. Мотив «следование традициям». Заключение брака по мотиву следования традициям широко распространено в истории человечества. Такой стиль поведения демонстрирует бегство от личной ответственности за свою судьбу, позицию «пловца по течению». Страх перед неизведанным будущим, перед жизненной нестабильностью компенсируется следованием традициям. Подобные мотивы тоже формируются в родительской семье. Схема проста: «Будешь нас слушаться – будешь иметь ..., а не будешь – не рассчитывай на поддержку» (форма шантажа) и др.

6. Мотив «престиж». Наиболее часто в истории человечества брачные отношения формировались на основе мотива «престиж», так как многие браки заключались на основе экономической и политической выгод. Эта форма брачных отношений и в современном обществе имеет свое лицо: например, престижно студентке выйти замуж за профессора, молодой девушке – за генерала, молодому человеку взять в жены миллионершу или чтобы у твоего партнера были респектабельные родители, и т.д. [7].

7. Мотив «мечь». Иногда брачные отношения строятся изначально из чувства мести. Нередко можно услышать: «Я вышла за него только затем, чтобы отомстить парню, которого я любила», «Я вышла замуж назло моим родителям». Чувство мести проявляется по-разному, например: существует мечь физическая, эмоциональная, ментальная, творческая, социальная и др. Она часто рождается как следствие первоначальной идеализации партнера по браку, желание компенсировать за счет него собственные устремления, выстроить перспективу развития, самоактуализироваться через его деятельность и т.д. Такие люди изначально стремятся найти жизнь рядом с «великим человеком» или, по А.Адлеру, жить «рядом с жизнью». Сначала они ищут замену миру, отворачиваясь от действительности, проецируя ее на выбранный объект, но постепенно приходят к разочарованию и, свергая идола с построенного собственными руками пьедестала, вновь приступают к новым поискам. Партнер же становится идолом лишь потому, что обладает цен-

ностями (материальными, духовными, информационными и др.), особо значимыми для партнера [7].

А теперь рассмотрим результаты нашего социально-психологического опроса современной молодежи г. Санкт-Петербурга в возрасте от 20 до 25 лет, проведенного в период с января по март 2009 года. Молодым людям предлагалось ответить на 4 вопроса, касающихся взглядов на семейную жизнь и установок на вступление в брак.

На вопрос «Насколько семья является для Вас ценностью?» были получены следующие ответы:

1. Это самое ценное в жизни – 75 % мужчин и 83 % женщин.

2. Это такая же ценность, как здоровье, работа, спорт – 8 % мужчин и 9 % женщин.

3. Работа важнее семьи – 4 % мужчин и 2 % женщин.

4 % мужчин считают, что должен быть некий баланс личных интересов и интересов семьи. Среди женщин также встречались следующие ответы: мои личные интересы выше интересов семьи (1 %), со временем семья станет важнее личных интересов (1 %), семья – опора в жизни (1 %).

На вопрос «Какие отношения с супругом / супругой Вы бы хотели иметь?» были получены следующие ответы:

1. Паритетные, на равных – 42 % мужчин и 65 % женщин.

2. С ведущей ролью мужчины – 58 % мужчин и 36 % женщин.

3. С ведущей ролью женщины – 1 % мужчин и 0 % женщин.

Из полученных данных видно, что женщины хотя и равноправия в семье, мужчины же стремятся к активной, главенствующей роли, возможности самостоятельно принимать решения, касающиеся интересов семьи.

На вопрос «Что, на Ваш взгляд, должно быть причиной для вступления в брак?» ответы респондентов распределились следующим образом:

1. Любовь – 87 % мужчин и 92 % женщин.

2. Общие интересы – 29 % мужчин и 25 % женщин.

3. Гармоничные сексуальные отношения – 25 % мужчин и 16 % женщин.

4. Материальная выгода – 13 % мужчин и 7 % женщин.

5. Беременность и дети – 12 % мужчин и 5 % женщин.

Среди женщин также встречались следующие ответы: взаимоуважение (1 %) и готовность к ответственности (1 %). Также 1 % женщин считает, что брак не нужен.

На вопрос «Возможно ли для Вас вступление в брак без любви?» ответы следующие:

1. Нет, без любви брак не имеет никакого смысла – 54 % мужчин и 46 % женщин.

2. Допустимо, но не желательно – 17 % мужчин и 38 % женщин.

3. Да, любовь придет со временем – 13 % мужчин и 8 % женщин.

4. Допустимо только в экстренных случаях – 12 % мужчин и 5 % женщин.

5. Допустимо, и является личным делом каждого – 0 % мужчин и 3 % женщин.

Исходя из полученных данных видно, что у молодежи преобладают романтические мотивы вступления в брак. Также не наблюдается видимых различий в гендерных брачных мотивах.

Брак несет в себе абсолютно разный опыт для мужчины и женщины. Он как бы делает мужчину выше ростом, придает ему больше силы и власти, его значимость и статус возрастают. Мужчина хочет старого патриархального брака, где он решает все наиболее важные вопросы, а женщине остается лишь соглашаться с его решениями, и тогда жизнь течет благополучно. Большинство мужчин лелеют надежду, что все будет происходить именно так и когда-нибудь, совсем скоро, жизнь в браке станет именно такой.

Вероятно, такое отношение к браку – эхо примитивного патриархального менталитета, когда женщина полностью принадлежала мужчине. В наших современных традициях до сих пор кое в чем сохранились следы патриархальных обычаев: например, когда жена берет фамилию мужа.

В бессознательном мужчины есть нечто такое, что питает его надежду добиться от жены согласия ни о чем его не спрашивать. Часто эта установка по отношению к браку состоит в том, что для него брак должен быть удобным, но не обременительным [4].

Обычно людям, решившим вступить в законный брак и обратившимся в ЗАГС, для обдумывания и проверки своих чувств дается срок от одного до двух месяцев. Многие пары выходят из брачного учреждения разочарованными. Им кажется, что этот срок очень большой, и, проявляя нетерпение, они начинают упрашивать администратора: «Нельзя ли пораньше зарегистрировать брак?» А между тем, как подсчитали социологи, около 10% подавших заявления не являются для регистрации брака. За этот срок некоторые пары поняли, что не подходят друг другу, так как только в эти дни они обнаружили взаимные упрямство, неуступчивость и неуважение друг к другу и решили отказаться от брака. На поверку оказалось, что между ними не было искренней платонической любви, большой, всепрощенческой, а была лишь симпатия или страсть – яркое, неудержимое сексуальное влечение – подлинная влюбленность.

Нет никакого сомнения в том, что настоящая, искренняя взаимная любовь дает право на брак, в котором любовь продолжает развиваться и усиливаться. Трезвость вступающих в брак являются необходимым требованием. Зрелость чувств укрепляет силу воли, обогащает ум. Доброжелательность. Взаимоуважение. Бескорыстное пожертвование. Умение ставить личные интересы ниже интересов любимого. Подобная нравственная позиция углубляет любовь, ведя их к взаимному счастью [9].

Мотивы вступления в брак разнообразны. Они разделяются на романтические, идеалистические и прагматичные, рассудочные. Вступление в брак особенно в первый раз – судьбоносный поступок, одно из важнейших решений человека. Этим решением принципиально реализуется одно из при-

тязаний человека, и в нем более всего проявляется уровень притязаний индивида – скромных, усредненных, высоких, заниженных или завышенных.

Любовь – необходимое условие брака, но не единственное. Для брака нужны и другие условия: жилищные, финансовые, единый подход к детям, человеческое взаимопонимание. Поэтому не должно быть противопоставления брака по любви и брака по расчету. Он должен быть и по любви, и по расчету [2].

Таким образом, можно выделить 3 основных мотива вступления в брак современной молодежи: любовь, общие интересы и гармоничные сексуальные отношения.

Необходимо отметить, что в каждом отдельном случае имеет место не один мотив, не одна причина, а несколько. При этом некоторые более значимы, другие – менее. В браках, основанных на случайных причинах (стремлении отомстить кому-то, уйти от родителей и т.д.), решение принимается скоропалительно, личность супруга имеет минимальное значение, перед будущими супругами не вставали задачи «самоопределения» семьи (выяснение супружеских ролей, внутрисемейного статуса каждого из них, их общих целей и т.д.). И если отношения в паре не развиваются и не изменяются, то подобные браки либо достаточно быстро распадаются, либо существуют номинально.

-
1. *Андреева Т.В.* Психология современной семьи. Монография. – СПб.: Речь, 2005.
 2. *Балашов Л.Е.* О любви. – 2-е издание, расширенное. – М., 2001.
 3. *Волкова А.Н.* Психология брака и семьи. Учебно-методическое пособие к курсу «Психология семьи и семейная психотерапия», Часть 1. – СПб., ПМА: 2004. – 88 с.
 4. *Джонсон Р.А.* Она: Глубинные аспекты женской психологии / Пер. с англ. – М.: «Когито-Центр», 2005.
 5. *Ильин Е.П.* Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. – СПб: Питер, 2007
 6. *Калинина Р.Р.* Введение в психологию семейных отношений. СПб.: Речь, 2008.
 7. *Полякова О.Ю., Панова О.И., Меньшова А.Ю.* Как сохранить любовь – искусство взаимоотношений. – СПб.: Речь, 2008.
 8. Статистика разводов <http://www.newizv.ru/news/2009-02-27/106084/>
 9. *Степушин А.Е.* Влюбленность, любовь, потенция. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007
 10. *Шнейдер Л.Б.* Психология семейных отношений. Курс лекций. – М.: Апрель-Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000.

ЛИУККОНЕН ЕЛЕНА ИВАНОВНА

аспирант Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы

LIUKKONEN E.

post graduate student of the St.-Petersburg state institute of psychology and social work

ОСОБЕННОСТИ ЭТНОСОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ИММИГРАНТОВ ИЗ РОССИИ

FEATURES OF ETHNOSOCIAL INTEGRATION OF IMMIGRANTS FROM RUSSIA

АННОТАЦИЯ: Рассматриваются факторы, влияющие на динамику интеграции иммигрантов в новое сообщество. Анализируются различные уровни интеграции иммигрантов. Описываются воздействия социальной среды на интеграцию иммигрантов и обосновывается положение о том, что проблемы интеграции в новое общество провоцируют возникновение многих серьезных нарушений в семье и психическом здоровье иммигрантов.

Обосновывается положение о необходимости системного исследования вопросов интеграции иммигрантов в целях оптимизации объединения их с коренным населением и профилактики возникновения дезадаптационных расстройств.

ABSTRACT: The factors influencing dynamics of integration of immigrants in new community are considered. Various levels of integration of immigrants are analyzed. Influences of the social environment on integration of immigrants are described and the theses are substantiated, that problems of integration into a new society provoke serious damage in family and mental health of immigrants.

The thesis about necessity of system research of issues of integration of immigrants in order to optimize their association with indigenous population and prevent beginning of deadaptation derangements is substantiated

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Интеграция иммигрантов, этнос, этническое самосознание, этносоциальная интеграция, маргинализация, дискриминация, безработица.

KEYWORDS: Integration of immigrants, ethnos, ethnic consciousness, ethnosocial integration, marginalization, discrimination, unemployment.

Условия эмиграции ставят перед человеком острые психологические задачи, связанные с выживанием в новых условиях. Новое общество в силу специфики культуры предъявляет свои требования к системе ценностей и нормам поведения вливающих в него людей. Таким образом, возникает проблема нахождения путей реагирования на новые явления жизни, проблема поиска новых сфер применения своих способностей, знаний и опыта.

В странах с иной культурой перед иммигрантами неизбежно встает проблема интеграции в общество и народ, который их принял. Важно понять, как складываются социальные и этнические взаимоотношения людей в условиях эмиграции, в какой мере иммигранты включаются в жизнь другого общества. С началом жизни за рубежом перед иммигрантами возникают принципиальные проблемы: как жить с другим народом? Как осваивать новую культуру, образ жизни и стиль мышления? Как поступить со своим языком и сохранять ли связи с соотечественниками, проживающими по соседству и в России?

Важно найти сходство и различие в положении иммигрантов по сравнению с обществом принимающей страны. Задачами исследования интеграции является сохранение/изменение у иммигрантов элементов национальной принадлежности в социально-бытовых условиях, в занятости и доходах, в жилищном обеспечении, в общественных, личных и брачных отношениях между иммигрантами и коренным населением и между членами иммигрантских этносов, в языке и культуре, а также изучение влияния культуры на эти процессы.

Основным критерием понятия этносоциальной интеграции иммигрантов, их включения в общество принимающей страны является трансформация разговорного языка, культуры и самосознания [6, 9].

В жизни современного человека осознание своей принадлежности к определенному народу, поиски его особенностей — в том числе и особенностей психики — играют важную роль и оказывают серьезное влияние на отношения между людьми — от межличностных до межгосударственных, и, таким

образом, совершенно необходимо изучение психологического аспекта этнического фактора.

Само этническое единство - это прежде всего повседневный национальный язык, который является основой и наиболее очевидным проявлением этноса. Он органически включен во внутри-этническое общение, функционирует как средство социального взаимодействия всего этноса, создает саму этническую общность. Каждый член этноса воспринимает национальный язык как присущее ему от природы общее достояние. Этнообразующая способность языка в экстремальных условиях становится сильнее внутренних экономических, религиозных и политических противоречий. Национальный язык сохраняет этнос в условиях постоянной жизни в инонациональном окружении, в условиях иммиграции.

Вместе с тем для современных иммигрантов характерно развитое двуязычие, билингвизм. Знание языка принимающей страны является одним из компонентов принятия решения об эмиграции, условием непосредственного общения с людьми иных национальностей, освоения новой культуры и профессиональной деятельности. Наряду с языком важнейшее значение для устойчивой жизни этноса имеют специфические элементы его культуры, такие как обычаи, национальное искусство, литература, пресса, религия, нормы поведения и т. д. [6].

При всей своей важности общность языка и культуры не является достаточной для того, чтобы определить, сохраняют ли иммигранты свою этническую принадлежность. Этносом является только та совокупность людей, которая осознает себя как таковую, отличая себя от других аналогичных общностей и выражая эту идентификацию в этнониме. Этническое самосознание выступает не только как важнейший определитель этнической принадлежности, отесняющий в этом отношении даже признак родного языка, но и как сила, объединяющая членов этноса и противопоставляющая их другим этносам.

История и современная общественная жизнь показывают весьма различные формы взаимовлияния этносов, и можно предполагать, что путь русских иммигрантов лежит через очень многие из них. В литературе по этому вопросу выделяют консолидацию, ассимиляцию, межэтническую интеграцию, аккультурацию, этническую изоляцию, дестнизацию [1,2]. При взаимодействии этносов часто имеет место не только билингвизм, но и бикультурализм, предполагающий наложение на традиционную культуру данного этноса отдельных элементов культуры другого. Этот процесс обычно именуют термином "аккультурация". Изменения могут проходить как в одном, так и в обоих этносах. В жизни это означает тенденцию к существенным этническим изменениям [6].

Этносоциальная интеграция - это приобретение иммигрантами национальных и социальных качеств коренных жителей принимающей страны, что означает освоение культуры, языка и социальных норм и ценностей принимающей страны. Рассмотренные же взаимоотношения между этносами представлены как формы интеграции.

Иммигранты находятся в двойственном положении, они оказались в ином мире отношений между людьми, чем их собственный национальный мир, с иными нормами, интересами, ценностями, государственным устройством. Они должны учитывать эти отличия, так как в противном случае им не удастся достичь собственных целей эмиграции.

С одной стороны, отдельные люди и органы власти принимающей страны, допускают иммигрантов в свою этносоциальную общность, приобретая их к своим национальным ценностям, общественному устройству и т. д. С другой стороны, коренной народ и его власть ограничивают своим характером, нормами, правовыми установлениями и просто прямым воздействием, отношения с иммигрантами и их потомками. Для того, чтобы иммигрант мог достичь своих целей при переселении, он должен разрешить возникшее перед ним противоречие: либо сохранить свою прошлую национальную принадлежность, либо изменить ее [1,6].

Отношения между иммигрантами и коренным населением складываются в контексте социально-экономических условий жизни и ее этнических компонентов, духовных, бытовых, семейных, экономических, языковых, профессиональных и пр.

Основания, по поводу которых складываются общественные отношения между иммигрантами и обществом принимающей страны, при более детальном рассмотрении являются показателями интеграции. К ним относятся: использование русского и иностранного языка в повседневной жизни; преобладание меж- или внутринациональной брачности; близость к стандартам занятости, уровня доходов, жилища; общественная активность и консолидация иммигрантов в принимающей стране; создание национальных учреждений культуры, образования, религии, общественных организаций, органов самоуправления, прессы; освоение русской и иностранной культуры.

Этносоциальная интеграция имеет общественно-экономические основания. Главной притягательной силой для иммигрантов является множество социальных благ, которые предоставляются им властями принимающей страны, такие как социальная помощь, обеспечение жильем и работой. Создание максимально благоприятных социально-экономических условий жизни иммигрантов являются предпосылками для любой формы интеграции иммигрантов в общество принимающей страны.

Социальная интеграция позволяет приблизиться иммигрантам по своему общественному и экономическому положению к коренному населению, войти в общество принимающей страны. В первую очередь, это зависит от действий самого иммигранта и владения им иностранным языком, хотя иногда и возникают различные препятствия, такие как предвзятость по отношению к иностранцам и ряд других. Взаимоотношения между людьми различных наций во многом предопределяет непосредственное проявление интеграционных процессов. Взаимоотношения между иммигрантами и коренным населением строятся преимущественно на деловой, прагматичной, а не личностной основе. Так как многие иммигранты считают, что их понимание

дружбы отличается от русского понимания этого слова [6].

Важное влияние на интеграцию оказывает исторический аспект. На примере Германии стоит отметить, что длительное время, вплоть до середины 80-х годов, сохранялось положительное отношение немцев к иммигрантам из СССР. Экспертами приводятся случаи активной поддержки артистов, художников, писателей, журналистов.

Резкий рост числа эмигрантов в Германию из России и других стран бывшего СССР вызвал недовольство немцев, причем иммигранты его понимают и считают справедливым. Таким образом, отношения между иммигрантами и коренным населением содержат две противоположности - тенденции к сближению и вместе с тем чисто внешние отношения, отсутствие межнационального понимания. Ухудшение психологической атмосферы по отношению к иностранцам вообще, способствует возникновению тенденции к отчуждению иммигрантов от коренного населения. С другой стороны, оно может усилить сознательное стремление иммигрантов к ассимиляции. Вместе с тем, неприязнь к иностранцам явление ситуационное, оно носит скорее исторически конъюнктурный, а не глубинный характер. Ограничение притока иммигрантов, можно предполагать, приведет к восстановлению прежнего лояльного отношения к ним.

Более или менее тесные личные взаимоотношения между иммигрантами, внутри- и межнациональные браки, общественные, национальные объединения (общины, землячества) показывают, что в иммигрантской среде доминирует преимущественно свой уклад жизни, свойственный тому, что был на Родине [4,6].

Среди иммигрантов есть определенный, достаточно большой круг людей, которые стремятся к тесному общению. Но есть и такие, которых принципиально не интересует такое общение. Россияне, попавшие на Запад, резко изменяются. Они живут обособленно, ведут себя не по-дружески. Со временем иммигранты все в большей мере стремятся общаться между собой. Первое время после приезда это общение носит чисто деловой характер и связано с помощью, которую могут оказать те, кто живет уже давно. Они в это время стремятся скорее к разъединению, чем к объединению. А потом они стремятся к общению с русскими. Со временем, возникает недостаток общения «по-русски». Между собой иммигрантов связывает выход из одной страны, из одной культуры. Можно посмеяться над понятными шутками, попеть давно знакомые песни, и это связывает их больше всего. Национальность связывает в меньшей степени.

В связи с этим, можно отметить наличие взаимосвязи между многими иммигрантами в форме непосредственного общения и изменение тенденции взаимодействия между ними с течением времени. Эту взаимосвязь вместе с тем нельзя назвать достаточно глубокой. Между поколениями старой русской и советской иммиграции такая связь отсутствует. Из-за этого между иммигрантами возникает

достаточно сильное отчуждение, которое скрывается деловитостью, простым взаимодействием [6].

Так же стоит обратить внимание на то, что иммигранты различной национальности существенно отличаются от коренного населения принимающей страны по характеру своих взаимоотношений и поведения. Одни сохраняют эти отличия благодаря внутриэтническому общению, делая это подчас совершенно сознательно. Другие стремятся к тесному деловому общению со своими соотечественниками, оставаясь отчужденными. Третьи ограничиваются преимущественно деловыми контактами с коренным населением [10].

Есть, однако, особая линия, линия внешнеэтнической идентификации при сохранении основы этнической принадлежности, идентификация себя с наднациональной культурой на бытовом уровне. Иммигрантам предоставлен исторический выбор. Формы интеграции обусловлены не внешними обстоятельствами, а сугубо внутренним состоянием и поведением иммигрантов, их явным и скрытым, сознательным или неосознанным решением о том, как жить в другой стране, общностью их норм и ценностей, а в определенной мере и интересов.

Совмещение достаточно самостоятельных форм интеграции, ассимиляции, аккультурации и отчуждения позволяет говорить о близости к нормальной интеграции и в то же время о ее вынужденном, а не естественном характере. Во втором поколении можно наблюдать явную склонность к ассимиляции и менее распространенное противодействие ей.

Однако есть иммигранты, которые сознательно стремятся противодействовать ассимиляции и преодолеть противоположность двух культур при условии сохранения национальных особенностей. Данная тенденция наиболее желательна и перспективна, поскольку соответствует современным политическим, социальным и экономическим тенденциям мирового развития [6].

После нескольких лет жизни в другой стране иммигрантом переход его с одного языка на другой не является большой проблемой. Но сам разговор на языке коренного населения большинство иммигрантов воспринимает как необходимость, а не собственное желание и стремление к освоению иного языка.

Так же мотивы выезда играют существенную роль в процессе интеграции. Если родители принадлежат к тем, кто эмигрировал по политическим и идеологическим причинам, сохранил свои занятия и высокую квалификацию, то наблюдается склонность сохранить русский язык у своих детей как родной. В случае, когда родители уехали из своей страны по экономическим, весьма прагматичным причинам, то русский язык не культивируется, его сохранение не считается необходимым делом.

Сохранение родного языка зависит от того, какое отношение сложилось у иммигрантов к своей стране. Сохранение родного языка в прямую зависимость от культуры самого иммигранта, а не от государственно-политических и общественно-психологических факторов. С другой стороны, дело упирается в непосредственное внесемейное

общение, в отсутствие достаточно частых встреч с соотечественниками.

Внутренняя потребность и внешняя необходимость изучения языка принимающей страны зависят от уровня культуры самого иммигранта [6].

Хорошее знание языка, достаточное время проживания в принимающей стране и контакты как со своими соотечественниками так и с коренным населением являются явной защитой против рисков маргинализации в разных сферах жизни иммигрантов. Недостаточное знание языка чётко обуславливает трудоустройство иммигрантов: по мере улучшения знания языка затяжная безработица резко снижается. Так же уровень образования оказывает влияние положительно на субъективную материальную обеспеченность. Но и хорошее образование не всегда является гарантией достаточной материальной обеспеченности.

Большинство иммигрантов общаются со своими детьми на двух языках. Общение с детьми только на языке принимающей страны наблюдается редко. Социальная жизнь иммигрантов включает как общение со своими соотечественниками так и общение с коренным населением [3].

Решающее значение в использовании языка принимающей страны в обиходной речи можно отнести возрасту. Для старших это трудно, молодые воспринимают это с радостью, так как для них открывается путь к общению со своими сверстниками. Тенденцию иммигрантов к сохранению своего языка и культуры у своих детей можно отметить совершенно отчетливо, точно так же, как и естественные препятствия для этого.

Исследования показывают, что дети и внуки иммигрантов, как правило, имеют лучшее образование и более высокооплачиваемую работу, чем представители предыдущих поколений. Такая расширяющаяся мобильность является одним из позитивных аспектов международной миграции [11].

Это не исключает возможности того, что дети из семей иммигрантов могут испытывать чувство отчуждения. Молодые люди из семей иммигрантов часто находятся между двумя культурами. Их борьба за то, чтобы найти свое место в жизни, может вызвать конфликт между ними и членами их семей и этническими общинами, а также с представителями их нового общества. Многие иммигранты считают, что их обременяет традиционное мировоззрение или поведение мужчин и женщин даже в том случае, если их друзья и знакомые делятся с ними другими идеями. Они могут также ощущать давление, связанное с нормами в их новых общинах, которые могут не совпадать с их собственными ценностями или личным выбором.

Родители могут не понимать своих детей или же считать, что они выступают против их авторитета [5].

Еще одной проблемой на пути интеграции иммигрантов является дискриминация. Иммигранты часто сталкиваются с дискриминацией, связанной с их иностранным происхождением, как при приёме на работу, так и в связи с продвижением по службе. А так же оказываются жертвами преступления расистской направленности (оскорбления, нанесение

телесных повреждений). В Европе расизм и дискриминация в отношении иммигрантов часто приводятся в качестве одной из причин их высокого уровня безработицы.

Суть многих определений интеграции заключается зачастую в финансовой самостоятельности приезжих и сохранении правопорядка. Интеграция понимается еще и как равные шансы на доступ к общественным и экономическим ресурсам. Процесс предоставления и получения равных шансов можно наблюдать, а также измерять и сравнивать по ряду показателей: это успехи в обучении, распределение доходов, уровень безработицы, число правонарушений и т.д. При этом интеграция – это процесс, который затрагивает все общество и не может быть измерен на единичном уровне, в том числе об интеграции нельзя судить только по уровню знания языка страны пребывания.

Интеграция, в первую очередь, затрагивает личностный уровень. Изучая данную проблему, необходимо ставить следующие вопросы: когда человек чувствует себя интегрированным в общество? Почему? В каких областях человек должен адаптироваться? Что является частной сферой? Можно ли быть лояльным множеству культур? Что дает человеку возможность интегрироваться в окружающее его общество?

Так же следует отметить, что, интеграция - это социальное и межличностное признание, личная компетенция и облегчение доступа к общественным ресурсам [8].

Политической, культурной и экономической интеграции иммигрантов в их новые страны должна способствовать политика, обеспечивающая интеграцию в жизнь общества и участие в ней, в школах, общинах и политических и экономических институтах. Что касается школ, то необходимо организовать подготовку учителей по вопросам предупреждения расизма, ксенофобии и дискриминации [7].

Некоторые страны и общины основное внимание уделяют расширению возможностей молодых людей в плане получения образования, содействию их перехода из учебных заведений на рынок труда, соединению их с организациями по трудоустройству и ликвидации препятствий, ограничивающих их доступ к участию в жизни гражданского общества.

Могут быть приняты меры для предупреждения дискриминации и изолированности. К числу перспективных методов борьбы с ксенофобией и расизмом относятся программы обучения. Целью успешно осуществляемых программ является охват родителей иммигрантов и руководителей их общин, а также привлечение их к деятельности по интеграции, направленной на удовлетворение потребностей молодежи [5].

Интеграция является длительным процессом взаимной адаптации принимающей стороны и мигрантов и осуществления необходимых изменений. Важным условием успешной интеграции являются равные общественные условия и социальные требования. Интеграция — проблема, с которой одинаково сталкиваются все люди.

К счастью, принимающие страны все шире признают, что интеграция — это двусторонний процесс, требующий адаптации не только иммигрантов, но и институтов и общин страны прибытия, а также признания того, что для достижения успеха необходимо осуществлять деятельность в четырех направлениях: экономическом, социальном, культурном и политическом.

Таким образом, этносоциальная интеграция иммигрантов является весьма сложным и многоплановым явлением. Вместе с тем, для предотвращения социально-психологической дезадаптации иммигрантов важно чтобы они не теряли связей со своей культурой в процессе интеграции в новое общество.

-
1. Дьячков М.В. Об ассимиляции и интеграции в полиэтнических социумах // Социологические исследования, 1995, 7. С.
 2. Лебедева Н.М. В силовом поле иной национальной культуры // Вестник РАН. 1994. Т. 64. 12. С.
 3. Новое исследование об интеграции иммигрантов (октябрь 2004) «Venäläinen, Virolainen, Suomalainen», 2004г.
 4. Рыбаковский Л.Л. Миграция населения. Три стадии миграционного процесса. (Очерки теории и методов исследования) М. 2001.
 5. Социальная интеграция и культурные противоречия. http://www.un.org/russian/ecosoc/unfra/moving_young/khadija_com.html
 6. Федоров Н. Особенности интеграции иммигрантов из бывшего СССР // Диаспоры. 1999г. <http://nature.web.ru/db/msg.html?mid=1187673>
 7. Франц Штайнер Интеграция мигрантов в Австрии <http://www.ug.ru/issues07/?action=topic&toid=2836>
 8. Швейцарский опыт интеграции мигрантов, 2007г. <http://www.ferghana.ru/article/php?id=5169>
 9. Этнические процессы в современном мире. М., 1987. С. 18.
 10. From immigration to integration local solutions to a global challenge, OESD 2006
 11. Global Commission on International Migration. "Migration in an Interconnected World: New Directions for action." Global Commission on International Migration. October, 2005.

ПАВЛОВ ДЕНИС ГЕННАДЬЕВИЧ

*соискатель ученой степени кандидата медицинских наук Военно-медицинской академии
им. С. М. Кирова*

PAVLOV D.

*applicant of the academic degree of a candidate of medical science of the S.M.Kirov Military Medical
Academy*

**ВЛИЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА
ФОРМИРОВАНИЕ РЕМИССИИ И РЕЦИДИВОВ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

**PECULIARITIES OF FORMING OF REMISSION AND RELAPSE AT PATIENTS
WITH ALCOHOLIC ADDICTION SYNDROME**

АННОТАЦИЯ: В статье дано подробное описание этапов формирования алкогольной зависимости на поведенческом уровне. Раскрыты понятия ремиссии, интермиссии, пререцедива и рецидива, описаны возможные связи между некоторыми особенностями личности больного (преморбидный склад характера, акцентуации личности) и социальными факторами, способствующими рецидиву либо препятствующими формированию качественной ремиссии у пациентов, страдающих «синдромом зависимости от алкоголя». Описаны современные реабилитационные программы.

ABSTRACT: The article presents a detailed description of stages of forming on the al level. It exposes the concepts of remission, intermission, prerelapse and relapse, and describes possible links between some patient's personal features (premorbid character, personal accentuations and others) and social factors promoting relapse or obstructing remission at patients with alcoholic addiction syndrome. The article describes therapeutic programmes used in modern narcology.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: алкогольная зависимость, абстиненция, интермиссия, обсессия, психопатия, рецидив, ремиссия, акцентуации характера.

KEY WORDS: accentuation alcoholic addiction, abstinence, intermission, obsession, psychopathy, relapse, remission.

Неумеренное потребление алкоголя как болезненное явление было известно Гиппократу и Галену. Однако подлинно научная разработка проблемы началась в XIX веке. Пьянство стали рассматривать не как нарушение норм морали, а как болезненное явление. В 1804 г. Томас Троттер назвал пьянство болезнью. В 1817 г. А. М. Сальватори предложил термин «ойномания», понимая под ним болезненное пристрастие к алкоголю, которое приводит к психическим и соматическим нарушениям. Сходным было понимание патологического влечения Эскиролем, предложившим термин «алкоголема-ния». Наиболее полно клиника алкоголизма была представлена Бриль-Краммером (1818), который описал запойную форму злоупотребления спиртными напитками и состояние после окончания злоупотребления алкоголем. Гуфелянд предложил для обозначения запоя термин «дипсомания». В дальнейшем так стали обозначать только те запои, которым предшествуют расстройства настроения [8,6,13,14].

Термин «алкоголизм» был впервые введен в 1849 г. Магнусом Гуссом. До 40-х годов 20 века, относился преимущественно к физическим последствиям длительного тяжелого пьянства. Неточность термина привела к тому, что в 1979 г. Комитет экспертов Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) отказался от него, отдав предпочтение более узкой формулировке синдрома алкогольной зависимости как одной из широкого спектра связанных с алкоголем проблем, по аналогии с зависимостью от психоактивных средств. В то же время термин «алкогольная зависимость» получил общее признание в современной нозологии. Однако несмотря на свою многозначность, алкоголизм все еще широко используется как диагностический и описательный термин. Например, в 1990 г. Американское общество наркологической медицины (American Society of Addiction Medicine) определило алкоголизм как «первичное хроническое заболевание», на развитие и проявления которого оказывают влияние генетические, психосоциальные и микросредовые факторы. В нашей работе,

отдавая дань исторической справедливости, мы будем пользоваться как терминологией нозологической концепции психических расстройств, которая предлагает рассматривать алкоголизм как нозологическую единицу, так и терминологий современной синдромальной парадигмы, где злоупотребление алкоголем рассматривается с точки зрения синдромального диагноза – синдром зависимости от алкоголя.

Современное видение течения алкогольной зависимости предполагает следующие три стадии ее патогенеза: начальная (неврастеническая), средняя – наркоманическая, 3-я исходная или энцефалопатическая [6,12,15].

Первая, начальная или неврастеническая стадия характеризуется следующей группой психопатологических симптомов: болезненное влечение обсессивного характера, утрата количественного контроля, возрастание толерантности, алкогольная амнезия (островковая), алкогольная анозогнозия.

Средняя наркоманическая стадия представлена следующими симптомами: болезненное влечение как обсессивного, так и компульсивного характера, абстинентный синдром, плато толерантности, появление ложных запоев, алкогольное оскудение личности.

Клиника конечной энцефалопатической стадии обусловлена резким снижением психической и ростом физической зависимости, снижением толерантности к спиртному, появлением истинных запоев, утратой ситуационного контроля.

Актуальность и незавершенность проблем формирования алкоголизма и алкогольных рецидивов обращает пристальное внимание авторов к психологическим характеристикам личности, скрытых в феноменах акцентуации характера, психопатиях [1,3,4,8,9].

Кроме того, реабилитационное направление в современной медицине, одним из самых важных принципов которого является личностный подход к больному, в отечественной медицинской психологии связанный с работами В.Н.Мясищева, подчеркивает важность изучения особенностей личности больного, способствующих рецидиву либо препятствующих формированию качественной ремиссии у пациентов, страдающих «синдромом зависимости от алкоголя» [5,6].

Течение алкоголизма в большинстве случаев является циклическим и сопровождается возникновением периодов воздержания от алкоголя, т.е. наступлением ремиссий и периодами активного потребления алкоголя – рецидивами.

Ремиссии

В современной наркологии под ремиссией понимается состояние воздержания от употребления спиртных напитков, их суррогатов, любых психоактивных средств в течение срока, не меньшего чем 3 месяца. При этом, полная ремиссия – воздержание от употребления алкоголя с исчезновением влечения к опьянению, нормализацией настроения, сна, аппетита, отсутствием проявлений отставленного абстинентного синдрома. Неполная ремиссия – воздержание от потребления алкоголя при сохраняющемся или периодически появляющемся влечении

к алкоголю, колебаниях настроения, нарушениях сна и аппетита, время от времени появляющихся симптомах отставленного абстинентного синдрома. Интермиссия – это полная ремиссия, длящаяся не менее года, сопровождающаяся полным восстановлением социального и семейного статуса, отсутствием характерных для алкоголизма изменений личности. Спонтанной ремиссией называется ремиссия, наступившая без специального терапевтического вмешательства. Терапевтической считают ремиссию, наступившую после проведения специального терапевтического вмешательства. Прерцидивом, или периодом контролируемого потребления алкоголя, называют тот отрезок времени после ремиссии, когда больной употребляет небольшие дозы алкоголя, но без возобновления прежней формы злоупотребления спиртными напитками, без опохмеления [1,2,5,8,9].

Способствуют наступлению ремиссии следующие факторы: отсутствие выраженных алкогольных изменений личности; наличие хотя бы частичной критики к заболеванию; достаточно высокий уровень социально-трудовой адаптации, хорошие внутрисемейные отношения; наличие высшего образования или высокой квалификации, некоторые личностные особенности (стенность, упорство в достижении цели, известная ригидность, интроверсия в сочетании с активностью, гипертимия, самостоятельность суждений, выраженность индивидуальных черт характера, разнообразие интересов, отсутствие повышенной внушаемости, наличие позитивных увлечений, повышенное внимание к состоянию здоровья, заинтересованность в сохранении социального положения и материального благополучия). Особенно благоприятно сочетание нескольких факторов. Поддерживают длительность ремиссии следующие факторы: разумное использование свободного времени, удовлетворение от работы, участие в общественной жизни, удовольствие от культурных развлечений, отсутствие психотравм, в том числе постоянной психотравмирующей ситуации дома и на работе, полный разрыв отношений с собутыльниками, участие в работе групп самоподдержки, длительный контакт с врачом, психотерапевтом, психологом [1,3,5-7,16].

Особое значение для возникновения многолетних ремиссий имеют некоторые особенности преморбидного склада характера.

Чаще всего отмечаются следующие варианты акцентуации характера [4,9,10,11].

Эпилептоидная акцентуация. Для этих лиц характерна медлительность, обстоятельность, аккуратность в одежде, в исполнении своих обязанностей, настойчивость в достижении поставленных целей, бережливость, переходящая в скупость, обидчивость, привязанность к семье и родственникам, особая сосредоточенность на материальном достатке, прямолинейность, резкость, бескомпромиссность, готовность к борьбе за справедливость, отстаиванию своих и чужих прав. В части случаев отмечается ригидность, обстоятельность, постоянство привычек, взглядов, интересов, увлечений.

Алкоголь этими лицами употребляется для устранения чувства напряжения, раздражительности,

усталости. Влечение к опьянению резко усиливается в ответ на психотравму. Оно, как правило, компульсивное. Больные пьют обычно в течение ряда дней и прекращают злоупотреблять алкоголем в силу тех или иных обстоятельств. В опьянении и во время абстинентного синдрома возникают не только соматоневрологические нарушения, но и нарушения психики. Часто отмечаются повышенная возбудимость, склонность к агрессии. Решение прекратить пить принимается главным образом в связи с желанием поправить свое материальное положение. Адаптация к трезвому образу жизни занимает от 6 до 12 месяцев, в это время могут возникать дисфории. После прекращения пьянства обнаруживается склонность к социальной гиперкомпенсации, подчеркнуто нетерпимое отношение к пьющим. Обнаруживается нередко утрированное стремление к материальным приобретениям. Больные начинают работать в нескольких местах, приобретают ценные вещи. В семье становятся скупыми и жадными, полностью контролируют все расходы. Рецидив заболевания чаще всего наступает после психической травмы. Больные начинают сразу употреблять большие количества алкоголя, стремясь облегчить свое душевное состояние. Период контролируемого потребления небольших доз алкоголя отсутствует. Запой обычно более длительные, чем до наступления ремиссии.

Акцентуация с преобладанием тревожно-мнительных черт характера. Для этих лиц характерны робость, застенчивость, склонность к сомнениям, тревожным опасениям по незначительным поводам, неуверенность в своих силах, в своей профессиональной состоятельности, склонность реагировать снижением настроения в ответ на трудности и неудачи. В семье они уступчивы, покладисты. Становятся раздражительными при необходимости принять самостоятельное решение и нести за него ответственность. Употребление алкоголя ценят потому, что опьянение делает их смелее, разговорчивее, увереннее в себе.

Злоупотребление алкоголем начинается обычно после 25 лет. Заболевание развивается относительно медленно. Употребление даже сравнительно небольших доз алкоголя смягчает нарушения настроения. Утрата количественного контроля и формирование абстинентного синдрома приходятся на возраст старше 30 лет. Влечение к алкоголю никогда не бывает компульсивным. И в периоды злоупотребления алкоголем и во время ремиссий интенсивность влечения невелика. После псевдозапоев наступают довольно длительные периоды трезвости. Для похмельного синдрома характерно пониженное настроение с самообичиванием. Психические нарушения, возникающие в процессе развития алкоголизма, выражаются в заострении преморбидных черт характера, усилении астенического симптомокомплекса, лабильности настроения, тревоги. В похмелье нередко возникают чувствительные идеи отношения. Морально-этического снижения не наблюдается. Причина прекращения пьянства - конфликты на работе и в семье. Переход к трезвому образу жизни протекает сравнительно легко. При возникновении спонтанных ремиссий возможны

длительные сроки воздержания от алкоголя (20 и более лет). Основная причина рецидивов - влияние ближайшего окружения, трудности противостоять давлению знакомых, настойчиво требующих совместного употребления спиртного. Контролируемое потребление алкоголя с эпизодическим приемом небольших доз спиртного может продолжаться до 3 лет. Характерен постепенный переход к запойному пьянству с наращиванием доз алкоголя и учащением его потребления [2,5,3,4].

Шизоидная акцентуация (стеничные шизоиды). Это энергичные, работоспособные, очень добросовестные люди, стремящиеся к профессиональному совершенствованию. Многие заслуженно занимают высокое социальное положение. Вместе с тем заметны такие характерологические особенности, как замкнутость, эмоциональная холодность, неспособность к сопереживанию, склонность к самонаблюдению. Алкоголь является для этих лиц своеобразным адаптогеном: он успокаивает, позволяет наладить контакты с окружающими. В опьянении больные становятся доступнее, разговорчивее, общительнее. По мере развития алкоголизма возникает компульсивное влечение, часто - на фоне пониженного настроения. Для похмельного синдрома характерны тоска, апатическая депрессия, стремление к уединению. Злоупотребление алкоголем принимает форму псевдозапоев или ежедневного употребления больших доз спиртных напитков в вечернее время. Изменения личности выражаются в заострении шизоидных черт характера, трудности установления контактов, черствости, холодности, повышенной истошаемости. Утрата чувства долга по отношению к близким не достигает тех степеней, которые встречаются при алкогольной деградации [3,6,8,11].

Основная причина прекращения пьянства - осознание пагубности злоупотребления алкоголем для здоровья, выполнения профессиональных обязанностей, сохранения социального статуса. Снижение интеллектуальных возможностей иногда воспринимается как катастрофа. Адаптация к трезвому образу жизни приходит довольно легко. Больные переключаются на интенсивную работу, уделяя ей большую часть времени. Во время ремиссии отмечается профессиональный рост. Основная причина наступления рецидива - чувство ущемленности, порождаемое невозможностью употребления спиртного во время встреч, банкетов, презентаций. Положение «белой вороны» для многих весьма мучительно. Этап формирования рецидива часто бывает растянутым во времени. Больные начинают потребление спиртного и обрывают пьянство, опасаясь печальных последствий. Таким способом им удается достаточно длительно контролировать ситуацию [5,7,9].

Акцентуация характера с проявлениями ипохондрии. Это сборная группа с эпитимными, тревожно-мнительными, шизоидными, астеническими чертами характера. Объединяющий признак - излишняя озабоченность своим здоровьем, легкость возникновения тревоги при незначительном изменении самочувствия или отклонении в физических отправлениях. Они охотно посещают вра-

чей, любят делать различные анализы. Достаточно часто обнаруживаются остаточные явления перенесенных в прошлом заболеваний, но не сопровождающиеся существенными отклонениями от нормы. Ипохондричность не сопровождается сезонными и суточными колебаниями настроения. Эти лица употребляют алкоголь как успокаивающее средство, устраняющее тревогу и облегчающее самочувствие. Злоупотребление алкоголем начинается после 25 лет. Влечение к опьянению формируется медленно и никогда не бывает особенно интенсивным. Больные употребляют относительно небольшие дозировки спиртного. Утрата количественного контроля возникает до 30 лет. Псевдозапой никогда не бывают особенно длительными. В похмельном синдроме соматоневрологические нарушения выражены весьма умеренно. Преобладает тревога, сочетающаяся с тяжелым самочувствием, опасениями по поводу здоровья. Изменения личности проявляются в заострении характерологических особенностей, что становится особенно заметным в первые дни после прекращения пьянства. К концу запоя иногда возникают тревожно-раптоидные состояния со страхом смерти. В связи с этим больные принимают решение прекратить пить и обращаются за помощью в наркологические учреждения. Они постепенно сокращают суточные дозировки алкоголя. Длительное время сохраняются диспептические нарушения, беспокоят неприятные ощущения в области живота, сердца. Влечения к опьянению в это время обычно не возникает. Период адаптации к трезвому образу жизни особых затруднений не вызывает. Больные хорошо приспосабливаются в семье и на работе. Во время ремиссий многие заняты оздоровительными мероприятиями, но занятия спортом, туризмом, увлечение рациональным питанием не носят сверхценного характера [2,3,4,5,16].

Возобновление потребления спиртного может быть связано с рядом причин. Нередко оно начинается с приема лекарств, в состав которых входит спирт. Затем возникает влечение к опьянению. Характерно длительное потребление небольших доз алкоголя, постепенное их увеличение, учащение приемов спиртного.

Длительные ремиссии могут возникнуть и у тех, кого раньше относили к неустойчивым, или «аструктурным», личностям. Это слабовольные люди со скудными интересами, не имеющие собственной точки зрения, легко подчиняющиеся окружающим и столь же легко усваивающие чужие взгляды и манеру поведения. Они плохо учатся, почти ничего не читают, мало чем интересуются, обычно бесхитростны, доверчивы, покладисты. Жизнь их зависит от авторитетов и случайных обстоятельств. Длительные спонтанные ремиссии не возникают, но терапевтические ремиссии могут быть достаточно длительными. Злоупотребление алкоголем начинается рано, алкоголизм развивается достаточно быстро. Частота потребления алкоголя вначале определяется тем, как пьют в их компании. Критика к злоупотреблению алкоголем обычно отсутствует или явно недостаточная. К врачу обращаются по инициативе близких родственников или кого-нибудь из знакомых, кто после лечения ведет трезвый

образ жизни. Тяжесть абстинентного синдрома определяется длительностью запоя и суточными дозировками алкоголя. Длительное время сохраняется влечение к опьянению. Ремиссия поддерживается постоянными контактами с врачом. Во время ремиссии больные полностью приспосабливаются к привычным условиям труда, но ни социального, ни профессионального роста не отмечается. Проблемой является использование свободного времени. Никаких увлечений у больных нет, многие из них в свободное время предпочитают работать или помогать по хозяйству. Рецидив заболевания наступает в результате обострения влечения к алкоголю или случайного употребления спиртного во время застолья [2,5,9,14,15].

Несмотря на множество факторов (биологических и средовых), определяющих наступление длительных спонтанных и терапевтических ремиссий, основным все же является психологический. Только в тех случаях, когда обстоятельства порождают особую заинтересованность в прекращении пьянства, возникают длительные ремиссии.

Специальное лечение как бы реализует установку больного на трезвый образ жизни.

Рецидивы алкоголизма

Рецидивом алкоголизма называется возобновление злоупотребления алкоголем после ремиссии в той же форме, которая наблюдалась до прекращения пьянства. В первой стадии это выражается в возобновлении пьянства с невозможностью контролировать количество потребляемого спиртного, во второй и третьей стадиях - в многодневном потреблении спиртного с появлением абстинентного синдрома [1-5,15,16].

Срывом ремиссии принято обозначать потребление спиртного без появления проявлений психической и физической зависимости. Обычно это выражается в потреблении относительно небольших дозировок алкоголя без утраты количественного контроля и без необходимости опохмеляться.

Пререцидивом называют контролируемое потребление алкоголя после длительного периода воздержания. Обычно употребляются небольшие дозы спиртного, которые не ведут к возникновению опьянения второй степени. Компulsive влечение не возникает. Этот период может продолжаться несколько дней, недель, реже - несколько месяцев или даже 1-2 года. Затем влечение усиливается, дозы возрастают, развивается рецидив. Опасность даже однократных срывов состоит в том, что появляется уверенность в возможности умеренного потребления алкоголя, как это было до заболевания алкоголизмом.

Рецидив может начаться после употребления первой же небольшой дозы алкоголя, которая немедленно ведет к появлению сильного влечения к опьянению. Возможно и медленное наращивание дозировок спиртных напитков с постепенным увеличением количества потребляемого алкоголя. Вне зависимости от темпов формирования рецидива период контролируемого потребления спиртного раньше или позже заканчивается рецидивом заболевания [3,4,6,12,13].

Тяжесть рецидива может быть различной. В части случаев рецидив протекает в форме псевдозапоев с употреблением тех же дозировок алкоголя, что и до наступления ремиссии, а длительность ежедневного потребления алкоголя не превышает продолжительности свойственных больному периодов пьянства. В этих случаях и форма потребления алкоголя, и поведение в опьянении, и тяжесть абстинентного синдрома остаются прежними.

Рецидив может протекать более тяжело, чем злоупотребление алкоголем, отмечавшееся до наступления ремиссии. Это выражается в удлинении псевдозапоев, возрастании суточных доз спиртного, резком утяжелении проявлений абстинентного синдрома, вплоть до появления судорожных припадков и развития алкогольных психозов.

Наконец, рецидив может отличаться меньшей тяжестью, чем запой, наблюдавшийся до наступления ремиссии. Больные пьянеют от меньших доз алкоголя, псевдозапой укорачиваются, суточные дозы алкоголя небольшие, абстинентный синдром протекает легче, чем до наступления ремиссии. С чем связано изменение тяжести рецидива, остается неизвестным. Если рецидив течет менее тяжело, чем можно было ожидать, это предположительно объясняют изменением толерантности к алкоголю, наступившим во время длительной ремиссии. Большую тяжесть рецидива пытаются объяснить особой интенсивностью влечения к алкоголю, которое длительное время подавлялось. Во всяком случае, связать особенности рецидива с физическим состоянием или изменением возраста больного за время длительного воздержания не удается.

После длительных полных ремиссий меняется отношение к потреблению алкоголя. Это сказывается и на отношении больного к возобновлению пьянства. Часть больных немедленно обращается за помощью в то учреждение, которое помогло им длительно воздерживаться от алкоголя. При этом отмечается достаточно полное понимание необходимости повторного лечения. Другие знают, что им помогут прекратить пить, что снова можно будет рассчитывать на длительную ремиссию и не торопятся обращаться за медицинской помощью. Отношение к лечению во многом зависит от веры в терапию, в ее эффективность. Разумеется, многое зависит от психологических особенностей больных, от уровня тревоги в структуре похмельного синдрома, от реакции на ухудшение физического состояния, от сохраняющейся мотивации на воздержание от алкоголя.

Рецидив на фоне психогенной депрессии может протекать особенно тяжело, со стремлением любыми путями добиться глубокого опьянения и потреблением огромных количеств алкоголя. Кроме того, возможны суицидальные попытки. При некоторых формах психогенной депрессии с возникновением тоскливо-злобного аффекта больные бывают агрессивны в отношении окружающих. Возникновение таких рецидивов является основанием для госпитализации в наркологический или психиатрический стационар.

Рецидив у больных с расстройством личности (психопатией), остаточными явлениями органичес-

кого поражения мозга может сопровождаться грубо неправильным, опасным для самих больных и окружающих поведением. Так часто бывает при возникновении рецидива у лиц с повышенной эксплозивностью, с эпилептоидными чертами характера, с подозрительностью и недоверчивостью. В этих случаях нередко приходится прибегать к немедленной госпитализации.

У примитивных, интеллектуально недалеких, внушаемых, конформных, тревожных больных рецидив обычно не сопровождается грубыми нарушениями поведения с опасностью для здоровья самих больных и окружающих [1,5,8,9,15].

Рецидивы, наступающие после 60 лет, обычно протекают нетяжело, т.к. толерантность к алкоголю невысокая, абстинентный синдром не очень тяжелый. Опасны эти рецидивы обострением соматических заболеваний, появлением нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы [1,3,4,6,15].

Причины наступления рецидивов многообразны. Основные из них следующие:

1. Постоянно существующее, то усиливающееся, то ослабевающее или внезапно обнаруживающееся влечение к опьянению. Оно выражается в беспричинных нарушениях поведения, образных представлениях, воспоминаниях об употреблении спиртного, сновидениях алкогольного содержания. В некоторых случаях влечение плохо осознается, и больные не в состоянии объяснить, почему они вдруг привели себя в состояние опьянения. При длительном воздержании первичное влечение может исчезнуть и внезапно появиться без видимой причины.

2. Отставленный абстинентный синдром, выражающийся в изменениях настроения, появлении алкогольного содержания сновидений, легких вегетативных нарушений (тахикардия, потливость, тремор пальцев вытянутых рук, утром плохой вкус во рту) и влечения к опьянению. Отставленный абстинентный синдром возникает далеко не у всех больных. Появление его может быть спровоцировано ухудшением физического состояния (инфекция, обострение соматического заболевания).

3. Изменение психического состояния, вызванное психической травмой. Пониженное настроение с чувством обиды или гневливым аффектом нередко столь мучительно, что больной прибегает к испытанному средству, устраняющему тоску, тревогу, нормализующему настроение хотя бы на короткое время - к приему алкоголя.

4. Стремление проверить действенность проведенного курса лечения, в особенности тех методов, где оговаривается под страхом ухудшения физического состояния определенный срок воздержания от приема алкоголя. Обычно больные очень осторожно принимают первые порции алкоголя. Не обнаружив тяжелых последствий, начинают увеличивать дозировки спиртного.

5. Отрицательное влияние социального окружения. Больному во время ремиссии постоянно приходится сталкиваться со стремлением окружающих приобщить его к потреблению спиртного. Эти попытки могут быть очень настойчивыми, и сопротивляться им не так просто. Больной вынужден за-

нимать крайне жесткую позицию, что для многих оказывается непосильным. В части случаев «давление среды» сочетается с некоторыми личностными особенностями больного, плохо переносящего положение «белой вороны». Единичное (случайное) потребление алкоголя вскоре приводит к рецидиву.

Одним из основных негативных последствий снижения жизненного уровня населения, является уменьшение роли семьи как ключевого социального института, обеспечивающего общественную стабильность.

6. Сочетание ряда факторов, например, сочетание влечения к опьянению со стремлением про-

верить действенность проводившегося курса лечения. Облегчает возникновение рецидива снижение уровня личности, возникшее за годы злоупотребления алкоголем, отсутствие стойкой установки на трезвый образ жизни, неумение проводить свободное время, бедность интересов.

Профилактика рецидива – это система мероприятий, где основное значение имеет психотерапевтическое воздействие. Медикаментозное лечение направлено на нормализацию настроения, прежде всего на устранение колебаний настроения с возникновением гипотимных состояний или раздражительности [1,5,6,8,9].

-
1. Алкоголизм: руководство по психиатрии: В 2-х т./А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская [и др.]. – М.: Медицина, 1999. – 784 с.
 2. Аффективные нарушения при алкоголизме. – Л.: Ин-т им. В.М. Бехтерева, 1983. – 130 с.
 3. Анохина И.П. Наследственная предрасположенность к злоупотреблению психоактивными веществами / И.П. Анохина. – М., 1999. – 247 с.
 4. Батищев В.В. Миннесотская модель лечения зависимости от психоактивных веществ / В.В. Батищев, Н.В. Негериш // *Вопр. Наркол.* – 1999. – №3. – С. 69 – 76.
 5. Батищев В.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа “Решение”: теория и практика / В.В. Батищев, Н.В. Негериш – М.: Российский благотворительный фонд НАН. 2001. – 184 с.
 6. Завьялов В.Ю. Дианализ – новая система интегративной психотерапии в наркологии / В.Ю. Завьялов // *Наркология.* – 2002. – №9. С. 36 – 41.
 7. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1998. – 367 с.
 8. Ковалев В.В. Социально-психологический аспект проблемы девиантного поведения у детей и подростков / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1999. – 455 с.
 9. Леонгард К. Акцентуированные личности: Пер. с немецкого / К. Леонгард. – Москва. Высшая школа, 2005. – 537 с.
 10. Личко А. Е. Подростковая психиатрия: руководство для врачей / А. Е. Личко. – М.: Медицина, 2007. – 412 с.
 11. Морозов Г.В. Особенности клиники шизофренического алкогольного процесса в подростковом возрасте: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.В. Морозов. – М.: МГУ, 2005. – 22 с.
 12. Наркология: учеб. пособие / Л.С. Фридман, Д.Г. Робертс, С.Е. Хайман [и др.]. – СПб.: «Невский проспект», 1998. – 265 с.
 13. Ушаков Г.К. Психиатрия / Г.К. Ушаков. – М.: Медицина, 2003. – 467 с.
 14. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К. Ушаков. – М.: Медицина, 1999. – 296 с.
 15. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии / П.Д. Шабанов – СПб.: Изд. “Лань”, 1998. – 353 с.
 16. Шейнин Л.М. Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.М. Шейнин. – М., 1984. – 16 с.
 17. Michaux L. Psychiatrie infantile / L. Michaux. – Paris. 1989. – 523 с.

ПАХОМОВ АЛЕКСАНДР АНАТОЛЬЕВИЧ

*соискатель ученой степени кандидата медицинских наук Военно-медицинской академии
им. С. М. Кирова*

PAKHOMOV A.

*applicant of the academic degree of a candidate of medical science of the S.M.Kirov Military Medical
Academy*

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ВНУТРЕННЕЙ
КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ КОГНИТИВНОЙ
ПЕРЕРАБОТКИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ**

**PATHOGENETIC RULES OF FORMING A DISEASE INNER PICTURE IN
DIFFERENT VARIATIONS OF COGNITIVE INTERPRETATION OF SOMATIC
PATHOLOGY**

*АННОТАЦИЯ: Данная статья посвящена рассмотрению актуальной в современной социальной
медицине и клинической психологии проблемы внутренней картины болезни. Феномен внутренней
картины болезни рассматривается в междисциплинарном аспекте. Приведены классификации
разных авторов. Рассмотрены личностные особенности пациентов с адекватными и
патологическими формами реагирования на болезнь. Обосновывается комплексность
коррекционных мероприятий.*

*ABSTRACT: The article is devoted to the problem of a disease inner picture, which is actual in modern
social medicine and clinical psychology. This phenomenon is studied in the interdiscipline aspect.
Classifications of different authors are presented. Personal features of patients with adequate and
pathological forms of reaction to a disease are researched. The authors prove complexity of correcting
arrangements.*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: внутренняя картина болезни, невроз, ипохондрия, фрустрация, дисфория
KEY WORDS: disease inner picture, neurosis, hypochondria, frustration, dysphoria.

Понятие «внутренняя картина болезни» (ВКБ) - возникающий у больного целостный образ своего заболевания - введено Р. А. Лурия. По сравнению с целым рядом сходных терминов медицинской психологии («переживание болезни», «сознание болезни», «отношение к болезни» и др.) термин ВКБ является наиболее общим и интегративным [16,17].

ВКБ обычно выступает как целостное, нерасчлененное образование. На формирование ВКБ оказывают влияние различные факторы: характер заболевания, его острота и темп развития, особенности личности в предшествующий болезни период и др. В качестве методов исследования ВКБ используются метод клинической беседы, опросники, анкеты, интервью [12].

В настоящее время ВКБ признается частным случаем «внутренней картины здоровья» [17,20]. Разнородность определений одного и того же явления связана с полиморфностью переживаний больного.

Классификация типов ВКБ

По типу реакции на болезнь можно выделить три главных типа реакции больного на свое заболевание: стеническая, астеническая и рациональная [1,8].

Большую роль в формировании ВКБ играет тип эмоционального отношения больного к своей болезни, ее проявлениям, прогнозу и др. Существуют различные типы подобных отношений [3-4,9-12].

Гипонозогностический тип – больные игнорируют свою болезнь, пренебрежительно относятся к лечению. У таких больных иногда легко образуются неадекватная (завышенная) модель ожидаемых результатов лечения и «сверхоптимальная» модель полученных результатов лечения.

Гипернозогностический тип – у больного имеется преувеличенно яркая эмоциональная окраска переживаний, связанных с болезнью, при этом формируется заниженная модель ожидаемых результатов лечения.

Прагматический тип эмоциональных отношений к болезни: больной находится в деловом контакте с врачами, стремится к реальной оценке болезни и прогноза, уделяет внимание оптимальной организации лечебных и профилактических мероприятий [12].

Ряд авторов описывает типы отношения к болезни, имея в виду характер взаимодействия, складывающийся при этом между врачом и пациентом [12,15,17].

Содружественная реакция. Эта реакция характерна для лиц с развитым интеллектом. Они как бы с первых же дней заболевания становятся "ассистентами" врача, демонстрируя не просто послушание, но и редкую пунктуальность, внимание, доброжелательность. Они безгранично доверяют своему лечащему врачу и признательны ему за помощь.

Спокойная реакция. Такая реакция характерна для лиц с устойчивыми эмоционально-волевыми процессами. Они пунктуальны, адекватно реагируют на все указания врача, точно выполняют лечебно-оздоровительные мероприятия. Они не просто спокойны, а даже представляются "солидными" и "степенными", легко вступают в контакт с медицинским персоналом. Могут иногда не осознавать свою болезнь, что мешает врачу выявить влияние психики на болезнь.

Неосознаваемая реакция. Такая реакция, имея патологическую основу, выполняет в ряде случаев роль психологической защиты, и эту форму защиты не всегда следует устранять, особенно при тяжелых заболеваниях с неблагоприятным исходом.

Следовая реакция. Несмотря на то, что заболевание заканчивается благополучно, больные находятся во власти болезненных сомнений, в ожидании рецидива заболевания. После болезни астенизированы, угнетены, даже депрессивны, склонны к ипохондрическим реакциям, продолжают посещать лечебное учреждение и считают, что стали хроническими, неизлечимыми больными.

Негативная реакция. Больные находятся во власти предубеждений, тенденциозности. Они подозрительны, недоверчивы, с трудом вступают в контакт с лечащим врачом, не придают серьезного значения его указаниям и советам. У них часто возникает конфликт с медицинским персоналом. Несмотря на психическое здоровье, они демонстрируют подчас так называемую "двойную ориентировку".

Паническая реакция. Больные находятся во власти страха, легко внушаемы, часто непоследовательны, лечатся одновременно в разных лечебных учреждениях, как бы проверяя одного врача другим врачом. Часто лечатся у знахарей. Их действия неадекватны, ошибочны, характерна аффективная неустойчивость.

Разрушительная реакция. Больные ведут себя неадекватно, неосторожно, игнорируя все указания лечащего врача. Такие лица не желают менять привычный образ жизни, профессиональную нагрузку. Это сопровождается отказом от приема лекарств, от стационарного лечения. Последствия такой реакции бывают часто неблагоприятными.

В типологии реагирования на болезнь Н.Д. Лакосиной и Г.К. Ушакова в качестве критерия, взятого за основу классификации типов, выделяется система потребностей, которые фрустрируются заболеванием: витальная, общественно-профессиональная, этическая, эстетическая или связанная с интимной жизнью. Другие авторы полагают, что реакция на болезнь в значительной степени обуславливается прогнозом заболевания [15].

В любом случае, в целях преодоления изменившегося самочувствия и различных проявлений болезни личностью вырабатывается комплекс адаптационных (приспособительных) приемов. Е.А. Шевалев и О.В. Кербиков определяют их как реакции адаптации, которые могут быть как компенсаторного (искусственное ограничение контактов, подсознательная маскировка симптомов, сознательное изменение режима дня, характера работы и т.п.), так и псевдокомпенсаторного характера (отрицание и игнорирование болезни) [19,20].

Другими словами, заболевший на основе своей концепции болезни определенным образом изменяет привычный образ жизни, свою трудовую деятельность и в этом отношении самые разные соматические заболевания могут создать однотипные жизненные обстоятельства для человека.

В содержании внутренней картины болезни отражается не только наличная жизненная ситуация (ситуация болезни), но и преморбидные (добользные) особенности личности больного, его характер и темперамент. Преморбидные особенности личности во многом могут объяснять предпочтительность появления у больных тех или иных форм реагирования на заболевание.

Патологические формы реагирования на болезнь (переживание болезни) описываются исследователями в психиатрических терминах и понятиях: депрессивный, фобический, истерический, ипохондрический, эйфорически-анизогнозический и другие варианты. В этом аспекте довольно широкую популярность приобрела классификация типов отношения к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Л. Ивановым. Типы отношения к болезни данной классификации могут идентифицироваться и с помощью специальной психологической методики (опросника), предложенной авторами [16].

1. Гармоничный тип характеризуется трезвой оценкой своего состояния, активным содействием успеху лечения, нежеланием обременять других своей болезнью, преклужением интересов на доступные для больного сферы жизни при неблагоприятном течении болезни.

2. Эргопатический тип отличается выраженным стремлением продолжать работу во что бы то ни стало, может быть описан как «уход от болезни в работу».

3. Анозогнозический тип характеризуется активным отбрасыванием мысли о болезни и ее последствиях, пренебрежительным отношением к болезни, нежеланием лечиться.

4. Тревожный тип отличается беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного развития заболевания, поиском информации о болезни и ее лечении, угнетенным настроением.

5. Ипохондрический тип характеризуется сосредоточенностью на субъективных неприятных ощущениях и стремлением рассказывать о них окружающим.

6. Неврастенический тип характеризуется раздражительностью, особенно при болезненных ощущениях, нетерпеливостью.

7. Меланхолический тип отличается пессимистическим отношением к болезни, неверием в выздоровление.

8. Апатический тип отличается безразличием к себе и течению болезни, утратой интереса к жизни.

9. Сенситивный тип характеризуется озабоченностью о неблагоприятном отношении окружающих вследствие болезни, боязнью стать обузой.

10. Эгоцентрический тип характеризуется требованием исключительной заботы, выставлением напоказ страданий с целью безраздельного завладения вниманием окружающих.

11. Паранойяльный тип характеризуется крайней подозрительностью к лекарствам и процедурам, обвинениями окружающих в возможных осложнениях или побочных действиях лекарств.

12. Дисфорический тип отличается мрачно-озлобленным настроением, ненавистью к здоровым, обвинениями в своей болезни других, деспотическим отношением к близким.

Клинико-психологическая характеристика вариантов ВКБ

Отношение пациента к собственному заболеванию может быть сведено к двум полярным позициям: гипернозогнозия и гипонозогнозия.

Другие авторы выделяют 3 основные группы синдромов нозогений [1-3,7,9,12-16]: невротические синдромы, аффективные синдромы, патохарактерологические синдромы. Поскольку отношение пациента к собственному заболеванию может быть сведено к двум полярным позициям: гипернозогнозия и гипонозогнозия, то данные синдромы рассматриваются с данной позиции.

1. Невротические синдромы [10].

Гипернозогнозический вариант проявляется навязчивостями и истероипохондрией. Страхи и тревожные опасения по поводу своего нездоровья и невозможности полной социальной реабилитации сочетаются с обостренным самонаблюдением, гипертрофированной оценкой угрожающих здоровью последствий заболевания. Преобладание истероипохондрических расстройств выражается демонстративностью поведения, яркостью и образностью жалоб, сопровождающихся конверсионными симптомокомплексами. При затяжных реакциях на первый план выступают явления ригидной ипохондрии с тщательной регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия, установлением щадящего, «предохраняющего» от возможных осложнений или обострений соматической болезни режима (диета, главенство отдыха над работой, исключение любой информации, воспринимаемой как «стрессорная», жесткая регламентация физических нагрузок, приема лекарств и пр.).

Гипонозогнозический вариант – синдром «прекрасного равнодушия» («la belle indifference») представлен диссоциацией между проявлениями латент-

ной соматизированной тревоги (тахикардия, дрожь, потливость) и демонстративно-пренебрежительным отношением к лечению, проблемам прогноза и исхода заболевания, связанным с патологией воображения (нарциссический комплекс идеального физического здоровья). Нарочитое отрицание какого-либо беспокойства по поводу утраты здоровья и трудоспособности сочетается с интерпретацией заболевания как временной, ситуационно обусловленной реакцией на стресс, результата «переутомления». Однако за фасадом наигранного оптимизма имеется страх нарушения жизненно важных функций организма. Соответственно пациенты охотно соглашаются выполнять лечебные процедуры, соблюдают рекомендации, касающиеся допустимых пределов физической активности.

2. Аффективные синдромы.

Гипернозогнозический вариант – синдром ипохондрической депрессии. Он определяется гипотимией с тревогой и чувством безнадежности, сочетающимися с астенией, снижением физической активности, алгиями, другими патологическими телесными ощущениями, конверсионными расстройствами. На первом плане в клинической картине – содержательный комплекс депрессии, включающий пессимистическое восприятие болезни, тревожные опасения и ипохондрические фобии, тесно связанные с актуальным соматическим состоянием. Доминируют представления об опасности (обычно преувеличенной) нарушений деятельности внутренних органов, которыми проявляется болезненный процесс, о его неблагоприятном исходе, негативных социальных последствиях, бесперспективности лечения.

Гипонозогнозический вариант – синдром «эйфорической псевдодеменции», характеризующийся повышенным аффектом с преобладанием благодушия, неадекватно-оптимистической оценкой как настоящего состояния, так и последствий болезни (такие явления нередко наблюдаются при туберкулезе и рассеянном склерозе). При формальной констатации реальной опасности, связанной с патологией внутренних органов, пациенты обнаруживают стремление к нивелировке негативных аспектов заболевания, мало озабочены тяжелыми, подчас угрожающими жизни нарушениями деятельности организма; не воспринимают себя в роли «серьезного» больного. Игнорируя уговоры родственников и медицинского персонала, нарушают режим, «забывают» о необходимости приема лекарств. Несмотря на неблагоприятный прогноз, строят радужные планы на будущее.

3. Патохарактерологические синдромы.

Гипернозогнозический вариант – синдром «ипохондрии здоровья». В этих случаях осознание пациентом происшедших патологических изменений в деятельности организма сопровождается не тревогой и страхом, а стремлением к преодолению недуга с чувством недоумения и обиды. Больные постоянно задают себе вопрос, как могла произойти поразившая тело катастрофа, и поглощены мыслями «любой ценой» восстановить свой физический и социальный статус. При этом они ощущают в себе потенциальные возможности усилием воли «пе-

реломить» ход событий, положительно повлиять на течение и исход соматического страдания, «модернизировать» лечебный процесс нарастающими нагрузками или физическими упражнениями, которые они выполняют нередко вопреки медицинским рекомендациям.

Гипонозогностический вариант - синдром «патологического отрицания болезни» встречается преимущественно у больных с угрожающей жизни патологией (злокачественные новообразования, острый инфаркт миокарда, туберкулез). При этом полное отрицание заболевания, сопряженное с убежденностью в абсолютной сохранности функций организма, встречается относительно редко. Чаще же наблюдается тенденция к минимизации тяжести проявлений соматической патологии. В этом случае пациенты отрицают не заболевание как таковое, а лишь те его аспекты, которые имеют угрожающий смысл. Так, исключается возможность летального исхода. Пациент знает, что при недуге, которым он страдает, смерть возможна, но убежден, что именно его это не коснется (благодаря «чуду», «волшебному» воздействию нового, неизвестного ранее средства непременно наступит исцеление). Иногда обнаруживается также склонность к «перенесению» болезненных ощущений с пораженных на здоровые органы.

Предлагается классификация по уровням активности личности в ее противодействии заболеванию или его усугублению: варианты отношения к болезни разделяются на пассивно-страдательное; активно-положительное, или «уход в болезнь»; отрицание наличия заболевания; спокойно-выжидательное отношение; активное противодействие развивающемуся недугу.

Когнитивный аспект ВКБ характеризуется понятием личностного значения болезни, которое является одним из компонентов психосоциальной реакции на заболевание наряду с эмоциональной реакцией и способом адаптации к болезни. Существуют различные классификации личностных значений болезни. Приведем здесь одну из наиболее разработанных типологий [10-11]. Согласно с ней болезнь может восприниматься, как:

- 1) препятствие, которое должно быть преодолено (например, потеря работы);
- 2) наказание за прошлые грехи;
- 3) проявление врожденной слабости организма;
- 4) облегчение (может приветствоваться, так как позволяет уйти от социальных требований, ответственности, например, болезнь, освобождающая юношу от воинской обязанности);
- 5) стратегия приспособления к требованиям жизни (например, использование болезни для получения денежной компенсации);
- 6) невозвратимая потеря, ущерб (например, подросток с диабетом может считать всю жизнь испорченной);
- 7) положительная ценность, помогающая личности обрести более возвышенный смысл жизни или лучшее понимание искусства.

Впоследствии типы значений болезни свелись к основным четырем: вызов (угроза), потеря, облег-

чение, наказание [12]. По сходной классификации в зависимости от опыта, знаний, ценностных ориентации, потребностей болезнь может выступать как враг, соревнование, утрата, штраф, выигрыш, судьба [20].

Амбивалентность отношения больного к болезни.

Следует учитывать двойственное (амбивалентное) отношение больного к своему заболеванию. Традиционное понимание болезни связывают с негативной ее стороной. Однако наблюдения психологов показывают, что есть и позитивная сторона заболевания. Задача врача – искать положительную сторону болезни и показать ее больному. Это часто помогает наладить нужный психотерапевтический контакт и ободряет больного.

“Преимущества” болезни ясны в местах заключения. Но и в повседневной жизни болезнь может “снять” с больного необходимость принимать какие-либо решения по службе или в быту, освободиться от тех или иных трудностей, давать определенные преимущества (психологические, социальные) перед другими людьми, может служить компенсацией чувства неполноценности [13].

В отечественной психологии становление субъективного отношения к болезни рассматривается как объективный познавательный процесс, имеющий несколько этапов (и в то же время компонентов): сенсологический, оценочный и этап отношения к болезни. При этом адекватный тип реагирования, который называется соматонозогнозия, отличается от патологического [11,20].

Особенности трансформации ВКБ в онтогенезе

Возрастные особенности внутренней картины болезни. Наибольшие расхождения между субъективной оценкой болезни и ее объективными проявлениями выражены в молодом и старческом возрасте [7].

При оценке субъективной стороны заболеваний у детей всегда следует учитывать возраст ребенка, соответствие степени его психической развитости паспортному возрасту. Длительное соматическое заболевание у детей нередко становится источником задержки общего физического и психического развития. Кроме того, при заболеваниях в детском возрасте часто происходит не только задержка в развитии, но и явления регрессии (возврат к типам психического реагирования, характерного для более младших возрастных периодов), которая рассматривается как защитный психологический механизм. Защитная активность личности детей способствует тому, что объективное значение понятия “болезнь” часто не усваивается ими, не происходит осознания ее тяжести и последствий для дальнейшей жизни.

У детей до 6-летнего возраста часто можно встретиться с фантастическими представлениями о болезни, навеянными переживаниями страха уколов, других медицинских манипуляций. У подростков наиболее часто формируются защитные явления типа “ухода в прошлое”, которое оценивается ими как эталон счастья, или “ухода” от болезни в фантазии и своеобразной устремленности в будущее (тогда болезнь воспринимается как временная преграда) [7].

Для относительно внезапного серьезного заболевания, которое не сопровождается многолетней астенией, справедливо мнение о том, что любой дефект есть всегда источник силы. Одновременно с дефектом даны «психологические тенденции противоположного направления, даны компенсаторные возможности для преодоления дефекта; ...именно они выступают на первый план в развитии ребенка и должны быть включены в воспитательный процесс как его движущая сила». Ориентация на компенсаторные возможности, на тенденции к сверхкомпенсации очень важна при реабилитационно-восстановительной работе с детьми, страдающими хроническими тяжелыми заболеваниями.

Заболевания в пожилом возрасте переносятся физически тяжелее и на длительное время ухудшают общее самочувствие больных. С возрастом к человеку приходит целая гамма возрастных психологических феноменов: здесь и возмущение против старости, и существенная трансформация личностных реакций и жизненного стереотипа. Появляется неуверенность, пессимизм, обидчивость, страх перед одиночеством, беспомощностью, материальными затруднениями. Заметно снижается интерес к новому и вообще к внешнему миру с фиксацией на переживаниях прошлого и их переоценке. По мере старения снижается психическая реактивность человека. Однако и здесь нельзя однозначно говорить только о регрессе личности в пожилом возрасте, так как многие люди до глубокой старости сохраняют свои позитивные качества и творческие возможности.

Врачу следует помнить, что в старческом возрасте гораздо более интенсивно выражены соматогенные влияния физического заболевания на психику. Иногда первым признаком соматического заболевания или утяжеления его течения являются признаки ухудшения психического состояния пожилого человека. Особенно частым признаком ухудшившегося соматического состояния у лиц старческого возраста являются ночные делирии – беспокойство и галлюцинирование по ночам [18].

С развитием медицинской социологии связано возникновение концепции «роли больного», выдвинутой Т. Парсонсом. Человек в роли больного занимает в обществе особое положение. У него есть обязанности: ожидается, что больной хочет выздороветь и потому должен искать помощи, помогать врачу в своем выздоровлении. Есть и особые права: он освобожден от обычных общественных обязанностей, например, от посещения работы или учебы; о нем заботятся другие [12].

Конфликты с обществом разрешаются «ролью больного». Это происходит неосознанно, поэтому предлагается психосоматические симптомы рассматривать в ряду неврозов. Некоторым нелегко принять такой тип зависимости, другие легко осваиваются с ним. Здесь имеют значение свойства личности. Операция сама по себе не освобождает больных от прежнего страха произвести неблагоприятное впечатление на окружающих, обременить семью. Показано, - что на выход из «роли больного» после операции на открытом сердце не влияет

сложность операции, тяжесть состояния; имеет значение лишь склонность к принятию роли больного. Лица, более устойчивые к вхождению в эту роль, легче и выходят из нее после операции [18].

Существует также понятие «поведение больного», предложенное для описания различных типов поведения, возникающего у людей в результате восприятия и оценки симптомов. Часто трудно отграничить истинные признаки болезни от индикаторов «поведения больного».

Психофизиологический базис ВКБ

Являясь психологическим образованием, ВКБ имеет определенный нейрофизиологический базис. Современные представления о нем облегчают подход к пониманию ВКБ. Важно учитывать, что некоторые черты ВКБ могут быть связаны с особенностями или патологией структурно-функциональной организации мозга. В психологическом плане ВКБ может рассматриваться как элемент самосознания, сформированный в результате самопознания. Ее можно рассматривать также как сложный комплекс представлений, переживаний и идей, своеобразно отражающих в психике больного патологические изменения процессов жизнедеятельности организма и связанные с ними условия существования личности, определяемые патологией [1,4,6].

М. М. Кабановым с соавторами был осуществлен опыт теоретического моделирования ВКБ. В основу модели авторы положили понятие о церебральном информационном поле болезни - сохраняемой в долгосрочной памяти информации о проявлениях болезни. Его материальным субстратом являются матрицы долгосрочной памяти, которые ассоциируются в функциональные комплексы, а последние служат основой представлений личности о своей болезни. Эти матрицы и их комплексы могут влиять на различные стороны работы мозга, а следовательно, и психики [5,8-9].

Как свидетельствуют клинические факты и результаты предварительных исследований, структура внутренней картины болезни может быть различной у больных разных нозологических форм. «Удельный вес» различных составляющих ВКБ зависит и от преморбидных особенностей личности. Неодинаково представлены в сознании отдельные элементы ВКБ [12-14,19].

Наблюдается определенная динамика ВКБ с различным соотношением ее элементов на разных этапах заболевания. При некоторых заболеваниях преобладающие вначале чувственные элементы ВКБ могут полностью исчезать. Их место могут занимать результаты рассудочной переработки больным факта заболевания и эмоциональная оценка болезни. Различная по структуре и динамике ВКБ создает специфические и чрезвычайно важные условия развития перестройки личности больного. Психологический анализ мотивационной сферы больных показывает, что изменение ВКБ может способствовать возникновению новой ведущей деятельности у больных, в рамках которой и происходит формирование патологических черт личности.

1. *Абрамова Г.С.* Психология в медицине./ Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдич. – М: Кафедра-М.: “Кафедра-М” – 1998. – 272 с.
2. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина./ Ф. Александр. – М.: Геррус. 2003.-350с.
3. *Березин Ф.Б.* Психологические механизмы психосоматических заболеваний. /Ф.Б. Березин, Е.В. Безносюк, Е.Д. Соколова// Рос. мед. журн. -1998 № 2: - С.9-43
4. *Бурлачук, Л.Ф.* Индивидуально-психологические особенности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в процессе их социальной адаптации / Л.Ф. Бурлачук, Е.Ю. Коржова // Психол. жур. – 2002. № 3. – С. 8-29.
5. *Гиппенрейтер Ю.Б.* Психология мотиваций и эмоций /Ю.Б.Гиппенрейтер, М.В.Фаликман. – ЧеРо, 2002. – 740 с.
6. *Зубарев, Ю.Г.* Психологический диагноз соматически больного / Ю.Г. Зубарев, А.В. Квасенко // Актуальные вопросы гомеостаза: Тез. докл. респ. науч. конф. Каунас. – 1983. – 216 с.
7. *Исаев Д.Н.* Психосоматическая медицина детского возраста. / Д.Н. Исаев. - СПб. -2003. -454с.
8. *Кабанов М.М.* Методы психологической диагностики и коррекции в клинике./М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. - Л.: Медицина, 1983. - 311 с.
9. *Каган В.Е.* Внутренняя картина здоровья - термин или концепция? / В.Е. Каган // Вопр. психол. – 1993. № 1. – С. 99-116
10. *Карвасарский, Б.Д.* Невротические расстройства внутренних органов / Б.Д. Карвасарский, В.Ф. Простомолотов. – Кишинев., 1998. – 423 с.
11. *Карвасарский Б.Д.* Медицинская психология./ Б.Д. Карвасарский. – М: Медицина. – 2001. – 272 с.
12. *Квасенко В.А.* Психология больного./ В.А. Квасенко – М.: Медицина, 2005. – С. 62-76
13. *Коржова Е.Ю.* Человек болеющий: Личность и социальная адаптация / Е.Ю. Коржова. - СПб.: Гиппократ, 2004. – 375 с.
14. *Куликов Л.В.* Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики: Учебное пособие / Л.В. Куликов. - СПб.: Питер, 2004. – 358 с.
15. *Лакосина Н.Д.* Медицинская психология./ Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков. – М., 2002. – С. 59-67
16. *Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания./ Р.А. Лурия. - М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1997. – 138 с.
17. *Макаров В.В.* Избранные лекции по психотерапии./В.В. Макаров. - М.: “Академический проект” - 2003. – 604 с.
18. *Петровский А.В.* История психологии. /А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский. – М., 2001.- 480 с.
19. *Тхостов А.Ш.* Психология телесности./ А.Ш. Тхостов. - М.: Смысл. - 2002. – 327 с.
20. *Щербина Е.А.* Психологические заболевания пожилого возраста. /Е.А. Щербина. – Киев., -2006. – 392 с.

ХОХЛЕВА ЕЛЕНА ВАЛЕРЬЕВНА

соискатель, преподаватель кафедры прикладной девиантологии и конфликтологии Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы

KNOKHLEVA E.

post graduate applicant, lecturer of Department of applied deviantology and conflictology St.-Petersburg State Institute of psychology and social work

ПРОФИЛАКТИКА НАРКОЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

PREVENTION OF DRUG-RELATED CONDUCT IN THE YOUTH ENVIRONMENT

АННОТАЦИЯ: Общественная значимость и глубина рассматриваемой в статье проблемы приводит к выводу о целесообразности первичной профилактики наркозависимого поведения в молодежной среде. Особую остроту имеет проблема профилактики наркозависимого поведения молодежи, как наиболее социально активной и экономически перспективной категории населения. Необходимо создавать программы профилактики наркозависимости делая упор на раннее вмешательство, дифференциацию программ по полу и возрасту, работу с семьей.

ABSTRACT: The public significance and profoundness of research issue in this article show that prevention work of drug-related conduct in the youth has a great appropriateness. This problem takes on special importance in the youth environment as it is the most socially active and economically perspective people class. It is necessary to implement a programme of drug addiction prevention and improving anti-drug addiction campaign concentrating on early interference, difference between sexes and ages, methods working with families.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: наркотик, наркотическая зависимость, среда, окружение, наркотизация, профилактика, юноша, молодежь, юношество.

KEY WORDS: dope (drug), drug dependency, habitat, narcotization, preventionism, youth.

Современный период развития российского общества характеризуется радикальными социально-экономическими преобразованиями, трансформацией института семьи, ослаблением социального контроля, сокращением детских досуговых центров, возрастанием агрессивного информационного потока СМИ. Изменения целого ряда социокультурных факторов развития и кризисность социально-психологической обстановки приводят к правовой и ценностной дезинтеграции, повышению психо-эмоционального напряжения в обществе, непрерывному возрастанию стрессовых ситуаций, росту уровня поведенческих девиаций. Следствием этого является потеря человеком чувства безопасности и страх перед действительностью, порождающие стремление уйти от реальности. В результате множатся формы психической дезадаптации молодежи, среди которых самой распространенной, по данным исследований, является наркозависимость. Сущностью аддиктивного наркозависимого поведения является уход от напряжения и дискомфорта с помощью искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ (Короленко Ц.П.,

Донских Т.А., Змановская Е.В., Менделевич В.Д.). Наркозависимое поведение представляет собой одну из наиболее опасных девиаций как для личности, так и для общественного порядка.

Статистика и социологические опросы показывают, что распространение наркотиков в молодежной среде представляет собой одну из наиболее опасных и актуальных социальных проблем России. По данным Федеральной службы контроля РФ в 2007 году на государственном учете состояло 537 774 человека, которые или больны наркоманией, или регулярно употребляют наркотики с болезненными последствиями. Согласно международным методикам расчета, реальное количество наркозависимых составляет примерно в пять раз большую величину, то есть 2 - 2,5 миллионов человек или почти 2 % населения страны. По данным Комитета ООН по контролю за наркотиками, Россия вошла в пятерку стран по наибольшему количеству наркоманов. По данным Минздрава России, за последние 10 лет смертность от наркотиков увеличилась в России в 12 раз, а среди детей – в 42 раза. Отмечен рост числа наркозависимых подростков, девушек и молодых женщин. Уровень потребления наркотиков в сред-

нем по России оценивается в 7,1 % от численности населения в возрастной категории 11-40 лет [6].

В Санкт-Петербурге на официальном учете состоят 10 тыс. наркоманов. По некоторым оценкам, общее число наркозависимых может достигать порядка 100-120 тыс., а около 40 % школьников СПб. можно отнести к «начинающим экспериментаторам». Подростки и молодежь в возрасте от 10 до 17 лет представляют собой особо уязвимую для наркотизации группу населения, так как уровень заболевания наркоманией среди несовершеннолетних в 2 раза выше, чем среди взрослого населения. По данным социологического анкетирования, 5000 учащихся в возрасте от 11 до 24 лет, проведенного Центром социологических исследований Минобробразования России (2006) выявлено, что молодым людям известно более 100 наименований различных наркотических средств, среди них, прежде всего, препараты конопли и опийной группы. Многие из опрошенных знакомы также с галлюциногенами и психостимуляторами. Общее количество *потребляющих наркотические средства, или пробовавших их хотя бы один раз, среди несовершеннолетних и молодежи 11-24 лет составляет - 44,8 %*. Можно считать наркозависимыми в обследуемой группе 3,9 %, поскольку они признают, что употребляют наркотические средства ежедневно или 2-3 раза в неделю. Около 40 % молодежи, употребляющей психоактивные вещества, впервые встретились с наркотиком в возрасте 11-14 лет, в том числе: в компаниях - 52,3 %; на дискотеках и клубах - 32 %; в учебных заведениях - 5,8 %; в одиночестве - менее 4 %. Основными поставщиками наркотических средств являлись друзья и знакомые - 75 %, особенно в зонах дискотек и баров [5].

До 90 % официально зарегистрированных наркозависимых в нашей стране потребляют наркотики опийной группы, более половины из них - тяжелые наркотики. Как показывает клиническая практика, те, кто регулярно принимают героин, умирают через 5-7 лет. Это означает, что ежегодно в России от приема наркотиков, по учтенным данным, умирают не менее 10 000 человек. Уровень потребления «легких наркотиков» вообще выходит за рамки социального внимания и контроля. В качестве причин, побуждающих молодых людей впервые обратиться к наркотику, многочисленные опросы чаще всего выявляют: любопытство более 50 %; вовлечение - «за компанию» 30-40 %; стремление уйти от жизненных проблем - «неприятной реальности» 20-30 %; стремление изменить психо-эмоциональное состояние, «избавиться от депрессии или тревоги» 20-30 %; отсутствие видимых жизненных перспектив и разочарование в жизни 10-15 %. Доминирующим механизмом начала потребления наркотиков, по мнению экспертов, является соединение потребности человека прийти к комфортному состоянию (самоощущению) и наличию возможности попробовать наркотик, не прилагая серьезных усилий на его поиск и приобретение [6].

Объем социально-экономического ущерба от наркомании для России: затраты, обусловленные издержками высокой преждевременной смертности в молодом возрасте; разрушенными семейными

связями; снижением производительности труда; растущей стоимостью лечения, в том числе и от сопутствующих наркомании заболеваний; расходами на пенитенциарную систему; организацию следствия и судопроизводства; непосредственный ущерб от преступлений в совокупности достигает 2,5 процентов ВВП и составляет порядка полутора триллионов рублей. Это, не считая прямого ущерба экономике в виде черного рынка «наркоденег» и их воздействия на легальный бизнес [8].

Оценка распространенности употребления психоактивных веществ в Российской Федерации свидетельствует о *ряде негативных тенденций* [5]:

- рост уровня потребления психоактивных веществ;
- расширение спектра потребляемых наркотических веществ;
- рост числа зависимых молодых женщин;
- вовлечение в потребление наркотиков лиц более молодого возраста;
- отсутствие полноценной помощи семьям с проблемами наркозависимости.

Важнейшим направлением деятельности системы социальных влияний на наркозависимое поведение является первичная профилактика, которая приобретает особую значимость в молодежной среде. Это связано с кризисностью данного этапа развития, а также с формированием качеств личности, обращение к которым является важной составляющей профилактического воздействия. Исследователями выделяются различные виды, уровни и направления профилактики, характеризующиеся специфическими целями, задачами, методами, контингентом воздействия. Анализ литературы (Березин С.В., Гарифуллин Р.Р., Дубровина И.В., Казанская В.Г., Ковальчук М.А., Колесов Д.В., Мамайчук И.И., Пахальнян В.Э., Прихожан А.М., Рожков М.И., Сирота Н.А., Шувалов А.В., Ялтонский В.М., Brown G., Miller W.) показывает, что традиционно психопрофилактика рассматривается как вид профессиональной деятельности, имеющий целью предупреждение нежелательных психических и соматических последствий. Как правило, употребляя данное понятие, специалисты имеют в виду практику, направленную на уменьшение факторов риска, усиление внутрличностных протективных факторов, создание окружающих условий, способствующих поддержанию здоровья. На современном этапе развития психологической службы профилактике уделяется особое внимание, но вместе с тем, данный вид деятельности остается наиболее противоречивым и слабо представленным в практико-ориентированной литературе и самой работе психологов (Дубровина И.В.).

Проблема профилактики наркозависимого поведения в молодежной среде - одна из наиболее актуальных для Российской Федерации. Социальную значимость данного вопроса определяют следующие причины:

- употребление психоактивных веществ в возрасте от 14 до 30 лет достаточно широко распространено и стало частью молодежной субкультуры;

- употребление наркотических веществ в детско-подростковом и юношеском возрасте вызывает тяжелые соматические, поведенческие и личностные расстройства;

- употребление детьми и молодежью наркотических веществ сопровождается социальной дезадаптацией в форме правонарушений, ухода из учебных заведений, бродяжничества, сексуальных отклонений;

- наркозависимость часто является продуктом патологического развития личности в результате дефицита правильного воспитания в семье, нарушений процесса социализации;

- зависимое поведение у детей и подростков вызывает негативные изменения в семьях:

со-зависимость, кризис брака и распад семьи, при этом нарушается не только личность наркозависимого, но и окружающих его близких людей (родителей, сиблингов и т.п.);

- на уровне государства наркозависимое поведение приводит к существенным моральным, финансовым и человеческим потерям;

- существующие меры по профилактике и преодолению наркозависимого поведения в России недостаточно эффективны.

Целесообразнее направлять усилия общества на предупреждение (профилактику) наркозависимого поведения, чем его устранение, «лечение».

Существующее в настоящее время положение дел по проблеме профилактики и помощи семьям с проблемами наркозависимости позволяет выделить следующее [4]:

- разработано мало программ по данной проблематике;

- нет методологических и практических критериев оценки эффективности данных программ;

- существует риск ознакомления и вовлечения молодых людей в ходе работ, связанных с первичной профилактикой наркозависимости;

- программы не дифференцированы по полу и возрасту;

- программы мало ориентированы на работу с семьей;

- существующие программы не ориентированы на ценностное отношение к жизни и на культуру жизни;

Таким образом, наиболее остро в настоящее время стоит вопрос разработки программ профилактики наркозависимого поведения, основанных на раннем этапе взаимодействия с семьей, выработки у подрастающего поколения ценностного отношения к жизни.

При создании образовательных антинаркотических программ, ориентированных на профилактические аспекты противодействия употреблению наркотиков, очень важным моментом является их адресность, существенное внимание необходимо уделять их адаптации для отдельных возрастных периодов (5-7, 8-11, 12-14, 15-17 лет), внедрение активной первичной профилактики в социум: семью, средне-специальные учреждения образования, сферу досуговой деятельности. Образовательные превентивные программы должны быть многоплановыми, включать «уроки жизненных навыков»

противодействия первой пробе наркотика; формировать у молодежи установки на здоровый образ жизни, на неприятие асоциальных ценностей [8].

Вместе с тем, наркомания - это не личное дело каждого. В результате наркотизации у потребителя существует высокий риск заболевания тяжелыми инфекциями - гепатиты, ВИЧ-инфекции и СПИД, венерические болезни - и такой же высокий риск их распространения.

Потребители наркотиков быстро дезадаптируются, так как практически невозможно сочетать учебу с потреблением наркотиков. С нарастанием социальной дезадаптации молодые люди потребители наркотиков - постоянно втягиваются в криминальную деятельность, разрушают семью и становятся обузой для общества. При этом у большей части молодежи отсутствует превентивная психологическая защита, ценностный барьер от вовлечения в прием наркотических веществ. Начиная принимать наркотики находится в своеобразной социально-психологической ситуации. Это мощный прессинг рекламных предложений нового стиля жизни и новых ощущений, связанных с наркотизацией. Он особенно угрожает детям, подросткам и молодым людям, потому что в ситуации выбора у них ведущими часто оказываются мотивы любопытства и подражания. Одновременно на лицо безучастное отношение к вовлечению в наркотизацию со стороны сверстников-соучеников, друзей, а также взрослых, отвечающих за воспитание, и малая информированность родителей по данной проблематике. Ситуация осложняется тем, что входящие в употребление «модные» в молодежной среде наркотические средства характеризуются при повторном приеме быстрым укреплением зависимости и пристрастия (по некоторым данным за месяц и менее) [7].

Поэтому, чтобы обеспечить активную профилактическую работу, остановить эпидемию наркомании, оказать лечебно-реабилитационную помощь потребителям наркотиков и больным наркоманией, требуется совершенствовать законодательство. Прежде всего, должна быть введена административная ответственность за употребление наркотиков, обеспечена возможность оперативного обследования лиц, подозреваемых в употреблении наркотических средств, расширены правовые основы для активной первичной профилактической работы и реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих поверхностно активными веществами (ПАВ) [9].

В современных условиях учреждения образования, школьные психологические службы, центры социально-психологической реабилитации явно не срабатывают на первичную профилактику ранней наркотизации молодежи. Для профилактической работы необходим переход от установок по информированию молодых людей о негативных последствиях наркотизации к формированию у них ценностного отношения к здоровью, активной психологической защиты от предложений «попробовать, принять наркотик»; к формированию не только индивидуальной жизнестойкости, но и групповых форм противодействия (на уровне коллектива) различным формам наркотизации и отклонению в поведении [2].

В настоящее время наибольшее распространение получили две модели обучающих программ профилактики для молодых людей [1]:

1. Программы достижения социально-психологической компетентности.

2. Программы обучения жизненным навыкам.

Тем не менее, вне зависимости от приоритета той или иной цели любые программы включают три типовые задачи. Обязательная направленность всех программ на: развитие социальной и личностной компетентности; на выработку навыков самозащиты; предупреждение возникновения проблем. Решение первой комплексной задачи предполагает обучение навыкам эффективного общения, критического мышления, принятие ответственных решений, выработка адекватной самооценки. Вторая задача реализуется через обучение умению постоять за себя, избегать неоправданного риска, делать правильный, здоровый выбор. Третья задача решается посредством формирования навыков регуляции эмоций, избегания стрессов, разрешения конфликтов, сопротивления давлению извне. Любая программа предполагает овладение набором из 12-15 необходимых и достаточных для реализации здорового стиля жизни психосоциальных навыков. Признание необходимости обучения этим навыкам основано на данных интенсивного научного анализа факторов риска приобщения к ПАВ и противостоящих им факторам антириска [3,10].

Поскольку аддиктивное поведение рассматривается как сниженная способность личности справляться со стрессом (Lazarus R.S., Folkman S., Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Короленко Ц.П., Березин С.В., Лисецкий К.С., Змановская Е.В. и др.), то, на наш взгляд, психолого-педагогическое воздействие, направленное на формирование протективных ко-

пинг-ресурсов и продуктивных копинг-стратегий поведения, способствует снижению факторов риска и повышению факторов протекции, является важнейшим направлением первичной профилактики наркозависимости молодежи.

Из выше сказанного можно сделать следующие выводы.

Состояние социально-психологической ситуации в России, нарастание скорости и масштабов распространения аддиктивного наркозависимого поведения, появление его новых форм, тенденция к омоложению контингента наркозависимых, низкая эффективность профилактических мероприятий свидетельствуют о высокой актуальности рассматриваемой проблемы, обусловлена высокой социальной значимостью проблемы наркозависимости в молодежной среде.

Общественная значимость и глубина рассматриваемых проблем приводят к выводу о целесообразности первичной профилактики наркозависимого поведения молодежи. Особую остроту имеет проблема профилактики наркозависимого поведения молодежи как наиболее социально активной и экономически перспективной категории населения. Необходимо создавать программы профилактики наркозависимости делая упор на раннее вмешательство, дифференциацию программ по полу и возрасту, работу с семьей.

Последовательное, этапное и комплексное выполнение мероприятий, направленных на разрешение выделенных "ключевых" проблем, сделает работу по профилактике наркозависимости среди молодежи системной, конструктивной и позволит преодолеть негативные тенденции в развитии наркоситуации в России.

-
1. *Ананьев В.А.* Легальные и нелегальные наркотики, СПб, ИМАТОН, 2000.
 2. *Григорьев Н.Б.* Психолого-социальная помощь в наркологии, СПб, 2004.
 3. ЗАКОН САНКТ-ПЕТЕРБУРГА - О целевой программе Санкт-Петербурга «Комплексные меры по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту на 2009-2014 годы».
 4. «Семья – надежда завтрашнего дня» Материалы Международной научно-практической конференции, сайт: www.fw.ru, 2007.
 5. «Меры по противодействию наркомании и борьбе с незаконным оборотом наркотиков», сайт: www.gov.spb.ru, 2008.
 6. Информационно-аналитические материалы к заседанию научно-технического совета ФСКН России, сайт: www.narkotiki.ru, 2008.
 7. Сайт российского представительства международной организации «Европейские города против наркотиков» (ECAD) – www.ecad.ru, 2009 .
 8. Материалы заседания Государственного антинаркотического комитета. Доклад «О наркоситуации в Российской Федерации и об основных направлениях формирования государственной политики в сфере борьбы с наркопреступностью, профилактики и лечения наркомании» Председателя Государственного антинаркотического комитета - Директора ФСКН России Виктора Иванова, Москва, 3 декабря 2008 года.
 9. Управление по взаимодействию с общественностью и СМИ ФСКН России, сайт: «Нет – Наркотикам», 2008.
 10. Наркомания в России: состояние, тенденции, пути преодоления: Пособие для педагогов и родителей/ под общ. ред. проф. А.Н.Гаранского, М., изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003.