

Из опыта работы с наркозависимыми.

Одно из направлений нашей работы в "Центре Психологии Успеха" связано с освобождением от наркотической зависимости и дальнейшей реабилитацией наркоманов. В работе с наркоманами и семьями наркоманов мы накопили некоторый опыт, которым хотим поделиться.

Существует множество различных теорий, объясняющих причины возникновения наркомании. Из всех теорий мы выделили два аспекта:

- 1) нарушения в эмоциональной сфере;
- 2) особенности семейных отношений.

В результате работы с больными, страдающими опийной наркоманией с выраженной степенью зависимости (32 больных, 6 женщин и 26 мужчин в возрасте от 17 до 42 лет) и их семьями, мы наблюдали два феномена, характерных для всех наших клиентов.

В эмоциональной сфере у разных больных наблюдаются различные проявления нарушений, но было общее, что мы обозначили как неумение осознавать, дифференцировать и нюансировать свои чувства.

У человека, употребляющего наркотики и находящегося в психофизиологической зависимости от наркотика, физическое и эмоциональное состояние конторминировано. В результате наблюдений мы выделили три состояния, которые переживает и осознает больной. Их мы обозначили как "плохо" - "никак" - "хорошо".

Пример типичного диалога с больным на первичном приеме:

Т. Что ты чувствуешь при приеме наркотика?

К. Разламывает и становится хорошо.

Т. Какое состояние у тебя через 3-4 часа после приема наркотика?

К. Да... никакое.

Т. А что происходит через 12-20 часов?

К. Ломает... плохо... (нецензурное выражение).

Эти состояния прямо связаны с концентрацией наркотика в крови:

"хорошо" - высокая концентрация

"плохо" - низкая

"никак" - термин наркоманов, которым они обозначают состояние, когда содержание наркотиков в крови достаточное, чтобы "не ломало", но недостаточное для эйфории.

После освобождения от физиологической зависимости у клиента, находящегося в состоянии психической зависимости от наркотика, физическое и эмоциональное состояние начинает разделяться. Но эмоциональное состояние обозначается также тремя терминами: "плохо" - "нормально" - "хорошо".

Интересно, что состояние, обозначаемое "никак", после освобождения от физической зависимости меняется на "нормально".

Кроме тех основных состояний больные могут переживать и обозначать лишь несколько других эмоциональных состояний. У больных наркоманией после освобождения от физиологической зависимости наблюдается феномен, который мы назвали ненюансирование переживаний.

Пример:

Больной В. - 23 года, употреблял наркотики три года. Кроме основных состояний обозначал еще свое состояние как "тоска". Через два месяца работы с психологом стал предъявлять и называть состояние "спокойное", "уверенное".

Больной А. - 21 год, употреблял наркотики три года. Изначально, кроме трех основных состояний, называл "уверенность", "любовь". После десяти дней работы с психологом обозначает еще "раздражение", "спокойствие".

Больная Ю. - 19 лет, употребление наркотиков с 15 лет. Изначально, кроме трех основных состояний, еще называла и предъявляла состояние "спокойно", "раздражение", "уверенность", "любовь", "жалость". За десять дней стала обозначать еще "грусть", "печаль", "гордость". Произошло изменение и расширение диапазона состояний, обозначаемых в нашей культуре понятием "любовь".

Поскольку клиент не осознает, что он чувствует на данный момент, при настойчивости терапевта может предъявлять только телесные ощущения.

Из разговора с клиентом:

Т. -Что ты сейчас чувствуешь?

К. (раздраженно) - Что Вы меня все время спрашиваете, что я чувствую?

Т. - А все же, что ты сейчас чувствуешь?

К. - Ну ... руки и ноги расслаблены...

Наши наблюдения позволяют отметить, что чем больше чувств клиент осознает и называет, тем быстрее он адаптируется к жизни без наркотиков, тем длительнее ремиссия.

Если человек не различает нюансов в своих чувствах и переживаниях, то незначительные переживания - волнения, тревожность и другие могут неадекватно оцениваться и попадать в категорию "плохо".

А поскольку у наркомана существует один универсальный способ избегания решения внешних проблем и внутренних конфликтов за счет введения опийсодержащих препаратов, возникает единственно привычный способ изменять свое состояние с помощью наркотиков.

Здесь могут быть два предложения относительно причин наркотизации. Осознание и обозначение широкого спектра чувств не было сформировано в детском возрасте или же группа эмоций была вытеснена в связи с конфликтом в детском возрасте, приведшим к психотравме, из-за чего эта группа эмоций была заблокирована.

Предполагается, что сужение эмоциональной сферы происходит не только из-за токсического влияния опийсодержащих веществ, так как после лечения при сохранном интеллекте эти эмоции человек мог бы вспомнить или восстановить, чего не происходит. Значит, эти чувства не были сформированы или заблокированы.

Второй аспект, который мы выделяем, - это особенности отношений в семьях наркоманов

Все семьи можно разделить на две группы

1 Феминная семья (25 семей) - мать является авторитарным лидером в семье.

1 Маскулинная семья (6 семей) - отец, выполняющий роль диктатора в семье.

Из всех обратившихся к нам за помощью была одна неполная семья. Но со слов родственников больного, когда семья была полной и формировалась личность больного, мать была авторитарным лидером в семье. Поэтому, мы эту семью отнесли к феминным.

У феминных семей мы обнаружили следующие закономерности:

- Мать психологически более сильная, с твердыми взглядами на жизнь, которые не подлежат сомнению и изменению; с ее точки зрения, всем надо жить, как живет она. Обеспечивает семью и воспитывает детей также мать и, соответственно, она более всего настаивает на лечении ребенка. Отец занимает попустительскую позицию по отношению к воспитанию детей и обеспечению семьи. А в отношении больного наркоманией ребенка позиция "нечего лечить, пусть уходит из дома" и неверие в перспективу лечения.

- В семьях с отцом-диктатором мать занимает позицию ведомого, полностью подчиняясь мужу. Воспитанием детей занимается мать и соответственно передает ребенку собственную модель поведения ("роль слабого") Отец обеспечивает семью и, как правило, занимает высокое должностное положение. В воспитании ребенка, занимая формальную позицию без эмоционального контакта, не дает ребенку идентифицироваться со своей ролевой позицией, предъявляя завышенные, трудно достижимые цели. В лечении ребенка более заинтересована мать, она верит в перспективы лечения. Отец оплачивает лечение ребенка, но не верит в перспективы лечения и занимает крайне негативную позицию по отношению к больному ребенку и проявляет двойственность к перспективам излечения.

Мы выявили схожесть отношений отца и ребенка в этих семьях, которые условно обозначили "никакой папа".

Папа из феминной семьи не предоставляет чувство уверенности, способов и стратегий достижения целей и борьбы (поскольку сам этим не владеет). Общение с ребенком чисто формальное, без близкого эмоционального контакта приводит к недораскрытию эмоциональной сферы и возникновению большого количества

неразрешенных проблем, что может являться пусковым механизмом наркотизации.

Папа из маскулинной семьи сам владеет способами и стратегиями достижения целей и борьбы. Но при таком же формальном общении с ребенком, точно так же, не передавая свой опыт, осуществляет интервенции во внутренний мир сына или дочери, формируя эмоции страха и защитную агрессию, которые также могут вызвать дальнейшую наркотизацию.

Таким образом, мы можем предложить, что блокирование эмоциональных контактов на уровне "отец - ребенок" может являться благодатной почвой для возникновения наркотической зависимости.