

Роль семейных стилей в формировании и развитии аддиктивного и аутоагрессивного поведения

БИСАЛИЕВ Р.В.

К.М.Н., доцент кафедры морфологии человека Астраханского государственного университета

Проведен анализ проблемы семейных взаимоотношений при аддиктивных расстройствах. Рассматриваются динамика и роль семейных стилей в развитии аддиктивного и аутоагрессивного поведения. Так как основная масса родственников аддиктивных больных находится в трудоспособном возрасте, вопрос эффективной профилактики психических расстройств у этого контингента имеет принципиальное социально-экономическое значение.

В современном мире на институт семьи возлагается эмоциональная или психотерапевтическая функция, обеспечивающая удовлетворение потребности личности в эмоциональной поддержке, привязанности, признании, любви, реализации которой определяет безопасность внутреннего мира личности [10]. Неудовлетворенность степенью реализации этой функции (дисфункциональность) является одной из основных причин ряда негативных явлений: эмоционального голода, ощущения одиночества, бессмысленности жизни, роста числа разводов и неполных семей, депрессий и самоубийств, снижения рождаемости, неудовлетворенности браком.

Молодые люди, проживающие в дисфункциональных семьях, оказываются в неравных условиях социализации по сравнению с ровесниками из благополучных семей. Неблагоприятная семейная обстановка обуславливает появление у них ряда психологических, педагогических, психопатологических и социальных проблем, приводящих в конечном итоге не только к блокированию самореализации в социуме, но и к срыву механизмов адаптации, возникновению психических расстройств.

В качестве ведущих причин негативных процессов в семье исследователи выделяют злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) членами семьи (чаще отцами), а также нехимическими средствами, обладающими аддиктогенным потенциалом. Современная семья испытывает дефицит компетентности по вопросам формирования у подрастающего поколения позитивных социальных, в том числе антиалкогольных, антинаркотических установок, по взаимодействию со специалистами при необходимости консультативной психолого-педагогической, специализированной медицинской и социально-правовой помощи [8].

Зависимость от алкоголя, наркотиков, технических средств (игровых автоматов, компьютера) — семейная болезнь и отличительная черта многих дисфункциональных семей [12]. Во-первых, она может встречаться у нескольких членов одной и той же семьи, передаваться из поколения в поколение. Во-вторых, если в семье только один аддиктивный больной, то все остальные ее члены созависимы с ним [24]. В-третьих, созависимость сопровождается весьма негативными медико-социальными последствиями.

Не подлежит сомнению тот факт, что участие родственников аддиктивного больного в терапевтическом сотрудничестве является залогом успеха всего лечебно-реабилитационного процесса. Однако весьма существенным препятствием для такого сотрудничества выступает именно феномен созависимости — широкий спектр эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений, развиваю-

щихся у членов семей аддиктивных больных [41]. Так, например, у больных в начале ремиссии быстро ослабевает актуальность переживаний, связанных с последствиями пьянства (период «медового месяца», по А.А. Портнову и И.Н. Пятницкой). В то же время у родственников еще длительное время сохраняются тревога и озабоченность, влияющие на внутрисемейные отношения. Общие для обеих сторон (зависимые и созависимые) паттерны поведения создают основу для накопления внутри- и межличностных конфликтов в семье, провоцирующих срыв ремиссии [32]. Помимо сходного комплекса заболеваний, жалоб и различного рода проблем, наблюдаемых у больных и их родственников в динамике аддиктивного расстройства, весьма вероятна вероятность развития аутоагрессивного поведения.

Многочисленные исследования убедительно иллюстрируют тесную взаимозависимость между родительским стилем воспитания и коммуникативными навыками, с одной стороны, и привязанностью к семье, авторитетом родителей и самочувствием ее членов, их удовлетворенностью своей семьей, с другой [16]. Воспитательный процесс имеет ряд преимуществ: семейное воспитание отличается глубоко эмоциональным, интимным характером; в семье ребенок получает возможность длительно и постоянно наблюдать поведение матери, отца в неофициальных семейных отношениях, общаться с людьми, разными по возрасту, половой принадлежности, жизненному опыту; педагогические воздействия семьи постоянны и длительны, повторяются в самых разнообразных ситуациях; в семье ребенок просто и естественно приобщается к реальной жизни, при этом имеются объективные возможности для систематического включения детей в бытовую, хозяйственную, воспитательную деятельность [9].

Риск формирования девиантного (аддиктивного, аутоагрессивного) поведения во многом связан с условиями воспитания в детском периоде, которые характеризуются нарушениями эмоциональных связей. Существуют несколько видов патогенного воспитания [7], которые в равной мере наблюдаются при всех формах девиантного (аддиктивного, агрессивного, суицидального, делинквентного) поведения:

- 1) семья отчужденная — ребенок — носитель комплекса неполноценности чувствует себя лишним;
- 2) авторитарная семья — применение физических наказаний. Подросток испытывает чувство одиночества, неуверенности;
- 3) семья с попустительскими отношениями — у ребенка развивается ощущение вседозволенности;
- 4) семья гиперопекающая — подросток инфантилен в своих социальных реакциях.

Была предпринята попытка описать типы воспитания, коррелирующие с аддиктивными расстройствами. К такому относятся:

- отсутствие родительского внимания, теплоты;
- асоциальные проявления в семьях;
- воспитание в детских домах;
- ориентация обеспеченных семей на престижность и карьеру, когда дети рассматривались как атрибуты социального благополучия, демонстрировались в обществе как символ успеха;
- благополучные материальные условия с хорошим психологическим климатом в семье при резко отрицательном отношении родителей к алкоголю и нетерпимости к его употреблению в любых обстоятельствах;
- доминирующее влияние матерей, отцы часто отсутствовали [19].

Другие авторы считают, что предрасполагают молодого человека к употреблению ПАВ как «авторитарный», так и «ослабленный» типы воспитания [53]. Личностные особенности больных наркоманиями женщин не способствуют нормальному материнству, так как они отличаются импульсивностью, безответственностью, психической незрелостью и эгоцентризмом. Совершенно очевидно, если матерям трудно дисциплинировать себя, то для них может оказаться трудной и организация условий жизни ребенка [27]. Со стороны отца определялся враждебно-подавляющий, со стороны матери — открыто враждебный стиль воспитательного воздействия [35]. Среди потребителей наркотических и токсических веществ 67–89,1% находились вне какого-либо контроля со стороны родителей и лишь 5,5% респондентов могли характеризоваться как получившие нормальное воспитание [1, 30].

К сожалению, отечественный опыт профилактической работы с семьей как защитным фактором в борьбе с распространением наркомании не использует потенциальных ресурсов семьи как института воспитания [16].

Что касается больных игровой зависимостью, то у них выявлена высокая частота патологических типов воспитания: 45,3% воспитывались по типу гиперпротекции (доминирующей — 16%, потворствующей — 29,3%); 21,3% — в стиле эмоционального отвержения, как правило, отцом; 13,3% — скрытой гипопротекции; 6,7% — в стиле жестокого воспитания по типу «ежовых рукавиц»; в 28% констатируется ярко противоречивая система воспитания [6].

А.Ю. Егоров, Б.Д. Цыганков и В.Л. Малыгин [15] помимо неправильного воспитания относят к факторам риска формирования игровой зависимости: участие в играх родителей, стремление к игре с детства (домино, карты), вещизм, переоценка значения материальных ценностей, фиксирование на финансовых возможностях, зависть к более богатым родственникам, знакомым, убеждение в том, что все проблемы можно решить с помощью денег. Р. Delfabbro и L. Thrupp [45], говоря о факторах, препятствующих формированию и развитию патологического гемблинга, отмечают воспитание в семье таких качеств, как умение сохранять свои деньги, составлять и поддерживать бюджет.

Согласно данным Н.В. Верещагиной [7], лица с суицидальными тенденциями росли избалованными либо в условиях повышенной требовательности. Неправильное воспитание 25% обследованных привело к тому, что они попали под влияние старших или сверстников и уже в

13–16 лет начали употреблять алкоголь, наркотики, таблетированные медикаментозные препараты, токсические вещества. Это способствовало возникновению конфликтов с близкими родственниками.

Несомненно, противоречия в воспитательных позициях родителей приводят к возникновению межличностных конфликтов между ними, нарушая реализацию семьей ее воспитательной функции.

Что касается эмоциональной привязанности, то она также может быть отнесена к факторам, препятствующим/способствующим формированию аддиктивного и аутоагрессивного поведения, так как ребенок нуждается не только в удовлетворении инстинкта жадности, голода, физического комфорта, но и в определенном количестве прикосновений, зрительных контактов. При адекватном осуществлении родительских функций мать после рождения интуитивно чувствует все психобиологические потребности ребенка и удовлетворяет их в подходящее время, в необходимом объеме и ритме [20].

Важной функцией привязанности является также балансировка эмоционального напряжения, источником которого служат влечения, их давление также может восприниматься ребенком в норме как угроза. По мнению J.S. Brook с соавторами [44], взаимная привязанность в паре родитель—ребенок особенно важна в детском и подростковом возрасте, поскольку она, как правило, не только позволяет предупредить у подростка развитие отклоняющегося поведения, но и воспитывает негативное отношение к нему. Продолжительные наблюдения (до 30 лет) показали отсутствие склонности к употреблению ПАВ у юношей из семей с такой привязанностью. Лишенные тесной привязанности к родителям, дети и подростки выстраивают такие модели социального мира и собственного «Я», которые губительным образом сказываются на их самооценке и дальнейшем социальном приспособлении. Низкий уровень поддержки со стороны отца повышает шанс употребления индивидуумом сигарет, алкоголя и наркотиков [52].

Вышеизложенные факты подтверждаются исследованиями других авторов. Так, В.Д. Москаленко и А.В. Шевцов [28] среди множества семейно-средовых факторов риска развития аддиктивных заболеваний выделяют: отсутствие эмоциональной привязанности между родителями, между родителями и детьми; отсутствие упорядоченности уклада жизни родительской семьи; толерантное отношение родителей к девиантному поведению или аддиктивным тенденциям у детей. Компенсаторный характер наркоаддиктивного поведения заключается в том, что наркотические средства восполняют дефицит общения, внимания со стороны близких, эмоционального тепла и разнообразных впечатлений [17]. Авторитарные отношения чаще наблюдались в пьянствующих или абстинентных семьях [40].

L. Zhang, J.W. Welte и W.F. Wiczorek [55] отметили, что близость к матери является существенным защитным фактором в отношении употребления алкоголя молодыми людьми 16–19 лет (даже если мать склонна к употреблению алкоголя). Защитное влияние оказывают гармоничные взаимоотношения не только в паре родитель — ребенок, но и в паре мать — отец [26].

Внезапные самоубийства («преступления страсти») у молодых, психически здоровых девушек, по мнению К.Ю. Слишко [36], связаны с чрезмерной симбиотической,

патологической привязанностью, порушившейся при взрослении и отходе от родительской семьи и не нашедшей своей точки приложения в мужчинах. М.К. Бардышевская [2] полагает, что аутоагрессия при психических расстройствах является признаком глубинной недостаточности привязанности. Обобщив данные литературы, автор выделяет следующие варианты искаженного встраивания аутоагрессии в поведение привязанности в дошкольном возрасте:

1) аутоагрессия как тактильная аутостимуляция, являющаяся следствием раннего отвержения ребенка матерью, которая не переносила тактильного контакта с ним, воспринимая ребенка как грязного, а продукты его жизнедеятельности как отвратительные, в сенситивном периоде привязанности. Аутоагрессия ребенка сочетается с избеганием контакта с матерью, а также с сексуально окрашенным поведением, направленным на отдельные части материнского тела. Избегание ребенка матерью основывается на страхе быть отвергнутым или униженным ею, избегание матери — на чувстве отвращения, которые вызывают у нее естественные отправления ребенка;

2) псевдоаутоагрессия как средство коммуникации у детей, воспитывающихся в условиях эмоциональной депривации;

3) травмоопасное поведение детей с патологическим симбиозом, когда ребенок полностью перепоручил функции защиты матери (собственное поведение самосохранения практически отсутствует) и оказывается уязвимым к любым потенциально опасным ситуациям, как только контроль со стороны матери ослабевает. При патологическом симбиозе агрессия, отвержение болезненных проявлений сочетаются с идеализацией и преувеличением минимальных реальных способностей ребенка;

4) аутоагрессия как смещение на себя агрессивного-садистического поведения, которое первоначально было направлено на других людей. Смещение агрессии на себя происходит в результате жестокого отрицательного подкрепления исходной агрессии со стороны окружающих. Аутоагрессия ребенка является отражением родительской агрессии, направленной на ребенка. Этот вариант аутоагрессии отмечается, когда родительская агрессия сопровождается открытым отвержением ребенка, а ребенок воспринимается как угроза для здоровья или жизни родителей. Аутоагрессия ребенка в этом случае является признаком разрушенной привязанности;

5) аутоагрессия как демонстративное травмоопасное поведение ребенка, используемое для провокации аффекта у матерей, поглощенных собственными переживаниями, в частности у матерей с расстройствами настроения и выраженными аффективными колебаниями.

Семья — это вид социальной системы, характеризующейся определенными связями и отношениями ее членов, что проявляется в круговых паттернах взаимодействия, в их структуре, иерархии, в распределении ролей и функций [3]. Под стилем понимается «устойчивая совокупность свойств, присущих данному взаимодействию на протяжении длительного времени, определенных в главных тенденциях и характеристиках деятельности пары как целого» [29]. Во время кризисных периодов функционирования семья как система сталкивается с новыми условиями существования (смерть или тяжелое заболевание одного из членов семьи) [32]. В процессе адаптации к новым условиям

существования в семье происходит перераспределение функций, обязанностей, пересмотр межличностных внутрисемейных отношений [43]. Наиболее четко это прослеживается в семьях аддиктивных больных, другими словами, у созависимых родственников. Предлагается следующее описание базовых признаков созависимости:

1) проблема контроля у созависимых становится основой появления у них симптомов депрессии. Так как употребление ПАВ относится к социально осуждаемому поведению, близкие родственники больного принимают на себя ответственность за зависимого члена семьи, как бы нуждающегося в опеке и контроле. Родственники искренне верят, что могут взять под контроль практически неконтролируемые события;

2) «забота о других». Созависимость обязывает человека принимать на себя новые, необходимые, на его взгляд, функции и роли (например, «сиделки») рядом с наркологическим больным;

3) негативные чувства (обида, гнев, вина) блокируются чаще неосознанно;

4) «нечестность» и «утрата моральных принципов» — «святая ложь», которую созависимые используют с самого начала, когда помогают своим больным родственникам. Результатом такого поведения оказывается приостановка их собственного духовного роста, недостаток времени на выполнение многих семейных функций;

5) «легковерие и доверчивость». Обе стороны (больной и созависимый) воспринимают ту информацию, которая соответствует их логике и потребностям.

Следует отметить, что состояние созависимости может прогрессировать, нарастать в своей интенсивности, затрагивать и внесемейную сферу жизнедеятельности, а также приводить к летальному исходу в результате соматического заболевания. Признаками прогрессирующего развития созависимости являются: сужение выбора поведенческих стратегий, неумение пользоваться альтернативами, просить и принимать помощь других людей, сужение круга интересов и сферы деятельности [32]. Важно, что прогрессирование созависимости может наблюдаться даже в случае нормализации состояния наркологического больного [25].

На наш взгляд, общие патологические паттерны, свойственные как аддиктам, так и созависимым, создают множество сложнейших механизмов поведения, зачастую неосознаваемых, способных провоцировать рецидив заболевания и реализацию аутоагрессивного намерения.

Для асоциальной семьи с наркологическими проблемами характерно сочетание затяжных, конфликтных внутрисемейных отношений с нарастающей социальной изоляцией, исключением семьи из доверительных или поддерживающих отношений с другими семьями в доме, микрорайоне. Индивидуумы, проживающие в этих семьях, испытывают различные формы психологического давления: разьединенность и эмоциональное отвержение со стороны родителей, заброшенность и насилие, чувство вины и стыда за поведение членов семьи [8]. В.Д. Москаленко [26] прямо указывает, что употребление индивидом ПАВ можно рассматривать как продукт семейных взаимоотношений и взаимодействий. Согласно данным М. Oxford с соавторами [50], факторами, определяющими начало употребления ПАВ, являются: «правила», «мониторинг», «приверженность». Правила — это существующая

в семье регламентация выполнения ребенком домашней работы, режима сна, времени просмотра передач (в том числе и наличие правил употребления в семье ПАВ). Мониторинг — это контроль за времяпровождением ребенка (он по телефону должен сообщать свое местонахождение, когда планирует вернуться домой). Приверженность семье — это ситуация, когда родители и дети постоянно делятся своими чувствами и мыслями. Дети и подростки из таких семей обычно говорят о своей близости с родителями, выражают желание быть похожими на них, по собственной инициативе помогают в ведении домашнего хозяйства, стараются радовать родителей. Обследуя подростков дважды — в 11- и 12-летнем возрасте, — авторы установили, что наличие в семье указанных факторов защищает детей от антисоциального влияния сверстников и главным образом от употребления ПАВ. В то же время влияние семьи с возрастом постепенно снижается, а влияние сверстников повышается. Тем не менее, полностью влияние семьи не исчезает. На основании этого авторы пришли к заключению, что влияние семьи первично, а сверстников — вторично. Контроль за времяпрепровождением подростка со стороны семьи также является фактором, ощутимо влияющим на его поведение и снижающим вероятность употребления ПАВ [49]. Наличие в семье твердых правил, родительского мониторинга может существенно сократить масштабы употребления молодыми людьми алкоголя, марихуаны и кокаина. Эти защитные факторы важны для представителей обоих полов [54]. В свою очередь, ранняя диагностика нарушений внутрисемейных отношений является важным звеном в профилактике аддиктивного и аутоагрессивного поведения.

Л.И. Матвиевской [23] описана структура синдрома родительской реакции на наркоманию. У матери — фобия потери ребенка, чувство вины, стыд, воспитательная неуверенность, проекция на ребенка собственных отвергаемых черт. У отца — эмоциональная и поведенческая неустойчивость, отвержение ребенка и материнского стиля воспитания. На основании этого автор делает заключение, что созависимость в семье больного наркоманией — это саморазрушающее поведение. Клинико-психопатологический анализ проявлений созависимости у родителей больных наркоманией показал, что картины эмоциональных, идеаторных и поведенческих отклонений в рамках феномена созависимости полиморфны, вариабельны по своей глубине и постоянству. В.В. Чирко и М.В. Демина [41], объединив содержание этих расстройств в понятие *слепота в отношении аддиктивной болезни*, описали их проявления. Они представляют собой следующие четко очерченные паттерны:

1) искажение и утаивание анамнестических сведений о детях (при попытке получить объективные сведения о пациенте врач сталкивается с тем, что в рассказах родителей выпадает из анамнеза весь «проблемный» период жизни подростка);

2) диссимуляция созависимыми проявлений наркомании у своего ребенка (в беседах утаиваются конкретные данные о наркомании ребенка — диссимуляция по модели преуменьшения);

3) блокада и огрубление высших эмоций у пациентов и их родственников (обеим сторонам свойственны лживость, бестактность, неспособность к эмпатии и установлению тонких контактов);

4) гиперопека и элементы псевдодементности (в рассказах о больных детях вместо «он» родители говорят «мы»). Гиперопека сочетается с тревожно-подавленным настроением, плачем, замедленным мышлением);

5) тенденция родителей пациентов к навязыванию врачам своих средств и методов терапии их детей (советы, рекомендации, указания);

6) пренебрежение назначениями и рекомендациями врача со стороны созависимых;

7) легкая индуцируемость родителей больного наркоманией (воспринимая зависимого в качестве «жертвы», «страдальца», родители с легкостью следуют манипулятивно-шантажному стилю поведения больных);

8) легкость формирования у родителей аддикта сверхценных идей;

9) нарушение у родственников больного критической оценки своего состояния (полное симптоматическое сходство нарушений нозогнозии у аддиктов и родителей).

В исследованиях Т.Н. Дудко [13] обнаружено, что в большинстве случаев отношение родителей к больным детям характеризуется как постоянно заботливое — 53,8%. Безразличное и негативное (неприятное) отношение к больным детям было выявлено в 30,1% случаев. Безразличие в основном выражалось в отсутствии желания помогать, ухаживать за больными или устраивать в наркологические лечебные учреждения. Родительский негативизм и даже неприязнь к больным детям проявлялись в аффективно-негативных высказываниях. Анализ биографий больных наркоманией периода взросления (289 чел.), а также данные, полученные в результате реконструкции структуры семейных отношений на разных этапах жизни «наркоманских» семей, показывают, что в период, предшествующий началу употребления наркотиков, 91% пациентов переживал высокую тревожность в семейной ситуации [29].

У больных наркоманией установлено использование аверсивного стиля материнства. При этом стиле доминируют командование, неодобрение, провоцирование и угрозы. Данный стиль противоположен стилю, присущему здоровым матерям, которые при общении с ребенком используют просьбы, одобрение, похвалу, улыбку, смех, обучение; иными словами, просоциальному стилю. В то же время наркозависимые матери оценивали свое родительское поведение выше, чем поведение собственных родителей [27, 48]. Зарубежные авторы, изучая родительское поведение матерей, страдающих наркотической зависимостью, сконцентрировали свое внимание на пунитивности (стремлении наказывать детей) с агрессией по отношению к ним, насилием, а также виктимизацией (превращением ребенка в жертву) и враждебностью. Матери с химической зависимостью обнаруживали больше пунитивности в отношении своих детей, чем матери без таких проблем, особенно если в анамнезе у первых имело место насилие со стороны партнера или родителей. В связи с этим авторы считают, что лечебные и профилактические программы должны предусматривать мероприятия по снижению риска насилия и виктимизации [46]. Нельзя не согласиться с мнением авторов, которые считают, что выявление этой ситуации не является легким, так как мать склонна отрицать соответствующие проблемы, она испытывает чувство вины и страх потерять ребенка или какие-либо социальные гарантии (пособие, льготы) на него [51]. Поэтому при

построении и проведении терапевтических мероприятий особенно важно выявить желание женщины быть хорошей матерью, что должно вселять оптимизм и надежду на достижение большего успеха.

Е.В. Назаровым [29] достаточно подробно описан стиль взаимоотношений отца с сыном и дочерью, страдающих наркологическими заболеваниями. Для таких отцов наиболее характерен неустойчивый тип взаимодействия. Они в зависимости от внешних обстоятельств, настроения либо уделяют много внимания сыну, либо отвергают его присутствие; либо опекают, либо наказывают его, либо проявляют растерянность и пассивность. Такой стиль взаимоотношений, по мнению автора, формируется как реакция на повторяющуюся гиперпротекцию матери по отношению к ребенку и повышенную зависимость ребенка от нее. Кроме того, одной из причин неустойчивости отцов является переживание неспособности влиять на наркозависимость у подростка и отсутствие знаний о том, как на нее реагировать, как вести себя с больным ребенком. Наконец, еще одной причиной неустойчивости отцов является отвержение и неприятие воспитательной позиции матери при одновременной невозможности реально влиять на ситуацию. Характерно то, что отвержение стиля поведения жены по отношению к ребенку-наркоману означает возникновение и эскалацию супружеского конфликта, который в 83% случаев приводит к полному разрушению супружеских отношений. При этом часть браков формально сохраняется, что лишь усугубляет ситуацию. При взаимодействии с дочерьми для отцов наиболее характерно пассивное участие в их жизнедеятельности. В этом случае девушка предоставлена самой себе, отец не интересуется дочерью и не контролирует ее поведение. Отношения становятся спутанными, дистантными, происходит эмоциональное отвержение девушки. Такой семейный стиль также неблагоприятен, так как в этом случае дочь не чувствует, что нужна своему отцу, и для девочки это психотравмирующая ситуация. Когда дочь считает себя отверженной, наркотик для нее может стать способом приобщения к экзистенциальному опыту, приобретения «друзей».

Заслуживают внимания работы, изучающие континуальную динамику родительской семьи больных опийной наркоманией. В частности, А.Н. Булатников с соавторами [5] выделяли следующие фазы континуума состояния родительской семьи: аффективная, фаза гиперконтроля; фаза экстернализации, индифферентная. Аффективная фаза проявляется тем, что при внезапном известии о наркотизации подростка или юноши (возраст обследуемых был в пределах от 15 до 23 лет) в первое время у родителей (чаще матерей) может наступить состояние полной обездвиженности либо развивается двигательное беспокойство, которое проявляется в беспорядочных движениях и криках. Нередко в таком состоянии родители жестоко избивают своих детей, что может послужить началом личностного дистанцирования внутри семьи. По мере угасания аффекта развивается фаза гиперконтроля. У созависимых возникает желание максимально контролировать поведение больного наркоманией. Зачастую со стороны отца наблюдается опосредованный контроль — это когда по взаимной договоренности родителей или в силу спонтанно сложившейся ситуации отец как бы самоустранился от контактов с ребенком, хотя практически ежедневно осве-

домляется у супруги о подростке, внося свои коррективы. В силу того, что юноша продолжает употреблять наркотики, только в скрытой форме, в дальнейшем происходит углубление семейной дезадаптации и гиперконтроль оказывается несостоятельным. В следующей фазе — фазе экстернализации опиоман уже практически не пытается скрывать свою наркотизацию от родителей, давая при этом неоднократные обещания прекратить употребление наркотических средств. Родители, испытывая чувство вины, начинают обвинять друзей ребенка, торговцев наркотиками, государство. Нередко родственники вовлекаются в манипулятивно-шантажный стиль поведения своего ребенка, приобретая для него наркотики. При этом созависимые не расценивают свой поступок как микросоциальный фактор «узаконивания» потребления ПАВ подростком. При продолжающейся интоксикации ребенка закономерно развивается индифферентная фаза, в которой происходит родительская капитуляция. Созависимые и опиоман начинают существовать автономно. В их отношениях нарастают холодность, безразличие. Периодически безразличие может сменяться активной взаимной неприязнью, порождающей кратковременные внутрисемейные конфликты. Исходом данной фазы могут быть либо разрыв внутрисемейных отношений при продолжающейся наркотизации, либо реинтеграция этих отношений при отказе зависимого от наркотика.

Авторы исследования не рассматривают возможность развития аутоагрессивного поведения при описанных стилях семейных взаимоотношений. На наш взгляд, вероятность возникновения аутоагрессии достаточно высока у больных опийной наркоманией и у созависимых на любом этапе семейного континуума, так как установленные патологические семейные паттерны зачастую наблюдаются у лиц, совершивших суицидальные действия.

В качестве главных объяснительных категорий при исследовании аффективных взаимоотношений родителей с детьми используются психоаналитические понятия (роль ребенка и родителей, перенос, нарциссические тенденции). На их основе анализируются нарушения взаимоотношений в семье [29]. Под детской ролью автор понимает структурную совокупность неосознанных родительских ожиданий — фантазий, которые приписываются ребенку. С этой точки зрения семейные причины наркотизации связаны преимущественно с нарушением детских ролей в семье и их неадекватным и деструктивным содержанием. С усвоением таких ролей связывают не только предрасположенность к наркомании и алкоголизму [38], но и развитие созависимости [34], а также вероятность появления в семье химически зависимого в следующем поколении или через поколение [37].

Хорошие взаимоотношения, отсутствие родительской вседозволенности и надежное социальное окружение относятся к позитивным факторам, то есть факторам защиты. При их наличии снижаются все показатели, характеризующие злоупотребление ПАВ, причем не только в период наблюдения, но и в течение всей жизни [47].

Принципиальным, на наш взгляд, является тот факт, что внимание родителей аддикта сосредоточено, прежде всего, на его личностных изменениях (психопатизации, склонности к аутоагрессии, криминальности), развившихся в динамике заболевания. Возможно, период манифестации симптоматики аддиктивных расстройств явля-

ется наиболее «удобным» для созависимых в плане построения и реализации собственных поведенческих стратегий, в том числе аутоагрессивных. Поэтому важной представляется проработка имеющихся у созависимых глубинных внутриличностных конфликтов.

По мнению В.В. Мадорского и В.А. Солдаткина [22], патология внутрисемейных отношений неизбежно предшествует развитию игровой зависимости. Сам процесс игры обычно запускается импринтингом либо оперантным обучением, но это, по сути, запускающий процесс. При возникновении тяжелых ситуаций, когда нередко ежедневно проигрывается до нескольких тысяч долларов, у членов семьи наблюдается состояние апатии, неверия и безнадежности. Настораживает тот факт, что и сами игроки, и члены их семей часто оказываются недостаточно мотивированными на возможные позитивные изменения. Можно предположить, что низкая мотивация участия в лечебно-реабилитационном процессе обусловлена актуализацией несуицидальных форм аутоагрессивного поведения.

Как указывалось ранее, дисгармоничные отношения в семье находятся в реципрокных отношениях с различными формами аутоагрессии. Анализ преморбидных особенностей личностей, склонных к суицидальному поведению, показал, что отношения к подростку со стороны матери в 71% случаев были расценены как холодные [7].

Супружеские взаимоотношения — это система разнообразных чувств, установок, особенностей восприятия, понимание друг друга и принятие партнеров по браку [29]. Негативный характер супружеских отношений, выражающийся в конфликтном взаимодействии между супругами, называется *дисгармонией, дестабилизацией семейной структуры*, которая, в свою очередь, ведет к формированию аддиктивного и аутоагрессивного поведения.

По мнению Е.В. Назарова [29], в дисгармоничных семьях равновесие во взаимоотношениях используется только для того, чтобы избежать изменения, развития и связанных с этим возможных тревог и потерь. Равновесие перестает быть формой адаптации семьи к задачам оптимального выполнения внешних и внутренних функций. Семейные узы оказываются лишь способом сохранения некоторого равновесия, на деле препятствующего развитию личности членов семьи и их взаимоотношений. Автор, опираясь на общепринятую классификацию видов дисфункциональных семейных структур, приводит результаты собственных исследований:

1) несбалансированные семейные структуры (например, проблемные типы семьи по Олсону, 100% обследованных семей больных наркоманией);

2) структуры, несущие в себе аутсайдеров, т.е. людей с низким социометрическим статусом. Например, один из детей рассматривается родителями как нелюбимый (64%);

3) структура, стабилизирующаяся на основе дисфункции одного из ее членов. Такие структуры поляризованы по принципу: «здоровые члены семьи» — «козел отпущения», или «больной» член семьи (89%);

4) коалиции через поколения, которые помогают членам семьи, чувствуя слабость, справиться с теми, кто кажется им сильнее. Коалиция позволяет ее членам совладать с низким самоуважением, уменьшить тревогу и контролировать третью сторону. Например, один из родителей (мать) образует коалицию с ребенком против дру-

го (отца); бабушка (дедушка) образует коалицию с ребенком против родителей и т.д. (67%);

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

6) перевернутая иерархия, когда по каким-либо причинам статус ребенка в семье становится выше, чем статус одного или обоих родителей. Например, отец с дочерью могут вести себя как супруги и относиться к матери и остальным членам семьи как к младшим.

Выделяют следующие стратегии созависимых лиц, способствующие развитию аддиктивного поведения:

- чувство чрезмерной лояльности к наркологическому больному, желание справиться с трудностями его поведения;
- своеобразное чувство ответственности за то, что у больного развилась химическая зависимость;
- стремление сохранить положение, впечатление о семье в обществе, респектабельность;
- стремление предотвратить опасные ситуации (угрозу ухудшения социального положения из-за аддиктивного поведения одного из членов семьи);
- желание сохранить семью; желание смягчить агрессию больного алкоголизмом, наркоманией;
- давление других людей (родственников, знакомых);
- избегание помощи извне;
- отсутствие осознания болезни, характера ситуации;
- подсознательное желание быть незаменимым, необходимым для зависимого [39].

Отношения между родителями в семьях больных наркоманиями чаще всего были неровными или периодически конфликтными — 51,9%. Вместе с тем, доля ровных (хороших, удовлетворительных) отношений между родителями больных более чем в 2 раза преобладал над постоянно конфликтными отношениями — 34,9 и 15,6%. Динамика этих взаимоотношений в связи с болезнью детей далеко не всегда, по мнению автора, была негативной, так как семейная беда (болезнь ребенка, его деструктивное поведение) нередко не только объединяла родителей в противостоянии этому неожиданному горю, но и делала их отношения более человечными. В случаях стабилизации терапевтических ремиссий родители, как правило, продолжали объединять свои усилия в направлении ресоциализации детей и тем самым нередко достигали определенной стабилизации пошатнувшихся межличностных отношений [13].

Р.В. Бисалиев [4], изучая феноменологию несуицидального аутоагрессивного поведения при опийной наркомании у больных, не совершавших и совершивших противоправные деяния, установил следующие его уровни: социальный, микросоциальный (семейный) и соматический. Аутоагрессия на микросоциальном (семейном) уровне как в группе наркоманов, так и в группе наркоманов-осужденных характеризовалась нарушением интерперсональных отношений, повышенной конфликтностью, что порождало эмоциональную холодность, отчужденность. В свою очередь, атмосфера внутрисемейной конфликтности, неудовлетворенность положением в семье усугубляли риск аутоагрессивного поведения. Наиболее высокий уровень конфликтности выявлен в семьях наркоманов, не имеющих судимости (31,6% против 12,2%; $p < 0,05$). Более поло-

вины больных наркоманией обеих групп (51,6 и 54,3%; $p > 0,05$) сообщили, что под влиянием критики или требований близких родственников совершали действия, заведомо ведущие к ухудшению ситуации (отказ от госпитализации, срыв лечебных мероприятий, обострение и разрыв семейных отношений, родственных связей).

При невозможности реализации поставленных целей, связанных с наркотизацией, у больных первой группы достоверно чаще, чем у пациентов второй группы, отмечались: склонность к драматизации, негативной оценке событий и фактов, переживание чувства вины (40,0% против 19,2%; $p < 0,05$), недовольство собой, чувство жизненного краха (36,6% против 14,0%; $p < 0,05$); частые угрызения совести (38,3% против 22,8%; $p < 0,05$). Аутоагрессивное поведение в обеих группах возникало задолго до разрыва семейных отношений. Оно проявлялось в виде вербальной аутоагрессии в сочетании с идеями самообвинения, самоуничтожения, чувством неуверенности в себе, заброшенности, ненужности. У больных наркоманией без правонарушений по сравнению с осужденными пациентами (41,6% против 19,2%; $p < 0,05$) выявлено преобладание суицидогенной триады А. Бека (идеализация прошлого, безрадостность настоящего, бесперспективность будущего), которая усиливалась после ухода из семьи. Характерной особенностью пациентов обеих групп являлась «клишированность», или повторяемость, отрицательных (аутоагрессивных) событий в семейной жизни с отсутствием осознания перспективы последствий. Пациенты, проживающие с родителями (их было больше среди неосужденных — 71,7% против 63,3%; $p > 0,05$), не стремились к созданию своей семьи, находились на иждивении родственников. Количество больных, имеющих собственную семью, в группах существенно не различалось (20,0% против 26,3%; $p > 0,05$). Однако, проживая в семье, они занимали пассивную позицию в решении материально-бытовых вопросов, воспитании детей, вели паразитический образ жизни. Негативные факторы в сексуальной сфере семейной жизни (снижение сексуальной активности, длительное половое воздержание, сексуальная неудовлетворенность, слабость эректильной функции, вступление полового партнера в сексуальный контакт с другими лицами) воспринимались опиоманами обеих групп нейтрально или равнодушно.

Что касается группы контроля, то сравнительно высокий уровень внутрисемейной конфликтности (22,6%) не вызывал деструктивных последствий для семьи. Сохранялись гибкие, открытые взаимоотношения между младшими и взрослыми членами семьи, теплые связи между поколениями, полноценные хозяйственно-бытовая и сексуально-эротическая функции [14].

Согласно данным литературы, терапевтические подходы, используемые в работе с родственниками больных алкоголизмом, нередко экстраполируются на созависимых больных наркоманиями. На наш взгляд, практический опыт работы с семьями больных алкоголизмом не может быть непосредственно использован в работе с семьями больных наркоманиями, несмотря на то, что в динамике семейных отношений в этих случаях существуют общие черты.

Ввиду ссор с близкими родственниками больные с азартным аддиктивным поведением скрывали свою тревогу, так же как и суммы карточных долгов. Ощущение же радости по

поводу выигрышей, напротив, не скрывали, но быстро вновь раздражались при отсутствии разделения их успеха со стороны близких. Из-за недоверия к партнерам по карточным играм и нарастающих конфликтов с родителями, детьми, супругами пациенты все больше испытывали чувство тоски и одиночества, бессмысленности своего существования [32].

С определенной долей вероятности можно предположить, что описываемая выше динамика внутрисемейных отношений, аффективных колебаний при определенных обстоятельствах и возникновении дополнительных, выраженных психотравмирующих факторов может провоцировать как у больных, так и у созависимых аутоагрессию.

Представители гуманистического направления в психологии и психотерапии рассматривают нарушения супружеских отношений преимущественно с позиций непосредственного взаимодействия как недостаток удовлетворения потребности в эмоциональной привязанности [21].

Описан так называемый феномен спаивания одного супруга другим. Как правило, роль «жертвы» отводится женам больных, страдающих алкоголизмом. Это объясняется большей частотой алкоголизма у мужчин по сравнению с женщинами (4:1), большей поведенческой экспансией мужчин в отношении женщин, традиционной доминирующей позицией в семье. В этих случаях внутренние подсознательные мотивы указанного феномена исходят из стремления «пьющих» супругов гармонизировать семейные отношения путем гомогенизации семейных ролей — воспитания в лице жены «субутыльника».

Вместе с тем, в наркологической практике отмечаются атипичные варианты супружеского алкоголизма, когда инициатива в алкоголизации принадлежит женщине. Социальный статус обследованных из этих семей был следующим: из 26 пар 14 состояли в браке, 2 пары — разведены, но проживали вместе, 10 — проживали в гражданском браке. Во всех типах обследуемых семей женщины имели большой семейный опыт. Мужчины начинали употреблять спиртные напитки под воздействием уговоров жен или сожительниц, имеющих алкогольную зависимость, в результате «сексуального шантажа» или для сексуального раскрепощения. Жены содействовали смещению нравственных критериев у мужчин, ориентируя на сексуально-эротическую систему ценностей [42]. У 42,5% обследованных женщин приобщение к спиртному формировалось под непосредственным влиянием мужа или сожителя, 7,2% пациентов начали злоупотреблять алкоголем из-за жестокого обращения мужа, измен и драк, 5,5% — после развода с мужем, 3,3% — после смерти мужа-неалкоголика [11]. Для таких браков характерна возможность удовлетворения и усиления сексуального ощущения от реализации скрытых или в значительной мере неосознанных влечений (садистических и мазохистических тенденций) [18].

У психически здоровых людей на почве интимно-личностных конфликтов и внутрисемейных сексуальных дисгармоний в силу большей значимости сексуальной сферы часто возникает риск суицидоопасных состояний [33]. Можно предположить, что риск совершения суицидальных действий у аддиктов на почве семейно-сексуальных дисгармоний будет значительно выше.

В доступной нам литературе мы не нашли научных исследований, отражающих механизмы вовлечения в наркотизацию здоровых супругов больными наркоманиями. На

наш взгляд, наряду с изложенными выше причинами приобщения созависимых к алкоголю в семьях больных наркоманиями могут наблюдаться иные механизмы и причины «заражения» наркоманией здоровых супругов. Не следует недооценивать роль аутоагрессивных (явных, скрытых) тенденций, являющихся неотъемлемыми компонентами созависимости.

Таким образом, в рамках существующих направлений психиатрии и наркологии мы не находим ни одной теории или концепции, которые могли бы полностью объяснить феномены аддиктивного и аутоагрессивного поведения, их взаимодействие и взаимовлияние, не прибегая к заимствованиям из других теорий или использованию утверждений гипотетического характера в качестве исходных положений. Предпринятые в этом направлении исследования весьма противоречивы.

Несмотря на общепризнанный факт возникновения в семьях аддиктивных больных особого типа внутрисемейных отношений, называемых *созависимость*, до сих пор ощущается острый дефицит теоретических и практических исследований механизмов взаимовлияния семьи и аддикта. Практически отсутствуют данные по распространенности и феноменологии аутоагрессивного поведения среди родственников аддиктивных больных. В то время как в отечественной и зарубежной специальной литературе достаточно хорошо представлены исследования, в том числе по аутоагрессии, семей больных алкоголизмом. Отмечая недостаточность данных по психопатологии феномена созависимости, следует оценить высокий теоретический и практический потенциал этого направления. Очевидно, что все попытки первичной, вторичной и третичной профилактики аддиктивных расстройств будут малоэффективны без анализа других обязательных компонентов патологической зависимости/созависимости и аутоагрессии.

Созависимость — это реактивный процесс, смысл и цель которого заключается в снятии внутриличностного конфликта путем саморазрушающего поведения [29]. Поэтому важным следствием, вытекающим из приведенных выше рассуждений и открывающим перспективы дальнейших исследований, является возможность рассмотрения созависимости как одной из форм аутодеструктивного поведения, что, в свою очередь, позволит расширить арсенал методов психофармакотерапии и психотерапии созависимости.

Фактографический анализ показал, что наименее исследованным аспектом аддиктивных расстройств является созависимость в семьях больных наркоманиями и в семьях больных с нехимическими аддикциями. На наш взгляд, это объясняется следующими причинами:

- во-первых, недооценкой роли семейных стилей как в патогенезе этих заболеваний, так и в развитии аутоагрессивного поведения;
- во-вторых, отсутствием достоверных и надежных данных об эффективности методов профилактики, терапии и реабилитации психических расстройств у родственников аддиктивных больных;
- в-третьих, неразработанностью теоретико-методологической базы для исследования структуры, функций и динамики созависимости вообще и при наркоманиях, игровой зависимости в частности.

Список литературы

1. Аршанский М.В. Ранняя диагностика риска возникновения и направления профилактики аддиктивного поведения // Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья. III Международный конгресс. — Казань, 2006. — С. 311–312.
2. Бардышевская М.К. Аутоагрессия и травмоопасное поведение в структуре нарушенных отношений привязанности у детей дошкольного возраста // Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья. III Международный конгресс. — Казань, 2006. — С. 258–259.
3. Берн Э. Трансактный анализ в группе. — М.: Лабиринт, 1996.
4. Бисалиев Р.В. Суицидальные и несуйцидальные формы аутодеструктивного поведения при опийной наркомании: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2005. — 108 с.
5. Булатников А.Н. с соавт. Континуальная динамика родительской семьи больных опийной наркоманией // Современные проблемы наркологии: Материалы научно-практической конференции. — Астрахань, 1999. — С. 37–43.
6. Бухановский А.О., Солдаткин В.А. Патологический гемблинг: предиспозиция // Вторая научно-практическая конференция психиатров и наркологов Южного федерального округа: Материалы конференции. — Ростов-на-Дону, 2006. — С. 89–94.
7. Верещагина Н.В. Суицидальное поведение при психических расстройствах: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Новосибирск, 2003.
8. Вострокнутов Н.В. Семья и проблемы отклоняющего поведения в современном обществе // Вопросы наркологии Казахстана. — 2002. — Т. II, №2. — С. 56–65.
9. Гаврилович А.А. К проблеме реализации воспитательного потенциала семьи // Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья: III Международный конгресс. — Казань, 2006. — С. 73–74.
10. Гарифуллина М.М. Семья как фактор развития иммунитета личности // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики: Материалы Второй Всероссийской научно-практической конференции. — Казань, 2006. — С. 269–270.
11. Гирич Я.П., Коробицина Т.В. Анализ социологических характеристик семьи как прием определения риска деструктивной зависимости личности // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики: Материалы Второй Всероссийской научно-практической конференции. — Казань, 2006. — С. 183–185.
12. Гушина Т.В. О преемственности поколений в дисфункциональной семье // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики: Материалы Второй Всероссийской научно-практической конференции. — Казань, 2006. — С. 273–276.
13. Дудко Т.Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией: Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2003. — 250 с.
14. Дудко Т.Н., Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В. и др. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами — М., 2001. — 68 с.
15. Егоров А.Ю., Цыганков Б.Д., Малыгин В.Л. Патологическое влечение к азартной игре как модель нехимической зависимости // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2006. — Т. 106, №5. — С. 63–70.
16. Иванец Н.Н., Борисова Е.В. О ходе выполнения Федеральной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005–2009 гг.» Итоги работы за 2005–2006 гг. // Вопросы наркологии. — 2006. — №5. — С. 6–16.
17. Исаева Э.Г. Картина личности и зависимость от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. — 2006. — №5. — С. 86–93.
18. Князева Т.М., Шапиро Ю.Г. Социоклинический анализ женского алкоголизма // Вопросы наркологии. — 2006. — №3. — С. 43–48.
19. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе. — Новосибирск, 1990.

20. Короленко Ц.П., Шпикс Т.А. Аддиктивные проблемы при пограничном и антисоциальном личностном расстройстве // Аддиктология. — 2005. — №1. — С. 41—45.
21. Курек Н.С. Эмоциональное общение матери и дочери как фактор формирования аддиктивного поведения в подростковом возрасте // Вопросы психологии. — 1997. — №2. — С. 48—60.
22. Малдорский В.В., Солдаткин В.А. Семейная психотерапия в комплексно лечении больных, страдающих патологической страстью к азартным играм // Вторая научно-практическая конференция психиатров и наркологов Южного федерального округа: Материалы конференции. — Ростов-на-Дону, 2006. — С. 273—277.
23. Матвиевская Л.И. Работа с созависимыми в анонимном кабинете ЦМСР г. Астаны // Вопросы наркологии Казахстана. — 2002. — Т. II, №4. — С. 102—103.
24. Москаленко В.Д. Созависимость: характеристика и практика преодоления // Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2001. — С. 288—319.
25. Москаленко В.Д. Созависимость при алкоголизме и наркомании (пособие для врачей, психологов и родственников больных). — М.: Анахарсис, 2002. — 112 с.
26. Москаленко В.Д. Семья как поле взаимодействия факторов риска и защиты при употреблении психоактивных веществ // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2004. — №9. — С. 71—75.
27. Москаленко В.Д. Психософическое развитие детей, антенатально перенесших воздействие наркотиков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2004. — №12. — С. 65—68.
28. Москаленко В.Д., Шевцов А.В. Медико-генетическое консультирование в наркологии // Вопросы наркологии. — 2001. — №3. — С. 33—39.
29. Назаров Е.В. Наркотическая зависимость и созависимость личности в семье: Дисс. на соискание ученой степени к.психол.н. — М., 2000.
30. Оруджев Н.Я., Жигунова О.А. Роль социальных факторов в развитии наркоманий и токсикоманий у детей и подростков // Современные проблемы наркологии: Материалы научно-практической конференции. — Астрахань, 1999. — С. 115—119.
31. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Киника алкоголизма. — Л.: Медицина, 1973 — 368 с.
32. Постнов В.В. Расстройства адаптации у больных алкоголизмом в ремиссии: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Оренбург, 2003. — 171 с.
33. Прохоник О.А. Клинико-психологические аспекты семейно-сексуальных дисгармоний: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2006.
34. Психологические особенности наркоманов периода взросления (опыт комплексного экспериментально-психологического) / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. — Самара: изд-во «Самарский университет», 1998. — 148 с.
35. Пушина В.В. Биологические и социально-психологические факторы алкогольной зависимости у подростков // Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья. III Международный конгресс. — Казань, 2006. — С. 324—325.
36. Сливко К.Ю. Клиническая классификация нефатальных суицидентов: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Владивосток, 2003. — 160 с.
37. Смит Э.У. Внуки алкоголиков: Проблемы взаимозависимости в семье. — М.: Просвещение, 1991.
38. Фридман Л.С. Наркология / Пер. с англ. / Л.С. Фридман, Н.Ф. Флеминг, Д.Х. Робертс и др. — М. — СПб.: БИНОМ — Невский Диалект, 1998. — 318 с.
39. Христофорова М.И., Шипицына Л.М. Психологические особенности созависимых семей подростков-наркоманов // Вопросы наркологии Казахстана. — 2002. — Т. II, №2. — С. 99—105.
40. Худяков А.В., Ульянов И.В. Аддикция психоактивными веществами и ранняя половая жизнь // Современные проблемы наркологии: Материалы научно-практической конференции. — Астрахань, 1999. — С. 167—173.
41. Чирко В.В., Демина М.В. Родители больных наркоманией: психопатология созависимости (1 сообщение) // Вопросы наркологии. — 2005. — №2. — С. 19—29.
42. Шайдукова Л.К., Латфуллин Ш.Э. Некоторые особенности феномена «спаивания» при формировании супружеского алкоголизма // Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация: Материалы Российской конференции. — Иваново, 2005. — С. 76—77.
43. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. — Л.: Медицина, 1989. — 192 с.
44. Brook J.S., Brook D.W., De La Rosa et al. Adolescent illegal drug use: The impact of personality, family, and environmental factors // J. Behav. Med. — 2001. — Vol. 24, №2. — P. 183—203.
45. Delfabbro P., Thrupp L. The social determinants of youth gambling in South Australian adolescents // J. Adolescence. — 2003. — Vol. 26, №3. — P. 313—330.
46. Miller B.A., Smyth N.L., Mudar P.J. Mothers' alcohol and other drug problems and punitiveness toward their children // J. Stud. Alcohol Abuse. — 1999. — Vol. 60. — P. 632—642.
47. Moon D.G., Jackson K.M., Hecht M.L. Family risk and resiliency factors, substance use, and the drug resistance process in adolescence // J. Drug Education. — 2000. — Vol. 30, №4. — P. 373—398.
48. Nurco D.N. et al. The family experiences of narcotic addicts and their subsequent parenting practices // Am. J. Drug Alcohol Abuse. — 1998. — Vol. 24, №1. — P. 37—59.
49. Obot I.S. The role of the family in promoting drug free communities in Nigeria // J. Family Soc. Work. — 2001. — Vol. 6, №1. — P. 53—67.
50. Oxford M.L., Harachi T.W., Catano R.F., Abbot R.D. Pre-adolescent predictors of substance initiation: A test of both the direct and mediated effect of family social control factors on deviant peer associations and substance initiation // Am. J. Drug Alcohol Abuse. — 2000. — Vol. 27, №4. — P. 617 — 630.
51. Pajulo M., Savanlahti E., Piha J. Maternal substance abuse: infant psychiatric interest: A review and hypothetical model of interaction // Am. J. Drug Alcohol Abuse. — 1999. — Vol. 25, №4. — P. 761—769.
52. Pico B. Perceived social support from parents and peers: Which is the stronger predictor of adolescent substance use? // Substance Use and Misuse. — 2000. — Vol. 35, №4. — P. 617—630.
53. Smart L., Chibucos T. Adolescent substance use and perceived family functioning // J. Family Issues. — 1990. — Vol. 11, №2. — P. 208—228.
54. Sterwart Ch. Family factors of low-income African-American youth associated with substance abuse: an exploratory analysis // J. Ethnicity in Substance Abuse. — 2002. — Vol. 1, №1. — P. 97—111.
55. Zhang L., Welte J.W., Wieczorek W.F. The influence of parental drinking and closeness on adolescent drinking // J. Stud. Alcohol. — 1999. — Vol. 60, №2. — P. 245—254.

BISALIEV R.V. cand. .med. sci., associate professor of the department of human morphology of Astrakhan State University

The Article is dedicated to analysis of the problem of the household relations at addiction dysfunctional. It is Considered track record and role of the household styles in development addictive and autoaggressive behaviors. Since main mass relative addiction sick is found at the most able-bodied age, question of the efficient preventive maintenance psychic frustration this contingent has principle social-economic importance.