

Взрослые дети больных зависимостями — группа множественного риска

МОСКАЛЕНКО В.Д.

д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник
ФГУ «Национальный научный центр наркологии Росздрава РФ», Москва

Распространенность в популяции взрослых детей больных зависимостями (ВДЗ) может составить 25% и выше. ВДЗ являются группой множественного риска: у них повышена по сравнению со взрослыми детьми не больных зависимостями родителей частота алкоголизма, наркомании, токсикомании, созависимости, а также депрессии, психосоматических расстройств, пограничных психических нарушений, посттравматического стрессового расстройства. ВДЗ сталкиваются с множественными психологическими трудностями — плохие копинг-механизмы, созависимые взаимоотношения с брачным партнером и др. Описаны характеристики родительских семей, из которых происходят ВДЗ, перечислены факторы риска и защиты развития зависимостей у ВДЗ. Обоснована необходимость специальных мер профилактики, реабилитации и неоабилитации ВДЗ.

Распространенность в популяции

Взрослые дети больных зависимостями привлекают к себе все большее внимание клиницистов. Их описывали под названием *скрытые трагедии, игнорируемые миллионы, покинутые жертвы* [10]. Точное число детей, живущих в семьях с одним или двумя больными алкоголизмом родителями, неизвестно; однако есть основания полагать, что оно велико. Сообщалось, что в США 6,6 млн детей 18 лет и моложе живут в семьях с больными алкоголизмом родителями, т.е. каждый 8-й ребенок [19]. По другим данным, каждый 5-й или 6-й школьник идентифицирует себя как ребенок больных алкоголизмом родителей.

В типичной начальной школе соотношение детей больных алкоголизмом к детям родителей, не больных алкоголизмом, составляет 1:4. Частота лиц с наличием больного алкоголизмом среди родственников 1-й, 2-й и 3-й степеней родства в США в одном из исследований составила 38% взрослой популяции [15]. В другой работе сообщается, что 43% взрослых лиц в США, или 76 млн чел., имеют родственников, больных алкоголизмом. Примерно 1 из 8 детей в США является ребенком больного алкоголизмом родителя и 1 из 5 учащихся колледжа происходит из семьи с родительским алкоголизмом либо злоупотреблением [12].

Сообщалось, что 53% взрослых лиц из общей популяции отмечали в своих семьях наличие родственника 1-й степени родства, больного алкоголизмом. При обследовании 4449 женщин оказалось, что 21% из них является дочерьми больных алкоголизмом [13].

Следует иметь в виду, что наркологические заболевания широко распространены в общей популяции. По последним данным, расстройства, связанные с употреблением алкоголя, включая алкогольную зависимость, обнаруживаются в течение жизни у 15% мужчин; расстройства, связанные с употреблением запре-

щенных наркотиков, обнаруживаются у 5—15% мужчин и никотиновая зависимость — у 25% мужчин США [20]. Естественно, что эти больные могут иметь детей, включая взрослых сыновей и дочерей.

Есть все основания полагать, в России имеется не меньше, чем в США, взрослых лиц, чьи родители больны алкоголизмом или наркоманией. Экстраполируя данные проведенных в мире исследований на популяцию России, можно утверждать, что от 25 до 50% взрослых мужчин и женщин происходят из семей с наличием алкоголизма у ближайших родственников, чаще всего это родители. Иными словами, от четверти до половины народонаселения России имеют семейную отягощенность алкоголизмом.

Частота зависимостей от психоактивных веществ

У детей больных алкоголизмом родителей повышена вероятность развития зависимостей от психоактивных веществ по сравнению с частотой у детей, чьи родители в этом отношении здоровы. Причем, в одной и той же семье может встречаться перекрестная зависимость от различных веществ. Так, алкоголизм родителя может быть ассоциирован как с алкоголизмом, так и с наркоманией или токсикоманией сына или дочери. Внутрисемейное сочетание зависимостей от различных веществ — один из аргументов в пользу единства этих заболеваний.

По результатам клинико-генеалогических исследований, частота зависимостей в семьях пробандов мужчин и женщин среди их родственников повышена по сравнению с распространенностью этих заболеваний в общей популяции. В частности, среди взрослых детей больных алкоголизмом обнаружен определенный, типичный для этих семей спектр наркологических и психопатологических нарушений.

Т.М. Рожнова [5] выявила у детей сравнительно молодого возраста, когда еще не все предрасположенные лица могли реализовать свое предрасположение в болезнь, довольно высокую частоту алкоголизма. Частота его среди сыновей 21—28 лет больных алкоголизмом отцов достигла 66,67%, а среди дочерей этого возраста составила 15,38%.

Клинико-генеалогическое эпидемиологическое изучение семей больных алкоголизмом, проведенное А.А. Гунько [1], показало, что взрослое потомство (25 лет и старше) больных алкоголизмом представляет собой группу высокого риска развития наркотических заболеваний: алкоголизма, наркоманий, токсикоманий, а также пограничной психопатологии в форме психопатии, депрессии. Частота алкоголизма — 69,3% у взрослых сыновей и 14,9% у взрослых дочерей; наркоманий — 5,5 и 2,4%; токсикоманий — 17,0 и 4,8%; психопатии — 31,6 и 30,3%; неврозов — 7,0 и 8,3% соответственно. Если сыновья больных алкоголизмом подвержены в первую очередь наркотическим заболеваниям, то дочери — депрессиям, частота которых составила 24,4%. И только 19,9% взрослых детей, чьи родители больны алкоголизмом, не обнаруживали каких-либо психопатологических нарушений на момент исследования семьи.

Итак, накопление зависимостей в одних и тех же семьях в ряде поколений является теперь хорошо документированным фактом. Меняется ли клиническая картина зависимостей от поколения к поколению? Насколько она сходна у сибсов?

В.Д. Москаленко, А.В. Шевцов [2] изучали этот вопрос внутрипарным сравнением клинических проявлений зависимостей в парах отец—сын, старший брат—младший брат в выборке тех семей, где были больны отец и сын либо старший брат и его младший брат.

Установлено, что в 51 из 55 пар (92,7%) у младшего члена пары наблюдалось утяжеление клинической картины, только у 4 из 55 пар (7,3%) утяжеление наблюдалось у старшего члена пары, совершенно идентичной клиники зависимости от психоактивных веществ не наблюдали ни в одной из 55 пар.

Основной результат проведенного исследования заключается в обнаружении существенных различий в клинических характеристиках и клинической картине в целом при возникновении зависимости у двух членов одной семьи. При этом влияние пола было исключено, поскольку по условиям отбора в исследование включали только мужчин. Сходство касается самого диагноза зависимости от психоактивных веществ, общих тенденций в течении заболевания (преимущественно с постоянным либо периодическим типом злоупотребления веществами, склонность к ремиссионному течению либо отсутствие такой склонности в семье, склонность к выраженным соматонев-

рологическим последствиям). Что касается самых общих тенденций течения зависимости, то здесь можно отметить гомотипию, т.е. семейное однообразие.

Однако внутри каждого клинического признака наблюдается вариабельность проявлений, которую учитывали в терминах большей или меньшей тяжести. Члены одной семьи могут выбирать различные психоактивные вещества, начинать злоупотреблять ими в разном возрасте, у них могут быть ремиссии различной продолжительности, а соматоневрологические последствия — различной тяжести, — все это вместе взятое составляет гетеротипию.

Результаты исследования подтверждают гипотезу о существовании феномена антиципации, поскольку утяжеление у младших членов пары по сравнению со старшими достигло статистически значимых различий по ряду изученных клинических характеристик (скорость формирования зависимости, темп прогрессивности, клиническая картина в целом). Феномен антиципации в наркологии проявляется преимущественно в том, что представители младшего поколения болеют тяжелее, чем представители старшего.

Таким образом, взрослые дети больных зависимостями часто заболевают теми же болезнями, что и их родители, но при этом тяжесть болезни у детей может быть более выраженной, чем у их родителей.

Женщины испытывают на себе негативное влияние семейного алкоголизма в такой же степени, как и мужчины. Наличие родственника 1-й степени родства с алкоголизмом повышает риск алкоголизма у женщин в 2—4 раза. Приводились данные о том, что распространенность алкоголизма среди женщин, являющихся дочерьми больных алкоголизмом, составляет 5—10% сравнительно с 0,1—1,0% в общей популяции женщин. Семейный алкоголизм широко распространен.

В работах, посвященных изучению факторов риска зависимостей, указывают, что важнейшим фактором риска является наличие зависимости от психоактивных веществ у ближайшего родственника. По-видимому, имеют значение как генетическое влияние, так и культурная трансмиссия. Большое внимание уделяют факторам, противодействующим развитию болезни (факторам защиты).

В одной из работ изучали алкоголизм у женщин — дочерей больных алкоголизмом. Учитывали влияния родительского алкоголизма и семейного окружения. Обследовали 3 раза национальную выборку 4449 женщин в течение 10 лет, в которой оказался 21% дочерей больных алкоголизмом. Изучали супружеские коммуникации у этих женщин — супружескую сплоченность, гармонию, вербальное согласие, расхождения позиций, конфликты. Предположили, что сплоченность в супружеских диадах может снижать неблагоприятное действие родительского алко-

голизма на женщин. На основе стандартизованных оценок построили модели влияния на женщин различных факторов. Результаты свидетельствуют, что прямое неблагоприятное влияние родительского алкоголизма на последующую алкогольную зависимость в течение жизни существенно снижается по мере взросления дочерей, что особенно выражено к возрасту 37 лет. Середина 4-го десятилетия жизни женщины — это критический возраст развития алкоголизма при наличии алкоголизма у родителя. Важным добавочным фактором риска (к алкоголизму родителя) является алкоголизм сестры. При наличии этих факторов риск алкоголизма у женщин увеличивается драматическим образом. Позитивные интерперсональные коммуникации эффективно снижают значение факторов риска. Особенно благоприятна сплоченность в супружеских диадах, справедливое разделение тягот домашнего хозяйства, снижение конфликтности по поводу нерешенных домашних проблем, повышение сплоченности в диадах рекомендуют сделать целью психотерапии [13]. Полученные результаты вселяют некоторый оптимизм в отношении здоровья потомства больных зависимостями. Улучшая внутрисемейную среду с помощью психотерапии, мы надеемся снизить заболеваемость зависимостями в потомстве.

Далеко не все дети больных алкоголизмом и другими зависимостями страдают теми или иными наркологическими расстройствами. Многие из них имеют блестящую судьбу, здоровы и в жизни достигают

значительных успехов. Об этом свидетельствует немедицинская литература. В мемуарах и других документах имеются данные о наличии алкоголизма у родителей тех людей, которых можно отнести к знаменитым людям или хорошо функционирующим в обществе. Примерами могут быть Чарли Чаплин, Бернард Шоу и другие.

Факторы риска и факторы защиты

В рамках клинико-генеалогических исследований, а также при оказании психотерапевтической помощи семьям мы неизменно регистрировали как факторы риска, так и факторы защиты от злоупотребления психоактивными веществами и развития зависимостей. Результаты совпадают с данными литературы, которые мы систематически изучили и обобщили в обзоре [3]. Приведем здесь итоговую табл. 1. Взаимодействие факторов риска и факторов защиты определяет прогноз здоровья взрослых детей больных алкоголизмом.

Созависимость

Значительная часть взрослых детей больных зависимостями (возможно, даже 100%) страдают созависимостью. Созависимость является фоном, на котором развиваются как явные наркологические и психические нарушения, так и пограничные и психосоматические расстройства. Больные зависимостью одновременно страдают и созависимостью, которая проявляется в период до болезни и в ремиссии. Некоторые

Таблица 1

Основные факторы риска и защиты употребления и злоупотребления психоактивными веществами у подростков, по данным исследований

Факторы риска	Факторы защиты
Зависимость от психоактивных веществ родителя и/или других родственников	Воспитание в семье с высокими морально-религиозными ценностями
Употребление психоактивных веществ членами семьи	Позитивные коммуникации в семье
Негативные коммуникации в парах родитель — ребенок и мать — отец	Просоциальные установки семьи с наличием правил, мониторинга и эмоциональной привязанности
Плохой мониторинг со стороны родителей	Сплоченность и твердость семьи
Развод родителей, адаптация к повторному браку родителя	Интеллектуально-культурная ориентация
Нереалистические ожидания в отношении развития ребенка	Эмоциональная близость к матери
Дистантное, малозаботливое и непостоянное родительство, недостаток любви к ребенку	Любовь между всеми членами семьи, адекватное выражение любви к ребенку
Отсутствие руководства со стороны родителей, вседозволенность	Положительное поведение окружающих сверстников
Предпочтение мнения сверстников мнению семьи	Уважение семейных ценностей
Плохая успеваемость, исключение из школы	Хорошие навыки общения, умение разрешать конфликты
Проблемы с правоохранительными органами	Хорошая школьная успеваемость
Низкий уровень ожидания от будущего	

авторы считают созависимость болезнью. С нашей точки зрения, феноменология этого состояния больше соответствует критериям патологического развития личности, которое может быть компенсированным при определенных условиях.

В литературе можно найти ряд дефиниций созависимости. Но ни одна из них не является исчерпывающей. Для практических нужд мы пользуемся рабочим определением созависимости. «Созависимый человек — это тот, кто полностью поглощен тем, чтобы управлять жизнью другого человека и совершенно не заботится об удовлетворении собственных жизненно важных потребностей» [4, с. 39] Феноменология созависимости многообразна, поскольку в этом феномене отражаются все стороны жизни индивида. К характеристикам созависимости в первую очередь следует отнести низкую самооценку, курс на внешние ориентиры (определение собственной значимости только через оценку других людей), преобладание «негативных» эмоций, потребность в контролирующем поведении, нарушение границ личности [4].

Принципиальных отличий проявлений созависимости у жен, чьи мужья больны зависимостью, родителей и взрослых детей больных алкоголизмом не обнаружено. Дети больных алкоголизмом либо наркоманией вначале поглощены тем, чтобы справиться с болезнью своего родителя и все силы направляют на то, чтобы изменить жизнь родителей. Позднее они вступают в брак с людьми, с которыми они могут реализовать свою потребность контролировать жизнь других либо выбирают «помогающие» профессии (психолога, врача, учителя и другие). Созависимые лица склонны определять ценность своей жизни через служение другим людям. Подробно созависимость описана в книге [4].

Созависимость вряд ли является реактивным образованием, реакцией на алкоголизм близкого родственника. Созависимость вырастает из всей почвы дисфункциональной родительской семьи.

Другие зависимости

Взрослые сыновья и дочери больных алкоголизмом подвержены повышенному риску развития других форм зависимости, кроме зависимости от психоактивных веществ. Взрослые дети могут стать азартными игроками. Они могут переедать (булимия) либо отказываться от еды (анорексия), много курить, употреблять большие дозы кофеина (свыше 12 чашечек кофе в день). Они могут переусердствовать в выполнении физических упражнений. Иногда они могут быть склонны к чрезмерно длительному сну. Они могут быть зависимыми от церкви (религиозный фанатизм) либо от других людей (созависимость). Трудоголизм также часто встречается у детей больных алкоголизмом.

Психосоматические расстройства и психологические проблемы

У взрослых детей больных алкоголизмом родители могут развиваться проблемы со здоровьем (психосоматические заболевания). В их возникновении играют большую роль стрессы, неотработанные «ядовитые» эмоции, идущие из детства.

К психосоматическим заболеваниям относятся язвенные болезни, колиты, гипертоническая болезнь и другие. Это могут быть такие расстройства, как бессонница, длительное напряжение, тревога, депрессия, усталость, не проходящая и после отдыха, головная боль и другие.

Взрослые дети больных алкоголизмом чаще, чем другие люди, становятся жертвами физического либо сексуального насилия. Они и сами нередко становятся обидчиками. Насилие сопряжено с алкоголизмом и наблюдается в ряде поколений одной и той же семьи. До 60—80% семей, в которых есть больной алкоголизмом, страдают одновременно и от агрессии, физического насилия кого-либо из членов семьи. Не всегда это пьющий родитель. Непьющий родитель, страдающий созависимостью, тоже может проявлять агрессию.

Насилие в семье — это не только синяки. Это еще страх, блокирование доверия, удар по самооценке. Любое избиение ребенка сопровождается мощным эмоциональным оскорблением, подрывает его чувство собственного достоинства. Быть избиваемым или быть только свидетелем избиения (например, видеть либо знать, что отец избивает мать) по отрицательным психологическим последствиям одно и то же.

Было установлено, что взрослые дети больных алкоголизмом отмечали у себя более высокие уровни стресса, чем группа с опытом другой травмы и контрольная группа. У взрослых детей больных алкоголизмом отмечалось больше симптомов дисфункции, чем в двух других группах. Симптомы посттравматического стрессового синдрома (вторгающиеся воспоминания о травме, защитное избегание и диссоциация) были существенно больше выражены у взрослых детей больных алкоголизмом, чем в контрольной группе [12].

Особую проблему детей больных алкоголизмом составляют депрессии. При изучении 30 женщин — дочерей больных алкоголизмом в возрасте от 22 до 55 лет и 30 женщин контрольной группы — детей не больных алкоголизмом родителей установили, что дети больных алкоголизмом более склонны к депрессиям, но не к чувству стыда [14]. Уже в возрасте между 8 и 14 годами эти женщины были более склонны к депрессогенному атрибутивному стилю, чем дети из семей без злоупотребления психоактивными веществами. Депрессогенный стиль — это восприятие негативных событий стабильными явлениями во времени и глобальными по своему характеру. Человек с таким стилем склонен к безнадеж-

ности и, как следствие, к депрессии. Например, испытуемому предлагали утверждение «Ты чуть не утонул, когда переплывал реку» и два варианта ее интерпретации: «Я не очень осторожный человек» (это негативная устойчивая характеристика) или «Иногда я бываю не очень осторожным» (позитивная характеристика) [17].

Депрессии в рассматриваемом контингенте лиц могут быть как клинически очерченными, приближающимися к эндогенным, так и реактивными, связанными с реакцией на события в семье. Травматический опыт детства, по-видимому, играет определенную роль в возникновении у них депрессий.

В одном из исследований адаптации у взрослых детей больных алкоголизмом родителей участвовали добровольцы — 315 студентов университета. Из них 20% отметили в своем детстве наличие травматического события — насилие, смерть близкого, развод родителей. Более четверти выборки — 28% — указали, что они происходят из семей с наличием алкоголизма у родителя, а 52% не сообщали ни об алкогольных проблемах у родителей, ни о травматических событиях своего детства.

Сравнивали указанные три группы по локусу контроля, по общему уровню удовлетворенности жизнью, по успехам в учебе. Результаты показали, что лица, перенесшие травму в детстве, и взрослые дети больных алкоголизмом имели более низкие уровни удовлетворенности жизнью, чем лица контрольной группы.

Взрослые дети больных алкоголизмом чувствуют себя более ответственными людьми за события и ситуации своей жизни, они пытаются организовать свою жизнь, чтобы минимизировать неожиданные события. Все в целом это может означать гиперкомпенсацию за ту хаотическую жизнь, в которой прошло их детство. По успеваемости различий между группами не обнаружили.

В целом результаты поддерживают концепцию о том, что дисфункция семьи во время детства может негативно влиять на жизненный опыт и адаптацию [11]. Важное значение придается самодефиниции личности, т.е. пониманию сущности вопроса «Кто я?». Сила или слабость самодефиниции может играть роль в психопатологии. У дочерей больных алкоголизмом родителей определяли самодефиницию с помощью компьютера, в котором были записаны сотни определений и качеств личности. Учитывали такие ненозологические понятия, как *доверие себе, удовлетворенность жизнью*, из нозологических понятий учитывали *алкоголизм*.

Оказалось, что слабость самодефиниции действительно может выступать предиктором психопатологии. Все параметры удовлетворения жизнью и развития алкоголизма отличались у детей больных алкоголизмом родителей от группы детей не больных алко-

голизмом родителей и были опосредованы параметрами понимания себя [9].

Применяли клинический аналитический опросник для идентификации личностных характеристик и психопатологии. Изучили 2277 мужчин и женщин, разделенных на 4 группы:

- 1) больные алкоголизмом, не являющиеся детьми больных алкоголизмом;
- 2) больные алкоголизмом — дети больных алкоголизмом;
- 3) дети больных алкоголизмом, но сами не больные алкоголизмом;
- 4) контрольная группа.

Анализ данных выявил различия между группами. Однако различия не позволили считать детей больных алкоголизмом уникальной группой.

Особые отличия выявились в группе детей больных алкоголизмом, которые и сами больны алкоголизмом. В этой группе отмечали больше тревоги, неуверенности в себе, ипохондричности, навязчивые и компульсивные действия. Эти лица были более подозрительными, испытывали больше чувства вины, негодования, у них чаще отмечалась депрессия, чем у детей «нормальных» родителей [7].

Проблемы интимности

Страх отвержения, вынесенный из детства, удушает возможности установить интимные взаимоотношения в зрелом возрасте. Этот знакомый страх заставляет взрослых детей настойчиво искать безнадежных взаимоотношений.

Взрослые дети влюбляются в тех, кто плохо с ними обращается, кто старается поддерживать в них чувство вины или страха, либо из жалости, которую взрослые дети путают с любовью, они влюбляются в тех, кого они будут спасать. Часто они заканчивают свою жизнь в одиночестве. Взаимоотношения с брачным партнером характеризуются признаками созависимости. Спасатель, преследователь, жертва — грани треугольника С. Карпмана — это излюбленные роли взрослых детей в супружеской жизни.

Взрослые дети алкоголиков не видели заботливого, бережного отношения одного родителя к другому. Они были свидетелями драк и обвинений. Как они могут уважительно относиться к супруге, если они никогда не видели такого образца уважительных взаимоотношений?

Таким образом, взрослые дети больных алкоголизмом имеют высокий риск развития различных зависимостей от психоактивных веществ, а также развития нехимической зависимости — игромании, созависимости, *трудоголизма*. Этим кругом патологии не исчерпываются проблемы взрослых детей больных алкоголизмом родителей.

Взрослых детей больных алкоголизмом называют *группой множественного риска* [21]. При этом подразумевается повышенный риск аффективных нарушений (депрессии, тревоги), посттравматического стрессового синдрома, психосоматических заболеваний, поведенческих проблем, включая делинквентность, проблемы адаптации в учебных заведениях и на работе, трудности установления взаимоотношений с брачным партнером.

Было показано, что дочери больных алкоголизмом имеют закономерную повышенную вероятность вступить в брак с теми мужчинами, которые либо уже больны зависимостью, либо предрасположены к этой патологии и реализуют предрасположение позднее.

Очевидно, что часть проблем может объясняться нарушенной внутрисемейной средой.

Характеристика родительских семей

Семьи с наличием больного зависимостью от психоактивных веществ являются дисфункциональными. Лишь временами такая семья может жить нормально.

Основные признаки дисфункциональной семьи заключаются в следующем. Члены семьи не уделяют достаточного внимания друг другу, в особенности родители детям. Важнейшие потребности детей, а это потребность во внимании, прикосновении, руководстве, принятии и одобрении, поддержке, в преданности и доверии, в заботе и любви, не находят у родителей понимания и эмпатии. Жизнь семьи характеризуется непостоянством и непредсказуемостью, а отношения между ее членами — деспотичностью. Члены семьи озабочены отрицанием реальности, им приходится тщательно скрывать один или больше «секретов семьи». В правилах семьи значительное место занимает запрет свободно выражать свои потребности и чувства, используются эмоциональные репрессии, взаимоотношения ригидны.

Речь идет об отрицательных правилах и соответствующих заявлениях типа: «Не выражай своих чувств, не злись, не будь таким грустным, не реви», «Не думай, не возражай, а выполняй мои приказы, не задавай вопросов», «Не выноси сор из избы, не предавай семью, не выбалтывай секретов», «Никаких разговоров за спиной!», «Не пьянство причина наших несчастий». В подобных семьях правила либо слишком свободны, либо чрезмерно строги.

Приведем 5 основных характеристик алкогольных семей.

1. *Размытость, нечеткость границ* различных сфер жизни, личностей. Поскольку вся жизнь такой семьи неупорядочена, непредсказуема, то дети часто не знают, какие их чувства нормальны, а какие — нет, и теряют «твердость психологической почвы под ногами». Амбивалентность касается многих сторон жизни семьи. Это приводит к нечеткости границ личности.

2. *Отрицание*. В жизни дисфункциональной семьи так много построено на лжи, что ребенку трудно распознавать правду. Отрицание происходящего в доме носит почти навязчивый характер. Как больной отрицает наличие у него проблем, связанных с потреблением психоактивных веществ, так вся семья отрицает тягостные события. Ребенку становится трудно понимать, что же вокруг него происходит.

3. *Непостоянство*. Поскольку потребности ребенка удовлетворяются непостоянно, то он испытывает голод на внимание к себе, страстное желание, чтобы им занимались, и привлекает внимание к себе любыми доступными ему способами, включая делинквентное поведение.

4. *Низкая самооценка*. Вся система воспитания в такой семье заставляет ребенка поверить, что он в какой-то степени виноват в том, что происходит. Он был недостаточно хорошим, он совершал много ошибок, он вообще весь состоял из ошибок. В конце кон-

Таблица 2

Сравнение функциональных и дисфункциональных семей

Дисфункциональные семьи	Функциональные семьи
Негибкость ролей, функции ригидны	Гибкость ролей, взаимозаменяемость функций
Правила негуманны, им невозможно следовать	Правила гуманны и способствуют гармонии, поощряется честность
Границы либо отсутствуют, либо ригидны	Границы признаются и уважаются
Коммуникации не прямые и скрытые	Коммуникации прямые
Чувства не ценятся. Запрет на выражение некоторых чувств	Чувства открыты. Свобода говорить
Поощряется либо бунтарство, либо зависимость и покорность	Поощряются рост и независимость
Индивиды не способны разрешать конфликты	Индивиды способны видеть конфликты
Исход неприемлемый и деструктивный	Исход приемлемый и конструктивный

цов, у него складывается убеждение, что он заслуживает всего того плохого, что с ним случается.

5. Недостаток информации. Как сами родители, так и их дети имеют слабое представление о том, как должна функционировать нормальная семья. Ситуация в алкогольной либо наркоманической семье нездоровая и нестабильная, поскольку зависимость забирает слишком много энергии, которая в норме направляется на поддержание стабильности и создание здоровой окружающей среды для духовного роста.

Главная характеристика здоровой функциональной семьи — создание условий для духовного роста. Здоровые отношения являются открытыми, гибкими, теплыми. Несмотря на душевную близость и интенсивность взаимоотношений, здоровые семьи позволяют каждому члену семьи иметь свои границы, уважаемые всеми другими членами семьи.

Дисфункциональные семьи являются почвой для развития зависимостей и разнообразных проблем, в возникновении которых важны травматические события детства. Поэтому дисфункциональные семьи иначе называют *нездоровыми*, а функциональные — *здоровыми*. Еще одно сравнение здоровых и нездоровых семей представлено в табл. 3.

Вышеперечисленные характеристики дисфункции семьи закономерно связаны с алкоголизмом либо наркоманией родителя. Эти болезни, во всяком случае в период их активного проявления, несовместимы с выполнением родительских обязанностей. Исследо-

вания показали, что алкоголизм родителя ассоциирован с плохим родительством.

Изучили семейные истории 313 наркоманов, из которых 79% — женщины. Средний возраст в выборке — 37,6 года. У всех наркоманов были дети в возрасте от 12 до 17 лет. Наркоманов просили сравнить качество родительства в их родном доме и качество своего собственного родительства. Результаты показали, что 40% отцов и 19% матерей наркоманов имели серьезные алкогольные проблемы. Эти больные были взрослыми детьми больных алкоголизмом родителей. Наркоманы-мужчины оценивали своих отцов как крайне дисфункциональных, наркоманки были склонны оценивать своих матерей как дисфункциональных. Свое собственное родительство наркоманки оценивали как более дисфункциональное, чем мужчины-наркоманы, в особенности в отношении наказания детей. Но в целом наркоманы считали себя лучшими родителями, чем были их собственные родители [16].

Таким образом, в формировании личности с признаками созависимости играет роль весь уклад семейной жизни, а не один только алкоголизм родителя или другого родственника. Из этого вытекает задача реабилитации и неоабилитации таких семей. Концепция неоабилитации, развиваемая Ю.А. Росинским, Н.А. Боханом [6], исключительно важна как направление помощи дисфункциональным семьям и взрослому потомству в них. Неоабилитация — это формирование новой, более зрелой личности че-

Таблица 3

Характеристики здоровых и нездоровых семей

Характеристики	Здоровые семьи	Нездоровые семьи
1. Власть	Демократия	Автократия
2. Время	Есть время для каждого	Очень мало времени на каждого
3. "Делу время, а потехе час"	Баланс между работой и игрой	Либо чрезмерная перегруженность, либо полная беззаботность. Хаос жизненного уклада
4. Качество времени	Каждому члену семьи уделяют качественное время	Не имеют понятия о качестве времени
5. Чувства	Признают, ценят, воспринимают, проявляют чувства	Чувства либо не поощряются либо находятся под запретом
6. Гнев	Долго не сердятся. Поощряют выражение гнева	Дом полон гнева, но выражать его запрещено
7. Честность	Честно и открыто делятся мыслями и чувствами со всеми членами семьи	Допустима ложь и там обычно держат секреты
8. Обсуждения	Обсуждают самые деликатные темы	Редко касаются деликатных тем
9. Сотрудничество	Семья работает как одна команда	Семья фокусируется только на одном или двух своих членах
10. Личностный рост	Достаточно пространства для индивидуального роста. Семья лелеет этот рост	Отбивают охоту, препятствуют духовному росту своих членов

рез развитие новых личностных качеств и способностей [6]. Недостаточно трезвости одного больного зависимостью. Необходимы изменения правил жизни семьи, ценностей и личностный сдвиг всех членов семьи.

Проблемы идентификации взрослых детей больных алкоголизмом

Для выявления взрослых лиц, являющихся детьми одного или обоих больных алкоголизмом родителей, предлагались различные опросники, шкалы. Однако ни один из этих инструментов не является надежным. Возможно, это связано с тем, что дети больных алкоголизмом — слишком гетерогенная группа. Вышеизложенное лишь примерно очерчивает круг их медицинских и психологических проблем. Каждый из них — уникальная личность и нет ничего столь специфического в их личности, что могло бы регистрироваться опросником. Самым надежным подходом к выявлению этих лиц является создание доверительной атмосферы между индивидом и клиницистом-интервьюером либо клиническим психологом. В таком случае опрашиваемый сам сообщит об алкоголизме родителя(лей). И это будет самая достоверная информация.

Ниже приводим один из опросников. С нашей точки зрения, он не является надежным инструментом для идентификации взрослых детей больных алкоголизмом, но показывает многообразие психологических проблем у них.

Психологические характеристики взрослых детей больных алкоголизмом и трудоголиков:

1. Они лишь догадываются, что является нормальным;
2. Они испытывают трудности в выполнении какого-либо проекта от начала до конца;
3. Они лгут, когда было бы сказать правду столь же легко;
4. Безжалостно судят себя;
5. Им трудно развлекаться;
6. Принимают себя слишком серьезно;
7. Испытывают трудности в интимных взаимоотношениях;
8. Чрезмерно реагируют на изменения, которые не могут контролировать;
9. Постоянно ищут одобрения и подтверждения;
10. Чувствуют, что отличаются от других людей;
11. Они либо сверхответственные либо безответственные;
12. Демонстрируют крайнюю преданность даже в тех случаях, когда кто-то не заслуживает преданности;
13. Ищут немедленного удовлетворения своего желания, не могут ждать;

14. Ввязываются в цепь событий без серьезного обдумывания альтернативных форм поведения или возможных последствий;

15. Ищут, просто нарываюются на напряжение и кризисы, а затем жалуются на результаты;

16. Избегают конфликтов или усиливают их, но редко работают над разрешением конфликтов;

17. Боятся отвержения, но сами отвергают других;

18. Боятся провала, но не признают и своих успехов;

19. Боятся критицизма и резких суждений в свой адрес, но критикуют и резко судят о других;

20. Плохо распоряжаются своим временем, не ставят свои приоритеты себе на пользу [18].

Профилактика, реабилитация и неоабилитация

Знание патологии и психологических проблем у взрослых детей больных алкоголизмом необходимо для предвидения этих нарушений и возможного их предупреждения. В случае уже возникших нарушений необходимо учитывать эти особенности в реабилитации больных. Неоабилитация может предотвратить развитие ряда наркологических и психопатологических расстройств, повысить качество жизни сыновей и дочерей больных зависимостями.

Длительное (15 лет) наблюдение за сыновьями больных алкоголизмом родителей в сравнении с контрольной группой (сыновья лиц, не страдающих алкоголизмом) позволило авторам выявить в первой группе как высокую частоту алкоголизма, так и добавочные к семейной истории алкоголизма факторы риска — способность не пьянеть от определенной дозы алкоголя. Авторы называют это *низкий уровень реакции на алкоголь*. Кроме того, авторы выявили плохие копинг-механизмы в основной группе. Копинг-механизмы — это способность справляться со стрессом. Были сделаны следующие выводы, касающиеся профилактики.

Лица с множественным факторами риска могут стать более устойчивыми к развитию заболевания при условии, что профилактика будет направлена на предупреждение раннего употребления алкоголя, изменение отношения к алкоголю (с положительного ожидания на отрицательное) в молодом возрасте, обучение хорошим копинг-механизмам, развитие поддерживающей системы.

Имеются данные о том, что после длительной работы с семьями в них улучшаются взаимоотношения и проблемы редуцируются. Об этом свидетельствует и собственный опыт автора. Чтобы лучше понимать проблемы детей больных алкоголизмом, необходимо учитывать особенности их внутрисемейной среды, которая нуждается в оздоровлении.

Copello A., Orford J. [8] изучили взаимодействие семьи и аддикции. Мы разделяем мнение этих авторов, которые пришли к следующим выводам.

«Мы утверждаем, что большее внимание семье и более широкому социальному окружению в обеспечении рутинных услуг пациентам может:

- 1) помочь вовлечь больных в лечение и удерживать его в лечении;
- 2) улучшить как исход лечения состояний в связи с употреблением психоактивных веществ, так и функционирование семьи;
- 3) привести к уменьшению вреда для членов семьи и других лиц, включая детей.

Парадокс состоит в том, что накопилось достаточное количество данных о роли семьи и ее страданиях. Но сервис по-прежнему ориентирован только на больного индивида».

Список литературы

1. Гулько А.А. Клинико-генеалогическое эпидемиологическое исследование алкоголизма: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 1992. — 36 с.
2. Москаленко В.Д., Шевцов А.В. Антиципация в семьях больных алкоголизмом и наркоманией — в диадах сын — отец // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2001. — Вып. 4. — С. 19—22.
3. Москаленко В.Д. Семья как поле взаимодействия факторов риска и защиты при употреблении психоактивных веществ подростками // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2004. — Т. 104, №9. — С. 71—75.
4. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. — М.: ПэрсЭ, 2004. Изд-е 2-е перераб и доп. — 335 с.
5. Рожнова Т.М. Психопатологические расстройства у детей, отцы которых больны алкоголизмом (клинико-генеалогическое исследование): Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1996. — 21 с.
6. Россинский Ю.А., Бохан Н.А. Интегративно-развивающие подходы в лечении пограничных состояний, психосоматических расстройств и наркологических заболеваний (реабилитация и неоабилитация). // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2003. — №1 (27). — С. 130—132.
7. Carpenter D.R. Adult children of alcoholics: CAG profiles // Alcohol. Treat. Quart. — 1995. — Vol. 13, №2. — P. 63—70.

8. Copello A., Orford J. Addiction and the family: is it time for services to take notice of the evidence? // Addiction. — 2002. — Vol. 97, №11. — P. 1361—1363.
9. Drozd L.M., Dalenberg C.J. The Self as a mediator in the psychopathology of female children of alcoholics // Int. J. Addict. — 1994. — Vol. 29, №14. — P. 1787—1800.
10. Giuta C.T., Compas B.E. Adult daughters of alcoholics: are they unique? // J. Stud. Alcohol. — 1994. — Vol. 55, №5. — P. 600—606.
11. Hall C.W., Bolen L.M., Webster R.E. Adjustment issues with adult children of alcoholics // J. Clin. Psychol. — 1994. — Vol. 50, №5. — P. 786—792.
12. Hall C.W., Webster R.E. Traumatic symptomatology characteristics of adult children of alcoholics // J. Drug Educ. — 2002. — Vol. 32, №3. — P. 195—211.
13. Jennison K.M., Johnson K.A. Parental alcoholism as a risk factor for DSM-IV-defined alcohol abuse and dependence in American women: The protective benefits of dyadic cohesion in marital communication // Amer. J. Drug and Alcohol Abuse. — 2001. — Vol. 27, №2. — P. 349—374.
14. Jones D.J., Zalwski C. Shame and depression proneness among female adult children of alcoholics // Int. J. Addict. — 1994. — Vol. 29, №12. — P. 1601—1609.
15. Morey C.K. Children of alcoholics: A school based comparative study // J. Drug Educ. — 1999. — Vol. 29, №1. — P. 63—75.
16. Nurco D.N., Blatchley R.J., Hanlon T.E. Parental alcoholism linked to poor parenting in families of narcotic addicts // Brown Univ. Dig. Addict. Theory and Appl. — 1998. — Vol. 17, №9. — P. 4—5.
17. Perez-Bouchard L., Johnson J.L., Ahrens A.H. Attributional style in children of substance abusers // Amer. J. Drug and Alcohol Abuse. — 1993. — Vol. 19, №4. — P. 475—489.
18. Robinson B.E. Work Addiction: Hidden Legacies of Adult Children. — Health Communications, Inc. — Deerfield Beach, Florida, 1989. — 179 p.
19. Russel M., Henderson C., Blume S.B. Children of alcoholics: a review of the literature // Children of Alcoholics Foundation, Inc., New York, 1985. — P. 1—70.
20. Schuckit M.A., Danko G.P., Smith T.L. Patterns of drug-related disorders in a prospective study of men chosen for their family history of alcoholism // J. Stud. Alcohol. — 2004. — Vol. 65, №9. — P. 613—620.
21. Schuckit M.A., Smith T.L. Correlates of unpredicted outcomes in sons of alcoholics and controls // J. Stud. Alcohol. — 2001. — Vol. 62, July. — P. 477—485.

ADULT CHILDREN OF ADDICTED PARENTS — A GROUP OF MANY RISKS

MOSKALENKO V.D.

The rate in a population of adult children of addicted parents (ACOA) may be 25% and higher. ACOA is a group of many risks: they have the higher rate of addiction — alcohol and other drug dependency — than the adult children of non-addicted parents. ACOA suffer from codependency, depression, psychosomatic disorders, posttraumatic stressor disorders. ACOA encounter many psychological problems — pure coping mechanisms, codependent relationships with a marital partner. Characteristics of family of origins are described as well as risk and protective factors of addiction development in ACOA. There is a need of special prevention, rehabilitation and neoabilitation for ACOA.