

ЭТНОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИИ: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

© 1999 г. А. В. Сухарев

Канд. психол. наук, вед. науч. сотр. ПИ РАО, Москва

Рассматривается применение разработанного автором теоретико-методологического этнофункционального подхода к психотерапии наркоманий. На большом клиническом материале проведено сравнительное исследование в ходе психотерапии лиц, страдающих опиоидной, “первитиновой”, алко-гольной и др. зависимостями. Дается обобщение психологического содержания этих психотерапевтических процессов и анализируются их специфические особенности.

Ключевые слова: этнические признаки, этнофункциональный подход, этнофункциональное рассогласование.

Основные принципы этнофункционального подхода в психотерапии изложены нами в работах [27–29, 32, 33 и др.]. Приведем некоторые общие положения этого подхода.

Этнофункциональная методология в психологии наделяет этнической функцией [1] различные составляющие эндо- и экзопсихики человека по А.Ф. Лазурскому [11]. Этническая функция может играть как интегрирующую, так и дифференцирующую роль. Так, например, если человек отдает предпочтение в качестве постоянного места жительства тропическим ландшафтам, то этот факт будет интегрировать его с народами, живущими в тропических регионах, и дезинтегрировать – с народами северной Европы и т.д.

Экзопсихикой является все то, к чему личность может так или иначе *относиться*: сюда входят и природа и материальные вещи, и иные люди, и социальные группы, и духовные блага – наука, искусство, религия, и даже душевная жизнь самого человека, поскольку последняя также может быть объектом известного отношения со стороны личности [11, с. 10; 16].

Эндопсихика включает в себя “внутреннюю взаимозависимость психических элементов и функций”. Лазурский относил сюда то, что обычно обозначается терминами “темперамент”, “характер”, “умственная одаренность”, “совокупность таких основных психических функций или способностей, как восприимчивость, память, внимание, мышление и воображение, аффективная возбудимость, способность к волевому усилию, импульсивность, быстрота, сила или обилие движений и т.п.” [11, с. 10].

Как показывают результаты исследований, некоторым из приведенных характеристик со всей очевидностью присуща определенная этническая функция [27, 30, 31, 33].

Сама этничность, по мнению различных исследователей, может иметь признаки (а в плане ее развития – параметры), относящиеся к трем большим группам – климато-географическим, расово-биологическим и социокультурным [1, 7]. Все они могут быть представлены в эндо- или экзопсихике человека как предпочтения тех или иных ландшафтов, типа питания, антропоморфотипических и морфофункциональных особенностей, различных мировоззренческих или лингвистических форм, способов поведения и т.п.

Рассмотрение с точки зрения этнической функции всей совокупности элементов психики человека предполагает их этнофункциональное взаимодействие. В случае внутренней этнофункциональной дезинтеграции возникает конфликт. Параметрами разрешения этого психического конфликта могут стать когнитивные, эмоциональные, моторно-поведенческие характеристики человека, а также их взаимодействие.

Психоактивные вещества (в частности, наркотики [2–4]), как и вызванные их употреблением психические состояния и процессы, с позиций нашего подхода, также обладают этнической функцией. При этом она способна выполнять как интегрирующую, так и дифференцирующую роль по отношению к другим элементам эндо- или экзопсихики человека.

Экспериментальные исследования алкоголизма и героиновой наркомании указывают на конкретную связь, или “сродство”, между психоактивным веществом, потребляемым человеком (алкоголь, препараты опия), и элементами его эндо- и экзопсихики – например, предпочтением тех или иных ландшафтов, климата, даже склонностью к определенному мировоззрению. Больные алкоголизмом со статистической достоверностью предпочитают для постоянного местожи-

тельства свои родные ландшафты и климат, соответствующий тип питания и мировоззрения. Наркоманы, потребляющие препараты опия (героин, опий-“черняшку” (сленг), морфий), родившись и проживая в средней полосе России, для постоянного местожительства также статистически достоверно предпочитают тропические и субтропические ландшафты и климат, соответствующий тип питания и вполне экзотическое мировоззрение (придерживаясь, например, одной из христианских ересей или верований шаманизма в духе Карлоса Кастанеды и др.) [32, 33].

Наращение качества этнофункциональных рассогласований, которое отмечается по мере углубления нозологической отнесенности аффективных расстройств (депрессивного спектра), также свидетельствует об этнофункциональном “сродстве” в данном случае чисто психических элементов [24, 29, 33].

Наши теоретико-экспериментальные исследования позволяют предположить существование в психике человека образа идеальной этничности, или идеальной этнической целостности, по отношению к произвольному реальному этносу. Нарушение этой целостности в форме этнофункциональной рассогласованности эндо- и экзопсихических элементов может обуславливать нарушение психической адаптации человека к его внешней и внутренней среде (как природной, так и культурной). Образ предпочитаемой человеком этнической идентичности как целостность эндо- и экзопсихических элементов мы называем *этноидом* (это определение несколько отличается от данного нами ранее [27, 30, 33], но является более точным).

Этноид вовсе не обязательно должен соответствовать какому-либо реальному историческому этносу. Мы сталкивались, например, со случаями, когда человек предпочитал для постоянного места жительства среднерусский ландшафт, однако при условии, чтобы “зимы не было” и т.д.

Для того чтобы отразить связи уровня нозологической отнесенности депрессивных расстройств и нарастания количества этнофункциональных рассогласований внутри этноида, связанных, в частности, с употреблением человеком “чуждых” в этнофункциональном смысле (этнодифференцирующих) психоактивных веществ [32], мы вводим понятие *этнической монады*. Оно подразумевает континуальное и этнофункциональное единство материальных и психических элементов человека или общества.

Континуальность понимается здесь как отсутствие иерархии “материального и идеального”, т.е. непрерывность, рядоположенность вещественных и психических элементов. Этнофункциональное единство также предполагает отсутствие

взаимно дезинтегрированных материальных и (или) психических элементов.

Это определение основывается на полученных нами данных о том, что нарушение подобного единства может обуславливать возникновение психических расстройств депрессивного спектра или приводить к зависимости от психоактивных веществ.

Понятие этнической монады связано с понятием психической нормы, которое сформулируем следующим образом.

Психическая норма есть идеальное состояние психики или общества, мерой которого может являться относительный минимум этнофункциональных рассогласований эндо- и экзопсихических элементов человека [24]. Отметим, что такое определение является лишь вероятностным критерием психической нормы.

Предвидим справедливое в целом возражение, утверждающее, что этнофункциональные изменения внутренней или внешней среды человека в ряде случаев действуют на него весьма благотворно. Из наших исследований следует, что интеграция в психику чужеродных в этнофункциональном смысле элементов нередко становится условием психических расстройств. Это вызвано, на наш взгляд, тем, что интеграция подобных элементов в психику человека требует определенных затрат энергии и, естественно, должна в некоторой степени астенизировать психику. Если адаптационные возможности человека снижены и (или) инвазия чужеродных элементов массивована, то на такого рода фоне неизбежно возникает психическое расстройство. Если же адаптационный потенциал индивида высок, то внедрение чужеродных в этнофункциональном смысле элементов хотя и требует энергетических затрат, необходимых для их интеграции в психику человека, но уже без ощутимого вреда организму. Напротив, при некотором избытке энергии могут быть даже скомпенсированы какие-либо ранее имевшие место расстройства. Субъективно такой избыток энергии проявляется и в соответствующих состояниях и переживаниях: чувстве прилива сил, обретении новых надежд и т.д.

Аналогичные рассуждения можно привести не только в отношении адаптационных возможностей и сохранения целостности психики отдельного человека, но и для определенной общественной целостности.

Обобщение этих рассуждений предполагает вывод о связи психических и материальных этнофункциональных рассогласований с целостным энергетическим потенциалом человека и общества [24, 34]. Уменьшение количества этнофункциональных рассогласований эндо- и экзопсихических элементов отдельного человека высвобождает

ет энергетический потенциал, который может способствовать его более успешной адаптации.

Для иллюстрации этого положения можно привести мысль Н.С. Трубецкого о том, что сильные культурные различия при контактировании способны зачастую привести к катастрофе и «правильный выбор культурного партнера есть «вопрос личной гигиены»» (цит. по: [40, с. 13]).

Анализируя понятие этничности, выдающийся американский социальный антрополог К. Гирц писал: «Совпадение крови, языка, привычек и т.д. выглядит необъяснимым ... каждый родственник связан с другим, сосед с соседом, верующий – с единоверцем не просто по причинам личной привлекательности, необходимости единства, общих интересов или взаимных моральных обязательств, но и в значительной степени благодаря некоему абсолютному значению, которое эта связь приписывает сама себе» [45, с. 259].

«Необъяснимые совпадения», о которых пишет Гирц, тезис о «личной гигиене» Трубецкого, как и «сродство» психических и материальных элементов в наших исследованиях, посвященных проблеме аффективных расстройств, наркоманий и алкоголизма [27, 32, 35], объясняются тем, что для интеграции и взаимодействия этнофункционально согласованных элементов требуется меньше энергетических адаптационных затрат, чем для рассогласованных. Вследствие этого целостность, состоящая из относительно большего числа этнофункционально согласованных элементов, более устойчива и адаптивна.

Рассмотрим вопрос об этнофункциональной психотерапии наркоманий.

Психотерапия эмоционально-поведенческих расстройств в детском возрасте и взрослых депрессивных больных, в патогенезе которых наблюдались различные сочетания психогенных травмирующих факторов с эндогенным радикалом, может достаточно успешно осуществляться в групповой форме [29, 33]. Однако индивидуальная работа с пациентами, страдающими зависимостями от психоактивных веществ (при наличии эндогенного радикала), по нашим данным, более эффективна. По крайней мере, на достаточно длительном начальном этапе психотерапии обнаруживается ее почти исключительная приемлемость [31].

Терапия начинается с этнофункциональной психодиагностики больного [30]. Она проводится в процессе погружения пациента в гипноидное состояние, позволяющее терапевту сохранять с ним вербальный контакт, а также в ходе структурированного интервью.

По своей форме и типу проведения эта терапия напоминает кататимное переживание образов по Х. Лейнеру [14, 17]. Отличие заключается в том, что этнофункциональная психотерапия,

ориентируясь на малоосознаваемые переживания пациента, не является психоаналитической в классическом смысле. Она в большей мере делает акцент на работе с эмоциональным отношением пациента к образам природы, подобно тому, как это осуществляется в методике «глубинной экологии» [23]. Цель терапии – позитивное преобразование этнофункциональных рассогласований эндо- и экзопсихических составляющих в психике пациента.

В общем виде этнофункциональная психотерапия состоит из двух смысловых этапов. *Первый* мы называем *этногерменевтикой*. Исходя из того что отношение к группе климато-географических этнических признаков является системообразующим, процесс этногерменевтики состоит в раскрытии и осознании человеком реальных этнофункциональных связей с его внутренней и внешней средой. Здесь происходит выявление элементов социокультурных отношений человека, соответствующих или не соответствующих его климато-географическому окружению и расово-биологическим особенностям. Раскрытие и осознание этих связей может происходить на уровне движения, вчувствования и собственно познания. На практике пациентам предлагалось, например, в двигательном или чувственном плане «воплотиться» в различные проявления природных стихий: пожар, ручей, холм и т.п. В познавательном плане соответствующие этим элементам стихий традиционно-мифологические представления раскрывались, в частности, в процессе использования известных методик, активизирующих творческое мышление («мозговой штурм», морфологический анализ языка и др.). Результаты такого творческого поиска сопоставлялись в присутствии пациентов с данными этнологической науки и фольклористики.

Второй смысловой этап мы называем *этнодиссонансом*, который представляет собой процесс переживания и осознания пациентом этнофункционального рассогласования его этноида и реальной внутренней и внешней среды. Этнодиссонанс может осуществляться в ходе беседы, при погружении пациента в гипноидное состояние с последующей психотерапевтической проработкой возможных этнофункциональных рассогласований спонтанных или заданных в этом состоянии образов и отношений с другими элементами его психики [31, 33].

Центральным звеном психотерапии зависимости от психоактивных веществ мы полагаем проработку этнофункциональных рассогласований между важнейшими смысловыми содержаниями, значимыми для пациента, и его переживаниями, связанными с употреблением конкретного психоактивного вещества.

Заключительное звено терапии – интегрирование психики пациента, что предполагает осознание переживаний, связанных с этнофункциональными рассогласованиями, и постановку соответствующих осознанных жизненных целей.

В рамках данного подхода психотерапия наркоманий предусматривает в общем случае этнофункциональную локализацию конкретного наркотика. Имеется в виду определение:

а) традиционного климато-географического ареала распространения наркотика и исходных для его приготовления биологических веществ;

б) типических морфофункциональных особенностей групп, традиционно потребляющих данный наркотик (специфика их питания, антропологические особенности и др.);

в) специфики этнокультурных общностей, традиционно потребляющих конкретный наркотик, а также представлений, переживаний и поведения, традиционно связанных с его употреблением в этих общностях [30, 31].

В связи со сказанным психотерапия осуществляется в двух направлениях:

1. Общая проработка этнофункциональных рассогласований элементов эндо- и экзопсихики пациента. В основе соеи она относится к позитивной психотерапии [18], увеличивающей общий адаптационный энергетический потенциал психики.

2. Конкретная проработка основного симптома – переживаний пациента, связанных с употреблением данного наркотика.

Тяга к конкретному наркотику, согласно нашим представлениям, всегда наделена определенным этнофункциональным смыслом [29, 31]. В качестве иллюстрации этого положения приведем пример, который раскрывает этнофункциональный смысл одного из депрессивных симптомов (см. [47]). Для людей, представляющих евроамериканскую цивилизацию, основным депрессивным симптомом является *генерализованное чувство безнадежности* [47, с. 134]. Однако доктор Г. Обейесекере пишет, что “в обществе, где господствующей идеологией является буддизм (Шри-Ланка), чувство безнадежности свидетельствует о том, что жизнь есть страдание и горе, причина которых ... желания и страстные привязанности, и что ... осознание этого факта предполагает путь к освобождению и прекращению страданий – к нирване” [там же]. Автор констатирует, что переживание безнадежности в западном понимании есть болезненный симптом, с которым обращаются ко врачу, тогда как для буддиста это осознанный итог размышлений и мироощущения зрелой личности. Заметим, в свою очередь, что в России, стране по преимуществу православной, генерализация безнадежности есть не что иное, как проявление греховного чув-

ства уныния, преодолеть которое можно, соблюдая пост и читая молитву.

Исходя из наших представлений о человеке как этнической монаде, т.е. определенной этнофункциональной целостности, обладающей “сродством” ее материальных, эндо- и экзопсихических элементов, можно предположить, что употребление “чуждых” в этнофункциональном смысле психоактивных веществ в общем случае не позволяет конкретному индивиду найти адекватные когнитивные, эмоциональные и моторно-поведенческие формы интеграции данного психоактивного воздействия в свою целостную психику. Другими словами, он не может понять для себя и для других описать свои переживания и представления и тем более разумно объяснить собственное поведение. Данный факт мы рассцениваем как весьма деструктивный этнофункциональный диссонанс в психике человека.

Наблюдения за больными, страдающими зависимостью от препаратов опиоидов, подтверждают нашу гипотезу. И.Н. Пятницкая отмечает, что одна из фаз после приема опиатов сходна с “тихим покоем”, описываемым в художественной литературе под названием нирваны» [22, с. 215]. Действительно, употребление опиатов традиционно распространено по преимуществу в регионах, где буддизм является господствующей идеологией. Там оно имеет определенную “культурную защиту” как в традиционно-бытовом аспекте, так и в плане мировоззрения и мироощущения: состояние отрешенности, которое, по всей видимости, обретают потребители опиатов, здесь имеет некий нравственно-положительный смысл ввиду его сходства с нирваной и другими ценностно-позитивными в буддизме психическими состояниями – чувством “отрешенности от мира”, “отсутствием желаний” и др. Естественно, что с точки зрения христианства и тем более православия подобные ценности являются весьма сомнительными.

Рассмотрим один из клинических случаев успешной этнофункциональной психотерапии героинового наркомании.

Пример 1.

Пациент Д. в возрасте 23 лет поступил в клинику с диагнозом “героиновая наркомания”. В течение 2,5 года он употреблял героин в виде инъекций. После преодоления абстинентного синдрома с фармакологической поддержкой с интересом приступил к психотерапевтическим занятиям по этнофункциональному методу.

Психодиагностика [30] показала, что у пациента, русского по национальности и родившегося в Москве, отсутствуют сколько-нибудь выраженные рассогласования по отношению к климато-географическому признаку: он отдавал предпочтение средне-русским ландшафтам. По типу питания предпочитал картофель, свинину, яблоки.

Однако, будучи крещеным и считая себя православным, пациент не считал нужным вести образ жизни, хотя бы в малой степени отвечающий его убеждениям: молитв не знал, не исповедовался, церковь посещал редко и испытывал там чувство смущения. Основной этнофункциональный конфликт был диагностирован в социокультурной сфере (отношение к вере, мировоззрение и мироощущение). По нашей классификации он был отнесен к “краевой” наркомании [32].

1-й сеанс. В гипноидном состоянии перед взором пациента возник образ карельской природы: озеро, огромный камень, сосны. Чувственный фон, сопровождающий образ: “трепетание”, тоска, страх, “зависть к счастью”, стремление проникнуться этим образом, ассоциирующимся с чувством счастья.

Здесь была выявлена основная (помимо тяги к наркотику) депрессивная симптоматика пациента. Казалось бы, Москва и Карелия не слишком далеки друг от друга – один и тот же климатический пояс, сходная растительность и т.п. Однако большой столичный город и девственный природный ландшафт все-таки не одно и то же. Это позволяет говорить об этнофункциональном расхождении отношения к природе, сопровождающимся чувством тоски и тревоги.

2-й сеанс. Были закреплены глубокие радостные чувства, связанные с любимым ландшафтом. Вербально проработаны чувства *тоски* и *тревоги* (в постгипноидном состоянии).

3-й сеанс. Пациенту, находящемуся в гипноидном состоянии, был предложен обобщенный образ молящегося человека. Он представил старообрядческий скит и старика в молитве. Попытка пациента “проникнуть” в душу старика субъективно не удалась.

Чувственное сопровождение образа: а) страх, ненависть к своей “пустоте”, неприязнь к себе; б) чувство радости за старика “что я отошел от него и не разрушил своей пустотой”. Мелькнула мысль: “этот старик есть во мне”.

4-й сеанс. Проработка чувств и образов предыдущего сеанса.

5-й сеанс. В гипноидном состоянии пациенту был предложен образ буддийского храма и монаха в тропической стране. В процессе работы с образом монаха пациент испытал смешанное чувство тревоги и интереса.

Следующими предложенными образами были скит и старик из сеанса 3. На этот раз пациент испытал чувство “сверхбезмятежности”, доброту в душе.

6-й сеанс. В гипноидном состоянии пациенту был предложен для прослушивания старообрядческий духовный стих (гусли, пение). Чувственный фон, сопровождающий возникающие у паци-

ента образы: беспомощность, физическая подавленность и при этом – любовь, спокойствие, уравновешенность. В постгипноидном состоянии сам пациент оценил испытанные чувства как “лучшие, чем веселость”.

7-й сеанс. В гипноидном состоянии пациенту была предложена полевая запись русского фольклорного инструмента “калюки”. Возник образ пустыни с негативным чувственным фоном – неуверенность. Появилось чувство диссонанса между неуверенностью, образом пустыни, с одной стороны, и уверенностью, звуками калюки, картиной озера – с другой.

8-й сеанс. Проработка образов, чувств и соответствующих диссонансов из сеанса 7. Возникновение у пациента чувств уверенности, свободы, “слияния с природой”; изменилось отношение к религиозно-нравственной сфере.

С 1-го по 8-й сеанс эта проработка осуществлялась на эмоциональном, когнитивном и отчасти – на моторно-поведенческом уровнях.

9-й сеанс. Проработка отношения пациента к наркотику. В гипноидном состоянии он вернулся к ландшафту: лес, камень, озеро. Сопутствующие чувства: спокойствие, “слияние с природой”; ощущение того, что “это мое настоящее Я”.

Затем пациент покидает любимый ландшафт (с чувством беспокойства и тревоги). Приходит в город (тоска, грусть). Осуществляет воображаемую инъекцию героина (в гипноидном состоянии). Сопутствующие чувства во время и после укола: страх разрушить что-то, отвращение, затем “отчуждение”, “ощущение какой-то незримой сферы вокруг меня”, одиночество.

В этом “вмазанном” (сленг) состоянии пациент опять возвращается в лес к озеру. Его отчет: “Я лишний, ничего не воспринимаю”, усталось “по жизни”, чувства пустоты, одиночества, все краски леса и озера стали блеклыми, какими-то серыми, чувство того, что все вокруг – мираж, все нереально.

После 9-го сеанса у пациента в течение двух суток отмечался сниженный фон настроения, он чувствовал “депрессию”, подавленность.

10-й сеанс. У пациента сохранился некоторый след тягостных переживаний, вызванных “провокацией” на 9-м сеансе. В гипноидном состоянии он вновь возвращается на лесное озеро, купается, общается с лесным и водяным (чувство тревоги). Встречается с наркоманами на лесной тропинке (чувства превосходства, уверенности в себе, радости). При выходе из гипноидного состояния – ровное уверенное чувство.

11-й сеанс. Осознанная интеграция лучших переживаний реальности (конструктивные описания) и дезинтеграция с переживаниями, связанными с употреблением героина, т.е. деструктивным

одиночеством, изоляцией, тревогой, тоской, безнадёжностью и пр.

После проведения цикла психотерапии у пациента наблюдалась полугодовая ремиссия с единственным срывом — одна инъекция.

Фармакологическая поддержка осуществлялась в основном в первые дни после снятия абстиненции и была направлена на регуляцию сна. В приведенном описании случая обращает на себя внимание тот факт, что в процессе “провокации” (см. сеанс 9), во время и после воображаемого употребления героина, пациент испытывал исключительно депрессивную симптоматику. Мы наблюдали 80 случаев героиновой наркомании, когда в ходе описанной выше провокации пациенты испытывали чувства тревоги, страха, отвращения, физической и душевной подавленности, апатии, тоски, нереальности происходящего, “находимости” внутри “сферы”, одиночества, серости и блеклости ранее (до укола) ярких красок и т.д. Ни один из пациентов не мог описать своего состояния в конструктивных понятиях. Ни о каких сколько-нибудь положительных эмоциях или “кайфе” (сленг) в этом состоянии мне лично не приходилось слышать от пациентов никогда. Эмоционально-положительные описания “сладо-сти” наркотика они давали только в “бодрствующем” состоянии.

Мы объясняем этот факт отсутствием у пациентов системы понятий и опыта традиционно сложившегося мироощущения, соответствующих опиатам в смысле этнофункционального “сродства”. Все 80 обследованных считали себя в той или иной мере христианами или атеистами. Эмоционально-положительные описания переживаний, наступающих вслед за приемом опиатов, пациенты в бодрствующем состоянии давали, уже “втянувшись” в наркотик, который позволял им избавиться от тягостных чувств в реальном мире, особенно уже вследствие длительного употребления.

У обследованных пациентов собственно “тяга к наркотику” — как оформившееся идеаторное представление — никогда не наблюдалась на фоне выраженных депрессивных аффективных переживаний и наоборот. Оформившееся представление, “мысль”, включает в себя скрытый мотив или цель (план) достать наркотик, что резко снижает выраженность депрессивных переживаний. Кроме того, как мы уже упоминали, глубина нозологической отнесенности депрессивного аффекта связана с усилением зависимости от опиата [32]. Все это позволяет предположить, что тяга к опиатам как идеаторный элемент представляет особую форму трансформированного депрессивного аффекта, находящуюся с последним в реципрокных, “взаимоисключающих” отношениях. В этом смысле “тягу к наркотику” можно (условно) рас-

сматривать как особую форму депрессии без соответствующего выраженного аффекта.

Многие исследования, в том числе и наши собственные, показывают, что столкновение человека с иной культурой, которому нередко сопутствует “культурный шок”, ощущение “культурной дистанции”, неизбежно связано с той или иной депрессивной симптоматикой [12, 41–43, 46, 48, 49, 51]. Анализируя приведенные данные, можно предположить, что, переживая в гипноидном состоянии “провокацию” употребления опиатов, пациенты испытывают депрессивный аффект как результат невозможности описать ту природную и культурную реальность, которая имеет этнофункциональное “сродство” с этими наркотиками.

Получение удовольствия, “кайфа” от их употребления, описываемого пациентами в “бодрствующем” состоянии, мы объясняем той особой субкультурой, в которую включено представление об опиатах как особо ценных, “престижных” психоактивных веществах, приносящих блаженную “отрешенность” и т.п. В процессе гипноидного погружения эти поверхностные “субкультурные установки”, будучи привнесенными из иных культур и связанными с “чуждым” мироощущением для людей, родившихся и живущих в центральной России, отходят на второй план и опиаты начинают оказывать свое психоактивное действие уже на более “ядерные” психические элементы, базальные психические структуры пациента.

Разительный контраст в переживаниях, которые испытываются пациентами в процессе “провокации” в гипноидном состоянии, наблюдается у тех, кто страдает зависимостью от опиатов, с одной стороны, и от алкоголя, первитина, а также некоторых токсических веществ и психостимуляторов — с другой.

Приведем краткие выдержки из клинических случаев этнофункциональной психотерапии страдающих зависимостью от употребления первитина, алкоголя, а также токсических веществ (клей, растворители).

Пример 2.

Пациент В., родился в г. Москве, 30 лет, первитиновая зависимость 5 лет. Этнофункциональная психодиагностика выявила наличие существенных рассогласований в мировоззренческой сфере (считает себя православным, но убежден при этом, что “молиться можно в любом храме — буддистском, мусульманском”). В ландшафтно-климатическом предпочтении и выборе типа питания рассогласований не обнаружено.

1-й сеанс. В гипноидном состоянии возникло спонтанное представление “движущихся в пустыне скалы”. Чувственный фон: доброе чувство (“скалы были добрые”), возникший интерес, хорошее настроение (примечание: по Х. Лейнеру,

“экзотические пейзажи”, подобные приведенному выше, свидетельствуют о психопатологических проблемах [14, 17]).

5-й сеанс. Провокация в гипноидном состоянии: употребление первитина сопровождалось подъемом активности, оптимистическими планами (после “укола”).

7-й сеанс. Осознание действия наркотика “на-яву”: “это зло, это от дьявола, мешает реально воспринимать жизнь”.

Пример 3.

Пациент П., русский, родился в Сибири, 24 года. Употребляет токсические вещества (ингаляция клея “Момент”), 7 лет. Этнофункциональная психодиагностика выявила рассогласование в мировоззренческой сфере (“некрещеный, в Иисуса не верю, нет определенности в области веры”).

1-й сеанс. Спонтанный образ природы в гипноидном состоянии: лес на краю сибирского городка. Чувственный фон: печаль о лесе, который “исчезает”, любовь к лесу; плохое отношение к людям, уничтожающим лес; тоска по родным местам (в связи с учебой пациент проживал в Москве).

4-й сеанс.

а) Представление образа леса, “скучноватые” чувства.

б) Провокация: в гипноидном состоянии “нюхал” клей “Момент”. Чувственный фон: светлые чувства (“как коммунизм”), радостные “как в детстве”, чувство свободы, “ощущение способности предвидеть будущее”.

в) Возвращение в лес после “токсического сеанса”. Продолжалось чувство того, что можно мыслить, что-то развивать, радость ощущения, что “отходишь от реальной жизни”.

7-сеанс. Осознание реального действия клея в обсуждении с терапевтом: “отрывает от жизни, от девушек, и от этого возникает печаль”.

Пример 4.

Пациент А., 36 лет, русский, родился в средней полосе России. Зависимость от употребления алкоголя 6 лет. Этнофункциональное рассогласование выявлено лишь в мировоззренческой сфере. Считает себя православным, но в церковь практически не ходит, молитв не знает, крестился два года назад по собственной инициативе.

1-й сеанс. В гипноидном состоянии: картины леса и луга. Чувственный фон: светлые чувства, радость, умиротворение.

4-й сеанс. Провокация: чувство после “выпивки” – радость, желание поговорить с женой и уладить проблемы в семье.

После “выпивки” сохранялось хорошее, “умильное” настроение, желание общаться с женой (при “употреблении” алкоголя пациенты довольно часто описывают такие состояния, как

“умиление”, “сладостность”, “доброта”, т.е. демонстрируют, на наш взгляд, весьма “православное” мироощущение).

Всего мы обследовали 31 случай злоупотребления алкоголем и 17 случаев зависимостей от первитина и токсических веществ. В процессе психотерапии на сеансе “провокации”, проводимом в гипноидном состоянии, все эти пациенты (в отличие от употребляющих опиаты) испытывали положительные окрашенные чувства и ощущения, их посещали приятные мысли.

Как показывают исследования [15, 22], а также наши наблюдения, опиоидное опьянение в целом связано с чувствами эйфории, удовольствия как полной душевной и физической самодостаточности и с отсутствием стремления к какой-либо активности.

По сравнению с опиоидным опьянением, вызванное употреблением алкоголя, первитина, а также наркотизация парами некоторых сортов клея обладают некоторой общей особенностью: в начальный момент, как правило, происходит усиление психической активности.

Так, первитин обуславливает активность в идеаторной, а также в эмоциональной и моторной сферах [15, 22] (в частности, потребители опиатов в момент наркотизации “не выносят” в своей среде лиц, употребивших первитин, именно из-за их шумности, назойливости).

Вдыхание паров клея и т.п. усиливает активность когнитивной сферы (ускорение и “улучшение” мышления активизирует состояние “интеллектуального озарения”, “всепонимания”, возникновения галлюцинаций) [15].

Употребление алкоголя также связано обычно с повышением активности – двигательной, эмоциональной, общения и т.п. [15, 22].

Отнюдь не стараясь подчеркнуть “достоинства” одних наркотических веществ и “недостатки” других, мы тем не менее обнаружили определенную закономерность. На наш взгляд, характер переживаний человека, обусловленных употреблением тех или иных наркотических веществ, связан не только с традиционными культурами регионов, откуда ведут свое происхождение эти психоактивные вещества, но и с природными условиями соответствующих регионов, а также – с морфофункциональными особенностями их конкретного потребителя.

Например, вследствие своих физиологических реакций на наркотик европейцы-потребители опиатов плохо переносят холодное время года (особенно морозную зиму); по своим психологическим характеристикам они склонны к пассивно-созерцательному отношению к жизни, присущему буддистам. У монголоидов (в частности, арктических) снижено в крови содержание веществ, разлагающих алкоголь (в результате чего

он действует на них более разрушительно, чем на европеоидов). Алкоголь запрещен во многих мусульманских странах. Действие таких психостимуляторов, как кокаин, амфетамины и др., вполне соответствует западно-протестантскому мироощущению и образу жизни, где прежде всего ценятся сила, энергия, активность, продуктивность, а также современным социальным установкам в России.

В свете сказанного не удивительно, что переживания, испытываемые при употреблении тех или иных психоактивных веществ, часто (особенно у новичков) могут быть связаны с состоянием тревоги и т.п. Эта тревога преодолевается, в частности, с помощью "проводника", роль которого имеет свою специфику в разных культурах [8]. Функции таких "проводников" в условиях современной цивилизации выполняют представители соответствующих субкультур, в которые "включен" конкретный наркотик [4, 15].

Так, потребители опиатов относятся к протестной контркультуре, так или иначе связанной с буддистским мировоззрением и привнесенной в Россию (а также в Европу и Америку) извне. В гипноидном погружении эти достаточно поверхностно усвоенные установки "деактивируются" и человек с его базальными эндо- и экзопсихическими структурами остается "один на один" с психоактивным действием опиатов, относящимся к "чуждой" природе и культуре.

Потребление психостимуляторов, а также галлюциногенов (на начальной фазе действия токсических веществ типа клея, растворителей проявляется психостимулирующий эффект [15, 22]), напротив, обуславливает сверхвключение в *собственную* культуру на идеаторном, эмоциональном, поведенческом уровнях. Поэтому в гипноидном состоянии в момент "провокации" пациенты не испытывают этнофункционального диссонанса. Однако из-за чрезмерной стимуляции все же происходит существенный перерасход энергии, который наркоманы этой группы субъективно переживают как депрессию, но лишь *после* окончания эйфоризирующего действия наркотика. При этом депрессия переживается как в действительности, так и по выходе из гипноидного состояния после "провокации".

Примером, иллюстрирующим эту мысль, является распространение в США настоящей "кокаиновой эпидемии" среди бизнесменов, работников шоу-бизнеса и других профессий, где требуются "активность, энергичность, продуктивность" (по М. Веберу – ценности *протестантской культуры капитализма*; см. [4], а также [22, с. 303]). Люди, у которых возникают проблемы с кокаином, не являются в США и Европе изгоями в отличие от героиновых наркоманов и не вызывают легкого презрения, как лица, зло-

употребляющие алкоголем (относительно более христианским, "православным" психоактивным веществом). Потребление кокаина "искупается" повышением продуктивности труда, социальными достижениями.

На основании приведенных рассуждений мы полагаем, что успешность психотерапии зависит от психоактивных веществ (а также и от психоактивных действий [2, 4]) предполагает необходимость учета этнофункциональных расхождений элементов эндо- и экзопсихики человека и проработки этих расхождений в когнитивном, эмоциональном и моторно-поведенческом планах.

Сформулированное в начале статьи положение об *этнической монаде* как континуальном и этнофункциональном единстве материальных и психических элементов внутренней и внешней среды человека является обобщенным объяснительным принципом, который объединяет и структурирует парадоксальные на первый взгляд клинические данные наших психотерапевтических исследований, а также результаты, полученные другими авторами.

Представленные данные убеждают в правильности разработанного нами ранее принципа *этнофункционального психического дизонтогенеза* [24, 29], положенного в основу практики этнофункциональной психотерапии. Этот принцип был апробирован нами ранее в психотерапии эмоционально-поведенческих расстройств у детей [28, 29] и аффективных нарушений депрессивного спектра у взрослых [34]. В отличие от понятия психического дизонтогенеза [13] здесь важен этнокультурный (этнофункциональный) аспект развития данного принципа.

Напомним, что названный принцип был предложен нами по аналогии с принципом биологической рекапитуляции, выдвинутым в свое время Э. Геккелем [6] и указывающим на повторение последовательности стадий филогенетического развития в онтогенезе. Мы предположили, что определенная последовательность в развитии отношений эндо- и экзопсихических составляющих человека с его внутренней и внешней природной и культурной средой может повторять стадии развития этих отношений в филогенезе, т.е. стадии отношения людей и среды в определенном культурно-историческом процессе. В исторической и этнологической науках большинство исследователей рассматривают динамику этих стадий как последовательную трансформацию от язычески природного мироощущения к преобладанию монотеистических взглядов вплоть до современного просвещенного научного мировоззрения [29]. Другими словами, в индивидуальном развитии каждого человека можно, с известным приближением, выделить стадии развития его

этнофункциональных связей с природной и культурной средой. Можно говорить о существовании трех таких стадий: сказочно-мифологической, нравственно-этической (религиозно-монотеистической) и технотронно-сциентистской. Смысл и последовательность этих стадий для каждого человека имеют определенную этническую функцию. Этнофункциональный психический дизонтогенез может, например, проявляться в том, что в дошкольном детстве человек (при условии, если он родился и проживал в России) был лишен сказочно таинственных отношений с миром. Вместо Бабы-Яги, Снегурочки и русалок родители с раннего возраста обеспечили ему общение с компьютером и технотронными игрушками, тем самым нарушив этнофункциональную последовательность стадий онтогенеза. Или вместо того, чтобы человеку, родившемуся и живущему в Подмоскovie, читать русские сказки, родители воспитывали его исключительно на сказках и легендах североамериканских индейцев или фантастических образах Дж. Толкиена [37], что также можно отнести к этнофункциональному нарушению проработки содержания стадий онтогенеза.

Интересно, что в работе со взрослыми пациентами, имеющими аффективные расстройства депрессивного спектра, нам удалось добиться положительной динамики их основной симптоматики, как бы “возвращая” в процессе психотерапии на сказочно-мифологический уровень отношения к миру, восстанавливая не сформированные в свое время в онтогенезе или утраченные психические связи с природной и культурной средой, соответствующие “языческой” и “религиозно-этической” стадиям [34].

Успешность психотерапевтической проработки этнофункционального дизонтогенеза при поведенческих и аффективных расстройствах у детей также подтвердила правильность выбранного направления [29].

Концепция этнофункционального психического дизонтогенеза в применении к психотерапии наркоманий также представляется продуктивной. Исследования выявляют, в частности, инфантильно-магическое отношение опиоидных наркоманов к действительности, не соответствующее их биологическому возрасту, а также наличие инфантильных взаимоотношений в семьях наркоманов [2, 3, 32], что свидетельствует о том или ином типе их этнофункционального дизонтогенеза.

Отличие этнофункциональной психотерапии наркоманий от психотерапии аффективных расстройств заключается в учете этнофункциональной природы употребляемого психоактивного вещества. Как мы уже упоминали выше, этнофункциональный смысл опиатов связан с элементами буддистского мирозерцания и мироощущения. Человеком, родившимся в России и в той или

иной мере считающим себя православным, могут быть восприняты фрагменты знаний о философии буддизма. Но о буддистском *мироощущении*, органично проявляющемся в эмоциях, мышлении и поведении, вред ли может идти речь. Следует заметить, что попытки “примерить на себя” некоторые экзотические религии могут приводить к психическим расстройствам, что находит подтверждение в ряде клинических данных [9, 10, 21, 36, 39 и др.].

Соответственно пациент, “употребляющий” опиаты в процессе психотерапии, в своем воображении сталкивается с проблемой эмоционально-вербального описания тех состояний, “сродство” с которыми имеют опиаты, а именно – пассивно- созерцательного блаженства, отрешенности от мира, обладающих нравственно-положительным смыслом в буддизме. Интеграция подобного мироощущения и соответствующего ему мировоззрения в психику русского (родившегося в России) православного человека требует огромных адаптационных, энергетических затрат. На психическом уровне последствия такого перерасхода энергии можно наблюдать в признаках дезадаптации, проявляющихся в широком спектре депрессивной симптоматики. Эту дезадаптацию усугубляют также биологические особенности европеидов, мало приспособленные для нейтрализации и переработки опиатов [4].

ВЫВОДЫ

Сравнительный анализ клинического случая опиоидной наркомании и его этнофункциональной психотерапии показал, что этнофункциональная методология является достаточно адекватной для психотерапии наркоманий как в концептуальном, так и в практически результативном отношении.

На основании проведенного исследования можно предположить, что переживания описанных наркоманов, с одной стороны, и потребляющих психостимуляторы и галлюциногены – с другой, представляют собой (с точки зрения их этнической функции) две различные смысловые группы. Этот результат ранее уже подтверждался данными наших экспериментальных исследований [32].

Полученные результаты являются существенными для психотерапии конкретных типов наркоманий. В целом, особенность переживаний опиоидных наркоманов состоит в том, что в момент употребления наркотика происходит взаимодействие взаимно исключаящих в этнофункциональном смысле психических элементов. Потребители психостимуляторов испытывают такой конфликт в гораздо меньшей мере: проблемы возникают у них в основном в форме состояний

дезадаптации (депрессивных переживаний) из-за большего или меньшего "перерасхода энергии", выраженного в стремлении соответствовать ценностям постиндустриального общества, более адекватно войти в "собственную" культуру, оправдать определенные общественные ожидания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бромлей Ю.В. Очерки теории этноса. М.: Наука, 1983.
2. Брюн Е.А. Введение в антропологическую наркологию // Вопросы наркологии. 1993. № 1. С. 72–78.
3. Брюн Е.А. Проблемы детской и подростковой наркологии // Социальная дезадаптация – нарушение поведения у детей и подростков. М., 1996. С. 10–15.
4. Брюн Е.А. Экокультурные основы смыслообразования и психоактивные вещества // Этническая психология и общество / Под ред. Н.М. Лебедевой. М., 1997. С. 311–334.
5. Волков Е.Н. Консультирование жертв интенсивного манипулирования психикой: основные принципы, особенности практики // Журнал практического психолога. 1997. № 1. С. 102–110.
6. Геккель Э. Современные знания о филогенетическом развитии человека. СПб., 1899.
7. Гумилев Л.Н. Древняя Русь и Великая степь. М.: Мысль, 1993.
8. Де Риос М.Д. Растительные галлюциногены. М.: Изд-во "КСП", 1997.
9. Кондратьев Ф.В. Подсознательные формы коллективного реагирования и поведения в новых "конфессиональных" группах на современном социокультурном уровне // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья / Ред. Е.Б. Дмитриева, Б.С. Положий. М.: ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, 1995. С. 29–38.
10. Кураев А. Сатанизм для интеллигенции. М.: Отчий дом, 1997. Ч. 1, 2.
11. Лазурский А.Ф. Избранные труды по психологии. М.: Наука, 1997. С. 239–244.
12. Лебедева Н.М. Социальная психология этнических миграций. М.: ИЭА РАН, 1993.
13. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М.: МГУ, 1985.
14. Лейнер Х. Кататимное переживание образов. М.: Эйдос, 1996.
15. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. Л.: Медицина, 1991. С. 123–240.
16. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л.: Медицина, 1960.
17. Обухов Я.Л. Символодрама. М.: Эйдос, 1997.
18. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия. М.: Смысл, 1993.
19. Платон. Парменид // Соч. М.: Мысль, 1971. Т. 2.
20. Платон. Тимей // Соч. М.: Мысль, 1971. Т. 3. Ч. 1.
21. Полищук Ю.И. Влияние деструктивных религиозных сект на психическое здоровье и личность человека // Журнал практического психолога. 1997. № 1. С. 93–98.
22. Пятницкая И.Н. Наркомании. М.: Медицина, 1994.
23. Сид Дж. (с соавт.). Думая как гора. М.: Россия молодая, 1992.
24. Сухарев А.В. Введение в философско-методологические основы и понятийный аппарат этнофункционального подхода в психологии // Этническая психология и общество / Под ред. Н.М. Лебедевой. М., 1997. С. 335–357.
25. Сухарев А.В. Этнопсихотерапевтический подход к человеку в условиях кризиса его экосистемы // Мир психологии и психология в мире. М.: Международная педагогическая академия, 1994. № 0. С. 63–74.
26. Сухарев А.В. Этнофункциональный подход к проблеме возникновения психических расстройств // Этнографическое обозрение. 1996. № 4. С. 31–38.
27. Сухарев А.В. Этническая функция культуры и психические расстройства // Психол. журн. 1996. Т. 17. № 2. С. 129–137.
28. Сухарев А.В. Этнофункциональный подход к проблемам психопрофилактики и воспитания // Вопросы психологии. 1996. № 4. С. 81–93.
29. Сухарев А.В. Опыт этнофункциональной экспресс-психотерапии эмоциональных и поведенческих расстройств у детей в условиях стационара // Вопросы психологии. 1997. № 3. С. 92–102.
30. Сухарев А.В. Методика этнофункциональной психодиагностики // Журнал практического психолога. 1997. № 2. С. 53–65.
31. Сухарев А.В. Введение в методику этнофункциональной психотерапии // Журнал практического психолога. 1997. № 4. С. 42–62.
32. Сухарев А.В., Брюн Е.А. Сравнительное этнофункциональное исследование героиновой наркомании и алкоголизма с некоторыми психическими расстройствами различной нозологии // Психол. журн. 1998. Т. 19. № 3. С. 90–97.
33. Сухарев А.В. Этнофункциональная психология: исследования и психотерапия. М.: ИЭА РАН, 1998.
34. Сухарев А.В., Степанов И.Л. Этнофункциональный подход в психотерапии аффективных расстройств // Психол. журн. 1997. Т. 18. № 1. С. 122–133.
35. Сухарев А.В., Степанов И.Л., Струкова А.Н., Луговской С.С., Халдеева Н.Н. Этнофункциональный подход к психологическим показателям адаптации человека // Психол. журн. 1997. Т. 18. № 6. С. 84–96.
36. Сыропятов О.Г. Тоталитарные секты и психическое здоровье нации // М.: ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, 1995. С. 82–96.
37. Толкиен Дж. Хранители. М.: Радуга, 1988.
38. Флоренский П.А. Оправдание космоса. СПб.: РХГИ, 1994. С. 27–60.
39. Целикова В.В. Групповое мышление как механизм влияния на личность в деструктивном культе // Журнал практического психолога. 1997. № 1. С. 98–102.

40. Шнирельман В.А. Евразийская идея и теория культуры // Этнографическое обозрение. 1996. № 4. С. 3–17.
41. Babiker I.E., Cox J.L., Miller P.M.S. The measurement of culture distance // Soc. Psychiatry. 1980. V. 15. P. 101–116.
42. Bochner S. The social psychology of cross-cultural relations // Cultures in Contact: Studies in Cross-Cultural Interaction. Oxford: Pergamon, 1982.
43. Furnham A., Bochner S. Culture Shock: Psychological reactions to unfamiliar environments. N. Y., 1986.
44. Furnham A., Bochner S. Social difficulty in a foreign culture: an empirical analysis of culture shock / Cultures in Contact: Studies in Cross-Cultural Interaction. Oxford: Pergamon, 1982.
45. Geertz C. The Integrative Revolution: Primordial Sentiments and Civil Politics in the New States // The Interpretation of Cultures / Ed. C. Geertz. N. Y., 1973. P. 255–310.
46. Kalin R., Berry G. Geographic mobility and ethnic tolerance // J. of Soc. Psychiatry. 1983. V. 15. P. 129–134.
47. Kleinman A., Good B. (ed.). Culture and Depression. L.: Univ. of California Press Ltd., 1985. P. 491–507.
48. Klerman A. Is This the Age of Melancholy? // Psychology Today. 1979. № 12. P. 36–42; 88–89.
49. May R. The Meaning of Anxiety. N. Y.: Pocket Books, 1979.
50. Obeyesekere G. Depression, Buddhism, and the Work of Culture in Sri Lanka // Culture and Depression / Ed. A. Kleinman, B. Good. L.: Univ. of California Press, 1985. P. 134–153.
51. Shaltuk G.M. Between two cultures: a study of the social adaptation of foreign students to an American academic community. Ithaca, N.J.: Cornell Univ., 1965.

ETHNOFUNCTIONAL PSYCHOTHERAPY OF OPIATE ABUSE: CLINICAL STUDY

A. V. Sukharev

Cand. sci. (psychology), leading res. ass., PI RAE, Moscow

The application of theoretical and methodological ethnofunctional approach elaborated by author in the psychotherapy of narcomania is considered. The comparative study of the persons with the diagnosis of opiate abuse, pervitinism, alcoholism was conducted using large clinical sample. The generalization of the psychological content and specific character of this psychotherapeutic approach are considered.

Key words: ethnical indications, ethnofunctional approach, ethnofunctional dissonance.