

Этнофункциональная психотерапия зависимостей от наркотических средств и психоактивных веществ

СУХАРЕВ А.В.

д.пс.н., профессор, ведущий научный сотрудник Института психологии РАН, Москва

Представлены основные понятия и обоснование применения метода этнофункциональной психотерапии. Рассмотрены клинические случаи этнофункциональной психотерапии опийной, перитиновой и алкогольной зависимостей.

Введение

Одним из базовых понятий в этнофункциональном подходе является понятие *этносреды*, которое понимается как внутренняя (анатомо-физиологическая и психологическая) и внешняя (природно-климатическая и социокультурная) среда человека, каждый элемент которой наделен этнической функцией, интегрирующей или дифференцирующей данного человека с тем или иным этносом или этнической системой [17, 18]. Этнофункциональная психотерапия является практической реализацией соответствующего теоретико-методологического подхода в наркологии, учитывающего этносредовую специфику содержания системы отношений личности [9, 11]. Этнофункциональный подход в психотерапии основан на *гуманитарной* модели диагностики, прогноза поведения и психотерапии личности. Данная гуманитарная парадигма является в нашем подходе *исходной* и зиждется не только на узкопсихологическом (в том числе психиатрическом) понимании личности человека, но претендует на системный учет максимально широкого круга параметров ее развития и поведения в целом — духовно-нравственных, религиозных, культурно-исторических, географических и пр. Классическая в психиатрии и наркологии «биологическая» парадигма как объяснительная модель поведения пациента рассматривается нами как методологически дополнительная и служебная по отношению к психотерапии «гуманитарного ядра» личности пациента.

Целью настоящей статьи является изложение основных понятий и методов этнофункциональной психотерапии, ее теоретических, экспериментально-психологических оснований и некоторых результатов ее клинического применения в наркологии.

Метод этнофункциональной психотерапии. Основные понятия и эмпирические основания

Напомним, что этнофункциональная психотерапия основана на положении, что любое психическое расстройство так или иначе является результатом нарушения развития личности. В этом развитии можно выделить ряд последовательных стадий, имеющих свою специфику в плане формирования тех или иных качеств личности. В целом основное содержание и последовательность «развертывания» данных стадий повторяет содержание и последовательность этапов исторического развития этносреды рождения и проживания конкретной личности. Нарушения последовательности и/или содержания стадий могут обуславливать деформацию дальнейшего психического (и нравственного) развития личности, вплоть до появления в более поздних возрастах различных признаков

психической дезадаптированности или нравственных отклонений. В основу концепции развития личности нами было введено понятие *этнофункциональная архегения личности* как идеальный прообраз ее естественного развития в конкретной этносреде. Эту архегению можно рассматривать как «эйдос» Платона, являющийся идеалом, «предделом становления вещи» [13], к которому «стремится» развитие личности. Этнофункциональная архегения личности является в то же время архегенией ее этносреды (т.е. идеальным прообразом развития данной этносреды). Этнофункциональная архегения личности является идеальным прообразом естественного развития системы отношений личности к расово-биологическим, культурно-психологическим, климато-географическим и нравственно-конфессиональным этническим признакам [2, 8] и в пределе своего становления является *идеальным психическим здоровьем*. *Критериями* соответствия развития личности определенному идеальному прообразу развития этносреды являются экспертные данные оценки содержания системы отношений конкретной личности представителями наук: этнологии, культурологии, истории, филологии, фольклористики, религиоведения, богословия и др., а также экспертами в соответствующих областях — художественные образы, поэзия, литература, музыка и т.д. Данное определение психического здоровья является не этноцентристским [1], а гуманитарным, т.е. не специфически психиатрическим, но описывающим личность с системных позиций. Это позволяет позитивно диагностировать психические расстройства (в том числе наркомании) на языке гуманитарных вероятностных маркеров.

Этнофункциональную анархегению личности (греч. *an* — отрицание) можно трактовать как в той или иной мере отклоняющееся от «идеального естественного прообраза» развитие конкретной личности в определенной этносреде. В частности, для лиц, родившихся и проживающих в России, такое развитие, в известном приближении, может быть описано, например, в виде последовательных стадий:

1) «природной», где в итоге осуществляется словесное фиксирование и «прочувствование» образов природных явлений и стихий;

2) «сказочно-мифологической» (соотносится с «языческим» периодом русской истории), на которой происходит дальнейшее усложнение системы отношений личности к этносреде, опосредствованное традиционными мифологическими представлениями (леший, водяной и пр.);

3) «религиозно-этической», строящейся на усвоении нравственных норм (соотносится с христианизацией Руси). На религиозно-этической стадии природные стихии наполняются нравственным смыслом: вода имеет уже освящающую функцию, земля (в русской культуре) олицетворяется Богородицей и т.п.

4) «научно-познавательной» — формирование научно-мировоззрения и соответствующих способов познания (соотносящейся с эпохой «модернизации», опирающейся на научное мировоззрение) и т.д. На данной стадии содержание отношения к природе наполняется научными представлениями (в частности, вода это — H_2O).

Экспериментальной основой введения понятий *этнофункциональная архегения/анархегения* личности являются исследования, проведенные как в норме, так и при патологии в различных возрастных группах. Результаты экспериментально-психологических и клинико-психотерапевтических исследований, а также констатирующих и формирующих психолого-педагогических экспериментов показали, что психическая, социально-нравственная и психосоматическая дезадаптированность достоверно усиливается с нарастанием в психике испытуемых этнофункциональных рассогласований и нарушений этнофункционального развития личности. Психотерапевтическое восстановление этнофункциональных нарушений этого развития, т.е. восстановление системы отношений личности с архегенией родной этносреды, достоверно повышает степень психической и психосоматической адаптированности личности, ее энергетический потенциал [19].

В нашем исследовании вводится понятие *энергетический потенциал личности*, характеризующий величину «работы переживания» [3], которую данная личность может совершить. *Энергия личности* при этом определяется как *способность совершения работы переживания*, которая зависит от психического и духовно-нравственного содержания ее системы отношений. В связи со сказанным, необходимость введения понятий *энергия личности* и *энергетический потенциал личности* мы видим в том, что они шире представления о психической (психологической) адаптации человека. Этот потенциал состоит в способности разрешать (успешно переживать) внутриличностные, межличностные и идентификационные конфликты. В частности, показателями снижения энергетического потенциала личности в таком случае могут выступать различные признаки психической дезадаптированности — психического и психосоматического нездоровья, нравственных отклонений, а также широкий спектр показателей нарушения целостности личности «в норме» — дисгармоничности когнитивной, аффективной и двигательной сторон отношений. Кроме психической дезадаптированности может иметь место своего рода «духовно-нравственная дезадаптированность» как различные проявления нравственных отклонений, ряд криминальных проявлений и т.п. Кроме того, понятие *энергия личности*, в отличие от *адаптированности* (т.е. *приспособленности*), связано также и с ее творческими проявлениями (например, понятие *сублимация энергии либидо* у Фрейда), которое шире понятия *психическая адаптация*. Еще в начале XX в. А.Ф. Лазурский писал об общем (потенциальном) запасе нервно-психической энергии, необходимой для достижения личностью определенного «психического уровня», причем высший уровень соотносился с творчеством [9, с. 12].

В связи со сказанным, *этнофункциональную психотерапию* можно определить как работу переживания по восстановлению целостности отношений личности с этнофункциональной архегенией этносреды ее рождения и проживания. Психологическим критерием этого процесса является по-

вышение энергетического (адаптационного) потенциала личности — собственно психического и духовно-нравственного [18, 19]. Если прохождение стадий этнофункционального развития личности осуществляется в так называемые оптимальные возрастные периоды [24], то данный процесс является воспитанием (или психопрофилактикой), если позже — то, по сути, имеет место психотерапия (т.е. когда оптимальный период развития данной стороны и содержания системы отношений личности упущен).

Нарушения этнофункционального развития личности (та или иная степень выраженности анархегении) могут проявляться в этнофункциональном рассогласовании содержания стадий с этносредой рождения и проживания пациента (этнодифференцирующая функция этого содержания), их «выпадении» (например, при отсутствии в психике пациента воспоминаний о сказках, воспринятых в оптимальном возрастном периоде (2–5 лет); о переживаниях, связанных с понятиями греха, несправедливости, Бога и т.п. в возрасте 6–8 лет, нарушении последовательности стадий («замещение») [18, 24].

Исследования показывают, что данные нарушения могут оставлять глубинные деформации в психике детей, сохраняющиеся или усугубляющиеся в ходе взросления [20, 22, 26]. Степень выраженности этнофункциональной анархегении личности является показателем психической дезадаптированности человека, его психического нездоровья или нравственно отклоняющегося поведения. Диагностика нарушений этнофункционального развития личности может осуществляться, в частности, методом структурированного этнофункционального интервью (вариант клинического метода). При этом может быть диагностирована *архегеничная личность*, имеющая направленность (духовно-нравственную) на восстановление своей пространственной и исторической целостности в родной этносреде, повышение степени организации системы отношений, усложнение структуры поведения. И, напротив, *анархегеничной личности* свойственна направленность на «чуждую» этносреду, что ведет к разрушению психической целостности, снижению степени организации психики, ее расстройству, упрощению структуры поведения. Психическая анархегения определяет направленность личности человека на «личину», уход от собственной психической сущности к «множественной личности», что может обуславливать различные болезненные проявления.

В общем плане *этнофункциональный механизм развития личности* — это единая основа *психотерапии, воспитания и психопрофилактики*; одновременно это и *механизм наследования культуры и этносреды в целом*. *Движущими силами* развития личности тем самым являются противоречия между этнофункциональной психической архегенией и определенными этнофункциональными нарушениями у реальной личности, что порождает у человека соответствующие личностные конфликты.

Как показывает наша психотерапевтическая практика, разрешение этих конфликтов может осуществляться по следующим уровням (возможно одновременное разрешение на разных уровнях):

I. *Распад* — регрессивное разрешение конфликта. Психика не выдерживает перегрузок и переходит на онтогенетически предшествующий уровень развития системы

отношений (т.е. наблюдается интеллектуальный, эмоциональный и/или нравственный регресс, упрощение информационно-структурной сложности системы отношений личности, проявляющийся, например, в инфантильном отношении к жизни, реализуемом в наркотизации).

II. *Задержка* — «клапанное» разрешение конфликта. Конфликт «консервируется», происходит торможение развития личности; возникающее вследствие этого психическое напряжение время от времени неконструктивно «сбрасывается» (с помощью алкоголя, наркотиков, асоциального поведения, депрессивных приступов и пр.).

Уровни I и II в данной иерархии рассматриваются как разрешение конфликтов, специфическое для тех или иных психических расстройств (с плохим прогнозом).

III. *Наследование* (ранее мы называли этот уровень *личностным*) имеет место, когда личность обретает относительно зрелую систему отношений к этносреде (*этноид*) [18, 23], усваивая общепринятое нравственное, психологическое и, в целом, поведенческое содержание системы отношений к данной этносреде, и готовность к развитию.

IV. *Творческое (сущностное)* разрешение конфликта, которое может иметь двоякую направленность. *Нравственно положительная* ведет к этнофункциональной психической архегении (к сущности) — в этом случае личность обретает дополнительный энергетический (адаптационный) потенциал, степень ее организации возрастает. Здесь творческая личность развивает родную культуру, открывает для себя и для других новые органические элементы этнофункциональной психической архегении — осуществляется собственно психическое развитие данной личности. Имеются, в частности, экспериментально-психологические результаты, подтверждающие, что «укорененность» в собственной этносреде связана с более высоким уровнем творческого интеллекта, по Торренсу [6]. *Нравственно отрицательная* направленность ведет к увеличению степени выраженности этнофункциональной анархегении личности, к ее разрушению, внутренней диссоциации. В этом случае степень организации личности снижается, так как, устремляясь к экзотической для нее этнофункциональной архегении (этносреде), личность образует в себе экзотический анклав; у нее могут появиться, например, две антагонистические направленности — на свою и на чуждую сущность.

Уровни III и IV при нравственно положительной направленности рассматриваются как способы разрешения конфликтов, присущие архегеничной личности.

В философском смысле развитие (образование), согласно Платону, можно понимать как процесс «припоминания» уже заложенного в психике человека с рождения, но проявляющегося и осознаваемого в результате того, что учитель в процессе обучения и воспитания своевременно «напоминает» ученику [13, с. 34—42]. Сходную мысль о соотношении «заложенного» и реально существующего высказывал К. Юнг, рассматривая соотношение понятий *архетип* и *архетипическое представление* [28]. В рамках этнофункционального подхода это можно сформулировать следующим образом: человек в процессе обучения и воспитания «припоминает» содержание и последовательность стадий этнофункциональной психической архегении. Чем в большей мере обучение и воспитание соответствуют содержанию и последовательности стадий развития конкретной

этносреды и чем лучше человек «припоминает» ее, тем полнее он наследует (усваивает) достижения данной культуры и тем здоровее психически и нравственно он становится. Крайней точкой этнофункциональной неразвитости личности здесь является отсутствие содержания, присущего ключевым стадиям развития личности (отсутствие какого-либо человеческого воспитания, т.е. наследования культуры — случай Маугли). Относительно менее патогенными являются различные варианты сочетания этнофункциональной рассогласованности содержания стадий развития с нарушением их последовательности и т.д.; их выявление требует достаточно тонких психодиагностических процедур.

В этом аспекте воспитание и психопрофилактика — единый процесс. Основываясь на такой трактовке этнофункционального подхода, данный этап можно обозначить как «этногерменевтику», где осуществляется искусственное *наследование культуры* определенной этносреды (ее «воспоминание» [13, 19]), обеспечивающую в теоретическом приближении процесс образования (обучения и воспитания) человека. Этногерменевтика, будучи направленной на идеальный образ здоровой психики (этнофункциональную психическую архегению), ведет к правильному воспитанию личности, что является психопрофилактикой возможных психических расстройств и социально отклоняющегося поведения.

Собственно психотерапия (коррекция) помимо этногерменевтики включает в себя также этап *этнодиссонанса* (этот термин введен нами в 1997 г. [17]). Болезненный симптом (синдром), понимаемый как этносредовой экзотический элемент в системе отношений личности (ее состояниях, процессах), во время психотерапевтического сеанса — беседы, группового обсуждения, гипноидного погружения, психодрамы и пр. — осознается и переживается пациентом как противоречие с этнофункциональной архегенией собственной личности. В процессе этого необходимого переживания, «страдания» (от древнерусского «страда», «страдать» — напряженно работать) личность либо отторгает данный симптом, либо осознает необходимость его творческой ассимиляции. В зависимости от типа направленности личности (архегеничной или анархегеничной) процесс ассимиляции содержания симптоматики в долгосрочной перспективе может способствовать облегчению или утяжелению болезненных проявлений.

Таким образом, уровни «наследования» и «творческий, нравственно положительный» (III и IV уровни) разрешения личностью этнофункционального личностного конфликта ведут к облегчению тяжести ведущей симптоматики, а «распад» и «задержка» (I и II уровни) через снижение степени организации личности — к нарастанию таковой.

Системообразующая роль отношений личности к группе климатогеографических этнических признаков позволяет рассматривать их в качестве исходных для построения целостной системы ее отношений. Данное положение имеет определенные клинические и экспериментальные основания [17, 18 и др.]. В качестве клинического критерия этой «исходности» полагается переживание личностью чувства «прилива сил», радости и т.п. (субъективное переживание повышения энергетического потенциала), например при обсуждении родных для пациента обротов природы и культуры.

В принципе, в качестве этнофункциональной психотерапии может использоваться широкий набор других методов, «нанизанных» на этнофункциональную методологию: психодраму, арт-терапию, природотерапию, музыкотерапию и др.

Важнейшие методы этнофункциональной психотерапии, применяемые в наркологии

Принцип создания этнофункциональной психотерапевтической среды

Понятие *терапевтическая среда* в медицине активно используется, в частности, в психоанализе еще со времен З. Фрейда; эта среда понимается, прежде всего, как психотерапевтическая. Смысл данного понятия в психоанализе сводится к тому, что пациент в клинике находится в сложной системе отношений с персоналом — от медсестер до врача и психотерапевта. Адекватная лечебным целям психотерапевтическая среда предполагает поддержку «прогрессивных» проявлений пациента и отсутствие таковой при его «регрессивных» проявлениях.

Цель создания *этнофункциональной психотерапевтической среды* состоит в следующем: система отношений пациента к собственной этносреде, с точки зрения их этнической функции, должна быть максимально согласована, что способствует повышению степени его психической адаптированности. В целом, психотерапевтическая среда больного человека должна быть энергетически щадящей и, по возможности, содержать минимум элементов, этнодифференцирующих личность пациента с этносредой его рождения и проживания (в подавляющем большинстве случаев, по нашим данным, приблизительно в 95%). Это позволяет пациенту сберечь силы, необходимые для интеграции этих элементов в собственную психику.

В современной России создание внешнего содержания этнофункциональной психотерапевтической среды (не только в условиях клиники) означает, в частности, максимальное ограничение прослушивания пациентами этнодифференцирующих музыкальных произведений, а также соответствующей видео- и аудиопродукции, чтения определенной художественной литературы, прессы и т.п.

Необходимо гибкое, индивидуальное приспособление этой среды для каждого больного. Например, в русской этносреде это может быть ненавязчивое предложение для прослушивания народной музыки в обработке русских композиторов (М.И. Глинки, М.П. Мусоргского, Г.В. Свиридова, И.Ф. Стравинского и других); затем, по возможности, можно предлагать и аутентичные традиционные (народные) вокально-музыкальные произведения. Сходным образом предлагаются литературные произведения, видео- и аудиозаписи звуков и образов русской природы.

Переход от привычной для пациента, страдающего наркоманией, субкультуры к психотерапевтической этнофункциональной среде, как уже упоминалось, должен осуществляться постепенно, гибко и по мере проявления у пациента интереса — с тем, чтобы у него не возникло чрезмерного познавательного-эмоционального диссонанса, который может излишне астенизировать больного. Например, сначала можно рекомендовать для обсуждения относительно более привычные для пациентов эстрадные обработки народных песен, затем — симфоническую обработку народной музыки русскими композиторами и после этого

предложить фрагменты фольклорной аутентичной музыки и песен.

Психотерапевтическая проработка различных стимулов — словесных, звуковых и видеообразов природы, запахов масел различных трав и деревьев, тех или иных движений, имеющих этноинтегрирующую функцию, — осуществляется, как уже упоминалось, в направлении осознания и «воплощения в слова» соответствующих этим стимулам эмоций, активации образов представлений, двигательных актов. Такая проработка обуславливает неразрывность и гармоничность взаимодействия различных сторон процесса адаптации системы отношений пациента.

Наркотические вещества создают у личности психические состояния, в большинстве случаев этнодифференцированные («чуждые») с этносредой ее рождения и проживания. Для интеграции таких состояний в психику пациентов необходима затрата огромного энергетического потенциала. Психотерапевтическое восстановление отношений конкретного пациента к состояниям такого рода делает его личность более цельной, активизирует познавательную активность, что позволяет ей на определенном этапе осознать их реальный этнодифференцирующий смысл. Субъективно это рано или поздно переживается личностью как понимание объективной реальности тяжелых депрессивных чувств, к которым приводит употребление наркотика, понимание того, что силы убывают и сам пациент неуклонно продвигается к нравственной, а затем и физической смерти.

Осознание пациентом в той или иной степени собственной этнической идентичности (принадлежности к определенному народу или группе народов) является тем «информационным фильтром», который в соответствующей степени облегчает преодоление наркотической зависимости, а также снижает риск ее возникновения.

В целом, создание внутренней и внешней этнофункциональной психотерапевтической среды состоит в том, чтобы по возможности уменьшить количество этнофункционально рассогласованных элементов этой среды, осознать и разрешить этнофункциональные личностные конфликты с тем содержанием среды, которое невозможно изменить «физически». Кроме того, необходимо постепенно вводить новые этнофункционально согласованные с ареалом рождения и проживания пациента элементы среды (т.е., по Платону, «напоминать» об этих элементах) и психотерапевтически восстанавливать отношения пациента к данным элементам. Здесь наследование родной этносреды дает дополнительную опору в процессе этнической самоидентификации личности пациента.

Метод этнофункционального погружения

Одним из частных случаев реализации принципа создания психотерапевтической среды в этнофункциональном подходе является методика, сходная с элементом лечебной практики чукотских знахарей. Они, например, рекомендовали своим пациентам при некоторых психических и соматических расстройствах своего рода «*этнофункциональное погружение*», в данном случае близкое по смыслу к так называемой этнотерапии Гауснера и Кочовой [7, с. 707]. При этом пациенту рекомендуется «погрузиться» в его родную этносреду или этносреду, согласованную с эндопсихическим [9] содержанием системы его отношений.

Этот метод наиболее эффективен в тех относительно редких, но, как правило, тяжелых случаях, когда для пациента «энергетически» более благоприятными являются природно-культурные условия, отличные от таковых в этносреде его рождения и проживания (около 3—5% от всех случаев). Речь идет об эндопсихически обусловленных этнофункциональных рассогласованиях в психике (одним из проявлений этой обусловленности можно считать те случаи, когда в гипноидном состоянии пациент испытывает субъективное повышение энергетического потенциала — «прилив сил» и пр. — при «погружении» в этнофункционально согласованные ландшафты и климат, религиозные отношения, культурные традиции и тип питания). Временное погружение в «неродную» этносреду позволяет такой личности восстановить свой энергетический потенциал с тем, чтобы после «погружения» с новыми силами попытаться адаптироваться к этносреде ареала рождения и проживания.

По сути, этнофункциональное погружение является одним из вариантов создания этнофункциональной психотерапевтической среды для конкретного пациента, что способствует терапии на этапе этногерменевтики. Необходимые терапевтические изменения в этносреде могут происходить также при миграции (эмиграции) пациента в этнофункционально согласованные с его эндопсихикой природно-биологические и/или социокультурные условия. В целом, применение данного метода эффективно при эндогенных психических расстройствах, опийной наркомании.

Желательно, чтобы этнофункциональное погружение в природно-биологическом аспекте осуществлялось в ареалы с относительно нетронутой «живой» природой, в минимальной степени подвергшейся каким-либо цивилизационным антропогенным воздействиям. В социокультурном аспекте эффективно погружение в этносреды с относительно сохранившимися культурными традициями, в минимальной степени подвергшимися влиянию масс-культуры. Такие рекомендации обусловлены тем, что элементы «цивилизации», универсальных технологий и масс-культуры вследствие своей относительной искусственности, неорганичности по отношению к традиционным культурам на практике всегда являются этнодифференцирующими по отношению к тем или иным этносредам.

В качестве иллюстрации приведем наблюдение из медицинской практики чукотских знахарей. Современные знахари часто рекомендуют заболевшим чукчам «уйти к нашим в тундру», «жить в яранге, кушать нашу пищу» (рыбу, оленину и пр.), «вернуться к национальной вере». В нашем случае рекомендации «уйти к своим в тундру» были даны одной из местных знахарок женщине, страдающей алкоголизмом, аллергией на рыбу (т.е. традиционную основу питания) и тревожной депрессией. Кстати, с позиций этнофункционального подхода, алкоголь для чукчей является именно наркотиком вследствие своей этнической чуждости — отсутствием у чукчей этносредовой, в частности «культурной» (отсутствие алкоголя в традиционных представлениях) и «биологической» (у чукчей как арктических монголоидов относительно снижен уровень альдегиддегидрогеназы в крови) [15] защиты от него. Нам удалось установить некоторую общность взглядов этой знахарки с нашим подходом, несмотря на опреде-

ленные различия в концептуальных позициях. Болезнь женщины знахарка интерпретировала как наказание духов за отход от традиций, завещанных предками, а умиротворить духов можно было только возвращением «к нашим в тундру» и т.п.

Такое «возвращение», хотя бы и на непродолжительное время, на наш взгляд, ослабило бы стрессогенное этнофункционально рассогласованное социально-психологическое и биологическое воздействие на личность пациентки. Оно, в данном случае, проявлялось в разнородной информации, получаемой пациенткой в виде теле/радио/видеообразов, продуктов питания, завезенных с Большой Земли (водка, томаты и др.), в характере работы пациентки (техническая работа при школе). Все эти влияния являются этнодифференцирующими по отношению к этносреде ареала ее рождения и проживания, в том числе — к ее расово-биологическим особенностям. Этим, собственно, и закладывались этнофункциональные личностные конфликты, с которыми пациентка уже не справлялась — наступила психическая дезадаптированность (патологическое влечение к алкоголю, психические и психосоматические расстройства). Здесь, на наш взгляд, проявились психологические, патогенные в этнофункциональном смысле, факторы. В описанном выше случае после трехмесячного «этнофункционального погружения» у пациентки наблюдалась 18-месячная ремиссия.

Метод этнофункциональной иммунизации («провокации»)

Данный метод является одним из наиболее эффективных вариантов проведения этапа этнодиссонанса при наркоманиях. При этом в гипноидном погружении пациенту предлагается представить себе те или иные свои симптомы, болезненные проявления (здесь — воображаемое употребление наркотика или психоактивного вещества) и осознать содержание чувств, ощущений и мыслей, с ними связанное. Затем в процессе данного погружения пациентом осознаются чувства, связанные с этносредой своего рождения и проживания либо с собственным эндопсихическим содержанием. Сопоставление этих переживаний и мыслей после выхода пациента из гипноидного состояния, способствует их осознанию. При этом осуществляется консолидация данных переживаний с эндопсихикой, а чаще — внутреннее отторжение болезненной симптоматики. Часто этот процесс проходит весьма болезненно для личности и требует поддержки — психотерапевтической и/или фармакологической, после чего, как правило, пациент испытывает чувство «личной победы» над болезненным симптомом и становится активнее, прилагает больше личных усилий для преодоления болезни.

Суть процедуры «иммунизации» сводится к тому, что в состоянии общего мышечного расслабления «на кушетке» пациенту (здесь и далее это состояние пациента обозначается как «гипноидное») предлагают «припомнить» содержание сказочно-мифологической стадии собственного психического развития (сказки и пр.) или рассказать о своих чувствах и ассоциациях в связи с предложенными психотерапевтом образами природы, явлениями культуры (в широком смысле). Затем пациенту предлагается воображаемое «употребление» наркотика, а после этого он «возвращается», например, к образу родной природы и вновь описывает свои переживания. В частности, в случае

опийной зависимости у пациента возникает сдвиг позитивных чувств от данного ландшафта к весьма неприятным переживаниям депрессивного характера, соответствующим изменениям восприятия образов природы и т.п. (по нашим данным, в 97% случаев; зависимость у остальных 3% мы характеризуем как «эндопсихически обусловленную»). Пациенту предлагается рассказать о своих чувствах и ассоциациях подобно тому, как это происходит при кататимном переживании образов по Лейнеру [10]. В указанном состоянии человеку легче сосредоточиться на своих глубинных мыслях и переживаниях, которые часто отличаются от таковых при обычной его включенности в повседневность. Это позволяет личности отчетливо вербализовать «когнитивно-аффективный» след от «внутренней картины» собственного этнофункционального развития [16, 19]. Обсуждение данных переживаний после выхода из гипноидного состояния дает «естественный» психотерапевтический эффект. Следует отметить, что введение пациента в гипноидное состояние и описанные выше процедуры не являются «суггестией» — внушением или «подачей информации, воспринимаемой без критической оценки и оказывающей влияние на течение нервно-психических процессов» [9, с. 101–102, 875].

Эмпирические основания применения этнофункциональной психотерапии

Общие экспериментальные результаты, подтверждающие правомерность этнофункционального подхода в психотерапии, были получены нами в области аффективной патологии и детской психиатрии при решении психолого-педагогических проблем в школьном и дошкольном возрасте (коррекция и психопрофилактика), а также в наркологии и психосоматике [18, 19, 26 и др.]. Результаты показали, что этнофункциональное рассогласование отношений по всем трем группам этнических признаков (ландшафтно-климатических, расово-биологических и социокультурных, включая конфессиональные) является вероятностным критерием разделения эндогенных аффективных расстройств и психогенных.

Примечательно отделение по этнофункциональным маркерам опийной наркомании от алкоголизма и зависимостей от психостимуляторов [17, 23]. Кроме того, была показана связь между типом ведущего аффекта и типом зависимости от некоторых психоактивных веществ и наркотических средств [23]. В частности, было установлено, что «выпадение» или этнофункциональное рассогласование содержания сказочно-мифологической стадии и «задержка» религиозно-этической стадии связаны с возникновением наркоманий и алкоголизма, а нарушения на сказочно-мифологической стадии при относительно благополучной религиозно-этической — с аффективными расстройствами тревожно-тоскливого типа и т.д. [21, 23].

Клинические исследования этнофункциональной психотерапии опийной наркомании и алкоголизма выявили ее эффективность в сочетании с фармакологической поддержкой [16].

Клинические примеры этнофункциональной психотерапии зависимостей от психоактивных веществ и наркотических средств

С методологических позиций этнофункционального подхода в клинических исследованиях нами было выявлено следующее: этническая функция конкретных психоак-

тивных веществ и наркотических средств, традиционно употребляемых в тех или иных этносредовых условиях, совпадает с этнической функцией тех состояний, которые они вызывают в психике человека.

Как мы уже указывали в предыдущей публикации [23], обычно психические состояния, процессы и отношения, активизируемые или возникающие вследствие приема психоактивных веществ, традиционно «привычны» пациенту — этнофору (носителю этнических признаков) в конкретной этносреде. Указанные элементы психики этнофункционально согласованы с традиционными природно-климатическими условиями существования представителей данного этноса, расово-биологическими их особенностями, а также определенным образом отражены в традициях, обрядах, укладе данной этносреды. Если же прием тех или иных психоактивных или наркотических веществ, традиционно включенных в определенную этносреду, осуществляется человеком, родившимся и проживающим в иной этносреде, то возникающие у него психические состояния этнофункционально рассогласованы. Это и обуславливает возникновение у него состояний психической и нравственной дезадаптированности (например, наркоманий).

В нижеприведенных примерах рассматривалась одна из форм психотерапевтической работы — этнодиссонанс с погружением в гипноидное состояние, в частности методом «этнофункциональной иммунизации». Действенность проводимых процедур подтверждается фактами облегчения основной симптоматики у большинства пациентов [16].

В каждом из приведенных ниже примеров пациенты при разрешении психических конфликтов переходили от уровня «распад» (I) к уровню «наследование» (III). «Творческий» уровень (IV) встречается крайне редко и, в целом, практического значения почти не имеет. В рассмотренных примерах у пациентов были диагностированы нарушения этнофункционального развития личности на сказочно-мифологической и религиозно-этической стадиях — в форме этнофункциональных рассогласований, а также «выпадений» и «замещений».

Пример 1. Пациент Р. родился в Армении, курд по национальности, возраст 29 лет. Диагноз — *героиновая наркомания*. Отец и мать пациента — йезиды*. По словам пациента, «наша вера — огнепоклонничество, но я неверующий». В отношении ландшафтно-климатических предпочтений пациент хотел бы жить на родине, в Армении (хотя в течение 10 лет жил и работал в Москве). В питании он предпочитал национальную кухню. В воспоминаниях детства до 4 лет отметил наличие приятных образов родной природы и отсутствие сказок — «выпадение» сказочно-мифологической стадии. О понятиях *Бог, грех, справедливость* никогда не задумывался — «выпадение» религиозно-этической стадии.

Этап этногерменевтики

1-й сеанс. Погружение в гипноидное состояние в родной ландшафт (горы, луга, быстрая каменистая река).

* Вера йезидов восходит к зороастризму, но осложнена элементами других древнеиранских верований. Также здесь прослеживаются влияния ислама, иудаизма, христианства несторианского толка и идолопоклонничества. Придерживаясь идеи двух начал — добра и зла, света и тьмы, — йезиды считают носителем добра бога-демиурга Езда, а носителем зла — сатану (шайтана). Йезиды поклоняются огню и, соответственно, солнцу, особенно при его восходе.

Возникло чувство спокойствия, легкой грусти, небольшой прилив сил.

2-й сеанс. Аналогичное погружение — прилив сил ощущался уже более значительный (нарастающий эффект от этногерменевтики).

3-й сеанс. Погружение в гипноидном состоянии в «четыре стихии»: воду (встреча с образом водяного), землю (образ лешего), воздух (вихрь и буря), огонь (встреча с огненным змеем). При погружении в глубь озера и описании психотерапевтом образа «зеленоватого, расплывающегося лица, обрамленного колыхающимися в темной глубине волосами» пациент испытал чувства страха, тревоги. При «встрече» в лесу человека, похожего на корявый пенек и постепенно превращающегося в громадную ель, пациент также испытал чувства тревоги и страха. При описании психотерапевтом «огромного огненного змея, вырвавшегося из-под корней дерева, зажегшего это дерево» и «опалившего своим жаром» пациента, у последнего «не возникло никаких чувств». При встрече на опушке леса с «вихрем и бурей, срывающей листву с деревьев», пациент испытал чувства «страха и раздражения».

Этап этнодиссонанса

4-й сеанс. Этнофункциональная иммунизация. Погружение в родной ландшафт — условное «употребление» героина — возвращение в родной ландшафт. Пациент отметил, что «исчезли голоса птиц», солнце стало менее ярким. Возникло сильное чувство вины, «душевной слабости», «отлива сил» и, вместе с тем, радость оттого, что «вернулся к родным горам». После выхода из состояния гипноидного погружения, пациента возникло чувство облегчения.

Анализ результатов погружения в «четыре стихии» показывает, что отсутствие каких-либо чувств пациент обнаруживал именно по отношению к стихии огня. Мы полагаем, что это свидетельствует об относительно слабой психической связи пациента с данной стихией по сравнению с другими. Интерпретируя данный факт, заметим, что пациент считал огнепоклонничество религией своих родителей и предков в целом. Обсуждение этой интерпретации с пациентом (*этнодиссонанс*) после сеанса погружения произвело на него шокирующее впечатление — он глубоко задумался, долго молчал и сказал: «Наверное, это очень важно для меня» (осознание отношения к религиозно-этической стадии, разрешение этнофункционального психического конфликта на уровне «наследования» как осознание смысла традиционных родовых связей со стихией огня).

В процессе психотерапии степень выраженности этнофункциональной анархегении личности пациента снизилась, в кататнезе у пациента наблюдалась двухгодичная ремиссия.

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

Психодиагностика показала, что у пациента, русского по национальности и родившегося в Москве, отсутствуют сколько-нибудь выраженные рассогласования по климато-географическому признаку: он отдавал предпочтение

среднерусским 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 знает, не исповедуется, церковь посещает редко и испытывает там чувство смущения. Основной этнофункциональный конфликт был диагностирован в социокультурной сфере (отношение к вере, мировоззрение и мироощущение). У пациента было диагностировано «выпадение» религиозно-этической стадии при наличии природной стадии и этнофункциональной рассогласованности содержания сказочно-мифологической стадии.

Этногерменевтика на природной стадии

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 ощущением счастья. Здесь была выявлена основная (помимо тяги к наркотику) депрессивная симптоматика пациента с ведущим тоскливо-тревожным аффектом.

2-й сеанс. Были закреплены глубокие радостные чувства, связанные с любимым ландшафтом. С помощью психолога пациент осознал чувства тоски и тревоги (в постгипноидном состоянии).

Этногерменевтика на религиозно-этической стадии

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. Психотерапевтическая проработка чувств и образов предыдущего сеанса.

5-й сеанс. В гипноидном состоянии пациенту был предложен образ буддистского 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 3-го сеанса. На этот раз пациент испытал чувство «сверхбезмятежности», доброту в душе.

6-й сеанс. В гипноидном состоянии молодому человеку был предложен для прослушивания старообрядческий духовный стих (гусли, пение). Чувственный фон, сопровождающий возникающие у пациента образы: беспомощность, физическая подавленность и при этом — любовь, спокойствие, уравновешенность. В постгипноидном состоянии он сам оценил испытанные чувства как «лучшие, чем веселость».

Этногерменевтика на природной и сказочно-мифологической стадии

7-й сеанс. В гипноидном состоянии пациенту была предложена полевая запись русского фольклорного инструмента — калюки. Возник образ пустыни с негативным чувственным фоном — неуверенность. Возникло чувство диссонанса между чувством неуверенности, обра-

зом пустыни, с одной стороны, и чувством уверенности, звуками калюки, картиной озера — с другой.

8-й сеанс. Проработка образов, чувств и соответствующих диссонансов из 7-го сеанса. Возникновение чувства уверенности, свободы, чувства «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 двигательном уровне.

Этап этнодиссонанса

9-й сеанс. Проработка отношения пациента к наркотику. В гипноидном состоянии молодой человек 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 беспоконья и тревоги). Приходит в город (тоска, грусть). Осуществляет воображаемую инъекцию героина («иммунизация» в гипноидном состоянии). Сопутствующие чувства во время и после воображаемого укола — страх разрушить что-то, отвращение, затем чувство «отчуждения», «ощущение какой-то незримой сферы вокруг меня», «чувство одиночества».

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

После 9-го сеанса в течение двух суток отмечался сниженный фон настроения, чувство «депрессии», подавленности.

Поддерживающая терапия на сказочно-мифологической стадии

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 лешим 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 в психику пациента лучших переживаний реальности (конструктивные описания) и дезинтеграция его психики с переживаниями, связанными с употреблением героина, т.е. деструктивным одиночеством, изоляцией, тревогой, тоской, безнадёжностью и пр.

После проведения цикла психотерапии у молодого человека наблюдалась восемнадцатимесячная 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 случае обращает на себя внимание тот факт, что в процессе «этнофункциональной иммунизации» (сеанс 9), во время и после воображаемого употребления героина, пациент испытывал исключительно депрессивную симптоматику.

В процессе психотерапии у пациента произошли определенные сдвиги в преодолении нарушений этнофунк-

ционального развития личности на природной, сказочно-мифологической и религиозно-этической стадиях.

В приведенных выше примерах описаны случаи, когда система отношений пациентов, родившихся и проживавших в конкретной этносреде, эндопсихически связанная с последней, была деформирована внешними информационными (а позже и экзогенными — наркотическими) воздействиями. В процессе психотерапии связь личности пациентов с этносредой рождения и проживания была в определенной мере восстановлена. Далее мы приведем клинический случай героиновой наркомании, где пациент, родившийся и проживавший в средней полосе России, эндопсихически был «связан» с чуждыми (виртуальными, реально не существующими) этносредовыми условиями (подобные случаи, по нашим данным, среди опийных наркоманов составляют 5%).

Пример 3. Пациент А., родился и проживает в Москве (возраст 17 лет). Диагноз — *героиновая наркомания* (болен около 1 года). Мать пациента русская (по самоопределению), родом из деревни в средней полосе России, с детства не переносит холод; по вероисповеданию православная. Отец — еврей (по самоопределению), родом из Молдавии, атеист. Сам пациент, несмотря на то, что его мать — русская, считает себя евреем и иудеем по вероисповеданию; как и мать, с детства не переносит холод и предпочитает для постоянного места жительства теплые края, на берегу моря. У мальчика весьма напряженное отношение к религии. Например, по рассказу матери, во время туристической поездки в Иерусалим родители посетили православный храм; мальчик принципиально отказался войти внутрь и остался ждать снаружи, аргументируя тем, что является иудеем. По результатам этнофункционального психологического интервью у пациента выявлены «выпадение» природной и сказочно-мифологической стадий и «задержка» в сочетании с «пространственным» этнофункциональным рассогласованием содержания религиозно-этической стадии (с 16 лет считал себя иудеем). В кабинете психолога у него возникло определенное внутреннее напряжение в связи с образом о. Серафима Саровского, висевшим на стене.

Этап этногерменевтики

1-й сеанс. Погружение в гипноидное состояние. У пациента возникает спонтанный образ природы — берег теплого моря под полуденным солнцем, пустынная холмистая местность с редкими рощами лиственных деревьев, легкий бриз с моря. Чувственный фон: легкость на душе и в движениях; чувство спокойной уверенности, ощущение прилива сил. После выхода из состояния погружения — спокойное, «обыденное» состояние, без изменений, по сравнению с состоянием до начала сеанса.

2-й сеанс. В процессе погружения психотерапевт предложил пациенту образ среднерусской природы — еловый лес и луг на берегу небольшой речки. Чувственный фон у пациента: небольшая тревога, чувство неприязни и легкого пренебрежения, некоторая «скованность в душе». После выхода из состояния погружения возникло чувство «расслабления» на душе, ушли скука и вялость, усилилось чувство интереса к процессу психотерапии.

Далее пациенту был предложен образ зимнего поля и леса на окраине заснеженной деревеньки в ясный морозный день. Чувственный фон: неприятное усиление тревоги и чувства неприязни к окружающему. Спонтанно возник образ гористой местности на берегу моря, усилилось «ощущение того, что я здесь чужой».

3-й сеанс. В состоянии гипноидного погружения пациенту был предложен образ — теплое море, горы, лиственные рощи на склонах; у подножия гор в роще расположен храм (конкретная отнесенность храма к определенной конфессии психотерапевтом не упоминалась). По отношению к образу природы у пациента возникло чувство уверенности, прилива сил; возникло ощущение свежести. По отношению к храму возникло приятное чувство «озадаченности», «чувство вечности», «ошеломленности», прилива сил. По выходе из состояния погружения пациент отметил, что «ушла скука и утомление», появилось приятное чувство уверенности.

4-й сеанс. В состоянии гипноидного погружения пациенту были предложены образ иудейского храма (синагоги из камня) на берегу теплого моря на фоне холмистого берега, покрытого лиственными рощами, и образ православного храма (деревянной церкви) на фоне слового леса у небольшой реки. По отношению к иудейскому храму (и внутри него) пациент испытал чувство тревоги («все ли удастся запомнить!»), позитивно окрашенные «чувство вечности и единства», «легкую боязнь вечного», «чувство сосредоточенности на чем-то важном». При входе в православный храм он испытал чувство интереса, «таинственности» и, вместе с тем, чувства печали, тоски. По выходе из состояния погружения пациент отметил «облегчение», возникновение «чувства сосредоточенности», подъем настроения и прилив сил.

Этап этнодиссонанса

5-й сеанс. Проработка отношения к психическому состоянию, вызываемому наркотиком («этнофункциональная иммунизация»).

1. В состоянии погружения пациенту был предложен его любимый образ природы — холмистый берег теплого моря, покрытый лиственными рощами. Возникший чувственный фон: интерес, чувство спокойствия.

2. Далее пациенту был предложен следующий образ: знакомая квартира, где он делает себе воображаемый укол героина. Непосредственно перед уколом пациент испытал чувство «равнодушия». После укола «прихода» (сленг) не было, возникли неприятные ощущения холода и «застывания», чувство «потери сил».

3. На заключительном этапе погружения после воображаемого приема наркотика пациенту снова был предложен его любимый образ природы на берегу моря. Он отметил следующие изменения в своем состоянии: возникли «заторможенность», скука, апатия. Пациент отметил также, что в окружающей природе «все цвета потускнели», «стало пасмурно», «исчезли звуки и движение».

В итоге сеанса у пациента возрос интерес к занятиям, исчезло чувство беспокойства.

Из приведенных выдержек психотерапевтических сеансов видно, что повышение психического адаптационного потенциала (чувство прилива сил, обретение уверенности) пациент испытывал при «обращении» не к образам природы своей родины, а к образу, этнодифференцированному по отношению к этносреде его рождения и проживания. По отношению к родному ландшафту и климату пациент испытывал относительно менее адаптивное состояние, связанное с переживаниями тревоги, неприязни, с «чувством отчуждения» и, напротив, по отношению к православному храму — чувство интереса (конструктивная психиче-

ская активность), переживание таинственности (положительные, «адаптирующие» эмоции), хотя и на фоне некоторой печали (отрицательная, «деадаптирующая» эмоция), тогда как по отношению к иудейскому храму на фоне определенной тревоги (отрицательная эмоция) — такие «эрзац-чувства», как «чувства вечности и единства», «чувство сосредоточенности». Последние не имеют конкретного эмоционального компонента и представляют собой скорее абстрактно-перцептивные образы, требующие от человека faster собственной интеграции в его целостную психику дополнительных адаптационных усилий.

В данном примере выявляется эндопсихический (эндогенный) характер содержания отношения пациента к определенному образу природы (как более адаптивному для него), в то же время дифференцирующего этого пациента с ареалом его рождения и проживания.

Отношение пациента к православной религии является относительно более адаптивным (и в то же время интегрирующим его с регионом рождения и проживания) по сравнению с отношением к иудаизму.

В церкви — это наличие положительных эмоций интереса, чувство таинственного; печаль и тоска предполагают объект — «уходящую и непознанную» православную церковь.

В синагоге — чувство «боязни» (тревоги) перед надвигающейся неизвестностью и наличие абстрактно-интеллектуальных псевдоочувств типа «чувства вечности», «чувства единства» и пр., которые сами по себе не имеют конкретного эмоционального компонента и требуют определенных психических усилий для интеграции их в целостную психику пациента.

После окончания лечения в стационаре пациент уехал в Израиль. В катанезе, со слов приезжавших в Россию родителей, у него наблюдалась 12-месячная ремиссия. Он прекрасно адаптировался к новым (эндопсихически-родственным для него по основному адаптационному признаку — чувству «прилива сил» и т.п.) природным условиям. Отношение к религиозным вопросам приобрело у него более спокойный, менее напряженно-тревожный характер, т.е. сгладилась острота непосредственного переживания внутренних противоречий в вопросах веры и фактически мальчик отошел от иудаизма.

Данный случай относится к тем исключениям из правил, когда содержание эндопсихики пациента в основе своей есть виртуальная этносреда, компонентами которой являются, в частности, средиземноморский ландшафт и климат в сочетании с православием. По системообразующему признаку (отношение к ландшафту и климату) она этнофункционально рассогласована с этносредой ареала рождения и проживания пациента, что обуславливало нарушения психического развития на природной, сказочно-мифологической и религиозно-этической стадиях. Поэтому степень психической адаптированности пациента возросла вследствие его «этнофункционального погружения» в новую, относительно более адаптивную этносреду с точки зрения системообразующего ее признака — ландшафтно-климатических условий. В связи с этим не только облегчилась его основная симптоматика (зависимость от наркотика), но и сгладилась острота болезненных переживаний в отношении к вопросам религии и веры.

Разительный контраст в переживаниях, которые испытываются пациентами в процессе «иммунизации» в

гипноидном состоянии, наблюдается у тех, кто страдает зависимостью от опиатов, с одной стороны, и от алкоголя, первитина, а также некоторых токсических веществ, с другой. Ниже приведены краткие выдержки из клинических случаев этнофункциональной психотерапии первитинной и алкогольной зависимостей, а также зависимости от токсических веществ.

Пример 4. Пациент В., родился в г. Москве, 30 лет, первитинная зависимость 5 лет. Этнофункциональная психодиагностика выявила наличие существенных расхождений в мировоззренческой сфере (считает себя православным, но при этом убежден, что «молиться можно в любом храме — буддистском, мусульманском»). В ландшафтно-климатическом выборе и выборе типа питания расхождений не обнаружено. Выявлено «выпадение» природной, сказочно-мифологической и религиозно-этической стадий этнофункционального развития личности.

1-й сеанс. В гипноидном состоянии возникло спонтанное представление «движущихся в пустыне скал». Чувственный фон: «доброе чувство» («скалы были добрые»), возникший интерес к работе, хорошее настроение (примечание: по Х. Лейнеру, спонтанно возникающие «экзотические пейзажи», подобные приведенному выше, свидетельствуют о психопатологических проблемах).

...
5-й сеанс. Этнофункциональная иммунизация в гипноидном состоянии — «употребление» первитина сопровождалось подъемом активности, оптимистическими планами (после «укола»).

...
7-й сеанс. Осознание действия наркотика «наяву»: «это зло, это от дьявола, мешает реально воспринимать жизнь».

Пример 5. Пациент П., русский, родился в Сибири, 24 года. Употребляет токсические вещества (ингаляция клея «Момент») 7 лет. Этнофункциональная психодиагностика выявила расхождение в мировоззренческой сфере («некрещеный, в Иисуса не верю, нет определенности в области веры») и «выпадение» сказочно-мифологической и религиозно-этической стадий этнофункционального психического развития.

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.
1. Представление образа леса, «скучноватые» чувства.
2. Этнофункциональная иммунизация: в гипноидном состоянии «нюхал» клей «Момент». Чувственный фон: светлые чувства («как коммунизм»), радостные «как в детстве», чувство свободы, «ощущение способности предвидеть будущее».

3. Возвращение в лес после «токсического сеанса» («этнофункциональной иммунизации»). Продолжалось чувство того, что можно мыслить, что-то развивать, радость ощущения, что «отходишь от реальной жизни».

...
7-й сеанс. Осознание реального действия клея в обсуждении с терапевтом: «отрывает из жизни, от девушек, и от этого возникает печаль».

Пример 6. Пациент А., 36 лет, русский, родился в средней полосе России. Зависимость от употребления алкоголя 6 лет. Этнофункциональное расхождение выявлено лишь в мировоззренческой сфере. Считает себя православным, но в церковь практически не ходит, молитв не знает, крестился 2 года назад по собственной инициативе (выявлена «задержка» начала религиозно-этической стадии этнофункционального развития личности).

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

...
4-й сеанс. Этнофункциональная иммунизация: чувство после «выпивки» — радость, желание поговорить с женой и уладить в семье проблемы.

После «выпивки» сохранялось хорошее, «умильное» настроение, желание общаться с женой (при «употреблении» алкоголя в гипноидном состоянии пациенты довольно часто описывают такие состояния, как «умиленье», «сладость», «доброта», т.е. демонстрируя, на наш взгляд, весьма «православное» мироощущение).

5-й сеанс. Осознание действия алкоголя «наяву»: возникло острое чувство вины, желание исповедаться в церкви, поговорить с женой и начать новую жизнь.

Этнофункциональный аспект психотерапии опиоидной, психостимуляторной и алкогольной зависимостей

Если употребление опиатов «выключает» личность из русской этносреды, то употребление психостимуляторов (и, отчасти, алкоголя), напротив, обуславливает *сверхвключение в собственную этносреду* на идеаторном, аффективном, поведенческом уровнях. Вследствие этого в гипноидном состоянии в процессе «этнофункциональной иммунизации» пациенты испытывают не личностный этнодиссонанс, а лишь обычные при приеме конкретного психостимулятора приятные переживания, представления и пр. Однако из-за чрезмерной стимуляции все же происходит перерасход энергии, который потребители психостимуляторов и алкоголя субъективно переживают в виде депрессии (в России часто — с чувством вины) лишь *после* приема наркотика — по выходе из гипноидного состояния.

Эмпирической иллюстрацией этносредовой специфики отношения к психостимуляторам является существование в США своего рода «кокаиновой эпидемии» среди бизнесменов, работников шоу-бизнеса и т.п., где требуются «активность, энергичность, продуктивность», отвечающие ценностям *протестантской культуры капитализма* [4]. Люди, у которых возникают проблемы с кокаином, не являются в США и Европе изгоями, как героиновые наркоманы, и не вызывают легкого презрения, как потребители алкоголя (относительно более «православного» психоактивного вещества). Потребление кокаина в определенных социальных группах «искупается» повышением, на первых порах, продуктивности труда, социально-престижными достижениями.

В психотерапевтической практике человек, «употребляющий» опиаты в процессе этнофункциональной иммунизации в своем воображении сталкивается с проблемой вербального описания переживаний, чувств, ощущений, т.е. того психического состояния, этнофункциональное «сродство» с которым имеет данный тип наркотиков, а именно — пассивно-созерцательного блаженства, отре-

шенности от мира, что имеет нравственно-положительный смысл в буддизме [12, 27]. Интеграция, например, такого мироощущения и мировоззрения в психику русского (родившегося в России), тем более православного, требует от личности огромных адаптационных, энергетических затрат.

Переживания опийных наркоманов, с одной стороны, и наркоманов, потребляющих психостимуляторы, а также страдающих алкоголизмом, с другой, представляют собой, с точки зрения их этнической функции, две различные смысловые группы.

Это существенно для учета специфики психотерапии конкретных типов зависимостей. В целом, особенность переживаний опийных наркоманов состоит в том, что основной личностный конфликт у них — *внутрипсихический*, где в момент употребления наркотика происходит взаимодействие взаимно исключающих в этнофункциональном смысле психических *состояний* и *отношения* к ним.

Потребители психостимуляторов испытывают такой конфликт в гораздо меньшей мере. Проблемы возникают у них, в основном, как состояния личностной дезадаптированности (депрессивные переживания) вследствие «перерасхода энергии» из-за стремления более адекватно войти в собственную этносреду, в большей мере соответствовать ценностям постиндустриального общества, определенной социальной роли. Другими словами, здесь имеет место конфликт *социально-ролевой*.

У злоупотребляющих алкоголем, в свою очередь, преобладает *межличностный* конфликт; традиционно выверенным путем к разрешению последнего типа конфликта в русской этносреде является православное мировоззрение.

Исследования показывают, что опийная наркомания, в отличие от психостимуляторной зависимости (первтин) и алкоголизма, связана с большей степенью деформации этноида [23]. Другими словами, мировоззрение и мироощущение опийных наркоманов связано не с этносредой их рождения и проживания, а с чуждыми, реальными или виртуальными этносредами. В частности, имеются результаты, свидетельствующие о связи опийной зависимости с преобладанием у личности декларируемых элементов буддистского мировоззрения и отвержением родной природы и климата [27]. У страдающих алкоголизмом, в отличие от опийных наркоманов, практически не встречается этнофункционально рассогласованное с этносредой рождения и проживания эндопсихическое содержание. При этом подавляющее большинство опийных наркоманов, так же как и страдающих алкоголизмом, по нашим данным (в Москве), эндопсихически этнофункционально согласованы с этносредой их рождения и проживания. В целом, можно заключить, что опийная наркомания связана с отвержением родного ландшафта и климата, а алкоголизм — с «недовключенностью» в отечественные культурные традиции (в особенности — православные).

С этих позиций этнофункциональная психотерапия и профилактика алкоголизма должны быть направлены, в основном, на воцерковление личности (православие); в свою очередь, опийная наркомания требует, прежде всего, восстановления системы отношений личности с родной природой и климатом (как правило, опосредствованное традиционными сказочно-мифологическими образами). И лишь после этого целью психотерапии должно

быть осмысление личностью нравственной стороны своей зависимости (т.е. как греха). Клинический опыт показывает, что очень часто, если психотерапевт начинает общаться с опийными наркоманами (преморбидно склонных к апато-тревожному ведущему аффекту [23]) «с христианских позиций», последних отпугивает «непонятность» переживания чувства греха, вины и ответственности (что в большей мере связано с ведущим тревожным аффектом). Психотерапевтическое восстановление отношений пациентов к явлениям, образам природы и их сказочно-мифологическими персонификациям способствует активизации аффективной сферы личности и ее гармонизации с когнитивно-волевой направленностью [16, 19]; на этой основе можно строить работу с религиозно-этической стороной системы отношений личности.

Клинические этнофункциональные исследования показывают, что страдающие первитиновой зависимостью в преморбиде имеют склонность к ведущему апатическому аффекту, а также этнофункциональные рассогласования системы отношений к родным ландшафтам и климату и «задержку» начала религиозно-этической стадии этнофункционального психического развития [16, 17, 23]. В связи со сказанным, психотерапию данного типа зависимости следует так же, как и в случае опийной наркомании, начинать с восстановления системы отношений личности к природе, опосредствованной традиционными в данной этносреде сказочно-мифологическими образами.

В свою очередь, страдающие алкогольной зависимостью в русской этносреде склонны к тревожно-тоскливому ведущему аффекту [23], внутренне готовы к углублению религиозно-этической стороны системы отношений (православной культуры), осознанию чувства вины, исповеди и на этой основе — отказу от алкоголя. При зависимости от алкоголя, в связи со сказанным, можно начинать и с осознания данной зависимости как греха — в данном случае чувство тревоги будет играть конструктивно-поддерживающую роль.

Вследствие этносредовой «мозаичности» современного общества [5, 25], нарушения этнофункционального развития личности на природной и сказочно-мифологической стадиях («выпадение» стадий и «задержка» начала — после 5 лет) у страдающих наркотическими зависимостями, так же как и при аффективных расстройствах, с различным спектром ведущих аффектов, имеют место практически во всех случаях. Эти нарушения связаны с теми или иными преморбидными нарушениями эмоциональной сферы [24, 26]. С другой стороны, при зависимостях практически всех типов имеет место «задержка» начала религиозно-этической стадии (с 9 лет и позже) [23, 24]. Поэтому этнофункциональную психотерапию по восстановлению содержания природной и сказочно-мифологической стадий рекомендуется проводить при всех типах зависимостей в первую очередь. Затем осуществляется психотерапия, ориентированная на восстановление традиционного религиозно-этического содержания системы отношений личности.

В заключение отметим, что, в целом, этнофункциональная психотерапия химических зависимостей от психоактивных веществ и наркотических средств является дополнительным психологическим методом к фармакологическому лечению. Данный метод является инстру-

ментом «тонкой дифференциации» для «высокоточного» использования в процессе лечения всего гуманитарного арсенала средств, специфических для этносреды рождения и проживания пациентов — от содержания отношений к образам родной природы, музыкальной культуры, художественной литературы и прочее до содержания их религиозных отношений. Это позволяет обеспечить действительно системный («этнофункционально-антропологический») подход к психотерапии личностей, страдающих различными видами зависимостей.

Список литературы

1. Белик А.А. Психологическая антропология: некоторые итоги развития // Этнологическая наука за рубежом: проблемы, поиск, решения. ИЭА РАН. — М.: Наука, 1991.
2. Бромлей Ю.В. Очерки теории этноса. — М.: Наука, 1983.
3. Василюк Ф.Е. Психология переживания. — М.: Изд-во Московского университета, 1984.
4. Вебер М. Избранное. Образ общества. — М.: Юрист, 1994. — С. 280, 600—624.
5. Давыдов Ю.Н. Кризисное сознание // Современная западная социология. — М.: ИПЛ, 1990. — С. 143—144.
6. Доржиева Т.В. Психологическое исследование роли этнических традиций в развитии творческого потенциала детей в младшем школьном возрасте: Дисс. на соискание ученой степени к.пс.н. — М.: ПИ РАО, 2000.
7. Карвасарский Б.Д. (ред.). Психотерапевтическая энциклопедия. — СПб.: ПИТЕР, 2002. — С. 101—102, 875.
8. Козлов В.И. Этнос // Этнические и этносоциальные категории. Вып. 6. — М.: ИЭА РАН, 1995. — С. 151—153.
9. Лазурский А.Ф. Избранные труды по психологии. — М.: Наука, 1997. — С. 239—244.
10. Лейнер Х. Кататимное переживание образов. — М.: Эйдос, 1996.
11. Мяснишев В.Н. Психология отношений. — М.: Академия педагогических и социальных наук, 1995. — С. 15—36.
12. Пятницкая И.Н. Наркомании. — М.: Медицина, 1994.
13. Платон. Соч. Т.2. — М.: Мысль, 1968. — С. 34—42, 505—506.
14. Семке В.Я. Этнос и биопсихический конфликт / Миневич В.Б. (ред.) // Психиатрия в контексте культуры. Вып. 1. — Томск — Улан-Удэ: РЦССП им. В.П. Сербского, 1994. — С. 86—95.
15. Семке В.Я., Галактионов О.К., Гольцова Т.В. Этническая наркология циркумполярных популяций — «семейная тайна государства»? / Миневич В.Б. (ред.) // Психиатрия в контексте культуры. Вып. 1. — Томск — Улан-Удэ: РЦССП им. В.П. Сербского, 1994. — С. 215.
16. Сухарев А.В. Методические рекомендации по этнофункциональной психотерапии зависимостей от наркотических веществ // Журнал прикладной психологии. — 1999. — №6. — С. 64—125.
17. Сухарев А.В. Этнофункциональный психологический подход к психической адаптации человека: Дисс. на соискание ученой степени д.пс.н. — М.: ПИ РАО, 1999.
18. Сухарев А.В. Этнофункциональная психология в воспитании, психотерапии и психопрофилактике. — М.: АГЗ МЧС РФ, 2004.
19. Сухарев А.В. Этнофункциональная психотерапия: теоретико-методологические предпосылки и эмпирические результаты // Психологический журнал. — 2007. — Т. 28, №1. — С. 90—100.
20. Сухарев А.В., Кравченко О.Ф., Овчинников Е.В., Тимохин В.В., Шапорева А.А., Щербак С.Ю. Этнофункциональный подход в воспитании и психопрофилактике // Психологический журнал. — 2003. — Т. 24, №5. — С. 68—80.
21. Сухарев А.В., Степанов И.Л. Этнофункциональный аспект особенностей развития депрессивных расстройств // Журнал прикладной психологии. — 2006. — №3. — С. 102—113.
22. Сухарев А.В., Тимохин В.В., Шапорева А.А. Этнофункциональный подход в детской онкологии // Вопросы психологии. — 2004. — №3. — С. 37—51.
23. Сухарев А.В., Тимохин В.В., Щербакова О.Ф., Иванова Е.В., Латышева А.С., Рошупкина Т.Г. Исследование связи нарушений этнофункционального развития личности с химической зависимостью от некоторых психоактивных веществ // Наркология. — 2007. — №1. — С. 45—54.
24. Тимохин В.В. Этнофункциональный аспект процесса психического развития: Автореферат дисс. на соискание ученой степени к.пс.н. — М.: ПИ РАО, 2005.
25. Тоффлер О. Футуршок. — М.: Прогресс, 1973. — С. 218.
26. Шапорева А.А. Роль этнической функции в содержании воспитательных и психокоррекционных воздействий в психической адаптации детей и подростков // Журнал прикладной психологии. — 2006. — №6 (3). — С. 123—135.
27. Щербак С.Ю. Связь элементов мировоззрения пациентов, страдающих зависимостями от ПАВ и алкоголя с типом этой зависимости // Журнал прикладной психологии. — 2003. — №6. — С. 70—72.
28. Hark H. (Hrsg.). Lexikon Jungischer Grundbegriffe. — Breisgau: Walter-Verlag Olten und Freiburg, 1988. — S. 25—29, 48—49.