

## **Семья наркозависимых как фактор дестабилизации процесса социализации развивающейся личности**

*С. Б. Джалалов, г. Нарва, Эстония*

Понятия «наркомания», «наркотики», «наркоман» стали частью жизни человечества и особой проблемой в современном обществе. Понятие наркомании как особой сферы социальной патологии, стало обозначать социально-биологическую угрозу, имеющую глобальный масштаб и характер.

Масштабные общественные проблемы, связанные с наркотиками нашли своё отражение в решениях Организации Объединённых Наций и Всемирной Организации Здравоохранения, в которых разработаны стратегии и программы по борьбе с наркоманией, а также стратегии лечения и реабилитации наркозависимых [1; 2].

Ввиду низкой эффективности лечебных и реабилитационных программ, одной из ведущих стратегий предотвращения потребления нелегальных наркотиков стала так называемая программа заместительного метадонового лечения, которая применяется в 106 странах мира — во всех странах Америки, Западной Европы, многих странах Восточной Европы и Прибалтики, а также большинстве стран СНГ (кроме России и Туркменистана) [3; 4].

Целью заместительного лечения является декриминализация наркозависимых, улучшение их здоровья и обеспечение социального функционирования: наркозависимые, оставаясь больными людьми, могут осуществлять трудовую деятельность, создают семьи, где, в свою очередь, рождаются и вырастают дети.

Метадоновая программа заместительного лечения наркозависимых в Эстонии началась в 2001 году и к 2010 году уже насчитывала более 1500 пациентов в год [5]. В Нарве за помощью на метадоновую программу обратились 638 человек, в возрасте от 18 до 42 лет. Большинство пациентов проживают семьями и имеют детей в возрасте от 1 года до 17 лет. Наибольшая часть этих детей находится в позднем дошкольном и начальном школьном возрасте. Родители, получающие метадоновое лечение, сохра-

няют ряд общих черт, свойственных людям, злоупотребляющим наркотическими веществами: низкий самоконтроль, эмоциональная неустойчивость, неадекватные реакции на фрустрирующие обстоятельства, и т. д., и их влияние на ребёнка имеет деструктивные последствия, отражающиеся на процессе социально-психологической адаптации ребёнка и возникновении специфических проблем в начальной школе [6; 7].

В современной научной литературе описана взаимосвязь между высоким риском социальной дезадаптации и наркозависимостью родителей. На это также указывают факты наличия большого числа «социальных сирот»: дети, растущие в атмосфере отсутствия ласки, внимания, заботы и любви, изначально не могут чувствовать себя благополучными и счастливыми [8; 9; 10].

Современные западные исследователи [Голдман, 2009; Салус, 2003; Филлипс, 2000; Штэйн, 2003; и др.] указывают на сложнейшие проблемы в личности и развитии детей, у которых родители употребляют наркотики. Например, сложности понимания эмоций других людей, трудности в установлении доверительных отношений, недостаток эмпатии, отсутствие чувства вины за причинённый ущерб сверстникам и т. д. [11].

В российской науке данные проблемы не исследовались по причине запрета на проведение метадоновых заместительных программ в 1998 году. Социальные службы, полиция, выявляя факты злоупотребления, родителями наркотиков, устанавливая признаки пренебрежения ребёнком, изымают детей, передавая их в органы опеки.

В странах, где метадоновые программы лечения наркозависимых разрешены, исследований влияния родителей (потребителей метадона) на детей проводилось недостаточно, и полученные результаты имеют часто противоречивый характер (см. Deren, 1986; Hogan, 1998; Mayes, 1995) [12].

Bauman и Levine (1986) сравнили развитие детей от 3 до 8 лет родителей, находящихся на метадоновом лечении, с детьми из обычных семей. В результатах исследования указываются следующие факты: 1) Дети (зависимых от метадона матерей) имели более высокий по сравнению с обычными детьми уровень

отклоняющегося поведения, например, они, больше кричат, ноют, дразнят и применяют физическое насилие в адрес других детей. Зависимые матери, как правило, унижают, обесценивают, не одобряют и кричат на своих детей; 2) дети зависимых от метадона матерей имели более низкие показатели коэффициента интеллекта по сравнению с детьми ненаркозависимых матерей по шкале интеллекта Стэнфорда — Бине. В исследовании обнаружилось, что зависимые матери также имели низкие средние баллы коэффициента интеллекта из-за чего дети не получали адекватной интеллектуальной стимуляции дома; 3) дети зависимых от метадона матерей имели более слабый уровень обучения и адаптации к новым ситуациям, чем у детей обычных матерей; 4) дети зависимых от метадона матерей имели более низкий рост, вес, и общий уровень развития по сравнению с детьми ненаркозависимых матерей; 5) в исследовании не было обнаружено никаких существенных различий крупной моторики у детей зависимых матерей по сравнению с детьми обычных матерей.

Diane M. Hogan, Louise Higgins (1998) предприняли попытку описать влияние родителей с опиоидной и метадоновой зависимостью на детей, находящихся в дошкольном и раннем школьном возрасте. В своём исследовании детей из семей наркозависимых (24 ребёнка) они указали, на значительно более низкий уровень адаптации в школе, проблемы с концентрацией внимания, трудности общения со сверстниками, импульсивность и агрессивное поведение, низкий уровень доверия, неспособность вербально выражать свои эмоции, и более низкую успеваемость, чем в группе сверстников из обычных семей [12].

В другом исследовании семей, Sharon Dawe и Paul Harnett (2007) указывают на высокий риск пренебрежения и насилия над детьми в семьях, где родители стоят на метадоновой программе. Они показывают на серьёзный недостаток родительской компетентности и воспитательных способностей у целевой группы, рассматриваемой исследователями как факторы риска насилия и пренебрежения ребёнком [13].

За исключением некоторых фактов, все ещё остается неизвестным, как именно влияет семья, где родители находятся на метадоновой заместительной программе, на развитие ребёнка;

каков социально-психологический портрет указанной семьи; в чем именно заключаются трудности адаптации ребёнка из такой семьи в начальной школе.

В рамках нашего диссертационного исследования на предварительном этапе составления социально-психологического портрета семьи мы с помощью анкетирования изучили 81 родителя (59 матерей и 22 отца), которые находятся на программе метадонового заместительного лечения (г. Нарва, Эстония).

Средний возраст родителей 28,1 (самому старшему 35 лет, младшему 24 года). В этих семьях проживает 67 детей, в том числе 59 дошкольников в возрасте 6–7 лет.

54 родителя имеет основное образование, 9 классов (66,7 %), 12 родителей не окончили основную школу (14,8 %) и 15 родителей имеют средне-специальное образование (18,5 %). Таким образом, уровень образования у 81,5 % не превышает 9 классов.

49 родителей (60,5 %) являются безработными, 27 (33,3 %) временно работают, 5 человек никогда не работали (6,2 %).

31 родитель (38,3 %) получает пенсию по инвалидности (состояния здоровья связанные с ВИЧ-инфекцией), 66 родителей (81 %) указали в качестве источника дохода пособие на ребёнка и другие социальные выплаты.

11 семей (21 %) из 53 проживают вместе с детьми в общежитии, остальные семьи снимают квартиры или проживают у родственников.

Средний возраст начала употребления наркотиков 16,1, самое раннее 12 лет, самое позднее 20 лет. 52 родителя (64,2 %) имеют как минимум одну судимость.

Периоды трезвости, как правило, связаны с пребыванием в местах заключения, добровольные отказы от употребления наркотиков у исследуемой целевой группы незначительны. Период трезвого образа жизни в перерывах между употреблением в среднем составил 3,2 месяца. Средний период пребывания на программе метадонового заместительного лечения составил 4,2 года, самый длительный 7 лет, самый короткий 1 год.

Исходя из предварительных результатов исследования, можно заключить, что родители, находящиеся на программе метадонового лечения, проживают в относительной экономической бедности

и в неудовлетворительных жилищных условиях. Большинство из исследуемых родителей не имеет работы и живёт на деньги от детского пособия. Соответственно, это не может не влиять на удовлетворение материальных и бытовых потребностей ребёнка. Уровень образования низкий и у большинства не превышает 9 классов, что объясняется возрастом начала употребления наркотиков, когда наркозависимые обычно бросают учёбу в школе.

Как правило, большинство детей родилось до поступления их на программу метадонowego заместительного лечения, то есть в период активного употребления наркотиков. Поскольку треть родителей ВИЧ-инфицированы и учитывая возможность пренебрежения к детям со стороны зависимых родителей, в этих семьях сохраняется риск инфицирования детей ВИЧ-инфекцией. Подавляющее большинство родителей имеют судимости за совершённые преступления (как правило, кражи и мошенничество), что в свою очередь также является фактором маргинализации этих семей в обществе. Поскольку возраст начала употребления наркотиков в целевой группе в среднем приходится на 16 лет, у таких родителей не было возможности успешной социализации в старшем подростковом возрасте, а также становления личности в юношеском возрасте и формирования ранней взрослости.

В результате этого предварительного исследования, в целом мы видим неблагополучную семью с дефицитом социально-психологических ресурсов, низким уровнем социализации, в которой существуют риск для развития ребёнка, что негативно будет сказываться на процессе первичной социализации и в будущем приведёт к проблемам в начальной школе.

Следующий этап исследования будет посвящён исследованию внутренних психологических механизмов функционирования семьи, находящейся на программе метадонowego лечения, особенностей воспитания, и социально-психологическим особенностям личности детей, воспитывающимся в указанных семьях.

#### *Литература*

1. Инвестиции в лечение наркомании: Организация Объединённых Наций, Нью-Йорк, 2003.

2. World Drug Report, United Nations Office On Drugs And Crime, Vienna, 2010.
3. Надеждин А. В. К вопросу о «заместительной терапии» у больных героиновой наркоманией // Вопросы наркологии. 2001. № 5.
4. Потребители инъекционных наркотиков, лечение ВИЧ/СПИД и первичная медицинская помощь странах Центральной и Восточной Европы и бывшем Советском Союзе. Сеть проектов снижения вреда. Вильнюс. 2002.
5. Eesti metadoonasendusravi kvaliteedi ja teenuste vajaduste hindamise uuringu aruanne, UNODC 2008 (Оценка качества и необходимости услуг метадонowego заместительного лечения в Эстонии). 2008. Таллинн, Институт Развития Здоровья Эстонии.
6. Джалалов С. Б. Проблемы дезадаптации детей из семей наркозависимых // Образование для устойчивого развития в поликультурном образовательном пространстве, Пятые Лозинские чтения. Псков. 2013.
7. Джалалов С. Б. Применение коррекционных программ для детей с эмоциональными и поведенческими расстройствами // Педагогическая конференция, Нарвский Колледж Тартуского Университета. Нарва. 2014.
8. Ненашева А. В. Формирование аллостаза, особенности роста и развития детей из социально неблагополучных семей. Диссерт. д-ра биол. наук, Челябинск. 2008.
9. Лыгина М. Социальные сироты и теоретические основы социальной работы с ними // Известия Пензенского государственного педагогического университета имени В. Г. Белинского, № 12 (16). 2009.
10. Роженко, А. Л., Особенности эмоциональной, социальной и личностной адаптации к школе детей, воспитывающихся в разных социальных условиях, диссерт. канд. псих. наук. Ростов-н/-Дону. 2006.
11. Protecting Children in Families Affected by Substance Use Disorders, Office on Child Abuse and Neglect, Children's Bureau, ICF International. 2009.
12. Diane Hogan and Louise Higgins, When parents uses drugs, The Children's Research Centre, Trinity College Dublin, 1997.
13. Sharon Dawe, Paul Harnett Reducing potential for child abuse among methadone-maintained parents: Results from a randomized controlled trial, Journal of Substance Abuse Treatment. 32 (2007) 381–390.
14. Bauman P, Levine S. The development of children of drug addicts. Int J Addict 1986; 21(8): 849–863.