

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Утверждено
к печати решением
Ученого Совета
НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
Протокол № 5 от 24.09.2020

**Психологическая диагностика личностного и семейного
функционирования родственников, опекающих больного с химической
аддикцией**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2020

УДК: 159.9+316.62(075.4)

Психологическая диагностика личностного и семейного функционирования родственников, опекающих больного с химической аддикцией: методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: А.М. Шишкова, В.В. Бочаров. – СПб.: / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020. – 19 с.

Организация-разработчик: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Авторы-составители: Шишкова А.М., Бочаров В.В.

Рецензент: Егоров А.Ю. – заведующий лабораторией нейрофизиологии и патологии поведения ФГБУН «Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова» Российской академии наук, д.м.н., профессор.

Аннотация

В методических рекомендациях представлены методологические основы психологической диагностики родственников, опекающих больных с химической аддикцией. Описаны диагностические «мишени», оценка которых необходима при исследовании наиболее значимых сфер личностного и семейного функционирования родственников больных. Показана необходимость изучения как деструктивно-дисфункциональных, так и ресурсных составляющих личностной активности родственников в ситуации хронической болезни близкого. Приведены конкретные психодиагностические инструменты, позволяющие объективировать и уточнить данные об актуальном психическом состоянии, особенностях личностного и семейного функционирования, отношении к больному у родственников, опекающих больных с химической зависимостью.

Методические рекомендации предназначены для врачей психиатров-наркологов, медицинских (клинических) психологов, работающих в специализированных наркологических учреждениях и реабилитационных центрах.

ISBN 978-5-94651-078-3

© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТНОГО И СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РОДСТВЕННИКОВ, ОПЕКАЮЩИХ БОЛЬНОГО С ХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИЕЙ	5
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИЧНОСТНОГО И СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РОДСТВЕННИКОВ, ОПЕКАЮЩИХ БОЛЬНОГО С ХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИЕЙ	9
ДИАГНОСТИКА ЛИЧНОСТНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РОДСТВЕННИКОВ, ОПЕКАЮЩИХ БОЛЬНОГО С ХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИЕЙ.....	10
ДИАГНОСТИКА ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ РОДСТВЕННИКОВ, ОПЕКАЮЩИХ БОЛЬНОГО С ХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИЕЙ.....	13
ДИАГНОСТИКА ОТНОШЕНИЯ ОПЕКАЮЩЕГО РОДСТВЕННИКА К БОЛЬНОМУ ХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИЕЙ.....	15
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	16
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	17

Психологическая диагностика личностного и семейного функционирования родственников, опекающих больного с химической аддикцией

А. М. Шишкова, В. В. Бочаров

ВВЕДЕНИЕ

В современном обществе все большее распространение получает употребление психоактивных веществ (алкоголя и наркотиков). По данным Управлением ООН по наркотикам и преступности в 2019 году около 35 миллионов человек во всем мире страдают от расстройств, связанных с употреблением наркотиков и нуждаются в лечении (Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2019 год(Е/INCB/2019/1)).

В этой связи в качестве одной из центральных задач выступает разработка эффективных программ профилактики, терапии и реабилитации больных, страдающих химической аддикцией. В условиях постоянного сокращения числа коек (мест) в стационарах, а также уменьшения длительности собственно стационарного лечения наркологических больных (Киржанова В. В. и др., 2020) значительно возрастает роль семьи больного. В то же время на современном этапе развития деятельность наркологических служб практически полностью игнорирует аспекты, связанные как с привлечением семьи больного к терапевтическому процессу, так и с оказанием специализированной помощи самим родственникам, вне зависимости от наличия или отсутствия у больного желания лечиться. Сложившаяся ситуация наглядно отражается в результатах аудита состояния и качества медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» с целью выявления актуальных проблем и способов их преодоления, проведенного сотрудниками ННЦ наркологии (филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России) в 2018 году (Клименко Т. В., Козлов А. А., 2019), где нет ни единого упоминания о семье или родственниках наркологического больного.

Отечественные и зарубежные исследования показывают, что переживания родственников, вовлеченных во взаимодействие с больным, характеризуются высокой степенью тревоги, депрессии, беспомощности, гнева и чувства вины. Близкие больного ощущают постоянное беспокойство о физическом и психическом благополучии больного, у них отмечается значительное сокращение социального функционирования, нарушение внутрисемейных коммуникаций, появляются жалобы на развитие соматических заболеваний, обусловленных стрессом в связи с болезнью близкого (Агибалова Т. В., Эм Т. В., 2012; Orford J. et al., 2010 и др.).

В отечественной наркологической практике вышеописанные особенности личностного и семейного функционирования родственников больных химической

аддикцией принято рассматривать в рамках концепции «созависимости», которая во многом является развитием гипотез о личностной дисфункциональности (disturbed personality hypothesis) и декомпенсации (decompensation hypothesis), выдвигаемых различными авторами для интерпретации психологических особенностей жен больных алкоголизмом в 50-е годы прошлого столетия (Futterman S., 1953; Kalashian M. M., 1959). Выдвигая гипотезы о личностной дисфункциональности жен аддиктивных больных, авторы предполагали, что выбор мужа, испытывающего постоянные затруднения, является способом разрешения их собственного невротического конфликта, а осуществляемая ими опека больного представляет собой ни что иное, как компенсацию их личностной дисфункциональности. Такое стигматизирующее в своей основе представление специалистов о родственниках, опекающих больных с химической аддикцией, приводит к существенной недооценке их вклада в поддержание благополучия больного. Деятельность, осуществляемая родственниками, как правило рассматривается как препятствующая терапевтическому процессу или по меньшей мере как вредящая их собственному здоровью и поэтому нежелательная, что ведет к игнорированию ее конструктивных аспектов.

Одностороннее представление о родственниках аддиктов как о «созависимых» отнюдь не способствует прояснению и индивидуализации целей и задач психотерапевтических/психокоррекционных мероприятий, в основе которых должны лежать верифицированные психодиагностические процедуры, позволяющие выявить как деструктивные аспекты, так и ресурсные составляющие их личностного и семейного функционирования.

В настоящем пособии будут представлены как методологические основы, так и конкретные психодиагностические инструменты, применение которых в работе с родственниками больных позволит составить адекватное представление об актуальном состоянии близкого, опекающего аддиктивного больного, и разработать индивидуальный план мероприятий по оказанию ему психологической помощи.

Методология исследования личностного и семейного функционирования родственников, опекающих больного с химической аддикцией

В настоящем разделе будут кратко представлены основные модели изучения психологии родственников больных с аддиктивными расстройствами, применяемые в настоящий момент как в России, так и за рубежом.

Анализ отечественной и зарубежной литературы, посвященной описанию психологии родственников аддиктивных больных, позволил нам условно выделить 3 основных направления, в рамках которых осуществляется исследование психологии родственников таких больных.

Первое направление связано с изучением влияния хронического стресса, переживаемого родственниками в связи с болезнью близкого (Бисалиев Р. В., 2010; Загородникова Е. В., 2013; Orford J, et al., 2010), а также оценкой материальных, эмоциональных и прочих затрат, сопряженных с заботой о нем. Этот

аспект психологии родственников, как правило, называют «бременем болезни» (Benishek L. A., 2011; Nebhinani N. et al., 2013). Итак, авторы, придерживающиеся первого направления, рассматривают близкие родственные отношения с аддиктом в качестве выраженного стресс-фактора, оказывающего продолжительное (хроническое) воздействие на близких больного. При этом влияние стресса, обусловленного воздействием болезни, изучается как на уровне отдельной личности (Бисалиев Р. В., 2010; Бохан Н. А., Стоянова И. Я., Мазурова Л. В., 2011; Загородникова Е. В., 2013; Arcidiacono C. et al., 2009; Orford J., 2010), так и на уровне всей семьи (Березин С. В., Лисецкий К. С., Назаров Е. А., 2001; Downs W. R., 1982). Авторы, опирающиеся на концепцию стрессовой обусловленности процессов, происходящих в семье аддиктивного больного, отмечают, что дистресс, переживаемый его близкими, часто сопровождается деформацией семейных отношений. Неблагоприятными последствиями воздействия выраженных по силе психотравмирующих событий, равно как и хронических повседневных стрессоров, обусловленных болезнью, могут оказываться межличностные конфликты в семье, психопатологические реакции и развивающиеся психосоматические заболевания (Бохан Н. А., Стоянова И. Я., Мазурова Л. В., 2011; Orford J. et al., 2010), которые, в свою очередь, определяют дальнейшую дезадаптацию членов семьи больного.

Осуществляя эмпирические исследования в рамках данного направления, авторы концентрируются на влиянии хронического стресса, переживаемого родственниками, при этом изучая:

- защитные механизмы и совладающее поведение членов семьи (Загородникова Е. В., 2013; Запесоцкая И. В., 2012; Hurcom C., Copello A., Orford J., 2000);
- механизмы адаптации семьи к болезни близкого (Березин С. В., Лисецкий К. С., Назаров Е. А., 2001; Jackson J., 1954; Hurcom C., Copello A., Orford J., 2000);
- негативные психологические последствия, переживаемые родственниками в связи с появлением в семье больного химической зависимостью (Посохова С. Т., Яцышин С. М., 2008; Kahler C. W., McCrady B. S., Epstein E. E., 2003; Orford J et al., 2010);
- факторы, влияющие на процесс переживания стресса, например, возрастные, гендерные и культуральные особенности (Березин С. В., Лисецкий К. С., Назаров Е. А., 2001; Бочаров В. В., Шишкова А. М., 2016; Orford J. et al., 2013; Philpott H. , Christie M. M., 2008);
- протективные факторы, например, влияние социальной поддержки (Bhowmick P. et al., 2001; Cohen S., Wills T. A., 1985).

Второе направление базируется на системной теории. Оно рассматривает злоупотребление психоактивными веществами в качестве фактора, стабилизирующего семейный гомеостаз (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 2008; McCrady B. S., Epstein E. E., 1996). В рамках данного направления семья рассматривается как открытая, самоорганизующаяся система, где поведение членов семьи определяется особенностями функционирования семьи как целого и служит для поддержания внутрисемейного гомеостаза. Семейная система может оставаться стабильной,

сохраняя «патологическое равновесие» (pathological equilibrium), при котором алкоголизация или наркотизация одного из родственников принимается семьей и выступает как средство достижения стабильности.

Рассмотрение семьи как системы позволяет определить роль, которую наркотическая зависимость одного из членов семьи играет в процессе поддержания стабильности всей семьи (McCrary B. S., Epstein E. E., 1996). Аддикция в этом случае рассматривается как, пусть и патологический, но достаточно эффективный способ компенсации семейной дисгармонии. Так, например, употребление алкоголя может помогать сохранять стабильность семейных ролей, способствовать выражению аффекта, позволяет достичь более глубокого уровня интимности между членами семьи, дает возможность выносить на обсуждение темы, которых семья обычно избегает в период трезвости. Такие явления условно обозначаются как «adaptive consequences of drinking» — «адаптивные последствия алкоголизации» (Shoham V. et al., 2007).

Определенные паттерны поведения в семьях аддиктивных больных жестко ассоциированы с фазами заболевания, наркотическая зависимость, в сущности, выступает в качестве механизма своеобразного усиления гибкости семейной системы. Такое усиление достигается за счет способности семьи колебаться между фазами интоксикации и абстиненции, по мере необходимости используя различный поведенческий репертуар. При этом попытки удерживаться лишь в фазе абстиненции значительно уменьшают гибкость системы и вызывают выраженный дискомфорт у членов семьи (Morgan O. J., 2012).

В рамках данного направления исследуются:

- психологический «смысл» заболевания, адаптации и компенсации семейных дисгармоний (Березин С. В., Лисецкий К. С., Назаров Е. А., 2001; McCrary B. S., Epstein E. E., 1996; Morgan O. J., 2012);
- границы семьи (Березин С. В., Лисецкий К. С., Назаров Е. А., 2001; Ваисов С. Б., 2008);
- семейные роли и паттерны поведения, которые характерны для членов семьи аддиктивного больного и обусловлены их неосознанным стремлением поддерживать патологическое равновесие в семье (Ваисов С. Б., 2008; Smilkstein G., 1980).

Третье направление делает акцент на исследовании «личностной дисфункциональности» / «созависимости» и, по сути, продолжает исследовательскую традицию, осуществляемую в рамках гипотез о личностной дисфункциональности (disturbed personality hypothesis) и декомпенсации (decompensation hypothesis), выдвигаемых различными авторами для интерпретации психологических особенностей жен больных алкоголизмом в 50-е годы прошлого столетия (Futterman S., 1953).

Основополагающий постулат концепции «созависимости», заключающийся в том, что все члены семьи, в которой есть больной алкоголизмом или наркотической зависимостью, будут демонстрировать проявления «созависимости» (Beattie M., 1989; Cermak T. L., 1986), фактически исходит из медицинской концепции,

стремящейся описать поведение родственников с точки зрения выраженности проявления аномальных тенденций — психопатологии. Следует сказать, что данное предположение (обязательное наличие психопатологических проявлений) не имеет достаточных эмпирических оснований, а попытки определить «созависимость» в рамках международных классификаций болезни, предпринятые, например, Т. Сермак, не увенчались успехом. Так, до настоящего времени, несмотря на широкую распространенность данной концепции и ее популярность в среде наркологов, официального статуса «созависимости» как психопатологической категории не существует (Сермак Т. Л., 1989).

За рубежом данная концепция в последнее время в значительной степени утратила популярность, присущую ей в 70-х годах прошлого столетия, и неоднократно подвергалась критике зарубежного научного сообщества (Calderwood A. K., Rajesparam A., 2014; Lee Bonnie K., 2014; Orford J. et al., 2010).

В то же время в отечественной наркологии и клинической психологии описание психологии родственников больных с аддиктивными расстройствами, как правило, осуществляется именно в рамках концепции «созависимости». При этом диагностика «созависимости» часто осуществляется не с помощью выявления специфических психологических характеристик, а посредством констатации факта родства или совместного проживания с аддиктом. В результате люди, обращающиеся за помощью из-за проблем, связанных с наличием у их близких аддиктивных расстройств, беспелляционно получают стигматизирующий ярлык «созависимости», препятствующий конструктивному взаимодействию со специалистами.

Попытки смягчить тяжесть социальных последствий поведения больного, поддержание его психического и физического благополучия, материальная помощь и другие действия родственников, направленные на сохранение уровня социальной и психической адаптации пациента, в рамках концепции «созависимости» рассматриваются как деструктивные проявления собственной личностной дисфункциональности родственника. При этом во главу угла ставится достижение личностной автономии путем дистанцирования больного аддикцией и опекающего его близкого. Естественная потребность родственников аддиктов в опеке больного, активном вовлечении в его жизнь и происходящее вследствие этого сокращение дистанции между болеющим родственником и опекающим его близким (не являющееся специфичным для клиники аддиктивных расстройств и наблюдаемое так же у родственников психически и соматически больных), как правило, встречает порицание и рассматривается в качестве «мишени» психотерапевтических воздействий. Усиление симбиотичности отношений, безусловно, требует внимания специалистов. Однако наличие симбиотических тенденций не должно быть препятствием для изучения и поддержания конструктивной личностной активности родственников, направленной на поддержание благополучия больного члена семьи, и никак не может быть преодолено путем механистической выработки полярных симбиотичности форм поведения и реагирования.

Трансформации, происходящие в современном обществе и здравоохранении, связанные с деинституализацией как психических, так и наркологических

больных, заставляют не только приветствовать опеку, осуществляемую родственниками, но и создавать условия для ее расширения и оптимизации. Для этого необходимо в максимальной степени отслеживать многоаспектные изменения, пронизывающие различные сферы жизни родственников, столкнувшихся с ситуацией хронического заболевания близкого, обращая внимание как на деструктивные, так и на конструктивные моменты. Ключевую роль здесь играет своевременная и эффективная психодиагностика, позволяющая наметить «мишени» индивидуальной терапии и коррекции состояния родственников и опекаемых ими аддиктивных больных. Индивидуализированная работа с родственниками, опекающими пациентов с аддиктивными расстройствами, в свою очередь, обеспечит профилактику нервно-психических расстройств и нарушений адаптации у данного контингента и несомненно повысит эффективность терапевтических и реабилитационных мероприятий для самих больных.

Клинический опыт и результаты эмпирических исследований, проведенных нами в рамках изучения психологических особенностей членов семьи, опекающих больного химической аддикцией (алкоголизм и опиоидная зависимость) (Бочаров В. В., Шишкова А. М., 2008, 2011, 2016; Бочаров В. В. с соавт., 2019а, 2019b; Шишкова А. М., 2008), позволили нам выделить ряд важнейших ориентиров, необходимых для оценки психологического состояния, а также особенностей личностного функционирования родственников больного. Среди них центральное место занимают: выраженность жалоб на наличие психопатологической симптоматики, особенности эмоционального состояния, границы «Я» и самооценка, особенности восприятия микросоциального функционирования, отношение к больному. В следующем разделе будут представлены основные принципы и методы, позволяющие эффективно диагностировать важнейшие составляющие личностного и семейного функционирования родственников, опекающих аддикта.

Психологическая диагностика личностного и семейного функционирования родственников, опекающих больного с химической аддикцией

При проведении психологической диагностики личностного и семейного функционирования родственников, опекающих больных с аддиктивными расстройствами, необходимо придерживаться принципов комплексности и системности, позволяющих обеспечить полноту и информативность результатов.

Во-первых, обследование важно осуществлять при помощи как клинико-психологических, так и тестовых методов. В качестве основных клинико-психологических методов выступают беседа и наблюдение, позволяющие получить содержательное и целостное представление о наличной жизненной ситуации, собрать анамнестические и биографические данные о родственниках и самом больном, о характере их взаимоотношений, причине текущего обращения, оценить наличие социальной поддержки и другие факторы, определяющие характер психосоциального функционирования родственников. Тестовые данные, полученные при помощи валидных психодиагностических методов, используются для дополнения и уточнения

информации, полученной в ходе беседы и наблюдения. Данные клинико-психологического метода, в свою очередь, раскрывают суть количественных оценок тестовых методик и позволяют более полно интерпретировать полученные результаты.

Во-вторых, исследование должно быть направлено не только на выявление тех сторон личности родственников, которые препятствуют их социально-психологической адаптации, но и на объективацию ресурсных составляющих личностного функционирования, способствующих конструктивному разрешению той трудной, а зачастую и кризисной жизненной ситуации, в которой они оказались.

Диагностика личностного функционирования родственников, опекающих больного с химической аддикцией

Клинический опыт, а также анализ результатов исследований, проведенных нами в период с 2004 по 2019 годы (Бочаров В. В., Шишкова А. М., 2008, 2011, 2016; Бочаров В. В. с соавт., 2019а, 2019b; Шишкова А. М., 2008), позволяет выделить ряд признаков, на которые специалисту, работающему с родственниками аддиктов, следует обратить первостепенное внимание в ходе клинико-психологического обследования. Наличие следующих особенностей свидетельствует о необходимости отнесения обследуемого родственника в группу риска выраженного снижения качества жизни и возникновения психогенных расстройств в ситуации болезни близкого:

- жалобы на переживание тревоги, выраженных опасений и страхов, чувства вины, тенденции к избегающему поведению и соматизации эмоционального перенапряжения

Переживание тревоги, как правило, носит интенсивный характер и часто описывается родственниками аддиктов как «трудно переносимое», значительно нарушающее способность выполнять повседневные домашние и рабочие обязанности. Тревога может быть связана как с самим больным (постоянное беспокойство о его физическом и психическом здоровье; социальной дезадаптации; семейной неустроенности), так и со страхом неизбежного негативного влияния болезни на остальных членов семьи (сиблингов, дедушек и бабушек, детей и супругов), непосредственно или опосредовано взаимодействующих с ним. Такая тревога часто переплетается с чувством вины за происходящее и носит выражено деструктивный характер, отражаясь не только на психосоциальном, но и на соматическом уровне функционирования родственников. Отсутствие социальной поддержки и возможности поделиться собственными переживаниями, во многом связанное с влиянием общественной стигматизации, часто приводит к формированию чувства отверженности окружающими, нарастающей с течением болезни близкого, социальной изоляции семьи.

- выраженное ситуативно-обусловленное снижение настроения и самооценки, ощущение отсутствия жизненных сил

Родственники, опекающие больных, часто отмечают общее снижение интереса к жизни, потерю жизненной энергии, ощущение собственной беспомощности и беспомощности, чувство опустошенности и исчерпанности

собственных эмоциональных ресурсов, физической усталости. Крах надежд, связанный с хронической болезнью близкого и ощущение невозможности изменить собственную жизнь, характерные для родственников, опекающих больных с аддиктивными расстройствами, а также вышеописанные проявления, выявляемые у данного контингента, могут являться отражением эмоционального выгорания. Выгорание родственников во многом связано с блокадой смыслообразующей деятельности (поддержание благополучия близкого) и неэффективностью усилий, направленных на лечение и реабилитацию аддиктивного больного. Выявление признаков выгорания свидетельствует о необходимости оказания специализированной помощи, включающей индивидуальную оценку протекторов и предикторов выгорания родственника.

Особого внимания заслуживает ситуация, когда переживания родственников носят депрессивный характер, а в высказываниях преобладают идеи самообвинения. В том случае, если родственник высказывает мысли о самоубийстве, необходимо выяснить, существует ли реальный план ухода из жизни и то, насколько он в действительности осуществим. В том случае, если угроза жизни в самом деле существует, необходимо направить этого человека на консультацию к психиатру.

- склонность к созданию симбиотических отношений

Данная особенность может проявляться в возникновении трудностей в ситуации столкновения межличностных интересов: у родственников аддиктивных больных часто отмечается недостаточная способность артикулировать и отстаивать собственные интересы при межличностном взаимодействии, они жалуются на невозможность отказать, сказать «нет» окружающим, в том числе больному зависимостью близкому. Нарушение внешних границ «Я», проявляющееся в повышенной симбиотичности, может оказывать деструктивное воздействие на их собственное личностное функционирование, снижая способность к реализации жизненных планов и интересов, а также может препятствовать формированию и поддержанию здоровой автономии у страдающего аддикцией члена семьи.

- нарушения в сфере сексуальных отношений

Нарушения сексуальной функции личности являются распространенными и чаще всего проявляются отсутствием интереса к вопросам сексуальной жизни. Нарушение этой базовой функции личности обуславливает отсутствие одного из значимых механизмов канализации негативной энергии и, одновременно, потерю значимого источника положительных эмоций, потенциально являющихся ресурсной составляющей личностного функционирования.

- неудовлетворенность социальной поддержкой, наличие стигматизации/самостигматизации.

Для родственников, опекающих больных с аддиктивными расстройствами, характерно избегание разговоров о заболевании близкого с окружающими,

связанное с влиянием общественной стигматизации. Формирование реакции дистанцирования, избегания и изоляции, резкое сокращение социальных контактов, как правило, и обуславливают невозможность получения социальной поддержки. Невозможность поделить собственными переживаниями и получить помощь, в свою очередь, приводит к усилению негативных последствий, связанных с болезнью близкого, на разных уровнях функционирования личности.

Не менее важным при проведении клинико-психологического исследования является оценка ресурсной составляющей личностного функционирования родственников, опекающих больного аддикцией. В качестве важного психологического ресурса может выступать выраженная внутренняя мотивация на осуществление заботы об опекаемом родственнике. В то же время наличие выраженной внутренней мотивации на осуществление заботы об опекаемом родственнике, в качестве которой, как правило, выступают социальные или моральные ценности и обязательства (представляющие собой ресурсный мотивационный компонент и обуславливающие качество отношений с больным), может являться фактором формирования и развития симптомов выгорания и других расстройств личностного функционирования в ситуации болезни близкого. Выявление высокой личностной значимости борьбы с болезнью близкого для его родственников требует внимательного изучения в каждом индивидуальном случае.

Для верификации выявленных в ходе клинико-психологического исследования особенностей рекомендуется использовать следующие тестовые методы, показавшие свою эффективность при оценке личностного функционирования и состояния дистресса у родственников больных с аддиктивными расстройствами: симптоматический опросник SCL-90 в адаптации Н. В. Тарабриной (Тарабрина Н. В., 2001), «Я-структурный тест» Г. Аммона (Ich Struktur Test Ammon — ISTA) в адаптации Ю. Я. Тупицына, В. В. Бочарова и др. (Я-структурный тест Г. Аммона, 1998), методику «Уровень эмоционального выгорания родственников — УЭВР» (Бочаров В. В. с соавт., 2018).

Симптоматический опросник SCL-90 позволяет определить меру интенсивности состояния дистресса, диапазон и выраженность жалоб родственников на невротические и психосоматические проявления, а также выраженности тревожных и депрессивных переживаний.

«Я-структурный тест» Г. Аммона рекомендуется использовать в качестве диагностического инструмента для оценки личностного функционирования родственников. При рассмотрении индивидуального профиля обследуемого родственника необходимо:

1. Провести сопоставление результатов по «конструктивным», «деструктивным» и «дефицитарным» шкалам опросника и определить преобладающую тенденцию (конструктивную, деструктивную или дефицитарную) построения центральных Я-функций личности;
2. Выявить шкалы, достигающие наибольших значений («пики» профиля);

3. Определить шкалы, выходящие за границы нормативного диапазона (40–60 баллов).

Выявление у обследуемого родственника более высоких показателей по «деструктивно-дефицитарным» шкалам и/или выраженного снижения «конструктивных» шкал говорит о наличии у него выраженной личностной дисфункциональности. Такие родственники наиболее остро нуждаются в специализированной психологической помощи.

Методика УЭВР применяется для оценки феноменов эмоционального выгорания и ресурсной составляющей личности, препятствующей данному процессу у родственников аддиктивных больных. Методика состоит из 2 блоков: блока «выгорание» и блока «вовлеченность». Данные блоки включают 8 шкал, направленных на оценку выраженности проявлений «вовлеченности — эмоционального выгорания» родственника в процессе опеки больного и на выявление его положения в континууме, на одном полюсе которого располагаются феномены «эмоционального выгорания», описываемые шкалами: «Истощение» (Exhaustion — Exh), «Цинизм» (Depersonalization — Dep), «Редукция личностных достижений» (Inefficacy — Ineff) и «Деструктивная разрядка напряжения» (Destruction — Des), на другом — феномены, противоположные «выгоранию», оцениваемые при помощи шкал: «Энергия» (Vigor — Vig), «Наполненность смыслом» (Dedication — Ded), «Самоеффективность в лечении родственника» (Selfefficacy — Selfeff) и интегративной шкалы «Ресурс» (Resours — Res). Этот полюс представляет собой самовосполняемый (при условии позитивной оценки своей деятельности) ресурс личностной активности. Утверждения опросника касаются типологических жизненных ситуаций и переживаний респондентов, связанных с опекой и опытом их взаимодействия с больным.

Опросник УЭВР позволяет определить степень мотивированности и осмысленности деятельности родственника по опеке больного, что по внешне наблюдаемым признакам поведения часто не представляется возможным.

Диагностика внутрисемейных отношений родственников, опекающих больного с химической аддикцией

Изучение внутрисемейных отношений имеет огромное значения в процессе психологической диагностики родственников, опекающих больного с химической аддикцией. Отношения в семье во многом определяют набор психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий, релевантных для обратившихся за специализированной помощью родственников. Исследование характера внутрисемейных отношений позволяет специалисту оценить возможность получения микросоциальной поддержки родственником, опекающим больного, реалистичность привлечения других членов семьи к терапевтическому процессу и другие аспекты, учет которых необходим для разработки индивидуального плана интервенций как для родственника, так и для самого больного.

В ходе клинико-психологического исследования важно провести изучение личной семейной ситуации (в частности, прояснить причину текущего обращения,

настоящий состав семьи, готовность больного и членов семьи осуществлять совместную работу в рамках терапевтического и реабилитационного процесса); исследовать историю семейных взаимоотношений; осуществлять наблюдение за особенностями взаимодействия членов семьи.

На основе предыдущих исследований нами был выделен ряд семейных позиций, связанных с нарушением семейного функционирования родственников, опекающих больных с химической аддикцией:

Доминирующая позиция. Член семьи, занимающий доминирующую позицию, как правило, является тем, кто принимает большинство решений, организует всю жизнедеятельность семьи. При этом у него часто возникает ощущение «непомерной нагрузки», а бесплодные попытки тотально контролировать жизнь собственных родственников порождают ощущение враждебности окружающего мира и собственного бессилия, вплоть до чувства отчаяния. Такая позиция чаще всего выявляется у матерей и жен, опекающих больных химической аддикцией, и сочетается с гиперфункциональностью, физическим и психическим перенапряжением в силу несоответствия личностных ресурсов и требований в сложившейся жизненной ситуации. Доминирующая позиция, сочетающаяся с гиперфункциональностью, часто становится непосильным «бременем» для женщин, обуславливая развитие у них эмоционального выгорания.

Пассивно-отстраненная позиция. Пассивно-отстраненная позиция, напротив, характеризуется нежеланием члена семьи участвовать в решении насущных семейных проблем. Стремление к избеганию ответственности за происходящее в семье может проявляться как в форме прямого отказа, так и в виде осознанного или неосознанного избегания ситуаций, требующих высокой личной включенности. Такое избегание может быть связано с различными особенностями личностного или семейного функционирования (например, эмоционального выгорания члена семьи в ситуации хронической болезни близкого, наличия у него аддиктивных расстройств или в ситуации распада семьи) и требует прояснения. Пассивно-отстраненная позиция чаще всего встречается у отцов и сиблингов аддиктов и может сочетаться с ощущением собственной брошенности, покинутости и ненужности.

Наличие аддиктивного расстройства у одного из членов семьи выступает в качестве хронического стресс-фактора, имеющего выраженное психотравмирующее влияние на всю семейную систему. Стресс-нагрузка перераспределяется между членами семьи в зависимости от их роли и позиции, в большинстве случаев определяемой характером родства. Такое перераспределение, в свою очередь, становится травмирующим фактором и элементом патологического развития семейной динамики.

Выявление паттернов внутрисемейного взаимодействия, характерных для вышеописанных позиций, требует специализированной работы, направленной на формирование поддерживающей микросоциальной среды.

При проведении психологической диагностики внутрисемейных отношений родственников, опекающих больных химической аддикцией, также необходимо выявить наличие или отсутствие следующих тенденций семейного взаимодей-

ствия: высокая конфликтность, нарушение способности прямого, открытого взаимодействия между членами семьи, сужение поля их социальной активности.

Частые конфликты характерны для отношений в семьях химически зависимых. При этом наиболее острые конфликтные отношения, как правило, существуют во взаимодействии членов семьи с химически зависимым и субъективно связываются ими именно с употреблением психоактивных веществ. Взаимодействие с больным часто имеет негативный эмоционально насыщенный характер, проявляясь в виде открытой агрессии. Следует подчеркнуть, что даже такие деструктивные формы межличностного взаимодействия опекающего родственника с аддиктом косвенно говорят об отсутствии тотального эмоционального выгорания близких больного и о наличии потенциальных ресурсов для совместной работы членов семьи над сложившейся жизненной ситуацией.

Нарушение способности прямого, открытого взаимодействия проявляется в искажении информации, транслируемой членами семьи друг другу, что препятствует конструктивному разрешению проблемных ситуаций и способствует «хронизации» конфликта в семье.

Сужение поля социальной активности затрагивает различные уровни межличностных отношений, включая как потерю дружеских связей семьи и сокращение привычного круга общения, так и обеднение культурной жизни в целом. Социальная изоляция значительно снижает качество жизни родственников, опекающих больных химической аддикцией, и во многом связана с влиянием общественной стигматизации.

Инструментальную диагностику, позволяющую раскрыть специфику восприятия семейных отношений и уточнить выраженность описанных выше тенденций внутрисемейного взаимодействия, рекомендуется осуществлять при помощи «Шкалы семейного окружения» — ШСО (Family environmental scale), адаптированной С. Ю. Куприяновым и проективной методики «Семейная социограмма», созданной Э. Г. Эйдемиллером и О. В. Черемисиным (Эйдемиллер Э. Г., 2003). При наличии согласия членов семьи полезным бывает совместное обсуждение полученных ими результатов, которое позволяет выявить зоны наибольшего неблагополучия и согласованно определить «мишени» терапевтических мероприятий.

Диагностика отношения опекающего родственника к больному химической аддикцией

Отношение к больному химической аддикцией является одним из центральных элементов в системе значимых отношений личности опекающего родственника и требует тщательной диагностики. Особая тщательность здесь связана с крайней противоречивостью отношения опекающего родственника к опекаемому больному, наблюдаемой в клинике аддиктивных расстройств. Злость, обида и разочарование опекающего родственника по отношению к больному часто переплетаются с чувством вины, страхом за его будущее, стремлением спасти и верой в его «чудесное исцеление». Часто демонстрируемое родственниками

обесценивание личности больного, формирование циничного отношения к нему, как правило, сопровождается чувством собственной никчемности, ощущением безвыходности сложившейся ситуации.

Наш клинический опыт показывает, что цинизм по отношению к больному, чувство горечи, враждебности и презрения к нему, а также нарастание безразличия к исходу болезни, часто выявляемые у родственников и описываемые как проявления «созависимости», во многом связаны с тщетностью их усилий по преодолению болезни близкого. Формирование такого отношения к больному зачастую является результатом длительной неэффективной работы родственников по преодолению болезни близкого в условиях стигматизирующей среды и связано с его эмоциональным выгоранием.

При изучении отношения опекающего родственника к больному аддикцией в качестве диагностических мишеней, требующих выявления и последующей коррекции, выступают аффективная заряженность, полярность и противоречивость отношения, фиксация на негативных характеристиках и нереалистичность ожиданий по отношению к больному.

Повышенная аффективная заряженность, обычно проявляющаяся повышением голоса, употреблением нецензурной лексики и/или вегетативными реакциями (покраснения кожи шеи и лица) в ходе беседы с родственником о больном, свидетельствует о том, что именно отношения с опекаемым близким во многом определяют содержание психической жизни обследуемого родственника. Прояснение личностной значимости таких отношений, а также коррекция неадекватного представления о психическом облике больного, связанная с непониманием и непониманием сущности болезни, необходимы для построения эффективных психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий как для родственников, так и для самих больных. Следует подчеркнуть, что наполненность личностным смыслом заботы о больном в зависимости от ее выраженности может выступать либо как важный психологический ресурс, препятствующий выгоранию опекающих родственников, либо представлять собой условия формирования и развития у них симптомов выгорания.

Для прояснения выявленных в ходе клинко-психологического исследования особенностей отношения к больному аддикцией опекающего его родственника рекомендуется использовать «Опросник родительских отношений», разработанный А. Я. Варга и В. В. Столиным (1988), а также методику «Уровень эмоционального выгорания родственников» (Бочаров В. В. с соавт, 2018), позволяющую объективировать выраженность цинизма в отношении родственника к больному, рассматриваемого в рамках синдрома выгорания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящем пособии была предпринята попытка подчеркнуть важность проведения психологической диагностики родственников, опекающих больных химической аддикцией. Описаны характеристики личностного и семейного функ-

ционирования родственников, которые в первую очередь должны отслеживаться в ходе ее проведения и рассматриваться в качестве потенциальных «мишеней психокоррекции».

В процессе диагностики и коррекции важно неизменно оценивать, насколько «конструктивны» или «деструктивны» в настоящий момент те или иные проявления семейной динамики и личностной активности родственников. В частности, нарастание личностной значимости (наполненности смыслом) опеки больного и усиление симбиотических тенденций родственника может являться естественной, культурально заданной реакцией на выраженную беспомощность злоупотребляющего психоактивными веществами близкого. Однако данные феномены, оставленные без внимания специалистов, могут трансформироваться в патологические, создавая порочные спирали личностной и семейной дисфункциональности.

Прямая атака выявленных в ходе проведения диагностики мишеней, осуществляемая вне понимания их роли в функционировании личности родственника больного, может не только не привести к ожидаемому улучшению психического состояния, но и ухудшить его. В связи с этим психодиагностическая и психокоррекционная работа в основе своей должна проводиться системно.

Список литературы

1. Агibalова Т. В., Эм Т. В. Исследование психопатологических расстройств у жен и матерей наркологических больных. Практическая медицина. 2012; 2(57): 97–99.
2. Березин С. В., Лисецкий К. С., Назаров Е. А. Психология наркотической зависимости и созависимости: (монография). Междунар. пед. акад. М.: МПА, 2001; 209.
3. Бисалиев Р. В. Клинические особенности созависимости у женщин с суицидальным поведением, чьи мужья являются аддиктивными больными. Вопросы наркологии. 2010; 5: 9–15.
4. Бочаров В. В., Шишкова А. М. Опыт исследования особенностей детско-родительского отношения матерей к детям-наркоманам. Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия «Психология». 2008; 3: 26–28.
5. Бочаров В. В., Шишкова А. М. Предикторы личностной и семейной дисфункциональности матерей пациентов с героиновой наркоманией. Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. Серия 12. 2011; 2: 81–87.
6. Бочаров В. В., Шишкова А. М. Особенности личностного и семейного функционирования родственников наркозависимых. СПб.: Нестор-История, 2016; 336.
7. Бочаров В. В., Шишкова А. М., Ипатовва К. А. Взаимосвязь клинических и социально-демографических факторов с проявлениями эмоционального выгорания у родственников больных с аддиктивными расстройствами. Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2019; 11(6): 7. URL: <http://mprj.ru>.
8. Бочаров В. В., Шишкова А. М., Сивак А. А. и др. Методика «Уровень эмоционального выгорания родственников», психометрические характеристики. Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2018; 10(6): 4. URL: <http://mprj.ru>.
9. Бочаров В. В., Шишкова А. М., Сивак А. А. и др. Взаимосвязь социально-демографических и клинических факторов с проявлениями эмоционального выгорания у жен пациентов с опиоидной зависимостью. Вопросы наркологии. 2019b; 8(179): 67–68.

10. Бохан Н. А., Стоянова И. Я., Мазурова Л. В. Психология зависимости и созависимости у женщин из аддиктивных семей. Рос. акад. мед. наук, Сибирское отд., НИИ психического здоровья. Томск: Иван Федоров, 2011; 121.
11. Ваисов С. Б. Наркотическая и алкогольная зависимость: практическое руководство по реабилитации детей и подростков. СПб.: Наука и техника, 2008; 268.
12. Варга А. Я. Типы неправильного родительского отношения: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1987; 19.
13. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2019 год (E/INCB/2019/1). Вена: Изд-во Организации Объединенных Наций. 2020; 172. URL: <https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2019/June/world-drug-report-2019>.
14. Загородникова Е. В. Особенности взаимодействия в созависимой семье. Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. 2013; 29: 19–24.
15. Запесоцкая И. В. Метапсихологический уровень реализации состояния зависимости. Вестник Моск. гос. гуманитар. ун-та им. М. А. Шолохова. Сер.: Педагогика и психология. 2012; 3: 90–98.
16. Киржанова В. В., Григорова Н. И., Киржанов В. Н., Сидорюк О. В. Деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2017–2018 годах: Аналитический обзор. М.: ФГБУ «НМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, 2020; 188.
17. Клименко Т. В., Козлов А. А. Состояние наркологической помощи на постмодернизационном этапе: актуальные проблемы и способы их преодоления по данным организованного в 2018 г. аудита наркологической службы в 45 субъектах Российской Федерации. Вопросы наркологии. 2019; 2(173): 5–16.
18. Посохова С. Т., Яцышин С. М. Ценностно-смысловые проявления созависимости матери при наркотизации детей. Вестник СПбГУ. Сер. 12: Психология. Социология. Педагогика. 2008; 3: 149–156.
19. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001; 272.
20. Шишкова А. М. Психологическая помощь матерям наркоманов с героиновой зависимостью. Известия РГПУ им. А. И. Герцена. Аспирантские тетради. 2008; 29(65): 470–475.
21. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб.: Речь, 2003; 334.
22. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2008; 672.
23. Я-структурный тест Г. Аммона: опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей. СПб. НИПНИ им. В. М. Бехтерева. Авторы-сост.: Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров, Т. В. Алхазова, Е. В. Бродская. СПб., 1998; 70.
24. Arcidiacono C., Velleman R., Procentese F. et al. Impact and Coping in Italian families of drug and alcohol users. Qualitative Research in Psychology. 2009; 6(4): 260–280. doi:10.1080/14780880802182263.
25. Beattie M. Codependent no more: How to stop controlling others a. start caring for yourself. Center City (Minn.): Hazelden, 2001; 250.
26. Benishek L. A., Kirby K. C., Dugosh K. L. Prevalence and frequency of problems of concerned family members with a substance using loved one. American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 2011; 37(2): 82–88.
27. Bhowmick P., Tripathi B. M., Jhingan H. P., Pandey R. M. Social support, coping resources and codependence in spouses of individuals with alcohol and drug dependence. Indian Journal of Psychiatry. 2001; 43(3): 219–224.

28. *Calderwood A. K., Rajesparam A.* Applying the codependency concept to concerned significant others of problem gamblers: Words of caution. *Journal of Gambling Issues.* 2014; 29: 1–16.
29. *Cermak T. L.* *Diagnosis and Treating Co-Dependence: A Guide for Professionals Who Work with Chemical Dependents, Their Spouses, and Children.* Minneapolis, MN: Johnson Institute Books, 1986; 112.
30. *Cohen S., Wills T. A.* Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin.* 1985; 98: 307–357.
31. *Downs W. R.* Alcoholism as a developing family crisis. *Family Relations.* 1982; 31(1): 5–12.
32. *Family Interventions with Substance Abuse: Current best practices.* Ed. by O. J. Morgan, C. H. Litzke. Binghamton, NY: Haworth, 2008; 247.
33. *Futterman S.* Personality trends in wives of alcoholics. *J. Psychiatr. Social Work.* 1953; 23: 37–41.
34. *Hurcom C., Copello A., Orford J.* The family and alcohol: effects of excessive drinking and conceptualization of spouses over recent decades. *Substance Use & Misuse.* 2000; 35(4): 473–502.
35. *Jackson J.* The adjustment of the family to the crisis of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol.* 1954; 15: 562–586.
36. *Kahler C. W., McCrady B. S., Epstein E. E.* Sources of distress among women in treatment with their alcoholic partners. *Journal Substance Abuse Treatment.* 2003; 24(3): 257–2265.
37. *Kalashian M. M.* Working with the wives of alcoholics in an outpatient clinic setting. *Marriage and Family.* 1959; 21: 130–133.
38. *Lee Bonnie K.* Where Codependency Takes Us: A Commentary. *Journal of Gambling Issues.* 2014; 29: 1–5.
39. *McCrady B. S., Epstein E. E.* Theoretical bases of family approaches to substance abuse treatment. *Treating Substance Abuse: Theory and Technique.* Ed. by F. Rotgers, D. S. Keller. New York: Guilford Press, 1996: 117–142.
40. *Morgan O. J.* *Family Intervention in Substance Abuse: Current Best Practices.* Ed. by O. J. Morgan, C. H. Litzke. New York: Taylor & Francis Group, 2012; 240.
41. *Nebhinani N., Anil S. K., Mattoo B. N., Basu D.* Family burden in injecting versus noninjecting opioid users. *Industrial Psychiatry Journal.* 2013; 22(2): 138–142.
42. *Orford J., Copello A., Velleman R., Templeton L.* Family members affected by a close relative's addiction: the stress-strain-coping-support model. *Drugs: Education, Prevention and Policy.* 2010; 17(S1): 36–43.
43. *Orford J., Velleman R., Natera G. et al.* Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine.* 2013; 78: 70–77.
44. *Philpott H., Christie M. M.* Coping in male partners of female problem drinkers. *Journal of Substance Use.* 2008; 13(3): 193–203.
45. *Shoham V., Butler E. A., Rohrbaugh M. J., Trost S. E.* Symptom-system fit in couples: emotion regulation when one or both partners smoke. *Journal of Abnormal Psychology.* 2007; 116(4): 848–853.
46. *Smilkstein G.* The cycle of family function: a conceptual model for family medicine. *Journal of Family Practice.* 1980; 11: 223–232.