

СООТНОШЕНИЕ УРОВНЯ ЛИЧНОСТНОЙ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОСТИ
И ВОСПРИЯТИЯ СЕМЕЙНОЙ СИТУАЦИИ У РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ
С ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

**Виктор Викторович Бочаров¹, Александра Михайловна Шишкова¹,
Евгений Михайлович Крупицкий¹, Александр Янович Вукс¹, Ольга Валентиновна Яковлева²**

¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт
им. В.М. Бехтерева, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3,
e-mail: psy_lab@inbox.ru, ² Научно-исследовательская фирма PSI CRO AG,
191119, г. Санкт-Петербург, ул. Достоевского, д. 19/21

Реферат. Представлены результаты изучения личностного функционирования и восприятия семейной ситуации у родственников пациентов с героиновой наркоманией, выявленные при помощи кластерного анализа данных тестового исследования 234 близких родственников (отцов, матерей, братьев, сестер, жен) больных. Установлено наличие взаимосвязи личностной дисфункциональности и характера восприятия семейной ситуации у родственников больных наркоманией. Описаны три основных сценария психологической адаптации родственников к аддикции члена семьи. Первый сценарий характеризуется попытками родственников максимально использовать социально-желательные формы интерперсонального взаимодействия, что позволяет им снизить психотравматизацию, обусловленную общественной стигматизацией. Второй — сопряжен с попыткой сверхрационального преодоления сложной жизненной ситуации, за счет жесткой организации семейных отношений и чрезмерной мотивации членов семьи на достижение нормативно-одобряемых культурных ценностей. Третий сценарий характеризуется отказом от взаимодействия как внутри семьи, так и в более широком социальном поле. Подчеркивается важность дальнейшего изучения факторов, оказывающих влияние на семейное и личностное функционирование близких больного. Полученные данные могут быть использованы при разработке направленных психотерапевтических и психосоциальных программ для родственников аддиктивных больных.

Ключевые слова: героиновая зависимость, родственники наркозависимого, личностное функционирование, семейные взаимоотношения.

RELATION OF PERSONAL DYSFUNCTION AND
PERCEPTION OF FAMILY SITUATION IN RELATIVES
OF PATIENTS WITH HEROIN ADDICTION

Viktor V. Bocharov¹, Alexandra M. Shishkova¹,
Evgeny M. Krupitsky¹, Alexandr Ya. Vuks¹, Olga V. Yakovleva²

¹V.M. Bekhterev Saint Petersburg Psychoneurological Research
Institute, 192019, St. Petersburg, Bekhterev street, 3,
e-mail: psy_lab@inbox.ru, ² Contract Research Organization
PSI CRO AG, 191119, St. Petersburg, Dostoevsky street, 19/21

Results of research of personal functioning and perception of a family situation of 234 close relatives (fathers, mothers, brothers, sisters, wives) of patients with heroin addiction are presented,

revealed with application of cluster analysis. The existence of interrelation of a personal dysfunctionality and characteristics of perception of a family situation of relatives of patients with drug addiction is established. There were described three main scenarios of psychological adaptation of relatives to addiction of a family member. The first scenario is characterized by relatives' attempts to use maximally social forms of interpersonal interaction and thus to limit psychological trauma, caused by social stigmatization. The second one is connected with the attempt of super-rational overcoming of difficult life situation due to strict organization of family relations and extreme motivation of the family members for achievement of normal cultural values. The third one is characterized by refuse from both family interaction and social interaction. Importance of further study of the factors, influencing family and personal functioning of the patient' is stressed. The obtained data can provide guidance for directed psychotherapeutic and psychosocial interventions for relatives of patients with addictive disorder.

Keywords: heroin addiction, relatives of addicts, personal functioning, family relationships.

Медицинская психология долгое время концентрировалась на проблемах психической организации патологически функционирующей психики. Это неизбежно фокусировало внимание исследователей, прежде всего, на больном как на носителе патологических симптомов. Ближайшее окружение хронически больного рассматривалось, в основном, как фактор, способствующий или препятствующий развитию, стабилизации или регрессу патологических процессов [10, 11, 19].

Лишь в последние десятилетия отмечается все более усиливающийся интерес к окружению больного, то есть к тем людям, которые испытывают сильные, часто психотравматические переживания, возникающие в связи с болезнью близкого [4, 6, 8, 14, 15].

В клинике аддиктивных расстройств, влияние хронического заболевания близкого обуславливает как пролонгированный стресс, так и выраженную психотравматизацию, которая, в свою очередь, во многом связана с общественной стигматизацией как самих больных, так и их близких [3, 17]. Попытки семьи адаптироваться к болезни близкого, неизбежно приводят к перестройке существующих семейных взаимоотношений, в частности семейных ролей [5, 12]. В качестве дополнительных источников стресса выступает социальное неблагополучие и насилие в семье [20].

Неизбежный при возникновении аддиктивного расстройства кризис существующей системы семейных отношений, сопровождается переживанием выраженного стресса ее членами. Это обуславливает необходимость рассмотрения родственников больных наркоманией в качестве самостоятельного объекта для психологической помощи, а также изучения особенностей личностного и семейного функционирования близких аддиктивного больного.

В настоящее время, как в отечественной, так и в зарубежной литературе отмечается значительная неравномерность исследования различных категорий родственников аддиктивных больных. В большей степени изучены психологические особенности матерей и жен наркозависимых [1, 2, 16]. Это, вероятно, обусловлено относительной доступностью данного контингента для исследования, поскольку именно матери и жены таких больных, как правило, являются родственниками, принимающими наиболее активное участие не только в формировании мотивации, но и самом лечении больного, посещают рекомендуемые реабилитационные мероприятия, идут на контакт со специалистами. Сведения о психологических особенностях отцов и сиблингов наркозависимых фрагментарны и требуют дальнейшего уточнения. В тоже время, отсутствие целостного представления о психологическом облике разных членов семьи может существенно исказить картину, складывающуюся в семье больного аддикцией, препятствуя разработке эффективной системы специализированной помощи, как членам семьи, так и самому пациенту.

Цель исследования – изучение характера отношений между основными показателями личностного функционирования различных категорий родственников (отцов, матерей, братьев, сестер,

жен) пациентов с героиновой наркоманией и их влиянием актуальной семейной ситуации.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе городской наркологической больницы Санкт-Петербурга, в реабилитационных центрах межрайонного наркологического диспансера №1, а также отделении терапии больных с аддиктивными расстройствами ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

В обследование включались родственники больных, находившихся на этапе реабилитации в выше указанных лечебных и реабилитационных учреждениях.

Критериями включения являлись:

- близкие родственные отношения с больным героиновой зависимостью (F11 по МКБ-10);

- возраст от 18 до 70 лет.

В качестве критериев невключения в исследование выступали следующие:

- грубые интеллектуальные или психические расстройства в актуальном состоянии или в анамнезе;

- наличие соматических заболеваний в состоянии выраженной декомпенсации;

- несогласие больного на участие его родственника в исследовании.

Исследование было одобрено Этическим комитетом ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Все включавшиеся в исследование родственники подписали информированное согласие на участие в данном проекте.

На начальном этапе в экспериментальную выборку вошло 268 родственников больных героиновой зависимостью, 234 из которых прошли полное клинико-психологическое обследование, включавшее беседу, полуструктурированное интервью, направленное на изучение основных социально-демографических и клинических показателей обследуемых, а также унифицированную процедуру тестирования. Батарейю тестовых методов составляли: «Я-структурный тест Г. Аммона» [7], «Методика оценки психического здоровья» [7], «Шкала семейного окружения» [9].

Среди принявших участие в обследовании родственников было 47 отцов пациентов с героиновой наркоманией в возрасте от 42 до 70 лет (средний возраст – $58 \pm 1,01$ года); 103 матери в возрасте от 48 до 70 лет (средний возраст – $55,52 \pm 0,48$ года); 36 сиблингов (18 братьев наркозависимых в возрасте от 24 до 39 лет, средний возраст – $31,78 \pm 1,26$ года и 18 сестер в возрасте от

Соотношение средних значений показателей методики ШСО в кластерах (M±m)

Шкалы	Кластер 1 (n=66)	Кластер 2 (n=95)	Кластер 3 (n=73)	P
«Сплоченность»	7,17±0,19	6,67±0,15	4,34±0,27	1-2*; 1-3***; 2-3***
«Экспрессивность»	6,27±0,17	5,25±0,13	3,97±0,21	1-2***; 1-3***; 2-3***
«Конфликт»	3,36±0,28	2,11±0,18	4,1±0,77	1-2***; 1-3***
«Независимость»	4,98±0,22	4,91±0,16	4,74±0,18	Статистически не достоверно
«Ориентация на достижения »	4,71±,2	5,68±0,51	3,19±0,21	1-2***; 1-3***; 2-3***
«Интеллектуально-культурная ориентация»	5,35±0,21	3,08±0,16	2,00±0,18	1-2***; 1-3***; 2-3***
«Ориентация на активный отдых»	5,23±0,21	2,56±0,13	2,29±0,17	1-2***; 2-3***
«Морально-нравственные аспекты»	5,64±0,19	5,40±0,14	3,82±0,21	1-3***; 2-3***
«Организация»	5,02±0,27	6,49±0,15	3,18±0,17	1-2***; 1-3***; 2-3***
«Контроль»	2,92±0,19	3,35±0,17	2,4±0,17	1-3***; 2-3**.

*p<0,05, **p <0,01, *** p<0,001. То же в табл. 2.

22 до 44 лет, средний возраст – 31,28±1,38 года), а также 48 жен пациентов с героиновой наркоманией в возрасте от 23 до 40 лет (средний возраст – 32,3±0,98 года).

Анализ результатов исследования осуществлялся в два этапа. Первый включал проведение кластерного анализа, на втором этапе выполнялось изучение различий кластеров выделенных в ходе первого этапа.

Первый этап – кластерный анализ. Процедура кластеризации осуществлялась методом k-средних. Данный метод является итеративным. Алгоритм выглядит следующим образом: каждому индивиду соответствует n признаков. Задается параметр алгоритма – число кластеров (k), в проводимом исследовании равное 3. Расстояния между индивидами (отображаемыми точками) вычисляется с помощью стандартного евклидова n-мерного расстояния. На первом шаге случайным образом выбирается k начальных точек (3 по числу кластеров) – индивидов, соответствующее заданному параметру алгоритма. Каждый следующий рассматриваемый индивид присоединяется к той

точке (кластеру), расстояние до которого оказывается минимальным. Затем, для каждого кластера, также через евклидово расстояние, вычисляется центральная точка – центр масс. В последующем, вне зависимости от принадлежности к первоначально выделенному кластеру, рассчитывается расстояние от каждой точки до каждого центра масс. Здесь, кластеризация происходит заново и каждая точка (индивид) будет принадлежать к тому кластеру, расстояние до центра которого для неё минимально. Этот шаг повторяется до тех пор, пока центры кластеров не перестанут меняться.

Второй этап – изучение различий кластеров. Для изучения различий выделенных кластеров был проведен дисперсионный анализ (в случае нормального распределения признаков), или попарное сопоставление по критерию Краскела–Уоллеса, с последующим применением критерия Манна–Уитни (для признаков, не имеющих нормального распределения).

Кластерный анализ осуществлялся на основании показателей «Шкалы семейного окружения» (ШСО).

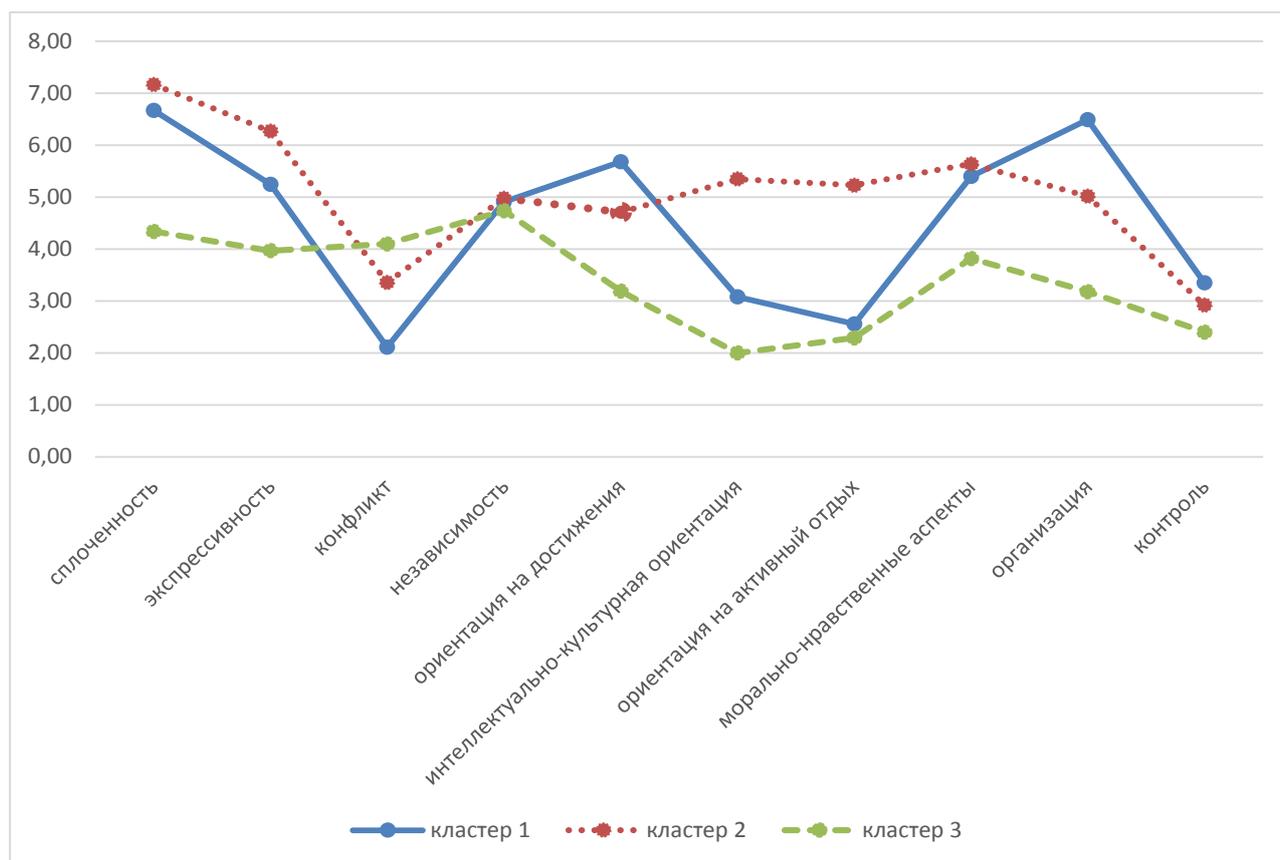


Рис.1. Средние значения показателей методики ШСО в кластерах.

Различия выделенных кластеров анализировались на основании показателей методик «Шкала семейного окружения», «Я-структурный тест» Г. Аммона, «Методика оценки психического здоровья», а также социально-демографических и клинических характеристик исследуемых кластеров.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате кластеризации в 1-й кластер вошло 66 респондентов, во 2-й – 95, в 3-й – 73.

В табл. 1 представлены средние и ошибки средних по шкалам методики ШСО для каждого из выделенных кластеров.

Как видно из таблицы, статистически достоверные различия показателей ШСО в выделенных кластерах выявлены по 9 из 10 шкал. Различия отсутствуют только по показателю шкалы «Независимость».

При сравнении *первого и второго* кластера достоверные различия выявляются по шкалам: «Экспрессивность», «Конфликт», «Ориентация на достижения», «Интеллектуально-культурная ориентация», «Ориентация на активный отдых», «Организация» ($p < 0,001$), а также «Сплоченность» ($p < 0,05$). При этом показатели по шкалам

«Морально-нравственные аспекты» и «Контроль» в этих кластерах не имеют различий.

При сравнении *первого и третьего* кластера достоверные различия выявляются по шкалам «Сплоченность», «Экспрессивность», «Ориентация на достижения», «Интеллектуально-культурная ориентация», «Ориентация на активный отдых», «Морально-нравственные аспекты», «Организация» ($p < 0,001$), а также «Контроль» ($p < 0,05$). По шкале «Конфликт» различий не выявлено.

При сравнении *второго и третьего* кластера различия обнаружены по шкалам: «Сплоченность», «Экспрессивность», «Конфликт», «Ориентация на достижения», «Интеллектуально-культурная ориентация», «Морально-нравственные аспекты», «Организация», «Контроль» ($p < 0,001$). В данных кластерах различия отсутствуют по шкале «Ориентация на активный отдых».

На рис. 1. представлены графики, построенные для каждого кластера по средним значениям шкал методики ШСО.

Графическое отображение результатов проведенной кластеризации наглядно демонстрирует тенденции восприятия семейной ситуации

родственниками наркозависимых, позволяя увидеть особенности, характеризующие каждый из выделенных кластеров.

При интерпретации данных обращает внимание сходство первых двух кластеров, несмотря на наличие статистически достоверных различий показателей по ряду шкал. Третий кластер существенно отличается от первого и второго как по среднегрупповым значениям шкал, так и по общей конфигурации профиля методики, отражающего восприятие семейного взаимодействия в целом.

В первый кластер вошли респонденты, демонстрирующие, по нашему мнению, «фасадную ориентацию» при описании особенностей семейных отношений. Для данной группы родственников пациентов с героиновой наркоманией характерна высокая значимость создания социально приемлемого образа семьи в глазах окружающих. Отвечая на вопросы «Шкалы семейную окружения», такие родственники описывают собственную семью как имеющую высокую степень сплоченности. Они отмечают выраженное чувство принадлежности к семье у ее членов, высокую степень взаимопомощи и заботы друг о друге, характеризуют семейную ситуацию как относительно бесконфликтную, позволяющую открыто действовать и выражать свои чувства. Кроме того, описывают семью как имеющую высокую степень активности в социальной, интеллектуальной и культурной сферах деятельности, отмечают участие семьи в различных видах активного отдыха, уважительное отношение к этическим и нравственным ценностям. Самым низким показателем в данной группе родственников является показатель шкалы «Контроль». Это, возможно, отражает выученную в процессе реабилитации наркозависимых модель семейных отношений, в которой низкий уровень взаимного контроля рассматривается как показатель здоровых семейных отношений. Такое представление о семейном взаимодействии, как правило, транслируется специалистами в ходе групповых занятий для «созависимых» родственников, что, по нашему мнению, и находит отражения в ответах испытуемых на вопросы методики.

Второй кластер по конфигурации шкал, отражающих семейный эмоциональный климат схож с ранее описанным. Однако здесь обращают внимание низкие показатели по шкалам «Конфликт», «Интеллектуально-культурная ориен-

тация» и «Ориентация на активный отдых», а также достаточно высокие среднегрупповые оценки по шкалам «Ориентация на достижения» и «Организация». Все эти показатели, типичны для семей с жестко структурированными отношениями, для которых характерен акцент на соблюдении правил и ритуалов, запрет на открытое выражение гнева, агрессии и конфликтных взаимоотношений, стимулирование членов семьи к социальным успехам и достижениям. Такая конфигурация семейного профиля характеризует семейную систему, существующую в условиях жесткого доминирования одного из членов семьи, который стремится к установлению правил, стимулирует других членов семьи к достижениям, зачастую без учета их личных предпочтений, реальных возможностей и индивидуальных особенностей.

Описание семейной ситуации, выявляемое в третьем кластере, также представляет собой один из реалистичных (нефасадных) типов восприятия семейной атмосферы родственниками наркозависимого. Однако, в отличие от второго, данный кластер характеризуется крайне низкими значениями по большинству показателей, описывающих социальную активность семьи, уровень и характер ее организации. При рассмотрении оценок по шкалам, отражающим характер отношений между членами семьи можно отметить, что родственники больных героиновой наркоманией, попавшие в третий кластер, ощущают низкую семейную сплоченность, демонстрируют снижение чувства принадлежности к семье ее членов. Снижение среднегрупповых показателей по шкале «Экспрессивность», сочетающееся с относительно высокими показателями по шкале «Конфликт», говорит о том, что в качестве основных эмоциональных проявлений в семье выступают гнев, взаимное недовольство и раздражение, а взаимоотношения носят конфликтный характер. По сути, среднегрупповой профиль по третьему кластеру свидетельствует о выраженной взаимной отстраненности членов семьи, отсутствии четких и ясных правил семейного взаимодействия, нежелании использовать ресурсы семьи в поле социальных отношений. Несколько упрощая, можно говорить о том, что такие характеристики отражают картину «распада» семьи.

Для изучения характера отношений между основными показателями личностного функционирования родственников пациентов с героиновой наркоманией и их видением актуальной семейной ситуации нами было проведено сопоставление выявленных в результате кластеризации позиций

Таблица 2

Соотношение средних значений показателей «Я-структурного теста» в кластерах (M±m)

Шкалы	Кластер 1 (n=66)	Кластер 2 (n=95)	Кластер 3 (n=73)	P
«Конструктивная агрессия»	46,21±1,47	43,17±1,01	35,85±1,64	1-2* 1-3*** 2-3***
«Деструктивная агрессия»	52,93±1,31	52,44±0,95	53,83±1,19	Статистически не достоверно
«Дефицитарная агрессия»	50,31±1,5	56,77±1,11	52,93±1,52	1-2*** 1-3*
«Конструктивная тревога»	49,64±1,44	47,21±1,21	41,11±1,49	1-3** 2-3***
«Деструктивная тревога»	54,48±1,73	61,01±1,2	58,7±1,69	1-2*** 2-3*
«Дефицитарная тревога»	49,33±1,06	48,10±0,87	52,21±1,51	Статистически не достоверно
«Конструктивное внешнее я-отграничение»	45,49± 1,16	46,6± 0,76	39,06±1,4	1-3*** 2-3***
«Деструктивное внешнее я-отграничение»	47,63± 1,71	53,75± 1,15	51,11± 1,93	1-2***
«Дефицитарное внешнее я-отграничение»	55,93±1,71	58,44±1,23	54,21±1,47	Статистически не достоверно
«Конструктивное внутреннее я-отграничение»	45,15±1,36	43,47±0,91	37,86±1,46	1-3** 2-3***
«Деструктивное внутреннее я-отграничение»	50,67± 1,68	60,05± 1,27	53,36± 1,61	1-2*** 1-3**
«Дефицитарное внутреннее я-отграничение»	51,48±1,5	55,19±1,04	52,19±1,49	Статистически не достоверно
«Конструктивный нарциссизм»	46,38± 1,65	42,68± 1,29	36,38± 1,67	1-2* 1-3** 2-3***
«Деструктивный нарциссизм»	51,12± 1,51	57,51± 1,22	53,58± 1,61	1-2*** 1-3*
«Дефицитарный нарциссизм»	50,21 ± 1,5	54,74± 1,28	55,87± 1,52	1-2** 2-3**
«Конструктивная сексуальность»	44,38±1,53	42,18±1,21	39,57±1,48	Статистически не достоверно
«Деструктивная сексуальность»	45,2±1,04	45,62±1,02	47,61±1,28	Статистически не достоверно
«Дефицитарная сексуальность»	50,07± 1,36	54,71± 1,1	52,06± 1,48	1-2**

восприятия семейного взаимодействия с параметрами, характеризующими их личностное функционирование. В качестве таких параметров выступали показатели шкал «Я-структурного теста» и шкал «Методики оценки психического здоровья».

В табл. 2 представлены средние и их различия по шкалам «Я-структурного теста» в кластерах.

При сопоставлении данных «Я-структурного теста» описанных выше кластеров, достоверные

различия выявляются по 12 (из 18) шкалам. По шкалам «Деструктивная агрессия», «Дефицитарная тревога», «Дефицитарное внешнее я-отграничение», «Дефицитарное внутреннее я-отграничение», «Конструктивная сексуальность» и «Деструктивная сексуальность» различий установлено не было.

Следует отметить, что во всех трех кластерах отмечается преобладание «деструктивных» и «дефицитарных» составляющих Я-функций над

«конструктивными». Это говорит о наличии трудностей в процессе реализации личностного потенциала и адаптации к наличной жизненной ситуации, характерных для родственников больных героиневой наркоманией независимо от типа семейного взаимодействия.

При сопоставлении показателей «Я-структурного теста» *первого и второго* кластера достоверные различия были выявлены по шкалам: «Дефицитарная агрессия», «Деструктивная тревога», «Деструктивное внешнее я-отграничение», «Деструктивное внутреннее я-отграничение», «Деструктивный нарциссизм» ($p < 0,001$); «Дефицитарный нарциссизм» и «Дефицитарная сексуальность» ($p < 0,01$); «Конструктивная агрессия», «Конструктивный нарциссизм» ($p < 0,05$). Следует отметить, что показатели по «конструктивным» шкалам оказываются выше в первом, а по «деструктивным» и «дефицитарным» во втором кластере. По шкалам «Конструктивная тревога», «Конструктивное внешнее я-отграничение», «Конструктивное внутреннее я-отграничение» между этими кластерами статистически достоверных различий выявлено не было.

Сопоставление показателей «Я-структурного теста» *первого и третьего* кластера позволило выявить различия по шкалам: «Конструктивная агрессия», «Конструктивная тревога», «Конструктивное внешнее я-отграничение», «Конструктивное внутреннее я-отграничение», «Конструктивный нарциссизм» ($p < 0,001$), «Дефицитарный нарциссизм» ($p < 0,01$) и «Деструктивная тревога» ($p < 0,05$). Как и при сопоставлении первого и второго кластера, при сравнении первого и третьего наблюдается большая сохранность «конструктивных» составляющих Я-функций личности и меньшая выраженность «деструктивных» и «дефицитарных» компонент в первом кластере. При этом, различия в первом и третьем кластерах отсутствуют по шкалам «Дефицитарная агрессия», «Деструктивное внешнее я-отграничение», «Деструктивное внутреннее я-отграничение», «Деструктивный нарциссизм» и «Дефицитарная сексуальность».

При сопоставлении показателей «Я-структурного теста» *второго и третьего* кластера обнаруживаются различия по следующим шкалам: «Конструктивная агрессия» и «Конструктивное внешнее я-отграничение» при $p < 0,001$, «Конструктивная тревога», «Конструктивное внутреннее я-отграничение», «Деструктивное

внутреннее я-отграничение», «Конструктивный нарциссизм» при $p < 0,01$; «Дефицитарная агрессия» и «Деструктивный нарциссизм» при $p < 0,05$. Важно подчеркнуть, что здесь во втором кластере более высокие показатели выявляются как по «конструктивным», так и по «деструктивным» и «дефицитарным» шкалам. Показатели по шкалам «Деструктивная тревога», «Деструктивное внешнее я-отграничение», «Дефицитарный нарциссизм» и «Дефицитарная сексуальность» в данных кластерах не имеют достоверных различий.

В первом кластере, по сравнению со вторым и третьим, показатели личностного функционирования оказываются более сохранными. Шкальные оценки характеризуются низким разбросом значений и полностью укладываются в нормативный диапазон. Отмечается лишь незначительное преобладание «деструктивно-дефицитарных» компонентов Я-функций личности над «конструктивными». Такая картина не позволяет однозначно определить тенденции личностного функционирования, характеризующие данную группу. Однако, можно предположить, что подобное описание отражает лишь «фасадную ориентацию» (желание нивелировать существующие трудности), выявляемую в данной группе родственников. Такая ориентация характерна как при описании личной, так и семейной ситуации.

При интерпретации результатов, полученных во втором кластере, следует отметить, что среднegrupповые показатели по «Я-структурному тесту» родственников наркозависимых, попавших в этот кластер, в целом, укладываются в нормативный интервал (40–60 баллов), за исключением шкал «Деструктивной тревоги». Высокое значение по этой шкале говорит о том, что данной группе родственников, присущи такие личностные особенности как повышенная тревожность, склонность к беспокойству и волнениям по самым незначительным поводам, частое ощущение недостаточности контроля над ситуацией. На верхней границе нормативного диапазона находится также среднegrupповой показатель по шкале «Деструктивного внутреннего я-отграничения», что говорит об ориентацией на сугубо рациональное постижение действительности, попытку отгородиться от собственных эмоциональных переживаний (в частности выраженной тревоги) путем построения жестко регламентированных правил и ритуалов, которые, в свою очередь, могут препятствовать как пониманию себя, так и окру-

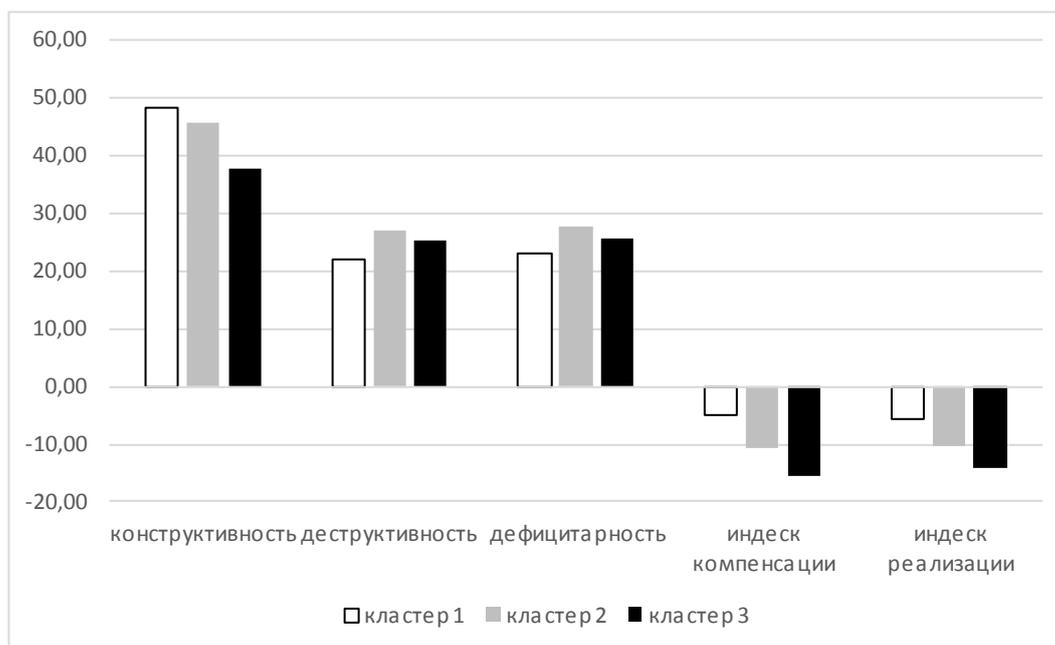


Рис. 2. Соотношение средних значений показателей по «МОПЗ» в кластерах.

жающих. Преобладание деструктивной составляющей отмечается также по шкале нарциссизма, в то время как по шкалам агрессии, внешнего «Я-отграничения» и сексуальности более выраженным оказывается дефицитарный компонент.

Важно подчеркнуть, что в группе родственников относящихся ко второму кластеру, сходные тенденции, проявляющиеся в стремлении к жестко структурированным отношениям, прослеживаются и при изучении личностной организации и характера семейных отношений. Такое структурирование и выстраивание своеобразных барьеров распространяется как на отношения со своим внутренним миром (миром переживаний), так и на отношения со своими близкими (членами своей семьи). Этот механизм, вероятно, выполняет защитную функцию, например, препятствует проникновению подчас разрушительных эмоциональных переживаний, и/или стабилизирует семейные взаимоотношения, создавая иллюзию их упорядоченности. Однако, такой механизм, искажающий восприятие происходящего с собственной личностью и окружающими (в частности, наркозависимым близким) является дезадаптивным, проецируя ощущение враждебности на окружающий мир, который воспринимается как агрессивный, непонимающий и непринимаящий.

Третий кластер характеризуется выраженным снижением показателей по всем «конструк-

тивным» шкала. Следует отметить, что это снижение является настолько выраженным, что шкальные значения «конструктивных» составляющих выходят за нижнюю границу нормативного диапазона по всем базовым Я-функциям личности за исключением функции тревоги. Такие показатели отражают отсутствие базового доверия к окружающему миру, обесценивание собственной личностной активности, отсутствие веры в собственную способность справляться с требованиями окружающей действительности, недостаток стремления реализовывать личностный потенциал. Как показало проведенное исследование, эти особенности личностного функционирования родственников пациентов с героиновой наркоманией оказываются взаимосвязаны с восприятием собственной семьи как не дающей поддержки и понимания, наполненной агрессивными, конфликтными отношениями членов семьи друг с другом, не имеющей ясных границ и правил взаимодействия. Для данной группы родственников характерен «избегающе-дефицитарный» стиль взаимодействия с окружающим миром.

Результаты, полученные при сравнении кластеров по «Методике оценки психического здоровья» представлены на рис. 2.

При сопоставлении показателей МОПЗ в исследуемых кластерах, между *первым и вторым* обнаруживаются достоверные различия по шкалам: «Конструктивность» ($p < 0,05$), «Деструк-

тивность» и «Дефицитарность» ($p < 0,001$), а также «Индексу компенсации психопатологической симптоматики» ($p < 0,01$) и «Индексу реализации психического потенциала личности» ($p < 0,05$). При этом, в первом кластере отмечается статистически значимое повышение показателя «Конструктивности» и индексов, сочетающееся со снижением показателей по шкалам «Деструктивности» и «Дефицитарности» по сравнению со вторым кластером.

При сопоставлении *первого и третьего* кластера различия обнаружены по шкале «Конструктивности» ($p < 0,001$), и обоим индексам ($p < 0,001$). Как видно на рисунке, в третьем кластере наблюдается наиболее выраженное снижение показателей по этим показателям.

При сравнении шкальных значений *второго и третьего* кластера различия выявляются только по шкале «Конструктивность» ($p < 0,001$), показатели по которой оказываются значительно ниже в третьем кластере.

Таким образом, исследование уровня психического здоровья говорит о том, что родственники наркозависимых демонстрирующие «фасадную ориентацию» при описании личностной и семейной ситуации характеризуются более успешной социальной адаптацией, по сравнению с родственниками, обнаруживающими жестко структурированный или «избегающе-дефицитарный» стиль отношений с окружающим миром.

При изучении различий выделенных кластеров были проанализированы такие социально-демографические характеристики как пол и возраст исследуемых родственников, а также их наркозависимых близких, уровень образования, трудовая деятельность родственников больного, характер родства по отношению к больному наркоманией. Кроме того, были исследованы такие клинические характеристики как возраст начала употребления психоактивных веществ наркозависимым и стаж его наркотизации.

По таким показателям как возраст родственников, пол наркозависимых, а также стаж наркотизации, достоверных различий в кластерах выявлено не было.

При сопоставлении кластеров по показателю пола родственников статистически достоверные различия были выявлены между вторым и третьим кластером. Во втором кластере мужчин присутствует достоверно меньше, чем в третьем кластере. В тоже время, во втором кластере отмечается значительное преобладание женщин.

По уровню образования различия выявляются между всеми 3-мя кластерами. Так, среднее специальное образование достоверно чаще встречается во втором, по сравнению с первым кластером, незаконченное высшее чаще обнаруживается в третьем по сравнению со вторым, а высшее образование преобладает в первом по сравнению с третьим кластером.

Во втором кластере достоверно чаще, по сравнению с первым и третьим кластером, встречаются не работающие на момент исследования родственники.

По показателю возраст наркозависимого достоверные различия выявляются между первым и вторым, а также вторым и третьим кластером. Возраст наркозависимых во втором кластере значимо ниже.

Возраст начала употребления психоактивных веществ наркозависимым достоверно выше в первом по сравнению со вторым и третьим кластером.

Таким образом, в первый кластер относительно чаще попадают работающие родственники, имеющие высшее образование. Наркотизация, у их страдающих зависимостью близких, характеризуется сравнительно более поздним началом употребления психоактивных веществ (средний возраст начала употребления $17,97 \pm 0,61$), а сами наркозависимые старше (средний возраст $31,66 \pm 0,87$).

Во второй кластер чаще попадают женщины, преимущественно неработающие и имеющие среднее специальное образование. Возраст наркозависимых близких в данной группе относительно более молодой (средний возраст $28,98 \pm 0,63$).

В третий кластер, чаще, по сравнению со вторым, попадают работающие мужчины, наркозависимые близкие которых характеризуются относительно более ранним началом употребления психоактивных веществ (средний возраст начала употребления $16,23 \pm 0,41$).

В табл. 3 представлено распределение по кластерам в зависимости от характера родства.

Следует отметить, что при распределении по кластерам жены наркозависимых достоверно чаще оказываются в первом кластере, матери – во втором, а братья – в третьем ($p < 0,05$), в то время как отцы и сестры достаточно равномерно распределяются по всем трем кластерам.

Заключение. Анализ результатов комплексного клинико-психологического исследования различных групп родственников больных герои-

Распределение родственников наркозависимых по кластерам в количественном и процентном соотношении

Группы родственников	Кластеры			Общее количество
	первый	второй	третий	
Отцы	17 (25,8%)	15 (15,8%)	15 (20,5%)	47 (20,1%)
Матери	18 (27,3%)	59 (62,1%)	26 (35,6%)	103 (44%)
Братья	3 (4,5%)	3 (3,2%)	12 (16,4%)	18 (7,7%)
Сестры	6 (9,1%)	3 (3,2%)	9 (12,3%)	18 (7,7%)
Жены	22 (33,3%)	15 (15,8%)	11 (15,1%)	48 (20,5%)
Общее количество	66 (100%)	95 (100%)	73 (100%)	234 (100%)

новой наркоманией, осуществленный с использованием методов многомерной статистики, позволил выявить 3 основных сценария психологической адаптации личности респондентов. В каждой из выделенных нами в результате кластеризации групп, преимущественно реализуется один из этих сценариев.

Первый сценарий может быть условно обозначен как «конструктивный». Этот сценарий характеризуется попытками максимального использования социально-желательных форм интерперсонального взаимодействия. Такой сценарий, по-видимому, обеспечивает возможность относительно бесконфликтного взаимодействия со стигматизирующим окружением семьи, снижая выраженную психотравматизацию ее членов. Однако в крайних вариантах этот сценарий проявляется «фасадностью», демонстрацией отсутствия остроэмоциональных конфликтов. В этом случае, маскировка трудностей, существующих во внутрисемейном взаимодействии, препятствует необходимой эмоциональной разрядке в поле семейных отношений, а также может требовать постоянных энергетических затрат и препятствовать реализации личностного потенциала.

Второй сценарий может быть условно назван «деструктивным». Он сопряжен с попыткой сверхрационального преодоления сложной жизненной ситуации. Респонденты, вошедшие во второй кластер, пытаются снизить уровень эмоционального напряжения, возникающего в связи с наркотизацией близкого, за счет жесткой организации семейных отношений и чрезмерной мотивации членов семьи на достижение нормативно-одобряемых культурных ценностей. В отличие от первого, этот сценарий характеризуется не констатацией и демонстрацией нормативности, а стремлением к ее постоянному достижению, что оказывается трудно реализуемым в ситуации

наркотизации близкого. Эмоциональное благополучие членов семьи, как и в случае «фасадного» (условно «конструктивного») паттерна оказывается нарушенным, поскольку при реализации такого сценария имеет место явная диссоциация сознательной и бессознательной групповой динамики. На сознательном уровне, семейные отношения характеризуются построением таких моделей взаимодействия, которые вытекают из представлений о социальной успешности семейного функционирования, в то время как неосознаваемая групповая динамика определяется деструктивными личностными характеристиками респондентов.

Третий сценарий может быть условно обозначен как «дефицитарный». Здесь преобладающим модусом отношений становится низкая конструктивность, отказ от взаимодействия как внутри семьи, так и в более широком социальном поле.

Последние два сценария характеризуются высокой степенью нарушений в эмоциональной сфере, низкой компенсированностью психопатологической симптоматики, а также слабой реализацией личностного потенциала родственников больных.

В качестве ограничений представленного исследования следует отметить отсутствие данных о взаимосвязи описанных сценариев психологической адаптации родственников пациентов с героиновой наркоманией к ситуации болезни близкого с такими характеристиками как: тяжесть зависимости у больных наркоманией; уровень материального достатка семьи, уровень объективного и субъективного «бремени» болезни у родственников больного и т.п. В этой связи, необходимым представляется дальнейшее изучение факторов, оказывающих влияние на семейное и личностное функционирование близких больного.

СООТНОШЕНИЕ УРОВНЯ ЛИЧНОСТНОЙ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОСТИ И ВОСПРИЯТИЯ СЕМЕЙНОЙ СИТУАЦИИ У РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

ЛИТЕРАТУРА

1. Агибалова Т.В., Эм Т.В. Исследование психопатологических расстройств у жен и матерей наркологических больных // *Практическая медицина*. 2012. № 2(57). С. 97–99.
2. Бисалиев Р.В. Клинические особенности созависимости у женщин с суицидальным поведением, чьи мужья являются аддиктивными больными // *Вопросы наркологии*. 2010. № 5. С. 9–15.
3. Бочаров В.В., Шишкова А.М. Нарушения личностного и семейного функционирования родителей пациентов, страдающих героиновой наркоманией // *Вестник ЮУрГУ. Сер.: Психология*. 2013. Т.6, № 3 С. 75–81.
4. Голубева М.С. Совладающее поведение родителей, воспитывающих детей с тяжелыми сенсорными нарушениями: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Кострома, 2006. 22 с.
5. Зинченко О.П. Особенности психического развития младших sibсов в семьях наркотизирующихся подростков: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Калуга, 2004. 21 с.
6. Корень Е.В., Куприянова Т.А., Сухотина Н.К. Групповая психосоциальная мультисемейная терапия с родителями семей и подростков с расстройствами шизофренического спектра: пилотное исследование // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012. Т. 22, № 1. С.71–76.
7. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение. Учебное пособие. М.: Изд-во «Академия», 2003. 736 с.
8. Хазова С.А., Рязжева М.В. Динамика совладающего поведения родителей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья // *Вестник Костром. гос. ун-та им. Н.А. Некрасова. Сер.: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика*. 2012. Т. 18, № 3. С. 203–209.
9. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И. В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб: Речь, 2003. 334 с.
10. Alexander L. B., Dore M. M. Making the Parents as Partners principle a reality: The role of the alliance // *J. Child Family Studies*. 1999. N 8. P. 255–270.
11. Copello A., Orford J. Addiction and the family: Is it time for services to take notice of the evidence? // *Addiction*. 2002. Vol. 97. P. 1362–1363.
12. Downs W.R. Alcoholism as a developing family crisis // *Family Relations*. 1982. Vol. 31, № 1. P. 5–12.
13. Falloon I.R.H., Adamowski T., Kiejna A. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness // *World Psychiatry*. 2003. Vol. 2, N 1. P. 20–28.
14. Hadryś T. Mental disorder in Polish families: is diagnosis a predictor of caregiver's burden? // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2011. Vol. 46, № 5. P. 363–372.
15. Nebhinani N., Anil B. N., Mattoo S. K., Basu D. Family burden in injecting versus noninjecting opioid users // *Ind. Psychiatry J.* 2013. Vol. 22(2). P.138–142.
16. 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. Vol. 17 (s.1). P. 36–43.
17. Orford J., Velleman R., Copello A. et al. The experiences of affected family members: a summary of two decades of qualitative research // *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2010. Vol. 17 (suppl.1). P. 44–62.
18. Ruffalo M. C., Kuhn M. T., Evans M. E. Developing a parent professional team leadership model in group work: Work with families with children experiencing behavioral and emotional problems // *Social Work*. 2006. N 51. P. 39–47
19. Velleman R., MacMillan H. L., Jamieson E. Templeton L. Family interventions in substance misuse // *Working with Substance Misusers: a guide to theory and practice* [ed. by T. Peterson & A. McBride]. London: Routledge, 2002. Ch. 10. P. 145–153.

20. Walsh C. The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health // *Child Abuse & Neglect*. 2003. Vol. 27, № 12 (suppl.). P. 1409–1425.

REFERENCES

1. Agibalova T. V., Em T. V. *Prakticheskaya meditsina*. 2012. № 2(57). pp. 97–99. (in Russian)
2. Bisaliev R. V. *Voprosy narkologii*. 2010 № 5. pp. 9–15. (in Russian)
3. Bocharov V. V., Shishkova A. M. *Vestnik YUUrGU. Ser.: Psikhologiya*. 2013. 6, № 3 pp. 75 – 81. (in Russian)
4. Golubeva M. S. *Extended abstract of PhD dissertation (Psychology)*. Kostroma, 2006. 22 p. (in Russian)
5. Zinchenko O. P. *Extended abstract of PhD dissertation (Psychology)*. Kaluga, 2004. 21 p. (in Russian)
6. Koren' E.V., Kupriyanova T. A., Sukhotina N.K. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*. 2012. 22, № 1. pp.71–76. (in Russian)
7. Vasserman L.I., Shelkova O.YU. *Meditsinskaya psikhodiagnostika: teoriya, praktika i obuchenie*. Moscow: «Akademiya», 2003. 736 p. (in Russian)
8. Khazova S.A., Ryazheva M.V. *Vestnik Kostrom. gos. un-ta im. N. A. Nekrasova. Ser.: Pedagogika. Psikhologiya. Sotsial'naya rabota. Yuvnologiya. Sotsiokinetika*. 2012. 18, № 3. pp. 203–209. (in Russian)
9. Ejdemiller E.G., Dobryakov I.V., Nikol'skaya I.M. *Semejnijy diagnoz i semejnaya psikhoterapiya*. St.-Petersburg: Rech', 2003. 334 p. (in Russian)
10. Alexander L.B., Dore M.M. Making the Parents as Partners principle a reality: The role of the alliance. *J. Child Family Studies*. 1999. N 8. pp. 255–270.
11. Copello A., Orford J. Addiction and the family: Is it time for services to take notice of the evidence? *Addiction*. 2002. Vol. 97. pp. 1362–1363.
12. Downs W.R. Alcoholism as a developing family crisis. *Family Relations*. 1982. Vol. 31, № 1. pp. 5–12.
13. Falloon I.R.H., Adamowski T., Kiejna A. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*. 2003. Vol. 2, N 1. pp. 20–28.
14. Hadryś T. Mental disorder in Polish families: is diagnosis a predictor of caregiver's burden? *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2011. Vol. 46, № 5. pp. 363–372.
15. Nebhinani N., Anil B. N., Mattoo S. K., Basu D. Family burden in injecting versus noninjecting opioid users. *Ind. Psychiatry J.* 2013. Vol. 22(2). pp.138–142.
16. 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. Vol. 17 (s.1). pp. 36–43.
17. Orford J., Velleman R., Copello A. et al. The experiences of affected family members: a summary of two decades of qualitative research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2010. Vol. 17 (suppl.1). pp. 44–62.
18. Ruffalo M.C., Kuhn M.T., Evans M.E. Developing a parent professional team leadership model in group work: Work with families with children experiencing behavioral and emotional problems. *Social Work*. 2006. N 51. pp. 39–47
19. Velleman R., MacMillan H. L., Jamieson E. Templeton L. Family interventions in substance misuse. In: *Working with Substance Misusers: a guide to theory and practice* [ed. by T. Peterson & A. McBride]. London: Routledge, 2002. Ch. 10. pp. 145–153.
20. Walsh C. The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health. *Child Abuse & Neglect*. 2003. Vol. 27, № 12 (suppl.). pp. 1409–1425.

Поступила 14.12.15.