

## Перспективы исследования эмоционального выгорания родственников пациентов, страдающих алкоголизмом или опиоидной зависимостью (сообщение 2)

Бочаров В.В.<sup>1,2</sup>, Шишкова А.М.<sup>1,2</sup>, Черная Ю.С.<sup>1</sup>, Сивак А.А.<sup>2,3</sup>, Ипатова К.А.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург,

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,

<sup>3</sup> СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница»,

<sup>4</sup> СПб ГБУЗ «Межрайонный наркологический диспансер № 1»

**Резюме.** В статье рассматриваются вопросы, связанные с методологией изучения психологии родственников больных с хроническими заболеваниями. В сообщении 2 описаны трудности проникновения концепции выгорания в область исследований психологии родственников больных с аддитивными расстройствами. Такие трудности связаны с инертностью установок, определяющих исследовательский фокус и акцентирующих внимание на деструктивных компонентах взаимодействия «опекающий родственник — аддитивный больной», а также с отсутствием специализированного инструментария оценки конструктивных компонентов личностной активности родственников аддиктов. Анализируются социально-экономические и культурные условия существования различных моделей понимания психологии родственников аддитивных больных.

**Ключевые слова:** родственники хронически больных, аддикция, стресс, эмоциональное выгорание, конструктивная личностная активность, методология.

### Prospects of research of emotional burnout in relatives of patients with alcohol or opioid dependence

Bocharov V.V.<sup>1,2</sup>, Shishkova A.M.<sup>1,2</sup>, Chernaya U.S.<sup>1</sup>, Sivak A.A.<sup>2,3</sup>, Ipatova K.A.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> V.M. Bekhterev National medical research center of psychiatry and neurology, St.-Petersburg,

<sup>2</sup> Petersburg State Pediatric Medical University,

<sup>3</sup> St. Petersburg City Addiction Hospital,

<sup>4</sup> St. Petersburg Interdistrict Addiction Clinic № 1

**Summary.** The questions of methodology of studying of relatives of patients with chronic diseases are considered. Challenges of implementation of burnout construct into the area of research of addict's relatives are described. This challenges are connected with inertness of the installations accenting only destructive components of relative — addict interaction and lack of measures for assessment of constructive components of personal activity of addict's relatives. Social, economic and cultural conditions of various models of understanding of psychology of addictive patient's relatives are analyzed.

**Key words:** relatives of chronically ill, addiction, stress, emotional burnout, constructive personal activity, methodology.

*Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект «Методология и инструментарий оценки уровня «эмоционального выгорания» родственников больных с аддитивными расстройствами», № 17-06-00533а.*

Зависимость от психоактивных веществ (в частности, алкоголизм и опиоидная наркомания) является хроническим заболеванием, значительно нарушающим физическое здоровье человека и имеющим тяжелые психологические и социальные последствия. Среди последних могут быть названы: рискованное поведение, тесно ассоциированное с распространением ВИЧ/СПИД и других инфекционных заболеваний, вовлечение в криминальную деятельность, различные формы «разрушительного» поведения (например, насилие в семье), инвалидизация и социальная изоляция больного. Как правило, каждый больной (по крайней мере, на начальной стадии заболевания) имеет семью, члены которой в зависимости от их ролевой позиции в разной степени включены во

взаимодействие с ним и, предпринимая попытки совладать с его болезнью, опосредованно или непосредственно испытывают на себе тяготы, связанные с недугом близкого.

Высокая распространенность различных форм аддикции определяет реальный масштаб нуждающихся в помощи. Рассматривая наличие в семье больного аддикцией в качестве основного, но игнорируемого фактора снижения качества жизни и соматического здоровья населения планеты, J. Orford с соавторами [29] оценивает приблизительное количество родственников, страдающих от зависимости их близких, как равное 100 миллионам.

В сообщении 1 был проанализирован опыт использования и возможности применения концепции выгорания для описания процессов, происхо-

дящих с близкими больных соматическими и психическими расстройствами. Анализ литературных данных показал, что концепт эмоционального выгорания в настоящий момент представляет собой один из важных объяснительных принципов, применимых не только к производственным, детско-родительским, но и в широком смысле родственным отношениям, связанным с потребностью в опеке какого-либо члена семьи. В тоже время, активное развитие исследований в области изучения выгорания у людей, осуществляющих опеку своих родственников (взрослых или детей), наблюдаемое в клинике соматических и психических расстройств, парадоксальным образом не находит отклика в области изучения психологии родственников аддиктивных больных.

Возникает вопрос о том, что препятствует проникновению теоретического конструкта «выгорания» в область изучения психологии родственников аддиктивов?

В качестве основной причины, по нашему мнению, выступает явно существующий, но не артикулируемый научным сообществом до настоящего момента, *методологический конфликт* между традиционно используемым для описания психологии родственников алко- и наркозависимых конструктом «созависимости» и теоретическими моделями, связанными с изучением трудностей и последствий осуществления ухода, возникающих у родственников, опекающих хронически больного члена семьи.

Концепция созависимости, получившая широкое распространение за рубежом в 70-е годы прошлого столетия и доминирующая в отечественной наркологии и клинической психологии вплоть до настоящего времени, ставит акцент на личностной дефицитарности и деструктивных поведенческих паттернах родственников аддиктивных больных, которые рассматриваются как препятствующие терапевтическому и реабилитационному процессу и должны быть преодолены путем разрыва патологических (созависимых) отношений с больным наркоманией. Такой подход 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 [18, 20]. Стигматизируя родственников данный подход почти исключает возможность конструктивного (основанного на взаимном уважении и партнерских отношениях) диалога опекающих больного близких со специалистами, оказывающими помощь аддикту.

Анализ истоков формирования и развития теоретического конструкта созависимости, его несостоятельность и трудности применения в качестве методологического основания при разработке специализированных мероприятий для родственников аддиктивных больных приводится нами в предыдущих публикациях [1, 2] и не является целью настоящей работы. Здесь хотелось бы лишь подчеркнуть, что специалисты, работа-

ющие в наркологической клинике, часто описывают взаимодействие с родственниками больного как неудовлетворительное, говоря о наличии у них поведения, препятствующего лечебному и реабилитационному процессу [5, 7]. При этом трудности взаимопонимания участников терапевтического процесса, как правило, объясняются личностной дисфункциональностью — созависимостью родственников аддиктивных больных. Традиционно врач ищет так называемую «вторичную выгоду» родственника от болезни близкого, зачастую проецируя собственную «вторичную выгоду» от использования концепции созависимости, которая, по нашему мнению, заключается в возможности списать все неудачи в лечении больного на «потворствующее», «провоцирующее», препятствующее лечению, дисфункциональное поведение родственника.

К сожалению, в условиях такой примитивизирующей понимание психологии родственников модели взаимодействия, наркологом не учитывается экоккультурное (контекстное) соответствие терапевтических вмешательств семейным устоям, целям и смыслам, а объединяемые общим стремлением справиться с болезнью врач и опекающий больного родственник оказываются по разные стороны баррикад, испытывая значительную фрустрацию в связи с невозможностью достижения желаемой цели.

Признавая значение конструкта «вторичной выгоды» в динамике отношений родственников с аддиктом, мы считаем важным не упускать из вида, что родственник часто является единственной опорой больного, обладает уникальной информацией о пациенте и как минимум сознательно стремится к успеху в лечении близкого. Это, по нашему мнению, предполагает изменение самой концептуализации образа родственника в лечебном процессе, который должен рассматриваться специалистом в качестве активного, обладающего правом на получение полной информации и принятие решений участника лечебного процесса.

За рубежом наблюдается явное сокращение влияния концепции созависимости, сам термин все реже используется в литературе, его применение преимущественно ограничивается работами, проводимыми в развивающихся странах [30, 36, 41]. Сокращение использования данного термина связано с его установившимся стигматизирующим влиянием [10, 24, 28]. Для обозначения родственников аддиктивных больных в настоящее время чаще используются термины, не имеющие столь явной негативной коннотации, например, «заинтересованный член семьи» («concerned family members»), «аффектированный член семьи» («affected family member») [29], «заинтересованный член семьи» («concerned family member») [14], «значимый близкий» («significant other») [22] и др.

Справедливости ради следует отметить, что даже в период явного доминирования концепции созависимости в наркологии в зарубежных исследованиях существовали альтернативные подходы понимания психологии родственников, в основе

которых лежит, прежде всего, концепция стресса. Так еще в 60-70-е годы были проведены исследования, ставящие акцент на стрессовой природе и принципиальной обратимости расстройств, наблюдаемых у родственников аддиктов, в частности жен больных алкоголизмом [15, 23]. Однако данные не укладывающиеся в патологизирующее родственных представление об их преморбидной дефицитарности — методологическая основа концепции созависимости — были легко ассимилированы ею, что в итоге привело к разрывлению самого концепта и, соответственно, расширению круга лиц, поведение которых описывалось в терминах созависимости. В наиболее радикальных проявлениях авторами, разделяющими данную концепцию, к созависимым относились все, кто так или иначе взаимодействовал с аддиктом, а также вырос в семье, один из членов которой имел выраженные расстройства различного генеза [32, 40].

В настоящее время за рубежом стрессориентированный подход все больше определяет картину теоретического осмысления психологии родственников аддиктов. Взаимодействие родственника с больным рассматривается через призму моделей хронического стресса, где в качестве анализируемых категорий выступают стресс, напряжение, адаптация, совладание [9, 25]. Встречаются работы, посвященные изучению «бремени семьи», в которых прицельно исследуются трудности, возникающие у родственников в связи с наличием в семье больного аддикцией. К ним относятся, в частности, проблемы во взаимоотношениях с больным; эмоциональные проблемы; финансовые трудности; проблемы со здоровьем; вовлеченность во взаимодействие с юридическими и другими официальными структурами; физическое насилие в семье; проблемы, связанные с попытками справиться супотреблением зависимым психоактивных веществ дома и т.п. [22, 26, 35]. Результаты проведенных исследований отражают сопоставимость тяжести объективного и субъективного бремени у членов семьи больных, страдающих аддикцией (алкогольной и опиатной зависимостью) и родственников больных с различной психической патологией [11].

Описываемые сдвиги обусловлены изменением степени влияния различных психотерапевтических парадигм. Время популярности психодинамического подхода, с которым связаны объяснительные модели концепции созависимости, постепенно сменяется господством когнитивно-бихевиорального подхода, одним из важных оснований которого является концепция стресса. Низкая экономическая эффективность психоанализа и его производных очевидно представляла собой один из факторов, обуславливающих игнорирование родственников аддиктивных больных как самостоятельного контингента для оказания психотерапевтической помощи. В этот период времени родственники организовывали различные формы самопомощи, например, сообщество «Co-Dependents Anonymous» («Анонимные

Созависимые»), получившее распространение во всем мире. По мере продвижения когнитивно-бихевиорального подхода психотерапевтическая помощь становилась все более экономически измеримой и доступной. Это в конечном итоге привело к возможности ее применения в качестве основного средства работы с родственниками аддиктивных больных, в частности, их иррациональными установками и неконструктивными копингами.

В настоящее время положение о необходимости специализированной психотерапевтической помощи родственникам аддиктивных больных во многих европейских странах является концептуальным [37]. Например, в качестве наиболее близко отражающего современную официальную доктрину подхода к родственникам аддиктивных больных в Великобритании, по-видимому, можно представить модель SSCS (stress-strain-coping-support/стресс-напряжение-совладание-поддержка), развиваемую J. Orford и его коллегами [27]. Так разработанная на ее основе программа интервенций для родственников аддиктов, выступающих в качестве самостоятельного объекта оказания помощи — «5-Step Method», отмечена как эффективная в документе, определяющем государственную политику в отношении снижения негативных последствий для общества и семьи от употребления наркотиков и алкоголя [37].

В рамках этой модели, взаимодействие родственников с аддиктом рассматривается в качестве стресс-фактора, обуславливающего возникновение у них выраженного напряжения, в ряде случаев приводящего к развитию физических и/или психических расстройств. При этом социальная поддержка, получаемая родственниками аддикта, выступая в качестве буфера и медиатора, способна в значительной степени смягчать негативное воздействие болезни близкого.

Данная концепция отличается целостностью, значительное внимание в ней уделяется как вопросам диагностики, так и путям психокоррекционной и социотерапевтической работы, последовательно реализуемой в рамках созданной авторами программы («5-Step Method»). Предлагаемая авторами программа может варьироваться по количеству сессий (от 1 до 5) и формату проведения (очные психотерапевтические сессии; вводная сессия и дальнейшая самостоятельная работа по пособию для родственников). Основными элементами (шагами) являются: безоценочное слушание; предоставление релевантной информации; исследование совладания (выявление тех форм совладания, которые родственник использует в настоящий момент, анализ «за» и «против» их применения, рассмотрение альтернатив); подключение социальной поддержки; выявление потребностей в дальнейшей работе (направление к соответствующим специалистам).

Одним из центральных звеньев модели SSCS является предложенная авторами типология форм совладающего поведения родственников аддиктов. В рамках данной типологии Jim Orford с коллегами

выделяют 3 принципиально различающихся способа реагирования родственников на болезнь близкого, а именно: «борьбу» («standing up to it»)\*; «приспособление» («putting up with it») и «обретение независимости» («becoming independent») [29].

Данная типология была изначально описана на основе кросс-культурного исследования структуры совладающего поведения в семьях аддиктов, проведенного авторами в Англии и Мексике [28]. Совладающее поведение оценивалось J. Orford и коллегами на основе предварительного выделенных в предыдущем исследовании копинговых реакций, включавших 8 категорий: эмоциональный копинг, терпимость (терпимость-принятие; терпимость-самопожертвование), бездействие, избегание, контроль, ассертивное реагирование, поддержка (употребляющего), независимость. В результате качественного и количественного анализа (в частности, факторного анализа) результатов, отражающих способы возможного реагирования родственников, проживающих совместно с наркотизирующимся или алкоголизирующимся близким, на складывающуюся в связи с употреблением ситуацию, было выделено 3 основных фактора, названных авторами «вовлечение» (engagement), «терпимость — бездействие» (tolerant-inactive) и «отказ» (withdrawal).

Любопытно заметить, что представленный конструкт ассоциативно близок инстинктивным теориям реагирования на угрозу («бей» — «замри» — «беги»). Такое описание активности близких больного по совладанию с болезнью родственника кажется слишком упрощенным.

Фактор, получивший название «вовлечение», объединял стратегии, отражающие попытки членов семьи изменить поведение аддикта, и включал «эмоциональный копинг» (выражение эмоций по отношению к употребляющему, например, в форме мольбы; обвинений; споров), «контроль» (попытка ограничить употребление алкоголя или употребление наркотиков), «ассертивное реагирование» (четкое и спокойное выражение своей позиции по отношению к употреблению, например, отказ выдавать деньги), «поддержка» (например, разговор по душам). Комбинация ассертивных и поддерживающих копингов, описывается авторами, как отражающая понимание родственников о допустимости и недопустимости различных форм поведения, сюда же относятся действия, мотивирующие аддикта на прекращение употребления и/или обращение за лечением [38].

Фактор «терпимость — бездействие», включал такие стратегии, как «самопожертвование», «принятие» (например, попытки оправдать аддикта) и «бездействие», которое выражалось, например, в пустых угрозах, отсутствии каких-либо требований к зависимому или стремлении сохранить мир любой ценой.

Фактор «отказ» являлся биполярным: на одном его полюсе располагались стратегии, на-

правленные на «избегание» и «независимость», отражающие попытки дистанцироваться от наркозависимого путем активного смещения фокуса на другие интересы и потребности, на другом — стратегии «поддержки», имеющее отрицательную нагрузку.

J. Orford с коллегами подчеркивают многомерность природы стратегий совладания, используемых родственниками в их стремлении помочь близкому, и предостерегают от рассмотрения какой-либо из выделенных ими стратегий как дисфункциональной или функциональной, без отнесения с контекстом конкретной жизненной ситуации родственника (длительностью нахождения в стрессовой ситуации, обусловленной заболеванием близкого, ролью родственника в семье, материальным положением, моральными обязательствами по отношению к близкому и т.п.). Однако при оценке эффективности разработанной ими программы интервенций для родственников аддиктов («5-Step Method») в качестве критериев, отражающих позитивные изменения, авторы приводят общее снижение количества используемых копингов, происходящее за счет сокращения стратегий «вовлечение» и «терпимость — бездействие» [12, 23, 38]. При этом показатели стратегии «отказ» в некоторых выборках выявляют повышение частоты использования входящих в нее компонентов после проведенных интервенций [13, 38]. Получается, что стратегии, направленные на активное взаимодействие родственника с аддиктом, попытки изменить его поведение, спонтанная деятельность, направленная на борьбу с болезнью и поддержку страдающего аддикцией родственника (которая может, осуществляясь в естественной для близких родственных отношений форме, принимать вид самопожертвования), рассматриваются как «нездоровые» («unhealthy») [12]. В то время как увеличение независимости родственника, его переориентация на решение задач, не связанных с болезнью близкого, которые являются компонентами копинга «отказ», представляются авторам как преимущественно позитивные изменения в динамике отношений родственник — больной.

Такая оценка J. Orford подтверждается и приводимым им иллюстративным материалом, отражающим данные качественного анализа. Позитивным представляется смещение фокуса родственников на собственные нужды и проблемы, а в демонстрируемых высказываниях отражается появившаяся у них способность отделиться от аддикта вне зависимости от его состояния или даже полный разрыв отношений с ним [13, 38].

Авторы делают вывод о том, что меньшее количество копинговых реакций является индикатором позитивных изменений, поскольку большая часть попыток совладать с ситуацией (особенно в форме «вовлечения» и «толерантности») является бесполезной и оказывает негативное влияние на здоровье родственников [29].

Таким образом, в основе разработанной программы снижения вреда у аффектированных болезнью родственника близких лежит характерное

\* Здесь и далее перевод терминов осуществляется из контекстно-смысловых, а не формально лингвистических значений.

для западной культуры представление о безусловной ценности личностной автономии как инструмента достижения самореализации личности.

В качестве обоснования эффективности собственной программы J. Orford с коллегами также приводит показатели, говорящие о значимом уменьшении симптомов (на физическом и психологическом уровне), отражающих стрессовое напряжение родственников аддиктов. Однако необходимо отметить, что, несмотря на снижение, в целом уровень исследуемой симптоматики остается высоким и сопоставим с данными, полученными при обследовании стационарных и амбулаторных больных психиатрической клиники [38]. Возникает вопрос, почему при сокращении неадаптивных вариантов копинга («вовлечение», «терпимость—бездействие»), с которыми коррелирует выявляемая патологическая симптоматика [19] и формирование дистанцирования (независимости) от больного, уровень симптомов, отражающих дистресс, остается по-прежнему крайне высоким?

Несмотря на принципиальное различие изначальных посылов модели SSCS и концепции зависимости, наблюдается значительное сходство подходов к пониманию причин дисфункциональности родственников аддиктов, которая усматривается в утрате ими автономии. Соответственно этому и восстановление оптимального функционирования видится в отделении родственников от больного.

По нашему мнению, проблема заключается в том, что, описывая различные спонтанно возникающие способы реагирования родственников, авторы рассматривают близких больного как пассивных реципиентов, адаптирующихся к стрессовым условиям существования, полностью детерминированным аддиктивным поведением больного. При этом конструктивные в своей основе тенденции близких больного, направленные на преодоление его болезни (по сути, являющиеся действиями по активному преобразованию собственной среды и устранению из нее важнейшего источника патологического стресса), равно как и их крах оказываются вне поля зрения концепции. Именно блокада этих смыслообразующих усилий, происходящая за счет обесценивания значимости опеки близкого, является одним из потенциальных источников формирования эмоционального выгорания родственников, которое, по нашему мнению, и отражается в сохраняющейся психопатологической симптоматике. Иными словами, принципиальная установка на «отделение» от страдающего зависимостью любимого человека, лежащая в основе современного представления о необходимой трансформации отношений родственник—аддиктивный больной, препятствует реализации базовой потребности родственников в заботе о близком. Реализация такой потребности имеет для самореализации родственников аддиктов как минимум не меньшее значение, чем достижение абстрактной личностной автономии.

Следует отметить, что изменение дистанции между болеющим родственником и опекающим

его близким не является специфичным для клиники аддиктивных расстройств. Усиление симбиотичности отношений представляет собой естественную реакцию, безусловно требующую внимания специалистов. Однако наличие симбиотических тенденций не является препятствием для изучения и поддержания конструктивной личностной активности родственников, направленной на достижение благополучия болеющего члена семьи и никак не может быть преодолено путем механистической выработки полярных симбиотичности форм поведения и реагирования.

Поддерживаемая специалистами в соматической и даже психиатрической клиниках личностная активность родственников, направленная на борьбу с болезнью близкого, проявляющаяся в различных формах опеки, в клинике аддикций наталкивается на значительное сопротивление. Это сопротивление связано со сложившимися стереотипами оценки взаимодействия родственников и пациентов, традиционно рассматриваемого как дисфункциональное и оказывающее обоюдное деструктивное воздействие.

В соматической клинике, где существующее благополучие пациента фактически не зависит от психологического функционирования семьи, стигматизирующее представление родственников об их причастности к возникновению и поддержанию патологического процесса отсутствует. Здесь широко используется термин «caregiver», который может быть переведен как «осуществляющий заботу». Этот термин отражает те общественные сдвиги, которые определяют восприятие родственников хронически больных как выполняющих социально необходимые функции и являющихся ключевым элементом в системе терапии и реабилитации пациентов.

Особенности течения психиатрических заболеваний, в частности, необходимость поддержания медикаментозного комплаенса и мониторинга состояния больного для его своевременной госпитализации, обусловили значимость привлечения родственников психически больных в качестве активных участников терапевтического процесса, которое осуществляется, несмотря на сохраняющуюся часто выраженную стигматизацию данного контингента.

Современные реалии жизни (деинституализация) заставляют не только приветствовать опеку, осуществляемую родственниками хронически больных, но и создавать условия для ее расширения и оптимизации. В этой связи изучение протекторов и предикторов эмоционального выгорания родственников хронически больных является активно развивающимся направлением, что нашло отражение в представленных выше исследованиях родственников соматически и психически больных детей и взрослых. В наркологии в этом отношении наблюдается значительное отставание.

Не находящая поддержки в условиях современной доктрины потребность родственников аддиктов в активном вовлечении в жизнь болеющего отражается, в частности, в их попытках объ-

единиться для обмена опытом по оказанию помощи своим страдающим зависимостью близким. Примером такого объединения может являться основанное на поддержке социального окружения (peer-based social support) сообщество «Learn to Cope» (LTC), возникшее в Массачусетсе (США) в 2004 году на фоне развития эпидемии опиатных передозировок. Организованное группой родителей наркозависимых в настоящий момент LTC объединяет более 7000 родственников больных, которые обмениваются опытом борьбы с болезнью близкого (например, информацией о различных терапевтических и реабилитационных программах; трудностях, возникающих в процессе оформления страховок на лечение и т.п.), привлекают специалистов для проведения психообразовательных программ и тренингов (в частности, обучения тому, как действовать в случае передозировки). В соответствии с идеологией сообщества поощряется активная поддерживающе-опекающая позиция родственника по отношению к больному [21].

Знаковым является появление в литературе, посвященной родственникам аддиктов, термина «caregiver». Исследуя возможность применения этого термина для родственников, опекающих взрослого, страдающего зависимостью от алкоголя или наркотиков члена семьи, R. Velleman [37] говорит о принципиальной применимости этого термина, предостерегая от прямого переноса закономерностей, наблюдаемых у родственников больных с другой патологией, на клинику аддиктивных расстройств. Автор подчеркивает, что в сфере аддиктивных расстройств необходимость осуществления непосредственного присмотра за состоянием физического или психического здоровья хронически больного может являться менее очевидной, чем при рассмотрении других групп заболеваний. Так, ...«члены семьи могут не быть «осуществляющими заботу» в строгом смысле этого слова (например, они могут быть родителями, которые переживают из-за злоупотребления наркотическими веществами своего взрослого ребенка, но при этом, не живут вместе с ним и не осуществляют фактический «уход»; или проживают вместе с больным, но не оказывают физическую помощь в общепринятом значении этого термина)...Однако степень тяжести и последствия связанные с длительным употреблением наркотических веществ или алкоголя могут требовать выраженной ответной реакции членом семьи, направленной на обеспечение физического благополучия и преодоление текущих кризисов у больного. Некоторые члены семьи могут чувствовать, что у них нет выбора, и они обязаны взять на себя роль «осуществляющего опеку», даже если они не хотят этого» (р. 22). Важно отметить, что в качестве одной из причин такого нежелания R. Velleman отмечает истощение или разочарование в зависимом близком. По нашему мнению, схожая картина может наблюдаться у родственников больных, страдающих любыми другими хроническими заболеваниями и напрямую отражает процессы, связанные с «выгоранием».

По сути, использование термина «caregiver» как концепта для понимания психологии родственника аддикта представляет собой попытку отобразить конструктивный аспект деятельности близких пациентов с аддиктивными расстройствами. В данном контексте родственники рассматривают не как препятствие, а как те, кто оказывает помощь специалисту в лечении больного.

Восприятие родственников аддиктивных больных в качестве «осуществляющих опеку» полноправных членом терапевтического процесса, то есть изменение привычного сложившегося в наркологии образа, открывает возможность для нового понимания феноменов ранее описываемых в качестве патологических проявлений личностной и семейной дисфункциональности (созависимости). Так, цинизм по отношению к больному, чувство горечи, враждебности и презрения, нарастание безразличия к исходу болезни, ощущение собственной беспомощности и беспомощности, снижение жизненной энергии, возникновение психосоматических нарушений, блокада высших эмоций («психическая анестезия») [3, 7, 16], по нашему мнению, должны пониматься, как результат длительной неэффективной работы родственников по преодолению болезни близкого в условиях стигматизирующей среды.

Схожие проявления, выявляемые у специалистов, работающих в клинике аддиктивных расстройств, многократно описывались различными отечественными и зарубежными исследователями в рамках концепции выгорания [4, 39]. Собственно, и сам феномен впервые был выявлен у волонтеров, работавших с наркозависимыми больными [17].

Вместе с тем прямой механический перенос закономерностей, установленных в рамках концепции выгорания в производственных отношениях, в плоскость психологии родственников аддиктивных больных представляется нецелесообразным, поскольку не учитывает многих мотивов, определяющих взаимодействие близкородственных субъектов. Другими словами, необходимо исследование того, как закономерности выгорания проявляют себя в контексте специфической групповой семейной динамики.

Таким образом, введение концепции выгорания в качестве одного из важных методологических принципов позволяет переформулировать многие патопсихологические и психопатологические феномены, описанные у родственников аддиктов, с одной стороны, и расширяет перспективы терапевтической коррекции патологических реакций родственников за счет оптимизации их функционирования как «осуществляющих опеку» (caregivers) — с другой.

Нами предпринята попытка разработки конкретного психодиагностического инструментария оценки выраженности и характера процесса эмоционального выгорания родственников больных с химической аддикцией. Данный процесс рассматривается как важнейший индикатор блокады конструктивной смыслообразующей деятельности

близких аддиктивного больного, а именно хронической фрустрации их стремления преодолеть болезнь члена семьи.

В основу разрабатываемой методологии легли современные представления о процессе выгорания, позволяющие рассматривать этот феномен в более широком контексте межличностных отношений [6, 31], представление о «вовлеченности» как о явлении противоположном выгоранию [33, 34], а также теория самоэффективности [8]. Самоэффективность здесь понимается как уверенность индивида в собственной способности эффективно справиться с решением определенной задачи; связана с достижением положительных результатов, постоянством в реализации лично значимой осмысленной деятельности, большей вероятностью успеха и более низким чувством тревоги в ситуации столкновения индивида со сложной проблемой [8]. В качестве такой проблемы для родственников аддиктивного больного прежде всего выступает процесс его лечения.

В заключении хотелось бы сказать, что авторы не отрицают значимость феноменов, описан-

ных в рамках других концептуальных моделей, но стремятся к целостности восприятия психологии родственников аддиктивных больных, которое не должно ограничиваться изучением преимущественно деструктивных аспектов их существования. Недостаточность исследования конструктивной личностной активности членов семьи аддиктивных больных в условиях хронического стресса обусловлена как инертностью установок, определяющих понимание психологии родственников, так и отсутствием специализированного инструментария и целостной методологии, где конструкт выгорания занимал бы добавочное место.

В следующем сообщении будет подробно представлена оригинальная методология исследования процессов выгорания на контингенте родственников аддиктивных больных, а также описана предлагаемая авторами психодиагностическая методика «Уровень эмоционального выгорания родственников» и опыт ее применения для изучения выгорания у близких больных алкоголизмом и опиатной наркоманией.

#### Литература

1. Бочаров В.В., Шишкова А.М. Актуальные вопросы применения концепции созависимости в работе с родственниками аддиктивных больных // *Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева*. — 2015. — № 4. — С. 9–15.
2. Бочаров В.В., Шишкова А.М. Особенности личностного и семейного функционирования родственников наркозависимых. — СПб. : Нестор-История. — 2016. — 336 с.
3. Ерофеева Н.А. Психологические особенности близких родственников пациентов с алкогольной и игровой зависимостью: автореф. дис. ... канд. психол. наук. — СПб. — 2013. — 22 с.
4. Кухтенко Ю.А. Выявление Синдрома Эмоционального Выгорания у лиц, занимающихся профессиональной деятельностью в области психиатрии и наркологии. Полимодальная психотерапия как метод коррекции синдрома выгорания // *Психотерапия*. — 2014. — № 11. — С. 82–84.
5. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. — М. : ПЕР СЭ. — 2002. — 336 с.
6. Попов Ю.В., Кмить К. В. «Эмоциональное выгорание» — только лишь результат профессиональных отношений? // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*. — 2012. — № 2. — С. 98–101.
7. Психопатологические проявления созависимости в клинике наркомании : пособие для врачей / В.В. Чирко, М.В. Демина, М.А. Винникова, М. А. Баринов; НИЦ наркологии. — М. — 2005. — 16 с.
8. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. — New York : Freeman. — 1997. — 604 p.
9. Benishek, L.A., Kirby, K.C., & Dugosh, K.L. *Prevalence and frequency of problems of concerned family members with a substance using loved one* // *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. — 2011. — Vol. 7. — P. 82–88. <http://dx.doi.org/10.3109/00952990.2010.540276>.
10. Calderwood, A.K., Rajesparam, A. *Applying the codependency concept to concerned significant others of problem gamblers: Words of caution* // *J. Gambl. Iss.* — 2014. — Vol.29. — P. 1–16.
11. Chandra K. *Burden and coping in caregivers of men with alcohol and opioid dependence: MD dissertation*. — Chandigarh, India: Postgraduate Institute of Medical Education & Research. — 2004.
12. Copello A., Templeton L., Krishnan M. et al. *A treatment package to improve primary care services for relatives of people with alcohol and drug problems* // *Addiction Research*. — 2000. — Vol.8. — P. 471–484.
13. Copello A., Templeton L., Orford J., Velleman, R. *The 5-step method : evidence of gains for affected family members* // *Drugs: Education, Prevention & Policy*. — 2010. — Vol.17. — P. 100–112.
14. Denomme W.J., Benhanoh O. *Helping concerned family members of individuals with substance use and concurrent disorders: An evaluation of a family member-oriented treatment program* // *J. Subst. Abuse Treat.* — 2017. — Vol.79. — P. 34–45.
15. Edwards P., Harvey C., Whitehead P.C. *Wives of alcoholics: a critical review and analysis* // *Quart. J. Stud. Alcohol*. — 1973. — Vol.34. — P. 112–132.
16. *Family interventions with substance abuse: Current best practices* / ed. by O.J. Morgan, C.H. Litzke. — Binghamton, NY: Haworth. — 2008. — 247p.
17. Freudenberger H. J. *Staff burnout* // *J. Social Iss.* — 1974. — Vol.30. — P.159–165.
18. Futterman S. *Personality trends in wives of alcoholics* // *J. Psychiatr. Social Work*. — 1953. — Vol. 23. — P. 37–41.

19. Hurcom C.A., Copello A., Orford J. An exploratory study of the predictors of coping and psychological well being in female partners of excessive drinkers // *Behav. Cogni. Psychotherapy.* — 1999. — Vol. 27. — P. 311–327.
20. Kalashian M.M. Working with the wives of alcoholics in an outpatient clinic setting // *Marriage and Family.* — 1959. — Vol. 21. — P. 130–133.
21. Kelly J.F., Fallah-Sohy N., Cristello J., Bergman B. Coping with the enduring unpredictability of opioid addiction: An investigation of a novel family-focused peer-support organization // *J. Subst. Abuse Treat.* — 2017 — Vol. 77. — P. 193–200. doi: 10.1016/j.jsat.2017.02.010.
22. Kirby K.C. et al. The significant other checklist: Measuring the problems experienced by family members of drug users // *Addict. Behav.* — 2005. — Vol. 30. — P. 29–47.
23. Kogan K.L., Jackson J.L. Stress, personality and emotional disturbance in wives of alcoholics // *Quart. J. Stud. Alcohol.* — 1965. — Vol. 26. — P. 486–495.
24. Lee, Bonnie K. Where Codependency Takes Us: A Commentary // *J. Gambling Iss.* — 2014. — Vol. 29. — P. 1–5.
25. Lee K.M.T., Manning, V., Teoh, H.C., et al. Stress-coping morbidity among family members of addiction patients in Singapore // *Drug and Alcohol Review.* — 2011. — Vol. 30 (4). — P. 441–447. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00301.x>.
26. Nebhinani N., Anil S.K., Mattoo B.N., Basu D. Family burden in injecting versus noninjecting opioid users // *Industr. Psychiat. J.* — 2013. — Vol. 22 (2). — P. 138–142.
27. Orford J., Natera G., Davies J., et al. Stresses and strains for family members living with drinking or drug problems in England and Mexico // *Salud. Mental.* — 1998. — Vol. 21. — P. 1–13.
28. Orford J., Natera G., Davies J., et al. Tolerate, engage or withdraw: a study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in south west England and Mexico City // *Addiction.* — 1998. — Vol. 93 (12). — P. 1799–813.
29. 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. — Vol. 78. — P. 70–77.
30. Rodriguez A.E. Resilient women: from victimhood to autonomy case in the selfhelp groups codependent anonymous // *Acta Colombia de Psicologia.* — 2013. — Vol. 16. — P. 71–79.
31. Roskam I., Raes M-E., Mikolajczak M. Exhausted Parents: Development and Preliminary Validation of the Parental Burnout Inventory // *Front. Psychol.* — 2017. — Vol. 8 : 163. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00163
32. Schaef A.W. Co-Dependence: misunderstood and mistreated. — San Francisco : Harper & Row. — 1986. — 107 p.
33. Schaufeli W.B., Salanova M., González-Romá V., Bakker A.B. The measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory factor analytic approach // *J. Happiness Studies.* — 2002. — Vol. 3. — P. 71–92.
34. Schaufeli W.B. Bakker A.B. Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample // *J. Org. Behavior.* — 2004. — Vol. 25. — P. 293–315.
35. Shyangwa P.M., Tripathi B.M., Lal R. Family burden in opioid dependence syndrome in tertiary care centre // *J. Nepal Med. Assoc.* — 2008. — Vol. 47. — P. 113–119.
36. Talwar V.K. Verma A.N. Singh R., Sharma V. Codependency and marital adjustment in depression // *Delhi Psychiat.* — 2011. — Vol. 14. — P. 110–115.
37. Velleman R. The policy context: reversing a state of neglect // *Drugs: Education, Prevention and Policy.* — 2010. — Vol. 17. — P. 8–35.
38. Velleman R., Orford J., Templeton L., et al. 12-month follow-up after brief interventions in primary care for family members affected by the substance misuse problem of a close relative // *Addict. Research & Theory.* — 2011. — Vol. 19. — P. 362–374.
39. Vilardaga R., Luoma J.B., Hayes S.C., et al. Burnout among the addiction counseling workforce: the differential roles of mindfulness and values-based processes and work-site factors // *J. Subst. Abuse Treat.* — 2011. — Vol. 40. — P. 323–335. doi: 10.1016/j.jsat.2010.11.015
40. Wegscheider-Cruse S. Choicemaking for Co-Dependents, Adult Children and Spirituality Seekers. — Pompano Beach, FL : Health Communications. — 1985. — 217 p.
41. Yaghoubneshad S., Karimi M., Modirkhazeni S. M. Relationship between Codependency, Perceived Social Support, and Depression in Mothers of Children with Intellectual Disability // *Int. J. Medical, Health, Biomedical, Bioengineering and Pharmaceutical Engineering.* — 2016. — Vol. 10. — P. 222–226.

#### References

1. Bocharov V.V., Shishkova A.M. Aktualnyie voprosy primeneniya kontseptsii sozavisimosti v rabote s rodstvennikami addiktivnyih bolnyih // *Obozrenie psikiatrii i med. psihologii im. V. M. Behtereva.* — 2015. — # 4. — S. 9–15.
2. Bocharov V.V., Shishkova A.M. Osobennosti lichnostnogo i semeynogo funktsionirovaniya rodstvennikov narkozavisimyyih. — SPb. : Nestor-Istoriya. — 2016. — 336 s.
3. Erofeeva N. A. Psihologicheskie osobennosti blizkih rodstvennikov patsientov s alkogolnoy i igrovoy zavisimostyu : avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk. — SPb. — 2013. — 22 s.
4. Kuhtenko Yu.A. Vviyavlenie Sindroma Emotsionalnogo Vyigoraniya u lits, zanimayuschihnya professionalnoy deyatelnostyu v oblasti psikiatrii i narkologii. Polimodalnaya psihoterapiya kak metod korrektsii sindroma



- vyigoraniya // Psihoterapiya. — 2014. — № 11. — S. 82–84.*
5. Moskalenko V.D. *Zavisimost: semeynaya bolezni. — M. : PER SE. — 2002. — 336s.*
6. Popov Yu.V., Kmit K.V. «*Emotsionalnoe vyigori- eniy? // Obozrenie psihiatrii i meditsinskoj psihologii. — 2012. — № 2. — S. 98–101.*
7. *Psihopatologicheskie proyavleniya sozavisimosti v klinike narkomanii : posobie dlya vrachey / V.V. Chirko, M.V. Demina, M.A. Vinnikova, M.A. Barinov; NNTs narkologii. — M. — 2005. — 16 s.*
6. Popov Yu.V., Kmit K.V. «*Emotsionalnoe vyigori-*

**Сведения об авторах**

**Бочаров Виктор Викторович** — к.псх.н., руководитель лаборатории клинической диагностики и психодиагностики НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. E-mail: bochvikvik@gmail.com

**Шишкова Александра Михайловна** — к.псх.н., с н.с. лаборатории клинической диагностики и психодиагностики НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. E-mail:shishaspb@mail.ru

**Черная Юлия Сергеевна** — м.н.с лаборатории клинической диагностики и психодиагностики НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. E-mail: psiheja13@mail.ru

**Ипатова Кира Александровна** — медицинский психолог отделения медицинской реабилитации №1, Санкт-Петербургское Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Межрайонный наркологический диспансер №1». E-mail: ipatova\_k@mail.ru

**Сивак Александра Александровна** — медицинский психолог Городской наркологической больницы Санкт-Петербурга. E-mail: sito89@mail.ru