

Родители пациентов с героиновой наркоманией: личностное и семейное функционирование

Бочаров В.В.¹, Шишкова А.М.²

¹ Бочаров Виктор Викторович

кандидат психологических наук, доцент, руководитель лаборатории клинической психологии и психодиагностики; федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Бехтерева, д. 3, Санкт-Петербург, 192019, Российская Федерация. Тел.: +7 812 670-02-20.

E-mail: WBoch@hotmail.ru

² Шишкова Александра Михайловна

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики; федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Бехтерева, д. 3, Санкт-Петербург, 192019, Российская Федерация. Тел.: +7 812 670-02-20.

E-mail: shishaspb@mail.ru

Copyright ©: Бочаров В.В., Шишкова А.М.

Аннотация. Цель: Несмотря на признание значимой роли семьи в этиопатогенезе наркотической зависимости, психологические особенности родственников таких больных остаются малоисследованными. Проведено исследование особенностей личностного и семейного функционирования 152 родителей (104 матерей и 48 отцов) пациентов, страдающих героиновой наркоманией. Методы: Исследование проводилось при помощи клинико- и экспериментально-психологических методов. В качестве тестовых методик применялись: «Я-структурный тест» Г. Аммона, «Методика оценки психического здоровья» и «Шкала семейного окружения». Результаты: Полученные данные свидетельствуют о снижении конструктивно-адаптационных ресурсов личности родителей наркозависимых. При этом матери таких больных, по сравнению с их отцами, характеризуются более выраженной личностной дисфункциональностью, проявляющейся, прежде всего, в нарушении границ «Я», ощущении тревоги и стремлении избегать доверительных контактов. В то же время у отцов наркозависимых лиц дисфункциональность выражается в снижении самооценки и усилении «деструктивных» форм агрессии. Различная степень выраженности «деструктивно-дефицитарных» реакций у родителей наркозависимых оказывается тесно связанной с ролевой структурой семьи, которая, в свою очередь, опосредует распределение стресс-нагрузки между ее членами. Выявлено, что максимальная стресс-нагрузка выпадает на позицию наиболее вовлеченного во взаимоотношения с больным родственника, в качестве которого, как правило, выступает мать наркозависимого. Обнаружены взаимосвязи показателей личностного и семейного функционирования с социально-демографическими и клиническими характеристиками, определяющими основные условия существования родителей наркозависимых пациентов. Обсуждение: Объективированные с помощью психодиагностических методик данные согласуются с результатами исследований показывающими наличие личностного дефицита у родственников наркозависимых и позволяют определить содержательные «мишени» для направленных психотерапевтических и психосоциальных воздействий.

Ключевые слова: героиновая зависимость; родители наркозависимых; личностная дисфункциональность; семья.

УДК 616.89.008.441.3:159.9:316.156.2

Библиографическая ссылка по ГОСТ Р 7.0.5-2008

Бочаров В.В., Шишкова А.М. Родители пациентов с героиновой наркоманией: личностное и семейное функционирование // Медицинская психология в России. – 2014. – Т. 6, № 1. – С. 4. doi:10.24411/2219-8245-2014-00009

Поступила в редакцию: 14.10.2013 Прошла рецензирование: 09.01.2014 Опубликовано: 05.02.2014

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта проведения научных исследований («Психологические детерминанты психической дисфункциональности членов семьи пациентов с героиновой наркоманией»), проект № 12-36-01011.

Наркотическая зависимость является хроническим заболеванием, получившим широкое распространение во всем мире. Одной из наиболее тяжелых форм этого заболевания является героиновая наркомания, оказывающая разрушительное воздействие на психосоциальное функционирование наркозависимого. Кроме того, данная форма зависимости тесно ассоциирована с ВИЧ/СПИД и другими инфекционными заболеваниями, передающимися через кровь, что обусловлено преобладанием инъекционной формы употребления опиатов среди потребителей. Потребители инъекционных опиатных наркотиков (ПИОН) часто вовлечены в криминальную деятельность, а также склонны к различным формам «разрушительного» поведения, которое, как правило, приводит к значительным нарушениям их семейной жизни и может обуславливать хроническую психотравматизацию их близких. Так, например, в качестве хронических стресс-факторов для родственников ПИОН могут выступать: постоянный страх за жизнь наркозависимого, стигматизация, социальная изоляция, финансовые трудности и т.д. В некоторых случаях такая психотравматизация может обуславливать кризисный уровень переживаний, сопровождающийся ощущением беспомощности, безнадежности сложившейся жизненной ситуации, депрессией, выраженной тревогой, суицидальными мыслями у родственников пациентов с героиновой наркоманией.

Трудная жизненная ситуация, складывающаяся в семьях наркозависимых, может рассматриваться в рамках концепции «бремени семьи», акцентирующей внимание на негативных аспектах «опеки» больного члена семьи [14]. В настоящее время за рубежом наиболее распространенными являются исследования, посвященные изучению «бремени семьи» больных психозами, неврологическими и соматическими заболеваниями [5; 17; 23; 24; 26]. Исследования «бремени семьи» наркозависимого встречаются значительно реже [28] и посвящены описанию трудностей и переживаний членов семьи наркозависимого в сфере взаимоотношений, здоровья, финансов и других областях их жизнедеятельности.

В тоже время, вовлеченность в «деструктивные» потенциально разрушительные взаимоотношения может приводить к развитию так называемой «созависимости» у значимых близких больного наркоманией. Изначально данный феномен был описан в семьях больных алкоголизмом [13], однако дальнейшие исследования показали, что не только алкоголизм и другие типы семейных стрессоров могут выступать в качестве предикторов данного расстройства [18]. Вопреки широкой распространенности данного термина, не существует единого определения этого феномена, а эмпирическая проверка конструктивной достоверности диагностических инструментов для его измерения недостаточна [19]. Анализируя литературные данные, посвященные проблеме созависимости, следует отметить крайний полиморфизм явлений, объединяемых различными авторами для описания феномена созависимости. Так, например, в качестве характеристик, присущих данному расстройству, авторы приводят: экстернальный локус контроля, самопожертвование, реактивность, депрессия, тревога, трудности в выражении собственных чувств и страх открытых, близких отношений с другими людьми, нарциссизм, наличие медицинских проблем и т.д. [9; 11; 12; 15; 16; 20; 21]. Таким образом, на данном этапе исследования проблемы созависимости не представляется возможным выделить единую форму или типологизировать проявления и этиологию данного расстройства.

Тем не менее, приведенные выше исследования подчеркивают необходимость проведения всестороннего изучения психосоциального функционирования родственников наркозависимого, для определения наиболее нуждающихся в специализированной психологической помощи, направленной на профилактику развития психических, психосоматических, соматических и аддиктивных расстройств у членов семьи больного наркоманией. В тоже время, практически не существует специализированных психодиагностических процедур для значимых близких наркозависимого, которые использовались бы в работе терапевтических и реабилитационных программ. Зачастую, близкие больного могут получить поддержку только в группах самопомощи, например, таких как «КОДА» (CODA-Co-Dependents Anonymous), «Взрослые дети алкоголиков», «Нар-АНОН» и не имеют доступа к надлежащему медицинскому обслуживанию. Такая ситуация существует несмотря на признание существенного влияния родственников на успешность мотивационного и терапевтического этапов лечения, стабилизацию ремиссий у больных с аддиктивными расстройствами [1; 8;25; 27].

Целью настоящего исследования являлось изучение личностного и семейного функционирования родителей пациентов с героиновой наркоманией, а также выявление взаимосвязи социально-демографических и клинических факторов, определяющих основные условия существования родителей ПИОН, с особенностями их функционирования.

Методы исследования

В качестве объекта исследования выступали родители больных с опиатной наркоманией, находившихся на этапе реабилитации в городской наркологической больнице Санкт-Петербурга и реабилитационных центрах межрайонного наркологического диспансера № 1 в период с 1.05.2011 по 1.11.2013. Постановка диагноза наркозависимым — «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов» (F11) осуществлялась экспертами — врачами психиатрами-наркологами (по МКБ-10).

В исследование не включались родители, имеющие грубые интеллектуальные или психические расстройства (шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз) в актуальном состоянии или в анамнезе, наличие соматических заболеваний в состоянии выраженной декомпенсации. Исследование было одобрено Этическим комитетом НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Все включавшиеся в исследование родители подписали информированное согласие на участие в данном исследовании.

Необходимо подчеркнуть, что привлечение родственников к обследованию проводилось только при согласии самого больного героиновой зависимостью, с которым предварительно проводилась беседа. В нескольких случаях больные наркоманией не хотели, чтобы их близкие участвовали в исследовании в силу высокой конфликтности взаимоотношений с ними.

Участие в исследовании было предложено 200 родителям, при этом 152 человека полностью прошли процедуру обследования. Все обследованные родители были разделены на две группы. *Первую группу* составили 48 отцов пациентов с героиновой наркоманией. При этом, участвовать в исследовании было предложено 72 отцам, 16 из которых полностью отказались от участия, а 8 не прошли процедуру тестирования до конца. Отказ от исследования мотивировался такими фразами как: «вопросы не по адресу», «у меня лично все в порядке», а отказ от завершения диагностической процедуры был в одном случае связан с состоянием здоровья отца, в других — обусловлен выпиской пациента. *Вторую группу* составили 104 матери пациентов с героиновой наркоманией, участие в исследовании было предложено 129 матерям, отказались — 19 и не полностью завершили обследование 6 матерей.

Все обследованные родственники пациентов с героиновой наркоманией прошли одинаковую процедуру обследования. Такая диагностическая процедура включала: предварительную беседу, направленную на установление контакта и сбор основных автобиографических данных; проведение экспериментально-психологического обследования с использованием батареи тестовых методик, направленных на изучение особенностей личностного и семейного функционирования; процедуру «обратной связи», в ходе которой уточнялись и дополнялись полученные при обследовании данные.

Исследование проводилось при помощи клинко- и экспериментально-психологических методов. В числе **тестовых** методик применялись:

1. Я-структурный тест Г. Аммона» («Ich Structur Test Ammon», ISTA) в адаптации Ю.Я. Тупицына, В.В. Бочарова и др. [4], была использована в качестве диагностического инструмента для оценки личностного функционирования родителей ПИОН. Методика представляет собой стандартный перечень, включающий 220 утверждений, которые оцениваются испытуемыми как верные или не верные по отношению к ним. Вопросы перечня затрагивают самочувствие, настроение, особенности эмоциональных переживаний и поведения в различных жизненных ситуациях. Конструкция теста отражает теоретические представления о структуре и особенностях развития центральных Я-функций. ISTA состоит из 18 шкал, объединенных в 6 отдельных блоков. Каждый из блоков описывает деятельность одной из 6 центральных Я-функций: агрессия, тревога/страх, внешнее Я-отграничение, внутреннее Я-отграничение, нарциссизм, сексуальность. Каждая из выше перечисленных центральных Я-функций описывается тремя отдельными шкалами, позволяющими оценить степень выраженности конструктивной, деструктивной и дефицитарной составляющей этих центральных личностных образований.
2. «Методика оценки психического здоровья» (МОПЗ), разработанная Ю.Я. Тупицыным, В.В. Бочаровым, Б.В. Иовлевым, С.П. Жук [Там же] использовалась для объективации состояния психического здоровья родителей пациентов с опиатной наркоманией. МОПЗ включает три первичные шкалы (конструктивности, деструктивности, дефицитарности) и два производных индекса (уровень психической компенсации и уровень психической активности). В МОПЗ использована тестовая психодиагностическая процедура, основанная на концепции, рассматривающей уровень психического здоровья как соотношение конструктивных (адаптационных) и деструктивно-дефицитарных (психопатологически измененных и недоразвитых) составляющих психической активности. В МОПЗ в качестве психодиагностической методики для сбора первичной информации используется «Я-структурный тест» Г. Аммона.
3. «Шкала семейного окружения — ШСО» (Family environmental scale) адаптирована С.Ю. Куприяновым [6], применялась для оценки социально-психологического климата в семьях наркозависимых. В ее основе лежит оригинальная методика *Family Environmental Scale (FES)*, предложенная R.H. Moos [22]. Основное внимание ШСО уделяет измерению и описанию: А) отношений между членами семьи (*показатели отношений*), Б) направлениям личностного роста, которым в семье придается особое значение (*показатели личностного роста*), В) основной организационной структуре семьи (*показатели, управляющие семейной системой*).
4. Клиническая стандартизированная регистрационная карта, специально разработанная для данного исследования. В данной карте исследователь фиксировал основные социо-демографические характеристики обследуемых родственников и их наркозависимых близких, анамнестические сведения, касающиеся раннего развития больного и характера семейных отношений, включая отношения в прародительской семье (например, паттерны насилия и

психотравматизации, передающиеся из поколения в поколение). Кроме того, регистрировались клинические характеристики, касающиеся характера употребления наркозависимым психоактивных веществ, наличия коморбидной психической и соматической патологии. В ходе исследования перечень характеристик был дополнен в связи с выявлением значимых для описания жизненной ситуации родственников пациентов с героиновой наркоманией признаков.

Статистическая обработка

Для ведения базы данных использовался статистический пакет SPSS 19. Сравнительный анализ результатов тестовых методов в группах отцов и матерей пациентов с героиновой наркоманией был проведен при помощи критерия U Манна-Уитни и критерия t-Стьюдента. Кроме того, были рассчитаны средние, стандартные ошибки и среднеквадратичные отклонения. Для качественных признаков были подсчитаны процентные соотношения. В качестве меры связи между показателями был применен коэффициент корреляции Спирмена. Кроме того, использовался метод полярных групп.

Результаты

Общая характеристика группы

Обследованная группа родителей ПИОН состояла из 48 отцов и 104 матерей. Социально-демографические характеристики обследованных родственников представлены в таблице 1.

Таблица 1

Социально-демографические характеристики исследованных групп родителей пациентов с героиновой наркоманией

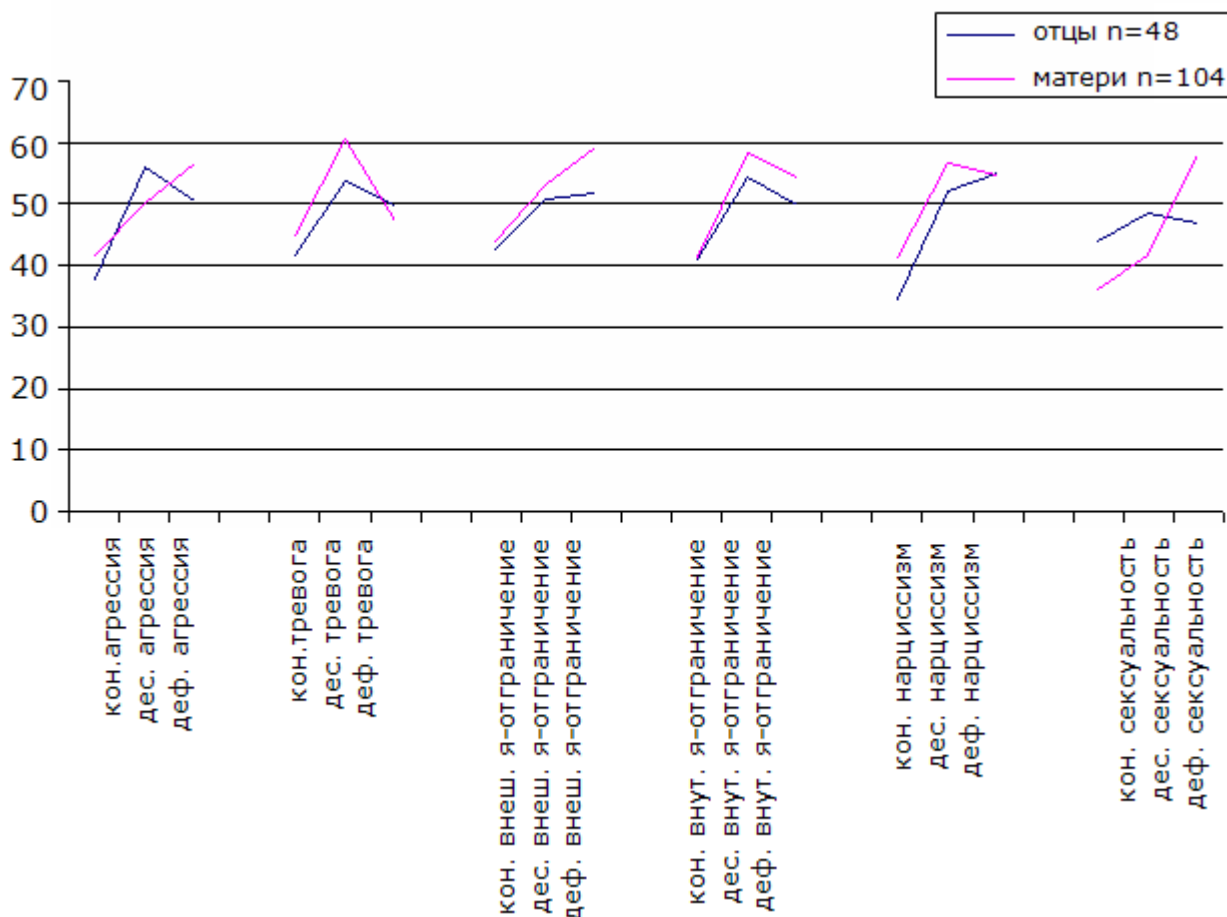
Показатели/группы		Отцы n=48	Матери n=104
Средний возраст M±m		57,96 ±0,99	55,56 ±0,46
Образование, %	Незаконченное среднее	2,08	0
	Среднее	8,33	1,92
	Среднее специальное	31,25	36,54
	Незаконченное высшее	12,5	0,96
	Высшее	45,83	60,58
Семейное положение, %	Замужем/Женат	91,67	67,31
	Холост	8,33	42,31
Проживание с наркозависимым, %	Совместное	66,67	94,06
	Раздельное	33,33	5,94
Количество детей, %	1	22,92	41,35
	2	64,58	54,80
	3 и более	12,50	3,85
Трудовая деятельность, %	Не работает	20,83	17,31
	Работает	79,17	82,69

Как видно из таблицы, среди обследованных матерей больший процент имеет высшее образование, находится вне брака, имеет одного ребенка и проживает совместно с больными наркоманией, по сравнению с выборкой обследованных отцов.

Исследование особенностей личностного функционирования

Для изучения особенностей личностного функционирования родителей больного героиновой наркоманией проводился анализ данных клинической беседы и наблюдения, а также сопоставление результатов «Я-структурного теста Г. Аммона» (ISTA).

На рисунке 1 представлен усредненный профиль шкальных оценок по «Я-структурному тесту» испытуемых из числа групп матерей и отцов пациентов с героиновой наркоманией.



* Типы шкал: **кон.** — конструктивный, **дес.** — деструктивный, **деф.** — дефицитарный

Рис. 1. Усредненный профиль шкальных оценок по «Я-структурному тесту» у матерей и отцов пациентов с героиновой наркоманией.

Анализируя полученные данные, следует отметить, что для родителей наркозависимых, в целом, характерно выраженное превышение «деструктивных» и «дефицитарных» шкал над «конструктивными» по всем рассмотренным базовым личностным функциям. По ряду шкал средние показатели выходят за границы нормативного интервала, установленного в диапазоне 40—60 баллов.

При сравнении группы отцов и матерей ПИОН статистически значимые различия выявлены по шкалам: агрессии «деструктивной» ($p < 0,001$) и «дефицитарной» ($p < 0,01$), «Деструктивной тревоги» ($p < 0,001$), «Дефицитарного внешнего я-отграничения» ($p < 0,001$), «Дефицитарного внутреннего я-отграничения» ($p < 0,05$), «конструктивного»

($p < 0,01$) и «деструктивного» ($p < 0,05$) нарциссизма, а также «конструктивной», «деструктивной» и «дефицитарной» сексуальности ($p < 0,001$). При этом, у матерей наркозависимых выявляются более высокие показатели по всем перечисленным шкалам, за исключением шкал «Деструктивной агрессии», «конструктивной» и «деструктивной» сексуальности.

Различия, выявленные по шкалам «агрессии», подтверждают данные клинико-психологического обследования и отражают характерное для матерей наркозависимых отчуждение собственных планов и потребностей, сужение круга интересов, сочетающееся с фиксацией на болезни ребенка. В межличностных ситуациях у таких матерей, как правило, наблюдается уступчивость, зависимость и стремление к избеганию каких-либо противоречий с окружающими, ситуаций в которых возможно столкновение с потребностями и интересами других. В частности, в беседе матери наркозависимых жаловались на невозможность отказать, сказать «нет», в том числе и собственному наркозависимому ребенку, которая зачастую препятствует реализации их собственных планов, заставляет жертвовать своими интересами.

Высокие показатели по шкале «Деструктивной агрессии», выявляемые у отцов наркозависимых, отражают тенденции к разрушению контактов и отношений, вербальному, а порой и физическому выражению гнева. Так, в ходе беседы некоторые отцы наркозависимых сообщали о том, что часто не могут сдержать собственных эмоций при общении с больным наркоманией.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о различии проявлений я-функции агрессии у родителей ПИОН: у матерей отмечается преобладание «дефицитарных» форм, в то время как у отцов более выражены «деструктивные» формы. Важно отметить, что когда «деструктивная» агрессия блокируется и не находит своей разрядки на внешнем объекте, она может направляться на собственную личность и, в частности, проявляться в алкоголизации широко распространенной среди обследуемого контингента отцов. Также важно подчеркнуть, что у отцов наркозависимых отмечается значительное снижение показателя «Конструктивной агрессии».

Превышающий нормативный диапазон показатель «Деструктивной тревоги» у матерей наркозависимых отражает, что для них в большей степени, чем для отцов, характерна тревога, которую они субъективно связывают с употреблением наркотиков их детьми. Возникающие у них «тревожные состояния» описывались матерями как «невыносимые», мешающее сосредоточиться на какой-либо деятельности. При этом, возникшая жизненная ситуация воспринималась как «неразрешимая» и сопровождалась мыслями о собственном бессилии, обвинениями себя и окружающих.

Характерная для матерей тенденция к «симбиотическому слиянию» с собственным наркотизирующимся ребенком, как правило, сочетается с ориентированностью на групповые нормы, интересы и правила, пренебрежением собственными потребностями для сохранения доброжелательности со стороны окружающих (показателях шкалы «Дефицитарного внешнего я-отграничения»), при этом, отцы наркозависимых, по сравнению с матерями, лучше сохраняют внешние и внутренние границы собственного «Я».

Не достигающий нормативного диапазона показатель по шкале «Конструктивного нарциссизма», а также более низкие, по сравнению с матерями, оценки по шкалам, отражающим «деструктивную» составляющую этой «Я-функции» у отцов наркозависимых, подтверждают обнаруживаемое у них в ходе клинико-психологического обследования ощущение собственной несостоятельности, прежде всего, в отцовской роли, а также отражают чувство вины, переживаемой ими в связи с возникновением болезни ребенка. Так, в ходе беседы отцы наркозависимых сожалели о том, что «были слишком заняты работой», «мало времени уделяли воспитанию». Для матерей наркозависимых, в свою очередь, более характерно чувство непонятости,

неоцененности окружающими, чрезмерная настороженность в общении, боязнь близких доверительных отношений.

Показатели, полученные по шкалам «конструктивной», «деструктивной» и «дефицитарной» сексуальности, говорят о большей сохранности и значимости личностной сексуальной активности у отцов по сравнению с матерями наркозависимых.

Объективация состояния «психического здоровья»

Для объективации психического состояния родственников больного героиновой наркоманией проводилось сопоставление результатов «Методики оценки психического здоровья» (МОПЗ) в группах отцов и матерей ПИОН. Результаты проведенного сопоставления представлены в таблице 2.

Таблица 2

Соотношение средних значений по МОПЗ в ответах отцов и матерей пациентов с героиновой зависимостью

Шкалы	M±m группа отцов наркозависимых n=48	M±m группа матерей наркозависимых n=104	P
«Конструктивность»	40,69 ± 2,13	41,81 ± 1,02	статистически не достоверно
«Деструктивность»	25,02 ± 1,91	24,77 ± 0,92	статистически не достоверно
«Дефицитарность»	21,96 ± 1,83	28,05 ± 1,03	<0.01
«Индекс компенсации психопатологической симптоматики»	-12,89 ± 1,82	-11,88 ± 0,96	статистически не достоверно
«Индекс реализации психического потенциала личности»	-9,88 ± 1,8	-13,18 ± 0,99	статистически не достоверно

При сравнении результатов по данной методике статистически достоверные различия показателей в группах матерей и отцов наркозависимых были получены по шкале «Дефицитарность» ($p < 0,01$), в то время как по шкалам «Конструктивность», «Деструктивность», а также «Индексу компенсации психопатологической симптоматики» и «Индексу реализации психического потенциала личности» достоверных различий не выявлено.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что показатели, отражающие уровень «психического здоровья» у матерей и отцов наркозависимых, в целом сходны, и при этом, в значительной степени отличаются от данных нормативной выборки. Так, «Индекс компенсации психопатологической симптоматики», соотносящий величину имеющихся адаптационных ресурсов и выраженность психопатологических проявлений, и «Индекс реализации психического потенциала личности», отражающий соотношение величины адаптационного потенциала и уровня психической активности личности, имеют нормативный диапазон от -10 до +10 баллов.

Как видно из таблицы 2, в группах родителей наркозависимых отмечается выраженное снижение среднестатистических показателей «Индекса компенсации психопатологической симптоматики», что отражает трудности в совладании с собственными эмоциональными состояниями, порой достигающими уровня выраженных психоэмоциональных расстройств у матерей и отцов пациентов с героиновой

наркоманией. Показатель «Индекса реализации психического потенциала личности» в группе отцов близок к нижней границе нормативного диапазона, в то время как у матерей пациентов с героиновой наркоманией отмечается его значительное снижение, говорящее о недостаточности конструктивно-адаптационного потенциала их личности.

Показатель по шкале «Дефицитарность», имеющий более высокое значение в группе матерей пациентов с героиновой наркоманией, говорит о том, что у них, по сравнению с отцами таких больных, отмечается более выраженное снижение уровня психической активности личности.

Таким образом, результаты, полученные по «МОПЗ» говорят о том, что у родителей наркозависимых выявляется снижение конструктивно-адаптационных ресурсов личности и уровня «психического здоровья». При этом, под психическим здоровьем понимается не отсутствие того или иного нервно-психического заболевания или расстройства, а достаточная для оптимального функционирования личности адаптация к среде, позволяющая в максимальной степени реализовывать имеющийся психический потенциал.

Матерей таких больных по сравнению с их отцами характеризуют более выраженные нарушения личностного функционирования, проявляющиеся в значительном снижении уровня психической активности личности.

Исследование особенностей семейного функционирования

Изучение характера семейных отношений родственников больного героиновой наркоманией проводилось при помощи «Шкалы семейного окружения» (ШСО).

На рисунке 2 представлен усредненный профиль шкальных оценок по «ШСО» испытуемых из числа групп матерей и отцов пациентов с героиновой наркоманией.

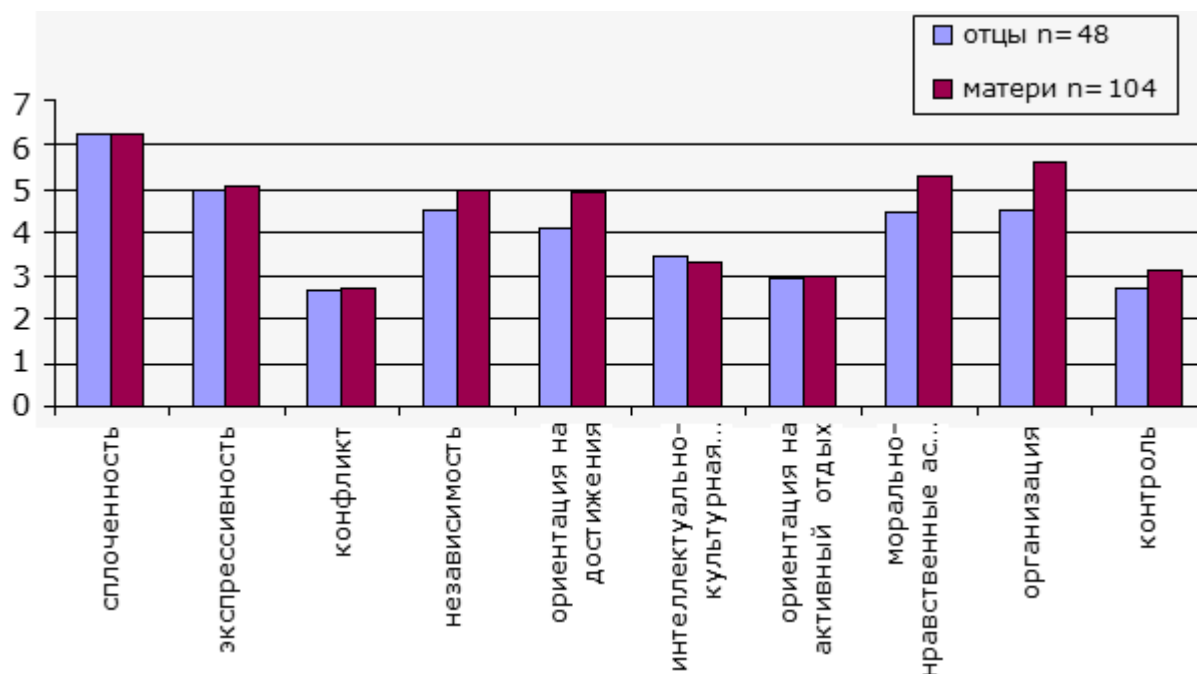


Рис. 2. Соотношение средних значений показателей по методике «ШСО» у матерей и отцов пациентов с героиновой наркоманией.

Статистически достоверные различия шкальных значений по методике ШСО в исследуемых группах были обнаружены по шкалам: «Организация» при $p < 0,001$, а также «Ориентация на достижения», «Морально-нравственные аспекты» и «Контроль» при $p < 0,05$. Важно подчеркнуть, что по всем вышеперечисленным показателям у

матерей наркозависимых выявляются более высокие шкальные оценки. Показатели по шкалам «Сплоченность», «Экспрессивность», «Конфликт», «Интеллектуально-культурная ориентация», «Ориентация на активный отдых» не имеют статистически значимых различий.

Полученные данные отражают характерное для матерей наркозависимых стремление занимать доминирующую позицию в семейной системе. Как правило, именно мать наркозависимого является главой семьи, решая финансовые, хозяйственно-бытовые и другие вопросы семейной организации, единолично принимая большинство решений, определяющих жизнь членов семьи, зачастую без учета их личных предпочтений. Данная тенденция возникает вследствие симбиотической позиции матери по отношению к другим членам семьи, которые воспринимаются ею как собственное продолжение и по, зачастую, неосознаваемым и неартикулируемым представлениям матери, имеют сходные потребности. Невозможность контролировать жизнь собственных родственников порождает ощущение своего бессилия, чувство отчаяния и враждебности окружающего мира.

Показатель шкалы «Морально-нравственные аспекты», отражает выявляемую у матерей наркозависимых склонность матерей демонстрировать социально-приемлемый «фасад». Данная тенденция проявляется в том, что матери стараются приукрасить реально существующую семейную ситуацию, скрывая собственные переживания и декларируя моральную гипертребовательность. В тоже время, в семье отмечается крайняя непоследовательность в установлении морально-нравственных норм взаимодействия наркозависимого с окружающими, в том числе, родственниками и близкими. Существование «двойных стандартов» взаимоотношений, проявляющееся в оправдывании и постоянном «покрывании» матерью аморальных поступков наркозависимого, в значительной степени нарушает процесс ресоциализации больного.

Для отцов пациентов с героиновой наркоманией, напротив, более характерна отстраненная позиция по отношению ко всему происходящему в семье. Возможно, это обусловлено неосознанным и/или сознательным стремлением избежать чрезмерного стрессового напряжения, возникающего в семье в связи с наличием больного героиновой наркоманией ребенка.

Исследование взаимосвязи социально-демографических и клинических факторов с особенностями личностного и семейного функционирования

Для выявления взаимосвязи социально-демографических и клинических факторов, определяющих основные условия существования родителей ПИОН, с особенностями их личностного и семейного функционирования исследовались различные параметры, которые потенциально могут оказывать влияние на степень выраженности дисфункциональности.

Изначальный перечень характеристик включал 72 параметра, с помощью содержательного анализа были отобраны признаки, априорно наиболее значимые для характеристики жизненной ситуации родителей пациентов с героиновой наркоманией. В число этих параметров вошли такие, как: возраст родителей и наркозависимого, пол наркозависимого, образование родителей и наркозависимого, семейное положение родителей, судимости наркозависимого, возраст начала употребления героина, срок систематического употребления героина, продолжительность ремиссии наркозависимого и т.д.

Психологические особенности родителей (личностное и семейное функционирование) были представлены 33 шкальными значениями опросников («Я-структурного теста», «Методики оценки психического здоровья» и «Шкалы семейного окружения»).

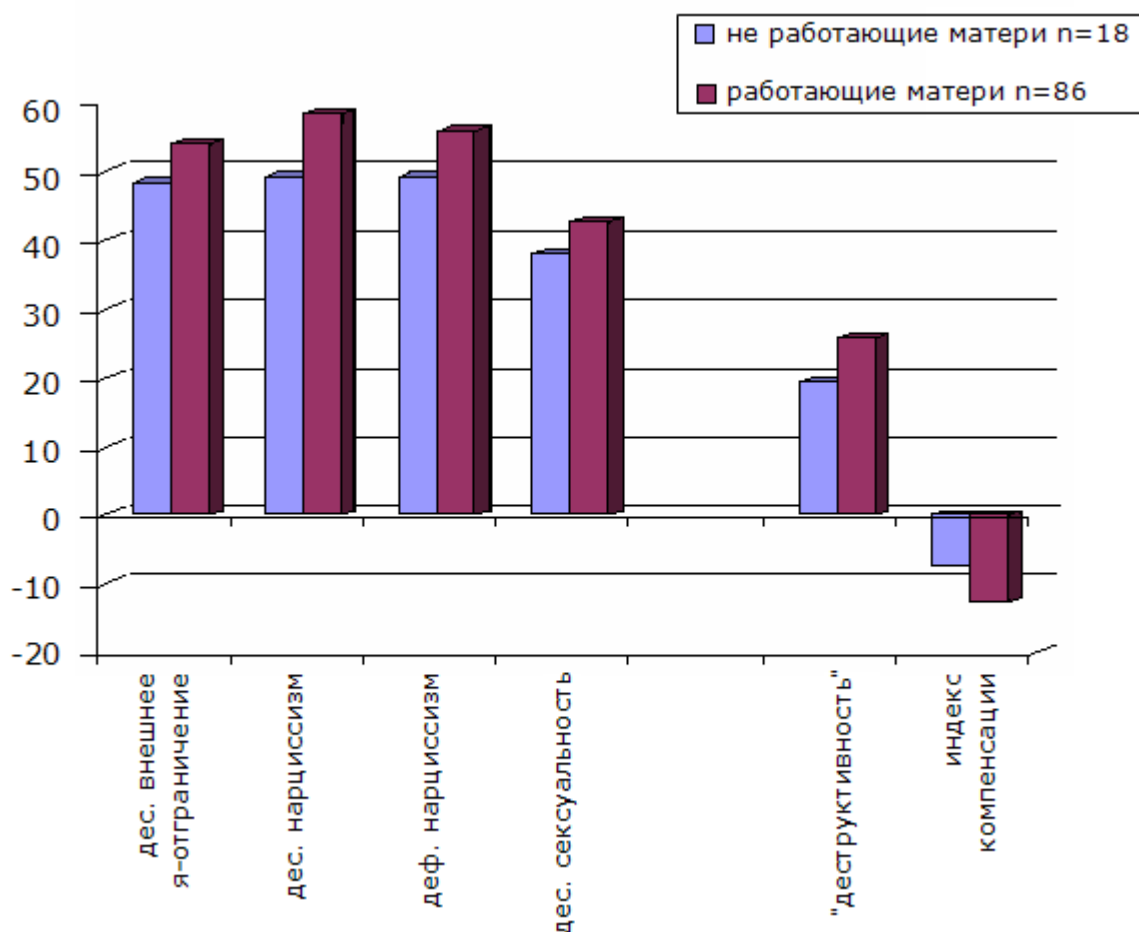
Наличие или отсутствие связи между параметрами, описывающими их жизненную ситуацию, и психологическими особенностями родителей устанавливалось либо с

помощью анализа корреляций, либо путем сопоставления «полярных» групп. Ограниченный объем статьи не позволяет привести полную содержательную интерпретацию всех этих данных.

В настоящей статье приводятся результаты, полученные при изучении методом «полярных» групп таких параметров, как трудовая деятельность родителей, пол наркозависимого ребенка, наличие ВИЧ-инфекции у наркозависимого, совместное/раздельное проживание родителей с больным наркоманией.

Исследование влияния фактора трудовой деятельности родителей на их личностное и семейное функционирование позволило выявить статистически достоверные различия показателей «Я-структурного теста» и «МОПЗ» групп работающих и не работающих матерей наркозависимых. В то время как в группах работающих (n=38) и не работающих (n=10) отцов наркозависимых статистически достоверных различий показателей опросников выявлено не было.

На рисунке 3 представлено сопоставление показателей «Я-структурного теста» (ISTA) и «МОПЗ» работающих и не работающих матерей пациентов с героиновой наркоманией.



* Использованные сокращения в наименовании типов шкал: **кон.** — конструктивные, **дес.** — деструктивные, **деф.** — дефицитарные

Рис. 3. Усредненный профиль шкальных оценок «Я-структурного теста» и «МОПЗ» работающих и не работающих матерей наркозависимых.

Как видно на рисунке, у работающих матерей выявляются статистически достоверное повышение показателей по шкалам: «Деструктивный нарциссизм» ($p < 0,01$), «Дефицитарный нарциссизм», «Деструктивное внешнее я-отграничение» и

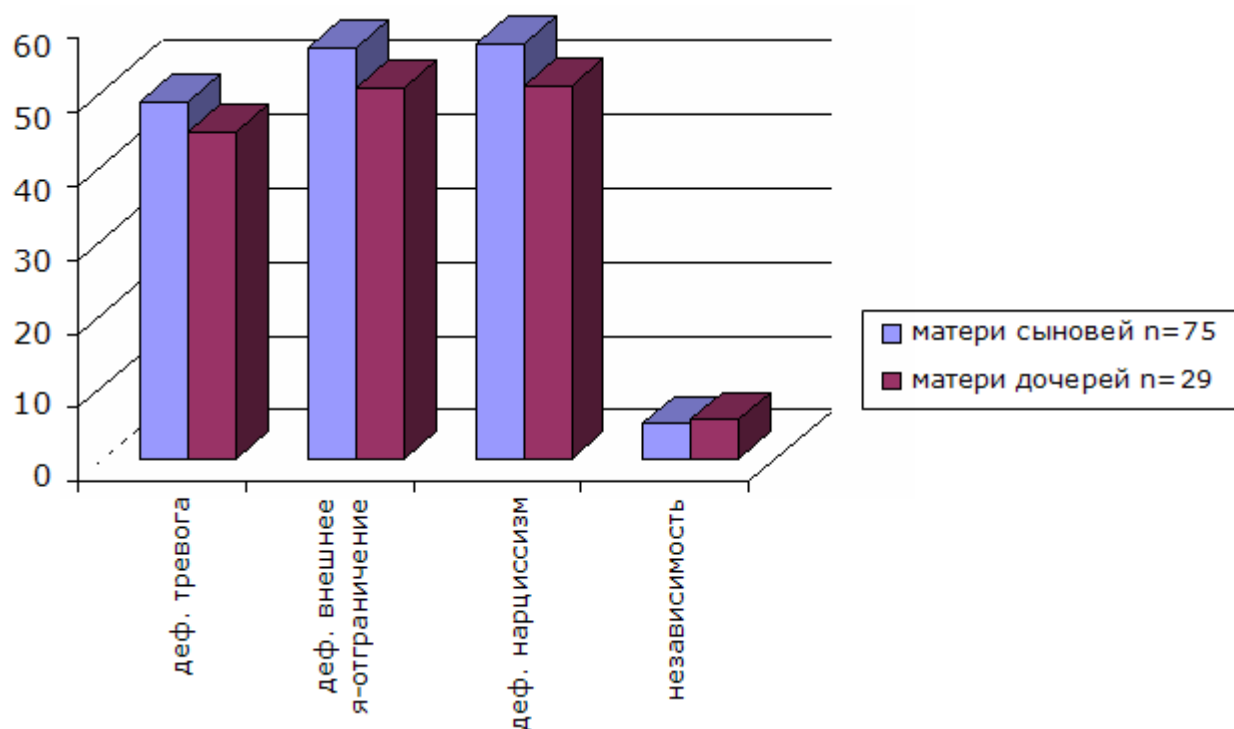
«Деструктивная сексуальность» при $p < 0,05$ (методика ISTA), а также повышение по шкале «Деструктивность» и снижение по «Индексу компенсации психопатологической симптоматики», при $p < 0,05$ (методика МОПЗ). Важно отметить, что данные группы статистически не различаются по возрасту. Средний возраст работающих матерей составляет $55,29 \pm 0,46$ ($M \pm m$), а средний возраст не работающих матерей составляет $56,83 \pm 1,47$ ($M \pm m$).

Дополнительная стрессовая нагрузка, связанная с необходимостью зарабатывать материю деньги, которые она, как правило, тратит на содержание и лечение собственного больного наркоманией ребенка, значительно усугубляет нарушения ее личностного функционирования. Для матерей, оказавшихся в такой жизненной ситуации, по сравнению с неработающими матерями в большей степени характерно ощущение своего бессилия, чувство отчаяния, обиды и враждебности окружающего мира, а также более выраженное снижение уровня «психического здоровья» личности, обусловленное не достаточной компенсированностью психопатологической симптоматики. В то же время у них оказывается в большей степени сохранена личностная сексуальная активность.

При изучении связи фактора пола наркозависимого ребенка с особенностями личностного и семейного функционирования его родителей различия между родителями девочек и мальчиков были получены как в группе матерей, так и в группе отцов.

В группе матерей различия были выявлены по показателям «Я-структурного теста» и «ШСО».

На рисунке 4 представлено сопоставление показателей «Я-структурного теста» групп матерей дочерей и матерей сыновей, страдающих героиновой наркоманией.



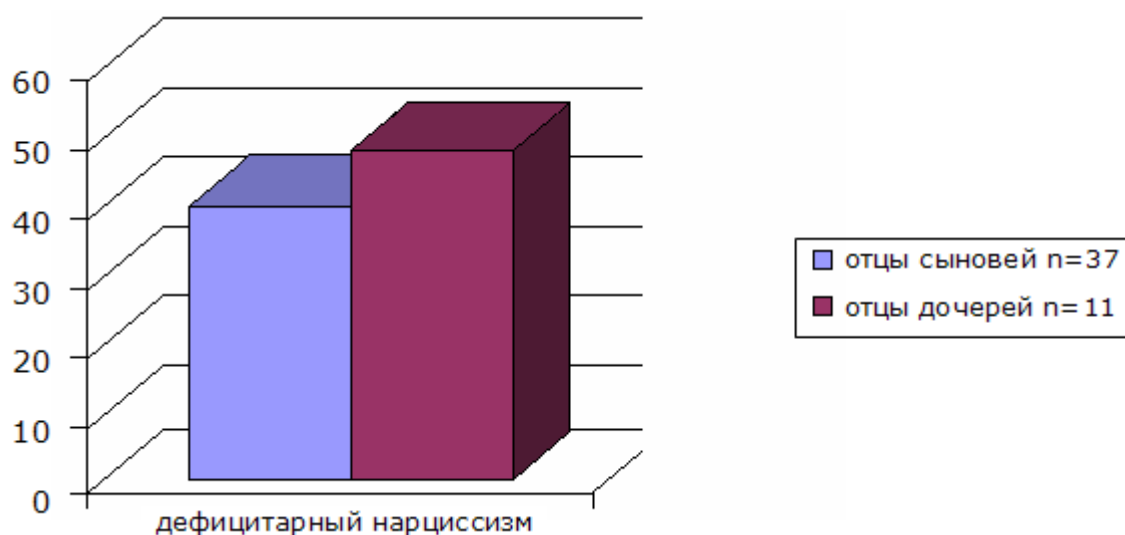
* Используемые сокращения в наименовании типов шкал: **кон.** — конструктивные, **дес.** — деструктивные, **деф.** — дефицитарные.

Средний возраст дочерей в группе матерей составлял $27,68 \pm 0,61$ ($M \pm m$), а средний возраст сыновей — $26,38 \pm 0,94$ ($M \pm m$).

Рис. 4. Усредненный профиль шкальных оценок «Я-структурного теста» и «ШСО» групп матерей сыновей и матерей дочерей, страдающих героиновой наркоманией.

В группе матерей, сыновья которых страдают опиатной наркоманией, выявляется статистически достоверное повышение показателей по шкалам «Дефицитарная тревога», «Дефицитарное внешнее я-отграничение», «Дефицитарный нарциссизм», при $p < 0,05$ (методика ISTA), а также снижение показателя по шкале «Независимость» ($p < 0,05$) методики «ШСО». Полученные данные показывают, что у матерей сыновей в большей степени нарушены границы их собственной личности и ярче проявляется тенденция к симбиотическому слиянию с наркозависимым ребенком. Это отражается как в повышении показателей шкалы «Дефицитарное внешнее я-отграничение», так и в снижении показателя по шкале «Независимость». По сравнению с матерями дочерей, у матерей сыновей проявляется более выраженное снижение самооценки и тенденция реагировать на опасные ситуации возбуждением или скукой.

В группе отцов, дочери которых страдают опийной наркоманией, отмечается выраженное повышение показателя «Дефицитарный нарциссизм» $p < 0,05$, по сравнению с группой отцов, в которой эту проблему имеет сын. Это отражает наличие у отцов наркозависимых дочерей более выраженного снижения самооценки (см. рис. 5).



Средний возраст дочерей в группе отцов составлял $30,09 \pm 1,82$ ($M \pm m$), а средний возраст сыновей — $30,30 \pm 0,92$ ($M \pm m$).

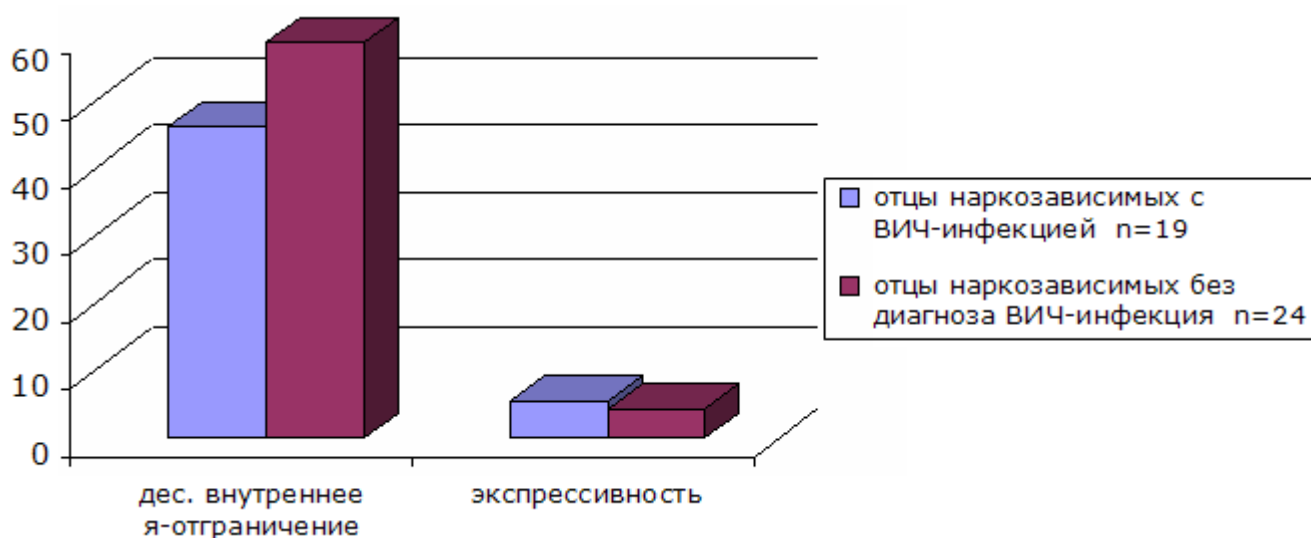
Рис. 5. Усредненные шкальные оценки показателя «Дефицитарный нарциссизм» методики ISTA групп отцов сыновей и отцов дочерей, страдающих героиновой наркоманией.

Важно отметить, что у отцов, как и у матерей, более выраженное снижение самооценки отмечается в группах, где наркотической зависимостью страдает ребенок противоположного (родителю) пола.

Анализ связи фактора наличия Вич-инфекции у больного наркоманией с социально-психологическим функционированием его родителей проводился в выборках 43 отцов (19 — отцы наркозависимых с Вич-инфекцией и 24 — отцы наркозависимых без Вич-инфекции) и 36 матерей (17 — матери наркозависимых с Вич-инфекцией и 19 — матери наркозависимых без Вич-инфекции).

В группах матерей достоверных различий опросниковых показателей, отражающих особенности личностного и семейного функционирования, выявлено не было.

Различия, выявленные при сопоставлении групп отцов, представлены на рисунке 6.



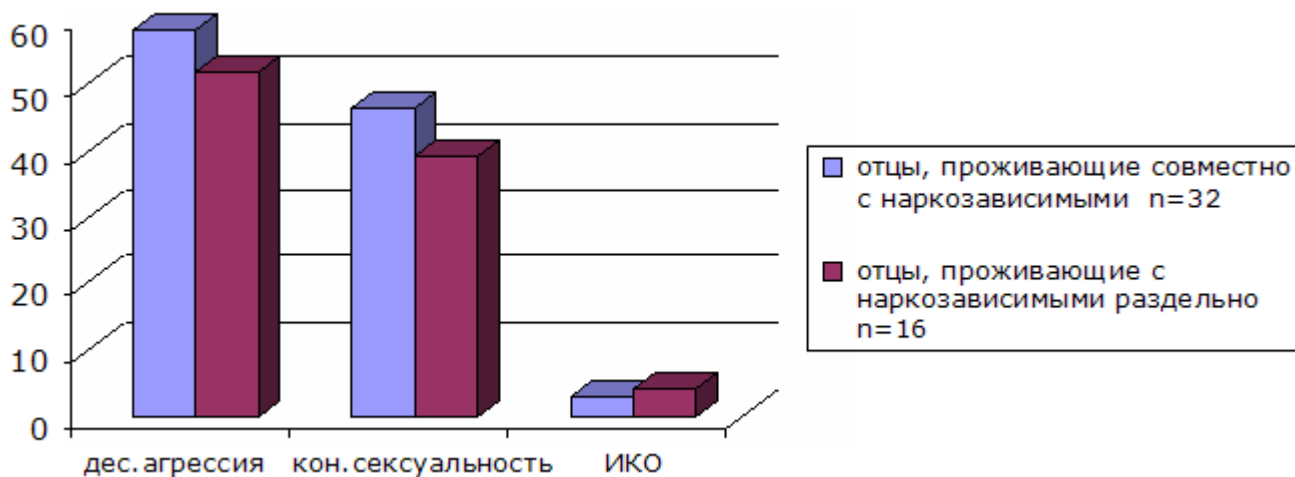
* Используемые сокращения в наименовании типов шкал: **кон.** — конструктивные, **дес.** — деструктивные, **деф.** — дефицитарные

Рис. 6. Усредненные шкальные оценки показателя «Деструктивное внутреннее я-отграничение» методики ISTA и показателя «Экспрессивность» групп отцов наркозависимых с Вич- и без Вич-инфекции.

В группе отцов наркозависимых с Вич-инфекцией выявляется статистически достоверное ($p < 0,01$) снижение показателя по шкале «Деструктивное внутреннее я-отграничение» (ISTA) при повышении показателя шкалы «Экспрессивность» ($p < 0,05$) (ШСО) по сравнению с группой отцов наркозависимых без Вич-инфекции. Это отражает влияние «смертельного приговора» ребенка на способность отцов отслеживать и выражать собственные чувства и переживания, что, вероятно, связано с переживанием более выраженной психотравматизации. Переосмысление собственного жизненного пути в связи с осознанием возможной утраты ребенка несколько смягчает отстраненную позицию отца.

Изучение значения фактора совместности/раздельности проживания было проведено только в группе отцов наркозависимых, поскольку из 104 обследованных матерей лишь 6 проживали раздельно с наркозависимым на момент обследования.

На рисунке 7 представлены результаты сопоставления групп отцов, проживающих совместно и раздельно с наркозависимыми.



* Использованные сокращения в наименовании типов шкал: **кон.** — конструктивные, **дес.** — деструктивные, **деф.** — дефицитарные

Рис. 7. Усредненный профиль шкальных оценок «Я-структурного теста» и «ШСО» групп отцов, проживающих совместно и отдельно с наркозависимыми.

Как видно на рисунке, в группе отцов, проживающих совместно с наркозависимыми, выявляется статистически достоверное повышение показателей по шкалам «Деструктивная агрессия» и «Конструктивная сексуальность» (ISTA), а также более низкие показатели шкалы «Интеллектуально-культурная ориентация» (ШСО), при ($p < 0,05$).

Более выраженные проявления агрессии, выявляемые в группе отцов, проживающих совместно с наркозависимыми, могут рассматриваться в контексте реакции отца на постоянное вынужденное взаимодействие с больным наркоманий. Кроме того, совместное проживание может оказывать негативное влияние на социальное функционирование отцов наркозависимых, поскольку болезнь близкого, как правило, значительно обедняет досуг семьи. Функция личностной сексуальности, вероятно, выступает в качестве фактора, стабилизирующего семейные отношения.

Обсуждение

В настоящее время общепризнанной является роль микросоциальных факторов, в первую очередь, семьи, в формировании и развитии наркотической зависимости [3].

Исследуя семью наркозависимого, традиционно описывают различные типы дисфункциональных семейных отношений, которые могут как предшествовать возникновению болезни, так и являться следствием наркотизации одного из членов семьи [7].

Родственники наркозависимого, как правило, рассматриваются преимущественно в их взаимодействии с больным, часто выступая в качестве основной опоры специалиста при построении терапевтических мероприятий, при этом их психологические особенности, исходя из данных доступной литературы, остаются малоисследованными.

Полученные нами данные свидетельствуют о выраженной личностной дисфункциональности родителей наркозависимых. При этом у отцов наркозависимых такая дисфункциональность выражается, прежде всего, в снижении самооценки и усилении «деструктивных» форм агрессии, что свидетельствует о неспособности адекватного использования собственной личностной активности. Для матерей в большей степени характерно нарушение границ личности, ощущение тревоги и снижение

личностной сексуальной активности. Полученные результаты согласуются с данными авторов, отмечающих наличие личностного дефицита у родственников, в частности, матерей, наркозависимых [10].

Результаты настоящего исследования показали, что различная степень выраженности «деструктивно-дефицитарных» реакций у родителей наркозависимых оказывается тесно связанной с ролевой структурой семьи, которая, в свою очередь, опосредует распределение стресс-нагрузки между ее членами. Так, матери больных наркоманией в силу собственной ролевой позиции оказываются более вовлеченными во взаимоотношения с больными наркоманией детьми, что обуславливает более высокий уровень переносимой ими стресс-нагрузки по сравнению с отцами таких больных. Данное перераспределение стресс-нагрузки обуславливает более выраженную личностную дисфункциональность и снижение уровня «психического здоровья» у матерей по сравнению с отцами ПИОН. Обнаруженное нами распределение ролей в семейной системе согласуется с данными, показывающими эмоциональную дистанцированность со стороны отца [2].

На основании статистического анализа были выделены факторы, имеющие связи с личностными и семейными характеристиками, как матерей так и отцов наркозависимых, а также факторы связанные лишь с психическим функционированием отцов или матерей. Так, пол ребенка оказывает значимое влияние на функционирование как отцов, так и матерей. Фактор трудовой деятельности оказывается значимым только для функционирования матерей, а наличие Вич-инфекции у больного наркоманией ребенка значимо влияет только на личностное и семейное функционирование отцов.

В заключении следует отметить, что исследование личности и особенностей семейного функционирования членов семьи наркозависимого дает возможность оценить масштаб психологической помощи, необходимой данному контингенту. Объективированные с помощью психодиагностических методик данные позволяют определить содержательные «мишени» для направленных психотерапевтических и психосоциальных воздействий. При исследовании психологических особенностей родственников больного наркоманией, в первую очередь, следует обратить внимание на такие базовые образования личности, как: характерологические особенности, самооценка, метаболизм агрессии и страха, эмоциональное состояние, модус межличностного взаимодействия, личностная сексуальная активность и стиль отношений с окружающими, прежде всего, с собственным наркотизирующимся взрослым ребенком.

Литература

1. Баранок Н.В., Крупицкий Е.М. Влияние психотерапии созависимости родственников на стабилизацию ремиссии больных наркоманией // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2012. – № 4. – С. 21–25.
2. Благов Л.Н. Эмоциональные расстройства в клинике опийной наркомании // Материалы международной научной конференции. – Гродно, 1993. – Ч. 2. – С. 301–302.
3. Валентик Ю.В. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12. – № 2. – С. 3.
4. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение: учебное пособие. – Изд-во Академия, 2003. – 736 с.
5. 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.
6. Куприянов С.Ю. Роль семейных факторов в формировании вариантов нервно-психического механизма патогенеза бронхиальной астмы и их коррекция методом семейной психотерапии: дис. ... канд. психол. наук. – Л.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1985.

7. Менделевич В.Д., Садыкова Р.Г. Психология зависимой личности или подросток в окружении соблазнов. – Казань: РЦПНН при КМРТ. И.: Марево, 2002. – 240 с.
8. Оценка качества ремиссии у больных алкогольной зависимостью на основе клинических и социально-психологических критериев реадaptации к трезвости / К.В. Рыбакова, Л.А. Дубинина, Н.Г. Незнанов и др. – Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева, 2012. – № 4. – С. 63–72.
9. Рыбакова Т.Г. Медико-психологическая помощь созависимым членам семей больных алкоголизмом: пособие для врачей. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2006. – 30 с.
10. Хайрутдинова А.Ф. Особенности взаимосвязи личности наркозависимых и их родителей: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Казань, 2006. – 22 с.
11. Чирко В.В., Дёмина М.В. Родители больных наркоманией: психология созависимостей (1 сообщение) // Вопросы наркологии. – 2005. – № 2. – С. 19–29.
12. Шайдукова Л.К., Овсянников М.В. Преклинические изменения поведения у созависимых родственников больных опийной наркоманией // Российский психиатр. журн. – 2004. – № 6. – С. 33–36.
13. Beattie M. Codependent no more. – Hazelden, 2001. – 250 p.
14. Biegel D.E., Song L., Milligan S.E. A Comparative Analysis of Family Caregivers' Perceived Relationships with Mental Health Professionals // Psychiatric Services. – 1995. – Vol. 46. – № 5. – P. 477–482.
15. Dear G.E., Roberts C.M. The Holyoake Codependency Index: Investigation of the factor structure and psychometric properties // Psychological Reports. – 2000. – Vol. 87, № 3. – P. 991–1002.
16. Farmer S.A. Entitlement in codependency: Developmental and therapeutic considerations // Journal of Addictive Diseases. – 1999. – Vol. 18, № 3. – P. 55–68.
17. Financial and family burden associated with cancer treatment in Ontario, Canada / C.J. Longo, M. Fitch, R.D. Deber [et al.] // Support Care Cancer. – 2006. – Vol. 14, № 11. – P. 1077–1085.
18. Fuller J.A., Warner R.M. Family stressors as predictors of codependency // Genetic, Social, and General Psychology Monographs. – 2000. – Vol. 126, № 1. – P. 5–22.
19. Gotham H.J., Sher K.J. Do codependent traits involve more than basic dimensions of personality and psychopathology? // Journal of Studies on Alcohol. – 1996. – Vol. 57, № 1. – P. 34–39.
20. Hughes-Hammer C., Martsof D.S., Zeller R.A. Development and testing of the codependency assessment tool // Archives of Psychiatric Nursing. – 1998. – Vol. 12, № 5. – P. 264–272.
21. Martsof D.S., Sedlak C.A., Doheny M.O. Codependency and related health variables // Archives of Psychiatric Nursing. – 2000. – Vol. 14, № 3. – P. 150–158.
22. Moos R., Moos B. Family Environment Scale – Manual. – 2nd ed. – Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1986.
23. Pariente C.M., Carpiniello B. Family burden in relatives of schizophrenics and of people with mental retardation: A comparative study // European Psychiatry. – 1996. – Vol. 11, № 8. – P. 381–385.
24. Schene A.H. Objective and subjective dimensions of family burden // Social psychiatry and psychiatric epidemiology. – 1990. – Vol. 25, № 6. – P. 289–297.
25. Stanton M.D., Shadish W.R. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies // Psychological Bulletin. – 1997. – Vol. 122, № 2. – P. 170–191.
26. Schizophrenic patients and their families: A survey in a psychiatric service based on a DGH unit / J.S. Gibbons, S.H. Horn, J.M. Powell [et al.] // British Journal of Psychiatry. – 1984. – Vol. 144, № 1. – P. 70–77.

27. The ARISE intervention: Using family links to overcome resistance to addiction treatment / J. Garrett, J. Landau, M.D. Stanton [et al.] // Journal of Substance Abuse Treatment. – 1998. – Vol. 15, № 2. – P. 333–343.

28. The significant other checklist: Measuring the problems experienced by family members of drug users / K.C. Kirby, K.L. Dugosh, L.A. Benishek [et al.] // Addictive behaviors. – 2005. – Vol. 30, № 1. – P. 29–47.

Parents of patients with heroin addiction: personal and family functioning

Bocharov V.V.¹, Shishkova A.M.²

¹ Bocharov Viktor Viktorovich

Candidate of Psychological Sciences, Head of Laboratory of Clinical Psychology; Bekhterev Research Psychoneurological Institute, Bekhterev St., 3, Saint Petersburg, 192019, Russian Federation. Phone: +7 812 670-02-20.

E-mail: WBoch@hotmail.ru

² Shishkova Aleksandra Mikhailovna

Candidate of Psychological Sciences, Senior research assistant, Laboratory of Clinical Psychology; Bekhterev Research Psychoneurological Institute, Bekhterev St., 3, Saint Petersburg, 192019, Russian Federation. Phone: +7 812 670-02-20.

E-mail: shishaspb@mail.ru

Copyright ©: Bocharov V.V., Shishkova A.M.

Abstract. Purpose: Despite recognition of the significant role of the family in the etiology and pathogenesis of drug addiction, there is a paucity of investigation of the psychological characteristics of relatives of such patients. Research was conducted about the characteristics of personal and family functioning of 152 parents (104 mothers and 48 fathers) of patients with heroin addiction. Methods: Several clinical and empirical psychological methods were applied within the framework of the research. Among testing techniques used were: the Ammon Ego Structure Test, the Mental Health Evaluation Method, and the Family Environment Scale. Results: The data obtained demonstrates a significantly lower level of both constructive behavior and capacity to adapt among parents of heroin addicts. Interestingly, mothers of such patients, in comparison with patients' fathers are characterized by a much more severe level of personality dysfunction manifested in disturbance of ego-boundaries, increased anxiety and a desire to avoid trust-based relationships. Contradistinctively, heroin addicts paternal dysfunctionality manifested in low self-esteem and heightened forms of "destructive" aggression. Varying degrees of severity of "destructive and deficient" among parents is related to their role in family system. The degree of stress experienced by patients' relatives is distributed according to family structure and dynamics. The study revealed that the greatest stress is experienced by the relative who is most involved with the patient. This position is usually occupied by mothers of heroin addicts. The level of disturbance found in personal and family functioning of parents of heroin addicted patients is correlated with characteristics of social, demographic and clinical variables. Discussion: The study's results are in line with findings on personal deficiency of relatives of addicts and provides guidance for directed psychotherapeutic and psychosocial interventions.

Key words: heroin addiction, parents of addicts, personal dysfunction; family.

For citation

Bocharov V.V., Shishkova A.M. Parents of patients with heroin addiction: personal and family functioning. *Med. psihol. Ross.*, 2014, vol. 6, no. 1, p. 4. doi:10.24411/2219-8245-2014-00009 [in Russian, in English].

Received: October 14, 2013

Accepted: January 10, 2014

Publisher: February 5, 2014

This research was supported by a grant of RFH within the project of scientific investigations ("Psychological determinants of personal dysfunctions of relatives of patients with heroin addiction"), the project No. 12-36-01011.

1. Introduction

Drug abuse is a chronic disease, widespread all over the world. One of the most severe forms of this disease is heroin addiction, which seriously impairs psychosocial functioning of the abuser, and closely associates with HIV/AIDS and other blood transmitted infections because of its use by means of injection. Injectable drug users (IDUs) often engage in criminal or at least disruptive behaviors, which lead to significant family dysfunctions and not infrequently provide a wide range of chronic stress factors (constant fear for life of the addict, stigmatization and social isolation, financial difficulties, etc.) and even crisis experiences (helplessness, feeling of hopelessness of a situation, depression, anxiety, suicidal thoughts) for the relatives of the drug abuser.

Such experience of family members can be conceptualized as "family burden," which emphasize the negative aspects of caregiving [14]. At the present time numerous researches on "burden on the family" have documented the problems of caregivers of patients with major mental illness and neurological and physical disorders [5; 19; 23; 26; 27]. Research on the "burden" on an addict's caregivers is much rarer and tends to describe their difficulties and concerns in relationships, on health, financial and other areas [22].

At the same time involvement in abusive and potentially harmful relationships can lead the addict's significant others into "codependency", a finding previously and primarily described in families of alcoholics [13]. Subsequent findings suggested that other types of family stressors, not solely alcoholism, may be predictors of codependency [17]. Despite widespread use of the term codependency there is no clear definition of this phenomenon and empirical evidence regarding its construct validity is generally lacking [20]. A Review of the Literature showed explicit polymorphism of the characteristics of codependents.

Characteristics of codependency have been described as external locus of control, self-sacrifice, reactivity, depression, anxiety, difficulties in expression of one's own feelings, fear of open or close relations with other people, subtle forms of narcissistic entitlement, medical problems etc. [9; 11; 12; 15; 16; 21; 24]. Consequently a unified description of types of codependency manifestations is not currently available.

Regardless, these findings emphasize the importance of comprehensive screening and assessment of psychosocial functioning of relatives of individuals with substance abuse. Such screening can facilitate the identification of those relatives who urgently needs professional help in order to aid in the prevention of psychological, mental, psychosomatic, somatic and addictive disorders. Psychological assessment has traditionally only been used for evaluation of substance abusers mental condition in treatment and rehabilitation programs while their significant others frequently only receive support at self-help groups such as Co-Dependents Anonymous (CoDA), Adult Children of Alcoholics and Co-Anon. Relatives of addicts frequently fail to gain access to adequate health care for the reason of the existing gap in psychological assessment, though it is recognized that relatives can often play a significant role in both motivational and treatment processes as well as in relapse prevention of the addicts [1; 8; 18; 28].

The **aims** of this study were: a) to investigate personal and family functioning of the parents of heroin-dependent patient; and b) to identify the interrelations of social, demographic and clinical factors which define the main living conditions of an IDUs parents, in particular characteristics of the IDU's personal and family functioning.

2. Method

2.1. Participants and procedure

Participants were parents of opioid-dependent patients who were currently being involved in rehabilitation programs at St. Petersburg City Addiction Hospital and three community-based outpatient city substance abuse treatment centers between 1/05/2011 and 1/11/2013. The diagnosis of drug dependence in patients was confirmed by staff psychiatrists using ICD-10 criteria. To be eligible to participate, parents needed to show their relation to an IDU, as well as be able to provide informed consent and be willing to comply with study procedures. Parents were excluded from the study if they had a) severe mental disorders (e.g., schizophrenia, epilepsy, bipolar disorder) in an actual state or in the anamnesis; or b) physical disorders in acute decompensations.

It is necessary to emphasize that relatives' involvement in the research was possible only in cases where the patient consented. On several occasions, IDUs did not want their relatives to participate in research due to the conflicts in their relationships with them. The preliminary sample frame contained 200 parents and the final population size was 152 respondents, each of whom completed the assessment procedure up to the end. All participants were divided into two groups. The first group was derived from 48 fathers of patients with heroin drug addiction. Participation in research was initially offered to 72 fathers, however 16 refused to participate, and 8 did not complete the assessment procedure up to the end. Exclusion from participation in the research was based on such phrases as: "you ask the wrong man" and "I am all right." In one case, dropping out from the diagnostic procedure was connected with a state of health of the father. In others, it was caused by the patient's withdrawal from the rehabilitation program. The second group consisted of 104 mothers of patients with heroin drug addiction. Participation in research was offered to 129 mothers. Nineteen (19) mothers refused to participate, and 6 mothers didn't finish the procedure completely.

All the participants received the same diagnostic procedure which included: a) a preliminary conversation which established empathic contact and collected social, demographic and clinical data which described the main living conditions of the IDUs parents; b) a psychological assessment of characteristics of parents personal and family functioning; and c) specification and supplementation of the obtained data during the procedure of the "feedback".

2.2. Measures

Within the framework of the research clinical and empirical psychological methods were applied. Testing techniques included: the Ammon Ego Structure Test, the Method of Mental Health Evaluation (MMHE), and the Family Environment Scale (FES). Team members also applied a specially designed standardized semi-structured interview.

2.2.1. The Ammon Ego Structure Test — originally «Ich Structur Test Ammon» (ISTA) was adapted in St. Petersburg by the Bekhterev Research Psychoneurological Institute [4] — was used to measure personal functioning of addict's parents. The ISTA is a 220-item inventory, in which each statement in it is rated by the examinees as true or not true in relation to them. The items concern the health state, mood, and characteristics of emotional feelings and actions in various life situations. The construction of the test is based on the theoretical concept of Ammon's "personality structure" — a holistic system with different "ego functions". ISTA contains 18 subscales united in 6 separate blocks, each of which describes activity of one of 6 central "ego-functions": aggression, anxiety-fear, outer "ego-demarcation", inner "ego-demarcation", narcissism, and sexuality. Each of the six psychological variables

is evaluated by three separate scales, which permits determination of the level of constructive, destructive, and deficit components. All the blocs include constructive, destructive, and deficit scales. Thus, the test's statements allow recording of behavioral manifestations in which both adaptive, i.e., constructive, and maladaptive, i.e., destructive and deficit, components of individual reactions are reflected.

- 2.2.2. The MMHE, developed by Yu.Ya. Tupitsyn, V.V. Bocharov, B.V. Iovlev, S.P. Zhuk [4] was used for determination of "level" of mental health of opiate IDUs parents. The MMHE structural foundation consists of three integrative scales — constructivism, destructivism, deficiency. Two specially constructed indices allow comparison of the level of possible adaptation, severity of psychopathological stigmatization, and degree of the person's mental realization. The first index is a mental compensation index (which compares the level of available adaptation resources and the severity of psychopathological manifestations). The second index is a mental activity index (reflecting the correlation of values of the person's adaptation potential and the level of his or her mental activity). The Ammon Ego Structure Test has been used with the MMHE as a psychodiagnostic method for collecting the initial information.
- 2.2.3. The FES was developed by R.H. Moos [25]. We used the FES version translated into Russian and adapted by S. Kupriyanov [6] to assess the interpersonal atmosphere and social environment of IDUs families with respect to their relationships (Interpersonal Relationship Dimension), their patterns of growth (Personal Growth), and their organizational features (System Maintenance).
- 2.2.4. *The Standardized Semi-structured Interview* was specially designed for this research. It was used to collect relevant social, demographic and clinical information about parents and IDUs concerning early development of the patient and characteristics of the family relationships, including the relationships in the grandparents' family (e.g. intergenerational patterns of family trauma and violence). In addition to clinical characteristics concerning history of abuse, coexisting psychiatric and somatic disorders were registered. During our research the list of characteristics was dilated in connection with identification of significant factors for the description of a life situation of addict's relatives.

2.3. Statistical analysis

A comparative analysis of results in groups of fathers and mothers of patients with heroin addiction was conducted. A mean comparison was applied using the Student t-test and Mann-Whitney U test (given the non-normality of several item). In addition, means standard mistakes were calculated. For qualitative characteristics percentages were counted. Spearman correlation coefficients were calculated between the social, demographic and clinical factors and subscales of screening tools used in the study. Also, the polar groups method was used. The significance level was defined as $p < 0,05$. SPSS 19 was used for the statistical analyses.

3. Results

3.1. Sample demographics

The surveyed sample of the opiate IDUs parents consisted of 48 fathers and 104 mothers. The social and demographic characteristics of parents are described in Table 1.

Table 1

Social and demographic characteristics of opiate IDUs parents

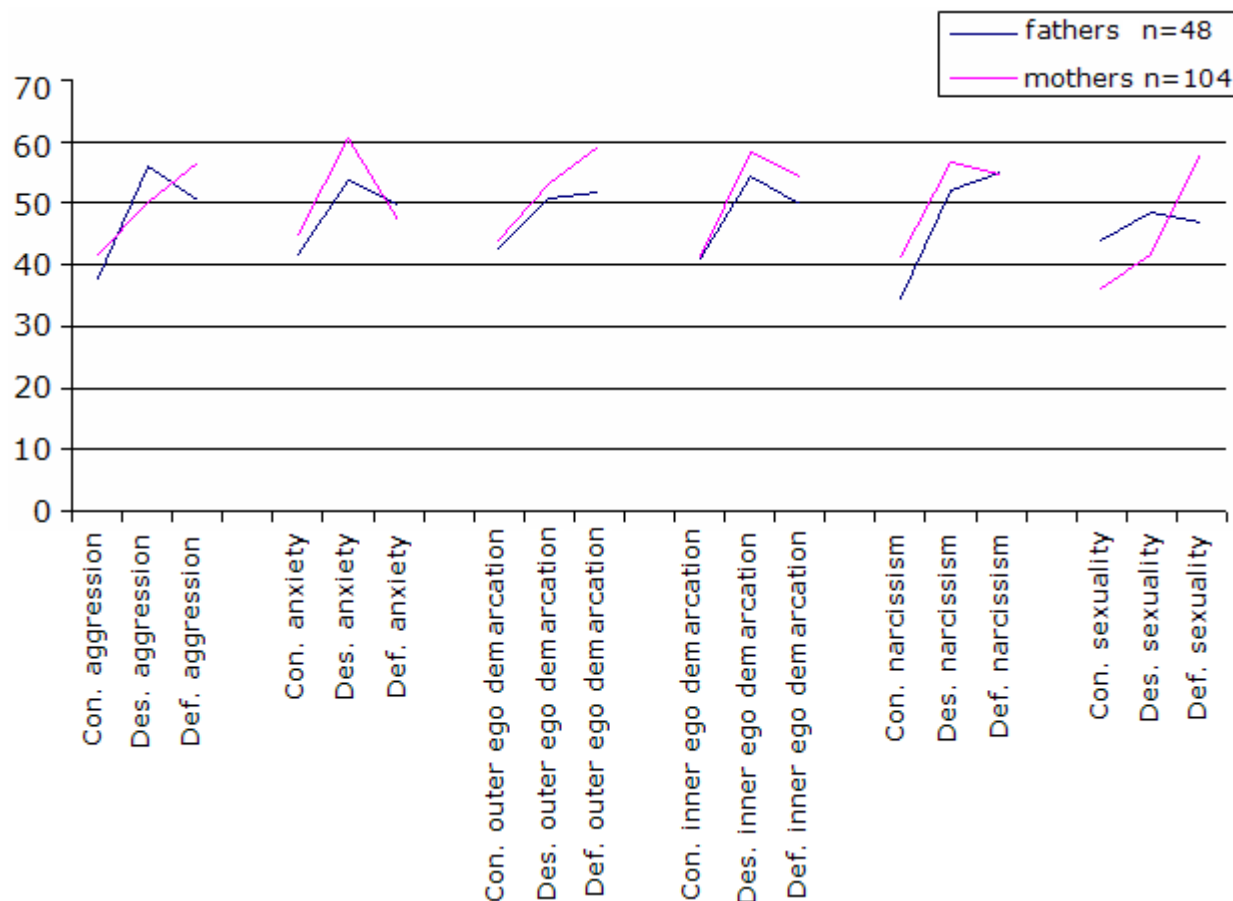
Characteristics/Respondents		Fathers n=48	Mothers n=104
Age, mean (M±m)		57,96 ±0,99	55,56 ±0,46
Education, %	None or lowest formal qualification	2,08	0
	Secondary education	8,33	1,92
	secondary vocational education	31,25	36,54
	University entry	12,5	0,96
	Above university entry	45,83	60,58
Marital status, %	Married	91,67	67,31
	Single	8,33	42,31
Living with IDUs, %	Together	66,67	94,06
	Separate	33,33	5,94
Family size (children), %	1	22,92	41,35
	2	64,58	54,80
	3 and more	12,50	3,85
Parental employment, %	Not working	20,83	17,31
	Working	79,17	82,69

Table 1 demonstrates that mothers of IDUs live together more often with them than their fathers do, that mothers have received higher education than fathers, that mothers more frequently have only one child, and mothers aren't married in comparison with IDUs fathers, who are married.

3.2. Personal functioning of opiate IDUs parents

In order to investigate characteristics of personal functioning of parents of patients with heroin addiction, an analysis of clinical data and a comparison of ISTA results were carried out.

Figure 1 presents the average profile of ISTA scales results of fathers and mothers of patients with heroin addiction.



* Types of scales: con. — constructive, des. — destructive, def. — the deficient

Fig. 1. Average profile of ISTA scales results of fathers and mothers of patients with heroin addiction.

The data obtained showed that both parents have a prevalence of "destructive" and "deficient" scales over "constructive" on all considered basic "ego-functions". The average values of some scales overstep the border of the normative interval that ranges from 40—60.

In a comparison of groups of fathers and mothers the opiate IDUs showed statistically significant differences on the following scales: aggression "destructive" ($p < 0,001$) and "deficient" ($p < 0,01$), "Destructive anxiety" ($p < 0,001$), "Deficient outer ego demarcation" ($p < 0,001$), "Deficient inner ego demarcation" ($p < 0,05$), "constructive" ($p < 0,01$) and "destructive" ($p < 0,05$) narcissism, and also "constructive", "destructive" and "deficient" sexuality ($p < 0,001$). The mothers of drug addicts demonstrated higher rates on all listed scales, with the exception of the scales of "Destructive aggression", "constructive" and "destructive" sexuality.

The distinctions found on scales of "aggression" confirm the data from clinical interviews and reflect characteristics of IDUs mothers including sacrifices of their own plans and requirements and narrowing of the range of their interests combined with a fixation on their child's illness. A tendency to avoid any contradictions is frequently observed in such mothers. In situations of rivalries with the requirements and interests of others, IDU mothers compromise their own values to avoid rejection or anger. In particular, mothers of IDUs

complained of impossibility to refuse, to say "no", especially to their own drug-addicted children.

Compared with IDU mothers, IDU fathers are more likely to report "Destructive aggression", which is frequently manifested in diminished or disturbed capacity for establishing and maintaining contacts, a breaking-off with surroundings, and verbal and physical expression of anger. For example, during the interview, some fathers reported that they often could not constrain own emotions towards the addict.

This finding demonstrates distinctions in manifestations of the Ego function of aggression at parents of IDUs: IDU mothers show a prevalence of "deficient" forms while IDU fathers show a prevalence of "destructive" forms. It is important to note that when "destructive" aggression is blocked and doesn't find discharge on an external object, it can be masochistically directed against the individual him or herself. The consequences include self-destructive behavior. Alcohol addiction was widespread among the surveyed contingent of fathers. It is also important to emphasize that "Constructive aggression" scale has low mean values in group of IDUs fathers.

As shown in Figure 1, the mean values of "Destructive anxiety" scale exceed the border of the normative interval in the IDU mothers' sample. The data obtained, shows a more severe degree of anxiety among mothers in comparison to the fathers of addicts. Mothers subjectively connected the anxiety with the drug use of their children. They described arising anxiety as "intolerable" and said that it prevented them from concentrating on any activity. Moreover, such a life situation was perceived by mothers as "unsolvable" and was accompanied by thoughts of their own powerlessness, and frequently blaming of themselves and others.

The tendency to "symbiotic merge" with addicted child is typical for IDU mothers. And it is often combined with hypernormativity (excessive focus on social group norms, interests and rules) and neglecting the IDU mother's own requirements to preserve goodwill from others. Described characteristics are reflected in high values on the "Deficient outer ego demarcation" scale. Thus, fathers of drug addicts, in comparison with mothers, were better able to maintain ego-boundaries.

The mean value of the "Constructive narcissism" scale does not reach the border of the normative interval in the group of IDUs fathers. In comparison with IDU mothers, IDU fathers have a lower score on scale, which reflects a "destructive" component of this ego-function. This data confirms the IDU fathers' sense of guilt and feelings of their own failure — in a father's role, and in self-accusations in connection with emergence of an illness of the child — feelings revealed by fathers during the clinical interviewing. Fathers often reported regret that they "were too busy" and "didn't find enough time for parenting".

Mothers of addicts reported, in turn, feelings of being misunderstood and underestimated by others and a desire to avoid trust-based relationships. Hypervigilance in interpersonal communication was more characteristic.

Significant differences were found on scales of "constructive", "destructive" and "deficient" sexuality which reflected safer ego function during sexual activity among fathers in comparison with mothers of drug addicts.

3.3. Mental health of opiate IDUs parents

In order to identify the "level" of mental health of opiate IDUs parents, the comparison of MMHE results in groups of mother and fathers was conducted. Results of the carried out comparison are presented in table 2.

Comparison of MMHE mean values of mothers and fathers of patients with heroin addiction

Scales	M±m Fathers of IDUs n=48	M±m Mothers of IDUs n=104	p
«Constructivism»	40,69 ± 2,13	41,81 ± 1,02	No significant differences
«Destructivism»	25,02 ± 1,91	24,77 ± 0,92	No significant differences
«Deficiency»	21,96 ± 1,83	28,05 ± 1,03	<0,01
«Mental compensation index»	-12,89 ± 1,82	-11,88 ± 0,96	No significant differences
«Mental activity index»	-9,88 ± 1,8	-13,18 ± 0,99	No significant differences

Comparison of both groups demonstrated similar "levels" of mental health in IDU fathers and IDU mothers, which, contradistinctively, differed substantially from normative sample data. Interestingly, indices of mental compensation and mental activity had normative values equal to zero and the border of the normative interval was in the range from -10 to +10.

As shown in Table 2, an expressed decrease of mean value of «Mental compensation index» in both groups of parents was revealed. According to this finding, it comes as little surprise that mothers and fathers of patients with heroin addiction have difficulties in regulating of own emotional states, which could sometimes reach the level of psychopathological manifestations. The mean value of the «Mental activity index» in the fathers sample was close to the lower border of the normative interval, while the IDU mothers demonstrated a considerable decrease of index value reflecting insufficiency of adaptation possibilities.

Significant pronounced differences between parents groups were found on «Deficiency» scale. The higher mean values of the mothers group demonstrated a lack of self-realization and minimum level of using of their own possibilities.

Analysis of the MMHE results shows considerable decrease of adaptation possibilities and degree of the mental realization, and, consequently, of the "level" of mental health of opiate IDUs parents. Accordingly, mental health is understood not merely as the absence of any mental disease or disorder, but as a state of emotional and social well-being in which the individual has enough adaptation to his environment to be able to realize available mental potential in the maximum degree. Mothers of such patients, in comparison with their fathers, are characterized by a more severe level of personality dysfunction, dysfunction manifested in significant reduction of self-realization.

3.4. Family functioning of opiate IDUs parents

Investigation of relationships in families of opiate IDUs parents was carried out using the FES.

Figure 2 demonstrates the average values of FES subscales of fathers and mothers of patients with heroin addiction.

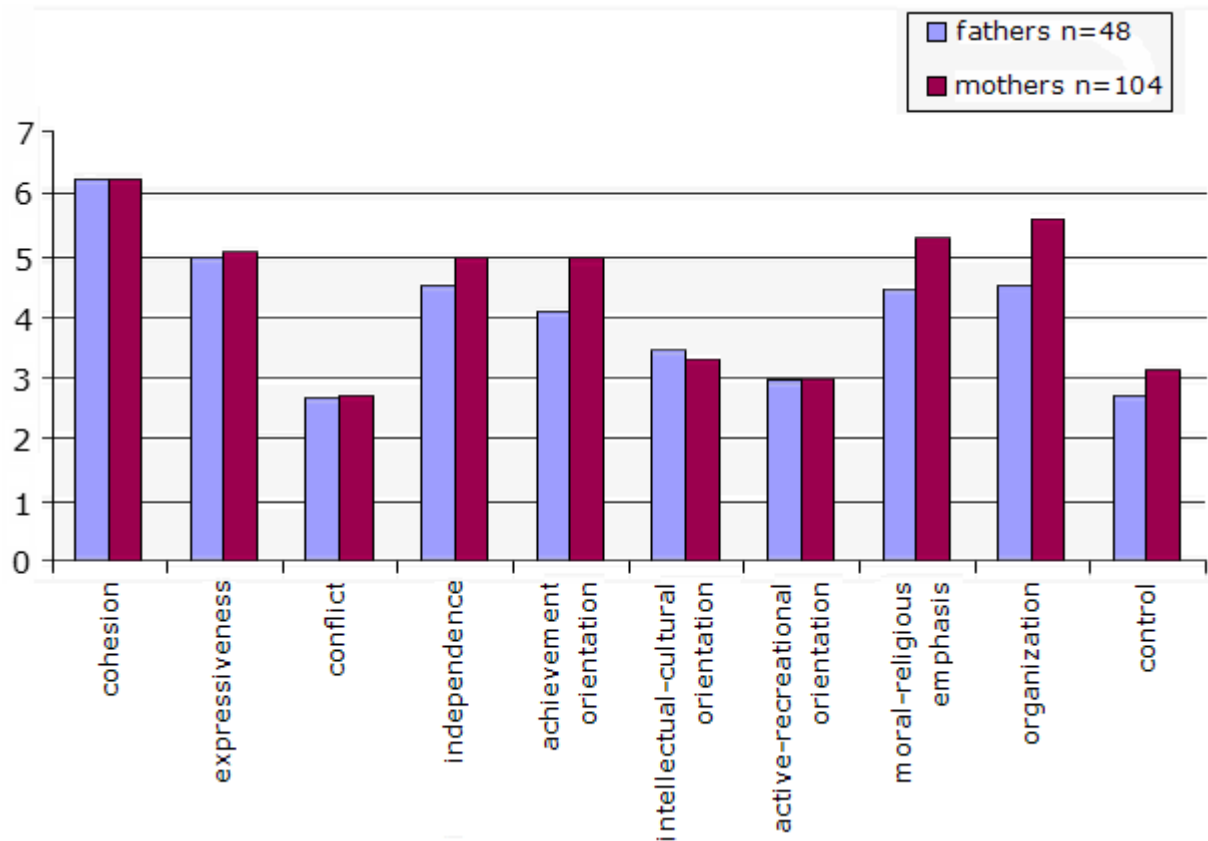


Fig. 2. Comparisons of FES mean values of mothers and fathers of patients with heroin addiction.

Significant differences in researched groups were found on the following FES subscales: "Organization" $p < 0,001$, and "Achievement orientation", "Moral-religious emphasis" and "Control" $p < 0,05$. It is important to emphasize that all above-mentioned subscales have higher scores in mothers group vs. fathers group. On subscales "Cohesion", "Expressiveness", "Conflict", "Intellectual-cultural orientation", "Active-recreational orientation" significant differences wasn't found.

The data obtained confirms typical patterns of heroin addicts' family functioning, revealed in clinical observation. Thus, mothers of drug addicts usually had a tendency to take a dominating position in family system. As a rule, they play the role of the head of the family, resolving financial, household and other issues of the family organization. Mothers often make the majority of the decisions without regarding the personal preferences of the family members. This tendency arises from their symbiotic position toward family members and unawareness assumption that everybody needs the same things they do. The impossibility to control the life of their own relatives generates, for IDU mothers, a feeling of powerlessness, feelings of despair and hostility toward the world.

The result of the "Moral-religious emphasis" subscale reflects that mothers also have a tendency to show a socially acceptable "facade". They try to embellish a real-life family situation, hiding their own emotional experiences and taking a position of hyper morality. At the same time, inconsistency in establishment of moral norms of interpersonal interaction in families of opiate IDUs is noted. Mothers' "double standards" are reflected in justification and

"covering" of crimes and immoral acts of the drug addict and creates serious challenges for the resocialization process of the addicted patient.

Fathers of opiate IDUs, contrary to IDUs mothers, typically demonstrate a "detached position" in relation to family events. This is likely caused by an unconscious and/or conscious tendency to avoid the excessive stress arising in the family in connection with the presence of the abusers.

3.5. Interrelations of social, demographic and clinical factors with characteristics of personal and family functioning of IDUs parents

In order to identify interrelations of social, demographic and clinical factors, which define the main living conditions of IDUs parents with characteristics of their personal and family functioning we tested variables which can potentially have impact on severity of dysfunctions.

We initially selected 72 variables for use in qualitative analysis as the most significant for characterization of the life situation of parents of patients with heroin addiction. Among these variables were: age of parents and IDUs, sex of the addicted child, educational level of parents and IDUs, marital status and criminal records of parents and IDUs, age of starting of use of opiates by the addicts, term of systematic opiates use, and duration of remission.

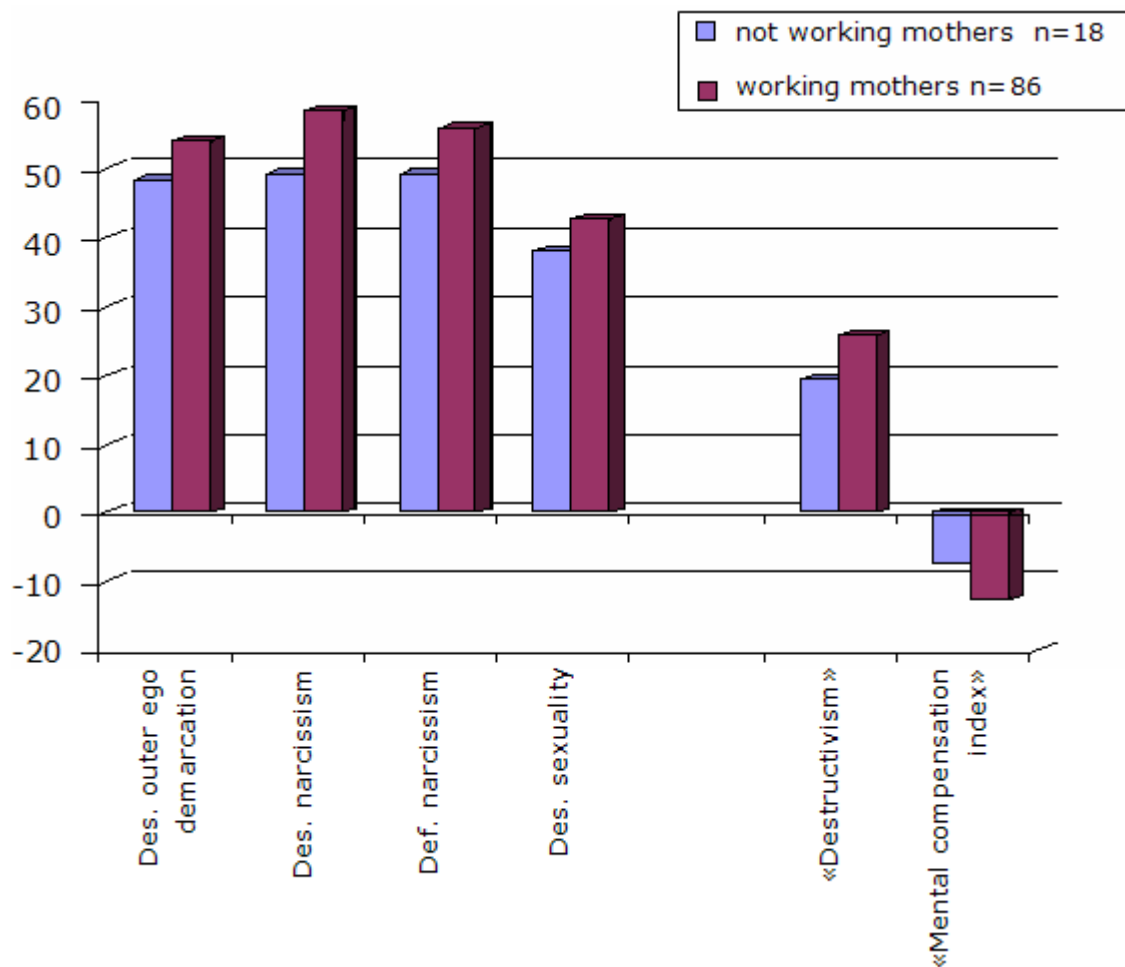
Psychological characteristics of parents (personal and family functioning) were represented by 33 scale values of questionnaires (Ammon Ego Structure Test/ Ich Struktur Test Ammon, Method of Mental Health Evaluation, Family environment scale).

Interrelations between the variables and psychological characteristics were established either by analysis of correlations, or by comparison of "polar" groups. The limited length of this article does not allow presentation a fully substantive interpretation of all of the data obtained.

In this article we describe outcomes of investigation of such variables as: parental employment, sex of the addicted child, IDUs' HIV infection, living separate/together with IDUs, as revealed by method of "polar" groups.

Investigation of influence of *parental employment* on their personal and family functioning revealed significant differences of ISTA and MMHE scales among working and non-working mothers of IDUs. No significant differences emerged in groups of working (n=38) and non-working (n=10) addict's fathers.

In Figure 3, comparison of mean values of ISTA and MMHE between working and not working mothers of opiate IDUs is presented.



* Types of scales: con. — constructive, des. — destructive, def. — the deficient

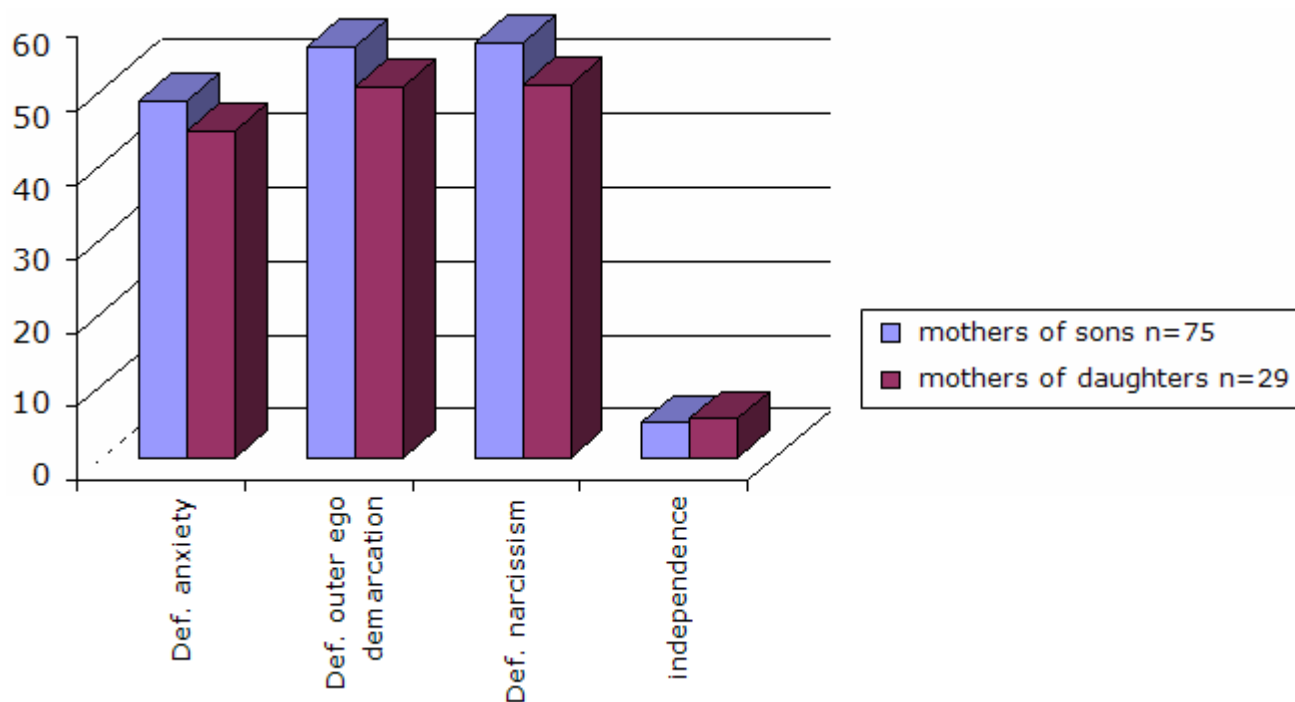
Fig. 3. Average profile of scale values of ISTA and MMHE among working and not working mothers of IDUs.

As shown in Figure 3, there were higher scores on the following ISTA scales: "Destructive narcissism" ($p < 0,01$), "Deficient narcissism", "Destructive outer ego demarcation" and "Destructive sexuality" at $p < 0,05$. There was also an increase of the mean value on "Destructivism" and a decrease of mean value on "Mental compensation index" of MMHE ($p < 0,05$) revealed in a group of working mothers in comparison with not working mothers. It is important to note that mothers of both groups don't differ on mean age. Working mothers mean age was $55,29 \pm 0,46$ ($M \pm m$), while mean age of not working mothers was $56,83 \pm 1,47$ ($M \pm m$).

The additional stress, in connection with the need to earn money, considerably increased the severity of mothers' personal dysfunction. It is necessary to mention that mothers, as a rule, expended everything for financial support and treatment of their addicted children. Hence, working mothers in comparison with not working mothers were more likely to feel powerlessness, grievance, despair and hostility in relation to the world around. They also reported a more significant decrease in mental health "level", caused by the lack of adaptation resources for compensation of psychopathological manifestations. At the same time they showed safer ego-function of sexuality.

In a next step, we tested interrelations of *sex of the addicted child* with personal and family functioning of their parents. Significant differences between parents of boys and girls were found both in groups of mothers, and in groups of fathers.

In group of IDU mothers, differences were revealed on both ISTA and FES scales. In Figure 4 the comparison of questionnaires mean values between groups of mothers of addicted daughters and mothers of the addicted sons is presented.



* Types of scales: con. — constructive, des. — destructive, def. — the deficient

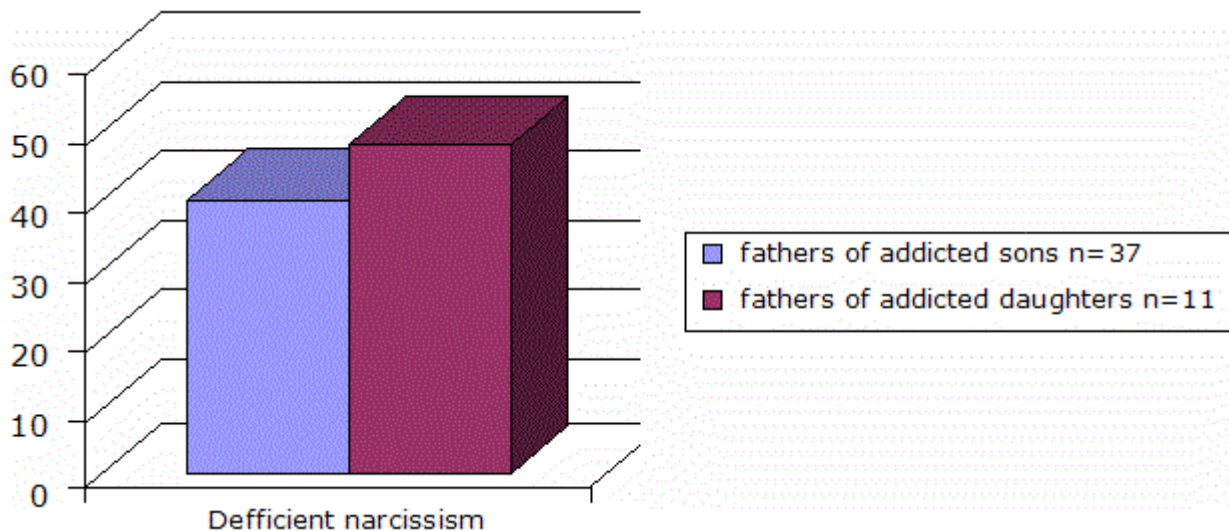
Mean age of daughters in group of mothers was $27,68 \pm 0,61$ ($M \pm m$) and mean age of sons $26,38 \pm 0,94$ ($M \pm m$).

Fig. 4. Average profile of ISTA and FES values in groups of mothers of addicted sons and mothers of the addicted daughters.

Comparing both mothers groups indicated statistically reliable increase of mean values on such ISTA scale as: "Deficient anxiety", "Deficient outer ego demarcation", "Deficient narcissism" ($p < 0,05$), and also a decreased rate of the "Independence" scale of FES ($p < 0,05$) among mothers of addicted sons.

The data obtained reflects that mothers of addicted sons in comparison with mothers of addicted daughters, have more severe disturbance of ego-boundaries, obvious "symbiotic merge" with their addicted children, low self-esteem and a tendency to feel excitement or boredom in dangerous situations.

When comparing a group of the fathers of addicted daughters with fathers of addicted sons, a visible increase of value of "Deficient narcissism" scale ($p < 0,05$) is noted (see fig. 5). This data shows a more severe decrease of self-esteem in fathers of addicted daughters.



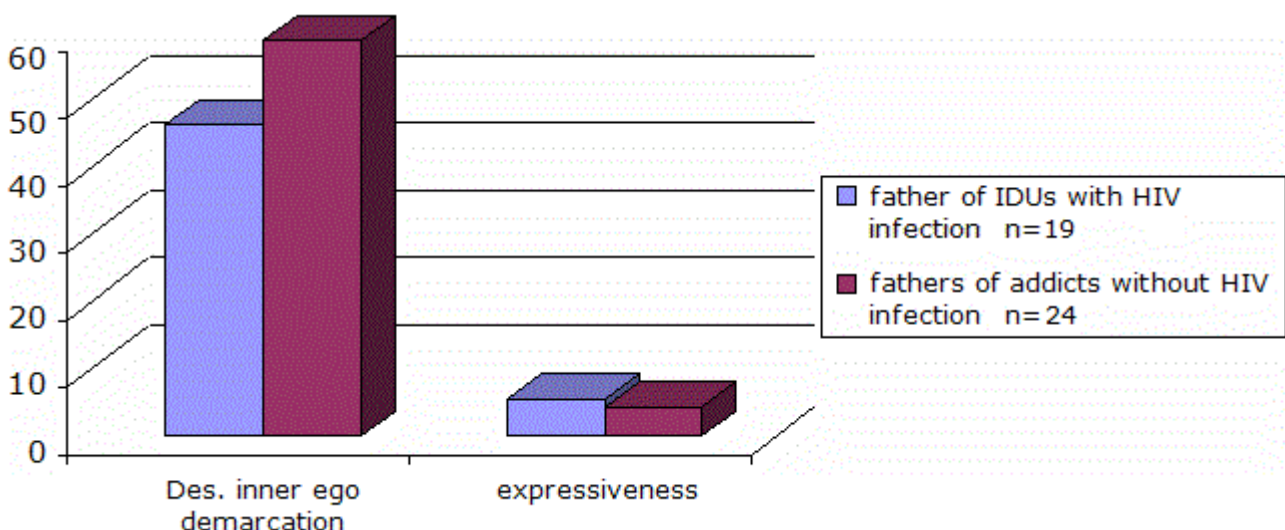
Mean age of daughters in group of fathers was $30,09 \pm 1,82$ ($M \pm m$) and mean age of sons $30,30 \pm 0,92$ ($M \pm m$).

Fig. 5. Mean value of "Deficient narcissism" ISTA scale in groups of fathers of addicted sons and fathers of addicted daughters.

It is important to emphasize that a decrease of self-esteem is connected with the opposite sex of the addicted child in both parents groups.

The analysis of interrelations of *IDUs HIV infection* with social and psychological functioning of their parents was carried out on the sample of 43 fathers (19 fathers of addicts with HIV infection and 24 fathers of addicts without HIV infection) and 36 mothers (17 mothers of addicts with HIV infection and 19 mothers of addicts without HIV infection).

In the mothers sample no significant differences emerged. The differences of groups of fathers are presented in figure 6.



* Types of scales: con. — constructive, des. — destructive, def. — the deficient.

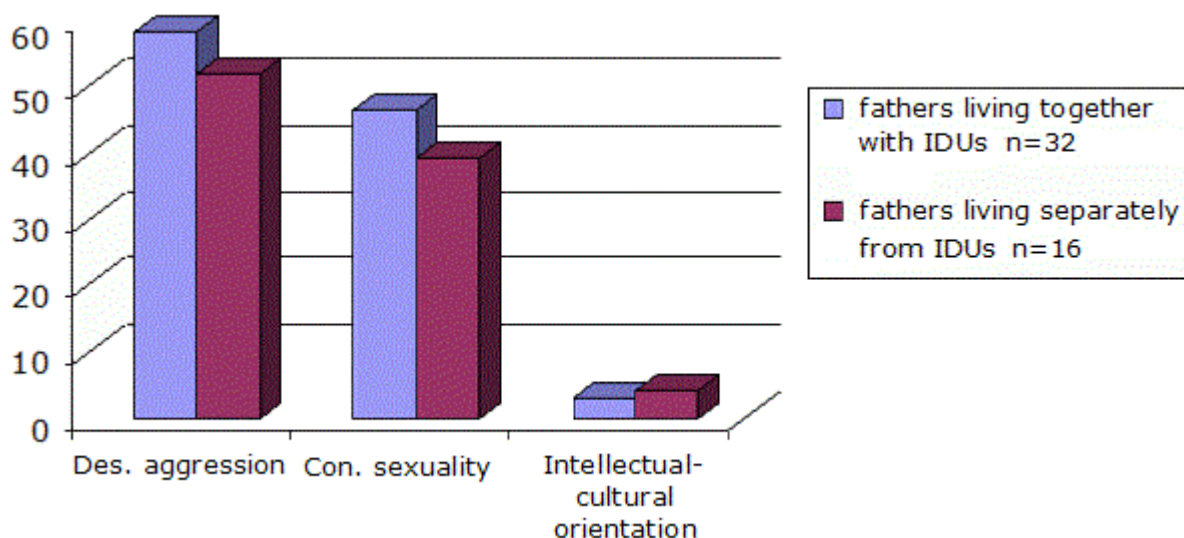
Fig. 6. Mean values of "Destructive inner demarcation" scale (ISTA) and "Expressiveness" scale (FES) in groups of fathers of IDUs with HIV — and without HIV infection.

Significant decrease of mean values on "Destructive inner ego demarcation" scale (ISTA) $p < 0,01$, and increase on "Expressivity" scale (FES) $p < 0,05$ was revealed in group of fathers of HIV infected IDUs in comparison with group of fathers of IDUs without HIV infection.

This findings reflects how an awareness of the possible death of the child could influence a father's ability to realize and express his own feelings and experiences. This transformation is probably connected with experiences of more severe psychological trauma. Reconsideration of their own course of life, in connection with understanding of possible loss of a child, appears to alleviate a "detached" father's position, as mentioned above.

The following analyses, which tested the extent to which *living together* with IDUs could influence on personal and family functioning of parents was carried out only in group of fathers because only 6 of the 104 mothers lived separately with their addicted children at the time of investigation.

In figure 7 results of comparison of groups of fathers living together with IDUs and separately from them are presented.



* Types of scales: con. — constructive, des. — destructive, def. — the deficient.

Fig. 7. Average profile of ISTA and FES mean values in groups of fathers living together and separately from addicts.

As it is shown in Figure 7, comparison revealed significant increase of mean values of "Destructive aggression" and "Constructive sexuality" scales (ISTA) and lower scores of "Intellectual and cultural orientation" scale (FES) $p < 0,05$ in group of fathers living together with IDUs.

More expressed manifestations of aggression were found in group of fathers living together with addicts. This finding can be considered in a context of fathers reactions to the continuous compelled interaction with the drug user. Moreover, living together with addicts can have negative impact on social functioning of IDUs fathers and usually considerably impoverishes family leisure. Personal sexuality probably acts as a stabilizing factor for family relationships.

4. Discussion

At the present time, the significant role of microsocial factors, especially families, in the etiology and pathogenesis of drug addiction is generally recognized [3].

Investigations dedicated to family of the addict traditionally describe various types of the dysfunctional family relationships which can precede the emergence of illness, as well as being a consequence of a drug use by one family member [7].

Relatives of the drug addicts are usually explored in their interaction with the drug addict patient. Relatives often play an important supportive role in the therapeutic process, but their psychological characteristics, according to available literature, remains little investigated.

The data obtained demonstrates severe personality dysfunction in heroin addicts' parents. Heroin addicts' paternal dysfunctionality manifested in low self-esteem and heightened forms of "destructive" aggression, also reflected in their inability to make adequate use of personal activity. Mothers in turn were characterized by disturbance of ego-boundaries, increased anxiety and a desire to avoid trust-based relationships. The resultant data highlights the existence of personal deficiency of relatives, in particular in mothers of drug addicts [10].

The study revealed that severity of "destructive and deficient" reactions by parents is connected with their role in family system, and the degree of stress they experience is distributed according to family structure and dynamics. Thus, correlatively, mothers of addicts, in line with their maternal role, are often more involved with the patient, and thus transfer a more severe degree of stress to their children than the patients' fathers. Similarly, mothers correlatively manifest more severe personality dysfunction and reduced level of "mental health" in comparison to IDUs fathers. Typical parents' positions revealed within the addict's family constellation are in line with findings on emotional distancing of addicts' fathers [2].

Statistical analysis revealed social, demographic and clinical factors interrelated with characteristics of personal and family functioning of both parents as well as variables connected only with mental functioning of fathers or mothers.

So, the sex of the child has significant impact on functioning for both fathers, and mothers. The factor of employment is significant only for functioning of mothers, and IDUs HIV infection significantly influences only the personal and family functioning of fathers.

In conclusion it should be noted that investigation of characteristics of personal and family functioning of addicts' relatives allows us to estimate the volume of psychological assistance required by them. Psychological assessment provides guidance for directed psychotherapeutic and psychosocial interventions.

In researching the psychological characteristics of addicts' relatives, it is first of all necessary to pay attention to basic personality configurations such as: characterological features; self-esteem; aggression and fear metabolism; emotional state; mode of interpersonal interaction; personal sexual activity; and style of interrelations with people in the surround, especially with parents' own addicted children.

References

1. Baranok N.V., Krupitskii E.M. The effect of treatment of co-dependence in relatives on relapse prevention in opiate addicts. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva*, 2012, no. 4, pp. 21–25 (In Russian).
2. Blagov L.N. *Emotsional'nye rasstroistva v klinike opiinoy narkomanii* [Emotional frustration in clinic of opium drug addiction]. *Materialy mezhdunarodnoi nauchnoi konferentsii* [Proceedings of the international scientific conference]. Grodno, 1993, part 2, pp. 301–302.

3. Valentik Yu.V. Conceptual bases of rehabilitation of the adolescents abusing psychoactive agents. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*, 2002, vol. 12, no. 2, p. 3 (In Russian).
4. Vasserman L.I., Shchelkova O.Yu. *Meditinskaya psikhodiagnostika: teoriya, praktika i obuchenie* [Medical psychodiagnosics: theory, practice and training]. Izd-vo Akademiya Publ., 2003, 736 p.
5. Koren' E.V., Kupriyanova T.A., Sukhotina N.K. Group psychosocial multifamily therapy with parents of children and adolescents with schizophrenia spectrum disorders: pilot study. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*, 2012, vol. 22, no. 1, pp. 71–76 (In Russian).
6. Kupriyanov S.Yu. *Rol' semeinykh faktorov v formirovanii variantov nervno-psikhicheskogo mekhanizma patogeneza bronkhial'noi astmy i ikh korrektsiya metodom semeinoi psikhoterapii*. Diss. kand. psikhol. nauk [Role of family factors in pathogenesis bronchial asthma and their correction in family psychotherapy. Diss. of psy. sciences]. Leningrad, NIPNI im. V.M. Bekhtereva Publ., 1985.
7. Mendelevich V.D., Sadykova R.G. *Psikhologiya zavisimoi lichnosti ili podrostok v okruzhenii soblaznov* [Psychology of the dependent personality, or the Teenager in an environment of temptations]. Kazan', RTsPNN pri KMRT Publ.; Ioshkar-Ola, Marevo Publ., 2002, 240 p.
8. Rybakova K.V., Dubinina L.A., Neznanov N.G. Kiselev S.A., Krupitskii E.M. Evaluation of the quality of remission in patients with alcohol dependence based on the clinical and psychosocial assessments. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva*, 2012, no. 4, pp. 63–72 (In Russian).
9. Rybakova T.G. *Mediko-psikhologicheskaya pomoshch' sozavisimym chlenam semei bol'nykh alkogolizmom* [Medico-psychological assistance to codependent members of families of patients with alcoholism]. St. Petersburg, NIPNI im. V.M. Bekhtereva Publ., 2006, 30 p.
10. Khairutdinova A.F. *Osobennosti vzaimosvyazi lichnosti narkozavisimykh i ikh roditelei*. Avtoref. diss. kand. psikhol. nauk [Characteristics of interrelation of the identity of drug addicts and their parents. Abstract. of diss. of psy. sciences]. Kazan', 2006, 22 p.
11. Chirko V.V., Demina M.V. Parents of patients with drug addiction: psychology of codependence (message 1). *Voprosy narkologii*, 2005, no. 2, pp. 19–29 (In Russian).
12. Shaidukova L.K., Ovsyannikov M.V. Preclinical changes of behavior at codependent relatives of opium drug addiction patients. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal*, 2004, no. 6, pp. 33–36 (In Russian).
13. Beattie M. *Codependent no more*. Hazelden, 2001. 250 p.
14. Biegel, D.E., L. Song, and S.E. Milligan. A Comparative Analysis of Family Caregivers' Perceived Relationships with Mental Health Professionals. *Psychiatric Services*, 1995, vol. 46, no. 5, pp. 477–482.
15. Dear G.E., Roberts C.M. The Holyoake Codependency Index: Investigation of the factor structure and psychometric properties. *Psychological Reports*, 2000, vol. 87, no. 3, pp. 991–1002.
16. Farmer S.A. Entitlement in codependency: Developmental and therapeutic considerations *Journal of Addictive Diseases*, 1999, vol. 18, no. 3, pp. 55–68.
17. Fuller J.A., Warner R.M. Family stressors as predictors of codependency. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 2000, vol. 126, no. 1, pp. 5–22.
18. Garrett J., Landau J., Stanton M.D., Baciewicz G., Brinkman-Sull D., Shea R. The ARISE intervention: Using family links to overcome resistance to addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1998, vol. 15, no. 2, pp. 333–343.
19. Gibbons J.S., Horn S.H., Powell J.M., Gibbons J.L. Schizophrenic patients and their families: A survey in a psychiatric service based on a DGH unit. *British Journal of Psychiatry*, 1984, vol. 144, no. 1, pp. 70–77.
20. Gotham H.J., Sher K.J. Do codependent traits involve more than basic dimensions of personality and psychopathology? *Journal of Studies on Alcohol*, 1996, vol. 57, no. 1, pp. 34–39.

21. Hughes-Hammer C., Martsof D.S., Zeller R.A. Development and testing of the codependency assessment tool. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1998, vol. 12, no. 5, pp. 264–272.
22. Kirby K.C., Dugosh K.L., Benishek L.A., Harrington V.M. The significant other checklist: Measuring the problems experienced by family members of drug users. *Addictive behaviors*, 2005, vol. 30, no. 1, pp. 29–47.
23. Longo C.J., Fitch M., Deber R.D., Williams A.P. Financial and family burden associated with cancer treatment in Ontario, Canada. *Support Care Cancer*, 2006, vol. 14, no. 11, pp. 1077–1085.
24. Martsof D.S., Sedlak C.A., Doheny M.O. Codependency and related health variables. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2000, vol. 14, no. 3, pp. 150–158.
25. Moos R., Moos B. Family Environment Scale – Manual. 2nd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1986.
26. Pariente C.M., Carpiello B. Family burden in relatives of schizophrenics and of people with mental retardation: A comparative study. *European Psychiatry*, 1996, vol. 11, no. 8, pp. 381–385.
27. Schene A.H. Objective and subjective dimensions of family burden. *Social psychiatry and psuchiatric epidemiology*, 1990, vol. 25, no. 6, pp. 289–297.
28. Stanton M.D., Shadish W.R. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 1997, vol. 122, no. 2, pp. 170–191.