

# Исследование социальной поддержки личности, зависимой от наркотиков

Громова И.А. [gromira@gmail.com](mailto:gromira@gmail.com)

Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка

Статья посвящена исследованию ближайшего окружения личности, зависимой от наркотиков. Рассматриваются особенности социальной поддержки (структурный и функциональный аспект). Акцентируется важность включения в профилактическую работу семьи и друзей личности, зависимой от наркотиков.

Ключевые слова: зависимость от наркотиков, ближайшее окружение, социальная поддержка, профилактическая работа.

*Введение.* Проблема злоупотребления наркотическими веществами не теряет своей актуальности с момента своего возникновения – конца 19 века. Более чем за 100 лет развилось множество теорий, пытающихся объяснить причину злоупотребления. Представители той или иной теории предлагают свою точку зрения на проблему, однако, ведущим при восстановлении от зависимости остается медицинский взгляд. В последние десятилетия возрос интерес к биопсихосоциальной модели, в которой учитываются не только биологические и личностные факторы при формировании зависимости, но и социальные. Данное исследование предпринимает попытку обратить внимание на важность социальной ситуации, а точнее на социальное окружение зависимых от наркотиков людей. Понимание механизмов формирования зависимого поведения будет способствовать эффективной психологической и психотерапевтической помощи.

*Методы исследования.* Для исследования ближайшего окружения личности, зависимой от наркотиков (опиоидная группа) был использован авторский опросник со структурированными вопросами, разработанный на основе существующих шкал и анкет по изучению социальных сетей [1;2;3]. Перед опросом были озвучены принципы конфиденциальности и сохранение

тайны полученной информации. Респондентов просили назвать людей, с которыми они взаимодействовали в течение предшествующих 30 дней, используя для этого любые обозначения. Также была получена необходимая информация относительно того, как долго они были знакомы с каждым из них и о характере их отношений. После заполнения опросника с каждым респондентом проводилась индивидуальная беседа, продолжительностью от 40 до 60 минут.

При описании своего окружения респонденты в среднем называли по 14 человек (минимум – 7, максимум – 25), с которыми поддерживали отношения в течение последнего месяца. Количество названных людей согласуется с таким же в аналогичных исследованиях [3;4]. Несмотря на относительно небольшой список имен, анализ респондентской выборки составил 172 человека.

После формирования списка имен личной сети, был задан ряд вопросов об особенностях каждого ее члена, включая пол, возраст, вид отношений с респондентом (родственники/ члены семьи, друзья, знакомые), наличие зависимости и ВИЧ статуса, если известно. А также об интенсивности и продолжительности взаимоотношений с респондентом, оказываемой потенциальной поддержке (эмоциональной и материальной), проявлении любви и привязанности.

Для определения частоты встреч использовалась трехбалльная шкала с приблизительно равными значениями: 1 – «реже 1 раза в месяц», 2 – «несколько раз в месяц», 3 – «несколько раз в неделю». Для оценки наличия и силы связи с каждым из названных также использовалась трехбалльная шкала 1 – «поверхностно знакомы», 2 – «хорошо знакомы», 3 – «близкие отношения». Данные вопросы обеспечили первичную информацию о контактах каждого респондента, о размерах эго-сети, половом и возрастном диапазоне, наличии зависимости и риске заражения ВИЧ.

При статистическом анализе использовались описательные статистики (среднее значение, стандартное отклонение и т.д.), для анализа качественных

показателей использовались (распределение частот, проценты, отношение шансов (OR) и т.д.). Методы оценки статистической значимости различий (доверительные интервалы (CI), критерий Стьюдента).

*Результаты исследования и обсуждение.* При анализе ближайшего окружения личности, зависимой от наркотиков, мы опирались на структурные и функциональные характеристики. К структурным мы отнесли: наличие родственников, супруга, количество близких друзей, знакомых. Функциональные представлены: наличием эмоциональной поддержки, проявлением любви и привязанности, оказанием эмоциональной и материальной помощи. Описательный анализ структурных характеристик представлен в таблице 1 следующими результатами.

Таблица 1. Структурные характеристики ближайшего окружения

|                          | Частота | Процентное соотношение % |
|--------------------------|---------|--------------------------|
| Родственники/Члены семьи | 46      | 27                       |
| Знакомые                 | 126     | 73                       |
| Мужчины                  | 102     | 59                       |
| Женщины                  | 70      | 41                       |
| Образование в/о          | 17      | 10                       |
| Наличие зависимости      | 116     | 67                       |
| Наличие ВИЧ              | 43      | 25                       |

Средний возраст по выборке составил – 35,2 года. Малый процент включенности семьи в ближайшее окружение отражает специфику взаимодействия наркозависимой личности. Отношения поддерживаются непосредственно с матерью, бабушкой, в редких случаях с отцом или супругом, если таковые имеются. Наличие большого числа зависимых в окружении – 67%, также является специфической особенностью исследуемых респондентов. Данный показатель может отражать тенденцию к гомофилии, т.е. склонности людей взаимодействовать с себе подобными.

Употребление наркотиков ограничивает (сужает) социальные взаимодействия личности и сосредотачивает их в специфическом кругу. Исследования проведенные G.G. Homish, K.E. Leonard [5] подтверждают, что

зависимая личность функционирует в соответствующей себе социальной сети. Фактически, у большинства зависимых людей их социальные сети состоят из таких же зависимых. Немаловажным является тот факт, что личность с зависимыми паттернами поведения будет выбирать такую социальную сеть, модель которой соответствует ее собственной. Такие сети создают созависимые отношения, своего рода замкнутый круг, в котором поддерживаются существующие зависимые паттерны поведения [5].

Как отмечалось выше, ближайшее окружение зависимых от наркотиков по большей части состоит из таких же зависимых индивидов, стаж употребления которых составляет в среднем – 7,5 лет. Наличие ВИЧ-инфицированных в общей выборке составляет 25% и 36,2% среди употребляющих наркотики. Можно допустить, что у каждого третьего зависимого от наркотиков существует риск заразиться ВИЧ. Шансы инфицироваться при инъекционном способе употребления наркотиков увеличиваются более чем в 31 раз по сравнению с группой не употребляющих ( $OR = 31,23$ ), и это показатель статистически значим на уровне 0,05 (95% CI 4,167 – 233,822). С увеличением стажа употребления наркотиков повышается риск заражения ВИЧ, средние показатели стажа – 11,9 лет (95% CI 9,82 – 14,03) показатель статистически значим на уровне 0,05. Таким образом, у каждого индивида внутривенно употребляющего наркотики в окружении есть 3-4 человека, зараженных ВИЧ-инфекцией. В эту категорию входят люди, которые знают о своем диагнозе, однако не стали исключать тех, кто инфицирован, но не диагностирован.

В среднем частота встреч между респондентом и его окружением составляет один раз в неделю и чаще (2,36;  $SD = 0,79$ ), средняя сила связи равна 2,12. Частота встреч не зависит от типа отношений (принадлежность к семье, друзья, знакомые). Совместное употребление наркотиков с зависимым окружением предполагает частые встречи. Однако, сила связи значительно выше между респондентом и членами его семьи  $t = 6,57$  при вероятности ошибки  $p = 0,000$  для взвешенных данных. Продолжительность

взаимодействия респондентов с такими же зависимыми в среднем составляет 8,28 лет, это дает возможность утверждать, что взаимоотношения с зависимым окружением носят перманентный характер. Таким образом, можно наблюдать два отчетливых кластера, на которые подразделяется ближайшее окружение наркозависимого: семья и группа, связанная с употреблением наркотиков.

При описании функциональных параметров, в частности эмоциональной поддержки, проявления любви и привязанности, оказания материальной помощи, следует обратить внимание, что все эти показатели имеют свою специфику. Социальная поддержка в исследованиях групп зависимых от алкоголя и наркотиков описывается как общая и специфическая [6;7;8]. Употребление наркотических веществ и связанные с этим личностные и межличностные изменения накладывают свою специфику на проявление и воздействие поддержки. В данном контексте социальная поддержка может оказывать не только позитивное влияние, как это описано в большинстве исследований, но также и негативное, т.е. способствовать сохранению зависимости.

Так, Т.С. Antonucci отмечает, что поддерживающее поведение не всегда имеет позитивный результат [9]. Своими исследованиями K.S. Rook [10] также внес существенный вклад в изучение негативной стороны социального взаимодействия. В идеальном варианте, поддерживающая транзакция включает: намерение человека поддержать другого, поведение, которое выражает это намерение и поддерживающий эффект. Сложности возникают, когда один или несколько из этих составляющих не последовательны или противоречивы. Также сама поддержка может иметь отрицательную форму: например, чрезмерная защита, подкрепление деструктивного поведения, или содействие, оказываемое по требованию и в состоянии бессилия [10]. Преждевременно делать однозначные выводы о влиянии поддержки на категории зависимых от химических веществ индивидов.

Таблица 2. Различия в оказании поддержки родственниками и знакомыми

|                                  | Всего по выборке в % | Распределение по группам в % |        | t      |
|----------------------------------|----------------------|------------------------------|--------|--------|
|                                  |                      | Семья                        | Другие |        |
| Эмоциональная Поддержка          | 43                   | 61                           | 37     | 2,91** |
| Эмоциональная Помощь             | 32                   | 54                           | 24     | 3,65** |
| Материальная Помощь              | 29                   | 54                           | 20     | 4,12** |
| Проявление любви и привязанности | 33                   | 76                           | 17     | 8,27** |
| Поддержка желания не употреблять | 26                   | 52                           | 16     | 4,46** |
| Поддержка желания лечиться       | 19                   | 41                           | 11     | 3,84** |

\*\* при  $p \leq 0,001$

В настоящем исследовании анализировались показатели поддержки представленные в Табл.2. По всем показателям различия между группами статистически значимы на уровне  $p = 0,001$ . Очевидно, что семья оказывает больше эмоциональной и материальной поддержки, проявляет любовь и привязанность, поддерживает желание не употреблять наркотики. Особого внимания заслуживает показатель «поддержка желания лечиться», как видно из таблицы только 41% родственников поддерживают желание лечиться от зависимости, остальные 59% индифферентны в отношении этой потребности у зависимого члена семьи. Учитывая, что семья в ближайшем окружении представлена только 26,7%, можно предположить всю незначительность этого вида поддержки для зависимого. В среде зависимых от наркотиков только 11% из ближайшего окружения поддерживают желание не употреблять и 5% поддерживают желание лечиться. Оказание эмоциональной поддержки окружением, употребляющим наркотики, снижается с увеличением стажа зависимости. В среднем стаж, когда происходит снижение оказываемой эмоциональной поддержки составляет 8,1 лет (95% CI = 6,83-9,50) показатель статистически значим на уровне 0,05. Так как группа зависимых составляет 67%, т.е. большую часть, это объясняет низкий показатель ремиссий и обращений за лечением, а также играет

важную роль в сохранении зависимых паттернов поведения. Возможность получения поддержки и проявление любви и привязанности от друзей и знакомых одинакова как от мужчин, так и от женщин. Относительно семейных отношений, вероятность получения эмоциональной поддержки от женщин значительно больше, чем от мужчин  $\chi^2 = 9,03$  при  $p = 0,001$ , также как и проявления любви и привязанности  $\chi^2 = 9,17$  при  $p = 0,001$ . Готовность оказать материальную помощь не различается между группами и по полу. Как следует из таблицы, результаты по выборке в целом имеют высокий процент по всем показателям, что говорит о дефицитности функциональной составляющей ближайшего окружения.

В своей статье С.Е. Sluzki [11] описывает патогенетический цикл, в котором бедная социальная сеть отрицательно влияет на состояние здоровья индивидов; продолжительные болезни и расстройства снижают ресурсы сети. Происходящие события, в свою очередь увеличивают истощение сети в цикле взаимосвязанных прогрессивных ухудшений, не говоря уже о тех, кто включен в данное взаимодействие. Считается, что наличие хронической, серьезной болезни, в нашем случае этой болезнью является зависимость от химических веществ имеет негативное влияние на социальную сеть индивида. Болезнь истощает и ограничивает мобильность человека, в тоже время, воздействует на остальных членов сети: нехватка ресурсов и мотивации развивающиеся на фоне продолжительности болезни, снижение инициативы самого индивида поддерживать социальные связи [11]. Наличие зависимости от наркотиков провоцирует формирование предубеждений и негативного отношения у других. На это имеется две причины: болезни создают аверсивный эффект в межличностных отношениях. Люди инстинктивно дистанцируются от больных, уменьшая свою доступность для них [12]. Вторая причина – забота о хронически больных людях равноценно не вознаграждается (нарушение баланса «брать-давать»), небольшие улучшения сопровождаются рецидивами, которые снижают мотивацию для продолжения контакта [13;14]. Кроме того, долговременная забота и уход за

больным человеком требует времени и усилий, тем самым, истощая членов семьи, снижая их способность к самовосстановлению и удовлетворению собственных потребностей. Как следствие, происходит сужение круга общения и потеря эффективности поддержки.

*Заключение.* Обобщая вышесказанное можно отметить, что влияние ближайшего окружения на сохранение зависимости, продолжительность ремиссий и рецидивов достаточно велико. Невысокая включенность семьи, общение в среде себе подобных и стигматизация социумом самих зависимых от наркотиков играет не последнюю роль в поддержании злоупотребления. Игнорирование данных аспектов будет способствовать сохранению статус-кво в данной проблеме.

Автор ясно представляет себе ограничения данного исследования, отчасти из-за специфики выборки. Латентность самого феномена наркотической зависимости, а также незаконный характер наличия наркотического вещества и его употребление создает желание респондентов защитить членов своего окружения и ограничивает количество называемых имен. Намеренное искажение (преуменьшение) количества объясняется этими и многими другими причинами. Кроме того, употребляющие наркотики респонденты, возможно, не придают важности (значения) или не в состоянии вспомнить ситуации совместного употребления наркотика или использования одного шприца, эпизоды употребления с малознакомыми людьми. В данном случае исключаются потенциально опасные связи (связи с высоким риском). Принимая во внимание, что неназванные представители окружения создают погрешности и ограничивают возможность экстраполяции результатов на генеральную совокупность, все же стоит отметить, что доступная информация представляет собой важный и значительный аспект в изучении ближайшего окружения и контекста функционирования зависимой личности. Тем самым, обнаруживая возможность дальнейшего изучения и понимания людей, зависимых от наркотиков и их отношений, которые влияют на способность и готовность

употребляющих принимать превентивные средства и методы работы. Информация, полученная при исследовании ближайшего окружения, имеет важное психотерапевтическое значение. Включение в профилактическую работу семьи и друзей может способствовать увеличению ресурсов эмоциональной и информационной поддержки как для самих зависимых, так и для их ближайшего окружения.

Таким образом, профилактическую работу необходимо осуществлять с учетом непосредственных и опосредованных межличностных коммуникаций индивида. Концентрировать внимание не только на атрибутивных сторонах взаимодействия, но и на структурных свойствах отношений, на их систематически повторяющихся транзакциях. Данный подход к профилактической работе дает возможность воздействовать на социальные структуры, которые в свою очередь влияют на поведенческие и когнитивные аспекты коммуникаций, как зависимых индивидов, так и их ближайшего окружения.

#### Литература

1. Berkman, L.D. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up of Alameda county residents / L.F. Berkman, S.L. Syme // Am. J. Epidemiology – 1979. – Vol. 109 pp.186 – 204.
2. Lubben Social Network Scale–Revised (LSNS-R) Режим доступа: <https://instruct.uwo.ca/kinesiology/9641/Assessments/Social/LSNS-R.html>
3. Friedman, S.R., Curtis, R., Neaigus, A., B.Jose, D.C.Des Jarlais Social Networks, Drug Injectors' Lives, and HIV/AIDS. – Springer, 1999. 277p.
4. Weeks, M.R. et.al. Social Networks of Drug Users in High-Risk Sites: Finding the Connections / M.R. Weeks, S. Clair, S.P. Borgatti, K. Radda, J.J. Schensul // AIDS and Behavior. – 2002. – Vol. 6(2). – pp. 193–206.
5. Homish, G.G. The social network and alcohol use / G.G. Homish, K.E. Leonard // J. of studies on alcohol and drugs. – 2008. – Vol. 69(6). – pp. 906–914.

6. Hunter-Reel, D. et.al. Emphasizing interpersonal factors: An extension of the Witkiewitz and Marlatt relapse model / D. Hunter-Reel, B. McCrady, T. Hildebrandt // *Addiction*. – 2009. – Vol. 104(8). – pp.1281–1290.

7. Hunter-Reel, D. et.al. Indirect Effect of Social Support for Drinking on Drinking Outcomes: The Role of Motivation / D. Hunter-Reel, B. McCrady, T. Hildebrandt, E.E. Epstein // *J Studies Alcohol Drugs*. – 2010. – Vol. 71(6). – pp. 930–937.

8. Havassy, B.E. et.al. Social support and relapse: commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers / B.E. Havassy, S.M. Hall, D.A. Wasserman // *Addictive Behaviors*. – 1991. – Vol. 16(5). – pp. 235–246.

9. Antonucci, T.C. Personal characteristics, social networks and social behavior // In R.H. Binstock and E. Shanas (eds.), *Handbook of aging and the Social Sciences* (2nd ed.). – Van Nostrand Reinhold, 1985. pp. 94–128.

10. Rook, K.S. The Negative Side of Social Interaction: Impact on Psychological Well-Being // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1984. – Vol. 46(5). – pp. 1097–1108.

11. Sluzki, C. Personal social networks and health: Conceptual and clinical implications of their reciprocal impact // *Families, Systems and Health*. – 2010. – Vol. 28(1). – pp. 1–18.

12. Johnson, T.M. Mental health, social relations, and social selection: A longitudinal analysis // *Journal of Health and Social Behavior*. – 1991. – Vol. 32. – pp. 408–423.

13. Hamlett, K.W. et.al. Childhood chronic illness as a family stressor / K.W. Hamlett, D.S. Pellegrini, K.S. Katz // *Journal of Pediatric Psychology*. – 1992. – Vol. 17(1). – pp.33–47.

14. Pagel, M.D. et.al. Social networks: We get by with (and in spite of) a little help from our friends / M.D. Pagel, W.W. Erdly, J. Becker // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1987. – Vol. 53(4). – pp.793–804.