

## ДЕВИАНТОЛОГИЯ – СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ – АДДИКТОЛОГИЯ – ПРЕВЕНТИВНАЯ НАРКОЛОГИЯ

© 2009 С.А. Корякин<sup>1</sup>, Г.Н. Носачев<sup>2</sup>, Ж.В. Киселева<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Самарский областной наркологический диспансер

<sup>2</sup> Самарский государственный медицинский университет

Статья получена 06.10.2009 г.

Статья посвящена вопросам взаимосвязи девиантологии, социального контроля, аддиктологии в их значении для развития и становления превентивной наркологии. Доказано, что ведущими целями превентивной наркологии являются индивид и семья как основа общества и государства.

Ключевые слова: *девиантология, аддиктология, наркология*

Человек, семья, общество живет в сложном меняющемся и все еще неблагоприятном мире и ежедневно прямо или косвенно сталкиваемся с разнообразными проявлениями социально нежелательного поведения – финансовым кризисом, агрессией, алкоголизмом, наркоманиями, противозаконными действиями, терроризмом. Девиантное, отклоняющееся поведение вызывает живой и необходимый интерес у психологов, врачей, юристов, социологов, философов, а влияние, изменение, управление им становится первоочередной задачей государства и его граждан. Прямым свидетельством этого является поручение президента России о мерах по снижению потребления алкоголя (от 11.09.2009 г.).

Объединяющей наукой в отношении отклоняющегося (девиантного) поведения становится частный раздел социологии – девиантология (или социология девиантности и социального контроля), включающая социальные аспекты вышеперечисленных наук и специалистов. Я.И. Гишинский дает следующее определение: «Девиантология – это наука, изучающая социальные девиации (девиантность) и реакцию общества на них (социальный контроль)... Девиантология в перспективе может стать более общей теорией девиаций в природе и обществе (на физическом, биологическом, социальном уровнях организации мироздания)» [1, с. 15]. Ясно одно, что в настоящий период отклоняющееся поведение, в частности, потребление спиртных напитков и наркотиков, как предмет все еще выступает в психиатрии (раздел наркология), психологии, педагогике. Между тем девиантология носит междисциплинарный характер.

*Корякин Сергей Александрович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранения; главный врач Самарского областного наркологического диспансера E-mail: sond@samtel.ru*  
*Носачев Геннадий Николаевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии*  
*Киселева Жанна Владимировна, заведующая отделением экспертизы опьянения Самарского областного наркологического диспансера*

Физиология, психология и наука о поведении, по мнению И.С. Беритова, являются самостоятельными науками, имеющими свои собственные предметы, задачи и методы исследования. Каждая из этих наук должна пользоваться данными двух других наук, но ни в коей мере не может быть заменена ими. Наука о поведении должна заниматься установлением закономерностей, согласно которым протекает и завершается тот или другой акт поведения, затем закономерностям, согласно которым развиваются индивидуальное поведение, направляемое представлением, и сознательное поведение, наконец, закономерностей, согласно которым происходит переход одной формы поведения к другой, а также взаимодействие между данными формами поведения. Я.И. Гишинский [1], исследуя социальный генезис девиантологии, приходит к выводу, что «не существует какой бы то ни было единой (пусть «интегративной» или «синтетической») и специфической причины девиантности как социального феномена в силу следующих обстоятельств:

1. Причинно-следственная связь – лишь одно из форм взаимосвязей и взаимозависимостей между элементами целого, системы, причем связь, достаточно жесткая и более или менее отчетливо выделяемая лишь на уровне относительно простых, механических систем. Уже биологические, а тем более социальные системы, не линейны, стохастичны, что выделить «причину – следствие» оказывается принципиально невозможно. В этом отношении социальные процессы «ближе» квантовой физике, нежели классической механике.

2. Социальные девиации – социальный конструкт, не имеющий качественной определенности в реальной действительности. Нельзя найти специфическую причину конструкта, причудливо меняющегося во времени и пространстве по воле законодателя, власти или общественного мнения.

3. Проявления девиантности столь различны по содержанию – преступность и самоубийства, злоупотребление алкоголем и коррупция, наркотизм и терроризм, сексуальные отклонения и нарушение традиций, – что, конечно же, нет и не может быть какой-то единой порождающей их причины.

4. Вероятно, имеются обстоятельства (факторы), наличие которых делает более или менее вероятным девиантное поведение, а уж какую оно примет форму – чаще всего зависит от случайности в современной науке, играет неизмеримо большую объяснительную роль, нежели причинность, жесткая детерминированность». [1, с. 163-164].

Таким образом, к настоящему времени поведение как форма сложной человеческой деятельности, имеющей в своей структуре и биологические (и даже генетические), и стереотипно наученные психические, и социальные, и этнокультуральные, и этические составляющие изучаются разными науками (психология, социология, психиатрия, включая наркологию, физиология, патофизиология, правоведение, культурология и др.). По существу, сегодня имеется две основных классификации: психологическая и медицинская, последняя определяет многие социальные и правовые оценки и решения.

Авторы в своей классификации [4], хотя ее широко используют психологи, предложили ее психиатры, делят все поведенческие девиации на две большие группы: нестандартное и деструктивное поведение. В свою очередь деструктивное разделяется на внешнедеструктивное и внутридеструктивное поведение. Внешнедеструктивное поведение делится на аддиктивное и антисоциальное. Аддиктивное поведение предполагает использование каких-то веществ или специфическую активность с целью ухода от реальности и получения желаемых эмоций или удовлетворения потребностей, в первую очередь, биологических и менее социальных. Пьянство и алкоголизм, наркотизм и наркомания, с точки зрения поведения, относятся к аддиктивному. Медицинская классификация поведенческих расстройств основана на психопатологическом и возрастном критериях. Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10) в разделе «Классификация психических и поведенческих расстройств» в обсуждаемом плане выделяют следующие поведенческие расстройства – группа F [6]:

F10-19 – психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ) (алкоголя; опиоидов; каннабиноидов; седативных и снотворных веществ; кокаина; стимуляторов; включая кофеин; галлюциногенов; табака; летучие растворителей; сочетанного употребления или использования других психоактивных веществ).

Из приведенных классификаций ясно, что наиболее правильно обозначать в наркологии следующие классификационные понятие как взаимно обогащающие друг друга – аддиктивное поведение, психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ.

1. Аддиктивное поведение личности – это поведение, которое относительно не соответствует общепринятым или официально установленным социальным нормам. Это такое отклоняющееся поведение, в отношении которого в обществе

существует целый ряд можно сказать двойных стандартов. Первое из них, что общество как бы делит все ПАВ на легальные и нелегальные. Употребление легальных ПАВ, в частности, спиртных напитков, табака, кофеина до формирования заболевания не считается отклоняющимся поведением, а часто, наоборот, поощряется. Следовательно, аддиктивное поведение – это нарушение не любых, а лишь определенных (нелегальных наркотиков и психотропных средств), важных для данного общества в данное время социальных норм.

2. Аддиктивное поведение и личность, его проявляющаяся, не только вызывает негативную оценку своим поведением, но и нарастающим изменением личности, утяжеляющим негативное поведение. Негативная оценка может иметь форму общественного осуждения и преследования, применение социальных санкций, в том числе уголовного наказания. Прежде всего, санкции выполняют функцию предотвращения нежелательного поведения. Но, с другой стороны, они одновременно приводят к такому негативному социальному явлению, как стигматизация и самостигматизация личности, а также следуютими за ними дискриминацией, что сказывается на социальной адаптации и реабилитации.

3. Особенностью аддиктивного поведения является то, что оно наносит реальный ущерб самой личности (уже указано выше) и (или) окружающим людям. К ним следует отнести не только дестабилизацию существующего в обществе порядка, причинение морального и материального ущерба семье, группе и обществу, физическое насилие и причинения вреда окружающим. В крайних своих проявлениях аддиктивное поведение представляет непосредственную угрозу для жизни самой личности и окружающим (например, суицидальное поведение, насильственные преступления, передозировка, употребление «тяжелых наркотиков», заражение венерическими и ВИЧ-инфекциями).

4. Рассматриваемое поведение преимущественно можно охарактеризовать как стойко повторяющееся (эпизодически, привычно, а позже многократно или длительно) в связи с психологическими или психопатологическими особенностями влечения к ПАВ.

5. Для того чтобы поведение можно было квалифицировать как отклоняющееся, оно должно согласовываться с общей направленностью личности.

Наркологические заболевания приводят в ряде случаев к патологии личности. Связи болезни и личности в психиатрии и наркологии многообразны, динамичны и диалектичны. С одной стороны, наркологические (психические) болезни, особенно прогрессирующие, в большей или меньшей степени видоизменяются, деформируют и разрушают структуру личности, стирая всю ее индивидуальность. С другой – в проявлениях болезни, в симптомах, и особенно синдромах, всегда отражаются многие свойства личности и ее структура и ценностные ориентации. С третьей – могут иметь место личностные расстройства как

проявление неправильного ее формирования (от акцентуации личности, крайнего варианта нормы, до психопатий — патологии, дисгармонии, расстройств зрелой личности и поведения). Таким образом, личность с отклоняющимся поведением может занимать место на психолого-психопатологической оси «здоровье — предболезнь — болезнь».

6. Особенностью аддиктивного поведения является то, что оно полностью рассматривается в пределах медицинских критериев. Между тем превентивная наркология невозможна без психологических и социальных критериев.

7. Особенностью аддиктивного поведения является то, что оно сопровождается различными проявлениями социальной дезадаптации, которые в превентивной наркологии должны проходить социальный контроль от семьи до учебного заведения. Можно выделить социальные и индивидуальные проявления дезадаптации. К социальным проявлениям дезадаптации относят:

- сниженная обучаемость, неспособность зарабатывать своим трудом;
- хроническая или выраженная неуспешность в жизненно важных сферах (семье, работе, межличностных отношениях, сексе, здоровье);
- конфликты с законом (преступления, проституция, вандализм, ктиномания);
- распространение заболеваний;
- изоляция.

В качестве индивидуальных проявлений дезадаптации могут рассматриваться:

- негативная внутренняя установка по отношению к социальным требованиям (непонимание, конфронтация, протест, оппозиция);
- завышенные требования к окружающим при стремлении самому избегать ответственности, эгоцентризм;
- хронический эмоциональный дискомфорт;
- неэффективность и затруднения саморегуляции;
- конфликтность и слабая развитость коммуникативных умений;
- когнитивные искажения реальности

8. В качестве последнего признака аддиктивного поведения следует отметить его выраженное индивидуальное и возрастно-половое своеобразие на разных этапах развития и становления личности. Аддиктивное поведение, прежде всего, отражает внешнее бытие личности в социуме. Но не менее разнообразным и чрезвычайным оно выглядит «изнутри» в виде аффективных, когнитивных, влеченческих особенностей психических, поведенческих и психопатологических проявлений в оси «здоровье — предболезнь — болезнь». Индивидуальные различия затрагивают мотивы поведения, формы проявления, динамику, частоту и степень выраженности аддиктивного поведения. Другой особенностью является переживание отклоняющегося поведения как нежелательное чуждое для себя, как временно удовлетворяющее или как обычное и привлекательное. Из возрастных особенностей следует отметить значительное омоложение аддиктивного поведения

за последнее двадцатилетие и практическое отсутствие его в зрелом и пожилом возрастах. Из половых — увеличение женских форм аддиктивного поведения и присущих им комбинаций отклоняющегося форм поведения.

Я.И. Гилянский дает следующее определение социального контроля: «В более узком смысле социальный контроль представляет собой совокупность средств и методов воздействия общества на нежелательные формы девиантного поведения с целью их элиминирования (устранения) или сокращения минимизации» [1, с. 419]. И далее: «В целом социальный контроль сводится к тому, что общество через свои институты задает ценности и нормы; обеспечивает их трансляцию (передачу) и социализацию (усвоение, интериоризацию) индивидами; поощряет за соблюдение норм (конформизм) или допустимое с точки зрения общества, реформирование; упрекает (наказывает) за нарушение норм; принимает меры по предупреждению (профилактике, превенции) нежелательных форм поведения» [1, с. 421]. А социальный контроль обязан включать превентивную наркологию как часть социальной и общественной наркологии.

Остановимся только на институте семьи в системе «девиантность — социальный контроль — превентивная наркология». Практически любой человек родился, жил и живет в семье. Семья — это то место, где человек формируется как личность, взрослеет и воспитывается, обучается и овладевает новыми навыками восприятия, мышления, чувствами и соответственно практической деятельностью, навыками общения с другими людьми, в семье все мы впервые заболеваем и знакомимся с отношениями к себе как больному человеку других членов семьи. Среди факторов способствующих отклоняющемуся поведению выделяют следующие факторы: социальное происхождение (статус) членов семьи; раннюю социализацию со стилем воспитания и дефекты семейной социализации и условия воспитания. Для описания семьи приводят следующие характеристики и их варианты:

#### 1. Структурный состав:

- полная семья (есть отец и мать);
- неполная семья (есть только мать или отец);
- искаженная или деформированная семья (наличие отчима вместо отца или мачехи вместо матери),

#### 2. Функциональные особенности:

- гармоничная семья;
- дисгармоничная семья.

Преимущественно выделяют две основные формы семьи:

- а) нуклеарная семья состоит из взрослых и детей, которые от них зависят;
- б) расширенная семья включает нуклеарную семью и родственников (бабушек, дедушек, внуков, сестер, братьев и др.). Наиболее благоприятные условия заботы и ухода за больным в семье складываются в расширенной семье.

Дисгармоничные семьи бывают разными. Выделяют следующие причины дисгармонии в семье:

- 1) нет партнерства между родителями (один из них доминирует, другой только подчиняется);
- 2) деструктурированная семья (нет взаимопонимания между членами семьи, существует излишняя автономия членов семьи, нет эмоциональной привязанности и солидарности между членами семьи в решении жизненных проблем);
- 3) распадающаяся семья (конфликтная с высоким риском развода);
- 4) ригидная псевдосоциальная семья (доминирование одного члена семьи с чрезмерной зависимостью других, жесткая регламентация семейной жизни, нет двусторонней эмоциональной теплоты, ведет к автономизации духовного мира членов семьи от вторжения властного лидера).

В.Д. Москаленко [7] дает следующую характеристику дисфункциональной семьи:

- негибкость ролей, функции ригидны;
- правила негуманны, им невозможно следовать;
- границы личности либо отсутствуют, либо ригидны;
- коммуникации непрямы и скрыты;
- чувства не ценятся;
- запрет на выражение некоторых чувств;
- поощряется либо бунтарство, либо зависимость и покорность;
- индивиды не способны разрешать конфликты.

Воспитание в дисфункциональных семьях формируется теми психологическими особенностями, которые составляют «почву» для зависимости и созависимости. В дисгармоничной семье нарушаются и отношения членов семьи к заболевшему члену семьи. Одной из основных причин является стиль воспитания (точнее аномалии стилей воспитания). Вот какие стили воспитания приводят А.Е. Личко [5] и Э.Г. Эйдемиллер [2] в отношении подростков:

1. Гипопротекция. Характеризуется недостатком опеки и контроля. Ребенок остается без надзора. К подростку проявляют мало внимания, нет интереса к его делам, часты физическая заброшенность и неухоженность. При скрытой гипопротекции контроль и забота носят формальный характер, родители не включаются в жизнь ребенка. Не включенность ребенка в жизнь семьи приводит к асоциальному поведению из-за неудовлетворения потребности в любви и привязанности. Отношение к больному члену семьи двойное: в одних случаях гиперкомпенсация в виде чрезмерного внимания, тревоги, страха за его болезнь (материнская забота), в других - безразличие, отчуждение, полное невнимание и игнорирование переживаний больного.

2. Доминирующая гиперпротекция. Проявляется в повышенном обостренном внимании и заботе к ребенку, чрезмерной опеке и мелочном контроле поведения, слежке, запретах и ограничениях. Ребенка не приучают к самостоятельности, подавляют развитие его чувств самостоятельности и ответственности. Это приводит либо к реакциям эмансипации, либо к безынициативности,

неумению постоять за себя. Отношение к заболевшему члену семьи или спокойное, безразличное, или отрицающее, или неумение оказать сильную помощь.

3. Потворствующая гиперпротекция. Так называют воспитание «кумира семьи». Родители стремятся освободить ребенка от малейших трудностей, потакают его желаниям, чрезмерно опекают и покровительствуют, восхищаются его минимальными успехами и требуют такого же восхищения от других. Результат такого воспитания проявляется высоким уровнем притязаний, стремлением к лидерству при недостаточном упорстве. Этот «кумир семьи», заболев, изводит окружающих требованиями к своей особе, выполнения всех своих капризов от всех членов семьи. Если же заболевает другой член семьи, то «кумир семьи» относится к нему невнимательно, чаще всего просто не обращает внимания, даже если это его родители, требуя от них прежних отношений к нему, несмотря на их соматическое состояние.

4. Эмоциональное отвержение. Ребенком тягостно, его потребности игнорируются. Иногда с ним жестоко обращаются. Родители или их заместители (мачеха, отчим и пр.) считают ребенка обузой и проявляют общее недовольство ребенком. Часто встречается скрытое эмоциональное отвержение к ребенку – родители стремятся завуалировать реальное отношение к ребенку повышенной заботой и вниманием к нему. Этот стиль воспитания оказывает наиболее отрицательное влияние на развитие ребенка. У него будет отрицательное отношение ко всем членам семьи - больным и здоровым. Болезнь члена семьи его просто не трогает, в лучшем случае он относится к нему безразлично.

Семья как социальный институт помимо воспитательной функции выполняет еще целый ряд:

- 1) экономическую функцию – в доиндустриальную эпоху семья была первичной производственной группой, в настоящее время – в семье распределяются доходы, заработанные вовне, и происходит потребление;
- 2) функцию передачи социального статуса от родителей детям;
- 3) функцию поддержания благосостояния членов семьи [3]. Именно в семье воспитывается «внутренняя картина здоровья – внутренняя картина болезни», а с ними «здоровый образ жизни», «гармоничной, успешной, независимой личности» как основные задачи, в том числе и превентивной наркологии.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гиллинский, Я.И. Девиантология. / Я.И. Гиллинский. - СПб, Изд-во «Юридический центр Пресс», 2004. – 520 с.
2. Детская психиатрия: учебник. Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. - СПб. «Питер», 2005. – 1120 с.
3. Дружинин, В.Н. Психология общих способностей / В.Н. Дружинин. - М.: Латерна Вита, 1995. – 380 с.

4. *Короленко, Ц.П.* Семь путей к катастрофе/ *Ц.П. Короленко, Т.А. Донской.* - Новосибирск.: Наука, 1990. – 348 с.
5. *Личко, А.Е.* Подростковая психиатрия / *А.Е. Личко.* - Л.: Медицина, 1991. – 390 с.
6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клиническое описание и указания по диагностике / пер на русск.яз. под ред. *Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина.* – СПб.: Аддис, 1994.
7. *Москаленко, В.Д.* Семья как поле взаимодействия факторов риска и защиты при употреблении психоактивных веществ // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2004. – Т. 104, № 9. – С. 18-24.

## DEVIANTOLOGY - SOCIAL CONTROL - ADDICTOLOGY - PREVENTIVE NARCOLOGY

© 2009 S.A. Koryakin<sup>1</sup>, G.N. Nosachev<sup>2</sup>, J.V. Kiselyova<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Samara Regional Narcological Clinic

<sup>2</sup> Samara State Medical University

Article is received 2009/10/06

Article is devoted to the questions of interrelation devianthology, social control, addictology in their value for development and becoming of preventive narcology. It is proved, that the leading purposes of preventive narcology are individual and family as a basis of a society and state.

Key words: *deviantology, addictology, narcology*

---

*Sergey Koryakin, Candidate of Medicine, Associate Professor at the Public Health and Public Health Service with Course of Economy and Public Health Management, Head Physycian of Samara Regional Narcologic Clinic. E-mail: sond@samtel.ru*  
*Gennadiy Nosachev, Doctor of Medicine, Professor at the Psichiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology Department*  
*Jeanna Kiselyova, Head of the Intoxication Examination Branch in Samara Regional Narcological Clinic*