

ISSN 2225-6016

ВЕСТНИК

*Смоленской государственной
медицинской академии*

Том 17, №4

2018



УДК 316.624-02

ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ): ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, КЛАССИФИКАЦИЯ© Власенко В.И.¹, Переверзев В.А.¹, Разводовский Ю.Е.²¹Белорусский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, 220116, Минск, пр. Дзержинского, 83²Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, 230009, Гродно, ул. Горького, 80*Резюме*

Цель. Предложить новую классификацию девиантных форм деятельности здорового взрослого человека на основании этиологии и патогенеза данного явления.

Методика. Анализ научных данных о девиантных формах поведения (деятельности) из литературных источников, результаты собственных наблюдений и исследований по данным направлениям с выявлением дефиниций, этиологических и патогенетических факторов, а также имеющихся классификаций, возможностях диагностики и коррекции девиантной активности человека.

Результаты. На основе анализа литературных данных, результатов собственных наблюдений и исследований предлагается все виды активности здорового взрослого человека именовать как «деятельность», для которой характерны сознание, целеполагание, общественно полезные плоды и ответственность. К числу полезных плодов деятельности человека относится воспитание, образование, самовоспитание и самосовершенствование. Дефекты воспитания и образования являются этиологическими факторами девиантных форм деятельности. В качестве патогенетических факторов выступают внутриличностные конфликты, неспособность совладания с ними, фрустрация, депривация, агрессия.

Заключение. Разработана и предлагается к рассмотрению новая классификация девиантных форм деятельности взрослого здорового человека, основанная на классификационном факторе «агрессия», который имеет направленность (адрес), силу и специфичность. По направленности агрессии девиации разделены на аутодеструктивные (саморазрушающие) и гетеродеструктивные (делинквентные). В свою очередь аутодеструктивные девиации представлены аддиктивными (химическими, нехимическими) и суицидальными (идеациями, действиями) формами, гетеродеструктивные – всеми возможными конфликтами (личность-личность, личность-группа, личность-закон).

Ключевые слова: поведение, деятельность, девиации, внутриличностный конфликт, агрессия

DEVIANT BEHAVIOR (ACTIVITY): ETIOPATHOGENIC ASPECTS, CLASSIFICATION

Vlasenko V.I.¹, Pereverzev V.A.¹, Razvodovsky Y.E.²¹Belarusian State Medical University, 83, Dzerzhinskovo Av., 220116, Minsk, Republic of Belarus²Grodno State Medical University, 80, Gor'kogo St., 230009, Grodno, Republic of Belarus*Abstract*

Objective. To suggest a new classification of deviant activity of healthy adults on the basis of etiology and pathogenesis of this phenomenon.

Methods. Analysis of scientific data about deviant behavior (activity) from the literature, the results of our own observations and researches on this subject with the revealing of definitions, etiological and pathogenic factors, as well as existing classifications, possibilities of diagnostics and correction of deviant activity were carried out.

Results. On the basis of analysis of the literature data, the results of our own observations and researches it is proposed to define all kind of activity of healthy adults as “activity”, which is characterized by consciousness, results framework, socially useful outcomes and responsibility. Upbringing, education, self-development and self-improvement belong to the useful outcomes of human’s activity. The defects in upbringing and education constitute the etiological factors of deviant activity. Interpersonal conflicts, inability to cope with them, frustration, deprivation and aggression acts as the pathogenic factors.

Conclusion. A new classification of deviant activity of healthy adults, based on the factor of “aggression”, which has a direction (address), strength and specificity was developed. According to the direction of aggression, the deviations are divided into autodestructive and heterodestructive (delinquent). In its turn, autodestructive deviations are divided into addictive (chemical and nonchemical), and suicidal (ideations and acts) forms, while heterodestructive deviations are presented by all possible conflicts (personality-personality, personality-group, personality-group).

Keywords: behavior, activity, deviation, interpersonal conflict, aggression

Введение

Проблема девиантного поведения (ДП) относится к числу наиболее актуальных для современного общества. Особую актуальность она представляет для сфер деятельности с повышенным риском (транспорт, энергетика, вооруженные силы и др.). Так, в структуре психических нарушений у военнослужащих США данные расстройства располагаются на ведущих позициях и занимают 3-е место по числу госпитализаций (11,1% от всех случаев) и количеству амбулаторных посещений (16,9%). Близкие показатели характерны и для армии Великобритании, где совокупная доля ДП превышает четверть от всех случаев психических расстройств. Отдельно указывается на высокую распространенность этих нарушений в период ведения боевых действий, где ДП отмечаются почти у четверти личного состава, составляя в структуре психической патологии от 20 до 30%. Об актуальности данной проблемы свидетельствует и наличие в боевых условиях тяжелых форм наркотизации, зачастую приводящих к летальным исходам [7, 29].

Признаки ДП выявлены у 14,3% обследованных военнослужащих вооруженных сил (ВС) РФ по призыву [13], что соответствует мировым тенденциям и свидетельствует о низкой эффективности традиционных отборочных (барьерных) мероприятий. Кроме того, авторы [9, 13] отмечают, что современные условия военной службы определяют дополнительные требования к состоянию психического здоровья военнослужащих, поскольку как в повседневной деятельности, так и, особенно, в боевой обстановке ДП проявляется значительно ярче, существенно снижая боеспособность подразделения и оказывая негативное влияние на морально-психологический климат в воинском коллективе.

В ВС Республики Беларусь острота проблемы несколько меньше, но противодействие злоупотреблению алкоголем, употреблению наркотических и психотропных веществ, профилактика неуставных взаимоотношений и суицидов является одной из приоритетных задач в деле сохранения и укрепления здоровья военнослужащих, повышения безопасности военной службы, боеспособности и боеготовности войск. Главная сложность проблемы ДП заключается в том, что она стоит на стыке многих наук: социологии, психиатрии, психологии, педагогики, философии, права, каждая из которых имеет свои методологические подходы к ее изучению, свою терминологию, свое понимание механизмов возникновения ДП. При этом отсутствие четкого разграничения понятий, касающихся нарушения поведения, терминологическая путаница, различные взгляды на формы ДП затрудняют создание такой систематизации [12].

При этом даже в рамках психиатрии всякий раз встает вопрос: являются ли отклонения в поведении признаком психического заболевания или это психологическая особенность переходного возраста, дефект воспитания практически здорового подростка. Ответить на этот вопрос однозначно бывает очень трудно, а подчас невозможно [12]. Свидетельством тому является следующий пример. В ВС РФ в ходе осенней призывной кампании 2016 г. по результатам медицинского освидетельствования было выявлено и направлено на повторное освидетельствование 0,96% призывников в связи со склонностью к ДП. У половины из них (54%) были установлены различной выраженности психические расстройства (расстройства личности). В абсолютном исчислении ДП, ассоциированное с психическими расстройствами, было выявлено почти у 3 тыс. призывников [13].

Высокая актуальность и сложность проблемы, а также появление терминов в руководящих документах требуют систематизации, разработки понятийного аппарата, определений и классификаций, основанных на этиологических и патогенетических механизмах возникновения данного явления. Вместе с тем данная методология в настоящее время находится лишь на начальном этапе становления [13].

Цель представленного обзора литературы – предложить новую классификацию девиантных форм деятельности здорового взрослого человека на основании этиологии и патогенеза данного явления.

К вопросу о терминологии

Прежде всего, необходимо определиться с существующей терминологией и определениями (дефинициями). В народе существует выражение «непутевый человек», которое применяется к людям, не имеющим собственного «пути», т.е. цели в жизни и способов ее достижения. Еще в 19 веке подобные явления А.А. Ухтомский называл «духовным блудилищем» [28]. В зарубежной литературе встречается термин «border line sindrom» («пограничный» синдром), который весьма близок к отечественному «пограничному расстройству» [1]. В современной научной литературе и в руководящих документах наиболее часто применяются термины «девиантное поведение» (от лат. *deviatio* – отклонение) и «акцентуации характера» [14]. Реже употребляются термины «нарушения поведения», «дисморсии» (от лат. *dis* – нарушение, *mores* – поведение), «дисфункциональное», «саморазрушающее» [24], «дизадаптационное», «аддиктивное» (от лат. *addictio* – сказать, отдать приказ), «аномальное», «делинквентное» (от лат. *delinquo* – совершить проступок, провиниться), «незаконное», «протиповправное» поведение и др. При этом одни авторы не усматривают в приведенных понятиях большой разницы (рассматривают как синонимы), другие же вкладывают в них различные смыслы.

Данные термины отсутствуют в существующих классификациях расстройств и болезней (например, в МКБ-10 [17]). Следовательно, рассматриваемые явления не являются патологическими или находятся на грани нормы и патологии, не могут входить в компетенции медицины, требуют особого междисциплинарного подхода. Однако, один из создателей МКБ-10 Н. Сарториус [25] подчеркивает, что при создании данной классификации авторы применили многоосевую версию, позволяющую одновременно оценивать различные аспекты заболевания: генетику, факторы окружающей среды, социальное окружение и социальные факторы, уровень интеллекта, трудоспособность и др. При этом авторы избежали упоминания социальных функций как диагностического индикатора в связи с тем, что нормальные социальные функции настолько разнятся в различных социокультурных сообществах, что их использование в международной классификации может привести к разногласиям и непониманию. В качестве компенсации автор предлагает «выстраивать мосты», обеспечивающие сотрудничество с иными научными дисциплинами (антропология, социология и др.), что может обеспечить их взаимное понимание и взаимодействие, а также дать возможность учитывать местные (национальные) особенности традиций, культуры, религии и законодательства.

Очевидно, что МКБ-10 не возражает и даже поощряет появление иных точек зрения и положений, свойственных национальным традициям и культурам. Одним из таких вариантов и явилось «девиантное поведение». Однако, это не исключает необходимости научного обоснования термина и его определения, признаков (симптомокомплексов) и систематизации (классификации). По меткому выражению одного из основоположников учения о ДП В.Т. Кондрашенко «Многочисленность терминов, используемых для обозначения одного и того же понятия, уже само по себе свидетельствует о неоднозначно четком понимании сущности этих своеобразных личностных реакций, стоящих на грани нормы и патологии» [12].

По мнению В.Т. Кондрашенко [12] все формы нарушения поведения (дисморсии) следует разделять на: моресопатии – нарушения поведения при психических заболеваниях (непсихотические и психотические формы) и ДП характерное только для психически здоровых людей. При этом ДП сохраняет свою интимную связь с личностью и ее непатологическими отклонениями. К числу последних можно отнести психологические особенности пубертатного возраста, возрастные непатологические ситуационно-личностные реакции, особенности характера и социально-педагогическую запущенность. Характерной особенностью данных нарушений является их динамизм: они могут быть преходящими (периодическими, ситуационно обусловленными), при благоприятных условиях они могут быть обратимыми (редуцироваться, нивелироваться), при неблагоприятных – могут дать прогрессивное развитие, стать стереотипом поведения и свойством личности, могут «заостряться» (обостряться), а также трансформироваться в психопатологию.

Одно из немногочисленных определений гласит: «Девиантное поведение – понятие социально-психологическое, так как обозначает отклонение от принятых в данном конкретно-историческом обществе норм межличностных взаимоотношений: действий, поступков и высказываний, совершаемых в рамках психического здоровья. Другими словами, это нарушения поведения, не обусловленные нервно-психическими заболеваниями. ... они представляют собой, прежде всего, расстройства сложной функции человека, связанной с его деятельностью» [12]. В этом исчерпывающем определении мы не находим ответа на ряд методологических вопросов. Во-первых, к какой категории населения относить лиц с признаками ДП, и кто ими должен заниматься? Во-вторых, что такое «принятые в данном конкретно-историческом обществе нормы» и стоит ли на них ориентировать современную молодежь? В-третьих, о каких сферах активности

человека идет речь: о поведении, о деятельности или, как звучит у автора, «о поведении, связанном с деятельностью»?

Из приведенных характеристик и определения следует, что ДП – это проблема междисциплинарная, а работа с данными лицами должна проводиться, в том числе, в рамках медицины для повышения качества жизни населения и профилактики психических заболеваний (своевременное выявление и коррекция). Отнести лиц с ДП к категории «здоровы» нельзя, так как они имеют отклонения. Отнести их к категории «больные» также нельзя, так как существующие отклонения являются непатологическими. Оказывается, мы не готовы к работе с данной категорией населения по следующим причинам.

В научной литературе по настоящее время ведется дискуссия по поводу содержания и границ таких понятий как «здоровье» (в том числе «психическое здоровье») и «болезнь». Ни одно из существующих определений нас не устраивает. Еще менее разработанной сферой являются переходные (пограничные, третьи) состояния от здоровья к болезни. Она является весьма актуальной проблемой, так как количество людей в «третьем состоянии» даже в экономически развитых странах составляет 50-80% от общей численности населения [16]. Таким образом, мы по настоящее время не имеем окончательных определений здоровья, болезни и, тем более, «третьих состояний» тогда как согласно законов формальной логики, прежде чем что-то изменять (профилактировать, корректировать, лечить) необходимо ответить на вопрос «что это такое?».

Данное философское и методологическое заблуждение появились не случайно. Являясь нонсенсом, оно вполне себя оправдывало до 70-х годов прошлого столетия, когда в человеческой популяции преобладали болезни инфекционной природы. В науке о здоровье человека это привело к существенному крену в сторону изучения микробиологии, иммунной системы человека и оценке здоровья, как индивидуума, так и популяции, по косвенным показателям здоровья - показателям заболеваемости (частота, распространенность, удельный вес, структура и т.д.) и смертности. Изучению прямых показателей здоровья, характеризующих функциональные и адаптационные возможности организма, уделялось незаслуженно малое внимание. Хотя данная ситуация и являет собой научный нонсенс, но в период доминирования инфекционной патологии это, в какой-то мере, было оправдано. Массовые эпидемии и пандемии уносили жизни сотен тысяч людей. Успехи медицины по созданию целого ряда профилактических мер и вакцин изменили ситуацию и приоритеты медицинской науки. По мере улучшения качества жизни, санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия становятся привычными элементами культуры и быта населения. Это вовсе не означает, что актуальность инфекций снижается. Сегодня эпидемиологи, не ослабляя борьбы с инфекционными болезнями, должны интенсивно включаться в борьбу с неинфекционными заболеваниями, а также в изучение прямых показателей здоровья населения [26].

С позиций гигиенической оценки здоровья к прямым компонентам здоровья относятся морфофункциональный, иммунный и нервно-психический статусы человека. Показатель заболеваемости (морбидности) относится к косвенным показателям здоровья популяции [18]. Морфофункциональный и иммунный статусы мы умеем исследовать и реально изучаем. Нервно-психический статус мы плохо знаем, не изучаем и не желаем изучать. Тогда как, по мнению А.Н. Кокосова [11] механизмы саногенеза функционируют на соматическом, психическом и высшем уровне сознания (духовный уровень). На соматическом уровне – это автоматические механизмы самоорганизации и саморегуляции биосистемы. Для психического уровня характерна возможность самосознания и активного управления своим здоровьем. Интегрирующим элементом, определяющим состояние всей системы, является духовный уровень, где заложены цели и смысл жизни конкретного человека. Именно психический и духовный уровни являются слабым звеном и наиболее актуальной проблемой современной медицины. Отклонения (девиации) именно в этих сферах порождают «третьи состояния», предпатологические, допатологические формы расстройств и пр., чему у нас по настоящее время нет приемлемого определения. Одним из путей решения проблемы является выявление маркеров предпатологических состояний на индивидуальном и популяционном уровне, создание экспертных диагностических систем [26].

Следуя рекомендациям авторов МКБ-10 и приведенному определению ДП, мы имеем право отнести рассматриваемое явление к предпатологическим (предболезненным) состояниям человека, связанным с отклонениями в психической и духовной сферах, но не достигающим патологических форм. Для подтверждения данного тезиса необходимо детально рассмотреть этиологию, патогенез и симптомокомплексы, характерные для ДП.

Этиология девиантного поведения

Рассматривая этиологические факторы ДП, следует признать существование двух основных направлений. Сторонники одного из них считают ДП явлением биологическим, сторонники второго – социальным.

Родоначальником биологического направления является итальянский психиатр Чезаре Ломброзо (1835-1909), который в своих работах утверждал, что преступление – явление столь же естественное, как рождение, болезнь или смерть, и что существуют «врожденные» преступники, которые отличаются от обычных людей антропологическими, физиологическими и психологическими признаками. На основании этого автор утверждал, что основными направлениями предупреждения преступности должны стать пожизненная изоляция, лечение или прямое физическое уничтожение «врожденных преступников». Не случайно его ученик и последователь Э. Ферри стал автором итальянского фашистского уголовного кодекса. Современные сторонники этого направления, формально отмежевываясь от крайней позиции Ч. Ломброзо, тем не менее, ведущими факторами, формирующими личность преступника, считают биологические [12].

Принципиальная точка зрения большинства отечественных ученых заключается в том, что они рассматривают ДП как социальное явление, которое не может быть объяснено с биологических позиций. Однако понимание преступности как социального явления не исключает необходимости исследований соотношения социального и биологического в человеке. Биологическое в человеке, безусловно, имеет огромное значение в его жизнедеятельности. Несомненно, также и то, что биологически все люди неодинаковы, они имеют различную наследственность, внешность, пол, возраст, функции внутренних органов, особенности нейродинамических процессов, здоровье и болезни, обладают различными способностями, темпераментом, характером, по-разному воспринимают одни и те же общественные нормы и меры воспитательного воздействия. Однако это свидетельствует лишь о различных биологических возможностях людей. Что же касается личности с ее мировоззрением, мотивами поведения, то она формируется, прежде всего, под воздействием социальных факторов [12].

Генетическое разнообразие создает уникальность, неповторимость биологической индивидуальности каждого из людей. Однако эта биологическая уникальность и обусловленные ею динамические процессы в нервной системе неспецифичны в том смысле, что они в равной мере могут быть присущи как человеку, совершившему высоконравственный поступок, так и преступнику [12]. Биологические особенности неспецифичны и сами по себе не порождают преступности, но влияют на динамику поведения человека, являясь условием, морфологической и психофизиологической базой восприятия человеком социальной природы [8]. Человек не рождается с заранее заданными социально-положительными или социально-отрицательными свойствами. Его личность формируется в процессе взаимодействия с окружающими людьми, объединенными в определенные социальные группы [12].

Среди социальных факторов в первую очередь следует отметить малые социальные группы (семья, группа сверстников), школу, производственный коллектив и в более широком плане нацию, класс и общество в целом, осуществляющие политическое, идеологическое, культурно-воспитательное и иное воздействие. Прослеживается прямая зависимость между антиобщественным образом жизни семьи и формированием мотивов ДП у воспитывающихся в ней подростков [12]. Данный феномен срабатывает в том случае, когда авторитетные для ребенка антисоциальные родители являются примером для подражания. Не менее сложная ситуация складывается в том случае, когда законопослушные родители в силу различных причин утрачивают авторитет в глазах подростка и тогда он идет по пути поиска иных авторитетов (неформальных групп, социальных сетей и т.п.).

Наибольшей мотивообразующей силой ДП обладают неформальные группы сверстников с асоциальными тенденциями. Влияние группы особенно значимо, если субъект дорожит принадлежностью к ней и образ жизни группы не противоречит внутренним позициям личности, ее наиболее актуальным, ведущим мотивам. Иначе говоря, асоциальная группа лишь в том случае «находит» субъекта, если сам субъект «ищет» такую группу. Для подросткового возраста характерен феномен «заражения», в основе которого лежат обычное любопытство, конформность, внушение. Однако внушение с особой силой действует лишь на лиц, не обладающих развитой способностью к самостоятельному логическому мышлению, не имеющих твердых жизненных принципов и убеждений. Таким образом, антиобщественные поступки подростков носят чаще всего не «случайный» характер, а являются при всей их внезапности, импульсивности и эмоциональной охваченности логическим развитием всей предшествующей жизни [12].

В результате формируется совершенно конкретный психологический портрет (симптомокомплекс) склонной к ДП личности: мотивационная сфера сдвинута от общественного к личностному, от социального к индивидуальному, от объективного к субъективному, от культурного к естественному (витальному), от духовного к материальному, от внешнего к внутреннему, от должному к желаемому, от устойчивого к ситуативному, от перспективного к сиюминутному, от рационального к эмоциональному [15]. Кроме того, к клиническим проявлениям ДП относятся

такие особенности как преимущественно конкретно-образное мышление, слабое предвидение своего поведения и недостаточная способность регулировать его в экстремальных условиях, эмоциональная неустойчивость и др. [12]. Они отличаются напряженностью способов психической защиты (достоверно более высокие показатели регрессии, проекции и замещения) [3], преобладанием неконструктивных копинг-стратегий, а также повышенной враждебностью [13].

Признание социальной природы ДП означает возможность борьбы с ними посредством общественных же мер воздействия. Однако такой подход к проблеме не означает полного игнорирования влияния биологических факторов на формирование личности и поведение [12]. Изучая особенности этиологических факторов ДП, следует ответить на вопрос: отклонения от чего, и существует ли «коридор» нормативности? Ответ однозначный: да, такой «коридор» существует. Его формированием занималось все человечество на протяжении всей истории и выразило в виде неписаных и писаных нормативов (обычаев, обрядов, традиций, морали, правил, законов и пр.), соблюдение которых помогает человеку выжить и успешно адаптироваться.

Однако, для соблюдения данной нормативности необходимо, как минимум, знать историю своего народа, его культуру и базовые ценности. «Слепое» исполнение юридических законов без знания их исторических корней оказывается низко мотивированным и мало эффективным. Например, одним из проявлений социального неблагополучия современного общества является нарушение межпоколенных связей, ведущее к потере универсальных норм и ценностей, воплощенных в обычаях и традиции, подрыв авторитета старших, пренебрежение к прошлому, традициям, воспитание «потребителей», разрушение семейных связей [27].

Под воздействием неблагоприятных социальных факторов ухудшаются условия, необходимые для развития духовно-нравственной и ценностно-смысловой сфер личности. Как следствие, происходит деформация картины мира и внутренней картины здоровья представителей молодого поколения, именно тех слоев населения, которые вступают на путь профессионального самоопределения и становления [23].

Даже в рамках строгой науки происходят пересмотры устоявшихся положений, в результате которых грубая патология признается как вариант нормы и даже моды (гомосексуализм, однополые браки и пр.). Из глубин психиатрической науки извлекаются термины, означающие грубую патологию, (например, «брутальность», «мания») и возводятся в ранг достоинства. Как синоним глагола «любить» мы с ироничной легкостью употребляем неологизм непонятого происхождения «трахаться». На официальных государственных телеканалах ведется романтизация и героизация преступного мира с помощью так называемых «шлягеров» («мурки», «гоп-стопы», «владимирские централь», «пуганы» и т.п.). Абсолютное большинство рекламных роликов основываются на низменных примитивных инстинктах и потребностях. Социальные сети занимают откровенным развратом, пропагандой алкоголя, наркотиков и суицидов. Мы все это спокойно воспринимаем как проявления неких свобод и даже не задумываемся над вопросом: какими вырастут наши дети на таких «дрожжах».

Приведенные факты свидетельствуют об изменении (искажении, опошлении) фундаментальных ценностей, языка, системы отношений к себе и окружающему миру, которые в свою очередь являются девиациями (отклонениями) от ранее существующих нормативов на уровне человеческой популяции. Если это становится нормой на популяционном уровне, то стоит ли тратить силы на профилактику и коррекцию девиаций у отдельного человека. В этом случае необходимо остановиться, оглянуться на историю нашего народа, убедиться в том, что все эти явления кому-то выгодны (например, как способы информационной войны [30]) и продолжать работу в направлении, указанном предками, а не «болонской» системой образования.

Здесь возникает большое искушение поставить молодого человека на «железнодорожные рельсы», обеспечить его энергией и указать направление движения. И это будет резким ограничением свободы выбора человека. В реальной жизни, признавая общественную нормативность, мы движемся не по рельсам, а по достаточно широкому «коридору» (диапазону) свобод выбора в рамках нормативного поля и совершаем полезную для себя и общества деятельность. Выход за рамки нормативного поля, нанесение вреда себе и обществу – это и будет ДП. Научить человека что хорошо, а что плохо, что полезно и целесообразно, а что бесполезно и вредно, т.е. научить делать правильный выбор – вот наша задача.

Для реализации этих задач необходимо провести границы между понятиями «поведение» и «деятельность». Проблема заключается в том, что в основе всех существующих научных психологических школ лежала идея о «единичке», «клеточке» психики, исследуя которую можно раскрыть великую тайну Души. В качестве такой «единицы» в разных психологических школах использовались: ощущения (ассоциативная психология), фигура-фон (гештальтпсихология),

реакция (реактология), рефлекс (рефлексология), поведенческий акт (бихевиоризм) и другие. Все они представляют интерес как определенная точка зрения или как исторический этап развития психологии. Однако рассматривают они только частные элементы активности. Гораздо больший интерес представляют отечественные школы психологии, в которых «единицами» являются: предметная деятельность (А.Н. Леонтьев), ориентировочная основа деятельности (П.Я. Гальперин), действие и акт отражения (С.Л. Рубинштейн), деятельность (Р.С. Немов), в которых за основу человеческой активности берется «деятельность» и, благодаря данным направлениям, родилась и развивается теория деятельности.

Согласно теории деятельности видом активности живого организма может быть поведение – это наиболее примитивный уровень, характерный для всего живого в виде инстинктов, импринтинга, безусловных и условных рефлексов. Оно не всегда целенаправлено, не предполагает создания определенного продукта, носит зачастую пассивный характер. Поведение спонтанно («куда поведет»), хаотично [22]. Его содержанием является пассивное приспособление (адаптация) к биологическим условиям. Его усложнение наступает в процессе созревания. Все эти черты может иметь любое животное, человеческий ребенок и психически больной человек. Поэтому поведенческий акт невозможно брать за основу человеческой активности.

В качестве основы активности здорового человека может рассматриваться только акт деятельности. Деятельность – это специфический вид активности человека, направленный на познание и творческое преобразование окружающего мира, включая самого себя и условия своего существования. Она всегда сознательна, предметна, целенаправлена, активна, нацелена на создание некоторого продукта, организована, систематична. Ее нельзя путать с поведением. Такой вид активности характерен только для личности человека, который с помощью психических функций способен не только отражать и усваивать, но и познавать окружающий мир; не только регулировать собственное поведение с целью пассивного приспособления, но и творчески преобразовывать окружающий мир и самого себя. Все формы и способы человеческой деятельности связаны со сложными двигательными умениями и навыками, приобретенными в результате целенаправленного организованного воспитания и обучения [22]. Это означает, что знания, умения и навыки выступают в качестве инструмента деятельности, с помощью которого личность проводит сознательное изучение ситуации, установление причинно-следственных связей явления, диагностику и прогнозирование развития ситуации, принятие адекватного решения, планирование и прогнозирование своих действий и их последствий, создание модели будущего результата (акцептора действия), реализацию плана деятельности, получение планируемого продукта, проверку результатов своих действий и анализ ошибок, самокритичную оценку собственной деятельности. Перечисленные этапы деятельности рассматриваются как ее обязательные элементы, которые позволяют личности совершать поступок с минимальным количеством ошибок. Исключение одного из них ставит под угрозу деятельность, превращает ее в поведение или деятельностный дилетантизм. Именно общественно полезная деятельность в виде поступка (подвига) является смыслом человеческого бытия и источником для познания самого себя во имя изменения в лучшую сторону.

Любые формы воспитания и образования человека невозможны без его непосредственного участия. На начальных этапах этого процесса безусловную ответственность несут родители и учителя. По завершению образования человек-профессионал обязан заниматься самовоспитанием и самообразованием. В этом отношении человек совершает деятельность по самосовершенствованию, по созданию суперакцептора действия – приемлемой «модели» себя самого и плода (результата) – самого себя. Этим подчеркивается не только диапазон свобод выбора, но и степень ответственности за свой выбор и его плоды.

Признавая социальную сущность ДП, соглашаясь с тем фактом, что ДП характерны для психически здоровых людей, следует согласиться и с тем, что у них должно быть сохранным сознание, способности к целеполаганию и моделированию будущего результата. Следовательно, это не поведение, а деятельность! Данную точку зрения разделяют многие современные авторы [4, 21, 22, 31].

Называя человеческую активность «поведением», мы, во-первых, ставим человека в один ряд с животным, а при этом ожидаем и требуем от него человеческих социально приемлемых поступков. Во-вторых, мы лишаем человека ответственности за свои действия (меня «повело», я не знаю, что повело, я не в состоянии отвечать за «него» и за себя). В-третьих, мы лишаем человека возможности активного участия в процессе коррекции своей активности. Тогда как лучшим способом коррекции является не таблетка и даже не врач или психолог, а внутренний ресурс человека.

Таким образом, наиболее правильным является термин «девиантная деятельность» (ДД), который подчеркивает мою принадлежность к человеческому роду, мою ответственность за свои действия

(социальное функционирование) и возможность коррекции моей деятельности с моим активным участием. Остаются открытыми ряд вопросов: какие формы ДД существуют, как их систематизировать (классифицировать), какие классификационные признаки можно взять за основу и какие патогенетические механизмы могут способствовать их развитию?

Классификации форм девиантной деятельности

Из числа существующих немногочисленных классификаций ДД представляют интерес лишь несколько. Так, В.Т. Кондрашенко [12] связывает ДД с акцентуациями и особенностями характера, с типичными для подросткового возраста реакциями и дефектами воспитания. Выделяет формы ДД: пьянство и употребление наркотиков, правонарушения, бродяжничество, суицидальные намерения и демонстрации, покушения на самоубийство и самоубийство, сексуальные девиации, отягощенные жестокостью и агрессией. Более современные авторы выделяют 5 форм ДД и дают им развернутые характеристики [13, 19]:

- избегающее (уклоняющееся) поведение. Выявляется у 4,7% обследованных. Характеризуется различными формами попыток получения послабления по службе и уклонения от выполнения обязанностей военной службы, в т.ч. и в виде госпитализма. Обусловлено сниженными адаптационными и морально-волевыми качествами военнослужащих и, соответственно, низкими способностями к овладению воинской специальностью. Часто характерно для сензитивных, ипохондричных личностей;

- агрессивное поведение (4,1%) - физическое или вербальное поведение, направленное на причинение вреда кому-либо. Для данного типа поведения характерна склонность к силовому решению проблем, повышенная импульсивность, несдержанность. Большое значение для воинских подразделений имеет физическая агрессия, когда повышается вероятность неуставных форм взаимоотношений между военнослужащими;

- делинквентное поведение (3%) - поведение, для которого характерны действия конкретной личности, отклоняющиеся от установленных в данном обществе и в данное время законов, угрожающие благополучию других людей или социальному порядку и уголовно наказуемые в крайних своих проявлениях;

- аддиктивное поведение (3,2%) – поведение, связанное с формированием стремления человека к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния вследствие приема психоактивных веществ или постоянной фиксации на определенных видах деятельности с целью развития и поддержания интенсивных эмоций. Данное, поведение, как правило, характеризуется склонностью к быстрому удовлетворению потребностей и быстрому формированию зависимости как к химическим веществам, вызывающим при употреблении чувство эмоционального комфорта (алкоголь, наркотики и прочие психоактивные вещества), так и к видам деятельности, вызывающим эмоциональный комфорт, со снижением способности отказаться от данных видов деятельности (различные нехимические зависимости);

- суицидальное (аутоагрессивное) поведение (2,5%), проявляется в виде фантазий, мыслей, представлений или действий, направленных на самоповреждение или самоуничтожение и, по крайней мере, в минимальной степени мотивируемых явным или скрытым намерением смерти.

Авторы [13] предложили собственную психометрическую методику «ИСАДА» для выявления склонности к девиациям и отмечают, что в ряде случаев у одного и того же военнослужащего выявляется сочетание нескольких форм ДД. При всем уважении к авторам приведенных классификаций следует отметить, что в них отсутствуют какие-либо классификационные, этиологические и патогенетические признаки. Прослеживается лишь склонность к антисоциальным поступкам. Правомочно ли выделение «агрессивного поведения» в отдельную форму, когда агрессия имеет место при всех иных формах? Наконец, почему аутоагрессия присуща только «суицидальному поведению», тогда как она имеет место и при «аддиктивном поведении»?

Предлагаемая классификация ДД не является окончательной и бесспорной [5]. Это лишь рабочий вариант, основанный на доступных литературных данных и собственных многочисленных наблюдениях (таблица). Ее существенной особенностью является то, что она применима только к психически здоровым людям и основана на патогенезе ДД.

Патогенез девиантной деятельности

Для всех людей, склонных к ДД характерно наличие «общего знаменателя» в виде внутриличностного (интраперсонального) конфликта (ВЛК). ВЛК представляют собой наиболее

сложные моменты в интрапсихической жизни личности, характеризуются значительными субъективными трудностями, связанными с принятием того или иного решения, сопровождаются негативными эмоциями или достаточно длительными астено-невротическими и адаптационно-астеническими состояниями [2].

Таблица. Классификация форм девиантной деятельности

Аутодеструктивная (саморазрушающая)		Гетеродеструктивная (делинквентная)
Аддиктивная: - химическая (курение табака, злоупотребление алкоголем, употребление наркотических веществ и др.); - нехимическая (пищевая, игровая, виртуальная, селфи-зависимость и др.)	Суицидальная: - суицидальная идеация (мысли, желания, намерения, приготовления); - суицидальные действия (демонстративные, аффективные, истинные)	Адрес агрессии (виды конфликтов): - межличностные (личность - личность) - личность – группа (коллектив) - личность - государство (закон); Специфика агрессии: -моральная -физическая -сексуальная; Сила агрессии: - проступки; - преступления

Открытие феномена ВЛК принадлежит З. Фрейду. Группировка ВЛК по их генезу принадлежит В.Н. Мясищеву и его ученикам, которые в рамках теории неврозов, в соответствии с их формами, описывают три типа невротических конфликтов: истерический, обсессивно-психастенический и неврастенический [10]:

- истерический конфликт определяется чрезмерно завышенными претензиями личности, всегда сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих. Его отличают превышение требовательности к окружающим над требовательностью к себе и отсутствие критического отношения к своему поведению. В генезе этого типа конфликта существенное значение приобретает история развития личности и процесс формирования системы ее жизненных отношений. В силу неправильного воспитания у таких лиц ослабляется способность тормозить свои желания, противоречащие общественным требованиям и нормам;

- обсессивно-психастенический тип конфликта обусловлен противоречивыми собственными внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями. При этом если даже одна из них становится доминирующей, но продолжает встречать противодействие другой, создаются благоприятные возможности для резкого усиления нервно-психического напряжения и возникновения обсессивно-фобических расстройств. Особое значение имеет предъявление противоречивых требований к личности, что способствует формированию чувства собственной неполноценности, противоречивых жизненных отношений и приводит к отрыву от жизни, появлению нереальных, далеких от действительности установок;

- неврастенический конфликт представляет собой противоречие между возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и завышенными требованиями к себе – с другой. В определенной степени возникновению данного типа конфликта способствуют высокие требования, предъявляемые возрастающим темпом и напряжением современной жизни. Особенности конфликта этого типа формируются при воспитании, когда постоянно стимулируется нездоровое стремление к личному успеху без реального учета сил и возможностей индивида.

В структуре невротических конфликтов наиболее частыми являются противоречивые тенденции между потребностями и возможностями (хочу, но не могу, должен, но не хочу и пр.), между чувством агрессивности и ригидной нормативностью. В их развитии большое значение имеет избыточное пользование способами психической защиты: вытеснение, отрицание, рационализация, интеллектуализация, бегство в болезнь или работу и др. [10].

По мнению В.Н. Мясищева [20] длительность и интенсивность конфликта зависят от того, какое место занимают нарушенные антагонистические отношения во всей системе отношений человека. При столкновении центральных отношений конфликт принимает глобальные размеры, захватывает всю личность. Он рассматривал конфликтную ситуацию как «психическую презентацию назревшего противоречия».

Из приведенных цитат следует, что ВЛК является ведущей причиной девиаций, в т.ч. межличностных конфликтов. Практика показывает, что гармоничные люди без ВЛК вступают в противоречия с окружающими гораздо более редко и наоборот: субъектами конфликтов чаще всего являются люди с наличием ВЛК [10]. Ведущими причинами возникновения ВЛК являются чаще всего дефекты социализации (семейного и школьного воспитания) и, как следствие, порочный опыт развития ребенка. Чаще всего ВЛК недоступен для наблюдения окружающих и остается «моей интимной проблемой». Однако, постоянная угроза или лишение возможности удовлетворения потребности не проходит бесследно и выражается в виде фрустрации и депривации.

Фрустрация (от лат. *frustratio* – обман, неудача, тщетное ожидание, расстройство замысла) – психическое состояние, возникающее в ситуации реальной, предполагаемой или мнимой невозможности удовлетворения потребности. Фрустрация – сложное эмоционально-мотивационное состояние, возникающее в ответ на невозможность удовлетворения какой-либо значимой для субъекта потребности. Фрустрация может проявляться в виде раздражительности, гнева, агрессивности. Не имея точной цели, эти реакции могут направляться на случайный объект или трансформироваться в суицидальное поведение. Именно в этих случаях, когда истинные мотивы поведения скрыты от окружающих, правонарушения подростков нередко кажутся «немотивированными», а самоубийства – загадочными [12].

Депривация (от лат. *deprivatio* – потеря, лишение) – сокращение или полное лишение возможности удовлетворять основные потребности. Данные состояния в большинстве случаев сопровождаются раздражительностью, гневом, агрессивностью. Именно эти реакции дают возможность манифестироваться до сих пор скрытыми от наблюдения ВЛК, фрустрации и депривации.

Агрессивность – это нормальная биологически детерминированная реакция, способствующая выживанию вида в борьбе за территории обитания и пищевые ресурсы. Однако, даже в животном мире (зоосоциуме) агрессия приобретает определенные качества. Например, следуя критерию «свой-чужой» животное обязательно проявит агрессию в адрес «чужого», а в адрес «своего» агрессия становится нежелательной и даже наказуемой. Т.е. агрессия становится адресной. Она становится дозированной по силе: внутри стада допустима умеренная агрессия (особенно при «воспитании малышей»), за пределами стада для добычи пищи и защиты своей территории она должна быть максимальной. Появляются виды агрессии, направленные на борьбу за лидерские роли в стаде, за право обладания самкой и др. То есть, агрессия становится специфической.

Несомненным является факт наличия реакций агрессии у человека, как социализированного существа (субъекта). Именно процесс социализации (очеловечивания) на определенных этапах развития человеческого рода заставил нас изобретать нормы и учиться следовать им. При этом все существующие социальные нормы направлены на регулирование агрессивности человека по тем же критериям: адрес, сила и специфика. Однако, в отличие от животных человеку свойственно изобретать такие способы выражения (канализации, сублимации) агрессии, что на первый взгляд их назвать агрессией весьма сложно. Например, ирония, юмор, сарказм и пр. всегда имеют адрес (кого касается), представлены минимальной силой агрессии (хотя могут причинить «боль» сильнее удара) и имеют свою специфику (тему). Сексуальная агрессия человека может выражаться в скромных знаках внимания, в настоячивых ухаживаниях за возлюбленной, может сублимироваться в высшие формы творчества, а может проявиться и в грубом насилии. Избегающее (уклоняющееся) поведение на первый взгляд может трактоваться как отсутствие агрессии. На самом деле это завуалированная агрессия (протест) против существующих норм, против выполнения своих гражданских (например, воинской повинности), профессиональных и семейных обязанностей, нежелание переносить трудности, работать, заботиться об окружающих. В итоге эта агрессия прозвучит в открытой форме в виде недовольства государственной политикой и существующими законами, оскорблений в адрес успешных людей и пр.

Наконец, только человеку свойственно менять адрес агрессии: при невозможности выражения агрессии противнику (слишком опасно, неприлично и т.п.), мы можем выместить агрессию в физическом труде или спорте, в адрес более слабого (например, ребенка) и даже в адрес себя «любимого». Очевидным является тот факт, что научно-технический прогресс все более освобождает человека от физической составляющей труда. Следовательно, человек лишается главного способа канализации естественной агрессии. Физкультура и спорт требуют много времени (а его постоянно не хватает), существенных волевых усилий (а это сложно). Вот и остается у современного человека единственный канал вымещения агрессии в адрес себе подобных и даже в свой адрес. Свидетельством тому являются тенденции последних лет, связанные с трагическими судьбами селфаманов, зацеперов (поездки на крышах поездов), роупджампингеров (свободные падения на «тарзанках») и пр., которые «с удовольствием играют со смертью» сознательно подавляя даже инстинкты самосохранения.

Таким образом, этиопатогенез ДД может рассматриваться как цепь событий: дефекты воспитания – ВЛК – фрустрация и депривация – агрессия. При этом доступными наблюдению могут быть только проявления агрессии и последствий. Поэтому в основу нашей классификации положен главный классификационный признак – агрессия. По направлению (адресу) агрессии ДД можно разделить на ауто- и гетероагрессию. Аутоагрессия направлена на себя и ее следствием является аутодеструктивная (саморазрушающая [24]) ДД. Гетероагрессия адресуется другим людям или обществу, что порождает гетеродеструктивную (делинквентную) ДД.

Аутодеструктивную ДД по критериям силы и специфики агрессии можно разделить на аддиктивную и суицидальную. В свою очередь аддиктивная (от *addictio* - зависимость) включает: зависимость от химических веществ (курение табака, злоупотребление алкоголем, употребление наркотических и психоактивных веществ) и нехимическую зависимость (пищевую, игровую, виртуальную [6] и др.). При необходимости эти рубрики можно уточнять и дополнять. Например, зависимость от наркотических и психоактивных веществ может быть разделена по происхождению веществ на природные и синтетические, список нехимических видов зависимости можно дополнить селфи-зависимостью, «синюхой» (страсть к татуировкам) и прочими негативными явлениями последних лет.

Суицидальная ДД должна быть разделена минимум на две рубрики: это суицидальная идеация (мысли, желания, намерения, приготовления) и суицидальные действия (демонстративные, аффективные, истинные). Каждая из представленных рубрик достойна отдельного детального рассмотрения, что не входит в задачи статьи. Необходимую информацию можно найти в многочисленных работах по психиатрии, наркологии и суицидологии. При этом следует помнить, что лица с ДД еще не являются больными и в поле зрения врача они попадут лишь в том случае, когда доклинические симптомы ДД будут очерчены в нозологическую форму.

Гетеродеструктивная (делинквентная) ДД предполагая агрессию по отношению к другому человеку (людям), включает высокую межличностную конфликтность, конфликты личность - группа (коллектив) и конфликты с законом (государством).

По мнению А.А. Биркина [2] под конфликтом принято понимать наиболее острый способ разрешения значимых противоречий, возникающих в процессе социального взаимодействия, заключающийся в противодействии субъектов конфликта и сопровождающийся негативными эмоциями и чувствами, переживаемыми ими по отношению друг к другу. Межперсональные конфликтные действия представляют собой разнообразный характер вплоть до изощренного морального и физического террора, что часто влечет за собой тяжелые, непоправимые последствия, связанные с гибелью и инвалидизацией.

По признаку специфики агрессии делинквентные ДД можно разделить на следующие: 1) моральные – оскорбления, клочки, слухи, сплетни и т.п.; 2) физические – связанные с применением физической силы к оппоненту; 3) сексуальные – любые высказывания или действия сексуального характера против воли человека.

При юридической трактовке данных типов ДД следует различать правонарушения, проступки и преступления [12]: 1) правонарушения – несоблюдение правил поведения, установленных законом и другими нормативными актами, любое неисполнение не только нравственных, но и правовых норм, требований закона о должном поведении. По своей тяжести (силе агрессии) они делятся на проступки и преступления; 2) проступки – малозначительные правонарушения, которые не представляют большой общественной опасности и влекут за собой применение мер дисциплинарного и общественного воздействия; 3) преступления – опасные для общества действия (или бездействия), а потому предусматривают уголовную ответственность.

Правонарушение считается антиобщественным, в том числе противоправным, действием только в том случае, если человек, совершивший его, обладает всеми качествами социальной личности, вполне определенным состоянием психического здоровья, т.е. полностью отдает отчет в своих действиях и руководит ими. Поступки невменяемых, даже если они социально опасны, нельзя расценивать как антиобщественное поведение [12], это будет расцениваться как поведение психически больных людей.

Таким образом, все виды делинквентных ДД должны находиться в компетенции юридических органов, а в поле зрения врача они могут попасть только по постановлению последних с целью проведения судебно-психиатрической экспертизы. Так ли это?

Все виды делинквентных ДД в организованных воинских коллективах могут рассматриваться как неуставные взаимоотношения (НВО) между военнослужащими. В исследованиях А.А. Биркина [2], который изучил медико-психологические аспекты НВО, показано, что все участники НВО (как агрессоры, так и потерпевшие) имеют совершенно конкретные медицинские и психологические

характеристики. Данные особенности не достигают нозологических форм, т.е. являются признаками девиаций, но они доступны наблюдению, измерению, что в свою очередь позволяет прогнозировать варианты коммуникативной деятельности военнослужащих и проводить профилактику НВО. Однако, для такой работы нужны подготовленные врачи и психологи.

Особенностями всех видов ДД являются следующие. Во-первых, это сохранная психика участников, т.е. они вменяемы и дееспособны, у них сохранное сознание (ориентировка в пространстве, времени и себе), они способны к целеполаганию и прогнозированию последствий своих действий. Другой вопрос: в какой степени они обучены этими качествами пользоваться? Никому из них принудительно не вставляется в рот сигарета, не вливается рюмка водки и т.д. Они это делают добровольно и сознательно, что однозначно свидетельствует о дефектах воспитания и образования, о социальной сущности ДД. Во-вторых, это возможные взаимосвязи различных форм ДД. Например, состояние алкогольного или наркотического опьянения «облегчает» проявление суицидальных и криминальных наклонностей. Длительное пребывание в условиях НВО, беспомощности и обреченности может спровоцировать суицидные идеи и действия. В-третьих, это возможность трансформации ДД в нозологические формы заболеваний, как психических, так психосоматических и соматических. Дело в том, что длительное пребывание в условиях ВЛК требует хронического напряжения психики, нервной и эндокринной систем, что определяется как хронический психоэмоциональный стресс. Цена такого состояния – это нервно-психическая дизадаптация. Когда в борьбу с конфликтами вовлекается целостный организм правомочно вести речь об общей дизадаптации и о высоком риске срыва адаптации, т.е. развития заболевания. В-четвертых, диагностика ВЛК, уровней тревоги и агрессии, ДД, дизадаптационных и пограничных состояний возможна с помощью психометрической диагностики [4, 5, 16]. Идет речь об изучении личности с помощью психологического тестирования, для чего во всем мире применяется значительное количество апробированных методик (тестов) и существует целая наука «психометрика и психодиагностика». Они позволяют изучать как отдельную личность, так и популяцию, создавать нормативы и диагностические критерии. Они неинвазивны, их применение требует минимальных финансовых затрат и минимального времени, а их информативность во много раз превышает традиционные клинические методы. Существенную помощь в этой работе оказывает профессиональный психологический отбор (выполняет «барьерную» функцию) и медико-психологическое сопровождение учебно-боевой деятельности. В-пятых, профилактические меры по отношению к рассматриваемому явлению должны быть направлены не на «борьбу» с ДД, а на сохранение (восстановление) институтов нормальной семьи и нормальной системы воспитания и образования. Никакие штрафы, запреты, административные или уголовные наказания не остановят подростка от желания спрыгнуть с «тарзанки». Нет ни таблетки, ни супертехнологии, которые могли бы заменить живое слово авторитетного воспитателя. Единственное место, где могут уберечь подростка от бессмысленного или опасного поступка – это семья. Только родителям под силу убеждать, рассказывать, доказывать, приводить убедительные аргументы, терпеливо выводить ребенка на «путь истинный».

Заключение

Рассматриваемая проблема является высоко актуальной как для общества в целом, так и для Вооруженных сил. По мере снижения общего состояния здоровья населения (в том числе психического), с одной стороны, постоянного усложнения техники и условий ее применения (т.е. требований к человеческому фактору) – с другой, актуальность рассмотренных проблем будет еще более возрастать. Необходимость в разработке научно обоснованных систематизаций очевидна.

Проблема является междисциплинарной, находится на стыке многих наук: социологии, психиатрии, психологии, педагогики, философии, права и др. Особая роль должна отводиться медицине, которая владеет необходимым багажом знаний, терминологией и методами, имеет отдельные науки (психогигиена, психопрофилактика, психометрика, психодиагностика и др.), но которым в подготовке врача уделяется незаслуженно мало внимания. Особенностью военной медицины является тот факт, что на военной службе могут находиться только здоровые люди. Следовательно, в подготовке военного врача должны делаться акценты на работу со здоровыми людьми и на профилактику предболезненных расстройств. Эта работа может стать более эффективной если сам врач будет вооружен необходимыми знаниями и методами, а также найдет общий язык с командирами, психологами и юристами.

Правильное понимание таких философских категорий как «поведение» и «деятельность», знание основных этиопатогенетических звеньев развития ДД и основных ее проявлений (классификации) поможет разным специалистам найти общий язык и взаимопонимание. Разработана и предлагается к рассмотрению новая классификация девиантных форм деятельности взрослого здорового человека, основанная на классификационном факторе «агрессия», который имеет направленность

(адрес), силу и специфичность. По направленности агрессии девиации разделены на аутодеструктивные (саморазрушающие) и гетеродеструктивные (делинквентные). В свою очередь аутодеструктивные девиации представлены аддиктивными (химическими, нехимическими) и суицидальными (идеациями, действиями) формами, гетеродеструктивные – всеми возможными конфликтами (личность-личность, личность-группа, личность-закон). Надеемся, что предлагаемый вариант окажет существенную помощь.

Все проявления ДД доступны наблюдению, изучению, измерению, прогнозированию и коррекции. В связи с этим пришло время создавать в частях и в вузах группы психического здоровья (возможно с участием родителей), полноценные группы профессионального психологического отбора и сопровождения учебно-боевой деятельности, готовить для них специалистов, вооружать их методами психометрики, психокоррекции и психотерапии. Данные мероприятия требуют минимальных экономических затрат, но имеют высокий экономический и моральный эффекты, способствуют повышению безопасности военной службы, сохранению и укреплению здоровья военнослужащих, повышению их боеспособности.

Литература (references)

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2003. – 400 с. [Aleksandrovskiy Yu.A. *Pogranichnye psichicheskie rasstroystva. Rukovodstvo dlya vrachey*. Border mental disorders. A guide for doctors. – Moscow: Medizina, 2003. – 400 p. (in Russian)]
2. Биркин А.А. Медико-психологический аспект неуставных взаимоотношений. Под ред. А.А.Боченкова. – СПб., 1997. – 276 с. [Birkin A.A. *Mediko-psichologicheskii aspekt neustavnykh vzaimootnosheniy*. Medico-psychological aspect of non-statutory relations. Pod red. A.A. Bochenkova. – Sankt-Petersburg, 1997. – 276 p. (in Russian)]
3. Власенко В.И. Психологическая защита в оценке психического здоровья на этапах профессиональной адаптации военного врача: Дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1997. – 331 с. [Vlasenko V.I. *Psichologicheskaya zaschita v ozenke psichicheskogo zdorov'ya na etapach professional'noy adaptazii voennogo vracha (kand. dis.)*. Psychological protection in the assessment of mental health at the stages of professional adaptation of a military doctor (Candidate Thesis). – Tomsk, 1997. – 331 p. (in Russian)]
4. Власенко В.И. Психофизиология: методологические принципы профессионального психологического отбора: монография. Под ред. В.А. Переверзева. – Минск: БГМУ, 2005. – 244 с. [Vlasenko V.I. *Psichofiziologiya: metodologicheskie prinzipy professional'nogo psichologicheskogo otbora: monografiya / Pod red. V.A. Pereverzeva*. Psychophysiology: methodological principles of professional psychological selection. – Minsk: BGMU, 2005 – 244 p. (in Russian)]
5. Власенко В.И. Система работы военного фельдшера по профилактике девиантного поведения военнослужащих, предотвращению гибели и травматизма личного состава, созданию безопасных условий воинской службы // Подготовка военного фельдшера: учебное пособие. Под ред. С.Н. Шнитко. – Минск: БГМУ, 2014. – С. 302-327. [Vlasenko V.I. *Podgotovka voennogo fel'dshera: uchebnoe posobie / Pod red. S.N. Shnitko*. Training of the military paramedic: manual / Ed. S.N. Shnitko. – Minsk: BGMU, 2014. – P. 302-327. (in Russian)]
6. Власенко В.И., Стринкевич А.Л. Этиопатогенетические аспекты виртуальной зависимости // Военная медицина. – 2016. – №1. – С. 20-29. [Vlasenko V.I., Strinkevich A.L. *Voennaya medizina*. Military medicine. – 2016. – N1. – P. 20-29. (in Russian)]
7. Голота А.С., Крассий А.Б., Нагибович О.Л., Сивашенко П.П. Состояние здоровья военнослужащих вооруженных сил США в 2012 г. // Военно-медицинский журнал. –2013. – №8. – С. 64-69. [Golota A.S., Krassiy A.B., Nagibovich O.L., Sivaschenko P.P. *Voенно-meditsinskiy zhurnal*. Military-medical magazine. – 2013. – N8. – P. 64-69. (in Russian)]
8. Дубинин Н.П., Карапец И.И., Кудрявцев В.Н. Генетика, поведение, ответственность – М., 1982. [Dubinin N.P., Karapez I.I., Kudryavzev V.N. *Genetika, povedenie, otvetstvennost'*. Genetics, behavior, responsibility. – Moskow, 1982. (in Russian)]
9. Караяни А.Г., Евенко С.Л. Психология отклоняющегося поведения военнослужащих в боевой обстановке: Монография. – М.: Изд. Воен. ун-та, 2006. – 122 с. [Karayani A.G., Evenko S.L. *Psichologiya otklonyayushchegosya povedeniya voennosluzhaschich v boevoy obstanovke: monografiya*. Psychology of deviating behavior of military personnel in a combat situation: monograph. – Moscow, 2006. – 122 p. (in Russian)]
10. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М.: Медицина, 1985. – 304 с. [Karvasarskiy B.D. *Psichoterapiya*. Psychotherapy. – Moscow: Medicine, 1985. – 304 p. (in Russian)]
11. Кокосов А.Н. Саногенез: о науке и практике врачевания. – СПб.: «ЭЛБИ-СПБ», 2009. – 235 с. [Kokosov

- A.N. *Sanogenez: o nauke i praktike vrachevaniya*. Sanogenesis: on the science and practice of healing. – Sankt-Petersburg: ELBI- SPB, 2009. – 235 p. (in Russian)]
12. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков: Социально-психологические и психиатрические аспекты. – Минск: Беларусь, 1988. – 207. [Kondrashenko V.T. *Deviantnoe povedenie u podrostkov: Sosial'no-psichologicheskie i psichiatricheskie aspekty*. Deviant Behavior in Adolescents: Socio-Psychological and Psychiatric Aspects. – Minsk: Belarus', 1988. – 207 p. (in Russian)]
 13. Кувшинов К.Э., Шамрей В.К., Чаплык А.Л. и др. Прогнозирование отклоняющегося поведения у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву // Военно-медицинский журнал. – 2017. – №9. – С. 4-11. [Kuvshinov K.E., Shamrei V.K., Chaplyuk A.L. i dr. *Voенно-medizinskiy zhurnal*. Military-medical magazine. – 2017. – N9. – P. 4-11. (in Russian)]
 14. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л.: Медицина, 1983. – 225 с. [Lichko A.E. *Psichopatii i akzentuazii charaktera u podrostkov*. Psychopathy and character accentuation in adolescents. – Leningrad: Medicine, 1983. – 225 p. (in Russian)]
 15. Лунеев В.В. Личностные условия мотивации преступного поведения // Криминальная мотивация. – М., 1986. – С. 98-115. [Luneev V.V. *Kriminal'naya motivaziya*. Criminal motivation. – Moscow, 1986. – P. 98-115. (in Russian)]
 16. Маляренко Ю.Е., Маляренко Т.Н., Быков А.Т., Софиадис А.Т. Медико-биологическая сущность здоровья // Военная медицина. – 2010. – №4. – С. 123-131. [Malyarenko Yu.E., Malyarenko T.N., Bykov A.T., Sofiadis A.T. *Voennaya medizina*. Military medicine. – 2010. – N4. – P. 123-131. (in Russian)]
 17. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб.: Оверлайд, 1994. – 300 с. [Nullera Yu.L., Zirkina S.Yu. red. *Mezhdunarodnaya klassifikaziya bolezney (10-y peresmotr)*. *Klassifikaziya psichicheskikh i povedencheskikh rasstroystv: Klinicheskie opisaniya i ukazaniya po diagnostike*. International Classification of Diseases (10th revision). Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. – Saint-Petersburg: Overlayd, 1994. – 300 p. (in Russian)]
 18. Мельниченко П.И. Гигиенические проблемы изучения и оценки здоровья военнослужащих, участвующих в боевых операциях: лекция. – СПб., 1995. – 56 с. [Mel'nichenko P.I. *Gigienicheskie problemy izucheniya i ozenki zdorov'ya voennosluzhaschich, uchastvuyuschich v boevykh operaziyach*. Hygienic problems of studying and assessing the health of military personnel involved in combat operations: lection. – Saint-Petersburg, 1995. – 56 p. (in Russian)]
 19. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: Учебное пособие. – СПб.: Речь, 2005. – 445 с. [Mendelevich V.D. *Psichologiya deviantnogo povedeniya: uchebnoe posobie*. Psychology of deviant behavior: manual. – Saint-Petersburg: Rech', 2005. – 445 p. (in Russian)]
 20. Мясищев В.Н. Проблема отношений человека и ее место в психологии // Личность и неврозы. – Л., 1960. – С. 209-230. [Myasishev V.N. *Lichnost' i nevrozy*. Personality and neuroses. – Leningrad, 1960. – P. 209-230. (in Russian)]
 21. Мясоед П.А. Системно-деятельностный подход в психологии развития // Вопросы психологии. – 1999. – №5. – С. 90-100. [Myasoed P.A. *Voprosy psichologii*. Psychology questions. – 1999. – N5. – P. 90-100. (in Russian)]
 22. Немов Р.С. Общие основы психологии // Психология: учебник для студентов высших педагогических учебных заведений. Изд. 2-е. В 3-х кн. – М.: Просвещение, Владос, 1995. – Кн. 1. – 576 с. [Nemov R.S. *Obschie osnovy psichologii. Psichologiya. uchebnik dlya stud. vyssh. ped. ucheb. zavedeniy. v 3 kn*. General principles of psychology. Psychology: the textbook for students of the highest pedagogical educational institutions. Prod. the 2nd. In 3 princes. – Moscow: Prosveschenie, Vlados, 1995. – Kn. 1. – 576 p. (in Russian)]
 23. Пономаренко В.А., Разумов А.Н. Новые концепции охраны и восстановления здоровья здорового человека в трудовой деятельности. – М.: Медицина, 1997. – 151 с. [Ponomarenko V.A., Razumov A.N. *Novye konceptzii ochrany i vosstanovleniya zdorov'ya zdorovogo cheloveka v trudovoy deyatel'nosti*. New concepts of protection and restoration of health of a healthy person in the work. – Moscow: medicine, 1997. – 151 p. (in Russian)]
 24. Попов Ю.В. Концепция саморазрушающего поведения как проявление дисфункционального поведения личности // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехререва. – 1994. – №1. – С. 6-13. [Popov Yu.V. *Obozrenie psichiatrii i med. psichologii im. V.M. Bechrereva*. Review of psychiatry and medical psychology of V.M. Bekhrerev. – 1994. – N1. – P. 6-13. (in Russian)]
 25. Сарториус Н. Понимание МКБ-10: Классификация психических расстройств: Карманный справочник: Пер. с англ. – Киев: Сфера, 2002. – 104 с. [Sartorius N. *Ponimanie MKB-10: Klassifikaziya psichicheskikh rasstroystv: Karmannyy spravochnik: Per s angl*. Understanding ICD-10: Classifying Mental Disorders: Pocket reference book. – Kiev: Sfera, 2002. – 104 p. (in Ukrainian)]
 26. Сушевич В.В., Дудинская Р.А. Экологическая эпидемиология в структуре исследований в доклинической диагностике // Сахаровские чтения 2003 г.: экологические проблемы XXI века: материалы междунар.

- конфер. ведущих специалистов, молодых ученых и студентов 19-20 мая 2003 г. – Минск, 2003. – С. 120-121. [Sushevich V.V., Dudinskaya R.A. *Sacharovskie chteniya 2003: Ekologicheskie problemy XXI veka: materialy mezhdunar. konf. veduschich spetsialistov, molodych uchenych i studentov 19-20 maya 2003 g.* Sakharov readings 2003: environmental problems of the 21st century: materials mezhdunar. konfer. leading experts, young scientists and students on May 19-20, 2003. – Minsk, 2003. – P. 120-121. (in Russian)]
27. Ушева И.В. Проблема преемственности поколений // Сахаровские чтения 2003 г.: экологические проблемы XXI века: материалы междунар. конфер. ведущих специалистов, молодых ученых и студентов 19-20 мая 2003 г. – Минск, 2003. – С. 30-31. [Usheva I.V. *Sacharovskie chteniya 2003: Ekologicheskie problemy XXI veka: materialy mezhdunar. konf. veduschich spetsialistov, molodych uchenych i studentov 19-20 maya 2003 g.* Sakharov readings 2003: environmental problems of the 21st century: materials mezhdunar. konfer. leading experts, young scientists and students on May 19-20, 2003. – Minsk, 2003. – P. 30-31. (in Russian)]
28. Ухтомский А.А. Заслуженный собеседник: этика, религия, наука. – Рыбинск, 1997. – 258 с. [Uchtomskiy A.A. *Zasluzhennyu sobesednik: etika, religiya, nauka.* Honored Interlocutor: ethics, religion, science. – Rybinsk, 1997. – 258 p. (in Russian)]
29. Фисун А.Я., Шамрей В.К., Марченко А.А. и др. Пути профилактики аддиктивных расстройств в войсках // Военно-медицинский журнал. – 2013. – №9. – С. 4-11. [Fisun A.Ya., Shamrey V.K., Marchenko A.A. i dr. *Voенno-meditsinskiy zhurnal.* Military-medical magazine. – 2013. – N9. – P. 4-11. (in Russian)]
30. Фисун А.Я., Шамрей В.К., Гончаренко А.Ю. и др. Психология и психопатология информационных войн // Военно-медицинский журнал. – 2014. – №6. – С.4-12. [Fisun A.Ya., Shamrei V.K., Goncharenko A.Yu. i dr. *Voенno-meditsinskiy zhurnal.* Military-medical magazine. – 2014. – N6. – P. 4-12. (in Russian)]
31. Циркин В.И., Трухина С.И. Физиологические основы психической деятельности и поведения человека. – М.: Мед. книга, Н. Новгород: изд-во НГМА, 2001. – 574 с. [Zirkin V.I., Truchina S.I. *Fiziologicheskie osnovy psichicheskoy deyatel'nosti i povedeniya cheloveka.* Physiological basis of mental activity and human behavior. – Moscow: Med. book; N. Novgorod: NGMA, 2001. – 574 p. (in Russian)]

Информация об авторах

Власенко Василий Иванович – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры нормальной физиологии УО «Белорусский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Республики Беларусь. E-mail: Vlasenko_VI@tut.by

Переверзев Владимир Алексеевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой нормальной физиологии УО «Белорусский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Республики Беларусь. E-mail: PereverzevVA@bsmu.by

Разводовский Юрий Евгеньевич – ассистент кафедры патологической физиологии УО «Гродненский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Республики Беларусь. E-mail: razvodovsky@tut.by