

13. Adamýs P. *Predprofessionalnaia podgotovka i professionalnaia deiatelnoś lis s ýmerennoi ýmstvennoi otstalostú v Cheshskoi respýblike*. EDULEARN15 Proceedings, 20157 C. 7379-7388.

14. Vasenkov G.V. *Adaptasiya i sosializasiya vypýsknikov shkol VIII vida v prosese vklúchenia ih v proizvodstvennye otnoshenia v ýsloviah sostýma* // Korreksionnaia pedagogika: teoria i praktika. 2010. № 5 (41). S. 5-10.

MPHTI 15.81.61

10.51889/2959-5967.2024.81.4.002

*H.M. Суюндыкова**¹,  *О.Б. Тапалова*¹ 

¹Казахский национальный педагогический университет имени Абая (г. Алматы, Казахстан)

ПОВЕДЕНЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: ФЕНОМЕН, ПРОБЛЕМЫ, ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ

Аннотация

Поведенческое здоровье представляет собой одну из наиболее спорных и сложных областей в современной психологической литературе, научных исследованиях, законодательстве, а также в практике оказания психиатрической и психологической помощи. Сложности определения этого феномена обусловлены как размытостью его границ, так и различиями в подходах к его трактовке в мировой и современной казахстанской практике и науке. А в нашей стране корни этой неоднозначности можно найти в исторических факторах, которые оказали значительное влияние на развитие данного феномена и теориях о нем, а также на коллективное и индивидуальное сознание.

В статье рассматриваются подходы формирования представлений о поведенческом здоровье и нормах, нарушениях, связанных с ним. Анализируются последствия советского наследия в этих областях, а также их влияние на актуальные подходы к определению поведенческих расстройств. Особое внимание уделяется современному этапу развития клинической, судебной психологии и патопсихологии.

Статья подчеркивает значимость учета исторических контекстов и их воздействия на современные тенденции в казахстанской науке, что позволяет глубже понять специфику формирования подходов к поведенческому здоровью и его нарушениям, а также обуславливает необходимость адаптации этих подходов к международным стандартам в сфере психического и поведенческого здоровья и отхода от исторической обусловленности, которая препятствует внедрению более современных, универсальных и научно обоснованных методов.

Ключевые слова: поведенческое здоровье, психическое здоровье, поведенческие расстройства, зависимости, девиантное поведение.

H.M. Сүйіндікова *¹, *O.B. Тапалова* ¹

¹Абай атындағы Казак ұлттық педагогикалық университеті (Алматы қ., Қазақстан)

МІНЕЗ ҚҰЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫ: ФЕНОМЕН РЕТИНДЕ, МӘСЕЛЕЛЕРІ МЕН ЗЕРТТЕУЛІН БАҒЫТТАРЫ

Андалупа

Мінез-құлық денсаулығы қазіргі психологиялық әдебиетте, ғылыми зерттеудерде, заңнамада, психиатриялық және психологиялық көмек көрсету тәжірибесінде ең даулы әрі курделі салалардың бірі болып табылады. Бул феноменді анықтаудың курделілігі оның шекараларының

анық еместігіне және оны әлемдік әрі қазіргі қазақстандық практика мен ғылымда әртүрлі түсіндірліуіне байланысты. Біздің елімізде мұндай екіштылықтың түп-тамырлары осы феноменниң дамуына айтарлықтай әсер еткен тарихи факторларда, сондай-ақ ұжымдық және жеке сананың ерекшеліктерінде жатыр.

Мақалада мінез-құлық денсаулығы және оған қатысты нормалар мен бұзылулар туралы түсініктерді қалыптастыру тәсілдері қарастырылады. Кеңес дәүірінен қалған мұраның осы салаларға тигізген әсері және оның қазіргі бұзылыстарды анықтау тәсілдеріне ықпалы талданады. Клиникалық, сот психологиясы және патопсихологияның қазіргі даму кезеңіне ерекше назар аударылады. Мақалада тарихи контексттерді және олардың қазақстандық ғылыми қазіргі үрдістеріне әсерін ескеру маңыздылығы атап өтіледі.

Бұл зерттеу мінез-құлық денсаулығына және оның бұзылыстарына қатысты тәсілдерді қалыптастыру ерекшеліктерін теренірек түсінуге мүмкіндік береді және елімізде психикалық денсаулық саласында халықаралық стандарттарға сәйкестендірудің, сондай-ақ тарихи негізделген факторлардан арылудың қажеттілігін көрсетеді, себебі олар негұрлым заманауи, әмбебап және ғылыми дәлелденген әдістерді енгізуге кедергі келтіреді.

Түйін сөздер: мінез-құлық денсаулығы, психикалық денсаулық, бұзылулар, мінез-құлық бұзылыстары, басыбайлылық, девиантты мінез-құлық.

*N.M., Suyundykova*¹, O.B. Tapalova¹*

¹Abai Kazakh National Pedagogical University (Almaty, Kazakhstan)

BEHAVIORAL HEALTH: PHENOMENON, PROBLEMS AND RESEARCH APPROACHES

Abstract

Behavioral health constitutes one of the most debated and intricate fields in contemporary psychological literature, scientific inquiry, legislation, and the practice of psychiatric and psychological care. The challenges in defining this phenomenon stem from both the ambiguity of its boundaries and the diverse approaches to its interpretation within global and modern Kazakhstani contexts. In Kazakhstan, the roots of this ambiguity are embedded in historical factors that have profoundly shaped the development of this concept, as well as its associated theories, influencing both collective and individual consciousness. This article explores the various approaches to conceptualizing behavioral health, along with the norms and disorders linked to it. It further examines the influence of the Soviet legacy on these areas and its impact on current methodologies for identifying behavioral disorders. Particular attention is given to the recent developments in clinical, forensic psychology, and pathopsychology. The article underscores the significance of acknowledging historical contexts and their influence on current trends in Kazakhstani science, thereby enabling a deeper understanding of the unique formation of approaches to behavioral health and its disorders. It also emphasizes the need to align these approaches with international standards in mental health, moving away from historically ingrained constraints that hinder the adoption of more modern, universal, and scientifically validated methods.

Keywords: behavioral health, mental health, behavioral, conduct disorder, substance use disorders.

ВВЕДЕНИЕ Поведенческое здоровье представляет собой сложный и многогранный феномен, границы которого трудно определить в силу наличия множества различных подходов, отсутствия четких критериев и многообразия социальных, исторических и культурных различий. В современной науке данный феномен остается предметом дискуссий, в том числе в связи с его размытыми границами и отсутствием единых теоретических и методологических основ. В особенности это касается категориального аппарата поведенческого здоровья, которое

не всегда однозначно определено и интерпретируется по-разному в зависимости от научной парадигмы и культурного контекста.

В казахстанском законодательстве феномен «поведенческое здоровье» отсутствует, и вместо него используется более узкое понятие «психическое здоровье». Согласно п. 209 ст. 1 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Закон «О здоровье народа») [1], психическое здоровье определяется как «*состояние благополучия, при котором каждый человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества*». Таким образом, нормативные основы избегают концепта поведенческого здоровья как самостоятельного феномена в сфере здоровья и благополучия населения.

С другой стороны, как в законодательстве, так и на научном теоретическом поприще присутствует термин «*психические и поведенческие расстройства*», который признается группой заболеваний, характеризующихся нарушением психической деятельности, в соответствии с международной классификацией болезней (МКБ). Поведенческие расстройства, таким образом, законодательно признаны, но отнесены к нарушениям психической деятельности. Более того, законодательная база усугубляет смешение понятий: согласно п. 2 ст. 1 Закона «О здоровье народа», термины «*психическое заболевание*», «*психическое расстройство*» и «*психическое, поведенческое расстройство (заболевание)*» считаются равнозначными. Это приводит к стиранию различий между психическими и поведенческими аспектами здоровья и способствует смешению терминологий, что усложняет дальнейшие исследования в этой области.

В документах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) основное внимание уделяется понятию психического здоровья, охватывающего широкий спектр факторов, влияющих на общее состояние здоровья и благополучия человека. Согласно определению ВОЗ, психическое здоровье — это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свои способности, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно работать и вносить вклад в жизнь своего сообщества. Следует отметить, что ВОЗ не предоставляет отдельного определения термина «поведенческое здоровье». Этот термин чаще используется в некоторых странах для описания взаимосвязи между поведением и благополучием, включая такие аспекты, как употребление психоактивных веществ, питание и физическая активность [2].

Кроме того, в научной литературе часто наблюдается использование терминов «*расстройство*» и «*нарушение*» в области психической патологии как синонимов, что еще больше запутывает понимание сущности поведенческого здоровья. Эти термины часто взаимозаменяются в контексте клинической медицины и психологии, что затрудняет их точное определение и границы [3, с. 681].

Если исходить из традиционной методологии медицины и психологии, согласно которой концепты «норма-патология» разделяются на две категории – «норма-аномалия» и «здоровье-патология», то данная ситуация демонстрирует проблему, связанную с тем, что поведенческие нарушения рассматриваются как патология. Вопрос остается в том, к чему конкретно относится эта патология – к нарушениям поведенческого аспекта или к состоянию здоровья в целом.

Таким образом, целью данной статьи является выявление и анализ проблем, связанных с категориальным аппаратом поведенческого здоровья и связанных с ним нарушений, а также рассмотрение его законодательного и научного контекстов в Казахстане. Анализ данных проблем позволит уточнить определение поведенческого здоровья и внести ясность в использование его терминологической базы, что, в свою очередь, создаст более устойчивые теоретические и практические основания для дальнейших исследований и разработки стратегий по улучшению здоровья населения.

ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР. Одним из первых ученых, предложивших определение поведенческого здоровья (behavioral health) был Джозеф Доминик Матараццо В своем

определении он подчеркивал, что поведенческое здоровье является междисциплинарной областью, ориентированной на продвижение философии здоровья, которая акцентирует индивидуальную ответственность за применение знаний и методик, разработанных в рамках поведенческих и биомедицинских наук. Это направление направлено на поддержание здоровья и профилактику заболеваний и дисфункций через различные формы деятельности, как инициированные самим человеком, так и коллективные [4, с. 813]. Таким образом, Матараццо акцентировал внимание на важности индивидуальной ответственности в поддержании человеческого здоровья, подчеркивая активную роль самого человека в принятии решений. Поведенческое здоровье, по мнению ученого, подразумевает не только реактивное вмешательство в случае возникновения проблемы, но и проактивные стратегии, направленные на предупреждение возможных негативных последствий.

Кроме того, Матараццо считал, что психология занимает уникальное место в развитии поведенческого здоровья. Он утверждал, что поведенческое здоровье — это область, в которой психология, включая все ее субспециальности, обладает уникальными возможностями для значительного вклада в эту область. Он подчеркивал, что психология, как дисциплина с долгой историей изучения человеческого поведения и особенно индивидуального поведения, располагает научной базой, практическим прикладным опытом и образовательной поддержкой, чтобы немедленно начать вносить существенный вклад в развитие междисциплинарной области поведенческого здоровья [4, с. 814]. Психология, по его мнению, благодаря своему опыту в изучении человеческого поведения, может предоставить научные знания и методы, которые являются неотъемлемыми для успешного функционирования поведенческого здоровья.

Наравне с Дж. Матараццо, пик необходимости развития поведенческого здоровья как междисциплинарной отрасли в зарубежной клинической психологии был отмечен также другими исследователями, чьи работы сосредоточены на значимости поведенческих факторов. Несмотря на то, что поддержание мнения Матараццо не привело к конкретным изменениям и достижениям, все же были достигнуты определенные начальные успехи. Эти успехи касались поведенческого управления такими состояниями, как боль [5], сексуальная дисфункция [6], эссенциальная гипертензия [7], злоупотребление алкоголем [8], ожирение [9], а также социально-психологические стратегии, направленные на предотвращение курения среди детей [10]. Также были зафиксированы начальные успехи в определении роли поведенческих факторов в этиологии и эпидемиологии возрастающего количества медицинских расстройств, связанных со стрессом [11], которые ежегодно приводили к огромным экономическим потерям и человеческим страданиям. Эти достижения демонстрировали значительный потенциал поведенческого здоровья и отмечалось, что поведенческое здоровье представляется идеей, развитие которой имеет огромное значение как для науки, так и для общественного здоровья, и требует дальнейших инвестиций и внимания для укрепления их научной основы, и распространения в практике.

Матараццо выделял ключевые составляющие поведенческого здоровья, которыми, по его мнению, именно психологи должны были заниматься. Он подчеркивал, что исследования в этой области должны включать разработку и внедрение методов, которые помогли бы нашим гражданам, находящимся в состоянии текущего здоровья, в следующих аспектах: 1) воздержание от курения табака, злоупотребления алкоголем, наркотиками и другими вредными веществами (предотвращение различных форм зависимостей); 2) здоровье питания (предотвращение расстройств пищевого поведения); 3) поддержание здоровья полости рта; 4) поведение, связанное с соблюдением правил безопасности на дорогах; 5) регулярные физические упражнения; 6) установление правильных привычек сна и отдыха; и 7) соблюдение базовых стандартов безопасности на дому, на дороге и на рабочем месте. Эти примеры подчеркивают, на его взгляд, разнообразие областей, в которых поведенческое здоровье может способствовать поддержанию здоровья на индивидуальном, общественном и государственном уровнях [12, с. 5]. Особое внимание было уделяно тому, что расстройства в данных сферах приводят к значительным

потерям как на индивидуальном уровне, так и на уровне общества и государства, что делает необходимым активное вмешательство и предотвращение данных проблем. Потери, связанные с вредными привычками, недостаточной активностью и несоблюдением элементарных мер безопасности оказывают влияние не только на личное здоровье человека, но и влекут за собой значительные экономические и социальные издержки.

Матараццо считал, что данная область предоставляет уникальные возможности для психологов всех специализаций для реализации своих знаний и навыков в контексте здоровья. По его мнению, в формировании поведенческого здоровья как междисциплинарной отрасли могли бы внести значительный вклад такие направления, как социальная, биологическая, экспериментальная и физиологическая психология — к исследованию и практическому применению своих знаний в данной области [12, с. 13].

Подход автора отражает комплексное видение роли психологии в улучшении общественного здоровья. Он призывал к широкому участию психологов различных специализаций, поскольку именно их знания и навыки способны оказать существенное влияние на изменение поведения, что приведет к улучшению как индивидуального, так и общественного здоровья.

Глобальные исследования, анализируемые в историческом контексте, показали существенную роль поведенческого здоровья как неотъемлемой части глобального здоровья. Идея поведенческого здоровья, рассматриваемого как ключевой компонент общего благополучия, нашла поддержку и развитие в дальнейших научных исследованиях и междисциплинарных разработках. В анализируемых современных исследованиях предложено множество подходов к интеграции поведенческого здоровья в систему здравоохранения, что подчеркивает его значение для общественного здоровья.

Однако в этой области также остается немало нерешенных вопросов и проблем. Отмечается, что интеграция поведенческого здоровья только начинает разрабатывать стандартизированную терминологию, и различные подходы в этой сфере формируются исходя из различных интеллектуальных, географических, организационных и дисциплинарных традиций. При этом определения в данной области чаще всего подчеркивают ценности, принципы и цели, а не функциональные особенности, необходимые для признания конкретной реализации как «подлинного примера» интеграции поведенческого здоровья. Отсутствие единой терминологии для допустимых альтернатив создает риск восприятия интеграции поведенческого здоровья как сферы, где «все приемлемо» [13, с.1].

В настоящее время поведенческое здоровье определяется как совокупность любых поведенческих проблем, влияющих на здоровье, включая психические расстройства (Mental Health, MH) и нарушения, связанные с употреблением психоактивных веществ (Substance Abuse, SA), физические симптомы, вызванные стрессом, а также активное участие пациентов и их поведенческие аспекты, влияющие на здоровье [13, с.9; 14]. Это широкое определение подчеркивает сложность и многообразие поведенческого здоровья, охватывающего как психические, так и соматические аспекты здоровья человека, где поведение играет ключевую роль.

Понятие поведенческого здоровья в современном глобальном контексте не только сохраняет свою актуальность, но и расширяется благодаря междисциплинарным подходам и новым стратегиям интеграции. Это связано с тем, что поведенческие факторы, такие как курение, особенности питания и физической активности, употребление алкоголя, сексуальное поведение и избегаемые травмы, являются одним из наиболее значимых факторов, влияющих на смертность. Прогнозы глобального бремени заболеваний на следующие два десятилетия включают рост числа неинфекционных заболеваний, что подчеркивает важность изучения и внедрения стратегий для улучшения поведенческого здоровья [15].

В соответствии с таким пониманием поведенческого здоровья, на сегодняшний день разработаны ряд нарушений поведенческого здоровья, которые, признаны в качестве поведенческих расстройств по DSM-5 в широком и узком пониманиях [16].

В широком смысле понятие «поведенческие расстройства» охватывает широкий спектр нарушений, включая агрессию, возбуждение, антисоциальное поведение, избегание, поведенческий фенотип, накопительное поведение, компульсии, криминальное поведение, рассторможенность, поддержание здоровья, импульсивность, раздражительность, повторяющиеся действия, сексуальное поведение и суицидальные мысли или поведение. Эти нарушения могут быть ассоциированы с различными расстройствами, такими как острое стрессовое расстройство, анорексия, аутизм, расстройства пищевого поведения, бредовые расстройства, игровые зависимости и другие. Нарушения могут варьироваться от легких поведенческих отклонений до выраженных форм, приводящих к значительным социальным и функциональным последствиям.

В узком смысле термин «Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders» охватывает расстройства, связанные с проблемами самоконтроля эмоций и поведения, которые включены в DSM-5. Эти расстройства характеризуются поведением, нарушающим права других (например, агрессия, разрушение имущества) и/или вызывающим значительный конфликт с социальными нормами или авторитетами. К данной категории относятся оппозиционно-вызывающее расстройство, интермиттирующее взрывное расстройство, расстройство поведения, антисоциальное личностное расстройство (описываемое в главе «Расстройства личности»), пиромания, клептомания и другие указанные и неуказанные расстройства, связанные с нарушением импульсного контроля и поведения. Хотя все расстройства этой группы связаны с проблемами эмоциональной и поведенческой регуляции, различие между ними определяется акцентом на проблемах в этих двух аспектах самоконтроля. Например, критерии расстройства поведения в основном подчеркивают плохо контролируемые действия, нарушающие права других или основные социальные нормы.

Исторический и социокультурный контекст исследуемой проблемы. В казахстанском контексте, как уже было отмечено во введении, концепция и феномен «поведенческого здоровья» отсутствуют как таковые, в то время как на законодательном и практическом уровнях признается существование поведенческих расстройств.

Исторически сложилось так, что нарушения, которые современная классификация относит к расстройствам поведенческого здоровья, рассматривались преимущественно через призму девиантного поведения. Долгое время эти нарушения не ассоциировались с клинической психологией и психиатрией, а рассматривались как нарушения социальных норм, что предполагало ответственность и наказание, а не клиническое вмешательство. Такой подход был обусловлен значительным влиянием исторического и советского социокультурного контекста, который формировал восприятие поведенческих нарушений в качестве отклонений от социально приемлемых норм.

Концепция девиантного поведения в советском контексте преимущественно анализировалась через призму правовых санкций и мер социального воздействия. Это привело к тому, что клиническая диагностика и терапевтическое вмешательство отошли на второй план, что значительно затруднило развитие систем, способных предоставить необходимую помощь на уровне здравоохранения и психологической поддержки и помощи. В итоге, на протяжении длительного времени девиантные формы поведения, включая аддикции, рассматривались исключительно как социальная проблема, требующая принудительного исправления и репрессивных мер, а не как медицинская и поведенческо-психологическая проблема, требующая комплексного психиатрического или клинико-психологического вмешательства.

К примеру, исторический анализ *проблемы алкогольной аддикции* в СССР показывает, что в период с 1960-х по 1980-е годы смертность, вызванная злоупотреблением алкоголем, увеличилась до 47%, и каждый третий взрослый мужчина погибал из-за последствий алкогольной зависимости. К середине 1980-х годов пьянство и алкоголизм приобрели масштаб национальной катастрофы. В состоянии опьянения люди часто погибали от несчастных случаев: тонули, замерзали на улице, погибали в пожарах, выпадали из окон и становились жертвами дорожно-транспортных происшествий. Вытрезвители, психиатрические, наркологические и

другие лечебные учреждения не могли справиться с наплывом пациентов, хронически испытывая нехватку мест [17, с. 32]. В связи с этим 17 мая 1985 года был принят Указ «Об усилении борьбы с пьянством», который стал началом радикальных мер по решению проблемы алкоголизма и привел к созданию государственной комиссии для разработки эффективных мер по отрезвлению населения [18]. В рамках государственной антиалкогольной кампании принимались жесткие меры по предотвращению употребления спиртных напитков в общественных местах, таких как парки, скверы и поезда дальнего следования. Нарушители, обнаруженные в состоянии алкогольного опьянения, сталкивались с серьезными социальными последствиями, в частности, с проблемами на рабочем месте. Употребление алкоголя на рабочем месте могло привести к увольнению, а для членов Коммунистической партии — к исключению из ее рядов.

Организация общества трезвости в СССР не была новой инициативой. Впервые подобные меры принимались еще при И. В. Сталине: в 1929 году советское правительство инициировало массовые закрытия питейных заведений, которые преобразовывались в трезвеннические столовые и чайные. Кроме того, издавались специализированные журналы, такие как «Трезвость и культура», которые активно пропагандировали здоровый образ жизни, отвергали и осуждали алкоголь [19, с. 73–79].

В советском обществе *поведенческие расстройства охватывали не только патологические состояния, но и последствия вынужденных объективных обстоятельств*. К примеру, в начале становления советского государства произошла *криминализация сиротства*, что привело к необоснованному стигматизированию детей, чья жизнь оказалась разрушенной из-за трагических обстоятельств, лишивших их поддержки и опеки семьи.

Катастрофические события, сопряженные с многочисленными потерями людей в начале становления советского государства, привели к глубокому социальному кризису, в результате которого в СССР появилось множество беспризорных детей — от 4,5 до 7 миллионов по разным оценкам. Ситуация требовала срочных мер по ресоциализации этих детей, и на этом фоне по всей стране начали создаваться трудовые коммуны.

Эти учреждения, находившиеся под управлением Народного комиссариата внутренних дел (НКВД), не только решали проблему беспризорности, но и служили местом перевоспитания через труд. Такой подход был частью государственной стратегии создания нового общества, в котором трудовая деятельность играла ключевую роль в формировании личности, отвечающей идеалам советского государства [20, с.7-19]. Дети, оказавшиеся беспризорниками, попали в социально уязвимое положение и советские власти решили организовать для них трудовые колонии. В колониях детей включали в трудовую деятельность, что рассматривалось как основное средство воспитания, направленное на устранение беспризорности и внедрение трудовой этики и коллективизма — ценностей, важнейших для советского общества.

Криминализация сиротства коснулась и Казахстана. Изучение архивных данных показывает, что значительное сокращение количества детских учреждений сопровождалось переводом детей в трудовые колонии, а также критическим уменьшением числа педагогических и обслуживающих работников [21]. Из архивных материалов следует, что дети, достигшие определенного возраста и переставшие подходить для содержания в детских домах, переводились в трудовые колонии. В одном из архивных документов описано решение о преобразовании одного из детских домов в трудовую колонию с целью размещения в ней детей старшего возраста из других учреждений. Организация трудовой деятельности в колониях учитывала местные условия и предполагала обучение детей различным ремеслам, сельскохозяйственным и другим полезным навыкам. Таким образом, дети, переросшие возраст воспитанников детских домов, фактически оказывались в системе, где основной задачей становилось не получение образования, а приобретение трудовых навыков под строгим надзором: «*Дефективный детский дом реорганизовать в трудовую колонию, влив туда и всех переросших детский возраст детей из остальных детских домов. Колонию организовать на*

трудовых началах, для чего сообразуясь с местными условиями, представить детям возможность приучаться в различных мастерских общественно-полезному труду: ремесленно-кустарному, а в сельских местностях сельскохозяйственному труду» [22].

Среди поведенческих нарушений, указанных в DSM-5 и требующих психологических вмешательств, в советский период многие из них подвергались криминализации, причем эти меры выходили за рамки ранее рассмотренных проблем. Такие явления, как бездомность (проблемы с жильем) и безработица (профессиональные проблемы) также были криминализированы, вплоть до уголовного преследования. Например, в постановлении Совета Министров СССР от 19 июля 1951 года № 2590-1264с органам милиции и охраны МВД СССР на железнодорожном и водном транспорте предоставлялось право вносить предложения о выселении в отдаленные районы СССР на пять лет с обязательным привлечением к трудовой деятельности бродяг, не имеющих определенных занятий и места жительства [23, с. 105]. Порядок реализации этих мер был определен пунктом 14 данного постановления, согласно которому принятие решения о выселении находилось в компетенции Особого совещания при МГБ СССР [23, с. 105]. Впоследствии, 23 июля 1951 года, был принят указ Президиума Верховного Совета СССР «О мерах борьбы с антиобщественными, паразитическими элементами», которым предусматривалось наказание за эти действия в виде лишения свободы сроком на пять лет и определялся круг лиц, к которым он мог применяться (мужчины в возрасте от 18 до 55 лет, женщины — от 18 до 50 лет). Эта репрессивная практика сохранялась в правовой системе СССР вплоть до его распада. Важно отметить, что среди задержанных под данными мерами 70 % составляли ветераны войны и труда, а 20 % — лица, оказавшиеся во временной нужде [24, с. 23].

Таким образом, становится очевидным, что люди, возможно, страдающие посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) после войны или имеющие психические и поведенческие проблемы, связанные с бездомностью и профессиональной дезадаптацией, вместо клинического лечения подвергались уголовному и иному виду ответственности, вплоть до лишения свободы.

Проведенный анализ показывает, что поведенческие проблемы, связанные с социально-экономическими обстоятельствами и требующие, с точки зрения современной клинической психологии, терапевтического вмешательства, в советском контексте рассматривались через призму уголовного преследования. Отсутствие признания бездомности и безработицы как психологических стрессоров, требующих вмешательства, подчеркивали системные недостатки в обеспечении комплексной психосоциальной поддержки. Такие меры отражали государственную идеологию, ориентированную на репрессивные и корректирующие методы вместо клинической помощи.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Методология, использованная в данном исследовании, основывалась на применении качественных методов, таких как *исторический, контекстуальный, документальный и сравнительный* анализы. Эти подходы позволили более полно изучить исследуемую проблему в ее временном и социальном контексте, выявить ключевые закономерности и особенности, присущие объекту исследования. *Исторический анализ* обеспечил понимание эволюции изучаемого феномена во времени, *контекстуальный анализ* позволил рассмотреть его в рамках социальной среды, *документальный анализ* обеспечил глубокое изучение источников и данных, относящихся к предмету исследования, а *сравнительный анализ* позволил выявить различия и сходства между объектами исследования в разных контекстах, что способствовало более глубокому пониманию изучаемого явления.

Экспериментальное исследование осуществлялось с помощью метода нарративного анализа как метода качественного контент-анализа устных историй и рассказов; метод — мотивационное интервью; также были использованы архивные исследования.

Применялся метод устных и письменных опросов, анкетирования. В рамках исследования были разработаны авторские опросники, направленные на подтверждение основной гипотезы.

Сбор данных с помощью анкетирования проводился в период с сентября по ноябрь 2024 года. Авторские анкеты были тщательно разработаны с учетом обширного опыта авторов в таких областях, как академические исследования и психологическое консультирование (с использованием таких направлений как психологическая терапия травмы, экзистенциальный анализ и логотерапия, групповая психотерапия), судебные психологические и кросс-культурные исследования. Данный подход обеспечил высокое качество и валидность собираемых данных, что позволило получить надежные результаты.

Особое внимание в исследовании было уделено поддержанию последовательности методологии анкетирования, включая формулировки вопросов и варианты ответов. Это имеет ключевое значение для точного выявления изменений в общественном мнении и поведении, а также для обеспечения надежности и валидности научных выводов [25, с. 1]. Последовательность в формулировке вопросов также играет важную роль в сохранении научной значимости результатов, поскольку она напрямую влияет на надежность и сопоставимость данных на протяжении всего периода исследования. Методологически последовательные опросы позволяют отслеживать тренды с высокой степенью точности, одновременно учитывая изменения в общественных нормах и фиксируя изменения в мнениях и поведении.

При формулировании данных анкет автор сознательно отказался от использования существующих опросников. Это решение было обусловлено пониманием того, что различия в формулировке вопросов могут приводить к различным интерпретациям в разных культурных контекстах, что, в свою очередь, может искажать результаты. В связи с этим, разработка вопросов анкеты была направлена на учет исторических, культурных и социальных особенностей, характерных для нашей страны, что обеспечило релевантность и валидность собираемых данных.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ВЫБОРКИ:

Размер выборки. В опросе приняли участие 393 респондента, которые предоставили данные о своем детском опыте различных форм дисциплинарных действий, включая физическое и эмоциональное подавление. Опрос проводился на казахском и русском языках для обеспечения разнообразного языкового представительства. Из общего числа респондентов:

- Казахоязычная группа составила 51% (200 респондентов).
- Русскоязычная группа составила 49% (193 респондента) (рис. 1).

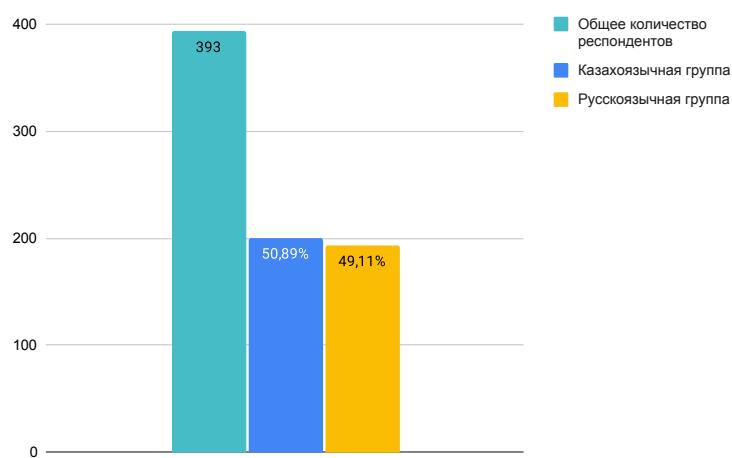


Рисунок 1 – Размер выборки

Гендерный состав. Распределение респондентов по полу было следующим:

- Мужчины составили 23% выборки, всего 90 человек, из них 58 русскоязычных и 32 казахоязычных.

- Женщины составили 77% выборки, всего 303 человека, из них 168 казахоязычных и 135 русскоязычных (рис. 2).

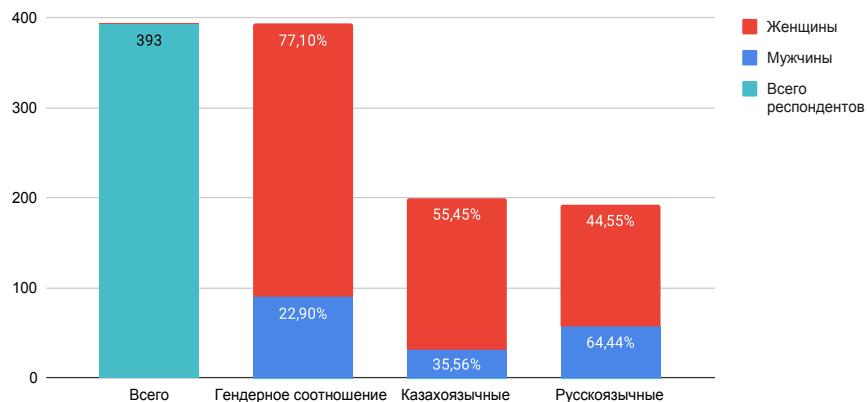


Рисунок 2 – Гендерный состав

Возрастное распределение. Респонденты составляли на четыре возрастные группы, что позволило охватить широкий возрастной диапазон:

- Возраст 18–34 лет: в эту группу вошли 161 человек, что составило 41% от общего числа участников.
- Возраст 35–44 лет: 166 человек, что составило 42,2% респондентов.
- Возраст 45–54 года: всего 46 человек, что составило 11,7% выборки.
- Возраст 55 лет и старше: самая малая группа, включающая 20 человек, что составило 5,1% респондентов (рис. 3).

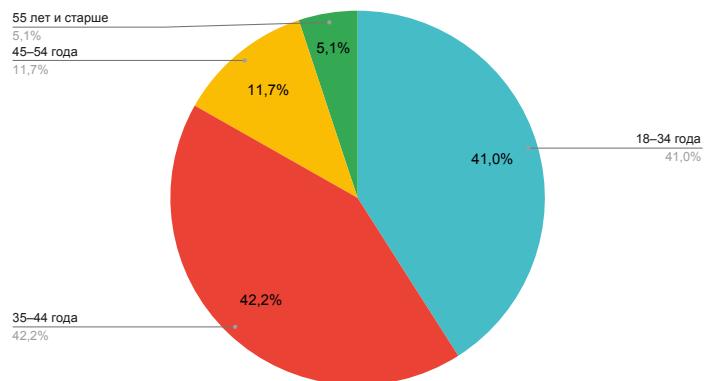


Рисунок 3 – Возрастное распределение

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ДИСКУССИЯ Проведенное экспериментальное исследование по результатам анкетирования и опроса позволило выявить *психологические предикторы проявлений агрессивного поведения как формы девиантного поведения*

Для обоснования основного тезиса о необходимости учета психологических факторов нарушений поведенческого здоровья, в период с сентября по октябрь 2024 года было проведено эмпирическое исследование в форме серии опросов. Анкетирование основывалось на тщательной разработке, учитывающей многолетний опыт авторов в психотерапии и консультировании, а также в проведении судебных и межкультурных исследований.

В качестве предмета исследования было выбрано агрессивное поведение как часть домашнего насилия, которое представляет собой актуальную проблему в нашей стране,

сопровождающейся тенденцией к усилению криминализации и ужесточению ответственности за его проявления. В условиях подобных изменений в законодательстве и обществе возникла необходимость изучения психологических причин насилиственного поведения как формы девиантного поведения.

Дополнительным основанием для проведения исследования послужило признание многих форм поведенческих нарушений, которые были отмечены выше в других разделах этой статьи (аддиктивные поведения, зависимости) в нашей стране в качестве патологических состояний и расстройств поведения. Таким образом, целью исследования было более глубокое понимание факторов, способствующих развитию насилиственных форм поведения, что важно для разработки эффективных превентивных и терапевтических стратегий. Полученные результаты свидетельствуют о следующем:

Результаты исследования подчеркивают, что насилие и девиантное поведение имеют психологические корни, и для их эффективного предотвращения недостаточно лишь ужесточения юридической ответственности. Необходимо уделить внимание исследованию психологических предикторов насилия, а также вопросам поведенческого здоровья.

Среди казахоязычных респондентов 91,2% подтвердили, что применяют насилиственные дисциплинарные методы по отношению к своим детям, которые они испытывали в детстве. Аналогично, 84,7% русскоязычных респондентов сообщили, что они интегрировали эти методы в свою жизнь и могут использовать их в отношении своих детей (рис. 4).

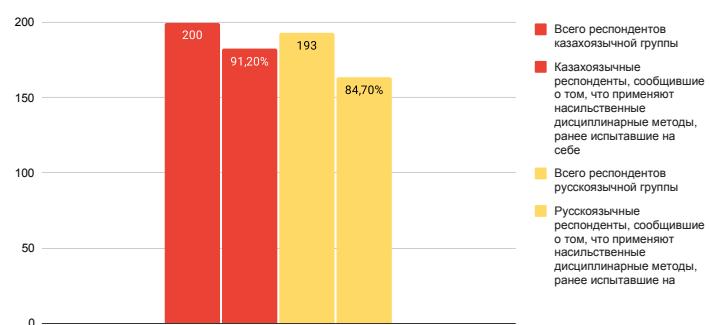


Рисунок 4 – Переживание и последующее применение насилиственных дисциплинарных методов

Также 73,34% казахоязычных и 66,8% русскоязычных участников сообщили о частом применении физического насилия как дисциплинарной тактики. Это указывает на значительное распространение физического наказания в детстве респондентов (рис. 5).

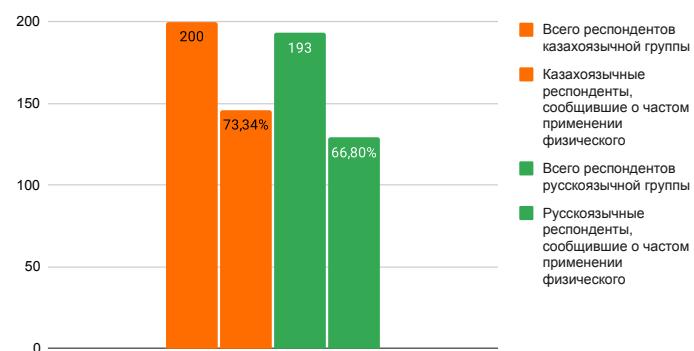


Рисунок 5 – Физическое насилие как дисциплинарная тактика

Кроме того, 85,45% казахоязычных и 90,1% русскоязычных респондентов сообщили, что их личные потребности и желания систематически игнорировались (рис. 6).

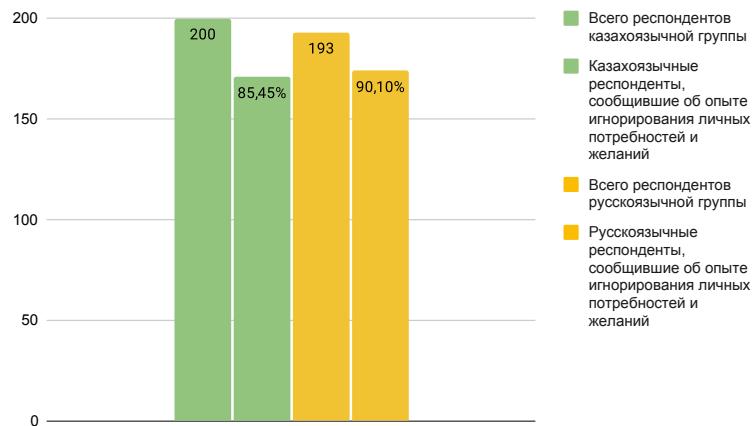


Рисунок 6 – Игнорирование личных потребностей и желаний

Ограничение эмоционального выражения также было распространенной темой, о чем сообщили 78% казахоязычных и 83,5% русскоязычных участников. Это указывает на то, что подавление эмоционального самовыражения и игнорирование потребностей детей может стать важным фактором формирования насилиственного поведения (рис. 7).

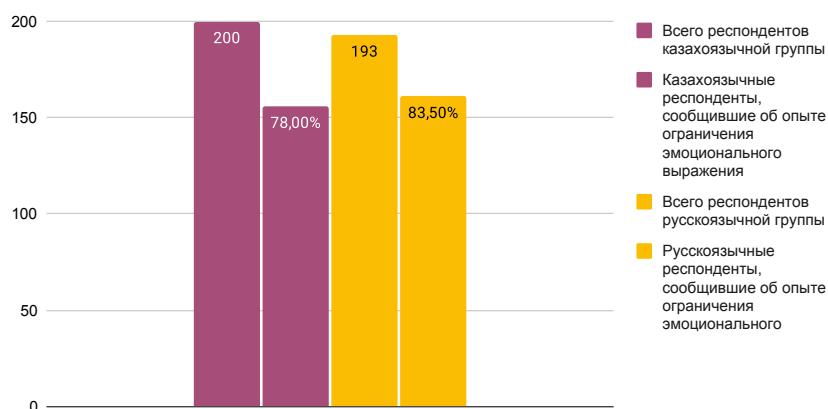


Рисунок 7 – Ограничение эмоционального выражения

Результаты экспериментального исследования показывают, что ранний опыт подавления, будь то физическое или эмоциональное, формирует предрасположенность к насилию по отношению к уязвимым группам во взрослом возрасте. По мере взросления такие индивиды бессознательно воспроизводят модели насилиственного поведения, поддерживая цикл доминирования и контроля. Преобладание таких подходов в воспитании свидетельствует о глубоко укоренившихся представлениях о допустимости насилия, что приводит к устойчивому циклу его воспроизведения в казахстанском обществе.

Многочисленные исследования по выявлению психологических особенностях исследуемой проблемы показывают, что пережитое насилие оставляет длительные последствия для искажения психики, включая посттравматические расстройства. Карательные меры могут вызывать враждебные и вызывающие реакции у детей, что усиливает антисоциальное поведение и создает цикл принудительных взаимодействий между родителями и детьми [26, с.307-336].

Кроме того, использование жесткой вербальной дисциплины негативно влияет на поведение детей, разрушая доверительные отношения и способствуя развитию депрессивных симптомов [27, с.908-926]. Эмпирические исследования также установили, что стресс и насилие в детстве оказывают долговременное воздействие на мозг, что включает нарушение развития гиппокампа, снижение активности префронтальной коры и усиление активности амигдалы, что повышает эмоциональную реактивность [28, с.410-422].

В отечественной научной литературе также достаточно обоснованно подчеркивается существование биологических предпосылок девиантного поведения, которые проявляются в зависимости от определенных условий социального окружения [29, с.9-11]. В свою очередь, социальные условия оказывают не только опосредованное воздействие на личность, но и способны приводить к значительным изменениям в биологических процессах, происходящих в организме человека. Эти изменения могут включать, например, изменение реактивности нервной системы, влияние на уровень гормонов и других физиологических показателей, что в свою очередь отражается на поведенческих реакциях. Следовательно, девиантное поведение — это результат сложного и многоуровневого взаимодействия, в котором социальные и биологические компоненты взаимодополняют и взаимопроникают друг в друга, что в итоге формирует уникальные поведенческие характеристики каждого индивида.

Таким образом, исследование показало, что для эффективной борьбы с насилием требуется не только ужесточение мер юридической ответственности, но и комплексный подход, направленный на укрепление поведенческого здоровья, а также выявление и профилактику психологических предикторов девиантного поведения. Важно учитывать, что насильтственные действия часто являются результатом хронических нарушений в психоэмоциональном развитии личности, вызванных воздействием травматических факторов в детстве.

Справедливо подчеркивается, что необходим отход от исключительно административных методов воздействия на правонарушителя, заменой которым должна стать охранно-защитная парадигма воспитательной работы с детьми и подростками, имеющими отклонения в поведении и развитии, в контексте ювенальной психологии. Эта парадигма направлена на создание условий для адаптации, компенсации, реабилитации и коррекции, что является основными задачами в данном направлении [30, с. 4, 12]. В случае работы с девиантным поведением, отмечается, что исторически сложившаяся парадигма была направлена на административно-карательный подход, в основе которого лежала педагогика перевоспитания, предполагающая «перековку» или «переделку» личности ребенка. Этот подход, ориентированный на жесткое административное вмешательство и перевоспитание, требует отказа в пользу более гуманной, защитной и поддерживающей модели взаимодействия [30, с. 4, 11].

С целью предотвращения проявлений насилия необходимо проводить раннюю диагностику психологических нарушений, таких как повышение эмоциональной реактивности, снижение способности к саморегуляции и дефицит эмоционального интеллекта, а также предлагать программы психологической коррекции. Эти меры позволяют минимизировать риск трансформации пережитой травмы в агрессивное поведение и обеспечить более устойчивое психоэмоциональное развитие индивидов. Внимание к поведенческому здоровью и профилактике психосоциальных нарушений способствует созданию более благоприятной среды для формирования гармоничных межличностных отношений и предотвращению воспроизведения насильтенного поведения в обществе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Важным является понимание того, что репрессивная политика оказала значительное влияние на текущее состояние системы оценки и понимания поведенческого здоровья и его нарушений, накладывая ограничения на содержание и трактовку данных явлений через призму исторических, контекстуальных и социальных факторов. Исторический подход, фокусирующийся на криминализации и репрессиях, затрудняет разработку объективного и научно обоснованного определения поведенческого здоровья, которое должно учитывать

сложные взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов, влияющих на поведение.

С другой стороны, в условиях современности, многие авторы отмечают недостаточность сугубо психиатрической парадигмы в оценке девиантного поведения, что подтверждает ее неспособность объективно учитывать социальные, экономические и психологические детерминанты, которые играют важную роль в формировании и поддержании поведенческих нарушений [31, с.16]. Таким образом, на сегодняшний день, многие исследователи отмечают необходимость отхода от сугубо психиатрической парадигмы, когда девиантное поведение рассматривается только как клиническое нарушение, и перехода к более многомерному и контекстуально информированному подходу в определении поведенческого здоровья. В этом контексте перспективное направление для современной казахстанской клинической психологии — это развитие собственной модели поведенческого здоровья, основанной на интеграции современных достижений науки и учета культурно-исторических особенностей.

Одним из ключевых направлений развития является разработка возможных критериев и показателей для определения поведенческого здоровья, которые будут учитывать различные аспекты функционирования индивида: от эмоционального и когнитивного до социального и культурного контекста. Такой подход позволит уйти от излишне упрощенных и стигматизирующих представлений о поведении и даст возможность глубже понять природу поведенческих нарушений. В свою очередь, формирование перспективных подходов к определению и поддержке поведенческого здоровья в Казахстане должно быть направлено на создание многоаспектной, гибкой и интегративной системы, в которой поведенческое здоровье рассматривается как важный компонент общего здоровья и благополучия человека. Это позволит преодолеть исторические ограничения, связанные с репрессивным подходом, и создаст условия для более гуманного и эффективного взаимодействия с индивидами, нуждающимися в психологической поддержке и помощи.

Список использованной литературы:

1. Республика Казахстан. Кодекс о здоровье народа и системе здравоохранения. // Принят 7 июля 2020 года, №360-VI ЗРК. – <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360> (дата обращения: 23 ноября 2024 г.).
2. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Психическое здоровье: укрепление нашей реакции. – 2023. – <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
3. Емалетдинов Б. М. Психические расстройства или психические нарушения? // Вестник Башкирского университета. – 2020. – № 3. – С. 681–687.
4. Matarazzo J. D. Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology. // American Psychologist. – 1980. – Т. 35, № 9. – pp. 807-817.
5. Fordyce W. E., Steger J. C. Behavioral Management of Chronic Pain. // Behavioral Medicine: Theory and Practice / пед. J. Brady, O. Pomerleau. – Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1979. – PP. 254-268.
6. Masters W. H., Johnson V. E. Human Sexual Inadequacy. – Boston: Little, Brown, 1970. – 467p.
7. Agras S., Jacob R. Hypertension. // Behavioral Medicine: Theory and Practice / пед. J. Brady, O. Pomerleau. – Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1979. – pp. 285-302.
8. Neubuerger O. W., Matarazzo J. D., Schmitz R. E., Pratt H. H. One Year Follow-Up of Total Abstinence in Chronic Alcoholic Patients Following Emetic Counterconditioning. // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. – 1980. – Т. 4, № 3. – pp. 306-312. – <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1980.tb04820.x>.

9. Stunkard A. J. *Behavioral Medicine and Beyond: The Example of Obesity*. // *Behavioral Medicine: Theory and Practice* / ред. J. Brady, O. Pomerleau. – Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1979. – pp. 198-210.
10. Evans R. I., Rozeile R. M., Mittelmark M. B., Hansen W. B., Bane A. L., Havis J. *Deterring the Onset of Smoking in Children: Knowledge of Immediate Physiological Effects and Coping with Peer Pressure, Media Pressure, and Parent Modeling*. // *Journal of Applied Social Psychology*. – 1978. – Т. 8. – PP. 126-135.
11. Holmes T. H., Masuda M. *Life Change and Illness Susceptibility*. // *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* / ред. B. S. Dohrenwend, B. P. Dohrenwend. – New York: Wiley, 1974. – pp. 72-87.
12. Matarazzo J. D. *Behavioral Health's Challenges to Academic, Scientific, and Professional Psychology*. // *American Psychologist*. – 1982. – Т. 37, № 1. – pp. 1-14. – <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.1.1>.
13. Peek C. J., National Integration Academy Council. *Lexicon for Behavioral Health and Primary Care Integration: AHRQ Publication No. 13-IP001-EF*. – Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2013. – Доступ: <http://integrationacademy.ahrq.gov/sites/default/files/Lexicon.pdf>.
14. Chen I. Q., Garneau H. Ch., Seay-Morrison T., Mahoney M. R., Filipowicz H., McGovern M. P. *What Constitutes «Behavioral Health»? Perceptions of Substance-Related Problems and Their Treatment in Primary Care*. // *Addiction Science & Clinical Practice*. – 2020. – Т. 15, № 1. – <https://doi.org/10.1186/s13722-020-00202-w>.
15. Glanz K., Rimer B. K., Viswanath K., ред. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. – San Francisco: Jossey-Bass, 2008. – 592p.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR*. – 5-е изд., текстовая редакция. – Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022. – 1142p.
17. Каунова Е. В. Горбачевский «Сухой закон» как радикальная мера отрезвления советского человека. // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия: Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология. – 2019. – Т. 4, № 249. – С. 31–41.
18. Президиум Верховного Совета СССР. Указ «Об усилении борьбы с пьянством». // (ред. Указа Президиума Верховного Совета СССР от 29 мая 1987 года № 7104-XI). – Доступ: <http://docs.cntd.ru/> (дата обращения: 04 октября 2024 г.).
19. Магсумов Т. А., Ковзик Г. О. Антиалкогольная кампания 1985-1987 гг. в СССР: второй период. // Новый университет. Сер. Актуальные проблемы гуманитарных и общественных наук. – 2015. – № 1 (46). – С. 73-79.
20. Смирнов И. П. Детские трудовые колонии — предтеча советской педагогики (Шацкий С. Т.). // Казанский педагогический журнал. – 2021. – Т. 2 (145). – С. 7–19.
21. Крайком РКП(б). Справка Джетысуйской губернии о народном образовании от 06 апреля 1926 г., № 580. // Материал АПО Казкрайкока ВКП(б) о мероприятиях дошкольного воспитания, о школьном Строительстве и подготовке учителей и др. – Архив Президента Республики Казахстан, Алматы. – Фонд 141, опись 1, дело 947, С. 48.
22. Казкрайком ВКП(б). Выписка из протокола № 10 Делегатского собрания от 21 марта 1926 года. // Протоколы совещаний, доклады, отчеты Акмолинского, Уральского и Кустанайского губженотделов и Адаевского женотдела о работе среди женщин, в детских домах, яслях и ликвидации неграмотности. – Архив Президента Республики Казахстан, Алматы. – Фонд 141, опись 1, дело 1003, С. 535–536.
23. Беркутов А.С., Кравченко Е.В. Борьба с бродяжничеством в СССР в 1950-1960-е годы. // Философия права - №2 (75)- С.104-111.

24. Российский государственный архив новейшей истории (РГАНИ). Фонд 4, Опись 1, Дело 26.
25. Cowan S. K., Hout M., Perrett S. Updating a Time-Series of Survey Questions: The Case of Abortion Attitudes in the General Social Survey. // Sociological Methods & Research. – 2022. – 53 p. – <https://doi.org/10.1177/00491241211043140>.
26. Sung Joon J., Smith C. A. A Test of Reciprocal Causal Relationships among Parental Supervision, Affective Ties, and Delinquency. // Journal of Research in Crime and Delinquency. – 1997. – Т. 34, № 3. – <https://doi.org/10.1177/0022427897034003002>.
27. Ming-Te W., Kenny S. J. Longitudinal Links between Fathers' and Mothers' Harsh Verbal Discipline and Adolescents' Conduct Problems and Depressive Symptoms. // Child Development. – 2014. – Т. 85, № 3. – <https://doi.org/10.1111/cdev.12143>.
28. Arnsten A. F. Stress Signalling Pathways That Impair Prefrontal Cortex Structure and Function. // Nature Reviews Neuroscience. – 2009. – Т. 10, № 6. – <https://doi.org/10.1038/nrn2648>.
29. Ақажанова А. Т., Курбаналиева М. К. О некоторых особенностях влияния биологических факторов на формирование девиантного поведения. // Национальная ассоциация ученых. – 2016. – № 4-2 (20). – С. 9-11.
30. Ақажанова А. Т. Девиантология: Учебное пособие. – Алматы: Нұр-пресс, 2008. – 114с.
31. Менделевич В. Д. Поведенческие расстройства или девиации поведения? // Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушикина – 2000. - № 6. - С.16–19.

References:

1. Respublika Kazahstan. Kodeks o zdorov'e naroda i sisteme zdravooхranenija [Republic of Kazakhstan. Code on People's Health and Healthcare System]. – Prinyat 7 iulja 2020 goda, №360-VI ZRK [Adopted July 7, 2020, No. 360-VI ZRK] [Elektronnyj resurs]. URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360> (data obrashchenija: 23.11.2024).
2. Vsemirnaja organizacija zdravooхranenija (VOZ). Psihicheskoe zdorov'e: ukreplenie nashej reakcii [World Health Organization (WHO). Mental Health: Strengthening Our Response]. – 2023 [Elektronnyj resurs]. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
3. Emaletdinov B. M. Psihicheskie rasstroystva ili psihicheskie narushenija? [Mental Disorders or Mental Disturbances?] // Vestnik Bashkirskogo universiteta [Bulletin of Bashkir University]. – 2020. – № 3. – p. 681–687.
4. Matarazzo J. D. Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology. // American Psychologist. – 1980. – Т. 35, № 9. – pp. 807-817.
5. Fordyce W. E., Steger J. C. Behavioral Management of Chronic Pain. // Behavioral Medicine: Theory and Practice / red. J. Brady, O. Pomerleau [eds. J. Brady, O. Pomerleau]. – Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1979. – pp. 254-268.
6. Masters W. H., Johnson V. E. Human Sexual Inadequacy. – Boston: Little, Brown, 1970. – 467 p.
7. Agras S., Jacob R. Hypertension. // Behavioral Medicine: Theory and Practice / red. J. Brady, O. Pomerleau [eds. J. Brady, O. Pomerleau]. – Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1979. – pp. 285-302.
8. Neubuerger O. W., Matarazzo J. D., Schmitz R. E., Pratt H. H. One Year Follow-Up of Total Abstinence in Chronic Alcoholic Patients Following Emetic Counterconditioning. // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. – 1980. – Т. 4, № 3. – pp. 306-312. – <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1980.tb04820.x>.
9. Stunkard A. J. Behavioral Medicine and Beyond: The Example of Obesity. // Behavioral Medicine: Theory and Practice / red. J. Brady, O. Pomerleau [eds. J. Brady, O. Pomerleau]. – Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1979. – pp. 198-210.

10. Evans R. I., Rozeile R. M., Mittlemark M. B., Hansen W. B., Bane A. L., Havis J. Deterring the Onset of Smoking in Children: Knowledge of Immediate Physiological Effects and Coping with Peer Pressure, Media Pressure, and Parent Modeling. // *Journal of Applied Social Psychology*. – 1978. – T. 8. – pp. 126-135.
11. Holmes T. H., Masuda M. Life Change and Illness Susceptibility. // *Stressful Life Events: Their Nature and Effects / red. B. S. Dohrenwend, B. P. Dohrenwend [eds. B. S. Dohrenwend, B.P. Dohrenwend].* – New York: Wiley, 1974. – pp. 72-87.
12. Matarazzo J. D. Behavioral Health's Challenges to Academic, Scientific, and Professional Psychology. // *American Psychologist*. – 1982. – T. 37, № 1. – pp. 1-14. – <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.1.1>.
13. Peek C. J., National Integration Academy Council. Lexicon for Behavioral Health and Primary Care Integration: AHRQ Publication No. 13-IP001-EF. – Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2013 [Elektronnyj resurs]. URL: <http://integrationacademy.ahrq.gov/sites/default/files/Lexicon.pdf>.
14. Chen I. Q., Garneau H. Ch., Seay-Morrison T., Mahoney M. R., Filipowicz H., McGovern M. P. What Constitutes «Behavioral Health»? Perceptions of Substance-Related Problems and Their Treatment in Primary Care. // *Addiction Science & Clinical Practice*. – 2020. – T. 15, № 1. – <https://doi.org/10.1186/s13722-020-00202-w>.
15. Glanz K., Rimer B. K., Viswanath K., red. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* [eds. Glanz K., Rimer B. K., Viswanath K.]. – San Francisco: Jossey-Bass, 2008. – 592p.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR.* – 5th ed., text revision. – Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022. – 1142p.
17. Kaunova E. V. Gorbachevskij «Suhoj zakon» kak radikal'naja mera otrezvlenija sovetskogo cheloveka [Gorbachev's «Dry Law» as a Radical Measure to Sober up the Soviet People]. // *Vestnik Adygejskogo gosudarstvennogo universiteta. Serija: Regionovedenie: filosofija, istorija, sociologija, jurisprudencija, politologija, kul'turologija* [Bulletin of the Adyge State University. Series: Regional Studies: Philosophy, History, Sociology, Law, Political Science, Cultural Studies]. – 2019. – T. 4, № 249. – pp. 31–41.
18. Prezidium Verhovnogo Soveta SSSR. Ukaraz «Ob usilennii bor'by s p'janstvom» [The Decree of the Presidium of the Supreme Soviet of the USSR on «Strengthening the Fight Against Alcoholism】. – 1987 [Elektronnyj resurs]. URL: <http://docs.cntd.ru/> (data obrashchenija: 04.10.2024).
19. Magsumov T. A., Kovzik G. O. Antialkogol'naja kampanija 1985-1987 gg. v SSSR: vtoroj period [Anti-Alcohol Campaign in the USSR 1985-1987: The Second Period]. // *Novyj universitet. Ser. Aktual'nye problemy gumanitarnyh i obshhestvennyh nauk* [New University. Series: Actual Problems of Humanities and Social Sciences]. – 2015. – № 1 (46). – pp. 73-79.
20. Smirnov I. P. Detskie trudovye kolonii — predtecha sovetskoy pedagogiki (Shackij S. T.) [Children's Labor Colonies - Forerunner of Soviet Pedagogy (Shatsky S. T.)]. // *Kazanskij pedagogicheskij zhurnal* [Kazan Pedagogical Journal]. – 2021. – T. 2 (145). – pp. 7–19.
21. Krajkom RKP(b). Spravka Dzhetyyskoj gubernii o narodnom obrazovanii ot 06 aprelja 1926 g., № 580 [Information from Dzhetyysuy Province on Public Education dated April 6, 1926, № 580]. // Material APO Kazkrajjkoka VKP(b) o meroprijatijah doshkol'nogo vospitanija, o shkol'nom stroitel'stve i podgotovke uchitelej i dr. [Material from APO Kazkrajjkoka VKP(b) on pre-school education, school construction, teacher training, etc.]. – Archive of the President of the Republic of Kazakhstan, Almaty. – Fond 141, opis' 1, delo 947, pp. 48.
22. Kazkrajkom VKP(b). Vypiska iz protokola № 10 Delegatskogo sobrannja ot 21 marta 1926 goda [Extract from Protocol № 10 of the Delegate Meeting dated March 21, 1926]. // *Protokoly*

soveshhanij, doklady, otchety Akmolinskogo, Ural'skogo i Kustanajskogo gubzhenotdelov i Adajevskogo zhenotdela o rabote sredi zhenshhin, v detskih domah, jaslyjah i likvidacii negramotnosti [Protocols of meetings, reports, and accounts of Akmola, Ural, Kustanay provincial women's departments, and Adaev women's department on work among women, orphanages, nurseries, and literacy eradication]. – Archive of the President of the Republic of Kazakhstan, Almaty. – Fond 141, opis' 1, delo 1003, pp. 535–536.

23. Berkutov A. S., Kravchenko E. V. Bor'ba s brodjazhnichestvom v SSSR v 1950-1960-e gody [Fight against Vagrancy in the USSR in the 1950-1960s]. // Filosofija prava [Philosophy of Law]. – 2016. – № 2 (75). – pp. 104-111.

24. Rossijskij gosudarstvennyj arhiv novejshej istorii (RGANI) [Russian State Archive of Modern History (RGANI)]. – Fond 4, Opis' 1, Delo 26.

25. Cowan S. K., Hout M., Perrett S. Updating a Time-Series of Survey Questions: The Case of Abortion Attitudes in the General Social Survey. // Sociological Methods & Research. – 2022. – 53 p. – <https://doi.org/10.1177/00491241211043140>.

26. Sung Joon J., Smith C. A. A Test of Reciprocal Causal Relationships among Parental Supervision, Affective Ties, and Delinquency. // Journal of Research in Crime and Delinquency. – 1997. – T. 34, № 3. – <https://doi.org/10.1177/0022427897034003002>.

27. Ming-Te W., Kenny S. J. Longitudinal Links between Fathers' and Mothers' Harsh Verbal Discipline and Adolescents' Conduct Problems and Depressive Symptoms. // Child Development. – 2014. – T. 85, № 3. – <https://doi.org/10.1111/cdev.12143>.

28. Arnsten A. F. Stress Signalling Pathways That Impair Prefrontal Cortex Structure and Function. // Nature Reviews Neuroscience. – 2009. – T. 10, № 6. – <https://doi.org/10.1038/nrn2648>.

29. Akazhanova A. T., Kurbanalieva M. K. O nekotoryh osobennostjah vlijanija biologicheskikh faktorov na formirovanie deviantnogo povedenija [On Some Peculiarities of the Influence of Biological Factors on the Formation of Deviant Behavior]. // Nacional'naja associaciya uchenyh [National Association of Scientists]. – 2016. – № 4-2 (20). – pp. 9-11.

30. Akazhanova A. T. Deviantologija: Uchebnoe posobie [Deviantology: A Textbook]. – Almaty: Nur-press, 2008. – 114p.

31. Mendelevich V. D. Povedencheskie rasstroystva ili deviacii povedenija? [Behavioral Disorders or Behavioral Deviations?]. // Psihiatrija i psihofarmakoterapija im. P. B. Gannushkina [Psychiatry and Psychopharmacotherapy named after P. B. Gannushkin]. – 2000. – № 6. – pp. 16–19.