

КОМПЛЕКСНА БАГАТОРІВНЕВА ПРОГРАМА КОРЕКЦІЇ ТА ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ ІЗ РОЗЛАДАМИ ЕМОЦІЙ І ПОВЕДІНКИ

Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня імені О. Ф. Мальцева

Комплексно обстежено 100 підлітків віком від 14 до 17 років зі змішаними розладами емоцій і поведінки F92, у половини з яких установлена аутоагресивна поведінка. На основі визначення клініко-феноменологічних особливостей аутоагресивної поведінки у цього контингенту біологічних, психосоціальних і психологічних факторів ризику її розвитку розроблено комплексну багаторівневу програму її корекції і психопрофілактики у підлітків.

Ключові слова: аутоагресивна поведінка, підлітки, змішані розлади емоцій і поведінки, психопрофілактика, корекція.

Україна входить до групи країн із середнім рівнем суїцидальної активності: зараз фіксується до 20 випадків суїциду на 100 тисяч населення [1, 2]. Медико-соціальна важливість зниження кількості самогубств та суїцидальної активності стала основою для формування в різних країнах світу національних програм із превенції аутоагресивної поведінки (АП) як загалом в популяції, так і серед максимально вразливих контингентів населення, зокрема дітей та підлітків [3].

Підлітковий контингент у силу специфічних особливостей розвитку, а саме — ранньої біологічної зрілості на тлі психічної, соціальної, психологічної та іншої несформованості, є дуже вразливим для впливу будь-яких негативних чинників, наслідком чого можуть бути різноманітні між- та внутрішньоособистісні конфлікти, їх глобалізація та фіксація [4]. Це може призвести до розладів емоційної сфери (тривожних, депресивних, тривожно-депресивних, фобічних), поведінкових порушень, схильності до різноманітних адикцій, високого суїцидального ризику або інших проявів психосоціальної дезадаптації [5–7]. Отже, психопрофілактика АП у підлітків, зокрема з розладами поведінки, стає важливим медико-соціальним завданням, вирішення якого має здійснюватися з урахуванням сучасних світових тенденцій стосовно превентивних стратегій [8–11]. Однак на теперішній час в Україні відсутні дієві програми психопрофілактики аутоагресії серед підлітків, створені з урахуванням сучасних профілактичних підходів, що довели свою результативність у багатьох країнах світу.

Мета дослідження — встановлення механізмів формування АП у підлітків із розладами поведінки та розробка на цій основі комплексної багаторівневої програми її психопрофілактики та корекції.

Упродовж 2010–2013 рр. на базі дитячого психіатричного відділення Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О. Ф. Мальцева з дотриманням принципів біоетики та деонтології було обстежено 100 підлітків віком від 14 до 17 років зі змішаними розладами емоцій і поведінки (F92 за МКХ-10). Серед них у 50 осіб, які становили основну групу (ОГ), визначено прояви АП у вигляді суїцидальних думок, задумів, намірів, рішень (36, 72 % пацієнтів) або суїцидальної спроби в анамнезі (14, 28 % пацієнтів). До групи порівняння (ГП) увійшли 50 підлітків без ознак АП.

Комплексне обстеження включало клініко-анамнестичне інтерв'ю, розгорнуте клініко-психопатологічне та психодіагностичне дослідження з використанням клінічних рейтингових шкал HADS і HDRS [12], методику багатовимірної оцінки дитячої тривожності (МОДТ) О. Роміциної [13], а також шкали виміру суїцидального ризику і самосвідомості смерті В. Л. Гавенка та ін. [14, 15]. Психологічні предиктори АП визначали з використанням патохарактерологічного діагностичного опитувальника (ПДО) А. Є. Лічка [16]; методики діагностики показників і форм агресії А. Басса і А. Даркі [17]; методики визначення копінг-стратегій Р. Лазаруса [18]. Для статистичної обробки даних використовували процедури первинної та вторинної (кореляційної та варіаційної) статистики. Математична обробка результатів проводилася за допомогою прикладного пакету програм Statistica for Windows Release 6.0.

Серед підлітків із проявами АП було 56 % дівчат (їх середній вік становив $15,4 \pm 1,8$ року) і 44 % хлопців (середній вік — $16,3 \pm 1,7$ року), а між обстеженими зі змішаними розладами емоцій і поведінки без АП — 62 % хлопців (середній

вік — 15,9±1,2 року) і 38 % дівчат (середній вік — 15,1±1,4 року).

У 40 % підлітків ОГ батьки працювали робітниками, у 34 % — працівниками бюджетної сфери, у 16 % — підприємцями, а у 10 % були безробітними. Серед батьків підлітків ГП 42 % виявилися працівниками бюджетної сфери, 32 % — робітниками, 22 % — підприємцями й 4 % — безробітними. Не мали власної кімнати в квартирі, де проживали з батьками та іншими родичами, 48 % підлітків із проявами АП і 54 % обстежених ГП. 42 % пацієнтів ОГ і 34 % ГП мали індивідуальний простір власної кімнати, відповідно 6 % ОГ і 10 % проживали разом із батьками в гуртожитку.

Серед обстежених обох груп переважали такі поведінкові порушення: прогулювання занять у школі — у 86 % випадків, втеча з дому — у 81 %, образи й роздратування у відповідь на слова та дії оточуючих — у 71 %, безпідставні обурення — у 61 %, часті спалахи гніву — у 59 %, перекладання власної провини на інших людей — у 58 %, схильність до брехні — у 56 %, злопам'ятність або мстивість — у 50 %, прагнення сперечатись з дорослими — у 49 %, ігнорування вимог дорослих — у 48 %, демонстративні вчинки, неприємні для інших, — у 40 %, крадіжки цінних речей із дому або інших місць — у 22 %, часті бійки — у 18 %, жорстокість до тварин — у 8 %, переслідування інших осіб, завдання їм болю — у 6 %, грабування приміщень, автомобілів — у 6 %.

При аналізі частоти окремих клініко-психопатологічних феноменів у клінічній структурі діагностованого розладу було встановлено, що підлітки з проявами АП ($p < 0,05$) відзначали у себе знижений фон настрою (80 проти 36 % опитаних ГП), підвищену уразливість (40 проти 22 %), у 64 % виникали стани розгубленості (в ГП — у 12 % випадків), явища підвищеної сприйнятливості до раніше нейтральних подразників (74 проти 64 % обстежених ГП), а також obsесивні симптоми (нав'язливі спогади пережитого, що виникали раптово, незалежно від бажання, — 36 проти 22 %; наявність нав'язливих думок і побоювань — 40 проти 14 %).

Підлітки зі змішаним розладом емоцій та поведінки без АП вирізнялися підвищеною схильністю до короточасних бурхливих реакцій (44 % пацієнтів ОГ проти 68 % підлітків ГП), нездатністю до самоконтролю та адекватної оцінки наслідків своїх вчинків (46 проти 72 %). В обох групах досить поширеними були симптоми підвищеної когнітивної виснаженості (порушення запам'ятовування поточних подій — 48 % пацієнтів ОГ й 40 % підлітків ГП; підвищена виснаженість уваги — по 42 % в обох групах).

У ході клініко-психопатологічного обстеження у підлітків із АП встановлено значну поширеність

астенічних проявів — скарги на загальну слабкість, млявість, швидку стомлюваність, труднощі зосередження. В осіб із резидуально-органічною патологією достовірно частіше виникали дратівливість при напрузі і стомленні, погана переносимість шуму і яскравого світла, вегетативна лабільність, головний біль, запаморочення, тахікардія, велика кількість різних соматичних скарг ($p < 0,05$).

Дослідження вираженості і структури тривоги з використанням методики МОДТ підтвердило попередню гіпотезу про те, що наявність підвищеного рівня тривожності у підлітків, особливо значуща у сферах зовнішньої комунікації (тривога у відносинах з однолітками, у зв'язку з думкою оточуючих, у відносинах із батьками) призводить до зниження психічної активності та підвищення вегетативної реактивності, що стає психопатологічним підґрунтям для формування таких проявів деструктивного патологічного реагування, як АП. У пацієнтів ОГ порівняно з підлітками ГП спостерігалися більш виражені симптоми пригніченості настрою, нудьги, зневіри, суму, печалі, а також астенічні прояви (підвищена стомлюваність, слабкість, млявість, дратівливість при напрузі, підвищена сприйнятливості до раніше нейтральних подразників), різні тривожні прояви (внутрішнє напруження з неможливістю розслабитися, різного роду страхи, невмотивоване занепокоєння, тривога), схильність до бурхливих афективних реакцій зі сльозами, що часто переходили у ридання, нав'язливі спогади стресової ситуації, втрата інтересу до колишніх занять, ідеї самозвинувачення і самознищення. У більшості обстежених виявлено різні розлади сну (труднощі засинання з частими пробудженнями і жахливими сновидіннями), ознаки вегетативної лабільності.

На основі аналізу отриманих даних виділено клінічні варіанти емоційних порушень, притаманних обстеженим обох груп. Так, для підлітків ГП зі змішаним розладом емоцій та поведінки без проявів АП характерними були тривожно-експлозивний (у 38 % випадків) і мозаїчний (у 62 %) варіанти емоційних порушень. Тривожно-експлозивний характеризувався нестійкістю емоційного стану, що виявлялося в частих коливаннях настрою, підвищеній збудливості, дратівливості, підвищеній зовнішній агресивності, недостатній саморегуляції з гострими переживаннями ситуації невдачі, коли разом із реакціями самозвинувачення вони демонстрували ворожість до оточуючих. Для мозаїчного варіанта були притаманні окремі прояви усього спектра емоційних розладів: від тривожно-депресивних до вегетативних та агресивних в основному невисокого ступеня вираженості. У підлітків ОГ із проявами АП встановлено

депресивно-уникаючий (у 30% випадків), три-возно-підозрілий (у 34%) і астено-істероїдний (у 36%) клінічні варіанти.

Пацієнти з депресивно-уникаючим варіантом характеризувалися схильністю до депресивного реагування, часто — з елементами туги без проєкції на майбутнє, коливаннями настрою упродовж доби з превалюванням суму, пригніченості, апатії, відчуття провини. Вони відрізнялися складнощами у соціальних контактах, невпевненістю у собі, миттєвою дестабілізацією емоційного стану у стресогенних ситуаціях із прагненням втекти від неї, побоювалися будь-яких змін, від яких чекали лише негараздів.

Для тривожно-підозрілого варіанта характерними були домінування загального тривожного тла настрою, пригніченості, дратівливості, гіперестезії, почуття туги, очікування нещастя, внутрішньої напруги, занепокоєння з неможливістю розслабитися, посилення тривоги на тлі пошквалювання спогадів про психотравмуючу ситуацію. Такі особи демонстрували недовірливість до оточуючих, бо мали постійні підозри в їх шкідливих намірах стосовно власної персони, відчували образу та гнів на увесь світ за свої дійсні або вигадані (уявні) страждання.

Астено-істероїдний варіант виявлявся парадоксальним поєднанням виражених астеничних проявів підвищеної стомлюваності, млявості, виснаженості, дратівливості, підвищеної сприйнятливості до раніше нейтральних подразників у поєднанні з тривогою, напруженістю, хвилюванням, істерикою на тлі яскраво виражених соматовегетативних симптомів.

Дослідження суїцидального ризику та само-свідомості смерті очікувано підтвердило наявність достовірної різниці цих усереднених показників в обстежених обох груп. Так, для підлітків ОГ характерними були підвищені показники суїцидального ризику (загальний усереднений показник по групі — 32,09) та низькі — самосвідомості смерті (загальний усереднений показник по групі — 19,22). При цьому серед осіб, у яких в анамнезі була суїцидальна спроба (14 респондентів), усереднений показник суїцидального ризику був менший, а самосвідомості смерті — більший, ніж у підлітків із наявністю суїцидальних думок, задумів, намірів (36 осіб): 29,5 проти 33,1 бала за суїцидальним ризиком та 19,8 проти 19,0 балів за самосвідомістю смерті. В підлітків ГП обидва показники були в рамках нормативних значень: усереднений показник суїцидального ризику — 23,1 бала, самосвідомості смерті — 24,3 бала.

Узагальнення отриманих результатів дало змогу проаналізувати клінічні особливості проявів та виникнення АП у підлітків зі змішаним розладом емоцій і поведінки, на основі чого нами виділено

три її типи. Основними компонентами для кожного з трьох типів АП є: для істинного (10% обстежених ОГ, 35,7% серед осіб із суїцидальною спробою в анамнезі) — відмова від боротьби, «виключення» з важкої ситуації, зважаючи на безуспішність неодноразових спроб упоратися з нею і неможливість відмовитися від своїх цілей; для афективного (52% осіб ОГ, з яких 28,6% випадків серед скоєних суїцидальних спроб і 61,1% підлітків з аутоагресивними тенденціями) — зняття емоційної напруги в ситуації тривалої психотравми; для демонстративного (52% пацієнта ОГ, з яких 28,6% випадків серед скоєних суїцидальних спроб і 61,1% підлітків з аутоагресивними тенденціями) — «крик про допомогу». Спільність психологічного сенсу всіх типів АП полягає у відсутності справжнього бажання смерті, думка про смерть нечітка і завжди дещо двозначна: очікування позбавлення від страждань, але не фізичної смерті.

Аналіз контекстуальних чинників дозволив встановити предиспозиційні біологічні, психосоціальні й інтерпсихологічні фактори в генезі АП у підлітків. Біологічними контекстуальними предиспозиційними чинниками АП визначено: спадкову обтяженість за психічними і поведінковими розладами внаслідок уживання алкоголю або АП, АП у вигляді неодноразового вживання алкоголю зі шкідливими наслідками, паління похідних каннабісу та інгаляції токсичних речовин. Психосоціальними чинниками АП є: дисфункціональна конфліктна родина, деструктивне виховання за типами «емоційне відкидання», «гіпер- або гіпоопіки», наявність проблем у школі та у взаємодії з реферетним середовищем однолітків, а також у сфері гендерної комунікації. Інтерпсихологічними предикторами АП у підлітків вважаються: наявність акцентуєваних рис нестійкості, гіпертимності, шизоїдності — ізольованих або сполучених з істероїдністю; виражені агресивні прояви у вигляді негативізму, підозрливості, образи й почуття провини; превалювання копінг-стратегій втечі — уникнення або конфронтація.

На основі узагальнення отриманих даних нами запропонована багаторівнева програма корекційних і психопрофілактичних заходів щодо АП у підлітків, яка може бути застосована як для загальної популяції, так і для контингенту з розладами емоцій і поведінки.

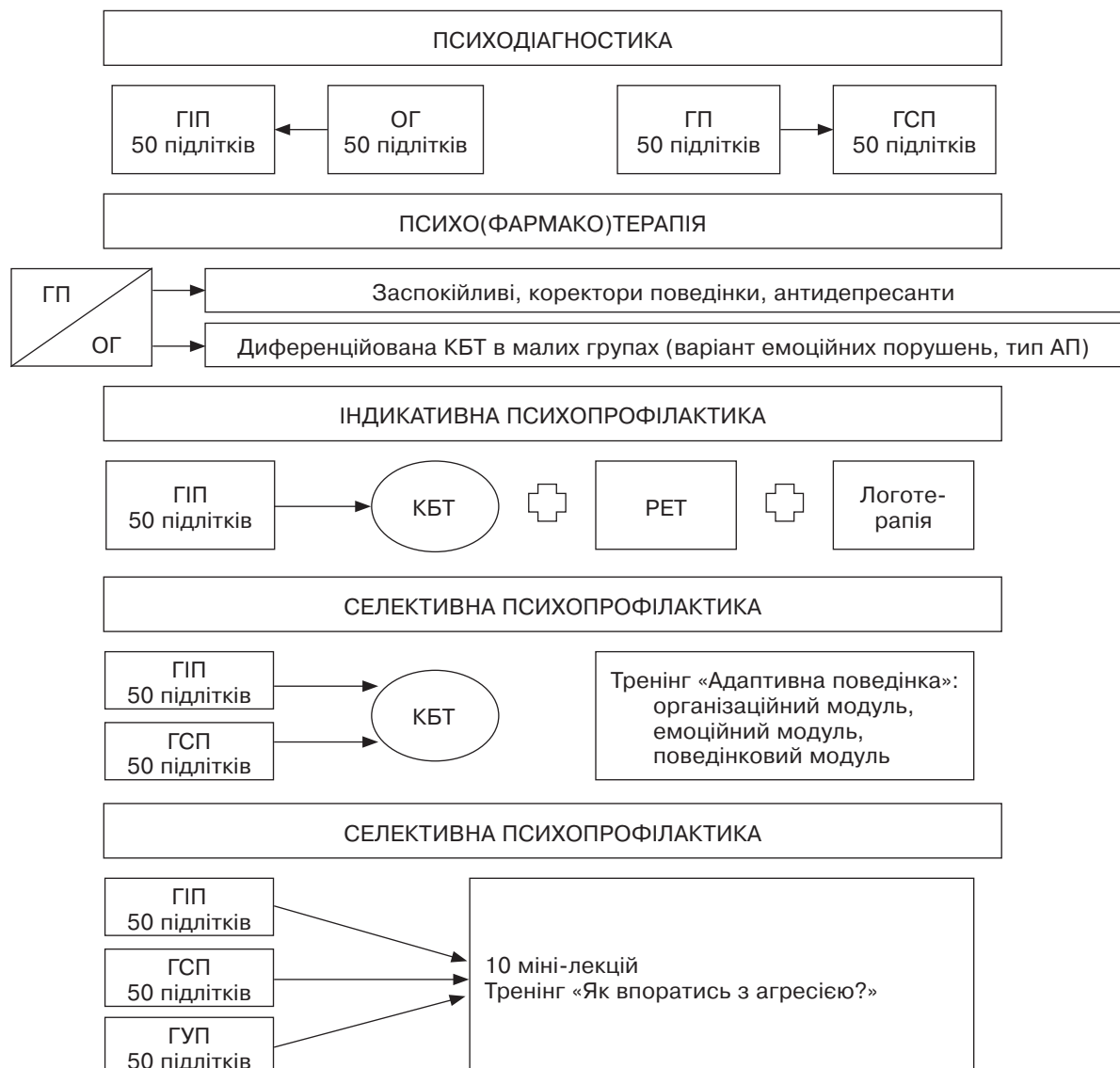
Спочатку на основі здійснення психодіагностичних процедур ми проводили диференційовану оцінку необхідності включення в терапевтичну або психопрофілактичну групу. У терапевтичну групу, до членів якої застосовувались лікувальні заходи, були направлені усі підлітки ОГ, за показаннями залежно від вираженості симптоматики — пацієнти з ГП.

Терапевтична робота розпочиналася з проведення лікувальних та психокорекційних заходів, а з часом набувала психопрофілактичного характеру і змісту. Зусилля були спрямовані на: 1) ліквідацію проявів АП; 2) редукцію патологічної тривоги й депресії; 3) профілактику адиктивної поведінки; 4) зниження зовнішньої агресивності; 5) нівелювання патологічних характерологічних та особистісних тенденцій, актуалізацію особистісних ресурсів самозмінення; 6) підвищення стресостійкості, формування продуктивного копінга; 7) формування навичок адекватної комунікації, у тому числі в гендерній сфері; 8) розвиток навичок контролю за власною поведінкою та психічної саморегуляції; 9) активацію адаптивних особистісних ресурсів. Досягнення перших двох

цілей відбувалося в рамках лікувальних психокорекційних (психотерапія + фармакотерапія) заходів, починаючи з третьої цілі — у рамках психопрофілактичних впливів.

Таким чином, розроблена багаторівнева програма корекції й психопрофілактики АП у підлітків зі змішаним розладом емоцій і поведінки є єдиною етапною послідовною системою взаємодоповнюючих лікувальних психокорекційних і психопрофілактичних втручань (рисунок).

Після психодіагностичного етапу підліткам ОГ залежно від провідного клінічного синдрому призначалися фармакологічні засоби, на тлі яких розпочиналася диференційована психокорекційна робота. Після досягнення перших об'єктивних результатів зниження інтенсивності



Складові комплексної багаторівневої програми корекції й психопрофілактики аутоагресивної поведінки у підлітків зі змішаними розладами емоцій і поведінки та її етапність (скорочення подано в тексті)

психопатологічної симптоматики, вони включались до індикативної психопрофілактичної роботи, а після її завершення переходили до заходів селективної психопрофілактики, які з початку лікування отримували підлітки ГП. Наприкінці роботи застосовували заходи універсальної профілактики, спрямовані на загальну популяцію здорових підлітків.

Ураховуючи специфіку даного виду психопрофілактичної роботи, для оцінки ефективності запропонованих заходів нами залучена додаткова група з універсальної профілактики (ГУП), до якої було включено учнів 10 класів загальноосвітньої середньої школи м. Полтава, з якими за узгодженням з дирекцією та залученням шкільного психолога проводили цю роботу.

Основними психокорекційними техніками при здійсненні корекційних й психопрофілактичних впливів нами обрані когнітивно-поведінкова терапія (КБТ) в різних модифікаціях, раціонально-емоціональна терапія (РЕТ), елементи логотерапії за В. Франклом, а також поведінкові тренінги. Вибір техніки психокорекційного впливу та конкретний зміст проведених занять визначалися етапом й актуальними цілями конкретної роботи.

Оцінка ефективності впровадження розробленої програми проводилася диференційовано для кожної цільової групи залежно від провідних мішеней впливу: для ОГ — це ліквідація проявів АП, нормалізація емоційного стану (для чого використовувались шкали HADS, HDRS, суїцидального ризику і самосвідомості смерті); для ГП — нормалізація емоційного стану і редукція агресивних проявів (за шкалою HADS, методикою А. Басса — А. Даркі); для ГУП — за даними самооцінки обстеженими визначених на основі концепції про структуру відносин особистості, що є базовою для характерологічних особистісних відмінностей та побудови моделі поведінки людини, показниками: ставлення до себе, оточуючих, діяльності, речей, вираховували «групову норму», «ступінь різноманітності групи» та аналізували індивідуальні дані кожного учня до та після проведення заходів універсальної профілактики.

Отримані дані переконливо свідчать про дієвість розробленої багаторівневої програми:

а) у пацієнтів ОГ після проходження усіх компонентів програми загальні середні показники тривоги і депресії були практично в рамках норми: за шкалою HADS — 7,03 і 8,1 бала, за HDRS — 6,8 бала, що свідчило про відсутність достовірно виражених клінічних симптомів тривоги та депресії у даного контингенту; середній рівень суїцидального ризику значно знизився і становив 23,4 бала, самосвідомості смерті — підвищився (25,1 бала); спостерігалось значне зниження індексу ворожості

(вихідний — 69,3; кінцевий — 50,8); 68% обстежених відзначали покращення комунікативних процесів, 48% — засвоїли навички психічної саморегуляції та контролю за власною поведінкою;

б) у підлітків ГП установлена повна редукція тривожно-депресивної симптоматики (середні показники за шкалою HADS — 6,41 і 5,33 бала), а також зниження середнього індексу агресивності (вихідний — 66,9; кінцевий — 52,08); у 56% обстежених сформовано навички адекватної комунікації, 64% здобули навички психічної і поведінкової саморегуляції;

в) у більшості (75,4%) підлітків ГУП сформовано навички і вміння адекватної комунікації, контролю за власною поведінкою та психічної саморегуляції.

Таким чином, запропонована багаторівнева програма корекції та психопрофілактики АП у підлітків, створена з урахуванням загальних особливостей підліткового контингенту, а також специфіки чинників, що наявні в осіб зі змішаними розладами емоцій і поведінки, орієнтована на новітні психопрофілактичні тенденції і технології, є універсальною та ефективною.

Список літератури

1. Хаустова О. О. Самогубства та побутова смертність в Україні: підсумки 2012 року / О. О. Хаустова // Укр. вісн. психоневрології.— 2013.— Т. 21, вип. 4 (77).— С. 12–18.
2. Марута Н. О. Предиктори суїцидальної поведінки при невротичних розладах / Н. О. Марута, І. О. Явдак // Укр. вісн. психоневрології.— 2006.— Т. 14, вип. 1 (47).— С. 59–63.
3. Кожина А. М. Современные подходы к психотерапии непсихотических депрессивных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением / А. М. Кожина, Е. А. Зеленская // Мед. психология.— 2012.— № 3.— С. 68–71.
4. Дитяча психіатрія / Г. М. Кожина, В. Д. Мішієв, Е. А. Михайлова [та ін.]. — К.: ВСИ «Медицина», 2012. — 416 с.
5. Табачников С. И. Школьная дезадаптация (неуспеваемость): взгляд на проблему с позиций детской психиатрии / С. И. Табачников, И. И. Марценковская // Здоров'я України: медична газета.— 2010.— № 2 (13).— С. 42–43.
6. Гура Е. І. Психічні чинники розладів поведінки та емоцій у підлітків, позбавлених батьківського піклування / Е. І. Гура // Укр. вісн. психоневрології.— 2007.— Т. 15, вип. 1(50).— С. 67–71.
7. Маркова М. В. Психопрофілактика порушення функціонування студентської сім'ї (медико-психологічні аспекти): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук; спец. 19.00.04 «Медична

- психологія» / Маріанна Владиславівна Маркова; Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України.— Харків, 2007.— 32 с.
8. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report.— Geneva: World Health Organization, 2008.— 77 p.
 9. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report (a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht).— Geneva: World Health Organization, 2004.— 68 p.
 10. Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities / M. E. O'Connell [at al].— National Research Council and Institute of Medicine of the National Academies. Washington, D. C.: The National Academies Press, 2009.— 201 p.
 11. *Mrazek B. J.* Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research / B. J. Mrazek, R. J. Haggerty.— Washington, D. C.: The National Academies Press, 1994.— 605 p.
 12. *Подкорытов В. С.* Депрессии (современная терапия) / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка.— Харьков: Торнадо, 2003.— 350 с.
 13. *Ромицына Е. Е.* Методические подходы к психодиагностике тревожности у детей и подростков / Е. Е. Ромицына // Многомерная оценка детской тревожности (МОДТ): учеб.-метод. пособ.— СПб.: Речь, 2006.— С. 8–24.
 14. Спосіб визначення суїцидального ризику / В. Л. Гавенко, В. О. Мангубі, В. М. Сінайко, І. М. Соколова.— Харків, 2004.— 3 с.
 15. Спосіб оцінки самосвідомості смерті / В. Л. Гавенко, В. О. Мангубі, В. М. Сінайко, І. М. Соколова.— Харків, 2004.— 3 с.
 16. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко.— 2-е изд., доп. и перераб.— Л.: Медицина, 1983.— 256 с.
 17. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ.— Самара: БАХРАХ-М, 2001.— 672 с.
 18. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: учеб. пособ. / В. Д. Балин, В. К. Гайда, В. К. Горбачевский [и др.]; под общей ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева.— СПб.: Питер, 2000.— 560 с.

КОМПЛЕКСНАЯ МНОГОУРОВНЕВАЯ ПРОГРАММА КОРРЕКЦИИ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЭМОЦИЙ И ПОВЕДЕНИЯ

О. В. ПОГОРЕЛКО

Комплексно обследованы 100 подростков в возрасте от 14 до 17 лет со смешанными расстройствами эмоций и поведения F92, у половины из которых установлено аутоагрессивное поведение. На основе определения клинико-феноменологических особенностей аутоагрессивного поведения у данного контингента биологических, психосоциальных и психологических факторов риска его развития разработана комплексная многоуровневая программа его коррекции и психопрофилактики у подростков.

Ключевые слова: аутоагрессивное поведение, подростки, смешанные расстройства эмоций и поведения, психопрофилактика, коррекция.

COMPLEX MULTILEVEL PROGRAM OF CORRECTION AND PSYCHOPREVENTION OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENTS WITH DISORDERS OF CONDUCT AND EMOTIONS

O. V. POHORELKO

One hundred adolescents aged 14–17 with mixed disorders of conduct and emotions F92 underwent a complex examination. The signs of autoaggressive behavior were revealed in 50%. Based on establishment of clinical and phenomenological features of autoaggressive behavior in this group of patients, biological, psychosocial and psychological risk factors of its development, a complex multilevel program of its correction and psychoprevention autoaggressive behavior in adolescents was created.

Key words: autoaggressive behavior, adolescents, mixed disorders of conduct and emotions, psychoprevention, correction.

Надійшла 16.04.2014