

УДК 159.9.616.89

А. С. РАХИМКУЛОВА

## ФЕНОМЕН РИСКОВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ: ПОПЫТКА КОНЦЕПТУАЛЬНОГО ОПИСАНИЯ (обзор)

Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова

**Описан феномен рискованного поведения как основной причины смертности и показателя DALY среди подростков. Рассмотрены основные нейробиологические механизмы формирования предрасположенности к рискованному поведению в подростковом возрасте. Проведены параллели между рискованным и девиантным, делинквентным и саморазрушающим поведением. Подчеркнута необходимость рассматривать рискованное поведение как самостоятельный предмет медицинской, а не возрастной или педагогической психологии.**

**Ключевые слова:** рискованное поведение, рискованное поведение подростков, подростковый возраст.

Актуальность проблемы физического и психического здоровья подростков в современном мире обусловлена высокими показателями смертности от причин, которые можно было бы предотвратить (1,3 млн в 2012 г.) [1], с одной стороны, DALY (Disability Adjusted Life Years — годы, скорректированные по нетрудоспособности) по сравнению с другими возрастными группами (152 на 1000 в 2012 г.) [2]\* — с другой. Более того, хотя во всем мире и для всех возрастных групп наблюдается тенденция к снижению смертности и показателей DALY, в некоторых странах они по-прежнему не уменьшаются для подростков 15–19 лет [3]. Дальнейший анализ данных о подростках в возрасте 10–19 лет позволил выделить основные причины смертности и сопоставить их с показателем DALY (таблица).

Сравнительный анализ причин высокого показателя DALY в различных промежутках детского и подросткового возраста показал, что у групп 10–19 и 20–24 лет, в отличие от группы

### Основные причины высоких показателей смертности и DALY среди подростков в мире (по данным ВОЗ)

Смертность подростков	Показатель DALY
Травмы, связанные с дорожно-транспортными происшествиями	Депрессия
ВИЧ	Травмы, связанные с дорожно-транспортными происшествиями
Суицид	Железодефицитная анемия
Инфекции нижних дыхательных путей	ВИЧ
Межличностное насилие	Суицид

5–9 лет, на первые места выходят депрессивные расстройства и намеренное самоповреждающее поведение. В группе подростков (15–19 лет) привлекает внимание преобладание межличностного насилия по сравнению с детьми 5–9 лет, ранним подростковым возрастом (10–14 лет) и молодыми взрослыми (20–24 года) [4]. Недавно проведенный

\* Хотя с 2000 по 2012 г. мировые показатели DALY для подростков снизились на 8 % (с 165 до 152 на 1000), это в 2 раза меньше, чем для других возрастных групп (WHO, DALY. Estimates for 2000–2012).

анализ глобальной ситуации с частотой суицидов и распространенностью нарушений психического здоровья среди детей и подростков свидетельствует о возрастании данных показателей за последние 40–50 лет [5–7].

Относительно изменений основных причин смертности детей и подростков с середины XX в. до настоящего времени отмечается переход от преобладающей причины смертности от инфекционных заболеваний в детском возрасте к смертности от поведения, подвергающего риску здоровье, в подростковом возрасте [4]. Именно наблюдаемые и задокументированные медицинские последствия поведения подростков послужили причиной, по которой многие западные ученые предложили выделить феномен рискованного поведения подростков как отдельную проблему здравоохранения и в том числе — медицинской психологии [8–11]. Более того, рискованное поведение подростков было официально признано основной причиной смертности среди подростков в мире [1, 12].

Специалисты ВОЗ особенно подчеркивают, что подростковое поведение с риском для жизни и здоровья опасно своими долгосрочными последствиями, которые распространяются намного дальше, чем этот период, — 35% глобального бремени болезни имеет начало в подростковом возрасте [13]. Поэтому в последние десятилетия в докладах ВОЗ, ООН, ЮНИСЕФ, специализированных национальных и региональных организациях делается акцент на возможности снижения показателей и предупреждения рискованного поведения подростков [14]. Однако благополучие в будущем, даже собственное здоровье, как правило, мало волнуют подростков, если для этого необходимо чем-то поступиться в настоящем [15].

Термин «рискованное поведение подростков» в англоязычной научной среде имеет несколько общепринятых формулировок: adolescent risk-taking behavior, risky adolescent behavior, health risk behavior in adolescence, (high)-risky health behavior in adolescence. Поскольку различные виды рискованного поведения имеют тенденцию кластеризовываться, можно встретить эти же термины, дополнительно предваряемые атрибутивом multiple.

С начала 1980-х гг. и практически до середины первого десятилетия 2000-х содержание психологического термина «рискованное поведение» по инерции определялось через принятые в экономических и финансовых дисциплинах категории переживаемых субъектом потерь и убытков в результате его рискованных действий. Соответствен-

но первые сформулированные определения обязательно содержали отсылку к оценке низкого, негарантированного, сомнительного вероятностного исхода того или иного действия или сознательному подверганию себя возможным потерям либо вреду [16, 17]. В 1994 г. Dr. Rüdiger Trimpor дал классическое определение рискованного поведения, которое до сих пор используется многими исследователями: «любое сознательно или бессознательно контролируемое поведение с осознаваемой неопределенностью его исхода и/или возможных последствий для физического, экономического и/или психосоциального благополучия самого индивида или других индивидов».

Накопление и обработка огромных массивов медицинских и психологических данных по рискованному поведению подростков, собранных зарубежными национальными правительственными программами на протяжении десятков лет, позволили сместить акцент в определениях рискованного поведения с потерь и убытков сначала на последствия рискованных действий, а затем на здоровье и благополучие. Так, M. D. Resnik et al. (1997) описывали рискованное подростковое поведение уже как сознательное, социально неприемлемое поведение с потенциальными негативными последствиями, против которых не предпринимаются никакие меры предосторожности, например, вождение в нетрезвом виде, превышение скорости во время вождения, злоупотребление психоактивными веществами, незащищенный секс [18]\*. В 2006 г. K. Hurrelmann и M. Richter расширили определение рискованного поведения до следующего: «поведение, прямо или косвенно связанное со здоровьем, благополучием и здоровым развитием личности», которого мы и будем придерживаться [16]. Рискованное поведение в такой формулировке выходит далеко за пределы традиционно ассоциируемых с риском увлечений экстремальными видами спорта или поведения, вызванного такими психологическими чертами, как импульсивность Айзенка, склонность к риску Шуберта и поиск новых ощущений Цуккермана [19, 20]. Иногда в описании видов рискованного поведения можно встретить такие распространенные в обществе и не порицаемые формы поведения, как физическая пассивность, т. е. отсутствие активных занятий спортом или обычное переедание.

На первый взгляд, такое широкое включение может показаться абсурдным и точно не имеющим отношения к медицинской психологии. Однако статистический анализ помог установить, что причиной 87% неинфекционных заболеваний,

\* В научной литературе можно встретить работы, авторы которых к рискованному поведению относят не только социально неприемлемые поступки, но и социально приемлемый риск в виде занятий экстремальными видами спорта (Jessor R., 1991; Generation of change: young people and culture, 2008).

приводящих к смерти молодых людей, являются следующие паттерны поведения: злоупотребление психоактивными веществами (в основном табакокурение и алкоголь), отсутствие физической активности, нарушения пищевого поведения. К развитию физических заболеваний приводят спровоцированные указанными паттернами следующие физиологические изменения в организме: ожирение, повышенные кровяное давление, уровень глюкозы в крови, уровень холестерина [21].

Исследователи предлагают рассматривать в качестве форм рискового поведения:

— все виды поведения, связанные с причинением физического повреждения (например, насилие, ненамеренное и намеренное самоповреждающее поведение, суицид);

— сексуальное поведение, которое может привести к незапланированной беременности или заражению инфекциями, передающимися половым путем, в том числе ВИЧ;

— злоупотребление алкоголем и другими наркотическими средствами;

— табакокурение;

— неоправданный риск (например, небезопасное вождение, посещение опасных или небезопасных мест и т. д.);

— антисоциальное поведение;

— нездоровое пищевое поведение;

— недостаточную физическую нагрузку.

Целый ряд исследователей указывает на такую особенность рискового поведения, как кластеризация, т. е. объединение различных форм рискового поведения у одного индивида и его сочетание с другими проявлениями нарушений психического здоровья, включая самоповреждения [20, 22–25]. Последствия кластеризации рискового поведения — это прежде всего серьезные нарушения физического и психического здоровья подростков в текущий момент и в будущем. Это, по мнению многих авторов, является основанием для выделения «синдрома рискового поведения» [17, 18, 26]. В частности, кластеризация рискового поведения коррелирует с более высокими показателями подростковой смертности [20, 27].

R. R. Ripping et al. отмечают, что в кластеризации рискового поведения можно проследить гендерные отличия: девочки-подростки склонны одновременно сочетать табакокурение, самоповреждающее поведение и физическую пассивность (отсутствие занятий спортом), а мальчики-подростки — антисоциальное и делинквентное поведение, злоупотребление марихуаной и опасное вождение [28]. Однако когда речь заходит о повышенной кластеризации рискового поведения среди подростков (больше четырех видов), существенных различий между полами обнаружено не было

[20]. Исследователи подчеркивают, что тенденция к кластеризации более выражена у подростков 15–18 лет по сравнению с подростками 11–14 лет [28, 29]. R. H. DuRant et al. (1999) замечают, что такие распространенные формы рискового поведения, как курение, злоупотребление алкоголем или наркотиками, низкая успеваемость в школе в возрасте 11 лет к 16 годам в 51,2% случаев развиваются в среднем в 16 видов рискового поведения [22]. Более того, кластеризация рискового поведения не останавливается на подростковом возрасте, а продолжает увеличиваться с каждым годом во взрослом возрасте, увеличивая количество проблем со здоровьем у молодых людей и ухудшая качество их жизни [28].

Хотя полномасштабные исследования кластеризации рискового поведения отсутствуют, доказано, что по сравнению с подростками с единичными формами и теми, кто не вовлечен в рисковое поведение, подростки с кластеризованным рисковым поведением имеют более высокие показатели депрессии [22], тревожности [22, 30], субъективно переживаемого уровня стресса [25], среди них более распространено самоповреждающее поведение [20, 22, 24], суицидальные мысли, намерения и попытки [20].

Помимо очевидной опасности для здоровья, кластеризация рискового поведения в подростковом возрасте приводит к ряду социально негативных последствий, что влечет за собой разнообразные нарушения адаптации «рисковом» подростка в социуме — семье, школе, обществе [14, 20]. Одной из распространенных социальных проблем подростков с рисковым, а особенно кластеризованным поведением является снижение академических результатов в учебной деятельности [24, 31], увеличение доли школьных прогулов, буллинг и насилие над младшими [28], антисоциальное поведение [29, 32].

Несмотря на очевидную важность понимания механизмов формирования паттернов рискового поведения и дальнейшей его кластеризации, нет единого мнения о том, какие именно факторы влияют на склонность подростков сочетать несколько видов опасного для жизни и здоровья поведения. Отмечается, тем не менее, высокая вероятность влияния общих биологических и средовых факторов, которые могли бы приводить к кластеризации рискового поведения [20, 33].

С развитием методов нейровизуализации одним из популярных направлений в зарубежной медицинской психологии стало исследование изменений, которые происходят в головном мозге в подростковом возрасте. Одной из областей головного мозга, наиболее часто ассоциируемых с формированием паттернов рискового поведения, являются

структуры, образующие так называемую «систему вознаграждения», или «систему внутреннего подкрепления» [34]. Так, A. C. van Duijvenvoorde et al. (2016) объясняют склонность подростков к рисковому поведению изменением структуры мотивации, которая в подростковом возрасте начинает больше зависеть от потенциальной «награды», в результате чего подросток может начать экспериментирование с новыми для себя формами поведения для достижения положительного подкрепления [35]. J. Y. Cohen et al. (2012) посвятили несколько исследований изменениям в вентромедиальной префронтальной коре подростков, в частности, в работе дофаминовых нейронов [36]. K. S. Scherf et al. (2012) объясняют изменения в мотивации подростков выработкой гормонов полового созревания [37]. Другими областями «системы вознаграждения», которые ученые связывают с формированием паттернов рискованного поведения, являются: миндалина [38], структуры срединного мозга [39], теменная кора [40], полосатое тело [41].

Еще одной активно исследуемой областью головного мозга является префронтальная кора — отдел, вовлеченный в биологические механизмы формирования самоконтроля и саморегуляции у подростков [42]. Так, L. Steinberg et al. утверждают, что в эмоционально «холодных» ситуациях подростки склонны вести себя как взрослые и проявляют достаточно самоконтроля, но в эмоционально заряженных для подростка ситуациях более сформированные к этому возрасту структуры лимбической системы оказывают ингибирующее влияние на активно формирующиеся участки префронтальной коры, отвечающие за саморегуляцию и контроль. В связи с несформированностью биологических конструктов саморегуляции авторы объясняют подростковую импульсивность не как черту личности, а как особенности подросткового поведения [42].

Особенности функционирования префронтальной коры также связываются с протеканием процесса принятия решений как фактора формирования рискованного поведения [41–43]. A. R. Chambers et al. (2003) при этом указывают на фронтальную кортикальную и субкортикальную моноаминергические системы [41], а G. Barbalat et al. отмечают множественные ошибки суждения в процессе принятия решения у подростков [11]. Все нейробиологические механизмы рискованного поведения в самом широком плане определяются генетически обусловленными predispositionами и средовыми влияниями, а также их взаимодействием, что характерно для многих психопатологий и аутоагрессии [33, 44]. Солидная биологическая база различных проявлений рискованного поведения является еще одним основанием для выделения этого вида поведения как самостоятельного.

Таким образом, сегодня в зарубежной медицинской и клинической психологии существует стойкое понимание рискованного поведения подростков как самостоятельного предмета изучения, связанного с физическим и психическим здоровьем индивида [20]. Об этом свидетельствует также и все увеличивающееся количество публикаций, монографий и даже учебников по теме рискованного поведения подростков. Правительства США, Великобритании, Германии, Франции, Швеции, Швейцарии, Нидерландов, Австралии, Новой Зеландии уже несколько десятков лет внедряют в средних и старших классах образовательных школ национальные программы по снижению уровня рискованного поведения подростков и предотвращению его последствий [7, 14, 31, 45].

Аналогичные программы существуют и в Украине, однако исходные позиции для их построения несколько отличаются от западной модели [46]. Традиционно в отечественной психологической науке нарушения или отклонения в поведении подростков рассматривались с позиций девиантного (отклоняющегося), делинквентного или саморазрушающего поведения. Стоит отметить, что до 1990-х гг. подобной позиции придерживались и зарубежные психологи, аргументируя это тем, что пик делинквентных поступков приходится на подростковые годы, а к наступлению юности (19–20 лет) они обычно снижаются [47]. Хотя нарушения поведения являются предметом отечественной психологии с периода ее становления, стоит отметить, что четкой разницы между определениями девиантного, делинквентного и саморазрушающего поведения нет и это часто приводит к синонимизации данных понятий у разных исследователей [48]. Обращает на себя внимание и тот факт, что чаще всего отклоняющееся и делинквентное поведение определяются через отклонение от моральных, социальных или правовых норм [19, 48]. В отечественной психологии отсутствует единая классификация видов отклоняющегося и саморазрушающего поведения, единая система провоцирующих и потенцирующих рискованное поведение факторов. Единственное, в чем сходятся практически все исследователи, это определение суицидального поведения как крайней формы и девиантного, и делинквентного, и саморазрушающего поведения [19, 48–51].

Считается, что отклоняющееся поведение находится в рамках медицинской нормы и не отождествляется с психическими заболеваниями или патологическими состояниями. Однако исследователи отмечают, что при определенных условиях девиантное поведение может переходить в патологическое состояние, а личность, склонная к девиантному поведению, может занимать

любое место на психопатологической оси «здоровье — предболезнь — болезнь» [51]. Аналогично делинквентное и саморазрушающее поведение может быть как патологическим, обусловленным различными формами патологии личности и личностного реагирования, так и непатологическим, т. е. психологическим [52].

Таким образом, мы наблюдаем существенное различие в понятиях рискованного поведения, как оно вводится и трактуется в западной медицинской психологии, и отклоняющегося, девиантного и делинквентного поведения, которым обычно оперируют отечественные психологи. В то время как в определении рискованного поведения у западных коллег присутствует понимание данного феномена как некоего биопсихосоциального образования, ведущего к серьезной угрозе здоровью и жизни индивида (в отечественных определениях — отклоняющегося поведения), на первый план выходит его антисоциальная направленность в виде нарушения социальных норм и практик [19, 20, 48, 51, 53]. В такой позиции, очевидно, просматривается значительное влияние педагогической психологии.

В зарубежной медицинской психологии, однако, антисоциальное поведение (antisocial behavior) рассматривается как один из вариантов рискованного [27]. Можно предположить, что для западных специалистов отклоняющееся и делинквентное поведение является частным проявлением рискованного. В этом контексте авторы отмечают, что распространенность рискованного поведения среди подростков представляет существенную проблему для юридической системы и одним из важнейших факторов урегулирования данной проблемы называют организацию на национальном уровне исследований, посвященных темам анализа причинно-следственных механизмов появления рискованного поведения, механизмов его кластеризации, эффективности программ по его превенции [54].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что современное понятие рискованного поведения подростков, как оно принято в западной медицинской психологии, является не только более емким по своему содержанию, чем традиционные отечественные понятия отклоняющегося (девиантного), делинквентного и саморазрушающего поведения, но и включает их в себя. Более того, анализ источников указывает на доминирующее влияние биологических — генетических, нейрофизиологических, гуморальных — факторов как создающих предрасположенность к рискованному поведению в подростковом возрасте. Подобный подход позволяет вывести рискованное поведение подростков из предмета возрастной и педагогической психологии в разряд

актуальной темы медицинской психологии, психологии и нейропсихологии, так как абстрагировавшись от социальных и правовых норм, специалисты могут сфокусироваться непосредственно на психологических, пато- и нейропсихологических аспектах данного поведения, а также отследить нейросоциальные\* механизмы, влияющие на формирование паттерна рискованного поведения у подростков.

#### Список литературы

1. Подростки: риски для здоровья и их пути решения: информационный бюллетень ВОЗ [Электронный ресурс].— 2016.— № 345.— Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/ru/>
2. DALY. Estimates for 2000–2012 [Электронный ресурс].— Geneva: WHO, 2013.— Режим доступа: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html)
3. Mortality and Global Health Estimates [Электронный ресурс].— Geneva: WHO, 2016.— Режим доступа: [http://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/en/)
4. Health statistics and health information systems [Электронный ресурс].— Geneva: WHO, 2013.— Режим доступа: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/definition\\_regions/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/definition_regions/en/), accessed 04 July 2016
5. Розанов В. А. Самоубийства среди детей и подростков — что происходит и в чем причина? / В. А. Розанов // Суицидология.— 2014.— Т. 5, № 4 (17).— С. 16–31.
6. Adolescent Health Epidemiology [Электронный ресурс].— Geneva: WHO, 2016.— Режим доступа: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/epidemiology/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/en/)
7. Blum R. The health of young people in a global context / R. Blum, K. Nelson-Mmari // J. of Adolescent Health.— 2004.— № 35.— P. 402–418.
8. The WHO health promoting school framework for improving the health and well-being of students and staff [Электронный ресурс] / R. Langford [et al.] // Cochrane Database System Review.— 2011.— Vol., Is.— Режим доступа: [http://www.cochrane.org/CD008958/BEHAV\\_the-who-health-promoting-school-framework-for-improving-the-health-and-well-being-of-students-and-their-academic-achievement](http://www.cochrane.org/CD008958/BEHAV_the-who-health-promoting-school-framework-for-improving-the-health-and-well-being-of-students-and-their-academic-achievement)
9. Worldwide application of prevention science in adolescent health / R. Catalano [et al.] // The Lancet.— 2012.— № 379.— P. 1653–1664.
10. Sixty-fifth World Health Assembly. Resolution WHA65.6. Annex 2: Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition [Электронный ресурс].— Geneva: WHO, 2012.— Режим доступа: ([http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6\\_annex2\\_en.pdf](http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6_annex2_en.pdf), accessed 15 March 2014).
11. Risk-taking in adolescence: A neuroeconomics

\* *Social neuroscience* — популярное междисциплинарное направление в западной медицинской психологии.

- approach / G. Barbalat, P. Domenech, M. Vernet, P. Fourneret // Article in French Encephale.— 2010.— № 36 (2).— P. 147–154.
12. Розанов В. А. Рост нарушений психического здоровья в мире — психиатрическая эпидемиология современности / В. А. Розанов // Уральский журн. психиатрии, наркологии и психотерапии.— 2015.— Т. 3 (1).— С. 6–21.
  13. World Health Statistics — 2014 [Электронный ресурс].— Geneva: WHO, 2014.— Режим доступа: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf)
  14. Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2015 / L. Kann, T. McManus, W. A. Harris [et al.] // MMWR Surveill Summ.— 2016.— № 10; 65 (6).— P. 1–174.
  15. Попов Ю. В. Концепция саморазрушающего поведения как проявления дисфункционального состояния личности [Электронный ресурс] / Ю. В. Попов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева.— СПб., 2003.— Режим доступа: <http://www.medicus.ru/psychiatry/specialist/konceptiya-samorazrushayuschego-povedeniya-kak-proyavleniya-disfunktsionalnogo-sostoyaniya-lichnosti-23411.shtml>
  16. Hurrelmann K. Risk behaviour in adolescence: the relationship between developmental and health problems / K. Hurrelmann, M. Richter // J. Public. Health.— 2006.— № 14 (1).— P. 20–28.
  17. Resnick M. D. The Association of Consensual Sexual Intercourse During Childhood With Adolescent / M. D. Resnick, R. W. Blum // Health Risk and Behaviors. Pediatrics.— 1994, Iss. 94.— P. 907–913.
  18. Protecting adolescents from harm: Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health / M. D. Resnick, P. S. Bearman, R. W. Blum [et al.] // J. of the Am. Med. Association.— 1997.— № 278.— P. 823–832.
  19. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практ. рук. / В. Д. Менделевич.— М.: МЕДпресс, 2001.— 592 с.
  20. Рахимкулова А. С. Некоторые проявления рискованного поведения у городских подростков: биопсихосоциальная трактовка / А. С. Рахимкулова, В. А. Розанов // Вопр. психического здоровья детей и подростков.— 2014.— Т. 14 (2).— С. 14–24.
  21. WHO draft health indicators for adolescents: Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health.— Geneva, WHO, 2014.
  22. The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviours among young adolescents / R. H. DuRant, J. A. Smith, S. R. Kreiter, D. P. Krowchuk // Arch. Pediatr. Adolesc. Med.— 1999.— № 153.— P. 286–291.
  23. Sallis J. F. A review of correlates of physical activity of children and adolescents / J. F. Sallis, J. J. Prochaska, W. C. Taylor // Med. Sci. Sports Exerc.— 2000.— № 32.— P. 963–975.
  24. Ellickson P. L. High-risk behaviours associated with early smoking: results from a 5-year follow-up / P. L. Ellickson, J. S. Tucker, D. J. Klein // J. Adol. Health.— 2001.— № 28.— P. 465–473.
  25. Connell C. M. A multiprocess latent class analysis of the co-occurrence of substance use and sexual risk behaviour among adolescents / C. M. Connell, T. D. Gilreath, N. B. Hansen // J. Stud. Alcohol Drugs.— 2009.— № 70 (6).— P. 943–951.
  26. Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil / M. Anteghini, H. Fonseca, M. Ireland, R. W. Blum // J. Adolesc. Health.— 2001.— № 29.— P. 352–358.
  27. Helping adolescents at risk: prevention of multiple problem behaviors / A. Biglan, P. A. Brennan, S. L. Foster, H. Holder.— London, UK: The Guildford Press, 2004.— № 44.
  28. Multiple risk behaviour in adolescence / R. R. Kipping, R. M. Campbell, G. J. MacArthur [et al.] // J. of Public Health.— 2003.— Vol. 34, Iss. suppl. 1.— P. i1–i2.
  29. Sychareun V. Concurrent multiple health risk behaviors among adolescents in Luangnamtha province, Lao PDR / V. Sychareun, S. Thomsen, E. Faxelid // BMC Public Health.— 2011.— № 1.— P. 24–29.
  30. Brooks F. Adolescent multiple risk behaviour: an asset approach to the role of family, school and community / F. Brooks // J. of Public Health.— 2012.— № 34 (S1).— P. i48–i56.
  31. Currie C. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey [Электронный ресурс] / C. Currie.— Geneva: WHO, 2012.— Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf)
  32. Patel V. Mental health of young people: a global public-health challenge / V. Patel // The Lancet.— 2007.— № 369.— P. 1302–1313.
  33. Рахимкулова А. С. Суицидальность и склонность к риску у подростков: биопсихосоциальный синтез / А. С. Рахимкулова, В. А. Розанов // Суицидология.— 2013.— Т. 4 (11), № 2.— С. 8–24.
  34. Casey B. Braking and accelerating of the adolescent brain / B. Casey, R. M. Jones, L. H. Somerville // J. Res. Adolesc.— 2011.— Vol. 1, № 21 (1).— P. 21–33.
  35. What motivates adolescents? Neural responses to rewards and their influence on adolescents' risk taking, learning, and cognitive control / A. C. van Duijvenvoorde, S. Peters, B. R. Braams, E. A. Crone // Neurosci. Biobehav. Rev.— 2016, Jun 25. — doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.03.037
  36. Neuron-type-specific signals for reward and punishment in the ventral tegmental area / J. Y. Cohen, S. Haesler, L. Vong [et al.] // Nature.— 2012.— Vol. 482.— P. 85–88.
  37. Scherf K. S. Facing changes and changing faces in adoles-

- cence: a new model for investigating adolescent-specific interactions between pubertal, brain and behavioral development / K. S. Scherf, M. Behrmann, R. E. Dahl // *Dev. Cogn. Neurosci.*— 2012.— № 2 (2).— P. 199–219.
38. *Morrison S. E.* Re-valuing the amygdala / S. E. Morrison, C. D. Salzman // *Curr. Opin. Neurobiol.*— 2010.— № 20 (2).— P. 221–230.
39. *Baker T. E.* Atypical valuation of monetary and cigarette rewards in substance dependent smokers / T. E. Baker, J. M. Wood, C. B. Holroyd // *Clin. Neurophysiol.*— 2016.— № 127 (2).— P. 1358–1365.
40. Familiarity and personal experience as mediators of recall when planning for future contingencies / S. B. Klein, T. E. Robertson, A. W. Delton, M. L. Lax // *J. of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition.*— 2012.— № 38.— P. 240–245.
41. *Chambers A. R.* Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability / A. R. Chambers, J. R. Taylor, M. N. Potenza // *Am. J. Psychiatry.*— 2003.— № 160 (6).— P. 1041–1052.
42. *Steinberg L.* A Social neuroscience perspective on adolescent risk-taking / L. Steinberg // *Dev. Rev.*— 2008.— № 28 (1).— P. 78–106.
43. *Balocchini E.* Adolescents: which risks for their life and health? / E. Balocchini, G. Chiamenti, A. Lamborghini // *J. Prev. Med. Hyg.*— 2013.— № 54 (4).— P. 191–194.
44. *Розанов В. А.* Роль взаимодействия генов и среды в формировании нарушений психического здоровья детей и подростков / В. А. Розанов // *Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.*— 2012.— № 9.— С. 97–102.
45. *Fowler P. J.* Community violence: a meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents / P. J. Fowler // *Development Psychopathology.*— 2009.— № 21 (1).— P. 227–259.
46. Repeat evaluation of youth friendly clinics in Ukraine. Final report [Електронний ресурс].— Kiev, Ministry of Healthcare, Ukraine, 2012.— Режим доступу: [http://www.unicef.org/evaldatabase/files/2011\\_Ukraine\\_-\\_YFCReport\\_Engl\\_280212-edited\\_final.pdf](http://www.unicef.org/evaldatabase/files/2011_Ukraine_-_YFCReport_Engl_280212-edited_final.pdf)
47. *Farrington D. P.* Age and crime / D. P. Farrington // *Crime and Justice.*— 1986.— № 7.— P. 189–250.
48. Девиантное поведение подростков: теории и эксперименты: моногр. / Т. Г. Визель, Л. В. Сенкевич, В. А. Янышева, А. К. Железнова.— Тула: ТПГУ, 2007.— 341 с.
49. *Амбрумова А. Г.* Анализ состояний психологического кризиса и их динамика / А. Г. Амбрумова // *Психологический журн.*— 1985.— Т. 6, № 6.— С. 107–115.
50. *Короленко Ц. П.* Семь путей к катастрофе: деструктивное поведение в современном мире / Ц. П. Короленко, Т. А. Донських.— Новосибирск: Наука, 1990.— 222 с.
51. *Змановская Е. В.* Девиантология (психология отклоняющегося поведения): учеб. пособ. для студ. высш. учеб. зав. / Е. В. Змановская.— 2-е изд., испр.— М.: Академия, 2004.— 288 с.
52. *Амбрумова А. Г.* Роль личности в проблеме суицида / А. Г. Амбрумова // *Актуальные проблемы суицидологии.*— М., 1981.— С. 35–49.
53. *Майерс Д.* Девиантное поведение. Биологическое и психическое. Психология / Майерс Д. — М., 2001.
54. *Hirschi T.* Age and the explanation of crime / T. Hirschi, M. Gottfredson // *Am. J. of Sociology.*— 1983.— № 89.— P. 552–584.

### ФЕНОМЕН РИЗИКОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ: СПРОБА КОНЦЕПТУАЛЬНОГО ОПИСУ (огляд)

А. С. РАХІМКУЛОВА

**Описано феномен ризикової поведінки як головну причину смертності та показників DALY серед підлітків. Розглянуто основні нейробиологічні механізми формування передиспозиції до ризикової поведінки у підлітковому віці. Проведено паралелі між ризиковою та девіантною, делінквентною і саморуйнуючою поведінкою. Підкреслено необхідність розглядати ризикову поведінку як самостійний предмет медичної, а не вікової чи педагогічної психології.**

*Ключові слова:* ризикова поведінка, ризикова поведінка підлітків, підлітковий вік.

### ADOLESCENT RISKY BEHAVIOR PHENOMENON — A TRY OF CONCEPTUAL DESCRIPTION (review)

A. S. RAKHIMKULOVA

**The article describes the phenomenon of risky behavior as a main reason of mortality and DALY indices in adolescents. The article focuses on neurobiological mechanisms that predispose risky behavior during adolescence. Risky behavior is compared to deviant, delinquent and self-destructive behavior. The necessity to view risky behavior as an independent subject of medical, rather than age or pedagogical psychology, is emphasized.**

*Key words:* risky behavior, adolescent risk behavior, adolescence.

Поступила 16.05.2016