

УДК 159.98

## ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ПСИХОДІАГНОСТИКИ ПІДЛІТКІВ, ЗАЛУЧЕНИХ ДО РИЗИКОЇ ПОВЕДІНКИ

**А.С. Рахімкулова**

аспірант кафедри клінічної психології Одеського Національного Університету імені І.І.Мечнікова  
нейропсихолог, Центр дитячої нейропсихологічної діагностики,  
rakhimkulova@yahoo.com

### **Рахімкулова А.С. Особливості комплексної психодіагностики підлітків, залучених до ризику поведінки.**

Ризикова поведінка – феномен, що значним чином впливає на психоемоційний стан підлітка, його здатність приймати рішення та реагувати на стресові чи складні події. Спеціалістам, у тому числі медичним психологам, буває важко оцінити ступінь небезпечності залученості підлітка до ризикової поведінки, оскільки структура та природа цієї залученості буває різною. Крім того, підлітки, що практикують ризикову поведінку, частіше за інших схильні до саморуйнуючої та суїцидальної поведінки. Відсутність надійних психодіагностичних інструментів, використання яких має передувати психокорекційній роботі, значно ускладнює роботу спеціалістів. У статі даються рекомендації щодо проведення психодіагностики у підлітків із ризиковою поведінкою та аналізуються опитувальники, що визнаються як валидні та надійні серед закордонних медичних психологів – суїцидальний опитувальник Е. Пайкеля та опитувальник сильних сторін та труднощів (ОССТ) Р. Гудмана. Наведені результати використання даних опитувальників у європейських країнах та в Україні.

**Ключові слова:** психодіагностика підлітків, психодіагностика ризикової поведінки, ризикова поведінка підлітків, суїцидальні опитувальники для підлітків, суїцидальний опитувальник Пайкеля, опитувальник сильних сторін та труднощів.

**Рахимкулова А.С. Особенности комплексной психодиагностики подростков, вовлеченных в рисковое поведение.** Рисковое поведение – феномен, который существенным образом влияет на психоэмоциональное состояние подростка, его способность принимать решение и реагировать на стрессовые или сложные события. Специалистам, в том числе медицинским психологам, бывает сложно оценить степень небезопасности вовлеченности подростка в рисковое поведение, поскольку структура и природа этой вовлеченности бывает различной. Помимо этого, подростки, практикующие рисковое поведение, чаще других склонны к саморазрушающему и суицидальному поведению. Отсутствие надежных психодиагностических инструментов, использование которых должно предшествовать психокоррекционной работе, значительно усложняет работу специалистов. В статье даются рекомендации относительно проведения психодиагностики у подростков с рисковым поведением и анализируются опросники, признанные валидными и надежными среди зарубежных медицинских психологов – суицидальный опросник Е. Пайкеля и опросник сильных сторон и трудностей (ОССТ) Р. Гудмана. Приведены результаты использования данных опросников в европейских странах и в Украине.

**Ключевые слова:** психодиагностика подростков, психодиагностика рискового поведения, рисковое поведение подростков, суицидальные опросники для подростков, суицидальный опросник Пайкеля, опросник сильных сторон и трудностей.

**Постановка проблеми.** У сучасному світовому просторі спостерігається тривожна тенденція зростання рівня смертності серед дітей та підлітків від причин, що можна було б запобігти [2, с.37; 3, с.446; 5, с.23; 17, с.7; 18, с.4; 19, с.6]. При цьому Всесвітня організація охорони здоров'я підкреслює, що ризикова поведінка (РП) підлітків найчастіше за інші причини призводить до смертності осіб у віці 11-18 років [2, с.39; 19, с.8].

Деякі форми ризикової поведінки мають однозначно небезпечний характер, як то усі види самоушкоджуючої поведінки, зловживання алкоголем, тютюном та наркотичними засобами, ризикова сексуальна поведінка, що може призвести до незапланованої вагітності чи зараженню ЗПСШ, антисоціальна поведінка, невиправданий ризик своїм життям чи здоров'ям. Деякі інші форми вважаються не настільки небезпечними і тому не всіма дослідниками розглядаються як форми ризикової поведінки, хоча наслідки такої поведінки можуть мати серйозне значення для індивіда у довгостроковій перспективі. Серед них: нездорова харчова поведінка та недостатнє фізичне навантаження [2, с.41; 17, с.11]. Для запобігання суперечок стосовно визначення цього багатозначного терміну, ми пропонуємо спиратися на визначення поняття «ризикова поведінка» як поведінки, що має прямий чи опосередкований негативний вплив на здоров'я, благополуччя та здоровий розвиток особистості, запропонованого Hurrelmann K., Richter M у 2006 р. [13, с.23].

Характерною особливістю ризикової поведінки в підлітковому віці є тенденція до кластеризації, тобто поєднання різних видів ризикової поведінки в однієї особи [5, с.25; 6, с.8; 9, с.289]. Кластеризація різних видів ризикової поведінки в однієї особи призводить до загострення різних видів відчуттів, що характерні для ризикуючих підлітків. Інколи поєднання форм ризикової поведінки має настільки небезпечний, загрожуючий здоров'ю та життю підлітка характер, що це стало підставою для виділення так званого «синдрому ризикової поведінки» [7, с.211; 16, с.910].

Все це може ускладнювати оцінку ступені небезпечності ризикової поведінки із боку спеціалістів, а також розуміння її природи. Як наслідок, вибір засобів задля мінімізації залученості підлітка до такої небезпечної поведінки стає обмеженим або взагалі неефективним. Тому актуальності набуває підбір методик для адекватного тестування підлітків, схильних до ризикової поведінки, що допомогли б медичним психологам та іншим фахівцям диференціювати у таких підлітків здатності завдати шкоди своєму здоров'ю чи життю, а у деяких випадках навіть визначити наявність предиспозиції до психічного чи особистісного розладу. На сьогодні у практичній психології в Україні вибір відповідної діагностичної батареї тестів мінімальний.

**Мета статті.** У даній статті автор намагається зробити аналіз сучасних методик, що використовуються західними медичними психологами та психотерапевтами для оцінювання психологічного стану підлітків, залучених до ризикової поведінки, та ступені її небезпечності для підлітка.

**Виклад основного матеріалу з обґрунтуванням отриманих результатів.** У порівнянні із своїми однолітками, підлітки із ризиковою поведінкою мають більш високі показники депресії [7, с.212], тривожності [9, с.287], суб'єктивно пережитого стресу [12, с.561]. Вони частіше схильються до самоушкоджуючої [14, с.465] та суїцидальної поведінки [8, с.129]. Серед таких підлітків можна спостерігати прояви соціальної дезадаптації, зокрема порушення та ускладнення міжособистісної взаємодії [9, с.290], погіршення академічних результатів та збільшення прогулів школи [12, с.571], булінг та насильство [12, с.578], антисоціальну поведінку [9, с.287].

У нашому дослідженні [2, с.38; 3, с.450-455], присвяченому вивченню таких видів ризикової поведінки як зловживання ПАР, небезпечна сексуальна поведінка, насильство, схильність до невинновданого ризику життям і здоров'ям, порушення харчової поведінки та фізична пасивність, також виявлено вплив ступені залученості підлітків до РП на особливості їх психологічного стану (табл. 1):

Таблиця 1

**Порівняння психологічних особливостей у підлітків із різною ступеню залученості до ризикової поведінки**

	Група 1. низький рівень РП. M±S	Група 2. середній рівень РП. M±S	Група 3. Високий рівень РП. M±S	критерій Краскела- Уоліса	Критерій Манна- Уїтні для груп 1 та 2	Критерій Манна- Уїтні для груп 1 та 3	Критерій Манна- Уїтні для груп 2 та 3
Рівень депресії	6.1 ± 6.6	10.1 ± 8.5	12.3 ± 8.5	0.000000	0.000000	0.000000	0.003576
Рівень тривожності	28.3 ± 7	32.4 ± 8	34. ± 8.1	0.000000	0.000000	0.000000	0.007766
Емоційні труднощі	7 ± 2	7.8 ± 2.2	8.3 ± 2.4	0.000000	0.000168	0.000003	0.025351
Ускладненість у прийнятті рішень	1.3 ± 0.6	1.5 ± 0.8	1.5 ± 0.8	0.040700	0.011370	0.083935	0.671665
Рівень суб'єктивно сприймаемого стресу	1.6 ± 1.1	2 ± 1.3	2.2 ± 1.3	0.000000	0.000308	0.000001	0.027054
Самокритика	1.5 ± 0.8	1.7 ± 1	1.8 ± 0.9	0.034800	0.035479	0.012045	0.340512
Незадоволеність собою	1.3 ± 0.6	1.4 ± 0.8	1.5 ± 0.9	0.042200	0.143450	0.012520	0.103410
Незадоволеність життям	1.2 ± 0.5	1.5 ± 0.8	1.5 ± 0.8	0.002500	0.000599	0.006213	0.943467
Втрата інтересу до оточуючого	1.2 ± 0.4	1.5 ± 0.8	1.8 ± 1	0.000000	0.000135	0.000000	0.006847
Відчуття самотності	2.1 ± 1	2.4 ± 1	2.5 ± 1.1	0.000900	0.000212	0.006293	0.983472
Відчуття себе невдахою	1.3 ± 0.6	1.4 ± 0.7	1.6 ± 0.8	0.001500	0.027253	0.000360	0.023423
Відчуття марності	1.2 ± 0.6	1.4 ± 0.8	1.4 ± 0.7	0.019000	0.006252	0.015756	0.964771
Відчуття смутку	1.2 ± 0.6	1.4 ± 0.6	1.4 ± 0.6	0.007600	0.004361	0.004202	0.521597
Відчуття покарання	1.3 ± 0.6	1.5 ± 0.8	1.5 ± 0.8	0.179300			
Відчуття провини	1.4 ± 0.5	1.5 ± 0.6	1.6 ± 0.7	0.038900	0.044211	0.014473	0.286969
Дратівливість	1.3 ± 0.6	1.4 ± 0.7	1.6 ± 0.8	0.003300	0.029126	0.000860	0.042124
Песимізм	1.5 ± 0.7	1.6 ± 0.6	1.7 ± 0.7	0.007000	0.038509	0.002317	0.060728

На базі даних, представлених у табл. 1, можна зробити висновок, що найбільш значущі рівні відмінностей спостерігаються між підлітками, що не залучені до РП, у порівнянні із підлітками з середньою та високим ступенем залученості до РП. Це дозволяє зробити припущення, що саме залученість підлітків до РП провокує означені психологічні особливості підлітків. У той самий час можна також спостерігати, що інтенсивність цих психологічних особливостей, стає більшою по мірі збільшення рівня залученості підлітків до РП.

Хоча серед сучасних дослідників і досі домінують теорії, що пояснюють природу ризикової поведінки у підлітковому віці як суто біологічний феномен, спровокований пубертатними змінами [7, с.211; 9, с.289], отримані результати вказують на зв'язок РП із психологічними особливостями підлітків, що схильні до невинного ризику [2, с.42]. Тобто, звертання підлітка до будь-яких форм ризикової поведінки не трапляється раптово чи випадково, а супроводжується якісними та кількісними змінами у структурі особистості підлітка. Таким чином, можна припустити, що ризикова поведінка підлітків має не тільки різноманітні форми, але й різні генез і структуру.

Отже, психокорекційна робота із підлітками з ризиковою поведінкою – задача складна і багатогранна, оскільки коли залученість підлітка до ризикової поведінки стає очевидною, кількість мішеней для ефективної психокорекції значно збільшується, а можливість впливу на підлітка у такому стані суттєво зменшується.

Однак, найбільш тривожним знаходженням у нашому дослідженні було підтвердження гіпотези, що ступінь залученості підлітка до РП впливає на схильність підлітка до самоушкоджуючої та суїцидальною поведінки [4, с.27]. Більш того, можна стверджувати, що по мірі залученості підлітків до ризикової поведінки та все більшої кластеризації її видів в однієї особи, зростає і схильність підлітків до саморуйнування (табл. 2). Спеціалістам слід мати на увазі, що деякі види ризикової поведінки, у тому числі і суїцидальна поведінка, дещо «романтизовані» у сучасному підлітковому суспільстві [6, с.18], що також впливає на ефективність психокорекційної роботи.

Таблиця 2

**Вплив залученості до ризикової поведінки на самоушкоджуючу та суїцидальну поведінку підлітків**

Здатність до саморуйнування		Критерій хі-квадрат для групи з низьким рівнем РП	Критерій хі-квадрат для групи з середнім рівнем РП	Критерій хі-квадрат для групи з високим рівнем РП
самоушкоджуюча поведінка	не має	0.486026	0.08774	1.557343
	є	7.461157	1.346928	23.90732
суїцидальні думки	не має	2.691935	0.057455	1.590439
	є	8.697019	0.185623	5.13834
суїцидальні наміри	не має	0.008827	0.027194	0.153477
	є	0.347198	1.069619	6.036747
планування суїциду	не має	0.125837	0.001013	0.178344
	є	3.046295	0.024525	4.317418
суїцидальні спроби	не має	0.173757	0.163062	1.326403
	протягом півроку	2.333027	1.857967	16.09264
	протягом 2 тижнів	0.403306	1.216529	6.901904

Для підвищення ефективності психокорекційної роботи їй має передувати адекватна психодіагностика, спрямована на виявлення психологічних особливостей підлітків, що практикують ризикову поведінку, задля вияву її генезу і структури психологічних особливостей залучених підлітків. З урахуванням зв'язку між ризиковою поведінкою та суїцидальністю у підлітків, спеціаліст насамперед має виявити схильність підлітка до саморуйнування та стан його суїцидальності (чи підліток знаходиться у пасивній, чи в активній стадії).

Традиційно в українській психіатрії та медичній психології задля діагностики схильності підлітка до суїциду використовуються інтерв'ю із родинним анамнезом та батарея тестів, спрямованих на оцінювання вираження акцентуацій характеру та аспектів соціально-психологічної дезадаптації підлітків: самооцінки, емоційних та психічних станів, рівня тривожності та депресії,

фрустраційній толерантності, безнадійності та безпомічності, значущості життєвих подій [1, с.48]. Медичні психологи іноді використовують скринінгові опитувальники для оцінки психопатологічних характеристик підлітків із ризиковою поведінкою, щоб виявити наявність поведінкових чи особистісних порушень.

Ставлення прямих питань типу «Чи думаєш ти про скоєння суїциду? Чи плануєш ти самогубство?» вважається неефективним методом для діагностики суїцидальних тенденцій підлітків з декількох причин. По-перше, вважається, що підлітки, дійсно плануючі суїцид, скоріше будуть вводити спеціаліста в оману стосовно своїх планів, щоб запобігти втручання зовні. По-друге, досить поширена думка, що якщо суїцидальні помисли ще не усвідомлюються підлітком, пряма розмова про суїцид може його спровокувати. Саме тому психологи надають перевагу вживанню проєктивних методик, які допомагають опосередковано виявити внутрішній стан підлітка, його відношення до самого себе чи життя, обминаючи механізми свідомості та психологічні захисти. Із компіляційних даних спеціаліст робить висновок, стосовно вірогідності скоєння суїциду респондентом.

Західні спеціалісти практикують дещо інший підхід, при якому психолог задає прямі питання стосовно наявності думок про смерть, планування суїциду, вибору способу позбавлення себе життя і таке інше [10, с.159]. Більшість валидизованих на Заході опитувальників та шкал для виявлення стану суїцидальної активності в особистості стосуються виявлення відношення до суїциду або наявності суїцидальних думок, оскільки вважається, що відношення до суїциду та думки про свою смерть є не просто етап, що призводить до завершеного суїциду, але й надійний предиктор можливого суїциду [10, с.161]. Більшість таких методик подаються респонденту у формі самозвіту, що складається з 5-100 питань. Крім питань стосовно відношення до суїцидального акту у різноманітних ситуаціях, можливості його виправдання, подібні опитувальники чіпають теми ставлення до життя та смерті, ступені задоволеності життям, наявності аутодеструктивної поведінки і т.п. Лише деякі з опитувальників виявляють наявність психічного захворювання, що також розглядається як предиктор можливого суїциду. Табл. 3 детальніше розповідає про популярні на Заході опитувальники для діагностування можливого суїциду, що існують у версіях для підлітків:

Таблиця 3

**Найбільш розповсюджені зарубіжні методики для діагностики ймовірного суїциду в підлітків**

	<i>назва опитувальника</i>	<i>об'єм</i>
<b>ставлення до суїциду</b>	Шкала семантичної диференціації відношення до суїцидальної поведінки (Semantic Differential Scale Attitudes towards Suicidal behavior (SEDAS))	15
	Шкала установчих переконань стосовно суїцидальної поведінки (Attitudinal Beliefs Towards Suicidal Behavior Scale (CCCS-18))	24
	Шкала ставлення до суїциду (Attitude Towards Suicide Scale (ATSS))	24
	Шкала ставлень до суїциду (Attitudes Toward Suicide Scale (ATTS))	61
	Опитувальник ставлення до суїциду (Suicide Attitude Questionnaire (SUIATT))	63
	Опитувальник ставлення до суїциду (Suicide Opinion Questionnaire (SOQ))	100
	Опитувальник відношення до скоєного суїциду (Attitudes Towards Attempted Suicide Questionnaire (ATAS-Q))	80
<b>суїцидальні думки</b>	Опитувальник суїцидальності Пайкеля (Paykel's suicide questionnaire)	5
	Шкала суїцидальних мислей (Suicide Ideation Scale (SIS))	10
	Тест позитивних та негативних думок про суїцид (Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI))	14
	Шкала рейтингу серйозності суїциду Колумбійського університету (Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS))	17
	Модифікована шкала суїцидальних думок (Modified Scale for Suicide Ideation (MSSI))	18
	Шкала суїцидальних думок Бека (Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI))	19
	Опитувальник суїцидальних думок (Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ))	30/15
<b>впевненість у суїциду у майбутньому</b>	Опитувальник суїцидальної поведінки, звичайна версія та переглянута (Suicidal Behavior Questionnaire (SBQ), Suicidal Behaviors Questionnaire—Revised (SBQ-R))	30/4
	Шкала суїцидальних тенденцій (Multi-Attitude Suicide Tendency Scale (MAST))	30/24
	Шкала вірогідності самогубства (Suicide Probability Scale (SPS))	36
	Шкала відношення та спроможності суїциду (Suicide Attitudes and Attribution Scale (SAAS))	36

Більшість із представлених у табл. 3 опитувальників є скринінгові, тобто для використання їх на українській вибірці, необхідно підвернути їх процедурі прямого перекладу з англійської мови на українську, а потім – зворотного перекладу з української мови на англійську.

У своєму дослідженні ми використовували Опитувальник суїцидальності Пайкеля (Paykel's suicide questionnaire), запропонований ще у 1974 р., оскільки за майже 40 років свого використання цей опитувальник проявив себе як один з найбільш валідних скринінгових опитувальників у виявленні стану пасивної суїцидальної підлітків [15, с.463]. До того ж, опитувальник Пайкеля дуже короткий, складається лише з 5 питань, що робить його незаперечним посібником у роботі медичного психолога.

Після прямого та зворотного перекладу, опитувальник суїцидальності Пайкеля для самозаповнення виглядав наступним чином (табл. 4).

Таблиця 4

**Шкала суїцидальності Пайкеля для самозаповнення**

Чи відчували Ви, що Ваше життя не має сенсу?	ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
Чи уявляли Ви, що Ви померли? Наприклад, лягли спати та не прокинулися.	ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
Чи міркували Ви про змогу самогубства, навіть якщо Ви не плануєте зробити це?	ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
Чи міркували Ви серйозно про скоєння самогубства?	ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
Чи намагалися Ви колись скоїти самогубство?	ніколи	так, протягом останніх 6 місяців		так, протягом останніх 2 тижнів	

Хоча опитувальник суїцидальності Пайкеля складається з прямих відкритих питань стосовно думок, намірів та спроб самогубства, ми помітили, що відповідь на такі питання для підлітків не супроводжувалася негативними відчуттями. Більш того, підлітки, що відмітили наявність суїцидальних думок та намірів, не заперечували детальнішій індивідуальній бесіді із спеціалістом. При більш детальному розгляді було встановлено, що серед підлітків, що повідомили про наявність суїцидальних думок та намірів, було 89.1% підлітків, що залучені до ризикової поведінки, а серед підлітків із суїцидальними спробами – 91.9%. Підліткам із високим суїцидальним ризиком, особливо залученим до кластеризованої ризикової поведінки, була запропонована додаткова допомога спеціаліста і регулярний психологічний супровід протягом трьох місяців. Проведена у такій спосіб психокорекційна робота виявилася більш ефективною, ніж стандартизована допомога при виявленні суїцидальних думок і спроб у підлітків.

Отже, якщо за результатами діагностики суїцидальної активності було виявлено, що підліток із ризиковою поведінкою знаходиться в стані актуальних суїцидальних думок та намірів, або якщо за останній рік в нього/неї спостерігаються суїцидальні спроби, особливо, недавні, психолог має перш за все адресувати психокорекційну роботу у напрямі зниження гостроти актуального суїцидального стану. При цьому слід мати на увазі, що залученість підлітка до ризикової поведінки вимагає від спеціаліста врахування додаткових психокорекційних мішеней, ніж стандартна психокорекційна робота з суїцидальними підлітками. Робота з актуальною суїцидальністю іноді автоматично призводить до зниження ризикової поведінки в підлітків, особливо у випадках, коли ризикова поведінка, особливо агресивні і руйнівні її форми, стає проміжним етапом у спробуванні своїх сил у скоєнні суїциду.

Однак, при залученості підлітка до ризикової поведінки, особливо при спостереганні високої ступені кластеризації різних видів РП в однієї особи, встановлення стану суїцидальності підлітка – лише перший крок у проведенні психокорекційної роботи. Найбільший інтерес для спеціалістів являють психодіагностичні методи, що дозволяють заздалегідь розпізнати ознаки схильності підлітка до ризикової поведінки і запобігти активному залученню підлітка до неї.

У такому форматі найінформативнішим виявився також короткий скринінговий «Опитувальник сильних сторін та труднощів» (OCCT) – the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), розроблений професором Лондонського інституту психіатрії Роберта Гудмана [11, с.582]. Поступово, з кінця 1990х рр. «Опитувальник сильних сторін та труднощів» замінив у Європі поширений з 70-х рр. минулого сторіччя «Соціально-комунікативних опитувальник» М. Раттера (SCQ – Social Communication Questionnaire), що пропонував версії лише для батьків та вчителів, а також опитувальник поведінки для підлітків CBCL (the Child Behavior Checklist) розроблений Т. Ахенбахом у 1991 р.

У порівнянні із суто клінічними опитувальниками та тестами, ОССТ не діагностує будь-який специфічний розлад, а вимірює загальний ступінь «нормальності» чи «патопсихологічності» поведінки підлітка. 5 запропонованих шкал дозволяють досліднику урозуміти сферу/сфери, що являють собою найбільшу проблему для підлітка (емоційна, соціальна, поведінкова, гіперактивність, порушення уваги). Було доведено, що на відміну від інших опитувальників ОССТ перш за все фокусується на актуальних проблемах у поведінці та стані підлітка, таких як концентрація уваги, імпульсивність, рефлексивність, наявність друзів, віктимізація, а також забезпечує більш точні дані щодо емоційного стану підлітка, його неухважності, відносин із однолітками, просоціальної поведінки [11, с.584]. Таким чином, спеціаліст, що використовує ОССТ з метою з'ясування механізмів, що служать основою для ризикової поведінки підлітка, має змогу, по-перше, з'ясувати природу генезу ризикової поведінки, в тому числі і патопсихологічного характеру, а по-друге – зрозуміти компоненти її структури.

За досить короткий час ОССТ був перекладений на 52 мови і валідизований у 63 країнах світу, в тому числі в Україні. Переклад і культурну апробацію доступних форматів «Опитувальнику сильних сторін та труднощів» на українську мову було здійснено Л. Підлисецькою, І. Грішаєвою, І. Марцинковським, Я. Бікшаєвою, Д. Угріним. Російською мовою переклали та апробували опитувальник Є. Слободська, М. Розенбуш, Н. Бодягіна, С. Грачов, Г. Князев, В. Гафуров. Українські версії опитувальника доступні для ознайомлення та завантаження на офіційному сайті [www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org). Протягом 20 років у кожній з європейських країн та у ряді азійських та африканських країн було організовано щонайменше одне масштабне епідеміологічне дослідження на великих вибірках дітей, підлітків, їхніх батьків та вчителів із подальшим досконалим статистичним аналізом. З умовами проведення деяких із досліджень по валідизації ОССТ та отриманими результатами можна ознайомитися у табл. 5.

Таблиця 5

**Результати найкрупніших досліджень із використанням ОССТ у європейських та неєвропейських країнах протягом 1997-2015 рр.**

<i>країна та рік проведення скринінгу</i>	<i>кількість учасників</i>	<i>отримані результати</i>
Великобританія, 1997	18415 дітей 5-16 років, їхні батьки та вчителі	Підлітки, що обрали високі показники з «Загального балу труднощів» згідно ОССТ, також мали більш високі показники психопатології та поширеності емоційного та поведінкового розладів
Південна Європа (Італія, Іспанія, Хорватія, Португалія, Франція), 2003	13102 підлітка 11-17 років, їхні батьки та вчителі	було встановлено показники балів по шкалам ОССТ для кожної з південноєвропейської країни, виявлено ступінь узгодження між даними від підлітків, батьків та вчителів
Нордичні країни (Швеція, Фінляндія, Норвегія, Данія, Ісландія), 2003	загалом близько 100,000 дітей та підлітків загальної популяції та клінічних вибірок	статистичний аналіз довів, що показники ОССТ у дітей і підлітків із різних нордичних країн знаходяться на майже однаковому рівні
Росія, 2006, 2012	2892 підлітка 13-18 років 1380 підлітка 12-17 років, 536 їхніх батьків	факторна структура ОССТ була підтверджена як загалом адекватна, але для деяких шкал було визначено деяке порушення у психометричних характеристиках; внесок чутливості за даними батьків склав 40%, з віком його величина зменшувалася.
Німеччина, 2007	2406 дітей та підлітків у віці 7-16 років та їхні батьки	ОССТ був прийнятий як надійний і валідний засіб для використання у епідеміологічних дослідженнях, була доведена його внутрішня послідовність та гомогенність шкал
Азіатські країни (Китай, Японія), 2009-2013	загалом 36712 осіб (дітей 6-12 років загальної популяції та із психіатричним діагнозом, батьків, вчителів)	валідність та надійність методу було підтверджено, шкали гіперактивності та загальний бал труднощів були визнані як один із найбільш корисних методів прогнозування клінічних розладів у дітей і оригінальна факторна структура ОССТ та взаємні кореляції між шкалами були підтвержені

За результатами десятків досліджень переклади і версії ОССТ були валідизовані, його факторна структура з 5 шкал була підтверджена і ОССТ був признаний як надійний та валідний засіб прогнозування клінічних розладів у дітей від 4-х до 10 років та у підлітків від 11 до 18 років, як на базі даних отриманих у самозвітах підлітків, так і на базі даних, отриманих від їхніх батьків та вчителів.

У нашому дослідженні використання ОССТ виявилось край інформативним із боку предикції розвинення у підлітків схильності до ризикової поведінки, а також виявлення її структури. Як ми вже зазначали у інших наших статтях [2, с.42], за результатами факторного аналізу методом головних компонентів було встановлено, що на залученість підлітка до ризикової поведінки впливають 3 фактори: негативні емоційні переживання (32.8% поясненої варіації), переживання труднощів (10.8% поясненої варіації), поведінкові труднощі (6.3% поясненої варіації). Представленість двох останніх факторів у структурі ризикової поведінки кожного окремого підлітка дозволяє виявити саме ОССТ.

Особливо важливим з боку впливу на розвиток залученості підлітка до РП виявилось не просто констатування наявності в такого підлітка емоційних, соціальних або поведінкових труднощів, а ставлення та відношення підлітка до цих труднощів (табл. 6).

Таблиця 6

### Структура другого та третього факторів залученості підлітків до РП

#### Фактор 2: *Переживання труднощів*

##### 10.8% поясненої варіації

	Factor - 2
Труднощі засмучують	0.8918
Труднощі визнаються	0.8752
Труднощі тривалі	0.8311
Труднощі позначаються на інших	0.6996

#### Фактор 3: *Поведінкові проблеми*

##### 6.3% поясненої варіації

	Factor - 3
Гіперактивність	0.7594
Відчуття покарання	0.5545
Проблеми з поведінкою	0.5475

Опитувальник представлений у наступних версіях, що дозволяє обрати такий формат проведення тестування, що відповідає різноманітним потребам:

- Одностороння версія опитувальника без доповнень:*
  - версія для батьків та вчителів дітей від 4 до 16 років;
  - версія для самооцінювання дітей від 11 до 17 років.
- Двостороння версія опитувальника із можливістю оцінки втручання:*
  - P 4-16 для оцінки впливу втручання для батьків дітей 4-16 лет;
  - P 3-4 для оцінки впливу втручання для батьків 3 і 4річних дітей;
  - T 4-16 для оцінки впливу втручання для вчителів 4-16річних дітей;
  - S 11-17 – для оцінки впливу втручання для самостійного заповнення дітьми 11-17 років.
- Інші версії опитувальника*
  - P 4-16 FOLLOW-UP – опитувальник, що має додаткові питання для оцінки впливу втручання для батьків 4-16-річних дітей;
  - T 4-16 FOLLOW-UP – опитувальник, що має додаткові питання для оцінки впливу втручання для вчителів 4-16-річних дітей;
  - S 11-17 FOLLOW-UP – опитувальник, що має додаткові питання для оцінки впливу втручання для самостійного заповнення 11-17-річними дітьми.

Всі версії опитувальника вважаються короткими – вони містять 25 питань щодо психологічних атрибутів підлітків, що дозволяє розмістити опитувальник на одній сторінці А4. При використанні опитувальника на вибірці, що схильна до ризикової поведінки, автор пропонує обчислювати як загальний бал труднощів, так і специфічні труднощі. У цілому питання підрозділяються на 5 шкал:

- емоційні симптоми (5 питань);
- проблеми з поведінкою (5 питань);
- гіперактивність/порушення уваги (5 питань);

- проблеми у взаємовідносинах із однолітками (5 питань);
- просоціальна поведінка (5 питань).

Загальний бал труднощів обчислюється при доданні балів перших чотирьох шкал (загалом 20 питань).

**Висновки та перспективи подальшого дослідження.** Таким чином, можна стверджувати, що залученість підлітка до ризикової поведінки має певний зв'язок із психологічними особливостями підлітків. На базі наших або інших, в тому числі закордонних, досліджень ще досі неможливо зробити остаточний висновок стосовно того, чи впливають певні психологічні особливості особистості на залученість до РП у підлітковому віці, чи навпаки, сам факт залученості підлітка до РП провокує якісні зміни у психологічній структурі особистості підлітка. Це може стати самостійним напрямком дослідження у майбутньому. Тим не менш, якщо спеціалісту доводиться проводити психокорекційну роботу із підлітками, залученими до РП, він має враховувати зв'язок РП із психологічними особливостями підлітка.

Вибору найбільш ефективної програми психокорекції із підлітками, залученими до РП, має передувати адекватна психодіагностика, спрямована на виявлення, перш за все, стану суїцидальності підлітка, а потім – структури його ризикової поведінки. Зневага до можливого зв'язку РП із суїцидальністю у підлітків може призвести до плачевних наслідків, а нехтування аналізом структури РП в окремого підлітка може зробити психокорекційну роботу із цим підлітком безрезультатною. Хоча спеціаліст може використовувати ті діагностичні методи, які він вважає надійними та діагностично показовими, ми пропонуємо використання методик, прийнятих у західній медичній психології, оскільки вони виявилися більш орієнтованими на урахування структурних компонентів ризикової поведінки підлітків, що є необхідною умовою для розробки ефективної психокорекційної програми з підлітками, залученими до ризикової поведінки.

#### Список використаних джерел

1. Психологія суїциду. Навчальний посібник за ред. В.П. Москальця. – К.: Академвидав, 2004. – 288 с.
2. Рахимкулова А.С. Феномен ризикового поведіння – попытка концептуального описання / Рахимкулова А.С. // *Медицинская психология*. – 2016. – Т.11, №3(43). – С.37-43.
3. Рахимкулова А.С. Взаємозв'язок ризикової та суїцидальної поведінки у підлітків в Україні / Рахимкулова А.С. // *Проблеми сучасної психології: зб. наук. пр. Вип. 34 / ред.: С. Д. Максименко, Л. А. Онуфрієва; Кам'янець-Поділ. нац. ун-т ім. І.Огієнка, Ін-т психології ім. Г.С.Костюка АПН України. - Кам'янець-Поділ. : Аксіома, 2016. – №34. – С. 446-470*
4. Рахимкулова А.С. Современные теории суицидального поведения у подростков / Рахимкулова А.С. // *Znanstvena misel*. – 2017. – V.1(1). – P. 42-51
5. Рахимкулова А.С. Некоторые проявления ризикового поведіння у городских подростков: биопсихосоциальная трактовка / Рахимкулова А.С., Розанов В.А. // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. – 2014. – Т. 14(2). – С. 23-33.
6. Розанов В.А. Рост нарушений психического здоровья в мире – психиатрическая эпидемиология современности / Розанов В.А. // *Уральский журн. психиатрии, наркологии и психотерапии*. – 2015. – Т.3(1). – С. 6-21.
7. Brener N.D., Collins J.L. Co-occurrence of health-risk behaviors among adolescents in the United States. // *Journal of Adolescent Health*. – 1998. – V. 22. – P. 209-213.
8. DiClemente R. J., Hansen W. B., Ponton L. E. Adolescents at risk: A generation in jeopardy. In R.J. Di-Clemente, W. B. Hansen, & L. E. Ponton (Eds.). *Handbook of adolescent health risk behavior*. – New York: Plenum, 1996.
9. DuRant R.H., Smith J.A., Kreiter S.R., Krowchuk D.P. The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviours among young adolescents. // *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. – 1999. – V.153. – P. 286-291.
10. Ghasemi P., Shaghghi A., Allahverdipour H. Measurement Scales of Suicidal Ideation and Attitudes: A Systematic Review Article. // *Health Promotion Perspectives*. – 2015. – V. 5(3). – P. 156–168.
11. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 1997. – V. 38 (5). – P. 581-586.
12. Hirschi T., Gottfredson M. Age and the Explanation of Crime. // *American Journal of Sociology*. – 1983. – V.89. – P. 552–584.
13. Hurrelmann K., Richter M. Risk behaviour in adolescence: the relationship between developmental and health problems. // *Journal of Public Health*. – 2006. – V.14(1). – P. 20-28.
14. Kreiter S.R., Krowchuk D.P., Woods C.R., Sinal S.H., Lawless M.R., DuRant R.H. Gender differences in risk behaviors among adolescents who experience date fighting. // *Pediatrics*. – 1999. – V. 104(6). – P.1286-1292.
15. Paykel E.S., Myers J.K., Lindenthal J.J., Tanner J. Suicidal Feelings in the General Paykel: A Prevalence Study. // *Britain Journal of Psychiatry*. – 1974. – V. 124. – P. 460-469.
16. Resnick M.D., Blum R.W. The Association of Consensual Sexual Intercourse During Childhood With Adolescent Health Risk and Behaviors. // *Pediatrics*. – 1994. – V. 94. – P. 907-913
17. Social determinants of health. Geneva, World Health Organization, 2014. ([http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/), accessed 16 May 2016).

18. WHO draft health indicators for adolescents: Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health. – Geneva, World Health Organization, 2014.
19. World Health Statistics 2014. – Geneva, World Health Organization, 2014.

**Reference translated and transliterated**

1. Psihologija suïcidu. [The Psychology of Suicide] Navchal'nij posibnik za red. V.P. Moskal'cja. – K.:Akademvidav, 2004. – 288 s.
2. Rahimkulova A.S. Fenomen riskovogo povedenija – popytka konceptu-al'nogo opisanija. [The phenomenon of Risky Behavior – a Try of Conceptual Description] // Medicinskaja psihologija. – 2016. – T.11, №3(43). – S.37-43.
3. Rahimkulova A.S. Vzaemozv'jazok rizikovoï ta suïcidal'noï povedinki u pidlitkiv v Ukraïni. [The Interconnectedness of Risky and Suicidal Behavior among Ukrainian Adolescents] // Problemi suchasnoï psihologii: zb. nauk. pr. Vip. 34 / red.: S. D. Maksimenko, L. A. Onufrieva; Kam'janec'-Podil. nac. un-t im. I.Ogienka, In-t psihologii im. G.S.Kostjuka APN Ukraïni. - Kam'-janec'-Podil. : Aksioma, 2016. – №34. – C. 446-470
4. Rahimkulova A.S. Sovremennye teorii suïcidal'nogo povedenija u podrostkov. [The Modern Theories of Adolescent Suicidal Behavior] // Znanstvena misel. – 2017. – V.1(1). – P. 42-51
5. Rahimkulova A.S., Rozanov V.A. Nekotorye projavlenija riskovogo povedenija u gorodskih podrostkov: biopsihosocial'naja traktovka [Some Manifestations of Risky Behavior of Urban Adolescents: Biopsychosocial Interpretation] // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2014. – T. 14(2). – C. 23-33.
6. Rozanov V.A. Rost narushenij psihicheskogo zdorov'ja v mire – psihia-tricheskaja jepidemiologija sovremennosti [The Growth of Menat Health Disorders in the World: Psychiatric epidemiology of the Modernity] // Ural'skij zhurn. psi-hiatrii, narkologii i psihoterapii. – 2015. – T.3(1). – S. 6-21.S. 6-21.
7. Brenner N.D., Collins J.L. Co-occurrence of health-risk behaviors among adolescents in the United States. // Journal of Adolescent Health. – 1998. – V. 22. – P. 209-213.
8. DiClemente R. J., Hansen W. B., Ponton L. E. Adolescents at risk: A generation in jeopardy. In R.J. Di-Clemente, W. B. Hansen, & L. E. Ponton (Eds.). Handbook of adolescent health risk behavior. – New York: Plenum, 1996.
9. DuRant R.H., Smith J.A., Kreiter S.R., Krowchuk D.P. The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviours among young adolescents. // Archives of Pediatric and Adolescent Medicine. – 1999. – V.153. – P. 286-291.
10. Ghasemi P., Shaghghi A., Allahverdipour H. Measurement Scales of Suicidal Ideation and Attitudes: A Systematic Review Article. // Health Promotion Perspectives. – 2015. – V. 5(3). – P. 156–168.
11. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Re-search Note // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 1997. – V. 38 (5). – P. 581-586.
12. Hirschi T., Gottfredson M. Age and the Explanation of Crime. // American Journal of Sociology. – 1983. – V.89. – P. 552–584.
13. Hurrelmann K., Richter M. Risk behaviour in adolescence: the relationship between developmental and health problems. // Journal of Public Health. – 2006. – V.14(1). – P. 20-28.
14. Kreiter S.R., Krowchuk D.P., Woods C.R., Sinal S.H., Lawless M.R., DuRant R.H. Gender differences in risk behaviors among adolescents who experience date fighting. // Pediatrics. – 1999. – V. 104(6). – P.1286-1292.
15. Paykel E.S., Myers J.K., Lindenthal J.J., Tanner J. Suicidal Feelings in the General Paykel: A Prevalence Study. // Britain Journal of Psychiatry. – 1974. – V. 124. – P. 460-469.
16. Resnick M.D., Blum R.W. The Association of Consensual Sexual In-tercourse During Childhood With Adolescent Health Risk and Behaviors. // Pediatrics. – 1994. – V. 94. – P. 907-913
17. Social determinants of health. Geneva, World Health Organization, 2014. ([http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/), accessed 16 May 2016).
18. WHO draft health indicators for adolescents: Department of Mater-nal, Newborn, Child and Adolescent Health. – Geneva, World Health Or-ganization, 2014.
19. World Health Statistics 2014. – Geneva, World Health Organization, 2014.

**Rakhimkulova, A.S. The peculiarities of complex psychodiagnostics of adolescents involved in risky behavior.**

Adolescent risky behavior is a phenomenon that substantially influences teenagers' psychoemotional state, their ability to make decisions and generally react to stressful or complicated life events. Unfortunately, Ukrainian medical psychology specialists have trouble when it comes to evaluation of the level of danger that involvement into risky behavior poses on an adolescent because the nature and structure of such involvement can differ as there are various types of risky behavior and their genesis roots in a number of aspects. Another critical issue a medical psychologist should always keep in mind is the fact that risky adolescents are prone to self-destructive and suicidal behavior more than other teens. The lack of valid and reliable psychodiagnostical tools, the use of which should precede any psychocorrection to make it effective, considerably complicates the work for specialists. The article gives recommendations as for how to run psychodiagnostics for teenagers with risky behavior. Also, the article analyzes questionnaires that have proved to be valid and reliable over the years by foreign medical psychologists on the basis of longitudinal and national studies – the Paykel suicide scale and the Strengths and Difficulties Questionnaire by R. Goodman. The results of the multiple foreign researches where these questionnaires were used are provided as well as the results of our research conducted among Ukrainian adolescents.

**Key words:** adolescent psychodiagnostics, risky behavior psychodiagnostics. Adolescent risky behavior, suicide questionnaires for teenagers, Paykel suicide scale, the Strengths and Difficulties Questionnaire.