

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

На правах рукопису,
остаточна версія

/Підпис студента/

ПАВЛЕНКО Мар'яна Сергіївна

**СИСТЕМАТИЧНИЙ ОГЛЯД ЕФЕКТИВНОСТІ
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ В РОБОТІ З ПІДЛІТКАМИ,
ЯКІ МАЮТЬ СПЕКТР РОЗЛАДІВ ПОВЕДІНКИ**

Спеціальність 053 - Психологія

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

Кафедра клінічної психології

Науковий керівник

Аврамчук Олександр Сергійович,

доцент кафедри клінічної психології УКУ,

кандидат психологічних наук

/Підпис наукового керівника/

Львів – 2020

Вищий навчальний заклад «Український католицький університет»

**Факультет наук про здоров'я
Кафедра клінічної психології**

Пояснювальна записка

до магістерської роботи
магістр
(освітній ступінь)

на тему:

«Систематичний огляд ефективності психотерапевтичних інтервенцій в роботі з підлітками, які мають спектр розладів поведінки»

Виконала:

студентка 6 курсу групи ЗПК 17/М
спеціальності 053 «Психологія»

Павленко М.С.

Керівник: доцент кафедри клінічної психології

УКУ, кандидат психологічних наук

Аврамчук О.С.

Львів – 2020

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ РОЗЛАДІВ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ.....	6
1.1. Сучасні підходи до розуміння розладів поведінки.....	6
1.2. Підходи до терапії.....	12
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ У РОБОТІ З ПІДЛІТКАМИ, ЯКІ МАЮТЬ СПЕКТР РОЗЛАДІВ ПОВЕДІНКИ.....	18
2.1. Методологічні підходи до проведення систематичного огляду...	18
2.2. Дизайн та організація дослідження.....	20
2.3. Аналіз досліджень.....	23
ВИСНОВКИ.....	52
ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА.....	54
ДОДАТКИ.....	62

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблемна поведінка підлітків на сьогоднішній день є предметом активних дискусій як у медіа, так і у наукових колах (Splett, 2018; Matjasko, 2019; Fanti, 2018). Значний відсоток дітей може демонструвати епізодичні поведінкові проблеми у цьому непростому віці, та особливу загрозу становить спектр розладів поведінки, що представлений у DSM-5 під загальною назвою “руйнівні, пов’язані з імпульс-контролем і поведінкові розлади” (“Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders”) (APA, 2013). Ці розлади характеризуються поведінкою, яка порушує права інших людей і призводить до конфлікту індивіда з соціальними нормами і авторитетними фігурами. З огляду на це зовсім не дивно, що велика кількість дослідників пов’язує з даними розладами чи їх окремими проявами такі соціально значущі теми, як злочинна поведінка (Pardini, 2018; Simmons, 2018), зловживання наркотичними речовинами (Anderson, 2018; Groenman, 2017) і булінг (Golmaryami, 2016).

Згідно з даними США, 7,4% дітей віком від 3 до 17 років мають діагностовані поведінкові проблеми (Ghandour, 2018). Попри поширеність дитячих і підліткових розладів поведінки, наразі немає однозначної думки стосовно найбільш ефективного методу терапії. M.J. Bakker та ін. у своєму мета-аналізі (Bakker, 2017) наголошують, що досі не знайдено достатніх доказів на підтвердження значної переваги певної інтервенції порівняно з іншими. Серед перспективних психотерапевтичних підходів, що демонструють деяку ефективність, виділяють когнітивно-поведінкову терапію (Fossum, 2016), мультисистемну терапію (Fonagy, 2018), а також методи, що передбачають участь сім’ї у терапевтичному процесі (Nies, 2016). Беручи до уваги все вищесказане, складно не погодитись із більшістю дослідників, які вважають, що дана тема потребує подальшого дослідження.

Важливість даного дослідження обумовлена, в першу чергу, необхідністю ефективного планування надання психосоціальної допомоги.

Своєчасне виявлення і корекція проблемної поведінки підлітків, в свою чергу, сприятиме превенції соціально небезпечних вчинків.

У зв'язку з вищезазначеним була сформульована наступна *гіпотеза дослідження*: інтервенції, що передбачають участь сім'ї у терапевтичному процесі, будуть мати високу ефективність у роботі з підлітками з розладами поведінки, що виражатиметься у зниженні діагностичних ознак даних розладів та у загальному покращенні якості життя.

Мета дослідження: провести порівняльний аналіз ефективності різних психотерапевтичних інтервенцій у роботі з підлітками, що мають спектр розладів поведінки.

Об'єкт: розлади поведінки у підлітків.

Предмет: психотерапевтичні інтервенції, що використовуються в роботі з підлітками, які мають розлади поведінки.

З огляду на зазначену мету були сформульовані наступні *завдання дослідження*:

1. Провести теоретико-методологічний аналіз проблеми підліткових розладів поведінки.
2. Проаналізувати дані про ефективність різних психотерапевтичних інтервенцій при роботі з підлітками, що мають спектр розладів поведінки.
3. Виокремити аспекти для порівняння ефективності цих інтервенцій.
4. Визначити співвідношення між собою в контексті ефективностей їх терапевтичного впливу на зниження діагностичних ознак та покращення якості життя.

Методи та організація дослідження: у дослідженні застосовані такі загальнонаукові методи, як порівняння, аналіз, синтез, а також проведений систематичний огляд літератури. Пошук досліджень для аналізу здійснений з використанням наступних електронних баз даних: PubMed, Google Scholar.

Наукова новизна: у цій роботі набуло подальшого розвитку уявлення про ефективні інтервенції, що використовуються для терапії розладів поведінки у підлітків.

Структура роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, переліку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ РОЗЛАДІВ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

1.1. Сучасні підходи до розуміння розладів поведінки

В МКХ-10 розлади поведінки представлені під кодом F91. Їх основна характеристика - “повторювані і стійкі патерни диссоціальної, агресивної або викличної поведінки” [52]. Серед прикладів такої поведінки в МКХ-10 наведено “надмірну схильність вступати в бійки, жорстокість по відношенню до інших людей і тварин, нанесення значної шкоди власності, підпали, крадіжки, постійну брехливість, прогулювання занять у школі і втечі з дому, часті тяжкі спалахи роздратування, а також неслухняність” [52]. Група розладів під кодом F91 включає наступні розлади: розлад поведінки, обмежений рамками сім’ї (F91.0), несоціалізований розлад поведінки (F91.1), соціалізований розлад поведінки (F91.2), опозиційно-викличний розлад (F91.3), а також інші розлади поведінки (F91.8) і розлад поведінки неуточнений (F91.9). Усі перелічені розлади, окрім обмеженого рамками сім’ї, зазвичай проявляються у більшості сфер життєдіяльності дитини або підлітка. Несоціалізований розлад поведінки відрізняється від соціалізованого наявністю значних аномалій у сфері взаємовідносин з іншими дітьми. Опозиційно-викличний розлад, на відміну від інших, зазвичай не включає правопорушень і характеризується в основному “вираженою викличною поведінкою, неслухняністю і поведінкою, що розриває стосунки” [52].

Інтермітуючий експлозивний розлад (або переміжний експлозивний розлад) у МКХ-10 наведений у групі під назвою “розлади звичок і потягів” під кодом F63.8 – Інші розлади звичок і потягів.

У DSM-5 наявна група під назвою “руйнівні, пов’язані з імпульс-контролем та поведінкові розлади”. Це загальна група, що об’єднує не лише поведінкові розлади, а й розлади потягів, такі як піроманія і клептоманія, а

також антисоціальний розлад особистості, який можна вважати комплексним розладом. Загальними для всіх діагнозів у цій групі є проблеми з самоконтролем емоцій і поведінки. Як вказано у DSM-5, суттєвою характеристикою, що відрізняє дані розлади від інших, є “поведінка, що грубим чином порушує права інших (агресія, знищення приватної власності) та/або призводить до значного конфлікту індивіда з соціальними нормами чи авторитетними фігурами” [2].

Деякі дослідники вважають, що критерії розладу поведінки, представлені у найбільш використовуваних класифікаціях, не є достатніми і не розкривають сутність проблеми. Salekin [40] аналізує зміни, внесені у DSM-5 і заплановані для нового перегляду Міжнародної Класифікації Хвороб (МКХ-11). Він розглядає розлад поведінки у дітей та підлітків як “дитячу психопатію”, спираючись на розробки Х.Клеклі (Cleckley, 1941), Р.Хаера (Hare, 1991/2003) та інших. Згідно з цією концепцією, трьома основними компонентами психопатії є риси жорстокості і неемоційності (callous-unemotional traits, CU), грандіозності і маніпулятивності (grandiose-manipulative traits, GM) та зухвалості і імпульсивності (daring-impulsive traits, DI). У DSM-5 риси жорстокості і неемоційності включені під терміном “обмежені просоціальні емоції” (limited prosocial emotions, LPE). На думку Salekin, є сенс включити до класифікації й інші два компоненти, оскільки вимір CU, хоч він і вважається деякими дослідниками “ядром” психопатії, не розкриває сповна всієї присутньої симптоматики. Автор наголошує, що розлад поведінки у дітей та підлітків не завжди проявляється однаково: хтось може демонструвати “вміння переконувати і просоціальні стратегії поведінки”, завойовуючи популярність серед однолітків, у той час як поведінка інших характеризується “агресивністю, емоційною дизрегуляцією і дефіцитом просоціальних навичок” [40]. У зв’язку з цим він пропонує використовувати діагноз “розлад поведінки” із трьома

специфікаторами (CU, GM, DI) для покриття всього різноманіття клінічної картини.

Вартою уваги видається гіпотеза про існування різних форм розладу поведінки. Мооре та інші у своєму дослідженні [35] спираються на таксономію, запропоновану Moffitt, яка передбачає, що розлад поведінки може бути обмежений підлітковим віком (adolescence limited, AL) або тривати впродовж всього життя (life course persistent, LCP). Основна ідея полягає в тому, що різні форми розладу можуть мати різні етіологічні передумови і різні наслідки. За результатами дослідження автори виявили, що розлад поведінки, обмежений підлітковим віком, є більш поширеним, ніж той, який триває все життя — поширеність серед населення США оцінюється у 9,9% та 1.1% відповідно [35]. Окрім цього, отримані дані свідчать про те, що на розвиток розладу поведінки тривалістю все життя більш значний вплив здійснюють фактори сімейного середовища у дитинстві (низький соціально-економічний статус родини, недостатньо близькі стосунки з матір'ю, жорстка дисципліна). З огляду на це автори вбачають доцільними психотерапевтичні інтервенції, спрямовані на покращення дитячо-батьківських стосунків. Разом з тим, значних відмінностей у наслідках обох форм розладу виявлено не було, тож, на думку дослідників, основні мішені для терапії можуть бути подібними [35].

Значний пласт досліджень присвячений порівнянню розладу поведінки і опозиційно-викличного розладу, їх розмежуванню і концептуалізації. Lindhiem та інші у своєму дослідженні [29] проаналізували особливості постановки даних діагнозів. Вони певною мірою продовжують думку про різноманіття проявів одного й того самого розладу, спираючись на ідеї інших дослідників стосовно підтипів розладу поведінки (неагресивний, фізично агресивний, тяжкий/змішаний) (Lacourse et al., 2010) та опозиційно-викличного розладу (з високим рівнем поведінкових симптомів і симптомів негативного афекту, з високим рівнем лише

поведінкових симптомів, з низьким рівнем прояву симптомів) (Burke, 2012). У зв'язку з таким різноманіттям, при діагностуванні за DSM-5, заснованому на підрахунку симптомів (коли для постановки діагнозу індивід має демонструвати певну кількість симптомів із переліку), індивіди, що в однаковій мірі відповідають критеріям одного й того самого діагнозу, можуть не мати жодного спільного симптому. Lindhiem та інші використали сучасну теорію тестування (Item Response Theory, IRT) для визначення латентних параметрів при діагностиці розладу поведінки й опозиційно-викличного розладу і дійшли висновку, що для розладу поведінки (але не для опозиційно-викличного розладу) слід враховувати не лише кількість присутніх симптомів, але й їхню “важкість” (тобто вважати такі симптоми, як влаштування підпалів і псування майна більш значимими, ніж, наприклад, брехливість). Таким чином, автори обґрунтовують доцільність постановки прогностичного діагнозу у випадках, коли присутня мала кількість симптомів, але індекс апостеріорної ймовірності діагнозу (Posterior Probability of Diagnosis (PPOD) Index) вказує на вірогідність розвитку клінічної картини в майбутньому [29].

Cavanagh та інші у своєму дослідженні [5] висловили думку, що опозиційно-викличний розлад “краще концептуалізований як розлад емоційної регуляції, ніж як руйнівний поведінковий розлад”. Автори спиралися на гіпотезу про існування підтипів (вимірів) даного розладу — афективного (роздратованість, образливість, злість), що може бути предиктором депресії, і поведінкового (неслухняність, дошкульна поведінка, звинувачення інших), що може бути предиктором розладу поведінки (Burke, Hirwell, Loeber, 2010). Проте за результатами дослідження був зроблений висновок, що опозиційно-викличний розлад — це одновимірний конструкт, який при цьому можна вважати частиною більш широкого феномену, що включає ОВР і емоційну дизрегуляцію [5].

Дослідження Fettich та інших [13] звертає увагу на дефіцит емоційної регуляції в структурі інтермітуючого експлозивного розладу. На основі отриманих даних автори роблять висновок, що труднощі з емоційною регуляцією можуть бути більш глобальним компонентом даного розладу, ніж вважалося до цього. У зв'язку з цим виникає припущення, що агресія, яка вважається домінуючим симптомом ІЕР, може бути краще представлена як “маніфестація більш загальної дисфункції у регуляції афекту” [13]. Отримані результати відкривають, окрім поля для подальших досліджень, ще й простір для роздумів стосовно ефективних терапевтичних інтервенцій: автори висловлюють думку, що втручання при ІЕР мають фокусуватись не лише на агресивній поведінці та імпульс-контролі, але й на емоційній регуляції і копінг-стратегіях [13].

Разом з тим, агресія залишається найбільш помітним і соціально значущим проявом ІЕР, і дослідження Kulreg та інших [28] сфокусоване саме на вибухах гніву, притаманних індивідам з даним розладом. Автори дослідили, наскільки досвід вибухів гніву у людей з ІЕР відрізняється від подібного досвіду у людей з іншими психічними розладами і без психічних розладів. Отримані дані показали, що індивіди з ІЕР в більшій мірі відчували негативні емоції (злість, роздратування), неприємні фізіологічні відчуття (прискорене серцебиття, пітніння) і відчуття втрати контролю (бажання кричати, вдарити щось/когось). Окрім цього, такі індивіди частіше повідомляли про відчуття дистресу (сорому, розчарування, розкаяння), що слідувало за вибухами гніву. Це, на думку авторів, може свідчити про упереджене ставлення індивідів до таких вибухів та/або тенденцію до катастрофізації і самокритики. Інше припущення полягає в тому, що вибухи гніву у осіб з ІЕР мають більш значні негативні наслідки: вони часто повідомляють про проблеми на роботі, у стосунках з рідними і близькими, з законом [28].

Етіологія розладів поведінки наразі є предметом дискусій у наукових колах. Американські дослідники Salvatore і Dick проаналізували результати досліджень в сфері генетики [41] з метою визначити, чи впливають генетичні фактори на формування розладу поведінки. Близнюкові методи досліджень допомогли виявити деякий ризик появи антисоціальної поведінки і поведінкового розладу, пов'язаний саме з генетичними факторами. Були спроби ідентифікувати конкретні гени, відповідальні за розвиток розладу поведінки, але вони не були достатньо успішними. Автори вказують, що подальші дослідження в цій сфері могли б допомогти виявити конкретні фактори ризику, пов'язані з середовищем, і відповідно до цього краще розуміти, на що саме слід спрямовувати інтервенції і превентивні заходи [41].

Визначною рисою усіх розладів, що розглядаються, є агресивність. Fanning та інші у своєму дослідженні [11] спираються на ідею виділення підтипів агресії в залежності від її мотивації — реактивного (ворожого) та інструментального (умисного). Реактивна агресія зазвичай є цілеспрямованою, характеризується присутністю гніву і відсутністю її передбачення чи планування (Bushman & Anderson, 2001; Dodge & Coie, 1987; Dodge, 1991; Evans, 1961; Feshbach, 1964; Kempes, Matthys, De Vries, & VanEngeland, 2005). Інструментальна агресія мотивована досягненням певної мети — отримати винагороду, продемонструвати певний образ, відновити справедливість тощо; вона зазвичай є спланованою і не походить першочергово від почуття гніву (Evans, 1961; Bushman & Anderson, 2001). Керуючись численними доказами на підтримку існування підтипів агресії, автори поставили за мету дослідити, чи доцільно говорити про дані підтипи в контексті інтермітуючого експлозивного розладу, і, якщо так, то чи будуть вони характеризуватись специфічними особливостями. Згідно з результатами, особи з даним розладом описували власну агресію як більш

імпульсивну і експресивну у порівнянні з двома контрольними групами — психічно здоровими особами і особами з іншими психічними розладами [11].

1.2. Підходи до терапії

Доцільність фармакологічної терапії при підліткових розладах поведінки є предметом дискусій. У 2016 році Hambly та інші провели систематичний огляд [18] з метою оцінити сучасний стан фармакотерапії розладу поведінки, тобто наявні опції, їх ефективність, безпечність і побічні ефекти. Були проаналізовані такі препарати, як клонідин, метилфенідат, антипсихотики, антиконвульсанти (вальпроати), нормотиміки (препарати літію) та селективні інгібітори зворотнього захоплення норадреналіну. Найбільш значні докази ефективності стосувалися антипсихотиків, однак ці препарати мають і найтяжчі побічні ефекти. З огляду на недостатність доказів стосовно ефективності, безпечності і впливу на якість життя, а також на юний вік пацієнтів із розладом поведінки, автори вбачають доцільність у використанні фармакотерапії як додаткової, тоді як терапією першого вибору мають бути психосоціальні інтервенції [18].

Групою вчених з Канади були розроблені методичні рекомендації стосовно фармакологічної терапії руйнівної і агресивної поведінки дітей та підлітків з гіперактивним розладом з дефіцитом уваги (ГРДУ), опозиційно-викличним розладом і розладом поведінки [16]. Дані рекомендації в першу чергу стосуються ГРДУ і тих випадків, коли ОВР і РП є коморбідними при ГРДУ. Ефективність медикаментів при ОВР і РП як самостійних розладах доведена слабо; найбільш значні докази стосуються рisperidonу. Однак автори наголошують, що даний препарат слід призначати лише у найбільш тяжких випадках, а методом першого вибору, знову ж таки, мають бути психосоціальні інтервенції [16].

Фармакотерапії інтермітуючого експлозивного розладу присвячено не так багато досліджень, але майже всі з них підтверджують ефективність

селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну, а саме флуоксетину [17]. У випадку відсутності відповіді на флуоксетин рекомендовані наступні препарати: фенітоїн, окскарбазепін, карбамазепін. Найвищі показники ефективності продемонструвала стратегія лікування, що включає СІЗС у поєднанні з когнітивно-поведінковою терапією [17].

Деякі інші дослідники також вбачають перспективи у поєднанні психотерапевтичних інтервенцій з фармакотерапією. Masi та інші [32] проаналізували ефективність мультикомпонентної психотерапії, базованої на принципах КПТ, у поєднанні з медикаментами — метилфенідатом (у випадку наявності ГРДУ), антипсихотиками (рисперідоном чи кветіапіном) або нормотиміками (препаратами літію чи вальпроєвою кислотою). Результати дослідження свідчать про зниження рівня агресивної поведінки у групі, що отримувала медикаменти разом з психотерапією, однак рівень поведінки, спрямованої на порушення правил, і рис жорстокості та неемоційності не відрізнявся суттєво від показників групи, яка отримувала лише психотерапію. Автори роблять висновок, що комбіноване лікування може бути “золотим стандартом” при руйнівних поведінкових розладах, основними проявами яких є агресивна поведінка і емоційна дисрегуляція, у той час як риси жорстокості та неемоційності потребують інших втручань [32].

Дослідники McCart і Sheidow проаналізували значну кількість психосоціальних інтервенцій, що використовуються в роботі з підлітками, які демонструють руйнівну поведінку, з метою визначити, які з цих інтервенцій мають найвищий рівень доказовості [33]. Найвищу оцінку (“well-established”) отримали такі методи, як мультисистемна терапія (МСТ) і Орегонський метод лікування прийомною сім’єю (Treatment Foster Care Oregon, TFCO). Мультисистемна терапія передбачає залучення сім’ї, школи, оточення підлітка до процесу лікування і використовує індивідуальні плани для кожної родини, які можуть включати техніки поведінкової, когнітивно-

поведінкової терапії, а також стратегії самої родини. TFCSO – це метод, який передбачає тимчасове перебування підлітка у “прийомній родині”, де “батьки” є спеціалістами з надання психологічної допомоги. З метою навчання підлітка більш адекватним моделям поведінки, підвищення його успішності в школі і залучення до просоціальних активностей проводиться індивідуальна психотерапія, тренінги навичок і робота з реальними батьками дитини. Обидва зазначені методи терапії були розроблені, в першу чергу, для підлітків, які демонструють тяжку антисоціальну поведінку чи навіть мають проблеми з законом. Серед підходів, ефективність яких доведена менше (“probably efficacious”), представлені функціональна сімейна терапія (Functional Family Therapy, FFT), тренінг заміни агресії + формування позитивної культури спілкування з однолітками (навчання молоді допомагати один одному) (Aggression Replacement Training + Positive Peer Culture (Equipping Youth to Help One Another, EQUIP), а також групова програма, орієнтована на вирішення проблем (Solution-Focused Group Program) [33].

З огляду на різноманітність симптоматичних проявів досліджуваних нами розладів, доцільним видається розглянути публікації, що описують методи терапії, спрямовані на окремі симптоми. Антисоціальна поведінка зазвичай є однією з визначних складових розладів поведінки у підлітків і, як правило, першочергові інтервенції спрямовуються саме на її зниження. У дослідженні Fonagy та інших [14] вивчається ефективність мультисистемної терапії (Multisystemic Therapy, MST) у порівнянні з загальним менеджментом (management as usual, MAU) у якості терапії антисоціальної поведінки у підлітків. Як стверджують автори, мультисистемна терапія показала свою ефективність у зниженні рівня злочинної поведінки згідно з американськими дослідженнями. Але дане дослідження, проведене у Британії, не виявило переваг мультисистемної терапії порівняно з загальним менеджментом [14].

Велика кількість дослідників звертає увагу на так звані “риса жорстокості та неемоційності” (callous-unemotional traits, CUT). Дослідження, проведене в Італії [37], розглядає різні стратегії терапії цих рис у складі розладів поведінки в дітей та підлітків. У якості найбільш перспективних представлені такі інтервенції, як модуль CARES (Coaching and Rewarding Emotional Skills Module), тренінг розпізнавання емоцій (Emotion recognition training, ERT), ментальні моделі (Mental Models) і програма CP (Coping Power program). В контексті нашого дослідження варто звернути особливу увагу на ментальні моделі, оскільки даний метод розроблений спеціально для підлітків. Дана інтервенція спрямована на зниження рівня поведінкових проблем за допомогою комбінації мотиваційних технік, когнітивно-поведінкового тренінгу та налаштування на позитивні емоції. Згідно з дослідженням Salekin et al., ментальні моделі демонструють ефективність у зниженні рис жорстокості та неемоційності у міжособистісному спілкуванні, роблячи їх більш піддатливими до терапії [37].

Як було зазначено вище, ще одним поширеним проявом підліткових розладів поведінки є труднощі з емоційною регуляцією. Проведене в Ірані кейсове дослідження [22] сфокусоване якраз на даній проблемі. Дане дослідження мало на меті визначити, наскільки ефективними є інтервенції, спрямовані на корекцію неадаптивних емоційних схем і покращення емоційної регуляції у підлітків з опозиційно-викличним розладом. Суб'єктами дослідження були обрані 3 дівчини підліткового віку (16-17 років). Для кожної з них був проведений індивідуальний тренінговий курс, базований на моделі емоційної регуляції Дж.Гросса. Аналіз результатів показав зниження балів за Шкалою емоційних схем Ліхі (Leahy Emotional Schema Scale), яка використовувалася як контрольний інструмент. У якості висновку автори радять дослідникам і клініцистам звернути увагу на когнітивні стратегії емоційної регуляції. Окрім цього, вони наголошують на

необхідності подальших досліджень в цьому напрямку, оскільки результати, отримані на малій вибірці, не можуть бути генералізовані на всю популяцію. Обмежувальним фактором також є однакова статева приналежність всіх досліджуваних [22].

Характерним проявом розладів поведінки у підлітковому віці дуже часто є агресивність. Іспанськими вченими Ruth Castillo-Guarda та ін. було проведене трирічне лонгітюдне дослідження [39], спрямоване на зниження підліткової агресії шляхом розвитку навичок емоційного інтелекту. Були використані інтервенції, базовані на концепції соціально-емоційного навчання (Social and Emotional Learning, SEL). Увага приділялась таким компонентам, як адекватна експресія емоцій, їх розпізнавання, розуміння і здатність називати, а також їх регуляція. Результати показали, що дані інтервенції сприяли зниженню рівня негативного афекту, агресії і ворожості. Перевагами описаного дослідження можна вважати досить велику вибірку (476 підлітків) і рівномірний гендерний розподіл (233 хлопчика і 243 дівчинки). Проте воно має і свої обмеження: як зазначають самі автори, не було можливості підтвердити, що позитивний ефект був пов'язаний саме з розвитком навичок емоційного інтелекту (оскільки не розроблено відповідних тестів). Окрім цього, дані були отримані методом самозвіту досліджуваних, а отже, вони є заснованими на їхній суб'єктивній оцінці. Дослідники радять в майбутньому включити більше методів оцінки рівня агресії, наприклад, звіти вчителів та інших осіб, що взаємодіють з досліджуваними [39].

У 2015 році Sukhodolsky та інші представили огляд двох форм поведінкових інтервенцій, у фокусі яких знаходиться гнів, роздратованість і агресія у дітей та підлітків — тренінгу з менеджменту для батьків (Parent Management Training, PMT) і когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) [46]. Тренінг для батьків спрямований на зміну моделей взаємодії у сім'ї, які, імовірно, можуть сприяти формуванню у дитини агресивних форм

поведінки і підтримувати їх. Батьки навчаються розпізнавати причини такої поведінки, налаштовувати ефективну комунікацію з дитиною, заохочувати адекватні форми поведінки та застосовувати послідовні, узгоджені засоби модерації небажаної поведінки. Стосовно використання КПТ із даною групою дітей та підлітків автори пропонують трансдіагностичний підхід. Згідно з цим підходом, робота ведеться у декількох напрямках: регуляція гніву, навчання просоціальним стратегіям вирішення проблем та/або розвиток соціальних навичок, що могли б скласти альтернативу агресивній поведінці. Ефективність обох описаних методів підтверджується рандомізованими контрольованими дослідженнями [46].

Деякі дослідники вбачають потенціал у використанні технік майндфулнес у роботі з підлітками, що мають поведінкові розлади. В огляді, опублікованому індійськими вченими [38], розглянуто ефективність майндфулнес-медитації при роботі з підлітковою агресією. Дослідники дійшли висновку, що майндфулнес може бути ефективним в якості допоміжного метода терапії агресії. Однак вони наголошують, що для більш ґрунтовних висновків необхідні подальші емпіричні дослідження в цій сфері [38].

З огляду на проаналізовані дані, можна зробити висновок, що проблема терапії розладів поведінки у підлітків наразі не є достатньо дослідженою. Дослідження, присвячені вивченню ефективності психотерапевтичних інтервенцій, спрямованих на корекцію окремих рис даних розладів (таких як агресивність, імпульсивність, антисоціальна поведінка тощо), допомагають визначити найбільш перспективні орієнтири, але можуть не враховувати всіх особливостей, притаманних цим розладам. Необхідні подальші дослідження, які б фокусувалися безпосередньо на підліткових розладах поведінки. В першу чергу слід звернути увагу на інтервенції, пов'язані з розвитком емоційного інтелекту та емоційної регуляції.

РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ У РОБОТІ З ПІДЛІТКАМИ, ЯКІ МАЮТЬ СПЕКТР РОЗЛАДІВ ПОВЕДІНКИ

2.1. Методологічні підходи до проведення систематичного огляду

Згідно з покроковим керівництвом для проведення систематичних оглядів і мета-аналізів, розробленим Центром когнітивного старіння та когнітивної епідеміології Единбурзького університету [48], систематичний огляд може бути корисним при наявності питання чи проблеми, стосовно якої опубліковано деяку кількість емпіричних досліджень, але результати залишаються предметом дискусії. Інше керівництво, розроблене Йоркським університетом [6], наголошує на важливості систематичних оглядів для прийняття рішень стосовно практичного застосування тієї чи іншої інтервенції: підсумовуючи та критично аналізуючи результати окремих емпіричних досліджень, систематичні огляди допомагають визначити, які інтервенції мають доведену ефективність і за яких умов. Окрім цього, систематичні огляди дають змогу побачити, які проблеми є недостатньо дослідженими, і надати таким чином рекомендації стосовно подальших досліджень [6].

Аналіз актуальної літератури з проблеми психотерапевтичних інтервенцій при підліткових поведінкових розладах, описаний у першому розділі цієї роботи, виявив суперечливі результати емпіричних досліджень. Окрім цього, значна кількість досліджень сфокусована на динаміці окремих ознак/симптомів (таких як агресивність, антисоціальна поведінка тощо), тож складно зробити висновок про вплив досліджуваних інтервенцій на весь симптомокомплекс, присутній при розладах поведінки. У цьому випадку систематичний огляд є доречним, оскільки допоможе отримати більш повну картину: побачити, які саме інтервенції є ефективними, за яких умов,

наскільки сильними є докази ефективності. Систематичний огляд також дасть змогу конкретизувати напрями подальших досліджень.

Найбільш широко використовуваним керівництвом для структурування систематичного огляду є PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses [34]. PRISMA пропонує контрольний лист, що включає 27 пунктів, які стосуються назви, анотації, методології, результатів, висновків (дискусії) та фінансування систематичного огляду:

- назва (заголовок) — вказати, проводиться систематичний огляд, мета-аналіз, або і те, і інше;
- анотація (структуроване резюме);
- вступ:
 - обґрунтування причин (необхідності) проведення огляду;
 - цілі, завдання (опис питань, які ставить перед собою огляд);
- методи:
 - протокол і реєстрація (вказати, чи існує протокол огляду, надати посилання, у разі наявності надати інформацію щодо реєстрації);
 - критерії включення (сформулювати та обґрунтувати);
 - джерела інформації (бази даних, безпосередній контакт з авторами);
 - пошук (описати стратегію пошуку);
 - відбір досліджень (описати стадії відбору — скринінг, включення, залучення до систематичного огляду, залучення до мета-аналізу);
 - процес збору даних (описати метод витягу даних);
 - елементи даних (описати змінні, згідно яких був проведений пошук даних);
 - ризик упереджень (похибок) у кожному конкретному дослідженні (описати методи, використані для оцінки ризику, і вплив отриманої інформації на синтез даних);
 - підсумкові виміри;

- синтез результатів (описати методи обробки даних, зведення результатів);
- загальний ризик упереджень (похибок) (описати методи оцінки упереджень, які можуть впливати на сукупні докази);
- додатковий аналіз;
 - результати:
 - відібрані дослідження (зазначити кількість досліджень, що були відсортовані, перевірені згідно критеріїв включення і включені до огляду, навести причини виключення на кожній стадії);
 - характеристика досліджень;
 - ризик упереджень (похибок) в межах кожного конкретного дослідження (а також, за наявності, оцінка достовірності результатів кожного дослідження);
 - результати, отримані у кожному конкретному дослідженні;
 - синтез результатів;
 - загальний ризик упереджень (похибок);
 - додатковий аналіз;
 - висновки (дискусія):
 - підсумок доказів;
 - опис обмежень дослідження;
 - висновки (загальна інтерпретація результатів, пропоновані напрямки подальших досліджень);
 - фінансування (безпосереднє фінансування або інша підтримка, наприклад, надання доступу до даних) [34].

2.2. Дизайн та організація дослідження

З метою визначення аспектів ефективності розглянутих психотерапевтичних інтервенцій при підліткових розладах поведінки було вирішено провести систематичний огляд літератури. Для досягнення

зазначеної мети перед систематичним оглядом були поставлені наступні питання:

1. Які психотерапевтичні інтервенції найбільш ефективно знижують рівень вираженості діагностичних ознак розладів поведінки у підлітків?
2. Які з цих інтервенцій найбільше покращують загальну якість життя?
3. Які з цих інтервенцій мають найвищий рівень доказовості?

Критерії включення:

1. Учасники (популяція): підлітки віком від 12 до 18 років, дівчата і хлопці, що мають один з таких діагнозів: розлад поведінки (conduct disorder, 312.8), опозиційно-викличний розлад (oppositional defiant disorder, 313.81), інтермітуючий експлозивний розлад (intermittent explosive disorder, 312.34). З огляду на незначну кількість актуальних досліджень, присвячених конкретно зазначеним діагнозам, було прийнято рішення включити також учасників, що мають ключові ознаки, облігатні для встановлення цих діагнозів: агресивність, антисоціальна поведінка, знижений імпульс-контроль.

Виключення: дослідження, присвячені поведінковим проблемам внаслідок вживання ПАР.

2. Методи втручання (інтервенції): психотерапевтичні інтервенції.

Виключення: фармакологічне лікування, комбіновані інтервенції (психотерапія + фармакотерапія).

3. Методи порівняння: психотерапевтичні інтервенції порівняно з відсутністю лікування, з медикаментозним лікуванням, з плацебо.

4. Очікувані результати: зниження діагностичних ознак/ознак, що досліджуються, покращення якості життя.

5. Типи досліджень: рандомізовані контрольовані дослідження (РКД) і квазі-експериментальні дослідження, опубліковані англійською мовою з 2015 року по сьогоднішній день.

Виключення: систематичні огляди, мета-аналізи, якісні дослідження.

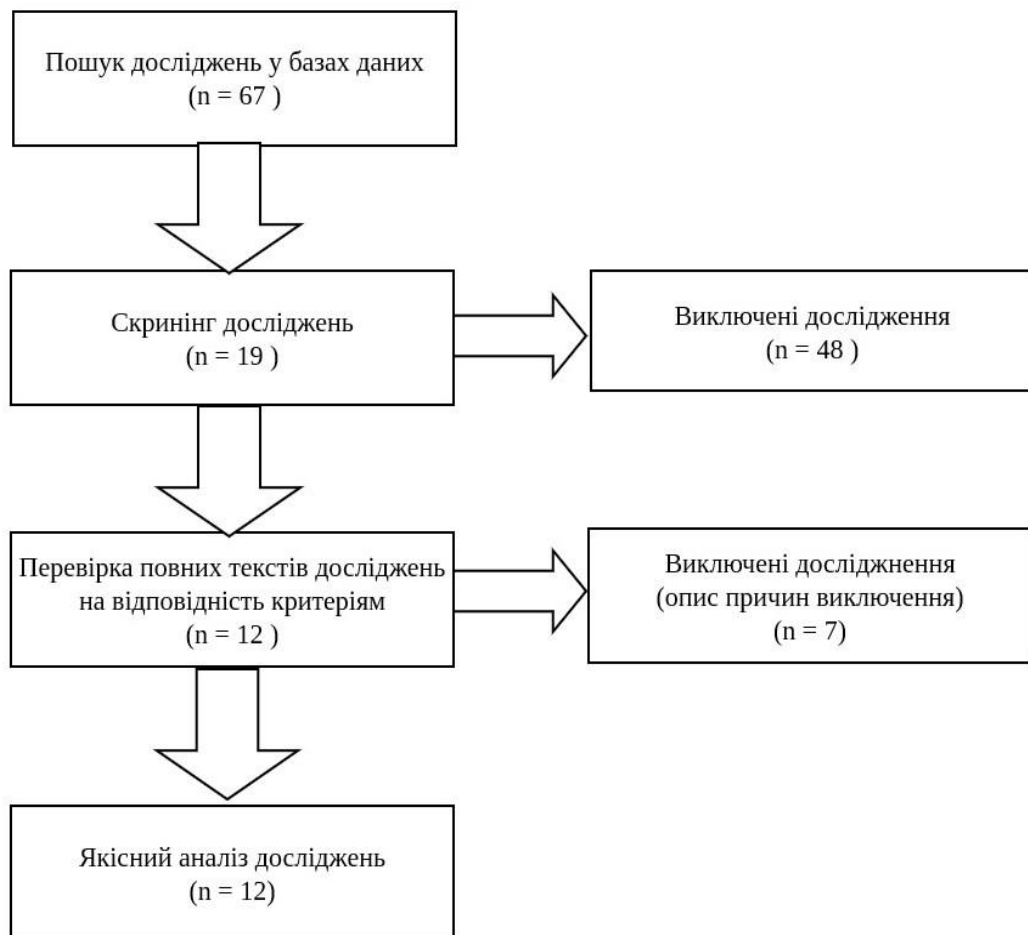


Рис. 2.1. Модель дослідження

Пошук і відбір досліджень відбувався згідно моделі, представленій на рис. 2.1. Для формування первинної бази досліджень був здійснений пошук в електронних базах даних Google Scholar і PubMed за наступними *ключовими словами і словосполученнями*: “conduct disorder” (розлад поведінки), “oppositional defiant disorder” (опозиційно-викличний розлад), “intermittent explosive disorder” (інтермітуючий експлозивний розлад), “antisocial behavior” (антисоціальна поведінка), “aggressive behavior” (агресивна поведінка), “disruptive behavior disorders” (руйнівні поведінкові розлади), “low impulse control” (знижений імпульс-контроль), “impulse

control problems” (проблеми з імпульс-контролем), “callous-unemotional traits” (риса жорстокості та неемоційності) у поєднанні з “adolescent” (підлітковий), “adolescence” (підлітковий вік) та “treatment” (лікування), “therapy” (терапія), “psychosocial intervention” (психосоціальна інтервенція), “psychological intervention” (психотерапевтична інтервенція).

Внаслідок пошуку за наведеними ключовими словами в різних комбінаціях було знайдено 67 досліджень, що відповідають темі нашого огляду і були опубліковані за останні 5 років. Далі був проведений первинний скринінг абстрактів, який дозволив відсіяти 48 досліджень. Основними причинами виключення на даному етапі був замалий вік учасників досліджень і невідповідність методів дослідження меті нашого огляду. Таким чином, було відібрано 19 досліджень. Наступним кроком повні тексти даних досліджень були перевірені на відповідність критеріям включення. На цьому етапі 7 досліджень було виключено. Серед основних причин виключення – замалий вік досліджуваних, наявність лише протоколу/опису і відсутність даних про результати, публікація тексту дослідження не англійською мовою, а також занадто вузька специфіка груп досліджуваних. Повний перелік переглянутих досліджень із зазначенням причин виключення наведено у Додатку А.

2.3. Аналіз досліджень

По завершенні вищеописаного етапу для аналізу було відібрано 12 досліджень. З огляду на методологічну різноманітність включених публікацій було прийнято рішення про доцільність проведення якісного аналізу. Результати проведеної аналітичної роботи наведені нижче.

1. Тестування модераційних моделей «Фасилітація» і «Проксимальний процес» у контексті їх впливу на ефективність мультисистемної терапії в роботі з підлітками з тяжкими поведінковими проблемами (Test of “Facilitation” vs. “Proximal Process”

Moderator Models for the Effects of Multisystemic Therapy on Adolescents with Severe Conduct Problem) [51]

Дане дослідження було спрямоване на визначення ефективності мультисистемної терапії, зокрема впливу на ефективність модеруючих факторів, таких як відносини у родині, рівень її функціональності, поведінка батьків та наявність у них необхідних батьківських навичок. Дослідниками були висловлені наступні припущення:

- 1.) підлітки, у родині яких панують теплі відносини і рівень психопатології батьків є низьким, будуть краще реагувати на терапію (модеруючий фактор «Фасилітація»);
- 2.) нижчий рівень адаптивних батьківських навичок і вищий рівень неадаптивних патернів поведінки будуть пов'язані з вищою ефективністю терапії (модеруючий фактор «Проксимальний процес»).

Незважаючи на те, що дане дослідження має більш вузьку специфіку, ніж тематика нашої роботи, було прийнято рішення його включити, оскільки порівняння із контрольною групою дає змогу зробити висновки про ефективність мультисистемної терапії загалом.

Метод: рандомізоване контрольоване дослідження.

Учасники: 164 сім'ї, серед яких 80 було розподілено до контрольної групи (середній вік підлітків – 14,5 років) та 84 – до експериментальної групи (середній вік підлітків – 14,6 років). Усі досліджувані підлітки були відібрані серед школярів, що навчалися у спеціалізованих класах для підлітків, чиї поведінкові проблеми настільки значні, що унеможливають навчання у звичайних класах (Moderate Intervention Program classes). Близько 68% учасників мали проблеми з законом. Середні показники проблемної поведінки згідно Контрольного листа поведінки дитини (Child Behavior Checklist) на початку дослідження склали 67,8 згідно форми для батьків, 67,0 згідно форми для вчителів та 59,7 згідно самозвіту підлітків.

Контрольна група у якості звичайного лікування (Treatment As Usual, TAU) отримувала лише сервіси, що надавалися школою.

Хід дослідження: терапевтичні інтервенції проводились близько 5 місяців. Окрім Контрольного листа поведінки дитини, який заповнювали батьки, самозвіту підлітків (Youth Self-Report form, YSR) та форми для вчителів (Teacher Report Form, TRF), були також використані Анкета оцінки особистості (Personality Assessment Inventory, PAI), Звіт дітей про поведінку батьків (Children's Report of Parental Behavior Inventory, CRPBI), Опитувальник батьківського авторитету (Parental Authority Questionnaire, PAQ), а також Шкала оцінки сімейної адаптивності та згуртованості, версія 3 (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales-III, FACES-III). Для того, щоб оцінити, чи вірною є стратегія лікування, кожні 4 тижні батькам надавався для заповнення спеціальний опитувальник для вимірювання рівня дотримання терапії (MST Therapy Adherence Measure, TAM).

Результати: було виявлено, що ті підлітки з експериментальної групи, у родинях яких відмічалися дизфункціональні дитячо-батьківські взаємини, не продемонстрували значного зниження поведінкових проблем (згідно Контрольного листа поведінки дитини), так само як і контрольна група. У той самий час, мультисистемна терапія показала високу ефективність серед сімей із позитивними взаєминами. Окрім цього, було підтверджено, що низький рівень батьківських навичок асоційований з вищою ефективністю терапії. Дослідники пояснюють даний ефект так: неадаптивна батьківська поведінка часто є однією з ключових причин появи поведінкових проблем у дітей, і формування у батьків адаптивних патернів поведінки якраз і є основним фокусом мультисистемної терапії. Тому дане втручання є ефективним для таких випадків, а якщо рівень батьківських навичок вже є достатнім, то припускається, що поведінкові проблеми дітей у таких сім'ях спричинені іншими факторами. У якості загального висновку автори наголошують, що отримані результати не свідчать безпосередньо про

неефективність мультисистемної терапії у випадку відсутності позитивних сімейних стосунків. На їхню думку, дана інтервенція може по-різному працювати у різних умовах, якщо буде належним чином індивідуально адаптована.

2. Рандомізоване дослідження сімейної терапії у порівнянні з несімейним лікуванням у роботі з підлітковими поведінковими проблемами в умовах звичайного догляду (Randomized Trial of Family Therapy Versus Nonfamily Treatment for Adolescent Behavior Problems in Usual Care) [1]

У цій роботі досліджено ефективність немануалізованої сімейної терапії, тобто такої, що не оформлена у конкретний «бренд», а є загальною стратегією і підходом. На думку авторів, таку терапію простіше імплементувати в умовах лікарні. Були висловлені три основні гіпотези:

- 1.) у групі, що отримуватиме сімейну терапію, буде вищий відсоток відвідування терапевтичних сесій, ніж у контрольній групі;
- 2.) підлітки з обох груп будуть демонструвати значне зниження первинних симптомів;
- 3.) ефективність сімейної терапії буде значно вища, ніж ефективність звичайного лікування (TAU).

Метод: рандомізоване натуралістичне дослідження.

Учасники: 205 підлітків віком від 12 до 18 років (середній вік – 15,7 років), 52% - хлопці. Піддослідні були приналежні до однієї з двох досліджуваних категорій: підлітки з психічними розладами (130 осіб, 63%) та підлітки, що зловживають психоактивними речовинами (75 осіб, 37%). Критерієм включення для першої категорії (яка нас цікавить у контексті нашого дослідження) була відповідність діагностичним критеріям або опозиційно-викличного розладу, або розладу поведінки (згідно DSM-IV). Підлітки, що мали і психічні розлади, і проблеми зі зловживанням, були віднесені до другої категорії, тож ми маємо можливість оцінити отримані

дані конкретно для цієї категорії, що нас безпосередньо цікавить. Серед загальних критеріїв включення були також готовність підлітків та осіб, що про них піклуються, приймати участь у процесі терапії, наявність відповідного медичного страхування, а також відсутність в учасників задіяності в інших поведінкових втручаннях.

Хід дослідження: учасники були рандомним чином розподілені або до експериментальної групи, що отримувала немануалізовану сімейну терапію в одній лікарні, або до контрольної групи, що перебувала у 5 лікувальних закладах, жоден з яких не провадив сімейну терапію. Вимірювання досліджуваних ознак були проведені перед початком дослідження, а також через 3, 6 та 12 місяців. Для оцінки поведінкових проблем був використаний Контрольний лист поведінки дитини (Child Behavior Checklist) та форма самозвіту для підлітків (Youth Self Report). Делінквентна поведінка була оцінена за допомогою Національної шкали самозвіту делінквентної поведінки для молоді (National Youth Survey Self-Report Delinquency Scale).

Результати: повторне тестування через 12 місяців виявило, що серед обох груп досліджуваних 47% більше не відповідало діагностичним критеріям опозиційно-викличного розладу і 39% не відповідало критеріям розладу поведінки. На початку дослідження делінквентна поведінка була відсутня у 19% досліджуваних в експериментальній групі і у 18% - в контрольній; через 12 місяців дані відсотки підвищились до 50% і 45% відповідно.

3. Рандомізоване контрольоване дослідження функціональної сімейної терапії при злочинній та антисоціальній поведінці серед молоді у Великобританії (Randomized controlled trial of Functional Family Therapy for offending and antisocial behavior in UK youth) [20]

Дана робота мала на меті дослідити ефективність функціональної сімейної терапії (ФСТ). Задля цього вибірка підлітків з зареєстрованою

історією злочинної поведінки була поділена на дві групи, одна з яких отримувала загальний менеджмент (Management As Usual, MAU), а друга – такий самий загальний менеджмент і функціональну сімейну терапію. Були висунуті наступні гіпотези:

- 1.) група, що отримувала MAU + функціональну сімейну терапію, буде демонструвати нижчий рівень антисоціальної і злочинної поведінки, ніж інша група (згідно оцінці через 6 і 18 місяців);
- 2.) у родинях, що належать до групи ФСТ+MAU, буде спостерігатись покращення патернів поведінки у сімейних інтеракціях і вдосконалення батьківських стратегій порівняно з іншою групою;
- 3.) серед підлітків, що на початку дослідження демонструватимуть більш тяжку злочинну поведінку, буде спостерігатися вищий рівень ефективності ФСТ+MAU.

Метод: рандомізоване контрольоване дослідження.

Учасники: 111 підлітків віком від 10 до 18 років (середній вік – 15 років), серед яких 70% - хлопці, та особи, що про них піклуються. Всі учасники мали зареєстровану історію злочинної поведінки і були спрямовані установами, що спеціалізуються на попередженні злочинності (crime prevention agencies). Експериментальна група складалася з 65 учасників, контрольна – з 45.

Хід дослідження: оскільки консультативний супровід (MAU), що включає в себе допомогу із навчанням, працевлаштуванням, труднощами із психічним здоров'ям та ін., за законом є обов'язковим у Великобританії, обидві групи його отримували. Експериментальна група окрім MAU отримала сесії функціональної сімейної терапії. Для оцінки рівня злочинної поведінки були використані як самозвіти підлітків, так і офіційні дані про скоєні злочини, зареєстровані в Національній поліцейській комп'ютерній базі даних Великобританії (UK Police National Computer database). Симптоми опозиційно-викличного розладу і розладу поведінки

вимірювались за допомогою Опитувальника дитячих симптомів для батьків підлітків (Adolescent Parent Account of Child Symptoms, APACS). Окрім цього, був використаний Алабамський опитувальник для батьків (Alabama Parenting Questionnaire, APQ-15, коротка версія), що оцінював дитячо-батьківські взаємини.

Результати: близько 60% сімей з експериментальної групи пройшли всі 5 етапів лікування; ними було відвідано в середньому по 11 сесій. Згідно оцінюванню, проведеному через 6 і 18 місяців, було виявлено значне зниження симптомів опозиційно-викличного розладу і розладу поведінки в обох групах досліджуваних. В обох групах відсоток офіційно зареєстрованої злочинної поведінки, що на початку становив 54%, знизився до 24% через 6 місяців і до 19% - через 18 місяців. Згідно самозвіту злочинної поведінки, значного зниження через 6 місяців виявлено не було, але через 18 місяців зниження спостерігалось в обох групах. Таким чином, не було виявлено значимих відмінностей між MAU і ФСТ+MAU. Дослідники звертають увагу, що попередні дослідження, які проводились у США, зазвичай доводили ефективність ФСТ. Вони висловили декілька припущень стосовно того, чому британське дослідження продемонструвало інший результат. На їхню думку, причиною могло стати те, що дане дослідження мало більшу точність, більш об'єктивні методи вимірювання і було проведено незалежно від розробників програми ФСТ. Окрім цього, важливим припущенням є те, що MAU може мати більшу ефективність у Великобританії, ніж у Штатах.

4. Порівняння мультисистемної терапії та загального менеджменту при лікуванні підліткової антисоціальної поведінки (START): практичне рандомізоване контрольоване дослідження ефективності (Multisystemic therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (START): a pragmatic, randomised controlled, superiority trial) [14]

Дане дослідження, що має назву Системна терапія для підлітків з групи ризику (Systemic Therapy for At Risk Teens, START), було також проведено у Британії на базі 9 центрів, що провадили мультисистемну терапію. У цій роботі була досліджена ефективність мультисистемної терапії в контексті зниження ризику ув'язнення та злочинної поведінки, а також в контексті впливу на сімейні стосунки, самопочуття та академічні успіхи підлітків.

Метод: рандомізоване контрольоване дослідження.

Учасники: 684 сім'ї, що були порівну розподілені до двох груп, одна з яких отримувала мультисистемну терапію разом із загальним менеджментом (MAU), а друга – тільки загальний менеджмент. Критеріями включення для підлітків були вік від 11 до 17 років, наявність антисоціальної поведінки помірного або важкого ступеню, а також відповідність одному з п'яти індикаторів антисоціальної поведінки.

Хід дослідження: оцінка всіх досліджуваних показників проводилася перед початком дослідження, а також через 6, 12 і 18 місяців. Основним значимим показником вважалася кількість учасників, що станом через 18 місяців перебувала в місцях обмеження волі. Для заповнення батьками та підлітками були представлені такі опитувальники, як Опитувальник сильних сторін та труднощів (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) і Перелік рис жорстокості та неемоційності (Inventory of Callous and Unemotional Traits). Інші опитувальники були заповнені тільки підлітками – це Самозвіт рівню делінквентної поведінки (Self-Report Delinquency Measure), або ж вчителями та батьками – Рейтингова шкала комплексної поведінки Коннерса (Conners Comprehensive Behavior Rating Scales, CBRS).

Результати: у результаті даного дослідження не було виявлено довготривалих переваг мультисистемної терапії порівняно з загальним менеджментом в контексті впливу на поведінку, психічне здоров'я,

академічні успіхи; було також встановлено, що рівень ув'язнення в експериментальній групі трохи перевищив рівень контрольної групи. Автори дійшли висновку, що мультисистемна терапія не може бути рекомендована у якості інтервенції першого вибору для підлітків із помірною або тяжкою антисоціальною поведінкою.

5. Тренінг батьківського менеджменту та Колаборативні і проактивні рішення для опозиційної молоді: рандомізоване контрольоване дослідження (Parent Management Training and Collaborative & Proactive Solutions: A Randomized Control Trial for Oppositional Youth) [49]

У цьому дослідженні автори поставили за мету порівняти Тренінг батьківського менеджменту, який часто використовується для терапії опозиційно-викличного розладу, із альтернативною інтервенцією, що має назву Колаборативні та проактивні рішення (стара назва – Колаборативне вирішення проблем). Дослідники припустили, що обидві інтервенції будуть демонструвати однаковий рівень ефективності, і що цей рівень буде вищим, ніж у контрольній групі зі списку очікування.

Метод: рандомізоване контрольоване дослідження.

Учасники: 134 особи віком від 7 до 14 років (61,9% хлопчики), що відповідали діагностичним критеріям опозиційно-викличного розладу. 99% учасників мали хоча б один коморбідний розлад, найчастіше – ГРДУ або тривожний розлад. Були виключені діти та підлітки, що мали розлади аутистичного спектру, розлад поведінки, психотичні розлади, інтелектуальну неповносправність, а також суїцидальні думки чи думки про вбивство.

Хід дослідження: учасники були рандомним чином розподілені на три групи: перша група отримувала Тренінг батьківського менеджменту (63 учасники), друга – Колаборативні та проактивні рішення (60 учасників), і третя група складалася з осіб, що перебували в очікуванні лікування (11

учасників). По закінченні періоду очікування (6 тижнів) ті учасники з третьої групи, хто все ще відповідав критеріям ОВР і мав бажання отримувати лікування, були також розподілені до двох груп, що отримували терапію.

Перед початком дослідження були виміряні показники сприйняття та висловлення мови, оскільки ОВР часто пов'язаний із дефіцитом даних навичок. Для цього були використані Малюнковий тест словника Пібоді, четверта версія (Peabody Picture Vocabulary Test, fourth edition), і Тест активного словникового запасу, друга версія (Expressive Vocabulary Test, second edition). Серед інших використаних методик – Шкала загального враження тяжкості клінічних проявів (Clinical Global Impression-Severity, CGI-S), Рейтингова шкала руйнівних поведінкових розладів (Disruptive Behavior Disorders Rating Scale, DBDRS), Система оцінки поведінки для дітей – друга версія (Behavior Assessment System for Children – Second Edition, BASC), а також Опитувальник споживацького задоволення для батьків (Parent Consumer Satisfaction Questionnaire), що має на меті визначити, чи задоволені батьки результатами терапії. Для оцінки ефективності лікування клініцистами також була заповнена Шкала загального враження про динаміку клінічних проявів (Clinical Global Impression – Improvement, CGI-I).

Результати: вимірювання досліджуваних показників проводилося перед початком дослідження, по завершенні та через 6 місяців після завершення (follow-up). У групі, що отримувала Тренінг батьківського менеджменту, 13 учасників (19,4%) не завершили лікування; у другій групі цей відсоток становив 22,4% (15 учасників). 106 сімей, які завершили лікування, в середньому відвідали по 12 сесій. Із них 89 погодилися на проведення оцінювання після лікування і 57 – на оцінювання через 6 місяців.

Обидві експериментальні групи показали кращі результати, ніж контрольна, по всім досліджуваним показникам: спостерігалось зниження

рівня агресивності, деструктивної поведінки, а також загальної тяжкості прояву симптомів. Друга гіпотеза також була підтверджена – обидві групи продемонстрували приблизно однакову ефективність. Близько 50% учасників з цих груп у результаті лікування більше не відповідали діагностичним критеріям ОВР. Таким чином, Колаборативні та проактивні рішення було визнано ефективною альтернативною інтервенцією при ОВР.

6. Ефективність мультимодального лікування при руйнівних поведінкових розладах у дітей та підлітків: фокус на інтерналізовані проблеми (Efficacy of a multimodal treatment for disruptive behavior disorders in children and adolescents: focus on internalizing problems) [31]

У цій публікації висвітлено дослідження ефективності мультимодальної програми лікування, заснованої на принципах когнітивно-поведінкової терапії. В якості контрольної групи було використано осіб, що отримували звичайний догляд (Treatment as Usual, TAU). Лікування тривало 1 рік і включало в себе індивідуальні та групові заняття для підлітків, а також індивідуальні тренінги для батьків. Сесії тривали дві години і проводилися раз на тиждень.

Метод: рандомізоване контрольоване дослідження.

Учасники: 135 осіб віком від 9 до 15 років (середній вік – 12 років), серед яких 113 – хлопчики. Критеріями включення були відповідність діагностичним критеріям розладу поведінки або опозиційно-викличного розладу (згідно DSM-IV), коефіцієнт інтелекту вище, ніж 85, і наявність більш ніж 63 балів за шкалою екстерналізованої поведінки у Контрольному листі поведінки дитини (CBCL).

Хід дослідження: вимірювання досліджуваних показників було проведено перед початком дослідження, через 1 рік (по закінченні лікування) і через 2 роки (follow-up). Було використано такі методики, як Контрольний лист поведінки дитини, що вимірює як екстерналізовані, так і інтерналізовані проблеми, і Шкала загальної оцінки дитини (Children's

Global Assessment Scale, C-GAS), яка надає інформацію про соціальне та психологічне функціонування дитини.

Результати: в експериментальній групі спостерігалось значне зниження досліджуваних показників по завершенні лікування і ще через один рік. Показники контрольної групи не зазнали значних змін. Через рік після завершення лікування було також проведено опитування батьків, яке показало, що серед тих досліджуваних, хто отримував мультимодальне лікування, лише 10 осіб (15,6%) звернулися за подальшим лікуванням. У контрольній групі цей відсоток становив 57,7% (41 особа). Дослідники дійшли висновку, що мультимодальна програма лікування, базована на КПТ, ефективно знижує не лише екстерналізовані, а й інтерналізовані проблеми.

7. Двотижнева психосоціальна інтервенція знижує ризик агресії та ув'язнення у майбутньому серед клінічно агресивних злочинців підліткового віку (A Two-Week Psychosocial Intervention Reduces Future Aggression and Incarceration in Clinically Aggressive Juvenile Offenders) [25]

У цій роботі досліджено ефективність двотижневої психосоціальної інтервенції, спрямованої на зниження ризикованої поведінки, яка може призводити до інфікування ВІЛ – PHAT Life (Preventing HIV/AIDS among Teens). Дана інтервенція була розроблена для злочинців підліткового віку, які перебувають в ув'язненні. Хоча головна її мета – це знизити ризик інфікування ВІЛ, у своїй публікації автори фокусуються на вторинних результатах, а саме зниженні рівня агресії і ризику повторного ув'язнення.

Дослідниками були висунуті наступні гіпотези:

- 1.) через 6 місяців після завершення втручання експериментальна група демонструватиме значне зниження рівня агресії порівняно із контрольною групою;
- 2.) через 12 місяців відсоток повторно ув'язнених серед учасників експериментальної групи буде значно нижчим;

3.) зниження рівня агресії буде більш значним серед тих учасників, що мали клінічно виражену агресію на початку дослідження.

Метод: рандомізоване контрольоване дослідження.

Учасники: 310 підлітків віком від 13 до 17 років (середній вік – 16 років), що перебували на пробації. Серед усіх учасників 71 особа мала клінічно значимий рівень агресії.

Хід дослідження: учасники були рандомним чином розподілені на дві групи, одна з яких отримувала PHAT Life, а інша (контрольна) – звичайну пропаганду здорового способу життя. Заняття відбувалися у групах і включали в себе вправи з емоційної регуляції, ідентифікації особистих факторів ризику і управління ними. В загальному було проведено по 8 сесій у кожній групі тривалістю 90-120 хвилин.

Вимірювання досліджуваних показників було проведено перед початком дослідження, через 6 та 12 місяців. Для вимірювання рівня агресії використовувалася шкала агресивної поведінки з Опитувальника самозвіту для молоді (Youth Self Report, YSR). Окрім цього, учасників просили звітувати про епізоди ув'язнення.

Результати: через 6 місяців після проведення інтервенції, в обох групах спостерігалось зниження рівня агресії, але в експериментальній групі дане зниження було більш значним – лише 36% учасників відповідали клінічно значимим критеріям (порівняно з 61% у контрольній групі). Але через 12 місяців значне зниження агресії спостерігалось у контрольній групі – відсоток учасників, що мали клінічно значимий рівень агресії, в обох групах тепер становив по 37%.

Через 12 місяців був також оцінений відсоток повторних ув'язнень – він становив 11% в експериментальній групі і 40% у контрольній. Дослідники виявили, що зниження рівня агресії не вплинуло безпосередньо на ризик повторного ув'язнення.

8. Вплив програми з управління гнівом, базованої на когнітивно-поведінкових техніках, на гнів, агресію та психологічні симптоми у підлітків (Effects of the Anger Coping Programme Based on Cognitive Behavioural Techniques on Adolescents' Anger, Aggression and Psychological Symptoms) [4]

Дане дослідження, проведене в Туреччині, мало на меті виявити, який вплив буде здійснювати Програма з управління гнівом (Anger Coping Programme) на підлітковий гнів, агресію та психологічні симптоми. Програма базується на техніках когнітивно-поведінкової терапії і складається з 10 групових сесій по 90 хвилин.

Метод: рандомізоване контрольоване дослідження.

Учасники: 385 учнів дев'ятого класу віком від 14 до 16 років, 229 дівчат, 156 хлопців. Учасники були відібрані у школі, учні якої загалом демонстрували низький рівень академічної успішності. 62 учасники відповідали критеріям включення – мали високі бали за Шкалою агресії (Aggression Scale) і Опитувальником способів вираження гніву (State-Trait Anger Expression Inventory), були описані вчителями як особи, що легко піддаються гніву, і дали згоду на участь у дослідженні. З них 32 учасники (20 дівчат, 12 хлопців) були розподілені до експериментальної групи, 30 (18 дівчат, 12 хлопців) – до контрольної. Двоє підлітків з експериментальної групи пропускали сесії, тож повністю завершили терапію 60 осіб.

Хід дослідження: вимірювання досліджуваних показників було проведено перед початком дослідження, по завершенні терапії (через 10 тижнів) і через 6 тижнів після завершення. Були використані такі опитувальники, як Опитувальник способів вираження гніву (State-Trait Anger Expression Inventory), що вимірює внутрішній гнів (anger-in), його зовнішнє вираження (anger-out) та рівень контролю (anger control), Шкала агресії (Aggression Scale) та Короткий опитувальник симптомів (Brief Symptom Inventory).

Результати: вимірювання, проведені по завершенні терапії і через 6 тижнів, продемонстрували значне зниження рівня гніву та агресії в експериментальній групі, а також посилення контролю над гнівом. Дослідники дійшли висновку про ефективність Програми з управління гнівом і когнітивно-поведінкового підходу загалом.

9. Вплив інтегративної арт-терапії: програма інтервенції для дівчат-злочинців підліткового віку, що перебувають у виправній установі (Impact of Integrated Arts Therapy: An Intervention Program for Young Female Offenders in Correctional Institution) [26]

У цій роботі досліджено вплив інтегративної арт-терапії на дівчат-підлітків з делінквентною поведінкою, що мають емоційні та поведінкові проблеми, в умовах перебування у виправній установі. Комплексна інтервенція включала в себе техніки арт-терапії, драма-терапії, музикотерапії і танце-рухової терапії. Сесії проводились у груповому форматі 2 рази на тиждень впродовж п'яти тижнів. Головною метою дослідження було виявити, чи буде інтегративна арт-терапія знижувати рівень емоційних та поведінкових проблем.

Метод: квазіекспериментальне дослідження.

Учасники: 29 дівчат віком від 14 до 17 років (середній вік – 15,5 років), що перебували у виправній установі для дівчат-злочинців в Естонії. 12 учасниць було розподілено до експериментальної групи і 17 – до контрольної. Контрольна група не отримувала жодних інтервенцій і продовжувала дотримуватися звичного режиму дня.

Хід дослідження: вимірювання досліджуваних показників були проведені перед початком дослідження і по завершенні (через 5 тижнів). Для виявлення емоційних і поведінкових проблем були використані Опитувальник сильних сторін та труднощів (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) і Контрольний лист поведінки (Behavior Checklist, BC).

Результати: проведені вимірювання показали значне зниження проблемної, агресивної поведінки, емоційних проблем, а також підвищення рівня просоціальної поведінки в експериментальній групі. Хоча дане дослідження вказує на ефективність арт-терапії, його значимою слабкою стороною є відсутність відстроченого повторного оцінювання (follow-up).

10. Багатовимірне лікування прийомною сім'єю у Британії: різноманітність ефектів в залежності від початкового рівня антисоціальної поведінки (Multi-dimensional Treatment Foster Care in England: Differential Effects by Level of Initial Antisocial Behaviour) [44]

Дане дослідження присвячене інтервенції під назвою Багатовимірне лікування прийомною сім'єю (Multi-dimensional Treatment Foster Care, MTFC), яка нещодавно отримала нову назву - Орегонський метод лікування прийомною сім'єю для підлітків (Treatment Foster Care Oregon for Adolescents, TFCO-A). Дослідниками були висунуті наступні гіпотези:

- 1.) MTFC буде мати вищу ефективність серед підлітків з високим рівнем антисоціальної поведінки, ніж звичайне лікування;
- 2.) Серед підлітків з нижчим рівнем антисоціальної поведінки буде спостерігатися менш явний або навіть зворотній ефект;
- 3.) Покращення загального стану в учасників, що отримуватимуть MTFC, будуть хоча б частково пов'язані зі зниженням рівня антисоціальної поведінки.

Метод: рандомізоване контрольоване дослідження + кейс-контрольоване дослідження.

Учасники: вибірку склали 212 підлітків віком від 10 до 16 років, з яких 179 осіб були учасниками кейс-контрольованого дослідження (case control study) і 33 особи – учасниками РКД. Всі учасники, згідно з оцінкою наглядаючих осіб, демонстрували значні емоційні та/або поведінкові труднощі і мали ризик ускладнень аж до ув'язнення.

Хід дослідження: інтервенція МТФС вимагає тимчасового розміщення досліджуваних підлітків в спеціальних установах, де про них піклуватимуться. 23 такі установи на території Британії прийняли участь у дослідженні. 88 учасників отримували МТФС, з них 67 мали високий рівень антисоціальної поведінки і 21 – низький. Інші 83 учасники отримували звичайне лікування. Було припущено, що для досягнення максимальної ефективності підліток має перебувати у прийомній родині 9-12 місяців.

Вимірювання були проведені перед початком дослідження і через 12 місяців. Для оцінки антисоціальної поведінки були використані Контрольний лист поведінки дитини, Опитувальник сильних сторін та труднощів, а також інформація щодо відвідування школи, злочинної поведінки, поведінкових проблем, отримана від підлітків та осіб, що про них піклуються. Отримані дані були передані незацікавленим дослідникам, які виміряли їх за допомогою Шкали оцінки здоров'я нації для дітей та підлітків (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents, HoNOSCA) і Шкали загальної оцінки дитини (Childhood Global Assessment Scale, CGAS).

Результати: як і було припущено, група підлітків, що на початку мала високий рівень антисоціальної поведінки, продемонструвала значне її зниження внаслідок інтервенції. Окрім цього, спостерігалось покращення стосунків з особами, що піклуються. Але було виявлено несподіваний ефект у групі з низькою антисоціальною поведінкою – у цих учасників погіршилися емоційні труднощі. Дослідники припускають, що такий ефект може бути пов'язаний зі стресом, який чинить інтервенція – необхідність полишити звичні умови, жити з новою сім'єю, дотримуватися дисципліни тощо. У якості практичних рекомендацій автори радять використовувати МТФС тільки для терапії осіб, що мають виражену антисоціальну поведінку.

11. Ефективність майндфулнес-терапії в роботі з підлітками з розладом поведінки в Джакарті, Індонезія (Effectiveness of mindfulness therapy among adolescent with conduct disorder in Jakarta, Indonesia) [9]

Дане дослідження мало за мету оцінити ефективність майндфулнес-терапії, а саме – навчання навичкам саморегуляції, в роботі з підлітками, що мають розлад поведінки. Навчання проводилось шкільними психологами-консультантами у загальноосвітніх школах в Джакарті. Як пояснюють автори, досліджувана інтервенція базується на техніках майндфулнес і терапії самоприйняття і відповідальності (Self-Acceptance and Commitment Therapy, більш поширена назва – Acceptance and Commitment Therapy, АСТ).

Метод: квазіекспериментальне дослідження.

Учасники: 108 підлітків віком від 13 до 15 років, хлопчики, 55 з яких було розподілено до експериментальної групи і 53 – до контрольної. Завершили програму 103 особи (53 – експериментальна група, 50 – контрольна). Критерієм включення була наявність діагнозу розладу поведінки згідно МКХ-10.

Хід дослідження: інтервенція складалася з 8 модулів. Вимірювання досліджуваних показників проводились перед початком дослідження і по завершенні (через 8 тижнів). Показниками, що давали змогу оцінити ефективність, був рівень кортизолу та зміни в поведінці. Для оцінки динаміки поведінки був розроблений інструментарій під назвою General Linear Model Repeated Measure.

Результати: в експериментальній групі, на відміну від контрольної, спостерігалось значне зниження проблемної поведінки. Рівень кортизолу в групі, що отримувала інтервенцію, знизився, в той час як в контрольній групі спостерігалось його підвищення. Дослідники дійшли висновку, що майндфулнес-терапія, проведена шкільними психологами, має кращий вплив на зниження симптоматики розладу поведінки, ніж звичайне консультування.

12. Квазіекспериментальне дослідження ефективності функціональної сімейної терапії в роботі зі злочинною молоддю на расово та етнічно різноманітній вибірці (Quasi-experimental study of

Functional Family Therapy effectiveness for juvenile justice aftercare in a racially and ethnically diverse community sample) [8]

Ця робота присвячена дослідженню ефективності функціональної сімейної терапії (ФСТ) та її версії, адаптованої для молоді, що повертається додому після ув'язнення, під назвою функціональна сімейна пробація (ФСП). Вибірку склали представники афроамериканської та латиноамериканської рас.

Метод: квазіекспериментальне дослідження.

Учасники: для дослідження були відібрані підлітки віком від 11 до 18 років, які нещодавно перебували в місцях позбавлення волі і на момент дослідження перебували на пробації. Були виділені чотири групи досліджуваних: учасники першої групи отримували ФСТ і стандартний супровід, другої – ФСП, третьої – ФСТ і ФСП, і четвертої – лише стандартний супровід на пробації (контрольна група). Групи налічували 524, 216, 539 і 7434 учасники відповідно.

Хід дослідження: ФСТ проводилась клініцистами, що пройшли спеціальне навчання. В середньому проводилось по 9 сесій. Рішення про завершення терапії приймалось підлітком, його батьками і клініцистом колективно. Середній час завершення терапії склав 4,2 місяці.

ФСП була проведена офіцерами пробації. В середньому було проведено по 8 сесій, середній час завершення терапії – 5,9 місяців.

Учасники, що отримували звичайний супровід, мали по одній зустрічі з офіцером пробації на місяць. Дані про кількість проведених зустрічей і тривалість супроводу відсутні.

Результати: критерієм ефективності інтервенцій у даному дослідженні була кількість повторних ув'язнень. Найдовший період спостереження за повторними ув'язненнями склав 2670 днів. Згідно з оцінюванням, здійсненим через 36 місяців після початку дослідження, рівень ризику повторного ув'язнення у всіх чотирьох групах суттєво не

відрізнявся: він склав 33,6% у групі, що отримувала ФСТ, 39,2% - у групі ФСП, 38,8% - у групі ФСТ+ФСП, і 36,4% - у контрольній групі. Групи ФСТ і ФСТ+ФСП демонстрували значне зниження ризику ув'язнення в перші місяці дослідження, але надалі цей позитивний ефект не зберігся. Таким чином, доведено, що ФСТ має короткотерміновий позитивний вплив, але довготривала ефективність залишається під питанням.

У таблиці 2.1. наведено основні дані, отримані з розглянутих вище досліджень. Значну кількість досліджень – 8 з 12 – складають рандомізовані контрольовані дослідження (РКД), також присутні три квазіекспериментальні дослідження (КЕД) і одне дослідження, в якому

№	Назва, автор, рік публікації	Інтервенція	Дизайн	К-ть у-ків	Вік	Показники, що вимірюються	Ефективність	Follow-up
1	Test of “Facilitation” vs. “Proximal Process” Moderator Models for the Effects of Multisystemic Therapy on Adolescents with Severe Conduct Problem, Weiss et al., 2015	Мультисистемна терапія	РКД	164	14,5 - 14,6	Поведінкові проблеми	Ефективна за умови позитивних взаємин у родині і низьких батьківських навичок	3, 6, 18 міс
2	Randomized Trial of Family Therapy Versus Nonfamily Treatment for Adolescent Behavior Problems in Usual Care, Hogue et al., 2015	Сімейна терапія	РКД	205	12 - 18 m=15,7	Діагностичні критерії РП та ОВР, делінквентна поведінка	Ефективна	3, 6, 12 міс
3	Randomized controlled trial of Functional Family Therapy for offending and antisocial behavior in UK youth, Humayun et al., 2017	Функціональна сімейна терапія	РКД	111	10 -18 m = 15	Діагностичні критерії РП та ОВР, злочинна поведінка	Позитивний ефект присутній, але не виявлено значних переваг порівняно з MAU	6, 18 міс
4	Multisystemic therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (START): a pragmatic, randomised controlled, superiority trial, Fonagy et al., 2018	Мультисистемна терапія	РКД	684	11-17	Антисоціальна поведінка, ризик ув'язнення	Не виявлено переваг порівняно з MAU	6, 12, 18 міс

5	Parent Management Training and Collaborative & Proactive Solutions: A Randomized Control Trial for Oppositional Youth, Ollendick et al., 2015	Тренінг батьківського менеджменту, Колаборативні та проактивні рішення	РКД	134	7-14	Діагностичні критерії ОВР	Виявлено ефективність обох інтервенцій	6 міс
6	Efficacy of a multi-modal treatment for disruptive behavior disorders in children and adolescents: focus on internalizing problems, Masi et al., 2015	Мультимодальне лікування, базоване на КПТ	РКД	135	9-15 m=12	Діагностичні критерії РП та ОВР	Ефективна	1, 2 роки
7	A Two-Week Psychosocial Intervention Reduces Future Aggression and Incarceration in Clinically Aggressive Juvenile Offenders, Kendall et al., 2017	PHAT Life	РКД	310	13-17 m=16	Рівень агресії та ризик повторного ув'язнення	Ефективна	6, 12 міс
8	Effects of the Anger Coping Programme Based on Cognitive Behavioural Techniques on Adolescents' Anger, Aggression and Psychological Symptoms, Avci et al., 2015	Програма з управління гнівом, базована на КПТ	РКД	62	14-16	Рівень агресії та гніву	Ефективна	6 тижнів
9	Impact of Integrated Arts Therapy: An Intervention Program for Young Female Offenders in Correctional Institution, Koiv et al., 2015	Інтегративна арт-терапія	КЕД	29	14-17 m=15,5	Емоційні та поведінкові проблеми	Ефективна	Оцінювання лише по завершенні (через 5 тиж.)
10	Multi-dimensional Treatment Foster Care in England: Differential Effects by Level of Initial Antisocial Behaviour, Sinclair et al., 2015	Багатовимірне лікування прийомною сім'єю	РКД+ККД	212	10-16	Антисоціальна поведінка, емоційні проблеми	Ефективна лише при високому рівні антисоціальної поведінки	12 міс
11	Effectiveness of mindfulness therapy among adolescent with conduct disorder in Jakarta, Indonesia, Dewi et al., 2015	Майндфулнес, Терапія прийняття та відповідальності	КЕД	108	13-15	Симптоми РП, рівень кортизолу	Виявлено ефективність порівняно зі звичайним консультуванням	Оцінювання лише по завершенні (через 8 тиж.)
12	Quasi-experimental study of Functional Family Therapy effectiveness for juvenile justice aftercare in a racially and ethnically diverse community sample, Darnell et al., 2015	Функціональна сімейна терапія, Функціональна сімейна пробація	КЕД	8713	11-18	Ризик повторного ув'язнення	Виявлено лише короткострокову ефективність	до 36 міс

Таблиця 2.1. Порівняльна характеристика досліджень

проаналізовано результати РКД і кейс-контрольованого дослідження (ККД). Загальна кількість учасників складає 10867 осіб. Серед інтервенцій, що вивчаються, переважають різновиди сімейної терапії (5 досліджень) – мультисистемна терапія (2 дослідження), функціональна сімейна терапія (2 дослідження), а також немануалізована сімейна терапія (1 дослідження). Інші методи, що передбачають участь сім'ї або осіб, що здійснюють нагляд за підлітком, у лікуванні, розглянуті ще в трьох дослідженнях – це тренінг батьківського менеджменту, колаборативні та проактивні рішення, Орегонський метод лікування прийомною сім'єю, а також мультимодальна програма лікування, що базується на техніках КПТ. Поведінковим втручанням (програма з управління гнівом, майндфулнес) присвячені ще 2 дослідження. Також наявне одне дослідження, присвячене арт-терапії, і одне, що вивчає психосоціальну інтервенцію (PHAT Life), яка спрямована на зниження ризику захворювання на ВІЛ, але при цьому демонструє потенціал у зниженні агресії.

З метою отримання кращого уявлення про рівень доказовості ефективності/неефективності кожної інтервенції було проведено оцінювання якості проаналізованих досліджень. Для оцінки якості РКД на сьогоднішній день розроблено безліч шкал і контрольних листів. Однією з найбільш широко використовуваних є шкала Джадада [21]. Дана шкала є досить простою у використанні: необхідно дати відповідь на три основні питання і два додаткових. Однак шкала Джадада сфокусована лише на оцінці процесу рандомізації і забезпеченні сліпоті, і деякі дослідники схильні вважати це її слабкою стороною [47]. До прикладу, експерти з Cochrane Collaboration дотримуються думки, що надійність результатів РКД значною мірою залежить від якості приховування розподілу [19].

Для оцінювання якості РКД в сфері психологічних досліджень широко використовуються контрольний лист CONSORT [43] і шкала Йейтса [53]. CONSORT було розроблено для використання в медичній сфері, він

складається з 25 пунктів, які стосуються методології дослідження, результатів, аналізу й інтерпретації результатів та іншої інформації [43]. Шкала Йейтса розроблялась спеціально для оцінки РКД, що присвячені психотерапевтичним інтервенціям. Вона складається з 13 критеріїв (або 26 субкритеріїв) і дозволяє оцінити кожен пункт у 0-1 або 0-2 бали [50].

Три з проаналізованих нами публікацій описують квазіекспериментальні дослідження, ще одна – аналіз сукупних даних РКД і кейс-контрольованого дослідження. На сьогоднішній день не розроблено валідних методів оцінки якості досліджень, які не є РКД. Разом з тим, прийнято вважати, що дані, отримані шляхом проведення РКД, мають найвищий рівень достовірності. У світлі цих факторів нами було прийнято рішення оцінити дослідження, що мають дизайн, відмінний від РКД, як такі, що мають порівняно нижчий рівень доказовості.

Спираючись на критерії, запропоновані CONSORT і шкалою Йейтса, ми оцінили 8 РКД за наступними показниками:

- Чіткий опис методології дослідження
- Чіткий опис вибірки, критеріїв включення та виключення
- Докладний опис інтервенцій, призначених кожній групі, зазначення тривалості втручання
- Валідність та надійність інструментарію, що обраний для вимірювання досліджуваних показників
- Опис процесу рандомізації та розподілу
- Опис статистичного аналізу
- Докладний опис результатів, їх інтерпретація.

Характеристика досліджень у контексті їх сильних і слабких сторін за результатами оцінки якості наведена нижче.

1. Test of “Facilitation” vs. “Proximal Process” Moderator Models for the Effects of Multisystemic Therapy on Adolescents with Severe Conduct Problem [51]

Робота має чітко сформульовані гіпотези, вичерпну характеристику вибірки, зазначено тривалість втручання, а також кількість учасників, що завершили лікування. Присутній опис інтервенцій, призначених кожній групі. Використано валідні та надійні опитувальники і шкали, докладно описано процес статистичного аналізу. Чітко описано процес дослідження, включно з інформацією про follow-up (3, 6 і 18 місяців). Серед слабких сторін – недостатньо інформації про процес рандомізації і розподілу учасників, не вказано тривалість та частоту проведення терапевтичних сесій.

2. Randomized Trial of Family Therapy Versus Nonfamily Treatment for Adolescent Behavior Problems in Usual Care [1]

Чітко описані критерії включення та виключення, наведена вичерпна характеристика вибірки. Описаний процес рандомізації і розподілу, а також наявна докладна інформація про учасників, що завершили лікування, і тих, які були втрачені в процесі. Процес терапії описаний вичерпно. Вимірювання досліджуваних показників проведені через 3, 6 і 12 місяців з використанням валідного інструментарію. Обмеженням даного дослідження є недостатній опис самої інтервенції: оскільки була використана немануалізована сімейна терапія, було б доцільно конкретизувати інтервенцію з метою надання можливості відтворення дослідження.

3. Randomized controlled trial of Functional Family Therapy for offending and antisocial behavior in UK youth [20]

Наявна характеристика вибірки, опис критеріїв включення та виключення, присутня діаграма згідно стандартів CONSORT, що містить інформацію про учасників, яких вдалося/не вдалося відстрочено повторно оцінити. Присутній опис процесу рандомізації, опис інтервенцій. Аргументовано вибір розміру вибірки. Використано валідні і надійні опитувальники, вимірювання проведені через 6 і 18 місяців. Зазначено тривалість терапії, кількість годин. Присутня критична інтерпретація результатів із широкою дискусією. Явних слабких сторін виявлено не було.

4. Multisystemic therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (START): a pragmatic, randomised controlled, superiority trial [14]

Докладно описаний процес рандомізації і маскування. Присутня характеристика вибірки, докладно описано процес рекрутингу учасників, їх розподілу, оцінки (перед початком дослідження, через 6, 12 і 18 місяців); всі процеси наочно продемонстровані діаграмою. Окрім інформації про інструментарій, що був використаний, наявна також інформація про методики, що було заплановано використати, але це зробити не вдалось, описані причини. Дано посилання, за яким можна ознайомитись із повним протоколом терапії. Докладно прописані критерії включення та виключення.

5. Parent Management Training and Collaborative & Proactive Solutions: A Randomized Control Trial for Oppositional Youth [49]

Прописані критерії включення та виключення, надана характеристика вибірки, представлена діаграма, що демонструє процес рекрутингу, оцінювання, рандомізації і розподілу учасників. Достатньо описані інтервенції, що досліджуються. Процес рандомізації описаний поверхово, але аргументовано рішення розподілити учасників з контрольної групи до двох експериментальних через 6 тижнів після початку дослідження. Слабкими сторонами дослідження є мала кількість учасників контрольної групи (n=11), які до того ж були через 6 тижнів розподілені до інших груп, та відносно невелика кількість учасників, які завершили лікування і були доступні для оцінювання по завершенні (n=89) і через 6 місяців (n=57). Окрім цього, немає можливості зробити висновок, чи зберігся ефект від втручання довше, ніж 6 місяців.

6. Efficacy of a multimodal treatment for disruptive behavior disorders in children and adolescents: focus on internalizing problems [31]

У роботі охарактеризовано вибірку, прописано критерії включення та виключення, наявний поверховий опис механізму рандомізації. Чітко зазначена тривалість лікування (1 рік), частота (раз на тиждень) і тривалість сесій (2 години). Коротко описана структура інтервенції. Оцінювання проведене перед початком дослідження, по завершенні лікування і ще через 1 рік за допомогою двох надійних і валідних опитувальників. Слабкою стороною є відсутність даних про кількість учасників, що завершили лікування і були доступні для повторної оцінки.

7. A Two-Week Psychosocial Intervention Reduces Future Aggression and Incarceration in Clinically Aggressive Juvenile Offenders [25]

Докладно описано логіку підбору учасників, критерії включення та виключення. Процес рандомізації і розподілу детально не описаний, але дано посилання, за яким можна із ним ознайомитись. Дано коротку характеристику інтервенції, вказано кількість сесій (n=8), їхню тривалість (90-120 хвилин) та загальну тривалість втручання (2 тижні). Зазначено, що оцінювання було проведене перед початком дослідження, через 6 та 12 місяців, вказано відповідний відсоток учасників, доступних для оцінювання – 85% та 86%. Слабкою стороною дослідження, як зазначають самі автори [25], є те, що оцінка рівня агресії та ризику ув'язнення значною мірою базується на самозвіті досліджуваних.

8. Effects of the Anger Coping Programme Based on Cognitive Behavioural Techniques on Adolescents' Anger, Aggression and Psychological Symptoms [4]

Присутній вичерпний опис стратегії підбору учасників та критеріїв включення і виключення, але характеристика вибірки поверхнева. Описано процес дослідження, ілюстрований діаграмою, що включає підбір учасників, рандомізацію, розподіл, оцінку і аналіз. Механізмам рандомізації і розподілу достатньої уваги не приділено. Наведено докладний опис інтервенції. Слабкими сторонами, на які вказують самі дослідники [4], є відносно малий

обсяг вибірки ($n=60$) і той факт, що оцінювання рівня гніву, агресії та інших симптомів базувалося на самозвіті досліджуваних. Слід також зазначити, що єдиний follow-up був проведений через 6 тижнів після втручання (що тривало 10 тижнів), тому немає можливості оцінити довготривалі наслідки інтервенції.

Як вже було сказано вище, значна кількість проаналізованих нами досліджень розглядає інтервенції, що передбачають участь сім'ї у терапевтичному процесі. Ефективність мультисистемної терапії (МСТ) вивчено у двох РКД. Перше дослідження [51] виявило, що МСТ знижує рівень поведінкових проблем, але лише у тих сім'ях, де панують позитивні взаємини і відмічається недостатність батьківських навичок. У другому дослідженні [14], яке мало на меті оцінити вплив МСТ на антисоціальну поведінку, ефективність даної інтервенції не була підтверджена. Не було також виявлено і покращення загальної якості життя; більше того, спостерігалось підвищення ризику ув'язнення в експериментальній групі порівняно із контрольною [14].

Функціональна сімейна терапія (ФСТ) досліджена в одному РКД і одному КЕД. РКД, проведене в Британії [20], не виявило значних переваг ФСТ у порівнянні з МАУ у контексті зниження антисоціальної поведінки і покращення сімейних взаємин. Друге дослідження [8] виявило ефективність ФСТ для зниження ризику повторного ув'язнення, але лише короткострокову.

Ще одне РКД [1] показало ефективність немануалізованої сімейної терапії для зниження діагностичних критеріїв РП та ОВР і покращення якості життя. З одного боку, немануалізована сімейна терапія, як зазначають самі автори дослідження [1], ближча до реалій надання допомоги у лікарнях, і це може розглядатись як перевага даного дослідження перед дослідженнями конкретних мануалізованих інтервенцій. З іншого боку, такий підхід не дає в достатній мірі оцінити, які самі фактори і компоненти

здійснили найзначніший вплив. І, відповідно, це ускладнює імплементацію інтервенції в практику.

Одне з досліджень [49] має у фокусі уваги виключно опозиційно-викличний розлад і аналізує дві інтервенції, спрямовані на його лікування – Тренінг батьківського менеджменту і Колаборативні та проактивні рішення. Хоча у дослідженні було доведено ефективність обох інтервенцій, згідно з нашою оцінкою якості воно має серйозні обмеження. Окрім цього, у нас немає достатніх підстав вважати, що дані інтервенції будуть мати ефективність при роботі з іншими поведінковими розладами, які становлять для нас інтерес.

Два РКД з нашого списку присвячені інтервенціям, що базуються на техніках КПТ. Одне з них [31] присвячено мультимодальній програмі, яка передбачає участь сім'ї у процесі лікування. Згідно з результатами, даний підхід демонструє ефективність у зниженні діагностичних критеріїв РП та ОВР, а також інтерналізованих проблем, що можна трактувати як покращення якості життя. Інше дослідження [4] вивчає базовану на КПТ програму з управління гнівом і демонструє її ефективність у зниженні рівня гніву та агресії у підлітків.

Окремими дослідженнями виявлено ефективність майндфулнес-терапії [9] і арт-терапії [26]. Ефективність Орегонського методу лікування прийомною сім'єю підтверджено лише за умови високого початкового рівню антисоціальної поведінки [44]. Доведено ефективність методу РНАТ Life у зниженні рівню агресії і ризику повторного ув'язнення [25], але дана інтервенція була розроблена для специфічної категорії підлітків, і наразі немає підстав генералізувати уявлення про її ефективність на більш широку категорію підлітків, що мають розлади поведінки.

Спираючись на проведений аналіз, можна зробити наступні висновки:

- Високу ефективність демонструють техніки, базовані на КПТ – Мультимодальна програма лікування і Програма з управління гнівом;
- Немануалізована сімейна терапія демонструє ефективність, але доцільним видається подальше дослідження, яке б дозволило конкретизувати фактори її ефективності;
- Є докази ефективності майндфулнес-терапії і арт-терапії, отримані у квазіекспериментальних дослідженнях; доцільним видається продовжити дослідження в цих сферах;
- Сучасні дослідження мають тенденцію піддавати сумніву ефективність мультисистемної терапії та функціональної сімейної терапії; зокрема було встановлено, що їхня ефективність залежить від багатьох факторів, які раніше не були достатньо досліджені; можливо, доцільно провести подальші дослідження з метою звуження категорій підлітків, для яких дані інтервенції будуть корисними.

У цьому розділі був описаний методологічний підхід до проведення систематичного огляду, представлений дизайн та модель дослідження. Відповідно до окресленої етапності був проведений систематичний огляд літератури. Пошук за ключовими словами надав 67 досліджень, з яких 12 відповідали всім критеріям включення і були докладно проаналізовані. Була здійснена оцінка якості кожного включеного РКД. За результатами аналізу були представлені висновки про ефективність досліджуваних інтервенцій.

ВИСНОВКИ

У цьому дослідженні було здійснено аналіз теоретико-методологічних підходів до проблеми психотерапевтичних інтервенцій, ефективних при підліткових розладах поведінки, а також проведено систематичний огляд літератури. В основу дослідження було покладено гіпотезу про те, що найвищий рівень ефективності будуть мати інтервенції, що передбачають участь сім'ї у терапевтичному процесі. Дана гіпотеза була підтверджена лише частково: високу ефективність продемонструвала немануалізована сімейна терапія і мультимодальна програма лікування, базована на КПТ. Стосовно мультисистемної терапії і функціональної сімейної терапії, які були заявлені як ефективні багатьма дослідниками, на основі актуальних досліджень були отримані дані, що вказують на обмеженість потенціалу їх використання.

Практичне значення отриманих результатів

Актуалізація інформації стосовно доказових психотерапевтичних інтервенцій надає змогу вдосконалити клінічну практику допомоги підліткам, що мають поведінкові розлади. У роботі приділено детальну увагу окремим проявам даних розладів і виділено інтервенції, що мають значний вплив на їх зниження. Це може допомогти більш точно підбирати методи лікування відповідно до симптомів, які найяскравіше проявляються у кожному конкретному випадку.

Обмеження дослідження

Дане дослідження має ряд обмежень, які слід брати до уваги. По-перше, не всі включені до систематичного огляду дослідження є РКД. Включення досліджень різного дизайну дозволило отримати ширшу картину сучасних інтервенцій, але ускладнило об'єктивну оцінку рівня їх доказовості.

По-друге, спектр розладів поведінки, які були взяті до уваги, достатньо широкий. Це дозволило досягнути ширшу когорту клієнтів, що

потребують психотерапевтичної допомоги, але водночас зумовило значне різноманіття клінічної картини.

Рекомендації стосовно подальших досліджень

Нашому дослідженню вдалося виокремити інтервенції, ефективні при розладі поведінки та опозиційно-викличному розладі, але до систематичного огляду не було включено жодного дослідження, присвяченого інтермітуючому експлозивному розладу. Незначна кількість досліджень, які нам вдалося ідентифікувати під час пошуку за ключовими словами, може пояснюватись тим, що даний розлад не так часто зустрічається серед підлітків, як РП і ОВР. Тому доцільно було б провести окреме дослідження, яке б було сфокусоване на проблемі ІЕР серед підлітків.

У даному дослідженні встановлено обмеження в ефективності мультисистемної терапії і функціональної сімейної терапії. Видається доцільним продовжити дослідження даних інтервенцій, можливо, з метою звуження категорій підлітків, для яких дані інтервенції будуть корисними.

ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Aaron Hogue, Sarah Dauber, Craig E. Henderson, Molly Bobek, Candace Johnson, Emily Lichvar & Jon Morgenstern (2015) Randomized Trial of Family Therapy Versus Nonfamily Treatment for Adolescent Behavior Problems in Usual Care, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44:6, 954-969, DOI: 10.1080/15374416.2014.963857
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
3. Annabeth P. Groenman, Tieme W. P. Janssen, Jaap Oosterlaan. Childhood Psychiatric Disorders as Risk Factor for Subsequent Substance Abuse: A Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* V 56, Issue 7, 2017. - p 556-569
4. Avci D, Kelleci M. Effects of the Anger Coping Programme based on cognitive behavioural techniques on adolescents' anger, aggression and psychological symptoms. *Int J Nurs Pract.* 2016;22(2):189-196. doi:10.1111/ijn.12410
5. Cavanagh, M., Quinn, D., Duncan, D., Graham, T., & Balbuena, L. (2016). Oppositional Defiant Disorder Is Better Conceptualized as a Disorder of Emotional Regulation. *Journal of Attention Disorders*, 21(5), 381–389.
6. Centre for Reviews and Dissemination, *Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care*, Centre for Reviews and Dissemination (2009), Pp 292. £15., ISBN: 978-1900640473
7. Cortney Simmons, Adam Fine, Alissa Knowles, Paul J. Frick, Laurence Steinberg, Elizabeth Cauffman. The Relation Between Callous-Unemotional Traits, Psychosocial Maturity, and Delinquent Behavior Among Justice-Involved Youth. *Child Development*, 2018

8. Darnell AJ, Schuler MS. Quasi-Experimental Study of Functional Family Therapy Effectiveness for Juvenile Justice Aftercare in a Racially and Ethnically Diverse Community Sample. *Child Youth Serv Rev.* 2015;50:75-82. doi:10.1016/j.chilyouth.2015.01.013
9. Dewi, S. , Wiwie, M. , Sastroasmoro, S. , Irwanto, Purba, J. , Pleyte, W. , Mulyono, & Haniman, F. (2015). Effectiveness of Mindfulness Therapy among Adolescent with Conduct Disorder in Jakarta, Indonesia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 165 . doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.605
10. Dustin A.Pardini, Amy L.Byrd, Samuel W.Hawes, MeaganDocherty. Unique Dispositional Precursors to Early-Onset Conduct Problems and Criminal Offending in Adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, V 57, Issue 8, 2018. - p 583-592
11. Fanning, J. R., Coleman, M., Lee, R., & Coccaro, E. F. (2018). Subtypes of aggression in intermittent explosive disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2018
12. Farrah N. Golmaryami, Paul J. Frick, Sheryl A. Hemphill, Rachel E. Kahn, Annie M. Crapanzano, Andrew M. Terranova. The Social, Behavioral, and Emotional Correlates of Bullying and Victimization in a School-Based Sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, V 44, Issue 2, 2016. - p 381-391
13. Fettich, K. C., McCloskey, M. S., Look, A. E., & Coccaro, E. F. (2014). Emotion regulation deficits in intermittent explosive disorder. *Aggressive Behavior*, 41(1), 25–33
14. Fonagy, P; Butler, S; Cottrell, D; Scott, S; Pilling, S; Eisler, I; Fuggle, P; Kraam, A; Byford, S; Wason, J; Ellison, R; Simes, E; Ganguli, P; Allison, E; Goodyer, IM. Multisystemic therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (START): a pragmatic, randomised controlled, superiority trial. *The Lancet Psychiatry* , 5 (2) pp. 119-133., 2018

15. Ghandour RM, Sherman LJ, Vladutiu CJ, Ali MM, Lynch SE, Bitsko RH, Blumberg SJ. Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in U.S. children. *The Journal of Pediatrics*, V 206, 2018. - pp 256–267
16. Gorman, D. A., Gardner, D. M., Murphy, A. L., Feldman, M., Bélanger, S. A., Steele, M. M., ... Pringsheim, T. (2015). Canadian Guidelines on Pharmacotherapy for Disruptive and Aggressive Behaviour in Children and Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, or Conduct Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(2), 62–76.
17. Grant, Jon E., Leppink, Eric W. Choosing a treatment for disruptive, impulse-control, and conduct disorders *Current Psychiatry*. 2015 January;14(1):29-36
18. Hambly, J. L., Khan, S., McDermott, B., Bor, W., & Haywood, A. (2016). Pharmacotherapy of conduct disorder: Challenges, options and future directions. *Journal of Psychopharmacology*, 30(10), 967–975.
19. Higgins JPT, Altman DG, Sterne JAC (editors). Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. In: Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0* (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.cochrane-handbook.org
20. Humayun S, Herlitz L, Chesnokov M, Doolan M, Landau S, Scott S. Randomized controlled trial of Functional Family Therapy for offending and antisocial behavior in UK youth. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58(9):1023-1032. doi:10.1111/jcpp.12743
21. Jadad, A.R.; Moore R.A., Carroll D., Jenkinson C., Reynolds D.J.M., Gavaghan D.J., McQuay H.J. (1996). "Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary?". *Controlled Clinical Trials* 1996 17 (1): 1–12. PMID 8721797

22. Jalal Vahhabi Homabadi, Maryam Movahedi, Shahnaz Khaleghipour. The effectiveness of emotional regulation strategies on emotional schemas of adolescents with oppositional defiant disorder: a single case study. *Pharmacophore*, 8 (6S), 2017
23. Jennifer L. Matjasko, Kristin M. Holland, Melissa K. Holt, Dorothy L. Espelage, Brian W. Koenig. All Things in Moderation? Threshold Effects in Adolescent Extracurricular Participation Intensity and Behavioral Problems. *Journal of School Health*, V 89, 2019. - p 79-87
24. Joni W. Splett, Marlene Garzona, Nicole Gibson, Daniela Wojtalewicz, Anthony Raborn, Wendy M. Reinke. Teacher Recognition, Concern, and Referral of Children's Internalizing and Externalizing Behavior Problems. *School Mental Health*, 2018
25. Kendall AD, Emerson EM, Hartmann WE, Zinbarg RE, Donenberg GR. A Two-Week Psychosocial Intervention Reduces Future Aggression and Incarceration in Clinically Aggressive Juvenile Offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;56(12):1053-1061. doi:10.1016/j.jaac.2017.09.424
26. Kõiv, K., & Kaudne, L. (2015). Impact of integrated arts therapy: An intervention program for young female offenders in correctional institution. *Psychology*, 6(1), 1–9. <https://doi.org/10.4236/psych.2015.61001>
27. Kostas A. Fanti, Melina Nicole Kyranides, Alexandros Lordos, Olivier F. Colins, Henrik Andershed. Unique and Interactive Associations of Callous-Unemotional Traits, Impulsivity and Grandiosity with Child and Adolescent Conduct Disorder Symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, V 40, 2018. - p 40-49
28. Kulper, D. A., Kleiman, E. M., McCloskey, M. S., Berman, M. E., & Coccaro, E. F. (2015). The experience of aggressive outbursts in Intermittent Explosive Disorder. *Psychiatry Research*, 225(3), 710–715.

29. Lindhiem, O., Bennett, C. B., Hipwell, A. E., & Pardini, D. A. (2015). Beyond Symptom Counts for Diagnosing Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(7), 1379–1387.
30. M.J. Bakker, C.U. Greven, J.K. Buitelaar, J.C. Glennon. Practitioner Review: Psychological treatments for children and adolescents with conduct disorder problems – a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, V 58, Issue 1, 2017. - p 4-18
31. Masi G, Milone A, Paciello M, et al. Efficacy of a multimodal treatment for disruptive behavior disorders in children and adolescents: focus on internalizing problems. *Psychiatry Res.* 2014;219(3):617-624. doi:10.1016/j.psychres.2014.05.048
32. Masi, G., Milone, A., Manfredi, A., Brovedani, P., Pisano, S., & Muratori, P. (2016). Combined pharmacotherapy-multimodal psychotherapy in children with Disruptive Behavior Disorders. *Psychiatry Research*, 238, 8–13
33. McCart, M. R., & Sheidow, A. J. (2016). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescents With Disruptive Behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(5), 529–563.
34. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 2009;339:b2535
35. Moore, A. A., Silberg, J. L., Roberson-Nay, R., & Mezuk, B. (2017). Life course persistent and adolescence limited conduct disorder in a nationally representative US sample: prevalence, predictors, and outcomes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(4), 435–443.
36. Niec, Larissa N., Barnett, Miya L., Prewett, Matthew S., Shanley Chatham, Jenelle R. Group parent–child interaction therapy: A randomized control trial for the treatment of conduct problems in young children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(8), 2016. - p 682-698.

37. Pisano S, Muratori P, Gorga C, Levantini V, Iuliano R, Catone G, Coppola G, Milone A, Masi G. Conduct disorders and psychopathy in children and adolescents: aetiology, clinical presentation and treatment strategies of callous-unemotional traits. *Ital J Pediatr.* Sep 20;43(1):84, 2017
38. Ram Kumar Gupta, Shailendra Singh, Swadesh Bhatt, Shubhangi Gupta. A review of mindfulness meditation and its effects on adolescents` aggression. *Online Journal of Multidisciplinary Research (OJMR)*, 1(1), 12-17, 2015
39. Ruth Castillo-Gualda, Rosario Cabello, Marta Herrero, Raquel Rodríguez-Carvajal, Pablo Fernández-Berrocal. A Three-Year Emotional Intelligence Intervention to Reduce Adolescent Aggression: The Mediating Role of Unpleasant Affectivity. *Journal of Research on Adolescence*, V28, p 186-198, 2018
40. Salekin, R. T. (2016). Psychopathy in childhood: Toward better informing the DSM–5 and ICD-11 conduct disorder specifiers. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(2), 180–191.
41. Salvatore, J. E., & Dick, D. M. (2018). Genetic influences on conduct disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 91, 91–101. 2018
42. Sarah L. Anderson, Yao Zheng, Robert J. McMahon. Do Callous–Unemotional Traits and Conduct Disorder Symptoms Predict the Onset and Development of Adolescent Substance Use? *Child Psychiatry & Human Development*, V 49, Issue 5, 2018. - p 688-698
43. Schulz KF, Altman DG, Moher D, for the CONSORT Group. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ* 2010;340:c332.
44. Sinclair I, Parry E, Biehal N, et al. Multi-dimensional Treatment Foster Care in England: differential effects by level of initial antisocial behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2016;25(8):843-852. doi:10.1007/s00787-015-0799-9

45. Sturla Fossum, Bjørn Helge Handegård, Frode Adolfsen, Svein Arild Vis, Rolf Wynn. A Meta-Analysis of Long-Term Outpatient Treatment Effects for Children and Adolescents with Conduct Problems. *Journal of Child and Family Studies*, V 25, Issue 1, 2016. - pp 15-29
46. Sukhodolsky, D. G., Smith, S. D., McCauley, S. A., Ibrahim, K., & Pias-ecka, J. B. (2016). Behavioral Interventions for Anger, Irritability, and Ag-gression in Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psy-chopharmacology*, 26(1), 58–64.
47. Susan Armijo Olivo, Luciana Gazzi Macedo, Inae Caroline Gadotti, Jorge Fuentes, Tasha Stanton, David J Magee, Scales to Assess the Quality of Randomized Controlled Trials: A Systematic Review, *Physical Therapy*, Volume 88, Issue 2, 1 February 2008, Pages 156–175, <https://doi.org/10.2522/ptj.20070147>
48. The Centre for Cognitive Ageing and Cognitive Epidemiology at the Uni-versity of Edinburgh. Systematic reviews and meta-analyses: a step-by-step guide. Retrieved from <http://www.ccace.ed.ac.uk/research/software-re-sources/systematic-reviews-and-meta-analyses>
49. Thomas H. Ollendick, Ross W. Greene, Kristin E. Austin, Maria G Fraire, Thorhildur Halldorsdottir, Kristy Benoit Allen, Matthew A. Jarrett, Krystal M. Lewis, Maria Whitmore Smith, Natoshia R. Cunningham, Ryoichi J. P. Noguchi, Kristin Canavera & Jennifer C. Wolff (2016) Parent Management Training and Collaborative & Proactive Solutions: A Randomized Control Trial for Oppositional Youth, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psy-chology*, 45:5, 591-604, DOI: 10.1080/15374416.2015.1004681
50. Uman LS, Chambers CT, McGrath PJ, Kisely S, Matthews D, Hayton K. Assessing the quality of randomized controlled trials examining psycho-logical interventions for pediatric procedural pain: recommendations for quality improvement. *J Pediatr Psychol*. 2010;35(7):693-703. doi:10.1093/jpepsy/jsp104

51. Weiss, B., Han, S.S., Tran, N.T. et al. Test of “Facilitation” vs. “Proximal Process” Moderator Models for the Effects of Multisystemic Therapy on Adolescents with Severe Conduct Problem. *J Abnorm Child Psychol* 43, 971–983 (2015). <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9952-z>
52. World Health Organization. (2004). ICD-10 : international statistical classification of diseases and related health problems : tenth revision, 2nd ed. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>
53. Yates SL, Morley S, Eccleston C, de C Williams AC. A scale for rating the quality of psychological trials for pain. *Pain*. 2005;117(3):314-325. doi:10.1016/j.pain.2005.06.018

ДОДАТКИ

**Додаток А. Перелік досліджень, відібраних на етапі пошуку за
КЛЮЧОВИМИ СЛОВАМИ**

№	Назва	Автор	Рік	Включено/ виключено	Причина виключення
1	Indirect Effects of the Fast Track Intervention on Conduct Disorder Symptoms and Callous-Unemotional Traits: Distinct Pathways Involving Discipline and Warmth	Pasalich et al.	2015	Виключено	Замалий вік учасників дослідження
2	Test of "Facilitation" vs. "Proximal Process" Moderator Models for the Effects of Multisystemic Therapy on Adolescents with Severe Conduct Problem	Weiss et al.	2015	Включено	
3	Randomized Trial of Family Therapy Versus Nonfamily Treatment for Adolescent Behavior Problems in Usual Care	Hogue et al.	2015	Включено	
4	Randomized controlled trial of Functional Family Therapy for offending and antisocial behavior in UK youth	Humayun et al.	2017	Включено	
5	Multisystemic therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (START): a pragmatic, randomised controlled, superiority trial.	Fonagy et al.	2018	Включено	
6	START NOW - a comprehensive skills training programme for female adolescents with oppositional defiant and conduct disorders: study protocol for a cluster-randomised controlled trial.	Kersten et al.	2016	Виключено	Наявний лише протокол дослідження, саме дослідження не проведене
7	Test of "Facilitation" vs. "Proximal Process" Moderator Models for the Effects of Multisystemic Therapy on Adolescents with Severe Conduct Problem.	Weiss et al.	2014	Виключено	Дублікат дослідження №2
8	Being "SMART" About Adolescent Conduct Problems Prevention: Executing a SMART Pilot	August et al.	2014	Виключено	Опис пілотного дослідження у процесі, немає результатів для

	Study in a Juvenile Diversion Agency.				оцінки ефективності
9	Parent Management Training and Collaborative & Proactive Solutions: A Randomized Control Trial for Oppositional Youth	Ollendick et al.	2015	Включено	
10	The effects of cognitive-behavioral therapy on social cognition of adolescents with intermittent explosive disorder	Rad et al.	2019	Виключено	Дослідження опібуковане не англійською мовою
11	Efficacy of a multimodal treatment for disruptive behavior disorders in children and adolescents: focus on internalizing problems.	Masi et al.	2015	Включено	
12	A Cognitive Versus Behavioral Approach to Emotion Regulation Training for Externalizing Behavior Problems in Adolescence: Study Protocol of a Randomized Controlled Trial	Te Brinke et al.	2018	Виключено	Нааявний лише протокол дослідження, саме дослідження не проведене
13	A Two-Week Psychosocial Intervention Reduces Future Aggression and Incarceration in Clinically Aggressive Juvenile Offenders	Kendall et al.	2017	Включено	
14	Juvenile Justice Anger Management (JJAM) Treatment for Girls: Results of a Randomized Controlled Trial	Goldstein et al.	2018	Виключено	Занадто вузька специфіка (тільки дівчата, тільки ті, що перебувають в ув'язненні)
15	Effects of the Anger Coping Programme Based on Cognitive Behavioural Techniques on Adolescents' Anger, Aggression and Psychological Symptoms	Avci et al.	2015	Включено	
16	Impact of Integrated Arts Therapy: An Intervention Program for Young Female Offenders in Correctional Institution	Koiv et al.	2015	Включено	
17	Multi-dimensional Treatment Foster Care in England: Differential Effects by Level of Initial Antisocial Behaviour	Sinclair et al.	2015	Включено	
18	Effectiveness of mindfulness therapy among adolescent with conduct disorder in Jakarta, Indonesia	Dewi et al.	2015	Включено	

19	Quasi-experimental study of Functional Family Therapy effectiveness for juvenile justice after-care in a racially and ethnically diverse community sample	Darnell et al.	2015	Включено	
----	---	----------------	------	----------	--

Вищий навчальний заклад «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я
Кафедра клінічної психології

Освітній ступінь ___магістр

Спеціальність ___053 Психологія__

Освітня програма __Клінічна психологія з основами когнітивно-поведінкової терапії__

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач
кафедри _____

“ ___ ” _____ 20__ року

З А В Д А Н Н Я
НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЕКТ (МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ) СТУДЕНТУ

Павленко Мар'яна Сергіївна
(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проекту (роботи) Систематичний огляд ефективності психотерапевтичних інтервенцій в роботі з підлітками, які мають спектр розладів поведінки

керівник проекту (роботи) Аврамчук Олександр Сергійович, канд. психологічних наук, доцент кафедри клінічної психології УКУ,
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені Вченою Радою факультету від “ ___ ” _____ 20__ р. № протоколу _____

2. Строк подання студентом проекту (роботи) _____

3. Вихідні дані до проекту (роботи)

У структуру роботи входить вступ, I, II розділи, висновки, список використаних джерел, додатки.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити)

ініціали)

Студент _____ **Павленко М.С.**
(підпис) (прізвище та

Керівник проекту (роботи) _____
(підпис) _____ (прізвище та ініціали)