



Муниципальное автономное учреждение
«ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ
КУРЧАТОВСКОГО РАЙОНА г. ЧЕЛЯБИНСКА»
454021, г. Челябинск, ул. 40-летия Победы, 17 а, тел.: (351) 794-84-70;
email: pmpk-kurch@mail.ru

УТВЕРЖДАЮ
Директор МАУ «ЦППМСП
Курчатовского района г. Челябинска
_____ Е.Р. Теплякова
«__» _____ 2023 год

**Профилактика аутодеструктивного поведения подростков
в условиях школы.
Методические рекомендации для педагогов и родителей.**

Составитель: Бухтоярова Е.А.,
педагог-психолог МАУ
«ЦППМСП Курчатовского
района г. Челябинска»

Челябинск

2022-2023

Содержание

1. АУТОДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: ВИДЫ И ФАКТОРЫ РИСКА	5
1.1. Виды аутодеструктивного поведения и психологические условия его формирования	6
1.2. Факторы риска аутодеструктивного поведения подростков	8
1.2.1. Негативное отношение к телу	9
1.2.2. Социальные медиа	11
1.2.3. Буллинг	13
1.2.4. Насилие	15
1.3. Самоповреждающее поведение в подростковом возрасте	18
1.4. Аутодеструктивное поведение и психопатология	20
1.4.1. Пограничное расстройство личности, его специфика у подростков и аутодеструктивные проявления	20
1.4.2. Нервная анорексия и нервная булимия в связи с другими аутодеструктивными проявлениями в подростковом возрасте	22
1.4.3. Специфика аутодеструкции при расстройствах поведения и антисоциальном расстройстве личности у подростков	24
2. ПРОФИЛАКТИКА АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЫ	27
2.1. Требования к программе и направления профилактики самоповреждающего поведения	28
2.2. Уровни и методы профилактики самоповреждающего поведения	31
2.3. Рекомендации по некоторым приемам первичной профилактики для педагогов и школьных психологов	34
2.4. Рекомендации по приемам первичной профилактики для родителей	36
2.5. Рекомендации по выстраиванию беседы педагога с учеником с самоповреждающим поведением	37
2.6. Содержание беседы школьного психолога или социального педагога с учеником с самоповреждающим поведением	
2.7. Помощь школьного психолога подростку с самоповреждениями	39
2.8. Рекомендации родителям по организации помощи и поддержки своему ребенку с самоповреждающим поведением	39
Заключение	40
Список литературы	41

Введение

Подростковый возраст — период повышенной уязвимости к нарушениям психического здоровья. Одним из индикаторов этой уязвимости являются различные аутодеструктивные проявления, которые нередко наблюдаются в подростковом возрасте. Аутодеструктивные действия, направленные на причинение самовреда, могут служить симптомом кризиса взросления или нарушений психического здоровья подростка, мешая его образованию и социальному взаимодействию. Нередко разные виды и проявления аутодеструкции включены в поведение подростка, значительно осложняя процесс его психологического, физиологического и социального развития. В пубертатный период с подростком происходят значительные физические и психологические изменения. Интенсивный рост и половое созревание сопровождаются поиском идентичности и потребностью в социализации, что выражается в попытках самоутверждения и самоопределения (Харламенкова, 2007).

Собственное тело приобретает для подростка не только личную, но и социальную значимость, а социокультурные идеалы красоты становятся ориентирами для его социального становления. Подросток стремится к изменениям, его взросление сопровождается появлением новых возможностей, которые он пытается реализовать через изменение своего внешнего вида, переживание нового, необычного опыта, экспериментирование с разными видами риска, а иногда через использование репрессивных способов воздействия на себя (например, самоповреждения или суицидальные попытки).

Проблема распространения деструктивного поведения в детско-юношеской среде не утрачивает своей актуальности. Социализация современных детей и молодежи характеризуется неопределенностью, непредсказуемостью и ценностно-ориентационной неустойчивостью.

Усугубляется отчуждение между поколениями, включающее неприятие детьми и молодежью широкого спектра норм и ценностей старших членов общества. Утрачена ценность труда и образования при возрастании ценности досуга, воспринимаемого не как свободное от труда время, а как основная сфера жизнедеятельности. Еще одной особенностью стало тотальное распространение ценностей потребительского (консьюмерного) общества.

Основными агентами социализации детей и молодежи являются уже не семья и государство в лице социальных институтов, проявляющих патерналистскую заботу, а медийно-информационная среда с девиантогенными посланиями и стимулами. Таким образом, развлекательно-досуговые и потребительские

устремления детей и молодежи, подкрепляемые медийно-информационной средой, при одновременном пренебрежении к труду и образованию формируют базис для деструктивного поведения.

Ученые фиксируют стремительную примитивизацию ценностно-смысловой сферы у подрастающих поколений, выявляют в сознании детей и молодежи оправдательные установки относительно аддикций, насилия, суицидов, сексуальных патологий. Дети, подростки, молодые люди не только не считают нужным вести борьбу с социальными патологиями, но и даже не осуждают их, демонстрируя равнодушие и цинизм. В детско-юношеской среде стал наблюдаться парадокс – девиация, в ее традиционном понимании, становится нормой, а норма, восходящая к основам национальной и общемировой культуры, рассматривается в качестве отклонения.

В данных методических рекомендациях были рассмотрены некоторые проблемы аутодеструктивного поведения в подростковом возрасте.

На примере одного из распространенных и малоизученных видов аутодеструкции — самоповреждающем поведении были предложены рекомендации по профилактике и помощи при самоповреждающем поведении.

1. АУТОДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: ВИДЫ И ФАКТОРЫ РИСКА

1.1. Виды аутодеструктивного поведения и психологические условия его формирования

Подростковый возраст — наиболее уязвимый к аутодеструктивным эмоциям, мыслям и поступкам период развития. Физические и психологические изменения, которые происходят в это время, могут стать источником значительных нарушений поведения, а аутодеструктивность — способом сообщения о внутреннем неблагополучии, а также дезадаптивным способом его преодоления. Аутодеструктивное поведение связано с разными формами саморазрушения: от высокорискованных действий, нацеленных на поиск новых ощущений, до самоповреждений и суицидальных актов (Польская, 2015, 2017; Польская, Власова, 2015; Соколова, 2017). Такое поведение наносит ущерб (прямой или косвенный) собственному соматическому и психическому здоровью, оно представляет угрозу целостности и развитию личности (Тормосина, 2014).

К основным функциям аутодеструктивного поведения можно отнести:

1. Функцию саморегуляции — когда аутодеструктивные действия позволяют снять эмоциональное напряжение, восстановить чувство самоконтроля или избежать трудно переносимые эмоции;
2. Функцию межличностной регуляции — когда аутодеструкция оказывается способом коммуникации, установления близких отношений, способом влияния на окружающих и привлечения к себе внимания.

К основным видам аутодеструктивного поведения в подростковом и юношеском возрасте можно отнести *суицидальное поведение, самоповреждающее поведение, нарушения пищевого поведения, а также различные виды безрассудного поведения, включая употребление*

психоактивных веществ, высокорискованные действия (например, выполнение трюков, опасных для жизни), вызывающие иллюзорное ощущение безопасности и «заговоренности», небезопасные сексуальные отношения и бунтарство, включая пренебрежение социальными правилами.

Основные виды аутодеструктивного поведения в подростковом возрасте

Общая характеристика	Основные проявления	Основные мотивы
<i>Суицидальное поведение</i>		
Поведение, направленное на прекращение жизни	Суицидальные мысли, намерения и действия	Избавиться от эмоциональной боли и чувства ненужности (переживание ситуации как безвыходной, безнадежной)
<i>Несуицидальное самоповреждающее поведение</i>		
Намеренное физическое повреждение кожных покровов	Самопорезы, самоожоги, проколы кожи, удары по собственному телу и др.	Восстановить контроль над эмоциями; расслабиться; наказать себя; преодолеть эмоциональную боль
<i>Нарушение пищевого поведения</i>		
Манипулирование приемами пищи	Ограничительные диеты, очистительные манипуляции (вызывание рвоты после приема пищи, клизмы, прием слабительных и мочегонных препаратов)	Неудовлетворенность собственным телом; стремление изменить внешний вид и пропорции тела
<i>Безрассудное поведение</i>		
Высокорискованное поведение, связанное с переживанием острых ощущений, чувства опасности, нового необычного опыта, сильных эмоций и собственной неуязвимости	Употребление психоактивных веществ; небезопасный секс; намеренное создание ситуаций, опасных для жизни (напр., «зацеперы»)	Почувствовать сильные эмоции; пережить что-то неординарное; проверить себя; доказать что-то себе или другим; почувствовать себя особенным, неуязвимым, избранным

Одним из ключевых психологических механизмов формирования аутодеструктивного поведения является эмоциональная дисрегуляция.

Под эмоциональной дисрегуляцией подразумеваются нарушения нормальной регуляции эмоций. Нарушения эмоциональной регуляции возникают тогда, когда несмотря на усилия, попытки регулирования эмоций не достигают своей цели, и эмоции, а также поведенческие паттерны, связанные с ними, не изменяются желаемым образом.

Маркерами эмоциональной дисрегуляции у подростка являются:

- ✓ преобладание негативных, болезненных эмоциональных переживаний;
- ✓ импульсивность;
- ✓ серьезные трудности в регулировании эмоционального возбуждения при достижении целей, не зависящих от настроения;
- ✓ эмоциональная опустошенность, бесчувственность при воздействии сильных стрессоров.

Субъективно переживаемая подростком непереносимость негативных эмоций, чувство острой душевной боли и импульсивные попытки немедленно избавиться от нее приводят его к выбору аутодеструктивных стратегий поведения как способа справиться с сильными эмоциональными переживаниями, избегая при этом прямого столкновения с негативными эмоциями. В связи с этим аутодеструктивное поведение оказывается, с одной стороны, способом быстрого избавления от негативных эмоций и связанного с ними психологического опыта, а с другой стороны — деструктивным способом совладания с трудностями, дающего иллюзию контроля над собой и своей жизнью, иллюзию взрослости и независимости. Не всегда эмоциональные проблемы указывают на эмоциональную дисрегуляцию: можно испытывать эмоциональные проблемы без нарушения регуляции эмоций. Например, подросток может не осознавать, что эмоцию нужно каким-то образом регулировать, или регулирует эмоции бесполезным, неумелым или неадаптивным способом. Подобная когнитивная беспомощность также может привести подростка к аутодеструктивным действиям из-за непонимания собственных эмоций и связанных с ними потребностей.

1.2. Факторы риска аутодеструктивного поведения подростков

На формирование аутодеструктивного поведения подростков оказывают влияние самые разнообразные факторы. Это неблагоприятные социально-экономические условия в регионе проживания, включая высокий уровень преступности и социального неблагополучия; вовлеченность в молодежные субкультурные группы, ориентированные на эстетику саморазрушения и/или высокорискованного поведения; пребывание в местах лишения свободы, бездомность, бродяжничество.

К общим психосоциальным факторам риска относятся:

1. Семейное неблагополучие, социализация в девиантном окружении.

Неблагоприятная семейная ситуация и развитие в асоциальной и антисоциальной среде, а также случаи аутодеструктивного поведения в семье и ближайшем окружении приводят к раннему возникновению действий аутодеструктивной направленности у детей и подростков.

2. Наличие психических расстройств в семье, что служит общим фактором дестабилизации семейной системы и хронических искажений семейных коммуникаций.

3. Психотравмирующий опыт, связанный с насилием, является одной из наиболее сильных предпосылок к формированию различных моделей аутодеструкции у подростков.

4. Внутрличностные проблемы: слабость самоконтроля и рефлексии, трудности понимания эмоций и управления ими, конформность, склонность к зависимому поведению, импульсивность, избегающий тип поведения, использование неадаптивных стратегий совладания с трудными ситуациями.

5. Межличностные проблемы: узкий круг социальных контактов и отсутствие социальной поддержки, проблемы в установлении дружеских доверительных отношений, недоверие, избегание сближения или стремление к доминированию и эксплуатации в отношениях с другими людьми, социальная изоляция, одиночество, отчужденность.

Несмотря на многофакторность природы аутодеструктивного поведения, можно выделить факторы, наиболее **релевантные для подросткового возраста**: негативное отношение к телу, ориентация на идеалы красоты и успешности, транслируемые социальными медиа, школьный буллинг и кибербуллинг и насилие, которому подвергался и/или подвергается подросток в семье.

1.2.1. Негативное отношение к телу

Важную роль в развитии аутодеструктивного поведения у подростков играет **негативное отношение к своему телу**. Через свое физическое тело человек познает себя и взаимодействует с миром. Неудовлетворенность телом приводит к развитию пренебрежительного или даже враждебного отношения к нему и, вследствие этого, недостаточному обеспечению телесной безопасности. Отчужденность и безразличие к телесной безопасности в свою очередь приводит к ангедонии — утрате способности получать удовольствие, что может выражаться в повышении болевого порога, т.е. снижении способности чувствовать боль. Таким образом, при негативном восприятии и ощущении отчуждения к собственному телу возрастает риск аутодеструктивного поведения (прежде всего, суицидальные и несуйцидальные самоповреждения), а также риск развития нарушений пищевого поведения.

Выраженная направленность против собственного тела характерна для самоповреждающего поведения и расстройств пищевого поведения. Неудовлетворенность телом является одним из сильнейших предикторов риска развития расстройств пищевого поведения. Это подтверждено многими эмпирическими исследованиями. У подростков с подобными проблемами в высокой степени выражены нарушения эмоциональной регуляции и низкая самооценка своей физической привлекательности (Brunner, 2007; Ross, Health, Toste, 2009).

Неудовлетворенность телом нередко сопровождается суицидальными мыслями. Подростки с негативным образом тела чаще повреждают себя при

переживании сильных отрицательных эмоций (Muehlenkamp, Brausch, 2011). Самоповреждения могут стать способом избегания или подавления стыда, вины или негативных чувств вследствие самокритики.

В основе формирования негативного отношения к телу находятся общественные представления о красоте и «идеальном теле», зачастую совершенно нереалистичные и трудно достижимые для обычного человека. Идеал, заключающийся в чрезмерной худобе, представляет особую опасность, провоцируя подростка на экстраординарные нездоровые усилия для достижения успеха. Они могут существенно ограничивать себя в питании, намеренно вызывать рвоту после приема пищи. Любопытно, что наиболее высокий уровень удовлетворенности своим телом отмечается среди подростков со сниженной массой тела, тогда как девочки с нормальным весом менее удовлетворены им; что касается мальчиков, то они в наибольшей степени недовольны своим телом, когда вес избыточный (Makinen, 2012).

Семья играет существенную роль в развитии негативного отношения к телу, и, как следствие, нездорового пищевого поведения. Стремление к худобе и социальная неуверенность у матери в сочетании с неудовлетворенностью телом у дочери является предиктором развития расстройства пищевого поведения (Canals, 2009).

Непрямая критика в виде давления со стороны семьи по поводу снижения веса и/или набора мышечной массы, оказывает не менее сильное влияние на развитие у подростков негативного отношения к телу, ощущения несоответствия идеального тела реальному, следствием чего является формирование опасного пищевого поведения.

1.2.2. Социальные медиа

Результаты исследований роли социальных медиа в формировании представлений о себе и собственном теле демонстрируют, что социальные медиа в интернете оказывают более выраженное влияние на формирование

идеала «худого» тела в сравнении с традиционными источниками, включающими телевидение и гляцевые журналы (Karsay et al., 2018). Это может быть связано с восприятием инфлюенсеров (ролевых моделей, пользователей социальных сетей с наибольшим количеством подписчиков) как более близких, похожих на обычного пользователя, в сравнении с популярными актерами и моделями телевизионных медиа. Внешность инфлюенсеров может восприниматься как более достижимая, и, вследствие этого, более релевантная для сравнения с собой.

Анкетирование старших школьников, использующих *Facebook*, выявило более тревожное отношение к собственному телу по сравнению со школьниками, не использующими эту социальную сеть (Memon, Sharma, Mohite, et al., 2018). Девушки, использующие *Facebook*, чаще других демонстрируют стремление к чрезмерной худобе и меньшую удовлетворенность собственным весом (Tiggemann, Miller, 2010).

Просмотр отредактированных, доведенных до совершенства фотографий женщин в социальных сетях увеличивал уровень неудовлетворенности телом среди девушек подросткового возраста (Kleemans, Daalmans, Carbaat, et al., 2018). А в исследовании, выполненном в популяции датских подростков, была определена одинаково значимая зависимость образа тела от степени вовлеченности в социальные сети среди юношей и девушек (de Vries, Peter, de Graaf, et al., 2016).

Эффект воздействия культурных установок и медиа на представление о собственном теле среди подростков может усиливаться, если транслируемые обществом идеалы красоты поддерживаются ближайшим окружением подростка — его семьей и сверстниками.

При использовании социальных сетей подростки могут подвергнуться нежелательной рекламе вредных здоровью веществ, таких как алкоголь, табак, смеси для курения, а также столкнуться с секс-преступниками, использующими социальные сети с целью установления контакта с несовершеннолетними. Все эти факторы могут повлиять на развитие

аутодеструктивного поведения, в частности, суицидальности и самоповреждений. Данлоп (*S.M. Dunlop*) с соавторами провели исследование с целью установления специфики влияния информации суицидальной тематики с различных онлайн-платформ (включая новостные сайты, форумы и социальные сети) на развитие суицидальных идей у молодежи (Dunlop, More, Romer, 2011). Около 719 человек в возрасте от 14 до 24 были опрошены дважды с годичным перерывом. Респондентов спрашивали, знакомы ли они с кем-нибудь, совершившим самоубийство или попытку самоубийства, чувствовали ли они грусть или безысходность дольше двух недель подряд, появлялись ли у них навязчивые мысли о суициде в течение последнего года. Во время повторного опроса у респондентов узнавали о наиболее используемых социальных сетях и отдельно — из какого источника или от кого информация о чьем-то суициде была получена (родственники или знакомые, новостные издания, видео-сайты или социальные сети). 79% опрошенных узнавали об акте самоубийства от родственников или из газет, при этом 59% также получали информацию из онлайн-ресурсов. Молодые респонденты отмечали социальные сети и видео-сайты как распространенные ресурсы для получения таких новостей. Несмотря на указанную популярность всех онлайн-ресурсов, как источника информации о суицидальных актах, взаимосвязь с ростом суицидальных мыслей была обнаружена только в отношении онлайн-форумов (Dunlop, More, Romer, 2011).

Таким образом, сама онлайн-среда и сетевые сообщества могут осложнять имеющиеся проблемы с психическим здоровьем, усиливать психологическую уязвимость подростка — тревожность, недовольство собственной внешностью, подавленность и т.п. — через контент, потребляя который подросток может чувствовать себя преследуемым, находящимся в опасности, одиноким, покинутым, незащищенным. Прямая или скрытая реклама рискованного поведения, травля в сети — это то, что, помимо психологических и психопатологических проблем, вызывает и действия аутодеструктивной направленности (Польская, Якубовская, 2019).

1.2.3. Буллинг

Риск аутодеструктивного поведения у подростка может быть опосредован буллингом. Буллинг определяется как специфический вид агрессии, включающий преднамеренные, повторяющиеся злоупотребления в отношении сверстников, направленные на причинение вреда жертве. Подросток может выступать в роли «булли» — агрессора и в роли жертвы этой агрессии. В некоторых случаях подросток может выступать в зависимости от ситуации и в роли агрессора, и в роли жертвы.

Проявления буллинга в школе включают физическую или вербальную агрессию, запугивание, изоляцию (остракизм), вымогательство, повреждение личного имущества. Качество взаимоотношений со сверстниками в школьном контексте играет значимую роль в развитии аутодеструктивного поведения у подростков. Поэтому важную роль в данном случае играет поддержка учителей и микроклимат в школе и классе.

Общение в социальных сетях может обернуться для подростка кибербуллингом — травлей с использованием электронных форм общения. Кибербуллинг может влиять на развитие депрессии, низкую самооценку, поведенческие проблемы, употребление наркотических веществ, самоповреждения и суицидальные попытки как у жертвы, так и у агрессора.

«Булли», как и их жертвы, как правило, больше отвергаются сверстниками, и находятся в большей изоляции в классе, чем подростки, не вовлеченные в эти отношения. Считается, что тот факт, что агрессор или жертва не нравятся сверстникам, зависит от индивидуальной нехватки социальных навыков и социальной компетентности или от конкретных норм поведения в классе (Sentse et al., 2007; Sentse et al., 2015). Все это может привести к самоповреждениям как «булли», так и его жертву. На выборке итальянских подростков авторы показали, что функцией самоповреждения в обоих случаях является совладание с негативными эмоциями, которые могут быть объяснены отвержением со стороны сверстников (Esposito, Vacchini, Affuso, 2019). С

другой стороны, представления о недостаточной когнитивной зрелости подростков, осуществляющих травлю, опровергаются в ряде исследований. Отмечается, что подростки-агрессоры не обязательно дисфункциональны в интерпретации социальных данных. Напротив, они, будучи инициаторами и лидерами групп, осуществляющих травлю, могут очень искусно манипулировать поведением ровесников (Garandeau, Cillessen, 2006). Более того, зачинщик буллинга может иметь хорошую модель психического, т.е. понимание эмоций других людей, или высокую способность к ментализации, уметь интерпретировать и предсказывать поведение.

В ряде исследований приводятся доказательства влияния ситуации буллинга не только на актуальное психологическое состояние, но и на будущее жертвы травли. Наиболее неблагоприятные прогнозы связаны с оценками суицидального риска (Воликова, Нифонтова, Холмогорова, 2013) и формированием самоповреждающего поведения у жертв буллинга (Juhnke, 2011). По мнению клиницистов, дети — жертвы буллинга психологически уязвимы и больше подвержены самоповреждениям и виктимизации (Arseneault, Bowes, Shakoor, 2010), булли выбирают в качестве жертв психологически незащищенных детей, уже имеющие проблемы которых в результате травли усиливаются и могут выйти на клинический уровень.

В исследовании фактов традиционного буллинга и кибер-буллинга было обнаружено, что оба типа буллинга непосредственно связаны с самоповреждением и суицидальными мыслями, эти взаимосвязи частично опосредованы негативными эмоциями, которые испытывают объекты буллинга, и частично смягчаются социальным окружением и личностью подростка. Исследования показывают, что авторитетные родители и высокий самоконтроль снижали вредоносное влияние буллинга на самоповреждения и суицидальные мысли (Нау, Meldrum, 2010).

Для жертв буллинга характерен высокий уровень дистресса, при этом вовлеченность в буллинг как в качестве жертвы, так и в качестве агрессора, связана с последующим развитием самоповреждающего поведения

(Польская, 2013, 2017). Викимизация среди сверстников является одним из основных коррелятов несутцидальных самоповреждений в подростковом возрасте (Van Geel et al., 2015).

Причиной насмешек может стать что угодно, однако внешний вид жертвы буллинга, ее/его вес, формы и несоответствие стандартам привлекательности является одним из самых распространенных поводов для унижения (Vacchini et al., 2015).

1.2.4. Насилие

Насилие в семье. Насилие в семье влияет на нейрокогнитивное развитие детей. Одним из показателей этого влияния является снижение интеллекта. В исследовании с участием 1116 монозиготных и дизиготных пар пятилетних близнецов и их матерей в Англии было продемонстрировано, что насилие в семье связано со снижением интеллектуального развития детей (тест Векслера), IQ был ниже в среднем на восемь баллов, по сравнению с детьми из семей без подобных проблем. Домашнее насилие подавляет интеллектуальное развитие ребенка, вне зависимости от пола ребенка и возможных генетических воздействий на уровень интеллекта (Koenen et al., 2003).

Сексуальная травма. Наиболее патогенной, нарушающей нормальное эмоциональное и личностное развитие ребенка травмой является сексуальное насилие, особенно в случае, если это насилие совершается родителями. Многие взрослые пациенты с различной психопатологией — пограничным расстройством личности, расстройствами пищевого поведения и др. — сообщают о травматизации в детском возрасте, включая эмоциональное пренебрежение, сексуальное, физическое и эмоциональное насилие (Herman, Perry, Van der Kolk, 1989; Draijer, Boon, 1993).

Травмирующие последствия насилия — это травматическая сексуализация, переживание предательства, бесчестия и бессилия. Дети и подростки, пережившие сексуальное насилие со стороны родителей, испытывают

значительные проблемы с эмоциональной регуляцией. Став взрослыми, они часто говорят об «эмоциональном отключении», «оцепенении». Подобные состояния оказываются способом прекращения сильных негативных эмоций и страдания, отчуждая ребенка от ощущений и переживания эмоций (Cole, Putnam, 1992). Первоначально подобные состояния возникают во время инцеста, но по мере взросления эти диссоциации оказываются защитой от всепоглощающих, дезорганизирующих эмоций, связанных с воспоминаниями. Это глубокое повреждение эмоционального и личностного развития влечет за собой серьезные долгосрочные последствия, в том числе, разные формы аутодеструкции у подростков.

Эмоциональное насилие. Эмоциональное (или психологическое) насилие является одной из наиболее распространенных и сложно идентифицируемых форм жестокого обращения с детьми и подростками и вызывает ухудшение их развития и психического здоровья. Эмоциональное насилие включает в себя как определенные действия в отношении ребенка со стороны родителей, так и эмоциональное пренебрежение.

Психологически небрежное обращение — это «повторяющийся паттерн поведения того, кто заботится о ребенке, или экстремальные случаи, сообщающие ребенку о том, что он бесполезный, дефективный, нелюбимый, нежеланный, находится в опасности и единственная его ценность — удовлетворять потребности других» (APSAC, 1995; цит. по Glaser, 2002, p. 702).

Эмоционально жестокое обращение присутствует в большинстве случаев физического насилия (90%), но оно может также иметь место при отсутствии других форм плохого обращения. Нередко родители, проявляющие эмоциональную жестокость в отношении своих детей, имеют проблемы с психическим здоровьем, склонны к злоупотреблению психоактивных веществ и участвуют в домашнем насилии. Эмоционально жестоких матерей отличают низкие навыки вербального мышления и сниженная самооценка; они имеют более высокие показатели сниженного настроения, агрессии,

враждебности, социальной тревоги и физических заболеваний (Lavi et al., 2019).

Изучение склонности родителей к эмоциональному насилию в отношении собственных детей показало, что негативная эмоциональность — агрессивность, гнев, враждебность или депрессивность — характерны для тех родителей, кто проявляет эмоциональную жестокость по отношению к своим детям. И наиболее значимую роль, в данном случае, играет гнев. Эмоционально жестокие родители чаще переживают сверхсильные эмоции, испытывают когнитивные трудности и демонстрируют сильные негативные эмоции в поведении, так как они не могут сдерживать эмоции и агрессивно выражают их (Lavi et al., 2019).

Все формы насилия в отношении ребенка приводят к рано возникающим моделям аутодеструктивного поведения, которые нередко сочетаются между собой, усиливая и утяжеляя общий ущерб психическому здоровью. Имея в своем основании общий механизм формирования — избавиться от эмоционального напряжения и невыносимых эмоций, снять эмоциональную боль, расслабиться, почувствовать контроль над своими чувствами — аутодеструктивные паттерны могут дополнять друг друга.

Примерами проявления аутодеструкции являются употребление наркотических веществ и незащищенный секс, ограничительные диеты и самопорезы, суицидальные действия и намеренное создание ситуаций с высоким риском для жизни. В самых неблагоприятных случаях наблюдаются полиморфное аутодеструктивное поведение, включающее в себя разные способы саморазрушения: токсикоманию, алкоголизацию и наркотизацию, суицидальные и несуйцидальные самоповреждения, высокорискованное поведение и полный отказ от заботы о собственной безопасности.

1.3. Самоповреждающее поведение в подростковом возрасте

Самоповреждающее поведение является одним из распространенных видов аутодеструктивного поведения среди подростков. Карл Меннингер назвал его

формой «частичного суицида», своеобразным самоисцелением, предотвращающим «тотальный суицид» (Menninger, 1938, с. 271). В современном понимании под самоповреждающим поведением подразумевают намеренные самоповреждения, не имеющие суицидальной направленности.

Психологические функции самоповреждающего поведения на внутриличностном уровне включают в себя управление эмоциями (снижение интенсивности болезненных эмоций; получение положительных эмоций; выражение высокоинтенсивных эмоций, напр., гнева или стыда) (Польская, 2017, 2018). На межличностном уровне эти функции связаны с преодолением межличностных трудностей (выход из трудных ситуаций и призыв о помощи).

Связь самоповреждений с другими видами аутодеструкции.

Несуицидальные самоповреждения не следует отождествлять с суицидальным поведением — они различаются как по мотивации, так и по способам осуществления. Отличие подростков с несуйцидальными самоповреждениями от подростков, совершивших суицидальные попытки, заключается в том, что у них в меньшей степени выражено негативное отношение к жизни в целом (Muehlenkamp, Gutierrez, 2004). Однако существуют указания на то, что самоповреждения усиливают десенитизацию к причинению себе боли и вреда — то есть, подобные действия становятся чем-то обыденным, естественный страх перед болью и ранами притупляется, а значит, увеличивается риск совершения суицидальной попытки (Joiner, 2009). В ряде работ указывается на совместное протекание самоповреждающего и суицидального поведения. Так, в исследовании, проведенном на школьной выборке, было выявлено, что большая часть учеников с суицидальными попытками совершали самоповреждения (Cloutier, Humphreys, 2008). В качестве основных отличий несуйцидальных самоповреждений от суицидального поведения можно назвать стремление через самоповреждение получить облегчение от негативных мыслей, восстановить контроль над собой, своими эмоциями, разрешить

межличностные проблемы и получить помощь от других людей. Поэтому нередко самоповреждения наносятся на открытые части тела.

Более тяжелыми формами несуицидальных самоповреждений являются те, что скрываются от окружающих. Эти подростки, как правило, повреждают себя в местах, которые обычно скрыты одеждой (внутренняя часть бедер, живот). Обнаруживаются такие самоповреждения не сразу, а когда они приобрели уже хронический характер. В большинстве своем хронические самоповреждения сочетаются с расстройствами эмоций, поведения и личности, нарушениями пищевого поведения. Онлайн-активность может выступать в качестве фактора риска самоповреждающего поведения, в некоторых случаях усиливая или провоцируя болезненные эмоциональные реакции подростков, вызывая нарушения самооценки и поведения.

В некоторых случаях онлайн-активность усиливает тревожное отношение к собственному телу (Польская, Якубовская, 2019). Кроме того, в онлайн-среде может прямо или косвенно поощряться интерес к небезопасным формам поведения и экспериментирование с разными формами риска.

На основе опроса подростков с самоповреждающим поведением (N=90, 12–17 лет, клиническая выборка) было выявлено, что пациенты впервые увидели изображение самоповреждений в возрасте неполных одиннадцать лет. 87% пациентов увидели акт самоповреждения раньше, чем начали наносить себе повреждения.

Самопорезы в группе подростков являются самым распространенным способом самоповреждения (81,1%), при этом 76,7% сообщили об использовании сразу нескольких способов самоповреждения (Zhu, Westers, Horton, et al., 2016).

1.4. Аутодеструктивное поведение и психопатология

Проявления аутодеструктивного поведения могут служить симптомом психического расстройства — шизофрении, депрессии, поведенческих и

личностных расстройств, расстройств пищевого поведения. Суицидальные попытки и несуйцидальные самоповреждения наиболее часто наблюдаются при пограничном расстройстве личности, нервной анорексии и булимии. Безрассудное поведение чаще всего свойственно подросткам с расстройствами поведения и антисоциальным расстройством личности. Поэтому в случае тяжелых и сочетающихся между собой аутодеструктивных проявлений необходимо знание психопатологических аспектов аутодеструктивного поведения.

1.4.1. Пограничное расстройство личности, его специфика у подростков и аутодеструктивные проявления

При пограничном расстройстве личности отмечается ряд аутодеструктивных характеристик. Нарушения эмоциональной регуляции, гиперчувствительность в межличностных отношениях, нестабильная самооценка и импульсивность определяют частые аутодеструктивные проявления — прежде всего, самоповреждения и суицидальные попытки, а также злоупотребление психоактивными веществами и небезопасные сексуальные связи.

В качестве критериев диагностики пограничного расстройства личности в подростковом и юношеском возрасте выделяют признаки эмоциональной дисрегуляции, нарушения идентичности (особенно у девушек), несоразмерно сильный гнев, подозрительность (у юношей), хроническое чувство одиночества, намеренное самоповреждающее поведение и диссоциацию. Подростки с пограничным расстройством личности подвержены риску, связанному с их импульсивностью, приводящей к несчастным случаям, злоупотреблению психоактивными веществами и распространению заболеваний, передающихся половым путем (Sharp, Fonagy, 2015).

Помимо этого, выделяют такие **ранние (детские) маркеры**, как синдром дефицита внимания с гиперактивностью и вызывающее оппозиционное расстройство, контроль и принуждение по отношению к объектам

привязанности, плохо сформированное чувство Я, враждебное и недоверчивое отношение к миру, агрессия в отношениях, сильные вспышки гнева, аффективная нестабильность (Sharp, Fonagy, 2015).

Важную роль в возникновении пограничного расстройства личности играют нарушения привязанности. Эмпирически подтверждена связь небезопасной привязанности с пограничным расстройством личности; нарушения привязанности в младенческом и подростковом возрасте предсказывают его развитие у взрослых (Levy, 2005). *Если безопасная привязанность в подростковом возрасте связана с вниманием к положительной социальной обратной связи и положительными воспоминаниями о социальных взаимодействиях с фигурами привязанности, то подростки с небезопасной привязанностью воспринимают других людей негативно* (Feeney, Cassidy, 2003; Dykas et al., 2010).

Проблемы в межличностных отношениях и симптомы пограничного расстройства личности усиливают друг друга (Sharp, Fonagy, 2015).

Семьи таких подростков сталкиваются с необходимостью, с одной стороны, решать проблему стремления их ребенка к автономии, с другой — требуется защищать подростка и обучать его, как справляться с неприятностями, связанными с рискованным, безрассудным поведением и склонностью к саморазрушению. Это может вызывать значительный стресс и привести к проблемам в коммуникации между родителями и их детьми.

В основе нарушений при пограничном расстройстве личности лежит эмоциональная дисрегуляция и нарушения способности к пониманию эмоций других людей. Эмоциональные нарушения выражаются в гиперэкспрессивности эмоций (чрезмерном выражении), раздражительности и гневе, аффективной лабильности, неадаптивных копингах, тревожности, неуверенности в себе, депрессивности и подозрительности (Sharp, Fonagy, 2015).

У подростков с пограничным расстройством личности инструментом саморегуляции эмоционального состояния могут стать самоповреждения, а также суицидальные мысли и проблемное поведение. Чем раньше подросток начинается повреждать свое тело и чем большая продолжительность самоповреждений, тем большая вероятность развития пограничного расстройства личности во взрослом возрасте (Groschwitz et al., 2015).

Самоповреждения при пограничном расстройстве личности включают самопорезы (как правило, в области кистей рук, груди и половых органов), удары по собственному телу и по голове, глубокое расчесывание кожи, выдергивание волос, втыкание в кожу игл, обкусывание ногтей, прижигание сигаретами, обжигание ладоней (Horsfall, 1999; Короленко, Шпикс, 2012; Ласовская, 2011). Подобное поведение определяют как импульсивное, т.е. не поддающееся контролю. Его мотивами выступает желание наказать людей, вызывающих гнев, наказать себя, облегчить чувство вины, отвлечь себя от более неприятных навязчивых идей и т.п. (Бек, Фримен, 2017).

1.4.2. Нервная анорексия и нервная булимия в связи с другими аутодеструктивными проявлениями в подростковом возрасте

Нервная анорексия и нервная булимия относятся к группе расстройств пищевого поведения, основными характеристиками которых являются неудовлетворенность своим телом и нарушенное питание.

Начало расстройств пищевого поведения приходится на подростковый и юношеский возраст. У 75% лиц с нервной анорексией заболевание впервые диагностируется ранее 22 лет (Volpe, Tortorella, 2016).

Нервная анорексия наиболее часто встречается у девочек подросткового возраста и молодых женщин и характеризуется преднамеренной потерей массы тела. При данном расстройстве формируется сильный страх набора веса и высокая сосредоточенность на проблемах, связанных с весом; искаженный образ тела; крайне низкая масса тела (менее 85% от идеального веса) (МКБ-

10; DSM-5). Для нервной булимии характерны повторяющиеся приступы переедания (не менее одного раза в неделю в течение трех месяцев) и, как и при нервной анорексии, выраженное беспокойство по поводу массы тела.

Это приводит к определенному стилю переедания с вызыванием рвоты и использованием слабительных средств. Также для контроля веса могут использоваться тяжелые физические тренировки и периоды голодания (МКБ-10; DSM-5).

В основании расстройств пищевого поведения лежат нарушения эмоциональной регуляции. Подростки с этими расстройствами склонны избегать эмоционально насыщенных воспоминаний, они уклоняются от близких отношений; у них возникают трудности с пониманием эмоций; им свойственна сниженная способность к принятию собственных эмоциональных реакций и ограниченный доступ к стратегиям эмоциональной регуляции.

Чем более выражены у них трудности регуляции эмоций — неприятие собственных эмоциональных реакций, недостаток ясности эмоций и сложности с контролем импульсивности, тем более тяжелые проявления расстройств пищевого поведения у них встречаются, включая использование различных очистительных манипуляций (вызывание рвоты после приема пищи, клизмы, прием слабительных и мочегонных препаратов).

В подростковой популяции симптомы расстройств пищевого поведения наиболее часто обнаруживаются у подростков с самоповреждающим поведением.

1.4.3. Специфика аутодеструкции при расстройствах поведения и антисоциальном расстройстве личности у подростков

При расстройствах поведения и антисоциальном расстройстве личности аутодеструктивность наиболее часто проявляется в форме безрассудного поведения. Склонность к риску, импульсивность, поиск острых ощущений, экспериментирование с разными формами риска — все это может быть

свойственно подростку с расстройством поведения и антисоциальным расстройством личности.

Антисоциальное поведение укоренено в детстве (Loeber, 1982). Оно может быть связано с проблемами поведения, приводя к клиническим формам расстройств поведения с началом в детском и подростковом возрасте. Диагноз антисоциального расстройства личности ставится в наиболее неблагоприятных случаях: формально он может быть поставлен начиная с 18-летнего возраста, но на практике при очевидной симптоматике этот диагноз может быть установлен раньше (Сыроковашина, 2013). Как правило, это относится к тем подросткам, которые не могут поддерживать социальные отношения, они более агрессивны, имеют худший прогноз и хуже реагируют на лечение по сравнению с социализированными антисоциальными детьми (Rogeness, Javors, Pliszka, 1992). Антисоциальное расстройство личности тесно связано с антисоциальным поведением и регулярным нарушением социальных и правовых норм. Данное расстройство связывают с мужским полом: его распространенность у мужчин — 4,8%, в то время как у женщин — 1% (Kessler, 1994).

При этом расстройстве наблюдаются нарушения межличностного функционирования, в том числе ограниченная способность к формированию привязанности и проявлению эмпатии и сочувствия; эгоцентризм и чувство собственной значительности, приобретаемое за счет извлечения личной выгоды и проявления силы; манипулятивность, лживость, импульсивность, враждебность, безответственность и некоторые другие специфические патологические черты личности (DSM-5).

Эмоциональная сфера антисоциальной личности описывается как пустая и блеклая, а сами пациенты — как черствые, не испытывающие тревоги или чувства вины и зачастую патологически бесстрашные, с отсутствием эмоций страха и тревоги. Они нечувствительны к боли и дискомфорту других людей, как нечувствительны к собственным проблемам. Из-за дефицита страха они

неспособны избежать потенциально неблагоприятных ситуаций; неспособны испытывать тревогу в ожидании негативного исхода собственных действий.

Бунтарство и антисоциальные признаки могут наблюдаться в раннем и среднем подростковом возрасте, но со временем они идут на спад. Однако при формирующемся антисоциальном расстройстве личности симптоматика усложняется, а подросток испытывает все большие сложности социальной адаптации.

Выделяются два типа антисоциального расстройства: связанного с психопатическими чертами и не связанного. Основная проблема антисоциальности в подростковом возрасте в первом случае заключается не столько в эмоциональной дисрегуляции как таковой, но в том, что она сочетается с общим снижением эмоционального интеллекта, дефицитом эмпатии и несформированностью моральных эмоций. Это сочетание описывается с помощью таких черт как бездушность, безразличие и черствость. Бездушность характеризуется отсутствием эмпатии, вины и угрызений совести за проступки. Безразличие связано со слабой заботой (или ее отсутствием) в отношении чувств других людей. Черствость — это неспособность к эмоциональному отклику (Essau, Sasagawa, Frick, 2006).

Антисоциальные подростки, демонстрирующие черты черствости и бездушности, отличаются от других подростков с проблемным и делинквентным поведением и агрессией (Frick et al, 2003). Их паттерн поведения включает в себя реактивное поведение (например, агрессия в ответ на реальную или предполагаемую провокацию) и импульсивные агрессивные действия.

Эмоциональная дисрегуляция, таким образом, может стать причиной агрессии в отношении других, а также оказывать косвенное влияние на развитие проблем поведения:

- ✓ препятствовать развитию социальных когнитивных навыков, которые позволяют подростку эффективно обрабатывать информацию и эффективно реагировать в социальных ситуациях (Dodge, Pettit, 2003);
- ✓ нарушать межличностные отношения из-за отказа сверстников общаться из-за неконтролируемых эмоциональных реакций и вспышек гнева.

Таким образом, у подростков с расстройством поведения, обычно начинающимся в детском возрасте, наблюдается импульсивное и нерегулируемое поведение, связанное с дефицитом способности контролировать эмоции.

Эти нерегулируемые эмоции могут привести к антиобщественным и агрессивным действиям, которые обычно не запланированы и импульсивны и / или оказываются следствием значительного эмоционального возбуждения. С другой стороны, у антисоциальных подростков с чертами черствости и бездушности эмоциональная дисрегуляция выступает не механизмом, а следствием эмоционально-когнитивных дефицитов и проблем самосознания.

В целом, все рассмотренные аутодеструктивные проявления связаны между собой, а их крайней формой выступают такие нарушения психического здоровья подростка как расстройства личности и пищевого поведения. Предрасположенность к аутодеструктивному поведению может быть следствием трудностей в отношениях с другими людьми и непонимания их эмоций, эмоциональной уязвимости и неумения использовать стратегии совладания. Сочетание аутодеструктивных проявлений, безусловно, является прогностическим фактором нарушений психического здоровья и дезадаптации подростка.

Самоповреждение является симптомом как сложного, конфликтного взросления подростка, так и некоторых психических расстройств.

Профилактика и помощь подростку с аутодеструктивным поведением рассмотрены на примере самоповреждающего поведения, которое, с одной стороны, относительно незаметно для окружающих и вызывает меньшую тревогу, чем употребление психоактивных веществ или делинквентное поведение, но, с другой стороны, может иметь серьезные негативные последствия для психики подростка.

2. ПРОФИЛАКТИКА АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЫ (НА ПРИМЕРЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ)

Профилактические программы для предотвращения аутодеструктивного поведения среди подростков разрабатываются в отношении конкретных видов аутодеструкции: профилактики токсикомании, суицидального поведения, наркомании, курения или алкоголизма (Сирота и др., 2015), программ профилактики самоповреждающего или безрассудного поведения.

В школе подросток проводит значительную часть своей жизни, поэтому она является наиболее значимым местом для проведения профилактических вмешательств, касающихся разных аспектов психического здоровья.

Особую значимость превенции самоповреждений среди подростков придает факт связи несуйцидальных самоповреждений с суицидальными мыслями и действиями. Учитывая, что школьные педагоги и психологи гораздо чаще сталкиваются с несуйцидальными самоповреждениями, которые подспудно вызывают опасения развития в суицид, необходимость разработки программ превенции самоповреждающего поведения среди подростков-школьников значительно возрастает (Louvar, Reeves, Brock, 2017).

Программы предотвращения самоповреждений среди подростков ориентированы как на работников школы, так и на подростков и их родителей.

В них предусмотрены возможности поддержки подростка со стороны школьного психолога (консультанта), образовательные программы для учителей, школьных психологов и социальных педагогов, а также просвещение родителей и подростков о самоповреждающем поведении, механизмов возникновения, способов реагирования, включая стратегии предотвращения стигматизации и обеспечение конфиденциальности подросткам, обращающимся за помощью.

Как правило, школьные педагоги и психологи не знают о самоповреждении ученика, так как ученики обращаются за помощью не к ним, а к сверстникам, считая их реакции более приемлемыми, а самих сверстников — более принимающими.

2.1. Требования к программе и направления профилактики самоповреждающего поведения

Программа профилактики самоповреждающего поведения в школе должна отвечать следующим требованиям:

1. Основываться на теоретической и эмпирической базе.
2. Не только предотвращать нежелательное поведение, но и разрабатывать адаптивные навыки.
3. Работать на нескольких уровнях.
4. Иметь необходимую продолжительность и силу воздействия для оказания эффекта.
5. Увеличивать поддержку со стороны значимых других.
6. Максимально задействовать участников программы за счет межгрупповых семинаров, обсуждений и обмена информацией.
7. Включать методики измерения изменений психологических процессов, на которые направлена программа.
8. Быть экономически выгодной для возможности длительного проведения данной программы (Heath, Toste, Macphee, 2014).

Согласовывая программу и целевую группу — тех, на кого ориентированы превенции, — следует учитывать:

- культурную специфику группы (это особенно актуально для субкультур, в которых самоповреждение используется для создания групповой идентичности и коммуникации с другими членами группы);
- контекст (особенности школьной среды);
- специфику развития подростков (например, их стремление к независимости в отношениях с родителями и соответствующие проблемы в коммуникации с ними);
- траекторию формирования нежелательного поведения (для того, чтобы успеть провести программу до того, как оно сформируется) (Польская, 2016).

Для реализации профилактической программы педагогам необходимо определить, с кем будет проводиться работа — со школьниками, подростками группы риска, подростками в стрессовых ситуациях, например, при переходе из средней школы в высшую, определить уровень вмешательства — индивидуальная работа, работа с классом, педагогическим коллективом, семьями, обществом в целом.

К неэффективным способам профилактики относят массовое распространение информации о самоповреждении (на школьных собраниях или в информационных буклетах) и использование графических материалов тревожащего и шокирующего содержания (Heath, Toste, MacPhee, 2014). Последнее особенно вредно, так как может выступить триггером самоповреждения у подростков, уже имевших подобный опыт, или выступать фактором социальной контагиозности для тех, кто его не имеет.

Перечень направлений профилактики самоповреждающего поведения (Yip, 2005)

№	Направление профилактики	Содержание профилактических мероприятий
1	Улучшение социальной среды для подростков	Улучшение социальной среды, в которой происходит взросление современного подростка: сплоченность классного коллектива, доброжелательность, доверительность в общении, уменьшение давления со стороны системы образования, родителей, наставников и т.п.
2	Психологическая помощь подростку в решении межличностных проблем	Поддержка со стороны родителей и сверстников помогает подростку справиться с чувствами фрустрации, гнева, напряжения, пустоты. При нарушениях в отношениях с родителями и сверстниками, а также в случае семейного конфликта или развода необходима профессиональная психологическая помощь
3	Избавление от фрустрации и улучшение качества эмоциональной регуляции	Проведение семинаров и тренингов с целью обучения подростков приемам адаптивной саморегуляции и выражения гнева. Семинары и тренинги могут проводиться как в качестве превентивных общеобразовательных мероприятий, так и в рамках терапии.
4	Повышение целостности и чувства собственной значимости у подростка	Участие подростков в важных мероприятиях, волонтерских организациях, создания групп поддержки и т.п.

Превентивные мероприятия рекомендуют проводить для школьников в рамках работы кабинета школьного психолога-консультанта (Heath, Toste, MacPhee, 2014), психологов-консультантов в Центрах психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, клинических психологов при кризисных центрах и поликлиниках.

Разработка программы профилактики самоповреждающего поведения должна быть системной, учитывать влияние и взаимодействие различных факторов: социальных (например, социальное неблагополучие), гендерных, возрастных (подростково-юношеский период наиболее уязвим к самоповреждениям), психологических (дисфункциональная Я-концепция, нарушенная регуляция эмоций, тревожность и нейротизм и т.п.). Оптимальным является сочетание разных форм работы с целевыми группами: информационно-обучающая — с педагогами и родителями; обучающая — с психологами и другими специалистами, работающими с подростками группы риска; психолого-развивающая — с подростками и взрослыми из группы

риска; информационно-аналитическая — с административными и государственными структурами.

2.2. Уровни и методы профилактики самоповреждающего поведения

Общие положения превентивных мер были разработаны в 60-е гг. XX в. (Leavell, Clark et al., 1965). Модель профилактики включала три уровня:

- ✓ Первичная профилактика направлена на распространение знаний и обучение навыкам, касающимся общих вопросов охраны здоровья.
- ✓ Вторичная профилактика направлена на раннее выявление группы риска и проведение психокоррекции и профилактических мероприятий.
- ✓ Третичная профилактика является, по сути, лечением, она направлена на снижение тяжести последствий аутодеструктивных форм поведения.

Вредными признаются следующие меры профилактики: терапия восстановления подавленных воспоминаний, повышение осведомленности школьников о суициде, сообщения о суицидах в СМИ. Особенно проблематична профилактика суицида у подростков и молодежи: существуют сомнения в эффективности как фармакологических, так и образовательных программ.

Неоднозначна роль «контрактов о непричинении себе вреда» (о том, что пациент не совершит суицид или самоповреждения в определенный промежуток времени) — подобные контракты могут дать терапевту и родственникам ложное чувство контроля над ситуацией. (Heath, Toste, MacPhee, 2014; Conterio, Lader, Bloom, 1998).

Общие методы профилактики самоповреждающего поведения

Точная оценка, раннее выявление и раннее вмешательство имеют важное значение для успешного лечения самоповреждений у подростков.

В профилактике самоповреждающего поведения в рамках комплексного подхода используются многообразные психологические, социальные,

педагогические и медицинские методы, которые можно обобщить в три большие группы.

Методы профилактики самоповреждающего поведения

№	Направленность методов	Содержание
1	Методы, направленные на информирование о проблеме	Как предотвратить самоповреждение; как помочь тому, кто наносит себе повреждения; как снизить риски осложнений после самоповреждения
2	Методы, направленные на развитие адаптивных стратегий и ресурсов эффективного совладания с трудными ситуациями	Развитие навыков саморегуляции, повышение качества ментализации, эмпатии, эмоционального интеллекта, развитие навыков взаимодействия с другими людьми, включая работу с семьей и педагогами и т.п.
3	Методы, направленные на поддержку	Организация поддерживающих социальных групп, групп взаимопомощи, обеспечение доступа к профессиональной психологической и при необходимости медицинской помощи и др.

Выбор методов зависит от уровня профилактической работы и от специфических задач, решаемых профилактической программой: в одних случаях — это развитие более принимающей и поддерживающей среды, тогда как в других — повышение уровня информированности родителей и педагогов. Для повышения эффективности профилактического воздействия необходимо использовать и методы, направленные на информирование, и те методы, которые обеспечивают развитие и поддержку.

В зависимости от целевой группы программа профилактики может предоставить подросткам возможность развития социальных навыков, которые важны для реализации здоровых и безопасных решений. С другой стороны, фокус на группы риска может нацелить профилактические интервенции на разработку конкретных мероприятий, помогающих подросткам с самоповреждениями противостоять собственным аутодеструктивным импульсам. Стратегии для этих подростков могут включать в себя обучение навыкам совладания, уверенности в себе,

решению проблем, идентификации чувств, вербальному выражению эмоций, позитивному развитию отношений и контролю над импульсами (Crowe, Willoughby, 2001).

Таким образом, разрабатывая программу профилактики самоповреждающего поведения для школы, следует учитывать следующее:

- ✓ *во-первых*, необходимо конкретизировать целевую группу, в которой будут проводиться профилактические мероприятия: это может быть популяция школьников, либо подростки группы риска, либо школьники, находящиеся в стрессовых ситуациях;
- ✓ *во-вторых*, следует учитывать, каким образом будет осуществляться профилактическая работа, т.е. определить уровень и характер вмешательства: это будет индивидуальная работа, либо работа с классом, либо с педагогами, семьей, обществом в целом. Нередко наиболее эффективным оказывается сочетание мероприятий, ориентированных на разные уровни профилактического воздействия.

Эффективность превентивных интервенций зависит от того, предусмотрены ли в программе мероприятия, направленные на формирование у подростков адаптивных coping и эффективных приемов регуляции эмоций; способствует ли программа усилению поддержки, которую подростки могут получить со стороны других людей, и способствует ли она сплочению участников программы; достаточно ли времени отведено на реализацию данной программы, чтобы можно было провести все запланированные вмешательства и оценить их эффективность. Оценку эффективности следует проводить с помощью психодиагностических процедур, направленных на оценку тех параметров, которые являются мишенями превенции

2.3. Рекомендации по некоторым приемам первичной профилактики для педагогов и школьных психологов

Протокол действий педагога при самоповреждающем поведении ученика
1. Распознать признаки, связанные с самоповреждением
2. Уметь различать акты самоповреждения и суицидальные акты
3. Понимать, кому нужно сообщить о случаях самоповреждения и как защитить приватность подростка
4. Обратиться за уместной в конкретном случае помощью (психологической, психиатрической или медицинской)
5. Обратиться за срочной помощью, если того требует ситуация

№	Признаки самоповреждения
1.	Общие признаки — трудности в регуляции эмоций и в отношениях с другими
2.	Резкие изменения настроения, повышение депрессивности, тревоги или агрессивности
3.	Самоизоляция, обособление от других
4.	Употребление наркотиков или алкоголя
5.	Следы старых или новых порезов и царапин, шрамы, которые подросток не может объяснить, или находит постоянно повторяющиеся банальные объяснения
6.	Одежда с длинными рукавами и штанинами даже в жаркую погоду или на занятиях физкультурой, бинты или многочисленные браслеты, полностью закрывающие запястья
7.	Лезвия или острые предметы в сумке, хотя их не нужно приносить на урок
8.	Оборонительная позиция, когда поднимается тема самоповреждения
9.	Подписки на группы суицидальной направленности

1. Старайтесь избегать публичного обсуждения с учениками (например, на классном часе) тем аутодеструктивного поведения, включая суицидальное и самоповреждающее поведение. Эти темы могут подниматься в школе только в рамках специализированных тренингов и программ профилактики, которые проводятся обученными психологами и педагогами, но не в формате обсуждения проблемы с учениками.

2. Обращайте внимание на межличностные отношения среди учеников, поощряйте общение подростков друг с другом, включая использование психологических игр. Создавайте ситуации общения «всех со всеми».
3. В учебных или творческих заданиях объединяйте учеников, создавайте мини-группы поддерживающего, позитивного общения.
4. Моделируйте (в групповых занятиях, на совместных мероприятиях) общение в классах, где есть ученики-изгои, таким образом, чтобы изоляция, в которой находятся эти ученики, уменьшалась.
5. Проводите регулярный мониторинг эмоционального здоровья и самооценки подростков. При выявлении подростков группы риска — с выраженными показателями эмоционального дисбаланса и сниженной самооценки — проводите группы обучения навыкам регуляции эмоций и адаптивным стратегиям совладания с трудными ситуациями. Стремитесь к повышению качества принятия подростками самих себя и других людей.
6. Проводите регулярные противобуллинговые мероприятия.

2.4. Рекомендации по приемам первичной профилактики для родителей

1. Не следует говорить слова, содержащие в себе прямое или косвенное побуждение к саморазрушению. Например, «лучше умереть...», «хоть бы тебя уже не стало», «хоть бы тебя не было», «умри уже», «убей себя», «я не хотел(а), чтобы ты появился(ась) на свет», «хоть бы ты куда-нибудь делся», «мне от тебя хоть в петлю», «никакой жизни с тобой нет» и т.п. Такие слова нередко говорятся «на сильных эмоциях», но они закладывают основу для самообесценивания подростка, включая переживание собственной ненужности и одиночества.
2. Проявляйте интерес к чувствам и эмоциям ребенка. Не замалчивайте и не игнорируйте его негативные переживания. Спрашивайте, что сейчас

ребенок чувствует, есть ли что-то, что не дает ему покоя, что вызывает беспокойство.

3. Не обвиняйте ребенка в том, что он хуже своих ровесников, что не похож на других. Конечно же — он похож на вас.

4. Не демонстрируйте свое разочарование им.

5. Не пренебрегайте его потребностями в семейной поддержке и заботе.

6. Будьте внимательными к переменам в его настроении, к новым необычным состояниям (например, сонливость или чрезмерная веселость, беспокойство или апатия); предпочтениям (например, подбор закрытой бесформенной одежды; неряшливость, которой не было ранее).

7. Проявляйте интерес к тому, что происходит в жизни подростка: с кем он сейчас общается; какую музыку слушает; о чем тексты песен; что особенного в людях, которыми он восхищается; какие темы его больше всего захватывают.

8. Для совместного просмотра, прослушивания или рекомендаций книг для прочтения подбирайте созидательный, вдохновляющий контент, демонстрирующий высокий потенциал человека к изменению себя, самосозиданию, самопомощи, заботе о других.

9. Если вы сами переживаете сложный жизненный период, эмоциональные проблемы, лучше всего обратиться к специалисту (психологу, психотерапевту). Продвижение в решении собственных проблем благотворно скажется на семейном микроклимате, а значит — на психическом здоровье вашего ребенка.

2.5. Рекомендации по выстраиванию беседы педагога с учеником с самоповреждающим поведением

Для установления контакта с учеником, совершающим самоповреждения, необходимы доверительные отношения. В случае подозрения на то, что

ученик совершает самоповреждения, рекомендуется вести разговор без осуждения, создавая пространство понимания и принятия, задействуя ресурсы эмпатии и сопереживания.

Самоповреждающее поведение часто вызывает сильные эмоциональные реакции — страх, отчаяние, отвращение — учителю стоит отслеживать эти эмоции и их проявления в вербальной и невербальной коммуникации. Эмоциональная реакция со стороны взрослого может привести к еще большему замыканию подростка в своей проблеме и утрате его доверия.

Учитель может предупредить ученика, что ему необходимо сообщить о его проблеме профессионалам — в частности, потому что ученик может серьезно навредить себе. Учитель может пойти вместе с учеником к школьному психологу, чтобы ученик чувствовал большую поддержку.

Таким образом, учителю, заметившему самоповреждение ученика

рекомендуется:

- ✓ Поговорить с ним и дать ему почувствовать себя принятым (можно принимать другого, не принимая его поведения).
- ✓ Выслушать его.
- ✓ Предложить помощь в поиске профессионала.
- ✓ Направить его к школьному психологу.
- ✓ Записать его на занятия в кружок или клуб по интересам, или дать ему задание, требующее взаимодействия с другими (ученики, повреждающие себя, могут жаловаться на одиночество).

Не следует:

- ✓ Осуждать ученика и проявлять сильные негативные эмоции в его адрес.
- ✓ Наказывать его за самоповреждения.
- ✓ Обсуждать его проблему в классе и при других учениках.

- ✓ Давать ложные обещания — например, что вы никому не скажете о его проблеме.
- ✓ Вступить в сделку с учеником, чтобы прекратить самоповреждения.

2.6. *Содержание беседы школьного психолога или социального педагога с учеником с самоповреждающим поведением*

<i>Вопросы, на которые нужно получить ответы после подтверждения самоповреждающего поведения у подростка</i>
Частота и продолжительность самоповреждающего поведения: как давно подросток начал наносить себе повреждения и как часто (в день/неделю)?
Способ самоповреждающего поведения: расчесывание, удары, поверхностные или глубокие порезы?
Тяжесть самоповреждений: есть ли угроза жизни?
Факторы, влияющие на самоповреждения: Здоров ли ученик физически?
Какая у него семья? Есть ли конфликты в классе (травля)?
Что является причиной стресса ученика?
Отношения ученика и учителя: Насколько хорошо я знаю этого ученика, доверяет ли он мне?
Если ученик сам рассказал о самоповреждениях: рассказывал ли он кому-нибудь до этого и каковы были последствия?
Хочет ли ученик помощи, и согласен ли он получать ее от школьного психолога/учителя, семьи, или посторонних лиц?
Есть ли время на установление отношений доверия с учеником (учитывая тяжесть ситуации)?
Какие источники поддержки уже доступны ученику — помогает ли ему семья?
Доступна ли психологическая и психиатрическая помощь в данном регионе и может ли подросток ее получить? Если учитель/психолог обращается за помощью к другому специалисту: достаточно ли он квалифицирован, имеет ли опыт работы с самоповреждающим поведением и понимает ли потребности подростка с самоповреждающим поведением?

2.7. *Помощь школьного психолога подростку с самоповреждениями*

Мероприятия
Составить совместно с подростком «План безопасности» — с кем можно поговорить и куда пойти, если он чувствует желание совершить самоповреждение в школе
Дать направление к психологу, психотерапевту или психиатру. В случае обращения к специалисту вне школы, необходимо сообщить о проблеме ребенка родителям
Проводить тренинги на уровне класса, где обучается подросток — обучать здоровым стратегиям совладания, саморегуляции

Предложить подростку вести дневник собственных импульсов, который поможет ему разобраться с желаниями совершать самоповреждения
Записать подростка на уроки живописи или искусства, где он может научиться выражать свои чувства, не прибегая к самоповреждению
Давать письменные задания, связанные с пониманием своего мира чувств, отношением к телу, полу и отношениям между людьми
Проводить консультирование подростков, которые совершают самоповреждения, в групповом формате — им может быть полезно осознать, как их сверстники справляются со схожими проблемами. При этом может быть полезно подбирать группы по сходству в способностях учащихся — так, одаренным детям будут понятнее проблемы других одаренных детей

2.8 Рекомендации родителям по организации помощи и поддержки своему ребенку с самоповреждающим поведением

При самоповреждениях подростка родители могут поддерживать своего ребенка, не замалчивая проблему и не осуждая. Все основные рекомендации основываются на принимающей позиции родителей и их готовности решать проблему, а не отвергать ребенка.

Самоповреждения подростка — это, прежде всего, признак его эмоциональной уязвимости и ответ на переживаемые трудности в отношениях с другими людьми — с семьей, педагогами, родителями. Поэтому поддержание в семье эмоционально здорового микроклимата — это уже большой вклад в предотвращение аутодеструктивных действий вашего ребенка.

- ✓ Дайте ребенку понять, что вы готовы к диалогу с ним, и даже если он не готов принять помощь от вас, скажите, что вы можете помочь найти тех, кто окажет эту помощь
- ✓ Не отвергайте своего ребенка. Ваш гнев или чувство вины — следствие вашей убежденности в том, что действия ребенка направлены против вас. Лучше сфокусироваться на поиске решения проблемы и не искать виноватых
- ✓ Отрицание проблемы вредит, так же как излишняя фокусировка на ней и неправильные интерпретации (например, что ребенок пытается покончить с собой)

- ✓ Составьте план помощи ребенку, учитывая его интересы и чувства — лучше всего планировать дальнейшие действия в спокойной обстановке, не на пике тяжелых эмоциональных переживаний
- ✓ Обратитесь к психологу или психотерапевту — при поиске специалиста учитывайте, насколько хорошо он разбирается в проблеме и работает ли он с подростками. Работу с психологическими проблемами, ведущими к самоповреждению, эффективнее всего начинать в подростковом возрасте
- ✓ Ориентируйтесь на «точки соприкосновения» со своим ребенком. Старайтесь выстраивать разговоры в форме диалога. Ориентируйтесь на компромисс в спорах. Ищите дипломатичные аргументы, если вы не согласны.
- ✓ Найдите что-то увлекательное, чем вы сможете заниматься вместе со своим ребенком, что будет нравиться всем вам
- ✓ Проявляйте интерес к чувствам, мыслям и высказыванием своего ребенка. Уважайте его мнение. Поощряйте интерес своего ребенка к творческому самовыражению

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данных методических рекомендациях были рассмотрены некоторые проблемы аутодеструктивного поведения в подростковом возрасте.

На примере одного из распространенных и малоизученных видов аутодеструкции — самоповреждающем поведении были предложены рекомендации по профилактике и помощи при самоповреждающем поведении. Однако разработка более подробных программ профилактических мероприятий должна вестись междисциплинарными группами специалистов и учитывать текущую обстановку в школах.

Список литературы

1. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности: пер. с англ. СПб.: Питер, 2017. 448 с.
2. Воликова С.В., Нифонтова А.В., Холмогорова А.Б. Школьное насилие и суицидальное поведение детей и подростков // Вопросы психологии. 2013. №. 2. С. 24–30.
3. Кернберг О.Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. М.: Независимая фирма «Класс», 1998. 367 с.
4. Короленко Ц.П., Шпикс Т.А. Самоповреждающее и суицидное поведение у женщин с пограничной повреждающей психической организацией и пограничным личностным расстройством [Электронный ресурс] // Медицина и образование в Сибири. 2012. №. 3. URL: http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=716 (дата обращения 10.08.2015).
5. Ласовская Т.Ю. Самоповреждающее поведение у лиц с пограничным личностным расстройством (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. № 6. С. 58–61.
6. Ласовская Т.Ю., Короленко Ц.П., Сарычева Ю.В., и др. Распространенность пограничного личностного расстройства среди подростков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 2. С. 19–20.
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Всемирная организация здравоохранения. Россия. СПб.: Адис, 1994. 304 с.
8. Польская Н.А. Взаимосвязь показателей школьного буллинга и самоповреждающего поведения в подростковом возрасте // Психологическая наука и образование. 2013. № 1. С. 39–49.
9. Польская Н.А. Зависимость частоты и характера несуйцидальных самоповреждений от пола и возраста (в неклинической популяции) // Вопросы психологии. 2015. № 1. С. 97–109.
10. Польская Н.А. Модели коррекции и профилактики самоповреждающего поведения // Консультативная психология и психотерапия. 2016. № 3. С. 110–125.
11. Польская Н.А. Нарушения эмоциональной регуляции при самоповреждающем поведении // Психологический журнал. 2018. Т. 24. №.4. С. 27–37.
12. Польская Н.А. Психология самоповреждающего поведения. М.: Ленанд, 2017. 320 с.
13. Польская Н.А., Власова Н.В. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2015. № 4. С. 176–190.

14. Польская Н.А., Якубовская Д.К. Влияние социальных сетей на самоповреждающее поведение у подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 3. С. 156–174.
15. Сидорова М.Ю., Мацепуро Д.Г., Гайбуллаев А.З. Киберсамоубийство и цифровой селфхарм: общая проблематика и компьютерные решения (часть 1) // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28. №. 3. С. 92–104.
16. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Должанская Н.А. Формирование мотивации на изменение поведения в отношении употребления психоактивных веществ и коррекция других проблемных форм психосоциальной адаптации у детей и подростков группы риска. Пособие для врачей. М.: ННЦ Наркологии, 2004. 40 с.