

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Центр защиты прав и интересов детей»

**АУТОДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ  
В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: ПРОФИЛАКТИКА И ОСНОВЫ  
ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Методические рекомендации

Москва, 2019

*Методические рекомендации подготовлены в рамках реализации проекта «Научно-методическое обеспечение эффективности системы профилактики аутодеструктивного поведения несовершеннолетних и вопросов детской безопасности», реализуемого ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» в 2019 году*

Аутодеструктивное поведение в подростковом возрасте: профилактика и основы психолого-медико-педагогической помощи. Автор-составитель – Польская Н.А. Методические рекомендации. – М.: ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2019.

В методических рекомендациях в систематизированном виде представлена информация о видах аутодеструктивного поведения в подростковом возрасте и возможностях его профилактики в условиях общеобразовательного учреждения. Проявления аутодеструктивного поведения рассматриваются в рамках клинических диагностических категорий, относящихся к эмоциональным, личностным расстройствам и расстройствам поведения, свойственных подростковому возрасту. На примере самоповреждающего поведения описаны уровни, мишени и конкретные мероприятия профилактики, а также рассмотрены основные направления и приемы помощи подросткам с аутодеструктивным поведением, которые могут быть применены в условиях общеобразовательных учреждений.

© ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2019

© Н.А. Польская, 2019.

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	4
ЧАСТЬ 1. АУТОДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: ВИДЫ И ФАКТОРЫ РИСКА.....	6
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 .....	10
1.2.3. Буллинг .....	12
1.2.4. Насилие .....	14
1.3. Самоповреждающее поведение в подростковом возрасте.....	16
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 .....	23
ЧАСТЬ 2. ПРОФИЛАКТИКА АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЫ (НА ПРИМЕРЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ) .....	27
2.1. Требования к программе и направления профилактики самоповреждающего поведения.....	28
2.2. Уровни, методы и мишени профилактики.....	30
2.2.1. Общие методы профилактики самоповреждающего поведения.....	31
2.2.2. Содержание превентивных мер в зависимости от уровня профилактики самоповреждающего поведения у подростков .....	32
2.2.3. Пример программы профилактики несуицидальных самоповреждений «Знаки самоповреждения» .....	35
2.3. Рекомендации по некоторым приемам первичной профилактики для педагогов и школьных психологов.....	36
2.5. Рекомендации по приемам первичной профилактики для родителей .....	36
ЧАСТЬ 3. ОСНОВЫ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ С САМОПОВРЕЖДЕНИЯМИ .....	38
3.1. Как можно помочь подросткам с самоповреждениями (результаты исследований) .....	38
3.2. Некоторые психотерапевтические модели помощи подросткам с самоповреждающим поведением .....	40
3.2.1. Когнитивно-поведенческие модели .....	40
3.2.2. Модели, основанные на психодинамическом подходе .....	41
3.2.3. Семейная терапия, основанная на теории привязанности .....	43
3.2.4. Пример программы психологической помощи «Насилию над собой — конец» .....	44
3.3. Как может помочь учитель и как помочь учителю .....	45
3.4. Как могут помочь школьный психолог и социальный педагог.....	48
3.5. Как могут помочь родители.....	49
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	51
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ .....	52

## 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).

В данных методических рекомендациях рассмотрены проявления аутодеструктивного поведения и некоторые, связанные с ними, расстройства психического здоровья. В первой части описаны основные виды и факторы риска аутодеструктивного поведения. Фокус сделан, с одной стороны, на таких, обладающих особой специфичностью для подросткового возраста, социальных и культурных факторах, как отношение к телу, насилие, школьный буллинг, социальных медиа как социокультурного инструмента формирования стандартов красоты. С другой стороны, кратко охарактеризованы отдельные расстройства, проявляющиеся чаще всего в подростковый период, со свойственной им симптоматикой саморазрушения — это личностные расстройства (пограничное и антисоциальное) и расстройства пищевого поведения (нервная анорексия и нервная булимия). Также более подробно будет рассмотрен один из видов аутодеструкции — самоповреждающее поведение. Выбор этого вида аутодеструктивного поведения обусловлен широкой распространенностью самоповреждений в подростковом возрасте (по нашим данным, от 10% популяции

подростков хотя бы раз делали себе порезы) и недостаточной информированностью школьных педагогов и психологов об этом поведении.

Вторая часть посвящена проблемам профилактики самоповреждающего поведения. Даны требования к программе и направления профилактики, описаны ее уровни, мишени и методы, а также содержание превентивных мероприятий с конкретным примером профилактической программы «Знаки самоповреждения». Также представлены практические рекомендации для педагогов, школьных психологов и родителей по первичной профилактике самоповреждающего поведения у подростков.

В третьей части разговор идет об основах психологической помощи подросткам с самоповреждениями. Кратко описаны ведущие психотерапевтические модели, на основе которых ведется разработка программ помощи подросткам с самоповреждениями, представлен пример одной из таких программ — «Аутоагрессии пришел конец». Завершается эта часть рекомендациями педагогам, школьным психологам и родителям — как можно помочь подростку с самоповреждениями в рамках школы и семьи. Речь идет не о замене профессиональной психотерапевтической помощи школьной и семейной поддержкой, но о тех возможностях, которые могут быть реализованы в школьной среде и в условиях семьи.

## ЧАСТЬ 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. Те 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). Это 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.

Классификаций аутодеструктивного поведения достаточно много. Мы полагаем, что в рамках подросткового и юношеского возраста к основным видам аутодеструктивного поведения следует 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 (Табл. 1).

### 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>Нарушения 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. Признаками эмоциональной дисрегуляции у подростка могут быть:

- 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.

При эмоциональной дисрегуляции стратегии регуляции эмоций характеризуются дезадаптивностью — они усиливают нежелательные эмоции и связанное с ними дезадаптивное поведение, что приводит к ухудшению ситуации. 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.

Однако 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. *Внутриличностные 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. Это, на наш взгляд, 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 глянцево-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 вредящих 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 (Garandeanu, 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). Возможно, здесь играет роль циклическая связь: 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. Более того, эти взаимосвязи частично опосредованы негативными эмоциями, которые испытывают объекты буллинга, и частично смягчаются социальным окружением и личностью подростка. Говоря о последнем факторе важно упомянуть, что авторитетные родители и высокий самоконтроль снижали вредоносное влияние буллинга на самоповреждения и суицидальные мысли (Нау, Meldrum, 2010).

В аналогичном исследовании, посвященном распространенности школьного буллинга и кибер-буллинга и их роли в формировании таких симптомов психологического дистресса, как депрессия, самоповреждения и склонность к суициду, было выявлено, что жертвы кибербуллинга имеют более высокие показатели психологического дистресса, чем жертвы школьного буллинга. В ряде случаев ученики оказываются жертвой и школьного, и кибербуллинга. Наибольший риск в развитии в препубертатном возрасте суицидального мышления и суицидального или самоповреждающего поведения отмечен у жертв или агрессоров/жертв буллинга (Winsper, Lereya, Zanarini et al., 2012).

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).

Виктимизация среди сверстников является одним из основных коррелятов несуицидальных 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).

Согласно результатам исследования 298 девушек в возрасте от 15 до 18 лет, насмешки над их внешностью и ее обсуждение с друзьями коррелировали с интернализацией идеала худого тела, неудовлетворенностью телом и использованием диет (Matera, Nerini, Stefanile, 2013). Изучение связи избыточного веса 947 подростков с их участием в буллинге, показало, что среди подростков с тяжелой степенью ожирения чаще встречались те, кто являлся и жертвой буллинга и агрессором одновременно, чем те, кто не участвовал в буллинге совсем. Дети с тяжелой степенью ожирения подвергались наибольшему давлению, в том числе угрозам и исключению из групповых отношений (Vacchini, 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. Эта оценка проводилась на основе интервьюирования матерей, которых опрашивали по вопросам домашнего насилия, и их детей, чье интеллектуальное развитие измерялось с помощью детской версии теста интеллекта Векслера. Оказалось, что у детей из семей с высоким уровнем домашнего насилия, 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, Voop, 1993).

В исследовании, связанном с оценкой признаков посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в неклинической выборке из 80 детей

и подростков, пострадавших от сексуального насилия в возрасте от 6 до 16 лет, признаки ПТСР были определены у 36,3% выборки. Данная выборка сравнивалась с клинической и неклинической группами детей и подростков, не подвергавшихся сексуальному насилию и выровненных по возрасту, расе и социально-экономическому статусу. Исследование проводилось в течение 30–60 дней после раскрытия и прекращения злоупотребления. Помимо выраженных признаков ПТСР, в группе пострадавших от сексуального насилия детей и подростков были обнаружены самые высокие признаки тревожности и депрессии (McLeer et al., 1998).

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, дезорганизующих 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 плохое 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 жестокими матерями 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. Как например, 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 мы можем наблюдать 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 достаточно распространенных видов аутодеструктивного поведения среди подростков. Когда-то 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 внутрличностном 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).



**Распространенность.** Сведения о распространенности самоповреждений в разных странах показывают, что подростковый возраст наиболее уязвим к осуществлению подобных действий (Польская, 2017). По данным ирландских исследователей пик самоповреждений у женщин приходится на возраст 15–19 лет, у мужчин — 20–24 года (Corcoran, Griffin, O'Carroll et al., 2015).

Группа исследователей из Оксфордского университета, используя национальные данные по суицидам в сочетании с данными пяти больниц о поступлении после самоповреждений и данными крупномасштабных опросов в школах с целью оценки относительной частоты летальных и нелетальных самоповреждений у английских подростков 12–17 лет, представила полученные результаты в виде модели айсберга. Верхушку «айсберга» составляют летальные самоповреждения, т.е. суициды — явное, но не распространенное явление.

Тело «айсберга» составляют самоповреждения, приводящие к обращению в клинические службы — это тоже видимая и достаточно распространенная часть проблемы. Подводную часть «айсберга» составляют самоповреждения в сообществе: они распространены, но в значительной мере скрыты. По оценке исследователей, на каждого подростка, умершего в результате суицида, приходится примерно 370 подростков, попавших в больницу из-за самоповреждений, и 3900 подростков, сообщивших о самоповреждениях. Было показано, что при более высоких показателях смертельных суицидов у мальчиков, две другие группы самоповреждений значительно шире представлены девочками. Интересно, что уровень скрытых (несуицидальных) самоповреждений в сообществе находился на одном уровне среди подростков 12–14 и 15–17 лет (Geulayov et al., 2018).

Согласно нашим данным по российской выборке (N=643), от 10% до 14% старших школьников и студентов указали как минимум на один случай самоповреждения, а 3% — отметили высокую частоту самоповреждений. Что касается связи самоповреждений с полом, то наши данные подтверждают результаты исследований зарубежных коллег: девушки чаще наносят себе повреждения, тогда как у юношей они более тяжелые (Польская, 2015, 2017). Здесь стоит отметить, что частота самоповреждений в подростковой популяции варьируется, и на разных выборках мы на протяжении более десяти лет получали разные данные о случаях самоповреждения. Статистические данные лишь подтверждают, что подростки повреждают себя, это не единичные случаи, а определенная тенденция, имеющая отношение к кризису подросткового возраста и связанная с аутодеструктивными попытками совладать с переживаемыми трудностями.

**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 несуицидальными 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).

Широко известно: высокая контагиозность подростковых суицидов приводит к тому, что одно самоубийство приводит к другой попытке самоубийства. В случае смерти подростка, те, кто остался, переживая утрату, начинают рассматривать самоубийство как жизнеспособный вариант борьбы с дистрессом (Abrutyn, Mueller, 2014). Самоповреждения также считаются контагиозными: подростки могут узнать о них друг от друга и в специализированных сообществах в социальных сетях.

Нередко несуйцидальные самоповреждения сочетаются с разными проявлениями безрассудного (высокорискованного) поведения. Так, у японских подростков, отбывающих наказание в центрах для несовершеннолетних преступников, была выявлена высокая частота самопорезов и ожогов, а сочетание различных самоповреждений коррелировало с употреблением наркотических веществ и суицидальными мыслями (Matsumoto, Toshihik, Yamaguchi et al., 2005).

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 несуйцидальных 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.

**Самоповреждающее поведение и социальные сети.** В научной периодике дискуссия о влиянии интернета на самоповреждающее поведение ведется с начала двухтысячных. Изначально популярность тематики самоповреждения в интернет-

среде объяснялась тем, что самоповреждающее поведение наиболее распространено в молодежных субкультурах (Young, Sweeting, West, 2006), а молодые люди, особенно те, кто наносит себе повреждения, склонны больше пользоваться интернетом и, в частности, чатами (Mitchell, Ybarra, 2007). Было установлено, что интернет-общение оказывает поддержку подросткам, чувствующим себя изолированно в ситуации переживания проблем, связанных с самоповреждением. Однако обсуждение самоповреждающего поведения может его усиливать как по частоте, так и по использованию ранее неизвестных (и потенциально летальных) способов самоповреждения (Whitlock, Powers, Eckenrode, 2006).

На сегодняшний день дискурс о самоповреждающем поведении, и то, как он разворачивается в разных сетевых сообществах, остается актуальным и вызывающим беспокойство (Сидорова, Мацепуро, Гайбуллаев, 2018). Так, например, сравнивая число публикаций о самоповреждениях на платформе Инстаграм за 2014–2015 гг. исследователи отметили их рост: с 1,7 миллиона публикаций в 2014 г. до более чем 2,4 миллиона в 2015 г., что свидетельствует о внушительном размере англоязычного Инстаграм-сообщества, посвященного тематике самоповреждения (Moreno, Ton, Selkie, et al., 2016).

До сих пор лишь немногие из подростков и молодых людей, открыто сообщаящих о своих самоповреждениях в сети, обращаются за профессиональной помощью, в связи с чем возникает необходимость в поиске и исследовании альтернативных форм поддержки. Также сохраняется мнение, что подростки с историей самоповреждения остаются более активными пользователями интернет-ресурсов по сравнению с подростками без подобных проблем (Memon, Sharma, Mohite, et al., 2018).

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 одиннадцати лет. 87% пациентов увидели акт самоповреждения раньше, чем начали наносить себе повреждения. Самопорезы в этой группе подростков явились 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.

Распространенность пограничного расстройства личности у детей и подростков в популяции составляет 0,06–3,27% (Sharp, Fonagy, 2015). Психологические характеристики, связанные с пограничным расстройством личности, выявлены у 14% из 235 подростков российской выборки 14–18 лет (Ласовская и др., 2012). Возраст около 13 лет рассматривается как начало пограничного расстройства личности, медианный возраст клинических проявлений — 18 лет (стандартное отклонение — 5–6 лет).

Диагноз пограничного расстройства личности может негативно повлиять на подростков в переломный момент развития — перехода во взрослую жизнь (Winograd, Cohen, Chen, 2008). Поэтому важна идентификация факторов, способствующих возникновению, поддержанию или обострению данного расстройства.

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).

Подростки особенно уязвимы к пограничному расстройству личности из-за социальных и межличностных требований (построение отношений с друзьями и романтических отношений); у них обнаруживаются более тяжелые симптомы данного расстройства, чем у взрослых. 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 гипер-экспрессивности 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).

Согласно эпидемиологическим данным, нервная анорексия диагностируется от 0,5% до 2% в популяции, ее пик приходится на возраст от 13 до 18 лет, а уровень смертности составляет от 5% до 6% — это выше, чем от любого другого психического расстройства. Распространенность нервной булимии — между 0,9% и 3% в популяции, наиболее проявляется в возрасте от 16 до 17 лет. И хотя уровень смертности при нервной булимии оценивается примерно в 2%, риск самоубийства на протяжении всей жизни и попыток самоубийства гораздо выше (Kempbell, Peebles, 2014).

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. Так, у 38% девушек с самоповреждающим поведением были определены симптомы расстройств пищевого поведения, в то время как у девушек без опыта самоповреждения пищевые расстройства были диагностированы в 11% случаев (Favaro et al, 2003). Согласно результатам другого исследования, у 49% девочек с диагностированным расстройством пищевого поведения были выявлены различные самоповреждения, преимущественно в форме самопорезов, а 73,9% демонстрировали признаки суицидального поведения (Koutek et al., 2016).

#### ***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 (Сыроквашина, 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, а также



инструментальные (например, агрессия для достижения желаемого результата) и преднамеренные агрессивные действия (Caputo et al., 1999).

Кроме того, антисоциальные подростки с чертами черствости и бездушности склонны к рискованному поведению, они менее восприимчивы к угрожающим и эмоционально тревожным стимулам и менее чувствительны к сигналам наказания. Таким образом, эмоциональные проблемы, находящие отражение в черствости и бездушности, ведут к усугублению антисоциального поведения (Frick et al., 2003).

Поведение антисоциальных подростков без черт черствости и бездушности более соответствует группе расстройств поведения — на первый план выходят проблемы с регулированием своих эмоций. Они более эмоционально уязвимы, сильнее реагируют на страдания других в социальных ситуациях и на негативные эмоциональные стимулы (Frick et al., 2003; Loney et al., 2003; Pardini et al., 2003). Все это указывает на то, что при расстройствах поведения преобладают нарушения эмоциональной регуляции — невозможность сдерживать импульсивные эмоциональные реакции.

Подросток может впоследствии раскаяться за совершенные им импульсивные, агрессивные и антиобщественные действия. Но он все равно будет испытывать трудности при контроле подобной импульсивной агрессии в будущем (Pardini et al., 2003). Проблемы с эмоциональной регуляцией могут обуславливать гнев подростка из-за провокаций (реальных или предполагаемых) со стороны сверстников. Этот гнев при сильном эмоциональном возбуждении приводит к агрессивным действиям — спорам и дракам с одноклассниками и учителями (Loney et al., 2003).

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 можно сказать, что 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. Поэтому профилактика и помощь подростку с аутодеструктивным поведением будут 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.

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

Профилактические программы для предотвращения аутодеструктивного поведения среди подростков разрабатываются в основном в отношении конкретных видов аутодеструкции. Преимущественно это программы профилактики токсикомании, суицидального поведения, наркомании, курения или алкоголизма (Сирота и др., 2015). Программ профилактики самоповреждающего или безрассудного поведения гораздо меньше. В данной разделе будут рассмотрены возможности профилактики самоповреждающего поведения подростков в школьных коллективах, а также предложены некоторые рекомендации для школьных работников и родителей подростков.

Насколько нам известно, программ, направленных на предотвращение самоповреждающего поведения, которые бы реализовывались в школах, очень мало. И это не только в России, но и в европейских странах и США. Хотя именно 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 должны быть ориентированы как на работников школы, так и на подростков и их родителей. В них должны быть предусмотрены возможности поддержки подростка со стороны школьного психолога (консультанта), образовательные программы для учителей, школьных психологов и социальных педагогов, а также для родителей и подростков, предоставляющие знания о том, что такое самоповреждающее поведение и как на это реагировать, включая стратегии предотвращения стигматизации и обеспечения конфиденциальности тем подросткам, кто обратился 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 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).

Когда речь идет о школе как базе, на которой будет реализована профилактическая программа, необходимо определить, с кем будет проводиться работа — со школьниками, подростками группы риска, подростками в стрессовых ситуациях, например, при переходе из средней школы в высшую. Также необходимо 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 выступить фактором социальной контагиозности для тех, кто его не имеет.

Также категорически нельзя обсуждать самоповреждения других подростков в классе или публично их расспрашивать (Toste, Heath, 2010). При этом правильно составленная программа профилактики, направленная на научное изучение признаков самоповреждающего или суицидального поведения, по предварительным данным, не будет иметь ятрогенных эффектов (Joiner, 2009).

В социальном контексте направления профилактики могут включать в себя следующие блоки (Табл. 2).

Табл. 2

### **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: предотвращение сексуализации девушек в рекламе и СМИ, уменьшение давления со стороны системы образования, более справедливые условия найма на работу 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) и в группах повышенного риска.

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, медицинским персоналом 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, методы и мишени профилактики**

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 заболевания.
- Третичная профилактика является, по сути, лечением, она направлена на снижение тяжести последствий заболевания (Leavell, Clark, 1965; цит. по: Bertolote, 2014).

Другая модель профилактики была предложена Р. Гордоном (Gordon, 1987, цит. по: Bertolote, 2014). В нее входят следующие виды превенции:

- Универсальная профилактика, направленная на повышение осведомленности о проблеме в общей популяции (пример — День предотвращения суицида).
- Выборочная профилактика, направленная на группы высокого риска для предотвращения поведенческого расстройства или отсрочки в проявлении его симптомов (для определения групп риска необходимо понимать факторы риска, участвующие в формировании данного поведения).
- Указывающая профилактика, направленная на конкретных индивидуумов, у которых уже проявилось данное расстройство.

При профилактике суицидального поведения делается акцент на ее многофакторности и возможности развития программ профилактики по сложным траекториям. На уровне универсальной профилактики могут использоваться мероприятия по ограничению доступа к ядовитым препаратам, на уровне выборочной профилактики — терапия для пациентов с зависимостями и личностными расстройствами, а на уровне указывающей профилактики — терапия

для пациентов с суицидальным поведением. Была показана высокая эффективность таких мер профилактики, как ограничение доступа к средствам осуществления суицида и обучение «контролеров» — людей, которые распознают признаки суицидального поведения у других и оказывают им помощь (Bertolote, 2014).

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, тем не менее их использование в некоторых видах терапии объясняется необходимостью вернуть клиенту ответственность за свою жизнь и поступки (Heath, Toste, MacPhee, 2014; Conterio, Lader, Bloom, 1998).

### **2.2.1. Общие методы профилактики самоповреждающего поведения**

Точная оценка, раннее выявление и раннее вмешательство имеют важное значение для успешного лечения самоповреждений у подростков. Поэтому в профилактике самоповреждающего поведения в рамках комплексного подхода используются многообразные психологические, социальные, педагогические и медицинские методы, которые можно обобщить в три большие группы (Табл. 3).

Таблица 3

#### **Методы профилактики самоповреждающего поведения**

<b>№</b>	<b>Направленность методов</b>	<b>Содержание</b>
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).

### ***2.2.2. Содержание превентивных мер в зависимости от уровня профилактики самоповреждающего поведения у подростков***

Цель *первичной профилактики* — предотвращение самоповреждающего поведения у подростков. К мероприятиям первичной профилактики относятся издание и распространение листовок и буклетов, связанных с проблематикой самоповреждения. Фокус в этих материалах: где можно получить помощь тому, кто совершает самоповреждения; какие приемы самопомощи можно использовать. Сюда же могут быть отнесены тренинг-семинары для родителей подростков, где они не только получают информацию о самоповреждающем поведении, специалистах и центрах оказания психологической помощи, но и проходят тренинг по оказанию первичной психологической поддержки своему ребенку.

Распространение наглядной информации, как правило, проводится на открытых онлайн-площадках и, как социальная инициатива, в форме различных мероприятий, подготавливаемых некоммерческими организациями. Что касается школ, то распространение наглядной информации подобного рода не рекомендуется. Нельзя забывать, что несуицидальные самоповреждения и суицидальные действия контагиозны — заразительны, а подростки высоко восприимчивы к поведению сверстников.

Организация служб поддержки подростков в кризисной ситуации в школах и молодежных центрах и развитие образовательных программ для молодежи как инструменты первичной профилактики несуицидальных и суицидальных



самоповреждений могут включать в себя разные программы развития стрессоустойчивости, саморегуляции и развития коммуникативных навыков. Так, в рамках когнитивно-ориентированной программы для школ школьникам предоставляли информацию о копинг-стратегиях и дистрессе, обучали их навыкам адаптивного совладания и давали домашние задания на преодоление негативных иррациональных убеждений (Klingman, Hochdorf, 1993).

Цель *вторичной профилактики* — развитие психологически поддерживающей среды, инициирование мотивации на отказ от самоповреждений. Сюда относится:

- работа с группами риска (например, с жертвами сексуального и физического насилия; с подростками из неблагополучных семей);
- обучение родителей, педагогов, социальных работников и психологов, работающих в образовательных учреждениях, приемам выявления самоповреждения и взаимодействия с подростком, наносящим самоповреждения.

В случае если у подростка ранее были госпитализации в связи с самоповреждениями, ему может оказываться поддерживающая помощь со стороны клиницистов. Примером такой помощи служит программа профилактической интервенции по телефону суицидентам, которые были выписаны на амбулаторное лечение (Morgan et al., 1993). Интервенция включала в себя специализированный скрининг, сопровождение в части планирования безопасности и периодические проверки по телефону.

В группе интервенции общее количество суицидальных попыток было на 30% ниже, чем в группе получавших стандартную помощь в условиях отделений неотложной помощи больниц общего профиля. Нововведением авторов явилось включение в стандартный план ведения пациентов с суицидальным риском экспериментальной интервенции — дополнительного суицидального скрининга от врачей отделения неотложной помощи, информации от медсестер о предотвращении суицидов и личный план безопасности, который по выбору самих пациентов должен быть подготовлен на случаи, когда у них вновь могут появляться суицидальные мысли. В течение следующего года они также получали периодические недолгие телефонные звонки от подготовленных сотрудников больницы. В этих разговорах с пациентами обсуждались факторы суицидального риска, личные ценности и цели, безопасность и планирование будущего, участие в лечении и решение проблем. Количество суицидальных попыток и пропорция людей, их совершающих, значительно уменьшились в группе интервенции, по сравнению с обычной терапией (Miller et al., 2017).

Цель *третичной профилактики* — снижение ущерба от самоповреждений, а также снижение интенсивности и тяжести самоповреждающего поведения у подростков, которые регулярно повреждают себя. Как правило, эти подростки находятся под медицинским наблюдением (в клинике или амбулаторно). На этом

уровне профилактики основная роль должна быть отведена разным формам профессиональной психологической помощи: психотерапии и психологическому консультированию, направленным на развитие навыков эмоциональной регуляции, совладания с негативными эмоциями.

Это могут быть индивидуальные и групповые формы психологической помощи, ориентированные на работу с эмоциями: регулирующие эмоции — групповая психотерапия, диалектическая поведенческая терапия; при избытке самокритики и чувстве стыда — психотерапия, фокусированная на сопереживании (Taylor et al., 2018). Эффективны методы схема-терапии и терапии, фокусированной на переносе.

Разрабатывая программу профилактики самоповреждающего поведения для школ, 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 копингов 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. Программа профилактики должна быть экономически выгодной для длительного применения (Heath et al., 2014).

К наиболее известным превентивным программам несуйцидальных самоповреждений относятся:

- когнитивно-ориентированная программа для школ, в рамках которой школьникам предоставляли информацию о копинг-стратегиях и дистрессе, обучали их навыкам адаптивного совладания и давали домашние задания на преодоление негативных иррациональных убеждений (Klingman, Hochdorf, 1993);

- программа «Знаки самоповреждения» (Jacobs, Walsh, 2014).

Обе программы разработаны специально для учебных заведений.

### **2.2.3. Пример программы профилактики несуицидальных самоповреждений «Знаки самоповреждения»**

Примером работы с педагогами в рамках профилактики самоповреждающего поведения может служить программа «Знаки самоповреждения» (The Signs of Self-Injury), при проведении которой педагогов обучали тому, как можно обнаружить случаи самоповреждения у учеников и каким образом можно представить информацию в классе о помощи сверстникам с самоповреждающим поведением (Jacobs, Walsh, 2014; Muehlenkamp et al., 2010).

Основными целями этой программы являются:

1. Повышение уровня знаний о несуицидальных самоповреждениях, включая предупреждение, признаки и симптомы;
2. Повышение качества профессиональной самоэффективности (у учителей и школьных психологов) и формирование установки на возможность оказания помощи подросткам с самоповреждениями;
3. Инициирование поведения, направленного на поиск помощи при несуицидальных самоповреждениях для себя или сверстников;
4. Снижение частоты несуицидальных самоповреждений среди подростков.

Программа включает в себя два модуля: один разработан для преподавателей/сотрудников школы; другой — для учащихся. Модуль, для преподавателей/сотрудников школы, содержит психообразовательный материал о несуицидальных самоповреждениях, включая информацию о «знаках», сигнализирующих о самоповреждении подростка, и предлагающий способы реагирования, если учащийся сообщает о самоповреждениях.

В модуле для учащихся, реализация которого происходит в течении одного урока, в мультимедийном формате (просмотр короткого видео) подросткам предоставляется базовая информация о несуицидальных самоповреждениях, его признаках и симптомах. Далее подросткам предлагается просмотр коротких видео, и затем следует их обсуждение на основе модели «Заметь — Позаботься — Расскажи взрослому». Замысел — обучить подростков замечать самоповреждения у сверстников, поддерживать, проявлять заботу о них и искать помощи у взрослых, которым они доверяют. Также используется видео-пример: демонстрируется первая встреча ученика, который повреждает себя, и школьного консультанта, и короткий видео-фрагмент интервью с девушкой старшего подросткового возраста, ранее повреждавшей себя, где обсуждается преодоление ею подобного поведения. Эти два последних видео призваны дать надежду и уменьшить стигму и страхи, связанные с обращением за формальной помощью (Jacobs, Walsh, 2014). После видеофрагментов проводится модерлируемое обсуждение в классе, чтобы ответить на вопросы, предоставить информацию и описать школьные и местные ресурсы, доступные для учащихся.

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

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 противобуллингковые мероприятия.

### **2.5. 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). Прогресс в решении собственных проблем благотворно скажется на семейном микроклимате, а значит — на психическом здоровье вашего ребенка.

### **ЧАСТЬ 3. ОСНОВЫ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ С САМОПОВРЕЖДЕНИЯМИ**

Психологическая помощь подросткам с самоповреждающим поведением может осуществляться на разных уровнях — в семье, в школе, в среде сверстников. Однако при повторяющихся самоповреждениях, чаще всего сочетающихся с устойчивыми эмоциональными и межличностными трудностями, которые переживает подросток, необходима профессиональная психотерапевтическая помощь.

Терапевтическое вмешательство может осуществляться как в индивидуальной, и в групповой форме. В моделях психологической помощи, разрабатываемых в клинике, самоповреждающее поведение рассматривается, как правило, в русле комплексного подхода в совокупности с другими психологическими проблемами, например, детской травмой (Smith, Kouros, Meuret, 2014).

#### **3.1. Как можно помочь подросткам с самоповреждениями (результаты исследований)**

Организация психологической помощи подростку с самоповреждающим поведением должна учитывать проблемы, которые связаны с выявлением фактов самоповреждения в подростковой популяции. Подростки чаще обращаются за помощью к сверстникам и онлайн-друзьям, чем к взрослым и профессионалам (Berger, Hasking, Martin, 2017). Особенно трудно обратиться за помощью одаренному подростку — ведь школьный психолог работает с учениками, у которых есть трудности в учебе или поведении, к которым он себя не относит (Wood, Craigen, 2011).

Вызывают интерес результаты исследования, в рамках которого анализировались взгляды подростков на то, как они могут помочь сверстникам с самоповреждениями. Часть подростков, участвующих в исследовании (10% выборки), осуществляла самоповреждения, 43% из них сообщили об этом друзьям, 16% — родителям, 13% — медикам и психологам и 2% — учителям.

Качественный анализ сообщений подростков о способах помощи сверстникам с самоповреждающим поведением позволил исследователям выделить 7 ключевых тем (Табл. 4).

### Способы помощи сверстникам с самоповреждающим поведением

№	Как можно помочь своему ровеснику с самоповреждениями
1.	Выслушать и поговорить — обсудить его проблемы
2.	Рассказать взрослым
3.	Посоветовать обратиться к профессионалу (например, консультанту)
4.	Сформировать позитивные отношения с ним, подружиться
5.	Повысить осведомленность о проблеме в обществе
6.	Снизить стигматизацию и обеспечить конфиденциальность (не навешивать ярлыки, не осуждать)
7.	Не помогать, в силу уверенности в неэффективности подобной помощи

Подростки с самоповреждениями значимо реже отмечали возможность обратиться за помощью к взрослым (включая родителей), чаще указывали на пользу хороших отношений между сверстниками (буллинг воспринимается ими как причина самоповреждения) и на снижение стигматизации (что может быть особенно привлекательно в рамках онлайн-общения в силу его анонимности). Здесь были выявлены половые различия: девушки с самоповреждениями считали, что сверстники не могут ничем помочь. Подростки, испытывавшие желание совершить самоповреждение, но не совершившие его (20% выборки), чаще указывали на то, что сверстники не могут помочь в этой ситуации, и реже советовали обратиться за помощью к профессионалам и проинформировать взрослых (Berger, Hasking, Martin, 2017).

Авторы другого — лонгитюдного — исследования также констатируют, что высокая стигматизация тех, кто наносит себе повреждения, негативные реакции (страх, непонимание) со стороны родителей, учителей и медицинских профессионалов, отношение к самоповреждению как к суицидальной попытке — все это мешает подросткам с самоповреждающим поведением обращаться за помощью (Hasking et al., 2015).

Избегание помощи, отказ от сообщения кому-либо о проблемах получили название «отрицание помощи», и этот феномен особенно ярко проявляется при суицидальных мыслях, когда наибольшая выраженность симптомов отрицательно связана с желанием получить поддержку.

В основе избегания помощи могут лежать когнитивные искажения или специфические эмоциональные состояния. Избегание помощи в совокупности с более длинным периодом самоповреждения может выступать фактором риска суицида. Авторы этого лонгитюда выявили, что только чуть больше половины (59%) подростков сообщили кому-то о своем самоповреждении: из них 68%

сообщили сверстникам, а 32% — взрослым (в первую очередь родителям, затем психологам, врачам или учителям).

Подростки, сообщившие о самоповреждении взрослым, научились использовать более эффективные копинг-стратегии, их показатели тяжести самоповреждения и суицидального риска понизились.

Подростки, сообщившие о самоповреждении сверстникам, испытали уменьшение социальной поддержки, тяжесть их самоповреждений не уменьшилась, но они продолжали искать помощь, ограничиваясь средой сверстников.

Тяжесть самоповреждения у подростков, никому не сообщавших о самоповреждениях, возросла.

Из этого следует, что обращение за помощью к взрослым является менее популярной, но более эффективной стратегией, чем поиск поддержки у сверстников. Однако в данном исследовании не контролировались характеристики внутрисемейных взаимоотношений подростков: возможно, те, кто говорил с родителями о самоповреждении, имели какие-либо преимущества, повлиявшие на течение самоповреждающего поведения (например, более доверительные отношения, эмоциональную поддержку) (Hasking et al., 2015).

## **3.2. Некоторые психотерапевтические модели помощи подросткам с самоповреждающим поведением**

### ***3.2.1. Когнитивно-поведенческие модели***

Разработка специализированных программ помощи подростку с самоповреждающим и другими видами аутодеструктивного поведения в наибольшей мере ведется в **когнитивно-поведенческой психотерапии**. Согласно эмпирически подтвержденным данным, модели помощи, разрабатываемые в рамках этого направления, показывают убедительные результаты снижения частоты самоповреждений и сопутствующей психопатологической симптоматики, в целом. Фокус этих моделей — выработка эффективных способов преодоления проблем на основе оценки влияния убеждений и эмоций на поведение (Холмогорова, 2011; Hawton et al., 2016; Klonsky, Muehlenkamp, 2007).

В основе когнитивно-поведенческого подхода к терапии самоповреждающего поведения — четыре ключевых аспекта:

- функциональная оценка проблемного поведения, на основе которой составляется план лечения пациента с самоповреждающим поведением;
- обучение пациента навыкам, отсутствие или недостаточная сформированность которых связаны с самоповреждением (например, коммуникативные навыки, навыки решения проблем);



- изменение поведения пациента (в данном случае устранение положительного подкрепления самоповреждающего поведения);
- когнитивное реструктурирование — выявление, оценка и изменение иррациональных убеждений, приводящих к самоповреждению (например, «тело отвратительно и заслуживает наказания», или «самоповреждение приемлемо») (Favazza, 1996; Klonsky, Muehlenkamp, 2007).

В модели обучающей когнитивно-бихевиоральной психотерапии (Evans et al., 1999), сочетаются классические когнитивно-бихевиоральные приемы и техники решения проблем. Акцент делается на информировании пациента о продуктивных способах совладания с трудными и стрессогенными жизненными ситуациями. Терапия является краткосрочной и состоит из шести встреч, на которых пациенты получают информацию о самоповреждении, способах его преодоления и источниках помощи в кризисных ситуациях (Davidson et al., 2014).

Другая когнитивно-поведенческая модель — диалектическая бихевиоральная терапия — широко используется при работе с подростками и взрослыми с суицидальным и самоповреждающим поведением. Фокус этой терапии — на повышение осознанности в эмоциональной сфере, улучшение межличностных отношений и научение адаптивным способам эмоциональной регуляции (Linehan et al., 2006). Она не является более успешной в лечении самоповреждающего поведения, по сравнению с другими когнитивно-бихевиоральными методами, но более эффективна при суицидальном поведении. В рамках данной модели выделяется пять направлений оказания психологической помощи.

1. Улучшение поведенческих навыков.
2. Повышение мотивации к применению данных навыков.
3. Перенос отработанных в терапии навыков в повседневную жизнь.
4. Структурирование среды для подкрепления адаптивного поведения.
5. Повышение мотивации и навыков терапевта.

Терапия проводится в четырех формах: индивидуальная психотерапия (час в неделю); групповой тренинг навыков (2,5 часа в неделю); телефонные консультации; еженедельные встречи терапевтов (Linehan et al., 2006).

### ***3.2.2. Модели, основанные на психодинамическом подходе***

Психоанализ — одно из первых направлений в психологической практике, в котором была поднята проблема самоповреждающего поведения (Menninger, 1938). В психоаналитической терапии самоповреждающего поведения особое внимание уделяется переносу и психологическим защитам, а также анализу причин самоповреждения (Кернберг, 1998; Menninger, 1938).

По мнению Нельсон и Грюнебаум, улучшение при психоаналитической терапии наступает не в результате инсайта, а благодаря тому, что пациенты:

- обучались выражать свои эмоции вербально;
- обучались другим способам выражения своих негативных эмоций;
- получали поддержку со стороны других пациентов в групповой терапии и медицинского персонала (цит. по: Favazza, 1996).

Современная психодинамическая терапия включает такие приемы, как:

- фокусирование на межличностных отношениях,
- работа над осознанием и выражением чувств,
- развитие образа Я клиента.

По результатам наблюдений, в течение от одного года до пяти лет после лечения снижается частота самоповреждений, суицидальных попыток, улучшаются межличностные отношения (Klonsky, Muehlenkamp, 2007).

В рамках психодинамического подхода рассматривают различные виды терапии: терапия, основанная на ментализации, сфокусированная на переносе, психоаналитическая психотерапия и когнитивно-аналитическая терапия. Все разновидности психодинамической терапии приводят к снижению частоты самоповреждений и суицидальных попыток.

*Психоаналитическая психотерапия* базируется на положении, что внутриличностные процессы препятствуют развитию и обретению психологической зрелости (например, негативные эмоции, линейное мышление). Терапия включает несколько этапов:

1. Первый этап: исследование симптомов, межличностных отношений, определение проблемных областей;
2. Второй этап: открытое использование переноса для выявления подавляемых чувств и связывания их с межличностными отношениями;
3. Третий этап: обсуждение путей дальнейшей работы над собой.

В *терапии, основанной на ментализации*, исходящей из нарушений привязанности и ментализации (способности рассматривать внутренний мир другого как независимый от собственного) в качестве терапевтических целей определяются: развитие способности идентификации и выражения аффекта (понимание эмоций, их причин в конкретной ситуации, конструктивное выражение эмоций и предвосхищение чувств партнера по общению), развитие способности к ментализации, формирование стабильных внутренних репрезентаций и связного чувства Я, развитие способности создавать безопасные отношения.

*Терапия, сфокусированная на переносе*, рассматривает нарушения личностной организации как основу различных поведенческих нарушений, включая самоповреждения. Терапия направлена на улучшение контроля над поведением, регуляцию аффекта, создание близких отношений и развитие способности следовать жизненным целям, развитие интегрированных представлений о себе и других.

Работа с самоповреждающим и суицидальным поведением ведется в рамках решения срочных задач (в течение первого года терапии).

*Когнитивно-аналитическая терапия* исходит из положения, что хроническое ограничение выражения чувств и подавление эмоций приводит к потере чувства контроля за поведением, что особенно характерно для самоповреждающего поведения. Целью терапии является формирование эмоциональных паттернов отношения к себе и другим, которые связаны с проблемным поведением. Терапия включает в себя техники разыгрывания эмоциональных ролей, связанных с непродуктивными копингами; пересказ своей истории; научение распознаванию переноса в межличностных отношениях; используется техника «прощального письма», в котором пациент описывает достигнутое в процессе терапии и «прощается» с проблемным поведением.

### ***3.2.3. Семейная терапия, основанная на теории привязанности***

К настоящему времени разработаны различные теоретические модели семейной терапии — структурная, стратегическая, Миланская системная и нарративная (Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 2015). В первых моделях системной теории семьи акцент ставился на различных уровнях коммуникации и рекурсивной природе отношений, паттернах взаимодействия, отношениях между членами семьи и ролях. В 80-е и 90-е получили развитие представления о сложном соотношении между ролью наблюдателя, который является также частью семейной системы, и его активностью, отраженные в выводах об ограниченной объективности наблюдателя, на которого влияют культура, язык, социальные факторы. Таким образом, семья начинает рассматриваться не как источник проблем ребенка и субъект терапевтического вмешательства, но как система, включенная в общество и культуру, а члены семьи — как активные соучастники терапевта, помогающие найти решение проблем ребенка (Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 2015).

В модели системной семейной терапии, предложенной Боуэном, работа ведется в направлении осознания эмоций и повышения дифференциации через изменение себя; через преодоление эмоционального слияния развиваются способности к автономному принятию решений (Brown, 1999).

Семейная терапия, основанная на теории привязанности, исходит из того, что нарушения привязанности в раннем возрасте между ребенком и матерью влекут за собой нарушения эмоциональной саморегуляции, искажение образа Я и формирование неадаптивных способов совладания со стрессом в подростковом возрасте. Самоповреждение — одна из форм неадаптивных копинг-стратегий. Данная модель психологической помощи предполагает, что ряд факторов (семейные конфликты, отсутствие эмоциональной согласованности членов семьи, насилие) могут разрушить связь между ребенком и родителями, что и является основой

для формирования различных форм малоадаптивных или неадаптивных копингов. Целью терапии выступает разрешение внутрисемейных конфликтов, построение доверительных отношений между подростком и родителями, при которых родители оказываются снова включены в его жизнь (Kissil, 2011).

Терапия включает в себя несколько этапов.

На *первом этапе* происходит встреча терапевта с семьей и с ее членами по отдельности для создания терапевтического альянса, определение фокуса терапии как улучшения отношений в семье. Проводится подготовка подростка и родителей к диалогу.

На *втором этапе* создаются терапевтические условия для воссоздания привязанности: родители выслушивают ребенка с принимающей, эмпатической позиции, семья учится обсуждать проблемы подростка, с которыми ранее он не мог обратиться к родителям.

На *третьем этапе* внимание фокусируется на роли семьи как контекста социализации подростка: терапевтом инициируются обсуждения с родителями повседневных тем, касающихся их ребенка, с акцентом на поддержке независимости и автономии подростка (Kissil, 2011).

### ***3.2.4. Пример программы психологической помощи «Насилию над собой — конец»***

Карен Контерио, Венди Ладер и Деннифер Блум — основатели программы «Насилию над собой — конец», S.A.F.E. (Self-Abuse Finally Ends), направленной на взрослых и подростков, совершающих самоповреждение (Conterio, Lader, Bloom, 1998). S.A.F.E. предполагает госпитализацию и является когнитивно-ориентированной программой с элементами психодинамического подхода. В основе ее лежит положение о том, что желание совершить самоповреждение — не эмоция и не физиологическое нарушение, это мысль, а значит, ее можно изменить, подвергая критике связанные с ней дисфункциональные убеждения.

Цели терапии: сформировать эмоции, соответствующие ситуации, научить:

- различать чувства, мысли и поведение;
- переносить дискомфортные чувства;
- дать возможность «оплакать» потерю идеального детства.

В рамках данной модели психологическая работа начинается с контракта о ненанесении самоповреждений — это, по мнению авторов, демонстрирует подростку, что он способен контролировать собственное поведение.

В процессе лечения используются:

- письменные задания — в них раскрывается возможный источник психологической травмы, эмоциональные переживания, связанные с самоповреждениями (каких реакций со стороны окружающих подросток хочет

достичь этим поведением?), переживание гнева (возможный стыд и запрет на проявление гнева), неудовлетворенность своим телом/полом;

- дневники контроля над импульсами (Табл. 5);
- списки замещающих действий, которые можно совершать, когда хочется нанести себе самоповреждение (напр., сделать запись в дневнике, послушать музыку).

Таблица 5

### Дневник импульсов (Conterio, Lader, Bloom, 1998)

<b>Мысли о самоповреждении</b>	
Дата, время	
Место	
Ситуация	
Чувства	
Что будет в результате самоповреждения?	
Что я хочу сказать самоповреждением?	
Результат	
Комментарии	

При выполнении этих методик улучшается самопонимание подростка, а пауза после возникновения желания причинить себе боль дает ему время осознать деструктивные мысли, толкающие его к этому способу эмоциональной разрядки.

### 3.3. Как может помочь учитель и как помочь учителю

Ниже предлагается пример протокола действий при самоповреждающем поведении ученика для учителей (Табл. 6).

Таблица 6

### Протокол действий при самоповреждающем поведении ученика для учителей (Walsh, 2006)

- Распознать признаки, связанные с самоповреждением
- Уметь различать акты самоповреждения и суицидальные акты
- Понимать, кому нужно сообщить о случаях самоповреждения и как защитить приватность подростка
- Обратиться за уместной в конкретном случае помощью (психологической, психиатрической или медицинской)
- Обратиться за срочной помощью, если того требует ситуация

Есть ряд признаков самоповреждающего поведения (Levenkron, 1998; De Riggi et al., 2017), которые могут заметить педагоги или родители (Табл. 7).

Таблица 7

### Признаки самоповреждения

№	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

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 (Lieberman et al., 2008), **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.

**3.3.1. Рекомендации по самопомощи и профилактике выгорания учителям, столкнувшимся с самоповреждением у ученика**

Известно, что школьные педагоги и психологи сталкиваются с большим давлением, когда решают задачи раннего распознавания признаков возможного суицида и, когда, в случае смерти ученика, вынуждены говорить об этом с учениками, их родителями, решать текущие проблемы, при этом испытывая собственные реакции горя (Erbacher et al., 2015).

Подтверждение самоповреждения ученика может вызвать у учителя ряд негативных эмоций — гнев, печаль, чувство бессилия, страха и вины. Эти эмоции (хотя они могут восприниматься как обоснованные, справедливые и даже помогающие ученику) в реальности мешают учителю оказать адекватную ситуации помощь. Учитель может:

1. Проконсультироваться с психологом по поводу своей реакции на ученика или травматичных воспоминаний, которые были вызваны поведением ученика;
2. Получить больше знаний о самоповреждающем поведении, чтобы лучше понять мотивы ученика;
3. Вести дневник своих эмоций и мыслей — чтобы лучше разобраться в своих реакциях и проследить, какие из них были полезны (Wood, Craigen, 2011).

Даже если подросток получает помощь за пределами школы, учитель продолжает быть важной частью системы поддержки, наряду с семьей,

социальными работниками и специалистами в сфере психического здоровья. Для благополучия подростка требуется кооперация всех участников его «группы поддержки».

### 3.4. Как могут помочь школьный психолог и социальный педагог

Ниже представлен примерный перечень вопросов (Wood, Craigen, 2011), на которые нужно получить ответы после подтверждения самоповреждающего поведения у ученика (Табл. 8).

Таблица 8

#### Вопросы, на которые нужно получить ответы после подтверждения самоповреждающего поведения у подростка

Вопросы
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?



Школьные психологи (совместно с учителями при необходимости) могут оказывать определенные виды помощи подростку с самоповреждениями в рамках школы (Dykes et al, 2006; Lieberman et al., 2008; Wood, Craigen, 2011).

Примеры таких видов помощи представлены ниже (Табл. 9).

Таблица 9

### 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 психообразовательные 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

### 3.5. Как могут помочь родители

При самоповреждениях подростка родители могут поддерживать своего ребенка, не замалчивая проблему и не осуждая (McVey-Noble et al., 2006). Все основные рекомендации основываются на принимающей позиции родителей и их готовности решать проблему, а не отвергать ребенка (Табл. 10).

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.

### Помощь родителей подростку с самоповреждениями

Рекомендации родителям
<p>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</p>
<p>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</p>
<p>Отрицание проблемы вредит, так же как излишняя фокусировка на ней и неправильные интерпретации (например, что ребенок пытается покончить с собой)</p>
<p>Составьте план помощи ребенку, учитывая его интересы и чувства — лучше всего планировать дальнейшие действия в спокойной обстановке, не на пике тяжелых эмоциональных переживаний</p>
<p>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</p>
<p>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.</p>
<p>Найдите что-то увлекательное, чем вы сможете заниматься вместе со своим ребенком, что будет нравиться всем вам</p>
<p>Проявляйте интерес к чувствам, мыслям и высказыванием своего ребенка. Уважайте его мнение. Поощряйте интерес своего ребенка к творческому самовыражению</p>

## **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. Для этого требуются исследования осведомленности о проблемах аутодеструктивности педагогов, школьных медсестер и психологов, а также врачей и психологов, работающих в детских поликлиниках и больницах.

## 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](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 несуицидальных 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.

17. Соколова Е.Т. Аутодеструктивное поведение молодежи: клинико-психологические и социокультурные ракурсы проблемы // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. Т. 17 (2). Приложение. Р. 225–226.
18. Сыроквашина К.В. Антисоциальное расстройство личности у подростков с делинквентным поведением (обзор зарубежной литературы) [Электронный ресурс] // Психология и право. 2013. № 4. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n4/index.shtml> (дата обращения: 15.11.2019).
19. Тормосина Н.Г. Психологическая профилактика аутодеструктивного поведения в подростковом возрасте: дисс.... канд. психол. наук. Ставрополь, 2014. 236 с.
20. Харламенкова Н.Е. Самоутверждение подростка. М.: ИП РАН, 2007. 384 с.
21. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2011. 480 с.
22. Abrutyn S., Mueller A.S. Are suicidal behaviors contagious in adolescence? Using longitudinal data to examine suicide suggestion // *American Sociological Review*. 2014. Vol. 79 (2). P. 211–227.
23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. 992 p.
24. Arseneault L., Bowes L., Shakoor S. Bullying victimization in youths and mental health problems: 'much ado about nothing'? // *Psychological Medicine*. 2010. Vol. 40 (5). P. 717–729.
25. Bacchini D., Licenziati M.R, Garrasi A., et al. Bullying and Victimization in Overweight and Obese Outpatient Children and Adolescents: An Italian Multicentric Study [Электронный ресурс] // *PLoS ONE*. 2015. Vol. 10 (11). URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0142715> (дата обращения: 10.11.2019).
26. Berger E., Hasking P., Martin G. Adolescents' perspectives of youth non-suicidal self-injury prevention // *Youth & Society*. 2017. Vol. 49 (1). P. 3–22.
27. Bertolote J.M. Prevention of suicidal behaviors // *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury* / M.K. Nock (ed.). New York, Oxford: Oxford University Press, 2014. P. 355–366.
28. Bolnik L., Brock S.E. The self-reported effects of crisis intervention work on school psychologists // *The California School Psychologist*. 2005. Vol. 10 (1). P. 117–124.
29. Brock S.E., Nickerson A.B., Reeves M.A., et al. *School crisis prevention and intervention: The PREPaRE model*. 2<sup>nd</sup> ed. Bethesda, MD: National Association of School Psychologists, 2016.
30. Brown J. Bowen family systems theory and practice: Illustration and critique // *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 1999. Vol. 20 (2). P. 94–103.
31. Brunner R., Parzer P., Haffner J., et al. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents // *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*. 2007. Vol. 161. P. 641–649.
32. Campbell K., Peebles R. Eating disorders in children and adolescents: state of the art review // *Pediatrics*. 2014. Vol. 134 (3). P. 582–592.
33. Canals J., Sancho C., Arija M.V. Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents // *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2009. Vol. 18 (6). P. 353–359.
34. Carr E.G., Durand V.M. Reducing behavior problems // *Journal of Applied Behavior Analysis*. 1985. Vol. 18 (2). P. 111–126.
35. Cloutier P., Humphreys L. Measurement of nonsuicidal self-injury in adolescents // *Self-Injury in Youth: The Essential Guide to Assessment and Intervention* / In M.K. Nixon, N.L. Heath (eds.). New York, NY: Routledge Press, 2008. P. 115–142.

36. Cole P.M., Putnam F.W. Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1992. Vol. 60 (2). P. 174–184.
37. Conterio K., Lader W., Bloom J. *Bodily harm: The breakthrough healing program for self-injurers*. New York, NY: Hyperion, 1998. 318 p.
38. Corcoran P., Griffin E., O'Carroll A., et al. Hospital-treated deliberate self-harm in the Western area of Northern Ireland. // *Crisis*. 2015. Vol. 36. P. 83–90.
39. Crowe J., Willoughby C. Self-mutilation prevention // *Nursing interventions for infants, children, and families* / M. Craft-Rosenberg, J. Denehy (eds.). London: Sage, 2001. P. 445–459.
40. Davidson K.M., Brown T.M., James V., et al. Manual-assisted cognitive therapy for self-harm in personality disorder and substance misuse: a feasibility trial // *Psychiatric Bulletin*. 2014. Vol. 38 (3). P. 108–111.
41. De Riggi M.E., Mounne S., Heath N.L., et al. Non-Suicidal Self-Injury in Our Schools: A Review and Research-Informed Guidelines for School Mental Health Professionals // *Canadian Journal of School Psychology*. 2017. Vol. 32 (2). P. 122–143.
42. De Vries D.A., Peter J., de Graaf H., et al. Adolescents' social network site use, peer appearance-related feedback, and body dissatisfaction: testing a mediation model // *Journal of Youth and Adolescence*. 2016. Vol. 45 (1). P. 211–224.
43. Dodge K.A., Pettit G.S. A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence // *Developmental Psychology*. 2003. Vol. 39 (2). P. 349–371.
44. Draijer N., Boon S. Trauma, dissociation, and dissociative disorders // *Multiple personality disorder in the Netherlands: a study on reliability and validity of the diagnosis* / S. Boon, N. Draijer (eds.). Amsterdam/Lisse: Swets and Zeitlinger, 1993. P. 177–193.
45. Dunlop S.M., More E., Romer D. Where do youth learn about suicides on the internet, and what influence does this have on suicidal ideation? // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011. Vol. 52 (10). P. 1073–1080.
46. Dykas M.J., Woodhouse S.S., Ehrlich K.B., et al. Do adolescents and parents reconstruct memories about their conflict as a function of adolescent attachment? // *Child Development*. 2010. Vol. 81 (5). P. 1445–1459.
47. Dykes M., Specian V., Nelson M., et al. Self-injurious behavior: Characteristics and innovative treatment strategies [Электронный ресурс] // *Journal of School Counseling*. 2006. Vol. 4 (15). URL: <http://jsc.montana.edu/articles/v4n15.pdf> (дата обращения: 20.11.2019).
48. Erbacher T.A., Singer J.B., Poland S. *Suicide in schools: a practitioner's guide to multi-level prevention, assessment, intervention, and postvention (school-based practice in action)*. New York: Routledge, 2015. 248 p.
49. Esposito C., Bacchini D., Affuso G. Adolescent non-suicidal self-injury and its relationships with school bullying and peer rejection // *Psychiatry Research*. 2019. Vol. 274. P. 1–6.
50. Essau C.A., Sasagawa S., Frick P.J. Callous-unemotional traits in a community sample of adolescents // *Assessment*. 2006. Vol. 13 (4). P. 454–469.
51. Evans K., Tyrer P., Catalan J., et al. Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm // *Psychological Medicine*. 1999. Vol. 29 (1). P. 19–25.
52. Favaro A., Ferrara S., Santonastaso P. The Spectrum of Eating Disorders in Young Women // *Psychosomatic Medicine*. 2003. Vol. 65. P. 701–708.
53. Favazza A.R. *Bodies under siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry*. 2nd ed. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1996. 373 p.

54. Feeney B.C., Cassidy J. Reconstructive memory related to adolescent-parent conflict interactions: the influence of attachment-related representations on immediate perceptions and changes in perceptions over time // *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003. Vol. 85 (5). P. 945–955.
55. Frick P.J., Cornell A.H., Bodin S.D., et al. Callous-unemotional traits and developmental pathways to severe conduct problems // *Developmental Psychology*. 2003. Vol. 39 (2). P. 246–260.
56. Garandeau C., Cillessen A. From indirect aggression to invisible aggression: A conceptual view on bullying and peer group manipulation // *Aggression and Violent Behavior*. 2006. Vol. 11 (6). P. 612–625.
57. Geulayov G., Casey D., McDonald K.C., et al. Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study // *The Lancet Psychiatry*. 2018. Vol. 5 (2). P. 167–174.
58. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework // *Child Abuse & Neglect*. 2002. Vol. 26 (6–7). P. 697–714.
59. Gordon R. An operational classification of disease prevention // *Preventing mental disorders* / J.A. Steinberg, M.M. Silverman (eds.). Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, 1987. P. 20–26.
60. Gratz K.L. Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury // *Journal of Clinical Psychology*. 2007. Vol. 63 (11). P. 1091–1103.
61. Groschwitz R.C., Plener P.L., Kaess M., et al. The situation of former adolescent self-injurers as young adults: a follow-up study [Электронный ресурс] // *BMC Psychiatry*. 2015. Vol. 15. URL: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0555-1> (дата обращения: 18.11.2019).
62. Hasking P., Rees C.S., Martin G., et al. What happens when you tell someone you self-injure? The effects of disclosing NSSI to adults and peers [Электронный ресурс] // *BMC Public Health*. 2015. Vol. 15 (1). URL: <https://bmcp ublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-015-2383-0> (дата обращения: 26.05.2018).
63. Hawton K., Witt K.G., Taylor Salisbury T.L., et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults [Электронный ресурс] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016. URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012189/full> (дата обращения: 10.05.2018).
64. Hay C., Meldrum R. Bullying victimization and adolescent self-harm: testing hypotheses from general strain theory // *Journal of Youth and Adolescence*. 2010. Vol. 39 (5). P. 446–459.
65. Heath N.L., Toste J.R., MacPhee S.D. Prevention of Nonsuicidal Self-Injury // *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury* / M.K. Nock (ed.). New York, Oxford: Oxford University Press, 2014. P. 397–408.
66. Herman J.L., Perry J.C., Van der Kolk B.A. Childhood trauma in borderline personality disorder // *American Journal of Psychiatry*. 1989. Vol. 146. P. 490–495.
67. Horsfall J. Towards understanding some complex borderline behaviours // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1999. Vol. 6. P. 425–432.
68. Jacobs D., Walsh B.W. Signs of self-injury prevention program. ACT to prevent self-injury: implementation guide and resources. Wellesley Hills, MA: Screening for Mental Health, 2014. 64 p.
69. Joiner T.E. Suicide Prevention in Schools as Viewed Through the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior // *School Psychology Review*. 2009. Vol. 38 (2). P. 244–248.
70. Juhnke G.A. Suicide, self-injury, and violence in the schools: Assessment, prevention, and intervention strategies. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, 2011. 368 p.

71. Karsay K., Knoll J., Matthes J. Sexualizing media use and self-objectification: A meta-analysis // *Psychology of women quarterly*. 2018. Vol. 42 (1). P. 9–28.
72. Kerig P.K. Self-destructive behavior // *The Encyclopedia of Juvenile Delinquency and Justice* / C.J. Schreck, M.J. Leiber, H.V. Miller (eds.). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, 2017. P. 1–5.
73. Kessler R.C. The national comorbidity survey of the United States // *International Review of Psychiatry*. 1994. Vol. 6. P. 365–376.
74. Kissil K. Attachment-based family therapy for adolescent self-injury // *Journal of Family Psychotherapy*. 2011. Vol. 22 (4). P. 313–327.
75. Kleemans M., Daalmans S., Carbaat I., et al. Picture perfect: the direct effect of manipulated Instagram photos on body image in adolescent girls // *Media Psychology*. 2018. Vol. 21 (1). P. 93–110.
76. Klingman A., Hochdorf Z. Coping with distress and self harm: the impact of a primary prevention program among adolescents // *Journal of Adolescence*. 1993. Vol. 16 (2). P. 121–140.
77. Klonsky E.D., Muehlenkamp J.J. Self-injury: A research review for the practitioner // *Journal of Clinical Psychology: In Session*. 2007. Vol. 63 (11). P. 1045–1056.
78. Koenen K.C., Moffitt T.E., Caspi A., et al. Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children // *Development and Psychopathology*. 2003. Vol. 15 (2). P. 297–311.
79. Koutek J., Kocourkova J., Dudova I. Suicidal behavior and self-harm in girls with eating disorders // *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2016. Vol. 12. P. 787–793.
80. Lavi I., Manor-Binyamini I., Seibert E., et al. Broken bonds: A meta-analysis of emotion reactivity and regulation in emotionally maltreating parents // *Child Abuse & Neglect*. 2019. Vol. 88. P. 376–388.
81. Leavell H.R., Clark E.G. *Preventive Medicine for the Doctor in His Community: An Epidemiologic Approach*. Toronto: McGraw-Hill, 1965. 684 p.
82. Levenkron S. *Cutting: Understanding and overcoming self-mutilation*. New York, NY: Norton, 1998. 269 p.
83. Lieberman R.L., Toste J.R., Heath N.L. Nonsuicidal self-injury in the schools: Prevention and intervention // *Self-Injury in Youth: The Essential Guide to Assessment and Intervention* / In M.K. Nixon, N.L. Heath (eds.). New York, NY: Routledge Press, 2008. P. 195–215.
84. Linehan M.M., Comtois K.A., Murray A.M., et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder // *Archives of General Psychiatry*. 2006. Vol. 63 (7). P. 757–766.
85. Loeber R. The Stability of Antisocial and Delinquent Child Behavior: A Review // *Child Development*. 1982. Vol. 53 (6). P. 1431–1446.
86. Loney B.R., Frick P.J., Clements C.B., et al. Callous-unemotional traits, impulsivity, and emotional processing in adolescents with antisocial behavior problems // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2003. Vol. 32 (1). P. 66–80.
87. Louvar Reeves M.A., Brock S.E. School Behavioral Threat Assessment and Management // *Contemporary School Psychology*. 2017. Vol. 22 (2). P. 148–162.
88. Mäkinen M., Puukko-Viertomies L.R., Lindberg N., et al. Body dissatisfaction and body mass in girls and boys transitioning from early to mid-adolescence: additional role of self-esteem and eating habits [Электронный ресурс] // *BMC Psychiatry*. 2012. Vol. 12 (1). URL: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-35> (дата обращения: 30.01.2018).



89. Matera C., Nerini A., Stefanile C. The role of peer influence on girls' body dissatisfaction and dieting // *European Review of Applied Psychology*. 2013. Vol. 63 (2). P. 67–74.
90. Matsumoto T., Yamaguchi A., Chiba Y., et al. Self-burning versus self-cutting: Patterns and implications of self-mutilation; a preliminary study of differences between self-cutting and self-burning in a Japanese juvenile detention center // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2005. Vol. 59. P. 62–69.
91. McLeer S.V., Dixon J.F., Henry D., et al. Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998. Vol. 37. P. 1326–1333.
92. Memon A.M., Sharma S.G., Mohite S.S., et al. The role of online social networking on deliberate self-harm and suicidality in adolescents: A systematized review of literature // *Indian Journal of Psychiatry*. 2018. Vol. 60 (4). P. 384–392.
93. Menninger K.A. *Man Against Himself*. N.Y.: Harcourt Brace and World, 1938. 429 p.
94. Miller I.W., Camargo C.A. Jr, Arias S.A. et al. Suicide prevention in an emergency department population: the ED-SAFE Study // *JAMA Psychiatry*. 2017. Vol. 74 (6). P. 563–570.
95. Mitchell K.J., Ybarra M.L. Online behavior of youth who engage in self-harm provides clues for preventive intervention // *Preventive Medicine*. 2007. Vol. 45 (5). P. 392–396.
96. Moreno M.A., Ton A., Selkie E.M., et al. Secret society 123: Understanding the language of self-harm on Instagram // *Journal of Adolescent Health*. 2016. Vol. 58 (1). P. 78–84.
97. Morgan H.G., Jones E.M., Owen J.H. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm: the green card study // *The British Journal of Psychiatry*. 1993. Vol. 163 (1). P. 111–112.
98. Muehlenkamp J.J., Brausch A. Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents // *Journal of Adolescence*. 2011. Vol. 35 (1). P. 1–9.
99. Muehlenkamp J.J., Gutierrez P.M. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2004. Vol. 34. P. 12–23.
100. Pardini D.A., Lochman J.E., Frick P.J. Callous/unemotional traits and social-cognitive processes in adjudicated youths // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003. Vol. 42. P. 364–371.
101. Rogeness G.A., Javors M.A., Pliszka S.R. Neurochemistry and child and adolescent psychiatry // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1992. Vol. 31. P. 765–781.
102. Ross S., Heath N.L., Toste J.R. Non-suicidal self-injury and eating pathology in high school students // *American Journal of Orthopsychiatry*. 2009. Vol. 79. P. 83–92
103. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 6th ed. / A. Thapar, D.S. Pine, J.F. Leckman, et al. (eds.). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2015. 1077 p.
104. Sentse M., Kretschmer T., Salmivalli C. The longitudinal interplay between bullying, victimization, and social status: age-related and gender differences // *Social Development*. 2015. Vol. 24 (3). P. 659–677.
105. Sentse M., Scholte R., Salmivalli C., et al. Person-group dissimilarity in involvement in bullying and its relation with social status. // *J. Abnorm. Child Psychol*. 2007. Vol. 35 (6). P. 1009–1019.
106. Sharp C., Fonagy P. Social cognition and attachment-related disorders // *Social cognition and developmental psychopathology* / Sharp C., Fonagy P., Goodyer I. (eds.). Oxford: Oxford University Press, 2008. P. 269–302.
107. Smith N.B., Kouros C.D., Meuret A.E. The role of trauma symptoms in nonsuicidal self-injury // *Trauma, Violence, & Abuse*. 2014. Vol. 15 (1). P. 41–56.

108. Taylor P.J., Jomar K., Dhingra K., et al. A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury // *Journal of Affective Disorders*. 2018. Vol. 227. P. 759–769.
109. Tiggemann M., Miller J. The internet and adolescent girls' weight satisfaction and drive for thinness // *Sex Roles*. 2010. Vol. 63. P. 79–90.
110. Toste J.R., Heath N.L. School response to non-suicidal self-injury // *The Prevention Researcher*. 2010. Vol. 17 (1). P. 14–17.
111. Van Geel M., Goemans A., Vedder P. A meta-analysis on the relation between peer victimization and adolescent non-suicidal self-injury // *Psychiatry Research*. 2015. Vol. 230 (2). P. 364–368.
112. Volpe U., Tortorella A., Manchia M., et al. Eating disorders: What age at onset? // *Psychiatry Research*. 2016. Vol. 238. P. 225–227.
113. Walsh B.W. *Treating self-injury*. New York, NY: Guilford Press, 2006. 317 p.
114. Whitlock J., Powers J.L., Eckenrode J. The virtual cutting edge: the internet and adolescent self-injury // *Developmental Psychology*. 2006. Vol. 42 (3). P. 407–417.
115. Winograd G., Cohen P., Chen H. Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008. Vol. 49 (9). P. 933–941.
116. Winsper C., Lereya T., Zanarini M., et al. Involvement in bullying and suicide-related behavior at 11 years: a prospective birth cohort study // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012. Vol. 51 (3). P. 271–282.
117. Wood S.M., Craigen L.M. Self-Injurious Behavior in Gifted and Talented Youth. *Journal for the Education of the Gifted*. 2011. Vol. 34 (6). P. 839–859.
118. Yip K.A. Multi-Dimensional Perspective of Adolescents' Self-Cutting // *Child and Adolescent Mental Health*. 2005. Vol. 10 (2). P. 80–86.
119. Young R., Sweeting H., West P. Prevalence of deliberate self-harm and attempted suicide within contemporary Goth youth subculture: longitudinal cohort study // *British Medical Journal*. 2006. Vol. 332 (7549). P. 1058–1061.
120. Zhu L., Westers N.J., Horton S.E., et al. Frequency of exposure to and engagement in nonsuicidal self-injury among inpatient adolescents // *Archives of Suicide Research*. 2016. Vol. 20 (4). P. 580–590.