

ВДЦ «Орлёнок»
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА

Методический сборник
«Дружба против... себя»

Авторский коллектив

**Ю.В. Бородастова,
Н.И. Васильковская,
Я.А. Нестерова
А.А. Сайфина**

2022 год

СОДЕРЖАНИЕ:

1	Введение	__3
2	Обзор по изучению проблем и сущности самоповреждающего поведения у детей и подростков в отечественном и зарубежном опыте педагогов и психологов.	__6
3	Описание особенностей самоповреждающего поведения детей и подростков во временном детском коллективе («портрет ребенка»)	__21
4	Структура диагностики и методы психолого-педагогической работы с детьми и подростками, склонными к самоповреждающему поведению	__36
5	Система психолого-медико-педагогических мероприятий, направленная на развитие адаптивных форм саморегуляции у детей и подростков, на снижение риска возникновения и закрепления самоповреждающего поведения в условиях временного детского коллектива	__49
6	Заключение	__62
7	Список используемых источников	__64

ВВЕДЕНИЕ.

Всероссийский детский центр «Орлёнок» является нетиповой образовательной организацией, принимающей на обучение по дополнительным общеобразовательным программам подростков 11-17 лет. «Орлёнок» уделяет много внимания обеспечению безопасности участников образовательного процесса от угроз позитивному развитию и психическому здоровью в процессе педагогического взаимодействия – психологической безопасности. Данный феномен может рассматриваться с двух ракурсов: обеспечение безопасности извне – силами образовательной организации (поддержание педагогически сообразного взаимодействия в детском коллективе и психологически комфортной атмосферы, пресечение агрессии, буллинга, сквернословия и т.п.) и изнутри – как свойство личности (поведение, направленное на самосохранение, навыки саморефлексии, обращения за помощью и поддержкой в ситуациях, когда собственных ресурсов не достаточно). Недостаточность собственных ресурсов или сниженные адаптационные возможности особенно ярко могут проявляться в непривычных, стрессовых ситуациях, когда от организма требуется мобилизация, а ресурса хватает только на поддержание повседневного

функционирования. Такой ситуацией может стать приезд в детский лагерь и необходимость выстраивать коммуникацию с новыми людьми, привыкать к новым правилам и ограничениям. Одно из дезадаптивных форм поведения может стать аутоагрессия – форма поведения, которая будет подробно рассмотрена в данном сборнике.

В данном методическом пособии будут представлены:

1. обзор по изучению проблем и сущности самоповреждающего поведения у детей и подростков в отечественном и зарубежном опыте педагогов и психологов;

2. описание особенностей самоповреждающего поведения детей и подростков во временном детском коллективе («портрет ребенка»);

3. принцип диагностики и методы психолого-педагогической работы с детьми и подростками, склонными к самоповреждающему поведению (через представление опыта работы педагогов-психологов «Орлёнка»);

4. система психолого-медико-педагогических мероприятий, направленная на развитие адаптивных форм саморегуляции у детей и подростков, на снижение

риска возникновения и закрепления самоповреждающего поведения в условиях временного детского коллектива.

Сборник будет полезен педагогам–психологам, социальным педагогам, другим специалистам психологических и методических служб, администрации загородных детских лагерей. Сборник поможет составить представление о признаках самоповреждающего поведения у подростков и о возможных действиях, которые могут быть предприняты перечисленными выше специалистами педагогического профиля в рамках конкретных компетенций каждого с целью минимизации негативных последствий для воспитанников.

ОБЗОР ПО ИЗУЧЕНИЮ ПРОБЛЕМ И СУЩНОСТИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСКОВ В ОТЕЧЕСТВЕННОМ И ЗАРУБЕЖНОМ ОПЫТЕ ПЕДАГОГОВ И ПСИХОЛОГОВ.

В Международной классификации болезней (МКБ-10) выделена группа болезней - X60-X84 преднамеренное самоповреждение.

Самоповреждающее поведение - это комплекс осознанных или неосознанных действий аутоагрессивного характера, нацеленных на причинение физического вреда собственному телу, сопровождающийся несуицидальными или суицидальными (к примеру, когда порезы нанесены диагонально на шею и имеют форму «рыбки») намерениями. Нанесение физического ущерба помогает справиться с негативными переживаниями, когда боль физическая помогает «перекрыть» боль душевную.

Согласно одной из типологий самоповреждающее поведение можно разделить на «прямое» (direct) и «косвенное» (indirect). К прямому самоповреждающему поведению (также используется англицизм селфхарм (self-harm) относят нанесение себе повреждений (порезов, ожогов, удары головой или руками о стены и т.

д.) с целью облегчить эмоциональное состояние, справиться с тяжелыми переживаниями, болезненными воспоминаниями, ситуациями, которые трудно пережить, и невозможностью контролировать свою жизнь» [18, с. 4]. Косвенное самоповреждающее поведение – это постепенное причинение вреда своему телу, при котором физический ущерб становится очевиден через некоторое время, а непосредственного повреждения тканей не происходит. При этом присутствуют повторяющиеся действия, приводящие к постепенному ухудшению здоровья (например, употребление психоактивных веществ, нарушение пищевого поведения, рискованное поведение, избегание медицинской помощи при очевидных нарушениях соматической и/или психической патологии [1].

Наиболее распространенные способы поранить себя - порезы предплечья, внутренней стороны бедра, ладоней и плечей. Около 60% людей с данной формой поведения используют именно этот метод повреждения. В отличие от попыток самоубийства с открытием вен, самоповреждающие порезы являются поверхностными, они не распространяются на крупные сосуды.

До 50% людей с self-harm практикуют царапание кожи до крови ногтями или острыми предметами. Иногда

подобный эффект достигается плотным сжатием кулаков до появления кровоточащих ран на ладонях рук. Около трети этих людей, чтобы повредить части тела, бьют их по твердым поверхностям: они бьются кулаками, головой и ногами по стенам. В 30% случаев практикуется расчесывание кожи и слизистых оболочек до высвобождения капель крови.

Редкие симптомы включают отрыв струпов от заживающих ран, отравление, прижигание кожи. Иногда саморазрушение проявляется в виде расстройств пищевого поведения (отказ от еды), навязчивых действий: кусание/обгрызание ногтей и кожи вокруг них, растягивание и поедание волос, сдавливание прыщей.

Как правило, люди с самоповреждающим поведением испытывают эмоциональный дискомфорт (беспокойство, напряжение) перед выполнением вредного воздействия; многие отмечают внутреннее желание чувствовать боль и видеть кровь, но в то же время понимают, что самоуничтожение наносит вред здоровью и осуждается обществом. После совершения вредных действий они испытывают эмоциональное облегчение, а затем - чувство вины.

Не смотря на тот факт, что люди, прибегающие при аномальном реагировании к прямому или

косвенному самоповреждающему поведению обладают схожими патохарактерологическими особенностями, свойствами пограничной личности, исследователи подчеркивают значимые различия между ними. Так, для лиц, склонных к прямым видам самоповреждающего поведения в большей степени характерна критичность к своему поведению при одновременно высоких агрессивности, компульсивности, склонности к негативному аффекту, сочетанием с психическими расстройствами, что в конечном счёте сопряжено с более высоким риском по завершённому суициду [1].

В отечественной и зарубежной литературе в последние годы появилось множество исследований, которые освещают данную тему, что, несомненно, говорит о социальной значимости проблемы аутоагрессивного поведения. При этом особое внимание привлекают показатели распространённости подросткового самоповреждающего поведения, которые по исследованиям ряда авторов колеблются от 13% до 29% в популяции [21]. Подростковый возраст (13–15 лет) выделен как один из наиболее уязвимых возрастных категорий для самоповреждающего поведения в силу происходящих интенсивных психологических и физиологических перемен.

Каждый год статистические показатели по вопросу самоповреждающего поведения подростков растут и становятся все более устрашающими. Многие европейские ученые уже называют селфхарм пандемией современного общества. Как показывают исследования, около 13% подростков причиняют себе боль посредством селфхарма в течение длительного времени [3].

Проблема распространенности самоповреждений на сегодняшний день является актуальной как в Российской Федерации, так и во всем мире. Группа исследователей из Оксфордского университета, используя национальные данные по суицидам в сочетании с данными 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 нераспространенное 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, а уровень скрытых (несуицидальных) самоповреждений в сообществе находился на одном уровне среди подростков 12–14 и 15–17 лет.

Нельзя не отметить, что в США и странах Западной Европы проблема самоповреждающего поведения у подростков была поднята и изучается достаточно давно и глубоко. Западные ученые разрабатывают методики психологической помощи, способствуют выпуску множества брошюр и буклетов для населения, в которых говорится о понятии самоповреждающего поведения, его причинах и способах оказания помощи себе и близким людям, страдающим селфхармом [20, с. 6].

Если говорить о нашей стране, то она столкнулась с подобным явлением относительно недавно, что отражается и на низком уровне изученности данного феномена. Довольно глубоки и обширны труды Н.А. Польской по изучению проблемы, а именно исследование «Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии» [16]. Согласно ее данным по российской выборке (N=643), от 10% до 14% старших школьников и студентов указали на один случай самопорезов, а 3% – отметили высокую частоту самопорезов. Что касается связи самоповреждений с полом, то отечественные данные подтверждают результаты исследований зарубежных коллег: у девушек чаще регистрируются самоповреждения, тогда как у юношей они более тяжелые. Так же важно отметить, что в большинстве случаев, в качестве «доказательств» самоповреждающих действий учитываются повреждения в виде серии царапин схожего или разного цвета (различающийся цвет царапин свидетельствует о разной степени заживления и о том, что они наносились в течение какого-то периода времени, а не одномоментно), что более характерно для девочек в то время как наличие синяков на костяшках пальцев (более

характерно для мальчиков) скорее относят к проявлениям девиантного поведения. Между тем, синяки тоже могут являться признаком самоповреждающих действий (следы от нанесения ударов по различным поверхностям как руками, так и другими частями тела). Драки и боевые виды спорта среди мальчиков и мужчин являются «легализованными», отчасти общественно одобряемым для ребят (особенно, борьба) способом для снятия напряжения, но мотивацией (бессознательной в том числе) может быть самонаказание. Поэтому, говоря про статистику, мы можем предположить, что данное явление имеет в разы большую распространенность, чем зафиксированные и отнесённые к этой категории случаи (царапины в основном у девочек, но не синяки у мальчиков).

В следствие низкого уровня изученности в России самоповреждающего поведения подростков у нас часто не разграничивают его с суицидальными намерениями. Недостаток необходимого материала по данной теме только ухудшает ситуацию. Сам пострадавший боится обратиться за помощью к психологу, в связи с опасением того, что общество повесит на него ярлык «психа», «больного» и т. д. Именно поэтому очень важно и актуально изучение самоповреждающего поведения,

которое по многочисленным исследованиям западных психологов и психотерапевтов больше присуще подросткам и молодым людям.

Большая часть работ представляет собой статьи практикующих психологов, которые содержат выводы о работе с людьми, в том числе с подростками с самоповреждающим поведением (работы М.С. Деминой, Е. Григорьевой, Н. Крысько и др.) [5, 6, 12], а также переводы работ иностранных специалистов, однако они не представляют собой единую исследовательскую базу для последующего более глубокого изучения проблемы, с целью разработки методик помощи людям, страдающим селфхармом.

Ссылаясь на результаты, полученные на основании данных врачей общей практики Великобритании, Крис Никольсон (Chris Nicholson) из Эссекского университета (отделение психосоциальных и психоаналитических исследований) отмечает, что за последние три года показатели самоповреждений среди девочек 13–16 лет выросли на 68%. Самоповреждения встречаются в три раза чаще среди девочек, чем среди мальчиков; и риск суицидов значительно выше среди тех, кто наносит самоповреждения. Они пытаются покончить с собой в 50 раз чаще. Канадские

исследователи также отмечают наибольшую склонность к несуицидальным самоповреждениям у девочек-подростков, имеющих симптомы депрессии, диагноз СДВГ и расстройства настроения. Вместе с тем, подростки, которые обращаются за эмоциональной поддержкой в ситуации кризиса, демонстрируют меньшую склонность к несуицидальным самоповреждениям.

В отечественной и зарубежной психологии для определения самоповреждающего поведения используют термин «парасуицид», то есть поведение без намерения совершать самоубийство. К. Меннингер, например, определяет самоповреждающее поведение как одну из форм «частичного суицида», специфичным самоисцелением, которая предупреждает истинный суицид [10].

Так, мы можем выделить ряд признаков, которые характеризуют данное поведение: преднамеренность, повторяемость, целенаправленность, социальная неприемлемость, отсутствие суицидального намерения, чувство напряжения или тревоги, предшествующее акту, чувство облегчения или беспокойства после акта.

Однако в отечественной традиции самоповреждающее поведение и акты суицида имеют

общую клиническую картину и рассматриваются в контексте суицидального поведения. Так, Н.В. Александрова считает, с одной стороны, это связано с высокой взаимосвязью действий самоповреждающего и суицидального характера, но, с другой стороны, сужается диапазон психологической помощи, поскольку нет ясного представления о разнице между психологическими механизмами этих двух деструктивных форм поведения.

Если обратиться к зарубежной психологии, то мы увидим, что вместе с понятием самоповреждающего поведения очень часто используют такие понятия как: членовредительство, намеренный самовред, саморазрушение, саморанение, несуйцидальное самоповреждающее поведение и др. При этом, замечает Н. Фарбероу, принято разграничивать понятия самоповреждение как непосредственное причинение вреда собственному телу и самоповреждающее поведение как косвенный вред здоровью, который не осознаётся. К скрытым формам саморазрушения ученый относит поведение, которое связано с пренебрежением опасностью, повышенным риском, стремлением к возбуждающим переживаниям и др. [22]

Подобной позиции придерживаются и отечественные психиатры, в частности А.Е. Личко и Ю.В.

Попов. Они относят акты самоповреждения к саморазрушающему поведению, которое объединяет суицидальные попытки и действия, увлечение рискованными видами спорта, участие в опасных для жизни драках, играх, преступлениях и др. [9].

В процессе теоретического анализа по проблеме самоповреждающего поведения подростков можно сделать вывод о том, что в психологии множество теорий, по-своему объясняющих природу самоповреждающего поведения. Так, в рамках психодинамического подхода, согласно К. Меннингеру [10] и О.Ф. Кернбергу [8], акт самоповреждения определяется как результат конфликта «Я» и «сверх-Я», отражающий противоречия реального и психического, внутреннего и внешнего.

Можно также сказать, что самоповреждающее поведение подростков, является способом поведения, который направлен на удовлетворение потребностей. Так, Н.А. Польская указывает, что нет единой точки зрения, которая объясняла бы причину и механизмы данного поведения. Часто акты самоповреждающего поведения – это результат желания избавиться от внутренней тяжести, угнетённости, тоски, когда

физическая боль становится средством разрядки, облегчающим эмоциональные боли [13].

В трудах Н.А. Польской широко представлено описание социокультурных факторов самоповреждения подростков, которые приняты в отечественной клинической практике. И следует отметить, что здесь именно общество, оказывает непосредственное влияние на развитие личности с помощью языка, привычек и традиций. И оно же определяет варианты и способы самоповреждающего поведения [14].

Если же мы снова обратимся к зарубежным трудам, то в рамках рассмотрения проблемы самоповреждающего поведения подростков образуются две подкатегории указанного поведения: ритуалы и практики. По мнению Н.А. Польской, ритуалами являются «...принятые в определённой социальной группе сеансы, акты самоповреждения, отражающие нормы, традиции и убеждения данной группы» [15, с. 5]. В свою очередь, практики представляют собой исторически возникшие и временные действия, которые заключаются в косметических самоповреждениях тела. К ним можно отнести: пирсинг, татуировки и др.

Если рассматривать влияние социальных факторов на возникновение самоповреждающего поведения, то необходимо отметить следующее. При одних обстоятельствах социальные факторы являются предикторами самоповреждающего поведения на всех этапах онтогенеза. Об этом говорят, например, результаты исследований Р.Ж. Мухамедрихимова [11], Р.А Шпица [19] и др. Однако, при других обстоятельствах социальные факторы могут выступать в роли медиаторов самоповреждающего поведения. Это происходит, когда социальные риски, взаимодействуя с психологическими, социальными или половозрастными факторами, приводят к самоповреждениям.

Ученые также выделяют и иные факторы, которые вызывают самоповреждающее поведение подростков. Например, индивидуально-психологические качества личности. Так, отмечает О.А. Сагалакова, к ним относят: повышенный уровень личностной тревожности, замкнутость, чувствительность, агрессивность, эмоциональную холодность, склонность к самообвинению и самобичеванию, инфантильность, одиночество, несостоятельность, отсутствие навыков разрешения конфликта и др. [17].

Такие ученые как М.В. Зотов, Д.О. Дмитриева, К.А. Долбеева [7], Л.И. Вассерман, Е.Л. Исаева и др. [4] отмечают, что в стрессовых ситуациях нарушается произвольная регуляция когнитивных процессов, происходит потеря контроля над своими эмоциями и поведением. А. Бек и А. Фримен в свою очередь к мотивам самоповреждающего поведения подростков относят желание наказать людей, вызывающих гнев, наказать себя, снизить чувство вины, переключиться от более неприятных навязчивых мыслей и т.д. [2].

Как отмечает Н.А. Польская, в клинической практике самоповреждающее поведение подростков является симптомом различных патологических состояний, расстройств психики и поведения [13]. И чаще всего подобное поведение наблюдается у пациентов с пограничными психическими расстройствами, где оно может носить как эпизодический, так и регулярный характер (шизофрения; маниакальный синдром; глубокая депрессия; транссексуализм; острая наркотическая или алкогольная интоксикация).

Сегодня самоповреждающее поведение наблюдается как у пациентов с пограничными психическими расстройствами, так и при нормативном

развитии личности, в частности в подростковом возрасте и на начальных этапах онтогенеза. И потому особое внимание необходимо уделять помощи, оказываемой при самоповреждающем поведении подросткам. Такая помощь должна носить комплексный характер, включая как медикаментозную и психотерапевтическую терапию/коррекцию, так и психолого-педагогическую работу с семьей подростка.

ОПИСАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ВО ВРЕМЕННОМ ДЕТСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ («ПОРТРЕТ РЕБЁНКА»)

В ходе анализа психолого-педагогического сопровождения детей и подростков в детских лагерях ВДЦ «Орленок», было замечено, что за последние 5 лет наблюдается значительное увеличение подростков среднего (13-14 лет) и старшего (15-17 лет) возраста с признаками самоповреждающего поведения. Так, практически каждую смену (особенно в летний период), педагоги-психологи выявляют как минимум один случай самоповреждающего поведения среди подростков в каждом лагере. По данным педагогов-психологов социально-психологической службы ВДЦ «Орлёнок», за период с 2017 года по 2021 год количество подростков, имеющих склонность к самоповреждающему поведению выросло в 3,7 раза (2017 год – 14 подростков, 2018 год – 28 подростков, 2019 год – 28 подростков, 2020 год -23 подростка, 2021 год -52 подростка).

Причины самоповреждающего поведения у каждого подростка свои, но можно определить один из главных определяющих факторов - к такому деструктивному

способу решения проблем прибегают дети, не умеющие делиться своими страхами и переживаниями, а также боящиеся это сделать из-за страха быть непонятыми или отвергнутыми. Иногда, такое поведение может быть способом манипуляции взрослыми, в том числе близкими родственниками, которые не идут на уступки подростку в вопросе, который его волнует. Можно выделить следующие обобщенные черты психологического портрета подростка с selfharm, которые вызваны опытом депривации, фиксацией на отрицательных эмоциях и/или насилием:

1. трудности в вербальном выражении мыслей и чувств (и их оценки);

2. фрагментарная, разрозненная когнитивная схема мира, чувств и других, как будто «части пазла» неправильные, и общая картинка не складывается;

3. трудности с формированием близких отношений, вербализацией чувств, восприятием социальных эмоций;

4. нарушение социального интеллекта – осознания и понимания чувств других, их трактовки, принятия поддержки (в том числе и психологической помощи).;

5. избегающее поведение, самоизоляция, отчужденность от социума (в том числе и из-за стигматизации в следствии видимых проявлений самоповреждающего поведения);

Всё это может отягощаться следующими внешними и внутренними факторами:

1. гиперстимуляцией (через сеть интернет и социальные сети) окружающего мира;

2. пресыщением гетерогенной (разнородной) информацией;

3. присвоением утопических моделей мировосприятия с последующим разочарованием из-за невозможности их реализации;

4. формирования «искусственных» ценностей, прививаемых модой;

5. формированием конформного мышления по типу «я как большинство».

Такие подростки насторожены, недоверчивы, с высоким уровнем личностной тревожности и напряжённости, которые не зависят от места пребывания и окружения, как правило имеют одного-двух близких друзей, с трудом заводят новые знакомства, могут иметь искажения мыслительной сферы, носят одежду

«балахонистого» типа, которая не всегда соответствует сезону, но позволяет скрывать повреждения на теле.

Ниже будет представлено несколько ситуаций, которые продемонстрируют типы некоторых ребят, отнесённых в группу риска по аутоагрессивному поведению.

Ситуация 1. Девочка, 12 лет.

Повод обращения: уходит в неизвестном направлении, не желает посещать общелагерные мероприятия.

Внешность подростка: нормастенический тип телосложения, ярко выраженная мимика, одежда соответствует гендеру, сезону, контексту ситуации, отсутствие макияжа, поперечные царапины на запястье левой руки, гигиенические нормы соблюдены.

Особенности поведения на консультации: в пространстве, времени и собственной личности ориентируется; на задаваемые вопросы, которые не нравятся, отвечает кратко, причинно-следственные связи в рассуждениях присутствуют. Во время беседы наблюдались следующие реакции: девочка реагировала на ситуацию несоответствующими эмоциональными состояниями, повышенная двигательная активность. В течение дня отмечаются резкие перепады настроения. В

ходе беседы девочка продемонстрировала зажившие царапины на левом запястье. Объясняет свои действия (нанесение царапин) тем, что таким образом снимает напряжение, когда ей становится «морально плохо». Со слов девочки, мама знает о её склонности к самоповреждающему поведению, только ругает и угрожает «отправить её в психушку». Со слов подростка, по месту жительства наблюдается у психолога. К самоповреждающим действиям девочка относится спокойно. Также рассказывая об отношениях с родителями, описала их, как достаточно сложные (с её слов, папа критикует её внешность, а мама «упрекает»).

В поведении подростка наблюдается амбивалентность в поведении при взаимодействии как со взрослыми, так и с детьми (то она приветлива и идёт на контакт, то закрывается и дистанцируется). Нравится рисование, аниме. О будущем говорила, что хочет получить высшее образование, либо «на зло родителям опуститься на социальное дно».

Ситуация 2. Девочка, 13 лет.

Проблема: «дистанцируется в общении» со сверстниками и педагогами, склонность к

самоповреждающему поведению (наличие продольных царапин на левой руке), мысли о суициде.

Особенности поведения на консультации: во время проведения диагностики девочка зашла в помещение последняя и села отдельно от сверстников, заполнив бланк, начала писать ручкой на руке. Находилась в шапке, которую не снимала (отрядный педагог отметила, что девочка спит в шапке и не снимает одежду). От консультации с психологом подросток отказался, аргументируя это тем, что нет смысла повторять дважды одну и ту же информацию вожатой и психологу. Так же рассказала вожатой, что с 5 по 7 класс ходила к школьному психологу и вела личный дневник. После обнаружения матерью дневника, мать запретила посещать специалиста.

Сведения о подростке: во взаимодействии с ребятами отряда ведёт себя отстранённо, аргументирует тем, что ей не комфортно находится в большом количестве людей. В начале смены дистанцировалась от педагогов, но потом выбрала для общения одного из отрядных педагогов, с ним девочка открыта, установлены доверительные отношения. Ему девочка рассказала о своей семье следующее: мать с отцом в разводе, есть отчим, который злоупотребляет спиртными напитками, со

стороны мамы отмечается вербальная и невербальная агрессия по отношению к ней, с родным отцом проживает во время летних каникул, остальное время живет с матерью и отчимом, есть 2 младших брата. Со слов девочки, в 12 лет у нее была попытка суицида (резала вены на руках), находилась на лечении в психиатрической клинике.

Дополнительная информация: заметны продольные шрамы на левой руке между запястьем и локтевым сгибом белого цвета. Девочка интересовалась у вожатой, были ли в «Орлёнке» суициды. Входит в органы детского самоуправления (фотографирует различные сборы и мероприятия), данная деятельность ей нравится. Увлекается аниме. Отмечается небрежность в одежде, пренебрегает личной гигиеной. Часто спит, не расстелив кровать и не переодеваясь. Редко снимает шапку. Со слов девочки, у неё есть друзья из школы, с которыми они в свободное время посещают кладбища и крыши. Ребятам из отряда девочка рассказывает о своих увлечениях «взрослыми» фильмами, особенно привлекают кадры однополых взаимоотношений. В будущем хочет стать патологоанатомом, т. к. ей интересно, что находится внутри человеческого тела.

Ситуация 3. Девочка, 16 лет.

Внешность подростка: астенический тип телосложения, невыраженная мимика лица, свободный покрой в одежде (соответствует гендеру, сезону, контексту ситуации), короткая стрижка, отсутствие макияжа, заметны поперечные царапины на левой руке в районе плеча светлого цвета и на правой ноге на бедре розового цвета (девочка призналась, что в лагере царапала себе тело), гигиенические нормы соблюдены.

Особенности поведения на консультации: в пространстве, времени и собственной личности ориентируется; на задаваемые вопросы отвечает кратко, причинно-следственные связи в рассуждениях присутствуют. Во время консультации девочка была спокойна и демонстрировала эмоционально стабильное состояние, но в течение дня отмечаются перепады настроения. Объясняет свои действия (нанесение царапин) тем, что таким образом снимает напряжение (агрессию), которая у нее появляется произвольно и ситуативно. Обычно девочка царапает себе руки и бедра ногтями, маникюрными ножницами или бьет кулаком об стену. В ситуациях, когда она находится среди людей, начинает повышать голос и грубо разговаривать с

окружающими. Девочка отмечает, что не чувствует боли, когда наносит себе повреждения, только спустя какое-то время появляются болевые ощущения. Ее привлекает цвет крови. С 11 лет подросток прибегает к такому способу снятия эмоционального напряжения. Со слов девочки, мама знает о ее склонности к самоповреждающему поведению, но ничего с этим не делает, только ругает и «угрожает ее побить». Девочка неоднократно обращалась за помощью к своей маме, чтобы та нашла ей психолога (со слов подростка, мама только обещает, но не выполняет своего обещания по поводу обращения за помощью к психологу; девочка даже самостоятельно находила контакты психологов, к которым можно было бы обратиться). Данная ситуация девочку очень расстраивает, поскольку с мамой у нее конфликтные отношения. Мама ее постоянно опекает и контролирует, ограничивает общение со сверстниками, что вызывает у нее напряжение и недоверие к маме. Папа не в курсе событий, если узнает - «будет еще хуже». Во время разговоров с родителями у девочки наблюдалось нестабильное эмоциональное состояние (плакала).

Ситуация 4. Девочка, 15 лет.

Повод обращения: пониженный эмоциональный фон (мысли о смерти)

Внешность подростка: нормостенический тип телосложения, невыраженная мимика лица, свободный покрой в одежде (соответствует гендеру, сезону, контексту ситуации), длинные волосы, отсутствие макияжа, гигиенические нормы соблюдены.

Особенности поведения на консультации: в пространстве, времени и собственной личности ориентируется; на задаваемые вопросы отвечает кратко, причинно-следственные связи в рассуждениях присутствуют. Во время консультации девочка была спокойна и демонстрировала эмоционально стабильное состояние. Объясняет свои действия (нанесение царапин) тем, что таким образом снимает «душевную боль», которая у нее появляется произвольно в ситуациях эмоциональной неустойчивости (истерика). Обычно девочка царапает себе руки лезвием. Девочка отмечает, что не чувствует боли, когда наносит себе повреждения, только спустя какое-то время появляются болевые ощущения и чувство вины о совершенных действиях. Также девочка говорила о том, что у нее постоянные мысли о смерти. Со слов девочки, мама знает о ее склонности к самоповреждающему

поведению, но ничего с этим не делает, только ругает. Сама подросток объясняет свое подавленное состояние тем, что в семье постоянно между родителями возникают конфликты, по причине того, что отец «пьет» и бьет мать, а та, в свою очередь, эмоционально «срывается» на нее. Девочка неоднократно обращалась за помощью к своей маме, чтобы та нашла ей психолога/психиатра. В этом году в феврале мама девочки обратилась в частном порядке к психотерапевту по месту жительства, который диагностировал подростку «депрессию с повышенным уровнем тревожности» и назначил медикаментозное лечение. Девочка с этими лекарствами приехала в лагерь, но их не принимает т.к. они находятся на хранении у отрядного педагога. Девочка призналась, что без лекарств ей сложнее, и она особо не замечает терапевтического эффекта, постоянно думает о смерти. Планов на будущее нет, «не знает, что хочет от жизни».

Ситуация 5. Девочка, 14 лет.

Повод обращения: Потребность в курении.

Проблема: аддиктивное поведение.

Внешность подростка: нормостеническое телосложение, мимика лица выражена эпизодически, конгруэнтна стимулам среды, одежда гендерно-

нейтральная, преобладают шорты, рубашки с длинными рукавами темных тонов, не в полной мере соответствует сезону (рассчитана на более прохладную погоду), контексту ситуации, гигиенические нормы соблюдены. Визуально стигмы онтогенеза не наблюдаются. Волосы короткие, прямые, окрашены в сине-зелёный цвет, по типу ближе к карэ. На обеих руках от кистей до локтей на внутренней стороне плотно нанесены порезы размером 2-4 см, примерно по 10-20 штук на каждой руке в основном белесого цвета.

Мыслительная сфера подростка с особенностями: мировосприятие бытовой сферы фрагментарно, не соответствует возрасту (на уровне старшего дошкольника), при этом смысложизненные рассуждения присутствуют, но чёткого образа будущего нет. Причинно-следственные связи в рассуждениях присутствуют, но нарушены процедуры обобщения, выводы носят трансдукционный характер.

Особенности поведения: в пространстве ориентируется частично (хорошо запоминает топографию, но периодически не соотносит качественные характеристики), во времени и собственной личности ориентируется, контакт глаз

поддерживает, на задаваемые вопросы отвечает охотно.
Нормотипичный фон настроения.

Дополнительная информация: единственный ребёнок в семье, воспитывается в полной семье, с папой хорошие отношения доверительные, с мамой – более эмоционально дистантные. Любит рисовать, читать психологическую литературу, увлекается астрономией и игрой на гитаре. В ходе беседы выяснилось, что девочка состоит на КДН по месту проживания, несколько раз сбегала с дома, подралась с охранником в школе. Состоит на учёте у психолога и психотерапевта. Принимала психотропные препараты, которые назначал врач («Тизирцин», со слов девочки), год уже не принимает. Девочка приехала на 2 смены в лагерь, для того чтобы в дальнейшем её сняли с учёта КДН (со слов девочки). Со слов подростка, она курит с 10 лет постоянно, мама об этом знает и обеспечивает средствами для курения (в лагерь привезла айкос, вожатым был изъят). Позднее мама прислала фото справки от врача-невролога, в которой указано следующее: диагноз G90.8 «ВСД пубертатного периода, астено-невротический синдром»; рекомендовано седативная терапия («персен» или «ново-пассит» или

«валериана» по схеме: 1 таблетка x 1-2 раза/день, 1 месяц).

Как видно из приведённых выше примеров, все подростки ощущают свою жизненную ситуацию субъективно как непростую, в некоторых случаях объективно отягощенную имеющимися обстоятельствами и напряжёнными отношениями с родителями. У них очень скудный опыт получения поддержки от близких или отсутствие такого, что влияет на степень доверия миру, общую низкую ресурсность и слабую эмоциональную устойчивость.

Часто деструктивное поведение таких подростков является симптомом дисфункциональной семейной системы (что-то в семье функционирует неправильно, и чтобы семья-система не рассыпалась, подросток находит единственный для себя способ совладать со своими переживаниями). В любом случае, ответственность за то, как живёт семья и подросток в ней, несут взрослые члены семьи.

Задача помогающего специалиста (который соприкоснулся с болью ребёнка кратковременно в условиях детского лагеря или который осуществляет помощь и поддержку пролонгировано) – помочь подростку найти внутренние точки опоры, дать

возможность и право легально выразить накопившиеся чувства, но не дискредитировать членов семьи как потенциальных виновников происходящего. Вторая задача специалиста – мотивировать подростка и его родителей (как несущих юридическую ответственность за жизнь, здоровье и благополучие несовершеннолетнего ребёнка) признать имеющуюся проблему, ее серьёзность и обратиться к специалистам по месту жительства. В числе таких специалистов могут быть психиатр, невролог, эндокринолог (для исключения психиатрической или органической отягощённости или ее выявления и назначения соответствующей медикаментозной поддержки), психотерапевт (для проведения личной терапии с подростком), семейный психолог (для работы со всей семейной системой), в некоторых случаях – специалисты органов социальной защиты (если семья находится в трудной жизненной ситуации для помощи в решении социально-бытовых вопросов).

Задача сотрудников детского лагеря – создать такую ситуацию для ребёнка, чтобы он не чувствовал себя в лагере как в еще более субъективно опасном для себя месте, чтобы смог соприкоснуться с альтернативными способами реагирования эмоций, при готовности – попробовать их; чтобы у ребёнка

появилась возможность попробовать позитивные способы взаимодействия со сверстниками, взрослыми и миром в целом; «нащупать» перспективы для себя после окончания лагерной смены и возвращения домой.

ПРИНЦИП ДИАГНОСТИКИ И МЕТОДЫ ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТМИ И ПОДРОСТКАМИ, СКЛОННЫМИ К САМОПОВРЕЖДАЮЩЕМУ ПОВЕДЕНИЮ.

Аутодеструктивное поведение встречается в структуре разных расстройств, располагающихся на разных уровнях организации психической патологии (по О.Кернбергу и Н.МакВильямс):

- невротический уровень (обсессивно-компульсивное расстройство, пищевые расстройства, психосоматика, истерический невроз и некоторые другие);
- пограничный уровень (пограничное личностное расстройство, мазохистическое личностное расстройство, зависимости);
- психотический уровень (депрессии, биполярно-аффективное расстройство, парафилии, бредовые состояния).

Но также самоповреждающее поведение может являться самостоятельным синдромом и не являться частью другого расстройства.

Сам механизм аутодеструкции реализуется из-за смещения подавленных эмоций (агрессии, обиды, вины и пр.) на себя. Важную роль в направлении деструктивных импульсов на себя играют самоотношение, структура

идентичности, уровень защит. Немаловажную роль в формировании самоповреждающего поведения играет чувство гнева, возникающее в детстве в ответ на агрессию и физическое насилие, которое в условиях хроничности накапливается, вытесняется и кристаллизуется в бессознательном, проявляясь в стремлении уничтожить часть себя - ту часть, которая была «виновата в беспомощности». Часто подобное находит отражение у подростков, систематически подвергающихся избиениям, травле и/или насилию. Причинение боли – заменитель гнева к насильнику и/или агрессору (особенно это актуально в ситуациях культурного запрета на выражение эмоций обидчику).

Как правило, люди с самоповреждающим поведением испытывают эмоциональный дискомфорт (беспокойство, напряжение) перед выполнением вредного воздействия; многие отмечают внутреннее желание чувствовать боль и видеть кровь, но в то же время понимают, что самоуничтожение наносит вред здоровью и осуждается обществом. После совершения вредных действий они испытывают эмоциональное облегчение, а затем - чувство вины.

Можно условно выделить следующие функции самоповреждающего поведения:

- попытка справиться с острым расстройством, добиться чувства облегчения;
- попытка отвлечься от болезненных переживаний через физическую боль;
- ощутить контроль над собственным телом, состоянием, эмоциями;
- преодолеть ощущение эмоционального онемения, пустоты;
- «почувствовать хоть что-то» (физическую боль), ощутить себя «живым»;
- попытка выразить наглядно внутренние переживания;
- обозначить (для окружающих) свои переживания, депрессивное состояние;
- наказать себя;
- исследовать границы своего тела, своих возможностей.

Самоповреждающее поведение у подростков имеет свои особенности и проявляется в следующих формах: самопорезы, удары по собственному телу или удары о различные предметы мебели, стены, выдергивание волос, расчесывание кожи, обкусывание ногтей и губ, втыкание в себя предметов, переедание/недоедание. Это может потенциально говорить о

наличии конфликта в семье, переживаниях в дружеских и любовных сферах жизни подростка, возможном желанием выделиться среди друзей, доказать свою уникальность и непохожесть на кого-либо, а также – о стрессе, связанном с экзаменами, травлей в школе и давлением сверстников. После нанесения повреждений подростки какое-то недолгое время действительно чувствуют себя лучше, ощущают, что могут справиться с проблемами. Но они так же признаются, что причины стресса никуда не уходят, а усугубляются, вызывают дальнейшие тяжелые переживания и ухудшают самочувствие.

По опыту педагогов-психологов социально-психологической службы ВДЦ «Орлёнок» относительно данной категории можно отметить следующее: на обучение по дополнительным общеразвивающим программам приезжают подростки, видимые следы самоповреждающего поведения у которых выявляются непосредственно в момент заезда и прохождения им медицинского осмотра перед зачислением в детский лагерь. Как правило, каких-либо документов с информацией об актуальной ситуации развития подростка и рекомендациями специалистов, оказывающих помощь и поддержку по месту жительства,

подросток с собой не привозит, что может свидетельствовать о том, что данную проблему родители или стараются «не замечать» (в 80% случаев выясняется, что даже родители не замечают наличие порезов, шрамов или глубоких ран на теле своих детей, а если и знают об этом, то не считают это значительным) или скрывают имеющийся анамнез и историю обращения к специалистам, что осложняет выстраивание траектории помощи подростку специалистами «Орлёнка».

Также сложность оказания помощи подросткам заключается в том, что подросток всеми способами пытается скрыть, что наносит себе повреждения, например, часто подросток желает скрыть наличие царапин, пряча их под одеждой (часто ребенок носит одежду с длинным рукавом или длинные штаны даже в солнечную и жаркую погоду), пластырем в цвет кожи (телесный), ношением украшений (браслетов, веревочек) на местах нанесения ран.

Несмотря на то, что самоповреждающие действия не тождественны суицидальным, они могут нести жизненные риски по следующим причинам:

1. Невысокая прогностичность у подростка последствий совершаемых действий (может перестараться с глубиной пореза).

2. Явление десенсбилизации. С течением времени происходит привыкание к болевым ощущениям; для того, чтобы заглушить боль душевную, нужно вызвать (по субъективным ощущениям) более сильную боль физическую, поэтому с течением времени требуется все более серьезное/глубокое самотравмирование.

3. Как угроза жизни такие действия могут расцениваться тогда, когда в дополнение к действиям есть суицидальный план.

В детском коллективе помимо физического причинения вреда негативным фактором является возможность наблюдения проявлений самоповреждающего поведения другими подростками и подражание таким действиям.

Для того, что учесть максимум нюансов, задача психолога, осуществляющего психолого-педагогическое сопровождение, грамотно описать и зафиксировать информацию о ребенке и о тех предпринятых действиях, которые психолог непосредственно или опосредованно через вожатых по отношению к данному подростку осуществлял. Для этого используется документ «Индивидуальная карта подростка», которая заполняется в соответствии со следующим алгоритмом.

Индивидуальная карта подростка

Фамилия Имя _____

Возраст ____ регион _____ смена № ____ год ____

Название образовательной программы _____

Причина (повод) обращения:

- когда возникла проблема, по поводу которой поступило обращение, при каких обстоятельствах;
- изменения в каких сферах жизни она за собой повлекла;
- как прежде справлялся с этой проблемой;
- обращался ли за профессиональной помощью (куда, когда).

Психологический анамнез жизни:

- психосоциальное развитие в детстве, особенности развития;
- перенесенные заболевания, травмы головы, операции;
- состоит ли (состоял) на медицинском учете у (указать специалиста) с диагнозом;
- состав семьи и семейные отношения;

- реакция на типичные стрессоры (посещение детского коллектива, школы, особенности отношений со сверстниками);
- стрессовые ситуации, выходящие за рамки привычного опыта и реакция на них;
- особенности характера;
- физическое развитие;
- типичные трудности, конфликты, асоциальные действия, злоупотребление психоактивными веществами;
- наследственность.

Психический статус (состояние на момент обследования)

- внешность;
- двигательная сфера (походка, координация движений, мелкая моторика, мимика, специфические двигательные нарушения);
- речь (уровень развития речи, скорость речи, интонация, особенности речи);
- сознание и ориентировка;
- развитие восприятия и его нарушения;
- внимание (объем, устойчивость, степень сосредоточения, переключение);

- общая активность (нормальная, сниженная, повышенная, утомляемость, устойчивость к нагрузкам);
- развитие мышления и его особенности (наглядно-действенное, наглядно-образное, словесно-логическое, тип соотношения, мыслительные операции: анализ, синтез, сравнение, абстракция; расстройства мышления);
- память (запечатление, сохранение, воспроизведение, механическое или смысловое запоминание, нарушение памяти);
- интеллект (определение характера умственной деятельности и интеллектуального коэффициента);
- особенности эмоционального реагирования (живость, дифференцированность, адекватность, состояние настроения (ровное, повышенное, пониженное, мрачное, благодушное и т. п.), наличие страха, тревоги, раздражительности);
- воля (сохранность, снижение, повышение произвольной активности, импульсивность);
- поведение (адекватность поведения, особенности поведения);

- особенности сновидений и нарушения сна (повторяющиеся сновидения, тревожные сны, кошмары, ночные пробуждения, снохождения, сноговорения, энурез, трудности засыпания, просоночные состояния);
- особенности деятельности: изменился ли характер деятельности под влиянием ситуации;
- самооценка, уровень притязаний, социальная зрелость, специфические личностные особенности (уверенность в себе, демонстративность, эгоцентризм, взрывчатость и т. д.);
- характер межличностного взаимодействия

Предварительный психологический диагноз(профессиональная оценка психологических трудностей на основе жалоб, психологического анамнеза, психического статуса, дополнительных методов диагностики).

Обоснование поведенческого диагноза или выдвижение гипотез о нем(на основании каких конкретно жалоб, анамнестических сведений, показателей психического статуса, данных обследования сформулирована психологическая проблема)

Данные дополнительного обследования (обычно результаты тестирования или анкетирования, сведения,

сформированные на основе наблюдения за эмоциональным состоянием подростка, уровнем включённости в предлагаемую деятельность).

Оформление карты по всем возможным перечисленным пунктам (автор-разработчик Н.Н. Котиленков – к.м.н., врач-психотерапевт, психиатр, сексолог, медицинский психолог, ведущий независимый судебный эксперт-психолог, директор «Центра классического психологического консультирования и экспертизы г. Смоленска») рекомендуется, если она будет передаваться специалистам по месту жительства по запросу для пролонгированной психологической и/или психотерапевтической работы. В условиях детского лагеря важно указать те сведения, которые возможно собрать со слов ребёнка и из привезённых им медицинских документов, описать особенности поведения, эмоциональный статус, внешний вид, наличие или отсутствие стигм онтогенеза, характер взаимоотношений со сверстниками и педагогами, ориентацию во времени, пространстве и собственной личности, особенности мыслительной деятельности (если они есть).

Оформленная индивидуальная карта подростка находится на хранении в социально-психологической

службе в электронном виде, по требованию может быть предоставлена законным представителям подростка или по судебному решению (в соответствии с ним) - иным лицам.

Краткая информация (анкетные сведения о подростке, характер выявленных трудностей и предпринятые действия) фиксируется в еженедельном документе «Дети на контроле», который находится на хранении в социально-психологической службе в электронном виде и дублируется в управление образовательных программ.

В условиях краткосрочного пребывания в детском лагере психолого-педагогическая работа с подростком с самоповреждающим поведением строится по индивидуальной в каждом случае траектории (непосредственно педагогом-психологом и/или опосредованно через отрядных воспитателей), направлена на оказание ему поддержки, информирование и обучение конструктивным способам управления эмоциями, мотивацию на обращение за специализированной помощью по месту жительства. Групповые формы работы, направленные непосредственно на преодоление уже имеющихся форм деструктивного поведения, не являются эффективными.

Потенциально возможна одна условная группа подростков в смену с данной проблемой численностью 2-6 человек на Центр, которые находятся в разных детских лагерях; чтобы такая группа функционировала, необходимо качественно построить пространственную, транспортную и временную логистику, что почти не обеспечимо в условиях высокой образовательной нагрузки и значительной территории.

Для формирования доверительных отношений со специалистом, готовности подростка раскрыться, пройти этот путь и завершить его, требуется время. Три недели – это слишком малый срок, во время которого можно «глубоко копнуть», и с этой раскопанной проблемой отпустить ребёнка домой, что может нанести еще больший вред (подросток доверился, раскрылся, но вынужден расстаться со специалистом и уехать домой со всеми эмоциями, которые «поднялись» у него за этот период). Поэтому педагогу-психологу также важно помнить про описанные выше ограничения, стараться не причинять добро, чтобы в конечном счёте не навредить подростку; при возникновении непреодолимой потребности «спасать» - обращаться к коллегам для получения поддержки интервизорского и супервизорского характера.

СИСТЕМА ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННАЯ НА РАЗВИТИЕ АДАПТИВНЫХ ФОРМ САМОРЕГУЛЯЦИИ, НА СНИЖЕНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ЗАКРЕПЛЕНИЯ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Недостаточная осведомленность о самоповреждающем поведении специалистов, работающих с подростками, ограниченный и узко транслируемый круг психологических исследований, посвященных самоповреждению подростков, обуславливает дефицит объективной информации о серьезности и распространенности этой проблемы на доклиническом уровне. С другой стороны, сама специфика подросткового поведения, связанная с нанесением самоповреждений, требует разработки специального профилактического подхода и модели его внедрения в образовательных учреждениях, под которыми как правило, подразумеваются общеобразовательные школы.

Для системы общего образования система превентивных мер была разработаны в 60-е годы прошлого века. Модель профилактики включала три

уровня. Первичная профилактика направлена на распространение знаний, обучение навыкам, касающимся общих вопросов охраны здоровья. Вторичная профилактика направлена на раннее выявление потенциальной проблемы/заболевания. Третичная профилактика является, по сути, лечением, она направлена на снижение тяжести последствий заболевания.

В контексте проблематики самоповреждающего поведения первичная профилактика подразумевает разработку мероприятий, связанных с повышением осведомленности о проблеме. Так, уже не один год 1 марта во многих странах мира проходит День осведомленности о самоповреждении (Self-injury Awareness Day); в РФ этот инфоповод остается в тени. В этот день люди, знакомые с проблемой самоповреждения (на своем опыте, опыте своей семьи, друзей или знакомых), проводят различные акции, цель которых информировать общество о том, что самоповреждающее поведение – это не что-то постыдное, что следует скрывать, порицать или игнорировать, но это то, о чем можно и нужно говорить. Конечно, возникают опасения, не является ли открытый разговор о проблеме тем, что может спровоцировать

самоповреждения у детей и подростков, которые ранее об этом не знали. Безусловно, нельзя гарантировать, что те, кто впервые услышат о самоповреждающем поведении, никогда не совершат нечто подобное. Как и невозможно узнать, совершат ли они самоповреждения и без этой информации, при этом втайне страдая от стыда и эмоциональной боли и скрывая следы от самоповреждений, не зная, к кому обратиться за помощью.

В профилактике самоповреждающего поведения используются многообразные психологические, социальные, педагогические и медицинские методы, которые можно обобщить в три большие группы:

1) методы, направленные на информирование о проблеме: например, как предотвратить самоповреждение; как помочь тому, кто наносит себе повреждения; как снизить риски осложнений после самоповреждения;

2) методы, направленные на 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 в образовательной организации: в одних случаях это может быть развитие более принимающей и поддерживающей среды, тогда как в других – повышение уровня информированности взрослых. Но

для повышения эффективности профилактического воздействия необходимо использовать и методы, направленные на информирование, и те методы, которые обеспечивают развитие и поддержку.

Эффективность профилактики самоповреждающего поведения среди подростков зависит от того, предусмотрены ли в программе мероприятия, направленные на формирование у подростков адаптивных стратегий поведения и эффективных приемов регуляции эмоций; способствует ли программа усилению поддержки, которую подростки могут получить со стороны других людей.

Следует учитывать: культурную специфику группы (это актуально для субкультур, в которых самоповреждение используется для создания групповой идентичности и коммуникации с другими членами группы); контекст (особенности среды образовательной организации); уровень 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).

Этапы профилактики самоповреждающего поведения в подростковой среде включают в себя следующие шаги

1 Выделение факторов риска самоповреждающего поведения и определение тех из них, на которые будет направлена профилактическая работа.

2 Выделение групп риска самоповреждающего поведения и определение того, к какой группе риска может быть отнесена целевая группа, с которой запланирована профилактическая работа. Особенно важно это для групп, в которых встречаются пересечения

факторов риска или действуют самые неблагоприятные факторы.

3 Определение типов работы с разными категориями лиц, составляющих социальное окружение подростка (родители или опекуны, учителя, воспитатели, социальные и медицинские работники).

4 Выбор методов и разработка конкретных стратегий профилактической работы для целевой группы с учетом уровня профилактики.

Учитывая всё выше сказанное, в ФГБОУ ВДЦ «Орлёнок» была разработана и внедрена модель оказания помощи и поддержки подросткам группы риска, у которых был опыт самоповреждающего поведения до приезда в детский лагерь с учётом имеющихся временных и юридических ограничений.

Для благоприятного и устойчивого результата по уменьшению частоты самоповреждающих действий требуется пролонгированная психотерапевтическая работа как с самим подростком, так и с его семейной системой с возможным привлечением для консультаций и назначения медикаментозной поддержки смежных специалистов. Данную работу невозможно осуществить в условиях детского лагеря по следующим причинам:

- краткосрочность пребывания подростка (21 день);
- невозможность полноценного привлечения к работе членов семьи (в «Орлёнок» подростки приезжают со всей страны и находятся без родителей);
- отсутствие права на психотерапевтическую деятельность у педагогов-психологов «Орлёнка».

При этом, договор на обучение по дополнительным образовательным программам, организации отдыха и оздоровления ребёнка между его законным представителем и ФГБОУ ВДЦ «Орлёнок» предусматривает обеспечение психолого-педагогического сопровождения ребёнка в процессе освоения дополнительным образовательным программам. В рамках психолого-педагогического сопровождения участников образовательно-оздоровительного процесса был разработан, утверждён и реализуется следующий **алгоритм действий по сохранению психологической безопасности подростка в организованном детском коллективе**, который включает в себя взаимодействие специалистов и руководителей нескольких отделов и служб «Орлёнка».

1. Медицинский персонал:

✓ На заезде во время медицинского осмотра при обнаружении у ребенка повреждений медицинский работник должен подробно описать их в медицинской карте обучающегося, прояснить у подростка причину возникновения повреждений, сообщить родителям и начальнику детского лагеря, передать информацию педагогу-психологу.

✓ В течение смены во время планового медицинского осмотра производить контроль на наличие свежих повреждений кожного покрова на теле подростка.

✓ При обнаружении свежих повреждений зафиксировать результаты осмотра в медицинской карте ребёнка, выяснить у обучающегося причину их появления, проинформировать сотрудников детского лагеря, довести до родителей ребёнка сведения о наличии свежих телесных повреждений.

✓ При необходимости провести беседу с подростком о последствиях такого поведения в условиях детского лагеря и о негативном влиянии на его здоровье, проинформировать о том, что самоповреждающее поведение может стать причиной для досрочного отчисления из ВДЦ «Орлёнок».

2. Педагог-психолог:

✓ При поступлении информации о присутствии в лагере подростка с самоповреждающим поведением специалисту необходимо собрать анамнез и оформить индивидуальную карту.

✓ Полученную информацию внести в еженедельный документ «Информация о детях на контроле», сообщить о данном обучающемся своему непосредственному руководителю, довести до сведения начальника детского лагеря и медицинский персонал для решения вопроса о дальнейшей тактике социально-педагогического и психолого-педагогического сопровождения в условиях детского лагеря (на сборе рабочей группы).

✓ В течение смены при необходимости проводить индивидуальную работу с подростком по стабилизации эмоционального состояния и информированию о способах конструктивной саморегуляции эмоционального состояния, мотивировать на дальнейшую работу с психологом по месту жительства.

✓ В случае выявления факторов риска нанесения подростком вреда своему здоровью инициировать дополнительный медико-психолого-педагогический консилиум для коллегиального принятия

решения о возможности продолжения участия подростка в обучении по дополнительной общеобразовательной программе в условиях детского лагеря и, при необходимости, корректировке индивидуального образовательного маршрута, либо о подготовке подростка к отъезду домой.

3. Начальник детского лагеря должен:

✓ После поступления информации о присутствии в детском лагере подростка с самоповреждающим поведением необходимо собрать рабочую группу в составе: врач детского лагеря, педагог-психолог, воспитатель отряда, заместитель начальника по организационной работе (или куратор отряда);

✓ Взять руководство выработкой стратегии, сообщить о ней родителям;

✓ Осуществлять контроль исполнения выработанных рекомендаций сотрудниками детского лагеря.

4. Куратор/заместитель начальника:

✓ Оказывает содействие в реализации отрядными педагогами выработанных рекомендаций;

✓ Контролирует процесс включения и участия подростка в образовательную деятельность отряда и детского лагеря;

✓ Контролирует выполнение рекомендаций отрядными педагогами по взаимодействию с данным ребёнком.

5.Отрядный педагог:

✓ Фиксирует в педагогическом дневнике информацию о наличии в отряде подростка, склонного к самоповреждающему поведению, ставит в известность куратора (или заместителя начальника детского лагеря), педагога-психолога;

✓ Ежедневно спрашивает подростка его о самочувствии, эмоциональном состоянии, наблюдает за качеством его взаимодействия со сверстниками, проясняет сферы интересов, содействует созданию условий для их реализации в условиях д/п и других пространствах «Орлёнка»;

✓ Присматривает за подростком, периодически делает визуальный осмотр личных вещей и состояния кожи ребёнка;

✓ Перед отбоем информирует ночного воспитателя о данном ребёнке;

✓ Регулярно информирует педагога-психолога, начальника детского лагеря и административную группу о поведении и эмоциональном состоянии подростка.

Важно сделать акцент на репертуаре приёмов и средств, которые может использовать отрядный педагог, если в его отряде такой подросток. Это такие же приёмы и средства, которые воспитатель использует с остальными детьми в отряде (не нужно выделять данного подростка при проведении отрядных дел, важно создать ситуацию, в которой подросток будет наравне со всеми, частью команды, пусть в какие-то моменты не активным участником, а наблюдателем). Также отрядному педагогу важно помнить о следующем:

- выполнение действий, описанных в Алгоритме для педагога является не только инструкцией, но и страховкой;

- подросток с самоповреждающим поведением нуждается во внимании, но это внимание не должно быть навязчивым, нарочитым; важно проявлять интерес к ежедневному состоянию подростка, наблюдать за его настроением, быть готовым вступить с таким подростком в беседу, выслушать его жизненную историю;

- помнить, что идеальных педагогов не существует и без боязни эту неидеальность проявлять («я не знаю ответ на твой вопрос сейчас, но я уточню информацию, и мы сможем вернуться к этому разговору позднее»); подросток итак ощущает себя недостаточно хорошим, а

когда вокруг все идеальные, пропасть между ним и другими становится субъективно еще больше; если вожатый откроется подростку как живой человек с достоинствами и недостатками, этот опыт может стать для подростка целительным;

- отрядному педагогу важно поддерживать деловой уровень взаимодействия как с куратором, так и с педагогом-психологом, не умалчивать о трудностях информировать об актуальной ситуации.

Данный алгоритм в целом чётко определяет зоны ответственности педагогических и медицинских сотрудников детского лагеря, что позволяет комплексно подойти к вопросу профилактики аутодеструктивных действий подростка во время лагерной смены и создать для конкретного подростка зону субъективного комфорта и безопасности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В сборнике была всесторонне рассмотрена проблема самоповреждающего поведения. Были обобщены подходы к пониманию феномена аутодеструктивного поведения на основе обзора опыта работы признанных зарубежных специалистов и специалистов РФ в области психического здоровья детей и подростков. Были рассмотрены тенденции относительно причин возникновения данного типа поведения, его функций и рисков, выявлен характер проявления самоповреждающего поведения. Также был представлен как опыт психолого-педагогического сопровождения подростков данной категории, приезжающих в ВДЦ «Орленок», так и алгоритм действий специалистов и руководителей различных отделов и служб.

Подводя итоги, важно отметить, что проблема самоповреждающего поведения продолжает быть актуальной во многих сферах жизни, она гораздо больше распространена, чем об этом говорят немногочисленные исследования. В этом сборнике обозначенная проблема представлена в ракурсе статистики и практического опыта по сфере дополнительного образования в силу ведомственной принадлежности авторского коллектива.

При рассмотрении проблемы self-harm в других возрастных группах, других условиях и структурах (спортивные команды, школьные и студенческие коллективы, система исполнения наказаний, военные училища и места прохождения военной службы, закрытые интернаты и т.д.), могут быть выявлены дополнительные причины и функции, более актуальны приемы оказания помощи и поддержки, профилактики явления в целом.

Список использованных источников

1. Афолина Ю.С., Булыгина В.Г., Григорьева А.А. Взаимосвязь самоповреждающего поведения и употребления психоактивных веществ подростками (обзор литературы). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018; 4 (101): 98-104
2. Бек А. Когнитивная психотерапия расстройств личности / А. Бек, А. Фримен. – СПб.: Питер, 2018. – 448 с.
3. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М.: Per Se,, 2006.
4. Вассерман Л.И. Психологические механизмы совладания со стрессом профессиональной деятельности (на модели лиц «Опасных профессий») / Л.И. Вассерман, Е.Л. Исаева, М.Ю. Новожилова, О.Ю. Щелкова // Вестник СПбГУ. Серия 12. Социология. – 2008. – Вып. 4. – С. 364-373.
5. Григорьева Е. Селфхарм // Абьюз: психотерапия эмоционального, физического и сексуального насилия. [Электронный ресурс]. URL: <http://stop-abuse.ru/selfharm/> (дата обращения: 09.08.2022).

6. Демина М. Селфхарм. [Электронный ресурс].
URL: <https://www.b17.ru/article/137587/> (дата обращения:
09.08.2022).

7. Зотов М.В. Когнитивный подход к ранней диагностике суицидального поведения / М.В. Зотов, Д.О. Дмитриева, К.А. Долбеева // Вестник СПбГУ. Серия 12. – 2010. – Вып. 3. – С. 225-232.

8. Кернберг О.Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях: пер. с англ. / О.Ф. Кернберг. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 367 с.

9. Личко А.Е. Саморазрушающее поведение у подростков / А.Е. Личко, Ю.В. Попов // Социальная психиатрия: Фундаментальные и прикладные исследования. – Л., 1990. – С. 77-82.

10. Меннингер К. Война с самим собой / К. Меннингер. – М.: ЭксмоПресс, 2001. – 479 с.

11. Мухамедрахимов Р.Ж. Влияние опыта жизни в закрытом учреждении на последующее развитие ребенка / Р.Ж. Мухамедрахимов // Дефектология. – 2006. – №1. – С. 21-24.

12. О селфхарме со специалистом. Беседа с подростковым психологом Крысько Н. [Электронный

ресурс]. URL: [http:// selfharmhelp.tilda.ws/interview](http://selfharmhelp.tilda.ws/interview) (дата обращения: 09.08.2022).

13. Польская Н.А. Взаимосвязь временной перспективы и личностных черт с актами самоповреждения больных опийной наркоманией / Н.А. Польская // Известия Саратовского университета. Новая серия Философия. Психология. Педагогика. – 2012. – Вып. 3. – С. 87-91. Польская, Н.А. Взаимосвязь временной перспективы и личностных черт с актами самоповреждения больных опийной наркоманией / Н.А. Польская // Известия Саратовского университета. Новая серия Философия. Психология. Педагогика. – 2012. – Вып. 3. – С. 87-91.

14. Польская Н.А. Роль социальных факторов в развитии самоповреждающего поведения / Н.А. Польская // Клиническая и специальная психология. – 2012. – №2. – С. 45-48.

15. Польская Н.А. Самоповреждающее поведение в клинической практике / Н.А. Польская // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2011. – №2. – С. 4-8.

16. Польская Н.А. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и

нарушенном психическом развитии: автореф. дис. д-ра психол. наук. М., 2017.

17. Сагалакова О.А. Когнитивно-перцептивная избирательность и регуляция социальной тревоги в ситуациях оценивания / О.А. Сагалакова, И.Я. Стоянова // Известия Алтайского государственного университета. – 2015. –3- 1(87). – С. 75-80.

18. Тверская Е., Моисеева Т., Крысько Н. Что такое самоповреждающее поведение? М., 2018. (Материал публикуется с разрешения организации Mind (Mental health charity), Великобритания).

19. Шпиц Р.А. Психоанализ раннего детского возраста / Р.А. Шпиц. – М.: ПЕРСЭ; СПб.: Университетская книга, 2001. – 159 с

20. Doyle L., Treacy M.P. & Sheridan A. Self-harm in young people: Prevalence, associated factors, and help-seeking in school- going adolescents // International Journal of Mental Health Nursing. 2015. № 24 (6). P. 485–495. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26215186> (дата обращения: 09.08.2022).

21. Fischer G., Brunner R., Parzer P., Resch F., & Kaess M. Short-term psychotherapeutic treatment in

adolescents engaging in non-suicidal self-injury: a randomized controlled trial // *Trials*. – 2013. – Vol. 14. – Art. 294. doi: 10.1186/1745-6215-14-294

22. Farberow N.L. Indirect self-destructive behavior: Classification and characteristics / N.L. Farberow // *The Many Faces of Suicide* / In Norman L. Farberow (ed.). – New York: McGraw-Hill Book Company, 1980. – 257 p.