
МАСТЕРСКАЯ И МЕТОДЫ

МОДЕЛИ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

Н.А. ПОЛЬСКАЯ*,

Московский государственный психолого-педагогический
университет, Московский институт психоанализа, Москва, Россия,
polskayana@yandex.ru

Представлен обзор моделей коррекции при самоповреждающем и суицидальном поведении. В рамках когнитивно-бихевиорального подхода рассмотрены обучающая когнитивно-бихевиоральная терапия; групповая терапия, направленная на улучшение качества эмоциональной регуляции и фокусирующаяся на повышении осознанности эмоций; диалектическая бихевиоральная терапия, направленная на повышение осознанности в эмоциональной сфере, улучшение межличностных отношений и научение адаптивным способам эмоциональной регуляции; процедура функционального анализа и тренинг функционального общения. В рамках психодинамического подхода выделены: терапия, основанная на ментализации; терапия, сфокусированная на переносе; психоаналитическая психотерапия и когнитивно-аналитическая терапия. Рассмотрены модель семейной терапии, основанная на

Для цитаты:

Польская Н.А. Модели коррекции и профилактики самоповреждающего поведения // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 110—125 doi: 10.17759/cpp.20162403007

* *Польская Наталья Анатольевна*, кандидат философских наук, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии Московского государственного психолого-педагогического университета, Москва, Россия, polskayana@yandex.ru

теории привязанности, и многомерная модель вмешательства при самоповреждающем поведении. Обсуждаются общие и частные вопросы профилактики самоповреждающего и суицидального поведения в клинической и общей популяциях. Указаны требования к разработке программ профилактики самоповреждающего поведения для школ.

Ключевые слова: самоповреждающее поведение, суицидальное поведение, коррекция, профилактика.

Феноменологическую близость суицидального и самоповреждающего поведения отмечают многие специалисты. Самоповреждающее поведение часто связывают с действиями, направленными на повреждение собственного тела, но без суицидальных намерений [3; 4; 5; 6; 17; 23]. Помимо этого выделяют и другую специфику самоповреждающего поведения, выходящую далеко за рамки клиники и психопатологии, и определяющую сложный круг психологических проблем, отражающих онтогенетические особенности, культурное значение, социальную селекцию санкционированных способов и форм самоповреждения [3; 17]. Для современных исследователей самоповреждающее поведение представляет собой группу феноменов поведения, как клинического, так и доклинического уровней, указывающих на вероятностный суицидальный риск и психологические проблемы, связанные с эмоциональной регуляцией и пониманием эмоций, Я-концепцией, тревожностью, враждебностью и нейротизмом [1; 4; 5; 6; 10; 11; 17; 19].

Социально значимым и наиболее востребованным является выявление ранних предпосылок к суицидальному поведению [1; 10; 11], в качестве которых выступают акты самоповреждения, и понимание собственно психологических механизмов самоповреждающего поведения [5; 6].

Самоповреждающее поведение, по оценке специалистов, характерно для разных возрастных и социальных групп и наблюдается в общей популяции и в клинических выборках [1; 2; 4; 10; 11; 20]. Исследователи из разных стран отмечают рост проявлений самоповреждающего поведения в подростковой среде, что объясняется спецификой взросления современных подростков [7], обусловленной интенсивным развитием коммуникационно-информационных технологий, усилением социального интереса к культурно-санкционированным формам рискованного поведения (например, к модификациям тела), появлением новых форм психопатологии [8; 10; 11]. С другой стороны, повторные самоповреждения у взрослых, приводящие к госпитализации, служат причиной дистресса у пациентов и их ближайшего окружения, что обуславливает необходимость в разработке моделей психосоциальной интервенции,

которая направлена на оказание психологической помощи и обеспечение поддержки пациенту [20].

Выделяют разные формы самоповреждающего поведения, а в различных дефинициях внимание фокусируется на его отдельных аспектах: например, саморазрушительное поведение, членовредительство, аутоагрессия. Взаимосвязь и близость понятий самоповреждающего и суицидального поведения неоднократно обсуждалась. Для их различения сформулированы такие термины, как несуйцидальное самоповреждающее поведение, парасуйцид. И хотя большинство самоповреждений, наблюдаемых при нормативном психическом развитии в подростковом, юношеском и молодом возрасте, имеют доклинический уровень и являются несуйцидальными [4; 5; 23], нельзя полностью исключить суицидальные интенции, что требует обязательной проверки и уточнения возможного суицидального риска при самоповреждающем поведении в рамках планируемой терапии и выделения релевантных мишеней психологической коррекции. Следует отметить, что программы профилактики и коррекции, разрабатываемые для лиц с самоповреждающим поведением, в своих основополагающих принципах близки аналогичным разработкам при суицидальном поведении.

В данной статье осуществлен аналитический обзор направлений и моделей коррекции и профилактики СП. Большинство моделей, используемых в коррекции симптоматики и причин самоповреждающего поведения, базируются на психодинамическом или когнитивно-бихевиоральном подходах в психотерапии. Терапевтическое вмешательство осуществляется как в индивидуальном, так и в групповом форматах работы, которые могут варьироваться в зависимости от целей терапии и динамики терапевтического процесса. 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 [27]. Коррекция самоповреждающего поведения осуществляется в рамках проведения комбинированной терапии, сочетающей медикаментозные и поведенческие методы, с учетом специфики возможных поведенческих, личностных или аффективных расстройств и нарушений психического развития.

Модели, основанные на когнитивно-бихевиоральном подходе

По мнению специалистов, *когнитивно-бихевиоральная терапия* ведет не только к снижению частоты актов самоповреждения, но и помогает при сопутствующих психопатологических симптомах, фокусируясь на

выработке пациентом эффективных способов преодоления проблем на основе оценки влияния убеждений и эмоций на его поведение [9; 20; 23]. На основе рандомизированного исследования обосновывается эффективность данной модели при применении ее в работе со взрослыми пациентами, причиняющими себе вред. В результате было выявлено, что вероятность нанесения себе повреждений снизилась на 6% [20].

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

- 1) функциональная оценка проблемного поведения, на основе которой составляется план лечения пациента с самоповреждающим поведением;
- 2) обучение пациента навыкам, отсутствие или недостаточная сформированность которых связаны с самоповреждением (например, коммуникативные навыки, навыки решения проблем);
- 3) изменение поведения пациента (в данном случае устранение положительного подкрепления самоповреждающего поведения);
- 4) когнитивное реструктурирование — выявление, оценка и изменение иррациональных убеждений, приводящих к самоповреждению (например, «тело отвратительно и заслуживает наказания», или «самоповреждение приемлемо») [17; 23].

В другой модели, *обучающей когнитивно-бихевиоральной психотерапии* (*manual-assisted cognitive-behavioral therapy, МАСТ*, Evans K. et al., 1999), сочетаются классические когнитивно-бихевиоральные приемы и техники решения проблем (*problem-solving therapy*) [16]. Акцент делается на информировании клиента о продуктивных способах совладания с трудными и стрессогенными жизненными ситуациями. Терапия является краткосрочной: в течение шести встреч клиенты получают информацию о самоповреждении, способах его преодоления и источниках помощи в кризисных ситуациях [15].

В русле когнитивно-поведенческого подхода разработана *модель групповой терапии, направленной на улучшение качества эмоциональной регуляции* у женщин с пограничным личностным расстройством и самоповреждающим поведением [19]. Фокус терапии — повышение осознанности и принятия эмоций. Модель базируется на результатах исследований, согласно которым избегание негативных эмоций ведет к повышению их интенсивности. На завершающем этапе терапии происходит обучение приемам поведения, которые основаны на принятии, а не на избегании, и связаны с ценностными жизненными сферами клиенток [19].

Диалектическая бихевиоральная терапия также разработана специально для пациентов с пограничным расстройством личности с суицидальным и самоповреждающим поведением и направлена на повышение осознанности в эмоциональной сфере, улучшение межличностных отношений и научение адаптивным способам эмоциональной регуля-

ции [25]. 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 [25].

Для работы с проблемой самоповреждающего поведения у пациентов с нарушениями психического развития используют различные формы коррекционного воздействия, основанные на теории бихевиоризма.

Процедура функционального анализа направлена на определение и анализ функции проблемного поведения и факторов внешней среды, его поддерживающих [12]. В рамках этой процедуры предусмотрено выполнение экспериментальных условий: внимание, избегание требований, одиночество, игра [12]. Каждое из условий характеризует определенную модель поведения, которая может быть связана с усилением или ослаблением действий самоповреждающего характера. На основе наблюдения за поведением ребенка и проявлениями самоповреждения в варьируемых условиях формулируется вывод о средовых факторах, способствующих усилению самоповреждающего поведения [12]. На основе этого определяется стратегия коррекционной работы.

Аналогичной формой коррекции является **тренинг функционального общения**, при котором детей с нарушениями психического развития и различными проявлениями проблемного поведения (включая самоповреждения) обучают вербальным способам поиска внимания и помощи со стороны взрослых, что снижает вероятность нежелательного поведения [14]. С функциональной точки зрения фразы, которым обучают детей, замещают проблемное поведение за счет того, что они направлены на поиск того же положительного подкрепления (похвала) или избегание того же отрицательного подкрепления (сложность задачи), что и проблемное поведение.

Модели, основанные на психодинамическом подходе

Психоанализ — одно из первых направлений в психологической практике, столкнувшееся с проблемой самоповреждающего поведения

[3]. В процессе психоанализа пациентов с самоповреждающим поведением особое внимание уделяется переносу и психологическим защитами, а также анализу причин самоповреждения и его символического значения [2; 3]. Однако, по мнению Нельсон и Грюнебаум, улучшение при психоаналитической терапии наступает не в результате инсайта, а благодаря тому, что пациенты:

- 1) обучались выражать свои эмоции вербально;
- 2) обучались другим способам выражения своих негативных эмоций;
- 3) получали поддержку со стороны других пациентов в групповой терапии и медицинского персонала (цит. по: Favazza, 1996) [17].

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 одного-пяти лет после лечения снижается частота актов самоповреждения, суицидальных попыток и обращения за помощью в больницы (в связи с самоповреждениями) и психиатрические клиники, улучшаются межличностные отношения [23].

В рамках психодинамического подхода рассматривают различные виды терапии: терапия, основанная на ментализации, сфокусированная на переносе, психоаналитическая психотерапия и когнитивно-аналитическая терапия. Отмечается эффективность этих моделей по сравнению со стандартным психиатрическим лечением больных с пограничным личностным расстройством в клинике [26]. Несмотря на разную концептуализацию механизмов, лежащих в основе поведенческих нарушений при пограничном личностном расстройстве, все разновидности психодинамической терапии приводят к снижению частоты несуйцидальных и суйцидальных самоповреждений (табл.).

Семейная терапия, основанная на теории привязанности

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 [22].

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 [22].

Многомерная модель вмешательства при самоповреждающем поведении у подростков

К. Йип (*K. Yip*) предлагает многомерную модель вмешательства при самоповреждающем поведении у подростков (которая также может выступать как перечень направлений профилактики самоповреждающего поведения), состоящую из следующих блоков.

1. *Улучшение социальной среды для подростков.* Сюда относится целый ряд рекомендаций по улучшению, экологизации социальной среды, в которой происходит взросление современного подростка: предотвращение сексуализации девушек в рекламе и СМИ, уменьшение требований системы образования, более справедливые условия найма на работу и т. п.

2. *Психологическая помощь подростку в решении межличностных проблем.* Поддержка 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.

Таблица
Терапевтические цели и техники в психодинамической терапии при пограничном расстройстве личности

Вид психодинамической терапии	Механизм, лежащий в основе пограничного расстройства	Терапевтические цели	Направления и этапы работы
Терапия, основанная на ментализации	Нарушения привязанности и ментализации (способности рассматривать внутренний мир другого как независимый от собственного)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Идентификация и выражение аффекта. 2. Формирование стабильных внутренних репрезентаций. 3. Формирование связного чувства Я. 4. Способность создавать безопасные отношения 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Работа с контролем над эмоциями (понимание эмоций, их причин в конкретной ситуации, конструктивное выражение эмоций и предвосхищение чувств партнера по общению). 2. Развитие способности к ментализации. 3. Индивидуальная и групповая работа с переносом для понимания динамики отношений
Терапия, сфокусированная на переносе	Нарушения личностной организации (по О. Кернбергу), которую составляют репрезентации себя и других (нарушения дифференциации и интеграции репрезентаций)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Улучшение контроля над поведением, регуляции аффекта, создание близких отношений и способность следовать жизненным целям. 2. Развитие интегрированных репрезентаций себя и других. 3. Трансформация примитивных защит. 4. Преодоление диффузной идентичности 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Решение срочных задач (в течение первого года терапии): СП и суицидальное поведение, препятствие лечению, переживание прошлых объектных отношений. 2. Анализ переноса. 3. Интерпретация психологических защит (особенно идеализации)
Психодинамическая психотерапия	Внутренние процессы, препятствующие развитию и обретению психологической зрелости (напрям, негативные эмоции, линейное мышление)	Выявление и помощь в осознании пациентом патологических защит	<ol style="list-style-type: none"> 1 этап: исследование симптомов, межличностных отношений, определение проблемных областей. 2 этап: открытое использование переноса для выявления подавляемых чувств и связывания их с межличностными отношениями. 3 этап: обсуждение путей дальнейшей работы над собой
Когнитивно-аналитическая терапия	Хроническое ограничение выражения/ подавления эмоций, ведущее к потере чувства контроля за поведением (особенно характерно для СП)	Поиск эмоциональных паттернов отношения к себе и другим, которые связаны с проблемным поведением	Разыгрывание эмоциональных ролей, связанных с непродуктивными копингами; пересказ своей истории; научение распознаванию переноса в межличностных отношениях. Техника «прошального письма», в котором пациент описывает достигнутое в процессе терапии

4. *Повышение целостности и чувства собственной значимости у подростка* (за счет участия в важных мероприятиях, волонтерских организациях, создания групп поддержки и т. п.) [29].

Профилактика суицидального и самоповреждающего поведения

Общие положения превентивных мер были разработаны 60-е гг. XX в. [24]. Модель профилактики включала три уровня.

1. Первичная профилактика направлена на распространение знаний и обучение навыкам, касающимся общих вопросов охраны здоровья.

2. Вторичная профилактика направлена на раннее выявление заболевания.

3. Третичная профилактика является, по сути, лечением, она направлена на снижение тяжести последствий заболевания (Leavell, Clark, 1965; цит. по: Bertolote, 2014) [13].

Другая модель профилактики, более подходящая для поведенческих расстройств и психических отклонений с неясной этиологией, была предложена Р. Гордоном (Gordon, 1987, цит. по: Bertolote, 2014) [13]. В нее входят следующие виды превенции.

1. Универсальная профилактика, направленная на повышение осведомленности о проблеме в общей популяции (пример — День предотвращения суицида).

2. 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).

3. Указывающая профилактика, направленная на конкретных индивидуумов, у которых уже проявилось данное расстройство.

При профилактике суицидального поведения делается акцент на его 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 больных с зависимостями и личностными расстройствами, а на уровне указывающей профилактики — терапия для больных 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) [13].

Вредными признаются следующие меры профилактики: терапия восстановления подавленных воспоминаний, повышение осведомленности школьников о суициде, сообщения о суицидах в СМИ и «контракты» (пациент подписывает документ, не имеющий легальной силы, о том, что не совершит суицид в определенный промежуток времени). Особенно проблематична профилактика суицида у подростков и молодежи: существуют сомнения в эффективности как фармакологических, так и образовательных программ [21].

На настоящем этапе наблюдается дефицит программ профилактики самоповреждающего поведения. К наиболее известным превентивным мероприятиям относятся:

— «вторичная» профилактика самоповреждающего поведения, в рамках которой пациентам клиник предоставляется помощь по телефону от терапевтов-стажеров (Morgan, Jones, Owen, 1993);

— 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», когда учителей обучают узнавать признаки того, что данный студент совершает самоповреждения, они также читают студентам лекции о том, как помочь сверстникам с СП (Jacobs et al., 2009).

Две из трех данных программ были разработаны специально для учебных заведений, что отвечает одному из факторов риска СП — подростковому и юношескому возрасту.

Разрабатывая программу профилактики СП для школ, следует учесть целевую группу (все школьники, группы риска, школьники в стрессовых ситуациях, например, при переходе из средней школы в высшую) и уровень вмешательства (индивидуальная работа, работа с классом, педагогическим составом, семьями, обществом в целом).

Программа профилактики 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 [21].

Согласовывая программу и целевую группу, 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);

— 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).

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 [21].

В качестве направлений превенции самоповреждающего поведения также выделяют: 1) укрепление привязанности в младенческом возрасте; 2) укрепление семейных отношений в подростковом возрасте; 3) создание позитивных моделей себя и других (работа с самооценкой и оценкой межличностных отношений); 4) создание неформальных межличностных связей с другими подростками [28]. Превентивные мероприятия рекомендуют проводить для школьников в рамках работы кабинета школьного психолога-консультанта [21] и в группах повышенного риска.

Резюмируя вышесказанное, следует отметить, что 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.). Обязательным условием разработки такой программы является ее комплексность, что означает сочетание разных форм работы с разными целевыми группами: информационно-обучающая — с педагогами, медицинским персоналом и родителями; обучающая — с психологами, работающими с группами риска по самоповреждающему поведению; психолого-развивающая — с подростками и взрослыми из группы риска по самоповреждающему поведению; информационно-аналитическая — с административными и государственными структурами.

Благодарности

Статья подготовлена при поддержке РГНФ (проект № 16-06-01098 «Эмоциональная саморегуляция в структуре самоповреждающего поведения»).

ЛИТЕРАТУРА

1. Горчакова В.А., Холмогорова А.Б., Палин А.В., Арбузова Л.А. Травматический стресс у пациентов с хроническим суицидальным поведением и чертами пограничного личностного расстройства // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Том 22. № 2. С. 119—139.
2. Кернберг О.Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях: пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 1998. 367 с.
3. Меннингер К. Война с самим собой: пер. с англ. М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. 480 с.
4. Польская Н.А. Зависимость частоты и характера несуйцидальных самоповреждений от пола и возраста (в неклинической популяции) // Вопросы психологии. 2015. № 1. С. 97—109.
5. Польская Н.А. Причины самоповреждения в юношеском возрасте (на основе шкалы самоотчета) // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 2 (81). С. 140—152.
6. Польская Н.А. Эмоциональная саморегуляция у пациентов с пограничными психическими расстройствами // Горизонты зрелости. Сборник тезисов участников Пятой всероссийской научно-практической конференции по психологии развития / Под ред. Л.Ф. Обухова, И.В. Шаповаленко, М.А. Одинцова. М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015. С. 467—469.
7. Толстых Н.Н. Современное взросление // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Том 23. № 4. С. 7—24. doi:10.17759/cpp.2015230402
8. Тхостов А.Ш., Сурнов К.Г. Культура и патология: побочные эффекты социализации // Национальный психологический журнал. 2006. № 3. С. 20—27.
9. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия А. Бека и культурно-историческая психология // Консультативная психология и психотерапия. 2011. № 2. С. 20—33.
10. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 2. URL: http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer11.php (дата обращения: 09.03.2016).
11. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Горошкова Д.А., Мельник А.М. Суицидальное поведение в студенческой популяции // Культурно-историческая психология. 2009. № 3. С. 101—110.
12. Эри-Нафтальева Ю.М., Жесткова Е.Б. Проведение процедуры «функциональный анализ поведения» // Аутизм и нарушения развития. 2014. Т. 12. № 4. С. 24—31.
13. 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.

14. Carr E.G., Durand V.M. Reducing behavior problems through functional communication training // Journal of applied behavior analysis. 1985. Vol. 18 (2). P. 111—126. doi: 10.1901/jaba.1985.18—11
15. Davidson K.M. 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. doi: 10.1192/pb.bp.113.043109
16. Evans K. 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 (01). P. 19—25. doi: 10.1017/S003329179800765X
17. Favazza A.R. Bodies under siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry. Second Edition. Baltimore; London: The Johns Hopkins University Press, 1996. 373 p.
18. 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.
19. Gratz K.L. Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury // Journal of Clinical Psychology. 2007. Vol. 63 (11). P. 1091—1103. doi: 10.1002/jclp.20417
20. Hawton K. et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016. № 5. doi: 10.1002/14651858.CD012189
21. 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.
22. Kissil K. Attachment-based family therapy for adolescent self-injury // Journal of Family Psychotherapy. 2011. Vol. 22 (4). P. 313—327. doi: 10.1080/08975353.2011.627801
23. Klonsky E.D., Muehlenkamp J.J. Self-injury: A research review for the practitioner // Journal of clinical psychology. 2007. Vol. 63 (11). P. 1045—1056. doi: 10.1002/jclp.20412
24. Leavell H.R., Clark E.G. et al. Preventive Medicine for the Doctor in His Community: An Epidemiologic Approach. McGraw-Hill, 1965.
25. Linehan M.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. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757
26. Martens W.H.J. Effectiveness of Psychodynamic Treatment in Patients with Borderline Personality Disorder // Journal of Contemporary Psychotherapy. 2006. Vol. 36 (4). P. 167—173. doi: 10.1007/s10879-006-9021-1
27. 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. doi: 10.1177/1524838013496332
28. Tatnell R., Kelada L., Hasking P., Martin G. Longitudinal analysis of adolescent NSSI: the role of intrapersonal and interpersonal factors // Journal of abnormal child psychology. 2014. Vol. 42 (6). P. 885—896. doi: 10.1007/s10802-013-9837-6
29. Yip K.A. Multi-Dimensional Perspective of Adolescents' Self-Cutting // Child and Adolescent Mental Health. 2005. Vol. 10 (2). P. 80—86. doi: 10.1111/j.1475-3588.2005.00122.x

MODELS OF CORRECTION AND PREVENTION OF SELF-INJURIOUS BEHAVIOR

N.A. POLSKAYA*,
Moscow State University of Psychology & Education, Moscow Institute
of Psychoanalysis, Moscow, Russia, polskayana@yandex.ru

We present a review of models of correction of self-injurious and suicidal behavior. Cognitive-behavioral approach includes cognitive-behavioral therapy, acceptance-based group therapy focused on enhancing emotional regulation and rising emotional awareness, dialectical behavioral therapy directed at rising emotional awareness, improving interpersonal relationships and teaching adaptive ways of coping with emotions, functional analysis and functional communication training. Psychodynamic approach includes mentalized-based treatment, transference-focused psychotherapy, psychoanalytic psychotherapy, and cognitive-analytic therapy. Model of family therapy based on theory of attachment and multilevel model of intervention are considered. We discuss general and specific aspects of prevention of self-injury in clinical and normal populations. Requirements for the development of self-injury prevention programs for schools are listed.

Keywords: self-injurious behavior, suicidal behavior, correction, prevention.

Acknowledgements

This article was prepared with the financial support of the Russian Foundation for Humanities (project № 16-06-01098 “Emotional self-regulation in the structure of self-injurious behavior”).

REFERENCES

1. Gorchakova V.A., Kholmogorova A.B., Palin A.V., Arbuzova L.A. Travmaticheskii stress u patsientov s khronicheskim suitsidal'nym povedeniem i chertami pogrannichnogo lichnostnogo rasstroistva [Traumatic stress in patients with chronic suicidal behavior and characteristics of borderline personality disorder]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2014, no. 2, pp. 119—139. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Kernberg O.F. Agressiya pri rasstroistvakh lichnosti i perversiyakh: per. s angl. [Aggression in Personality Disorders and Perversions]. M.: Nezavisimaya firma “Klass”, 1998. 367 p. (In Russ.).

For citation:

Polskaya N.A. Models of Correction and Prevention of Self-Injurious Behavior. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2016. Vol. 24, no. 3, pp. 110—125. doi: 10.17759/cpp.20162403007. (In Russ., abstr. in Engl.)

* *Polskaya Natalia Anatolievna*, Associate Professor, Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, Counseling and Clinical Psychology Department, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: polskayana@yandex.ru

3. Menninger K. Voina s samim soboi: per. s angl. [Man against Himself]. M.: EKS-MO-Press, 2000. 480 p. (In Russ.).
4. Polskaya N.A. Zavisimost' chastoty i kharaktera nesuitsidal'nykh samopovrezhdenii ot pola i vozrasta (v neklinicheskoi populyatsii) [The frequency and nature of non-suicidal self-injury by age and gender (in non-clinical population)]. *Voprosy psikhologii* [Voprosy psikhologii], 2015, no. 1, pp. 97—109. (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Polskaya N.A. Prichiny samopovrezhdeniya v yunosheskom vozraste (na osnove shkaly samootcheta) [The reasons for self-injury in youth (based on a self-report scale)]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2014, no. 2 (81), pp. 140—152. (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Polskaya N.A. Emotsional'naya samoregulyatsiya u patsientov s pogranichnymi psikhicheskimi rasstroistvami [Emotional self-regulation of patients with borderline personality disorders] // Gorizonty zrelosti. Sbornik tezisov uchastnikov Pyatoi vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii po psikhologii razvitiya [Maturity horizons: 5st Russian national scientific and practical conference in developmental psychology: Proceedings]. Moscow: GBOU VPO MGPPU, 2015, pp. 467—469.
7. Tolstykh N.N. Sovremennoe vzroslenie [Modern maturation] // *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2015, no. 4, pp. 7—24. doi:10.17759/cpp.2015230402 (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Tkhostov A.Sh., Surnov K.G. Kul'tura i patologiya: pobochnye efekty sotsializatsii [Culture and pathology: side effects of socialization]. *Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal* [National Psychological Journal], 2006, no. 1, pp. 20—27.
9. Kholmogorova A.B. Kognitivnaya psikhoterapiya A. Beka i kul'turno-istoricheskaya psikhologiya [Cognitive psychotherapy of A. Beck and cultural-historical psychology of L. Vygotsky]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2011, no. 2, pp. 20—33. (In Russ., abstr. in Engl.).
10. Kholmogorova A.B., Volikova S.V. Osnovnye itogi issledovaniya faktorov suitsidal'nogo riska u podrostkov na osnove psikhosotsial'noi mnogofaktornoj modeli rasstroistv affektivnogo spektra [The main results of studies of suicide risk factors in adolescents based on a multifactor model of psychosocial affective spectrum disorders] [Elektronnyi resurs]. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn.* [Medical psychology in Russia: the electron. scientific. journal], 2012, no. 2. URL:http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer11.php (Accessed 09.03.2016).
11. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Goroshkova D.A., Mel'nik A.M. Suitsidal'noe povedenie v studencheskoi populyatsii [Suicidal behavior in the student population]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-Historical Psychology], 2009, no. 3, pp. 101—110. (In Russ., abstr. in Engl.).
12. Erts-Naftuleva Yu.M., Zhestkova E.B. Provedenie protsedury «funktsional'nyi analiz povedeniya» [Using functional behavior analysis procedure to determine causes of self-injurious behavior in a child with ASD]. *Autizm i narusheniya razvitiya* [Autism and Developmental Disorders], 2014, no. 4, pp. 24—31. (In Russ., abstr. in Engl.).
13. Bertolote J.M. Prevention of Suicidal Behaviors. In M.K. Nock (ed.). The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury. New York, Oxford: Oxford University Press, 2014, pp. 355—366.

14. Carr E.G., Durand V.M. Reducing behavior problems through functional communication training. *Journal of applied behavior analysis*, 1985. Vol. 18, no. 2, pp. 111—126. doi: 10.1901/jaba.1985.18-11
15. Davidson K.M. et al. Manual-assisted cognitive therapy for self-harm in personality disorder and substance misuse: a feasibility trial. *Psychiatric Bulletin*, 2014. Vol. 38, no. 3, pp. 108—111. doi: 10.1192/pb.bp.113.043109
16. Evans K. 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, no. 01, pp. 19—25. doi: 10.1017/S003329179800765X
17. Favazza A.R. Bodies under siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry. Second Edition. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1996, 373 p.
18. Gordon R. An operational classification of disease prevention. In J. A. Steinberg & M. M. Silverman (eds.). Preventing mental disorders. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, 1987, pp. 20—26.
19. Gratz K.L. Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, 2007. Vol. 63, no. 11, pp. 1091—1103. doi: 10.1002/jclp.20417
20. Hawton K. et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016, no 5. Art. No.: CD012189. doi: 10.1002/14651858.CD012189
21. Heath N.L., Toste J.R., MacPhee S.D. Prevention of Nonsuicidal Self-Injury In M.K. Nock (ed.). *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*. New York, Oxford: Oxford University Press 2014, pp. 397—408.
22. Kissil K. Attachment-based family therapy for adolescent self-injury. *Journal of Family Psychotherapy*, 2011. Vol. 22, no. 4, pp. 313—327. doi: 10.1080/08975353.2011.627801
23. Klonsky E.D., Muehlenkamp J.J. Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of clinical psychology*, 2007. Vol. 63, no. 11, pp. 1045—1056. doi: 10.1002/jclp.20412
24. Leavell H.R., Clark E.G. et al. Preventive Medicine for the Doctor in His Community: An Epidemiologic Approach. McGraw-Hill, 1965.
25. Linehan M.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, no. 7, pp. 757—766. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757
26. Martens W.H.J. Effectiveness of Psychodynamic Treatment in Patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 2006. Vol. 36, no. 4, pp. 167—173. doi: 10.1007/s10879-006-9021-1
27. Smith N.B., Kouros C.D., Meuret A.E. The role of trauma symptoms in nonsuicidal self-injury. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2014. Vol. 15, no. 1, pp. 41—56. doi: 10.1177/1524838013496332
28. Tatnell R., Kelada L., Hasking P., Martin G. Longitudinal analysis of adolescent NSSI: the role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of abnormal child psychology*, 2014. Vol. 42, no. 6, pp. 885—896. doi: 10.1007/s10802-013-9837-6
29. Yip K.A. Multi-Dimensional Perspective of Adolescents' Self-Cutting. *Child and Adolescent Mental Health*, 2005. Vol. 10, no. 2, pp. 80—86. doi: 10.1111/j.1475-3588.2005.00122.x