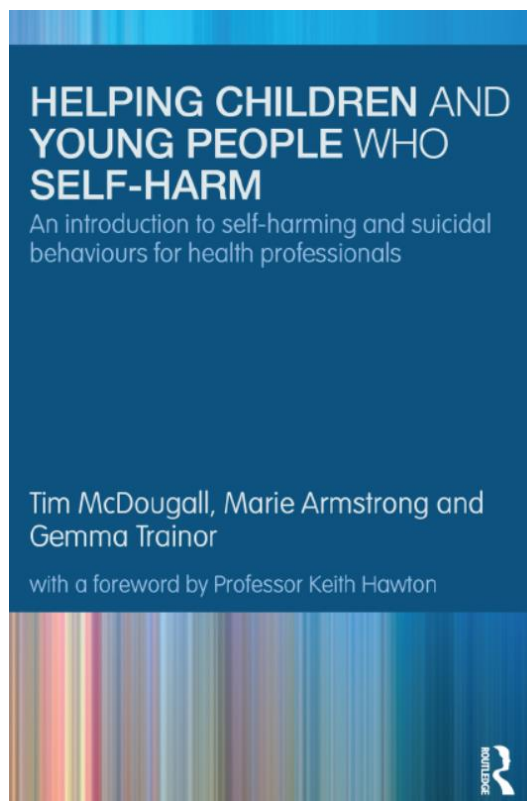


МакДугалл Т., Армстронг М., Трэйнор Г.

ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И МОЛОДЫМ ЛЮДЯМ, ПРАКТИКУЮЩИМ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ



настоящее
будущее

*Перевод и литературная редакция: команда
благотворительного фонда «Настоящее будущее» под
руководством Юлии Сергеевой*

Научная редакция: Татьяна Арчакова

Уважаемые коллеги! В связи с текущей ситуацией нам не удалось завершить официальный процесс передачи прав на публикацию русского перевода книги от правообладателей (издательства Routledge).

Данный текст предназначен только для личного пользования: его можно сохранять, читать, пересылать коллегам.



ФОНД
ПРЕЗИДЕНТСКИХ
ГРАНТОВ

*Перевод и редакция книги выполнены в рамках
проекта «"Диалоги поддержки": повышение
ресурсности подростков с эмоциональными
трудностями и работающих с ними специалистов»,
поддержанного Фондом президентских грантов*

Введение

В то время, когда мы пишем эту книгу, происходит ряд важных изменений, негативно отражающихся на детях и подростках. Великобритания проходит через самый сильный экономический кризис со времен краха Уолл-стрит в 1929 г. и последовавшей за этим Великой депрессией. Бюджет государственной службы здравоохранения (NHS) оказался под давлением; расходам на услуги здравоохранения для детей и молодежи грозит сокращение. Сложно не только молодым. Их родители также страдают из-за рецессии. Растет безработица, а параллельно с ней — потребление алкоголя и уровень закредитованности населения.

Дети и подростки говорят о том, как все это влияет на них. На платформе YouGov фонд *Prince's Trust* опросил более 2000 молодых людей в возрасте 16-25 лет, живущих в разных регионах Великобритании. Почти половина сказала, что регулярно испытывает стресс, более четверти отметили, что часто или всегда пребывают в плохом настроении или в депрессии, один из десяти утверждал, что жизнь не имеет смысла (*Prince's Trust* 2009). Хуже всего дела обстоят в группе респондентов, которые не учатся, не работают и не проходят стажировку. Они существенно менее счастливы, им недостает уверенности во всех аспектах жизни. Хорошо известно, что количество самоубийств увеличивается в периоды рецессий, и отчаявшиеся молодые люди находятся в группе повышенного риска (*Gunnell et al.*, 2009). Ко времени публикации этой книги безработица среди молодежи, по прогнозам, будет на самом высоком уровне с 1970-х. Регионы Великобритании модернизировали свои планы по предотвращению самоубийств с учетом экономического спада.

Эти проблемы должны беспокоить каждого из нас. Они ясно показывают, что многие дети в нашей стране несчастны. Доклад о благополучии детей, недавно опубликованный ЮНИСЕФ, свидетельствует, что из 21 экономически развитой страны самые несчастные дети — в Великобритании. Об этом же говорит рост случаев самоповреждения. Как раз когда завершалась работа над этой книгой, две девочки 14 и 15 лет «из заботливых семей» в Шотландии, взявшись за руки, прыгнули с моста и погибли. И это не единственный случай. Ранее в 2009 г. в Бридженде в Южном Уэльсе зафиксирована череда самоубийств молодых людей. Последовавшая шумиха в СМИ, привела к дополнительным страданиям семей и друзей погибших, усилила тревожность молодежи в школах и сформировала в обществе вредные мнения о самоповреждении и самоубийстве.

Когда Карл Маркс говорил, что единственным средством против душевной боли является боль физическая, он мог иметь в виду самоповреждения. Молодые люди часто соглашались с этими словами, полагая, что нет других способов справиться со стрессом, неприятностями, жизненными сложностями, кроме как прибегнув к самоповреждению. Несложно заключить, что количество случаев самоповреждения и суицида среди детей и молодежи отражает уровень эмоциональной боли, с которой они сталкиваются. Несмотря на размах бедствия, мы не вполне понимаем проблемы и способы работы с ними.

Недавно опубликованный доклад организаций «Действия в защиту детей» (*Action for Children*) и «Поддержим будущее» (*Backing the Future*) показывает, что экономика Великобритании за два десятилетия в результате неспособности справиться с факторами, ухудшающими жизнь детей и молодежи, потеряла до четырех триллионов фунтов (доклад 2009 г.). В документе говорится, что работа по предотвращению психологических и социальных проблем (таких как распад семей, бедность, психические расстройства, употребление наркотических веществ) и помощь на ранних этапах позволили бы сэкономить 486 млрд фунтов бюджетных средств за 20 лет. Исследования самоповреждений и суицида последовательно свидетельствуют, что те же самые серьезные факторы риска относятся к самоповреждениям и к суициду. Это иллюстрирует принцип «инвестируй, чтобы сэкономить».

В книге будет показано, что и исследования, и сведения, получаемые от молодых людей, их родителей и опекунов, указывают на факторы, ведущие к плохому исходу, становящиеся

причиной начала или продолжения самоповреждений. В книге представлены материалы, объединяющие практику и исследования; а также описание опыта помощи детям и молодым людям, наносящим себе телесные повреждения. Предлагаемое пособие по лучшему опыту опирается на сочетание теории и практики. Мы не думаем, что смогли предложить здесь ответы на все вопросы. Да и сам наш опыт говорит, что молодые люди ищут не решений. Когда они в отчаянии и им кажется, что их никто не понимает, они, скорее, ищут понимания, сострадания, чувства надежды. Мы не хотим недооценивать важность этих базовых компонентов в формировании положительных изменений в жизни молодых людей.

В первой главе книги обсуждается, что такое самоповреждение. Мы стремимся показать, что для разных людей это понятие несет разные значения. Самоповреждение связано с социальным и культурным контекстом, и мы ставим под сомнение мифы и стереотипы, которые возникли в обществе и заразили даже специалистов, призванных помогать и заботиться. Мы заявляем, что многие из них не заботятся и не помогают, а могут даже усилить склонность молодого человека к самоповреждению. Мы призываем специалистов сферы здравоохранения обдумать свое отношение к самоповреждению и изменить свое поведение в медицинском обслуживании детей и молодых людей в состоянии стресса. От лица молодежи мы просим их не судить, не критиковать, и не отречься от своей обязанности оказывать помощь.

Во второй главе речь идет о том, почему самоповреждения — это распространенная и растущая проблема среди молодых людей. Мы увидим, что травма и насилие, травля, психические расстройства родителей и собственные психические проблемы тесно связаны с самоповреждением и самоубийствами. Молодые люди оказываются в состоянии депрессии, стресса в связи с экзаменами, беспокоятся из-за своего внешнего вида. Другие прибегают к самоповреждению, став жертвой насилия или травли в школе или колледже. Некоторые наносят себе повреждения, потому что это модно, это помогает им вписаться в определенную группу. Мы не считаем, что любой из этих факторов может стать причиной самоповреждения, но полагаем, что сочетание факторов стресса в ситуации, когда стратегии его преодоления и системы поддержки развиты недостаточно, ведет к самоповреждению и самоубийствам среди молодежи.

Мы говорим, что не существует единого подхода к помощи молодым людям, наносящим себе телесные повреждения, и в третьей главе обобщается небольшой (но увеличивающийся) массив свидетельств относительно действенности и результатов разных подходов. Мы осознаем, что некоторые молодые люди не хотят, чтобы им помогали справиться с этой проблемой. Мы также знаем, что другие хотят получить такую помощь, но не знают, где ее найти. И очень многие решают не обращаться за помощью просто потому, что то, что им предлагается, неудовлетворительно или не соответствует их потребностям.

Несмотря на размах проблемы и растущий объем исследований и рекомендаций, специалистам часто очень сложно помочь молодым людям, наносящим себе повреждения. Конечно, существует много примеров качественной и деликатной помощи, когда молодой человек чувствует, что его поддерживают и понимают. Но очень часто молодые люди говорят о том, что те, кто должны помогать им, не понимают их, но только судят и наказывают. Нам часто говорят, что мы помогаем не так, как нужно, или прибегаем к несуществующим причинам. Молодые люди говорят, что это может усугубить ситуацию с самоповреждением. В главе 4 приводятся мнения и истории молодых людей и обсуждается, какие наши действия бесполезны или даже вредны для тех, кто склонен к самоповреждениям.

Следует оценивать психическое состояние и социальные условия всех молодых людей, наносивших себе телесные повреждения. Это поможет исследовать психологические, социальные и мотивационные факторы, приведшие к самоповреждению, и оценить суицидальное намерение и уровень отчаяния у молодого человека. Глубокое и грамотное обследование должно быть обширным, динамическим, полагаться на несколько источников информации — сами молодые люди, родители или опекуны, учителя и другие специалисты. По ряду причин обследование молодых людей, наносящих себе телесные повреждения, часто проводится ненадлежащим образом.

В главах 5 и 6 обсуждается наш способ осмысления стремления молодых людей к самоповреждению, а также сопряженных с этим рисков, а затем — возможности помощи молодым людям и их родителям или опекунам в снижении этих рисков. Чтобы понять склонность молодого человека к самоповреждению и решить, следует ли вмешаться, необходимо принять во внимание ряд факторов, связанных с возрастом, желаниями самого человека и его родителей или опекунов, ситуациями, в которых человек наносит себе телесные повреждения. Такие решения — если они основаны на собранной информации, грамотны и ответственны — редко бывают прямолинейными. Взрослые несут моральные, профессиональные и юридические обязанности перед детьми и подростками, за которых они отвечают. Решения о том, вмешиваться ли и как именно, могут быть правильными или неправильными. Иногда с фатальными последствиями. Но — по аналогии с важностью оценки рисков — важно оценить факторы защиты, силы, ресурсы, которыми располагает молодой человек, его семья и окружающие. На этой основе принимаются решения о том, перевешивают ли польза и риски, сопряженные с вмешательством специалиста, риск отказа от такого вмешательства.

В главе 7 мы говорим о методах лечения, доступных молодым людям, склонным к суициду или самоповреждению. Фактическая база по некоторым из них крайне скудна. Но на основании своего клинического опыта, мы предлагаем использовать разные групповые и индивидуальные методы. Именно это часто помогает достичь лучших результатов у молодых людей. То есть, менее важно, что мы делаем, и более важно — как мы это делаем. Пока это гипотеза, не проверенная исследованиями. Отзывы молодых людей и их родителей или опекунов свидетельствуют, что честный и открытый подход часто является ключом к успеху. Если мы делимся мнениями, разрабатываем и обсуждаем планы совместной работы, это может способствовать положительному исходу. И наоборот, наш опыт свидетельствует, что односторонне принимаемые решения и патерналистское отношение чаще оказываются менее успешными.

В многочисленных докладах говорится о том, что участие родителей зачастую удручающе неадекватно; иногда родителей исключают из процесса принятия решений о лечении и профессиональной помощи даже на самом базовом уровне. Это неприемлемо, никто из нас не хотел бы этого для своей семьи. В восьмой главе предложен обзор точек зрения, пожеланий и потребностей родителей и опекунов молодых людей со склонностью к самоповреждениям. Здесь нам напоминают, что иметь сына или дочь, которые наносят себе повреждения или демонстрируют суицидальное поведение — это очень травматичный опыт для родителей. Родители говорят, что чувствуют себя беспомощными, их беспокоит, что они не могут обеспечить безопасность своего ребенка. Эти страхи часто усугубляются недостатком информации и поддержки со стороны специалистов. Мы считаем, что зачастую не менее важно поддерживать родителей, чем самого ребенка или молодого человека, а улучшение работы с родителями и опекунами поможет добиваться долгосрочных положительных результатов. В этой книге мы говорим о том, какое влияние оказывает стигма на молодых людей, которые наносят себе повреждения, а также на их родителей и опекунов, братьев и сестер, а также друзей. Стресс может накапливаться у молодого человека, не имеющего адекватного источника поддержки, и оказывать негативное влияние на его социальную жизнь. Снижение стигмы, ассоциирующейся с самоповреждением, должно быть одним из наших приоритетов как медицинских работников.

Весь спектр ресурсов и методов помощи молодым людям, склонным к самоповреждению, находится в сфере ответственности разных агентств и служб, государственных и волонтерских. Однако службы, оказывающие, например, скорую медицинскую или психиатрическую помощь, играют основную роль. В девятой главе представлено описание служб, где молодые люди со склонностью к суициду или самоповреждению, могут получить помощь и поддержку.

В главе 10 мы исследуем, что можно сделать для предотвращения самоповреждения и суицида. Мы полагаем, что ориентация системы здравоохранения на комплексную профилактику и сокращение случаев самоповреждения у детей и молодых людей приведет к снижению нагрузки на педиатрическую, психиатрическую и социальную службы в будущем. При этом мы предполагаем, что это задача не из легких — для ее решения требуются совместные действия

детей и молодых людей, семей, окружающих, школы, средств массовой информации и правительства.

Важно, чтобы специалисты, оказывающие помощь детям и молодым людям со склонностью к самоповреждению, ясно понимали различные юридические рамки своей работы. Об этом пойдет речь в главе 11. Независимо от своей прямой специальности, такие специалисты должны иметь базовые знания законодательства о правах человека и правах ребенка, закона о психическом здоровье и взаимосвязи этих законов. Молодые люди часто отмечают, что они не принимают участие в принятии решений, их приватность, достоинство и конфиденциальность часто нарушаются, они не чувствуют уважения к себе со стороны специалистов. Мы считаем, что в XXI веке такое положение дел неприемлемо.

В целом мы писали эту книгу не только для работников сектора здравоохранения, но для широкого круга специалистов, которые вместе должны добиться лучших результатов для детей и молодых людей. Мы надеемся, что она окажется полезной для всех, кто пытается понять людей, склонных к самоповреждению и суициду, и помочь им. Мы надеемся, что помимо специалистов ее прочтут родители, опекуны и, конечно, сами молодые люди. Во все главы этой книги мы включили мысли и фразы о самоповреждении. Они представлены в виде облачка текста и призваны напоминать, что взрослые не всегда знают, как лучше, и мы всегда должны внимательно прислушиваться к тому, что говорят молодые люди. Наконец, мы надеемся, что нам удалось написать книгу, используя которую, медицинские работники и другие люди смогут помочь молодым людям, склонным к самоповреждению, изменить свою жизнь, найти надежду и оптимизм там, где раньше царили отчаянье и пессимизм.

1 Что мы понимаем под самоповреждением и самоубийством?

Основные положения:

- Термины «самоповреждение» и «самоубийство» часто используют как взаимозаменяемые, создавая тем самым путаницу не только в среде специалистов, но и у самих детей и подростков. Среди обычных людей и помогающих специалистов ходит большое количество мифов и легенд о самоповреждении. Многие из них не поддерживают и не приносят пользу.
- В большинстве случаев самоповреждение — это не попытка покончить с жизнью, скорее попытка выживания — регулирования эмоций и преодоления стресса. Хотя самоповреждение может находиться в одном спектре поведенческих проявлений с самоубийством, за каждым из них стоят разные личные цели и объяснительные модели, следовательно и помощь в обоих случаях должна оказываться в разных формах и с разными акцентами.
- Такие фразы и слова, как «привлечение к себе внимания», «пустое времяпрепровождение», «манипулятивный», усиливают негативные стереотипы о самоповреждении и могут провоцировать у молодых людей чувство вины и самоосуждение. Неудивительно, что их опыт обращения в медицинские учреждения и службы психологической поддержки слишком часто оказывается негативным. Работники здравоохранения должны бороться с таким положением дел.
- Далеко не просто дать точное определение самоповреждению. Диагностические категории часто пересекаются, а сопутствующие суицидальные намерения молодых людей могут быть изменчивыми или неясными. Поэтому термин «самоповреждение» нередко используется для описания именно поведения подростков, а не их намерений.
- Многие люди используют слово «самоповреждение» с прилагательным «преднамеренное». Однако, это часто воспринимается молодыми людьми как нечто уничижительное и подразумевающее, что они принимают обдуманное и тщательно спланированное решение о самоповреждении. На самом деле самоповреждения часто совершаются импульсивно, без особого планирования или сознательного обдумывания. По многим причинам мы не рекомендуем использовать словосочетание «преднамеренное самоповреждение».
- Ни один акт самоповреждения не похож на другой, и специалисты, работающие с молодыми людьми, должны учитывать цели самоповреждения как часть процессов вовлечения в работу, оценки рисков и текущей терапии. Эти цели будут меняться по мере роста, развития и приближения молодого человека к выздоровлению¹.
- Сложно установить у человека суицидальные намерения. Исследования показали, что самым точным прогностическим критерием суицида в будущем является предыдущее суицидальное поведение в виде одной или нескольких несмертельных попыток самоубийства. Однако термин «попытка самоубийства» может ввести в заблуждение, поскольку большинство действий этого спектра не направлены на летальный исход или даже на причинение вреда здоровью.

Введение

Понятия «самоповреждение» и «суицидальное поведение», которым уделяется основное внимание в нашей книге, относятся к целому ряду форм поведения и могут толковаться по-разному.

¹ Под «выздоровлением» (recovery) имеется в виду стойкая ремиссия и способность достигать своих целей (например, регулировать сильные эмоции) иными способами (*Примеч. ред.*)

Они подробно рассматриваются в следующих главах. Не существует единого, общепризнанного определения самоповреждения, и для разных людей этот термин означает разные вещи. Самоповреждениям могут быть подвержены люди любого возраста, пола, расы, сексуальной ориентации, с любым уровнем образования, социально-экономическим статусом или религиозными верованиями, а то, как они определяются и какая помощь при этом оказывается, различается в разных странах мира.

В этой главе анализируется литература, в которой дается определение самоповреждению, и приводятся различные термины и классификации, используемые для его описания. Она включает в себя раздел о мифах, легендах о самоповреждении, а также исследует размышления самих подростков на эту тему. В заключительной части главы кратко излагается дискуссия о некоторых факторах, которые могут определять саморазрушительный или суицидальный характер самоповреждения.

В этой главе не ставится задача дать исчерпывающее определение самоповреждению. Это связано с тем, что ни одно определение не охватывает все ситуации. Мы надеемся, что описание ряда вопросов, необходимых для оценки самоповреждений, поможет специалистам разработать стратегии, удовлетворяющие сложным и разнообразным потребностям молодых людей, склонных к суициду или самоповреждению.

Что (не) является самоповреждением?

Хотя термин «самоповреждение» на первый взгляд может показаться самоочевидным, общепринятое определение этого явления найти нелегко. Например, только недавно в Оксфордском словаре английского языка появилась дефиниция для самоповреждения: «Преднамеренное нанесение себе повреждений, чаще всего как проявление психологического или психического расстройства». Различные специалисты и организации, в которых они работают, используют целый ряд слов и терминов для описания самоповреждения. Их определения могут варьироваться от кратких пояснений, таких как предложенное в «Руководстве по проблемам самоповреждения» Национального института здравоохранения и клинического мастерства (NICE) (NICE 2004a: 16) — «самоотравление или травмирование, независимо от того, какой была очевидная цель этого действия», до более длинных и конкретных определений, таких как определение, сформулированное еще в 1989 году Всемирной организацией здравоохранения (Platt et al. 1992: 92):

Действие с несмертельным исходом, при котором человек намеренно инициирует нетипичное поведение, которое, если окружающие не вмешаются, приведет к самоповреждению, или намеренно принимает внутрь фармакологическое вещество в количестве, превышающем предписанную или общепринятую терапевтическую дозы, и которое направлено на реализацию желаемых субъектом изменений через фактические или ожидаемые физические последствия.

Рабочее определение, используемое международной исследовательской группой, занимающейся изучением детского и подросткового самоповреждения в Европе (CASE — Child and Adolescent Self-harm in Europe) (Madge et al. 2008): Действие с несмертельным исходом, при котором человек намеренно совершает одно из следующих действий:

- инициирует поведение (например, самопорезы или прыжки с высоты), приводящее к телесным повреждениям;
- принимает фармакологическое вещество в количестве, превышающем предписанную или обычную дозу;
- принимает психоактивные вещества, рекреационные или запрещенные, и рассматривает это как акт самоповреждения;
- проглатывает несъедобные вещества или предметы.

Национальное² исследование самоповреждений среди молодых людей

В Национальном исследовании самоповреждений «Правда ранит», на которое периодически ссылается эта книга, анализируются взгляды молодых людей на самоповреждение (Mental Health Foundation and Camelot Foundation, 2006). В этом исследовании самоповреждение описывается как широкий спектр вредоносных действий, которые люди совершают с собой сознательно и, как правило, скрытно от других. Сюда входят передозировки и нанесение увечий, ожоги, удары головой и другими частями тела о стены, вырывание волос, укусы, проглатывание или введение в тело посторонних предметов.

При описании самоповреждения в этом исследовании не рассматриваются расстройства пищевого поведения, злоупотребление наркотиками и алкоголем, рискованное поведение, такое как незащищенный секс или опасное вождение автотранспорта. Авторы исследования считают расстройство пищевого поведения и злоупотребление наркотиками саморазрушительными действиями, но сосредотачиваются на причинении телесных самоповреждений и суицидальном поведении (Mental Health Foundation and Camelot Foundation 2006).

Хотя в этой главе приводятся различные определения и описания самоповреждения, в наши цели не входит поиск исчерпывающего определения на все случаи жизни. Скорее, цель состоит в том, чтобы рассмотреть различные модели самоповреждения для более полного понимания характеристик, особенностей и мотивационных факторов, которые в совокупности приводят к самоповреждению.

Помимо разнообразия особенностей самоповреждающего поведения и взглядов на его природу, существует также потребность уточнять акценты в зависимости от направления и цели работы организаций, работающих с лицами, которые столкнулись с этой проблемой. Поэтому, даже если бы удалось прийти к единому определению, всегда нашлись бы те, кто усомнился в его необходимости. Также важно отметить, что большая часть профессиональной и научной литературы, в которой делаются попытки осмыслить самоповреждение, основывается на опыте взрослых и не может быть напрямую применима к детям и подросткам.

Что обычно не считается самоповреждением?

Все мы делаем то, что не приносит нам пользы, а иногда даже вредит. Переедание, курение и употребление алкоголя — это лишь некоторые из вещей, которые, несомненно, не приносят пользы в долгосрочной перспективе, однако их физические последствия могут проявляться не сразу. Такие практики, как татуировки или пирсинг, все чаще рассматриваются как приемлемые и одобряемые с точки зрения культуры. В некоторых культурах модификации тела являются символическими и имеют религиозное значение, и поддерживаются преобладающей культурой. Все эти практики имеют смысл для человека, и специалисты должны понимать этот смысл.

Несмотря на то, что все согласны с тем, что такие рискованные практики, как злоупотребление наркотиками и алкоголем, незащищенный секс и чрезмерные физические нагрузки, потенциально вредны, обычно они не рассматриваются как самоповреждение. Случайные передозировки алкоголя и рекреационных наркотиков редко считаются особым видом самоповреждения, поскольку алкоголь и наркотики являются частью «нормального» подросткового поведения для многих молодых людей в определенных социальных группах (Prymachuk & Trainor, 2010). Тем не менее, существуют свидетельства и того, что распространенность употребления наркотиков среди молодых людей растет, и того, как злоупотребление наркотиками и алкоголем связано с самоповреждением и самоубийством молодых людей (Rossow et al. 2009; Martunnen et al. 1991).

Модификация тела

Модификацию или изменение тела можно определить как намеренное изменение своего тела по

² Исследование проводилось в Великобритании. Полный текст отчета на английском языке:

<https://www.bl.uk/collection-items/truth-hurts-report-of-the-national-inquiry-into-selfharm-among-young-people>

немедицинским причинам. Сюда входят пирсинг, татуировки и имплантаты. Хотя некоторые считают, что такая модификация тела, как пирсинг и татуировки, ничем не отличается от самоповреждения путем порезов, различия, похоже, перевешивают сходство. Уолш и Розен в работе, написанной в 1980-х гг., выделили четыре категории тяжести самоповреждений в попытке дифференцировать самоповреждения и решить проблему того, что сейчас может считаться социально приемлемой модификацией тела (см. таблицу 1.1).

Табл. 1.1 Классификация самоповреждения (по материалам Walsh and Rosen 1988)

Классификация	Пример поведения	Степень телесного повреждения	Психологическое состояние	Социальная приемлемость
I	Прокалывание ушей, обкусывание ногтей, небольшие татуировки, косметическая хирургия	От поверхностного до умеренного	Неопасное	Как правило, приемлемое
II	Пирсинг, шрамирование ножом, ритуально-клановое шрамирование, матросские и криминальные татуировки	От умеренного до среднего	От неопасного до повышенного возбуждения	Приемлемое в пределах субкультур
III	Порезы запястий или тела, самоожоги сигаретами, самотатуировки, расцарапывание ран	От умеренного до среднего	Психический кризис	Приемлемое в некоторых субкультурах, но не среди широких слоев населения
IV	Самокастрация, выкалывание глаз, самоампутация	Значительное	Психопатическая декомпенсация	Неприемлемое

Надежные психосоциальные данные о взаимосвязи между самоповреждениями, пирсингом и татуировками немногочисленны и противоречивы (Stirn & Hinz, 2008). Татуировки и пирсинг были культурными ритуалами и инициациями на протяжении тысяч лет как в примитивных племенах, так и в высокоразвитых обществах.

Самоповреждение, напротив, является в значительной степени современным явлением. То, что когда-то было социальным ритуалом или традицией в древних обществах, сегодня для многих молодых людей стало актом бунтарства, часто вызывающим неодобрение и недовольство со стороны взрослых. Действительно, пирсинг и профессиональные татуировки несут в себе некоторые элементы самоповреждения, поскольку они делаются намеренно и подразумевают нанесение телесного вреда. Однако большинство людей принимают татуировки и пирсинг тела за способ улучшения своего внешнего вида или самовыражения. Подобные модификации тела могут быть символическими и одобряться социальными группами.

Расстройства пищевого поведения

Другие формы косвенного самоповреждения включают в себя расстройства пищевого поведения, такие как анорексия или нервная булимия, компульсивное переедание и ожирение. Некоторые расстройства пищевого поведения сопряжены с большим риском смерти, самоубийства и самоповреждения, чем другие (NICE 2004b). Нервная булимия, в частности, тесно связана с самоповреждением, и молодые люди попадают в зону риска как в результате самого расстройства, так и его осложнений. Однако многие рассматривают риск и вред расстройств пищевого поведения как отдельные явления, требующие особого типа вмешательств (Favaro & Santonastaso, 2000).

Косвенное самоповреждение, по сути, относится к поведению, при котором ущерб наступает не сразу, а накапливается. Уолш (Walsh, 2006) сделал критический обзор спектра саморазрушающих поведенческих проявлений, и они обобщены в таблице 1.2.

Табл. 1.2 Примеры прямого и косвенного самоповреждения (по материалам Walsh 2006)

Прямое самоповреждение	Косвенное самоповреждение
• Суицидальные попытки (например, тяжелая передозировка, самоубийство через повешение, с помощью огнестрельного оружия, прыжок с высоты). • Серьезное умышленное самоповреждение (например, выкалывание глаз, самоампутация). • Атипичное умышленное самоповреждение (изувечивание лица, глаз, гениталий, груди). • Распространенные формы умышленного самоповреждения (например, порезы на запястьях, ногах, руках, самоожоги).	• Злоупотребление психоактивными и/или запрещенными веществами (например, алкоголь, наркотики). • Расстройства пищевого поведения (например, нервная анорексия, булимия, ожирение, злоупотребление слабительными средствами). • Физические риски (хождение по крыше или бегание через дорогу со скоростным движением). • Ситуационные риски (например, поездка в машине с незнакомыми, прогулка в одиночестве в опасном районе). • Риски сексуального характера (например, незащищенный секс с незнакомцами). • Самовольное прекращение приема психотропных препаратов; использование не по назначению или злоупотребление предписанными лекарственными средствами.

Преднамеренное самоповреждение

Работники здравоохранения часто используют термин «преднамеренное самоповреждение». Это может ввести в заблуждение, поскольку термин «преднамеренное» подразумевает заранее обдуманное намерение и умышленность (Pembroke, 1994). В действительности же самоповреждение является атипичным действием, часто спонтанным, и ему явно не предшествует осознанное мышление или обдумывание. Фраза «преднамеренное самоповреждение» может быть использована в уничижительном смысле и привести к вынесению оценочных суждений в отношении вовлеченных лиц (Anderson et al., 2004)³. Некоторые исследователи также говорят о «синдроме преднамеренного самоповреждения», для которого характерно появление первых симптомов в подростковом возрасте со множественными повторяющимися эпизодами, без действий, приводящих к летальному исходу, умышленное нанесение вреда телу, которое продолжается на протяжении многих лет (Pattison and Kahan 1983).

Сравнительные описания

Прежде чем двигаться дальше, возможно, будет полезно ознакомиться с некоторыми описаниями, используемыми ключевыми организациями, профессиональными группами и признанными

³ Полезная функция термина «преднамеренное самоповреждение» заключается в том, что он помогает отделить самоповреждающее поведение от травм, которые человек может получать случайным образом из-за неврологических нарушений или, например, переживая острый психоз (Примеч. ред).

сообществами взаимопомощи «равный – равному». Несмотря на то, что основная мысль в них явно совпадает, отдельные используемые термины и фразы не всегда употребляются единообразно, а иногда могут противоречить друг другу.

Существуют некоторые интересные различия, особенно связанные с предположениями о причинах самоповреждений, приобретающими важность при переходе к обсуждению стратегий вмешательства. Для обеспечения применения успешных стратегий при реагировании на самоповреждение со стороны специалистов необходимо тщательное исследование и глубокое понимание того, в чем выражается самоповреждающее поведение. В этой книге не раз мы продемонстрируем, что это может быть достигнуто только при участии самих молодых людей и их родителей или опекунов, и то, что работает для одного молодого человека, не обязательно будет эффективно для другого.

Поэтому понимание смысла слов, которые каждый молодой человек использует для описания самоповреждения, является чрезвычайно важным и задает контекст для любой последующей помощи, если таковая потребуется. В таблице 1.3 сравниваются различные краткие описания, используемые ведущими организациями и информационными порталами по этой теме.

Термины «самоповреждение» и «самоувечье»⁴ часто используются как взаимозаменяемые. Легко понять, как может возникнуть путаница при описании, обсуждении и оценке самоповреждающего поведения. Изучение подобных форм поведения, как приводящих, так и не приводящих к летальному исходу, является частью программы Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех» (WHO 2009). В связи с этим можно утверждать, что выработка единообразных формулировок крайне важна⁵.

Историческая справка

Концепция самоповреждения развивается в исследовательской литературе с начала XX века. Например, Эмерсон (Emerson 1913) считал самопорезы, многословно и разнообразно описанные им, символической заменой мастурбации.

Табл. 1.3 Примеры описаний самоповреждения в разных группах

Источник	Описание
Королевская коллегия психиатров	Самоповреждение — причинение себе боли или вреда. Посторонним может казаться, что такие вещи делаются хладнокровно и намеренно, почти цинично. Но наносящий себе вред обычно делает это в момент накала эмоций, стресса и невыносимого внутреннего смятения. Одни планируют это заранее, другие делают спонтанно. Одни наносят себе увечья всего один или два раза, другие делают это регулярно. Это может стать своего рода зависимостью.
Прямая линия Национальной службы здравоохранения (NHS Direct)	Самоповреждение или самоувечье — это намеренное повреждение или травмирование своего тела. Самоповреждение — способ выражения глубинных эмоций и чувств или внутренних проблем.
Фонд психического здоровья	Самоповреждение охватывает широкий спектр действий, намеренно предпринимаемых людьми против себя и, как правило, тайком от других. В подавляющем большинстве случаев самоповреждение — это скрытное

⁴ На английском, соответственно, self-harm и self-injury. Исторически сложилось так, что в русскоязычном профессиональном сообществе используют транслитерацию слова селф-харм, наряду с русским словом «самоповреждение» (Примеч. ред).

⁵ Это помогло бы переводу и другим процессам международного сотрудничества в сфере здравоохранения, а также поиску и обобщению данных из большого количества публикаций (Примеч. ред).

	поведение, которое может оставаться незамеченным долгое время.
TheSite.org	Для людей, занимающихся самоувечьем, намеренное самоповреждение — это способ справиться с болезненными и сложными чувствами. Обычно они не пытаются совершить самоубийство, однако считается, что вероятность суицида у них выше.
Selfharm.org.uk	Самоповреждение — это намеренное причинение себе боли или травмы. Некоторые молодые люди занимаются самоповреждением регулярно, в то время как другие делают это всего однажды или несколько раз в жизни. Для некоторых людей это часть преодоления конкретной проблемы, и они прекращают заниматься самоповреждением, как только проблема решена. Другие люди занимаются самоповреждениями годами, когда находятся под давлением внешних факторов или под влиянием определенных чувств.
MIND	Самоповреждение — это способ выражения очень глубоких переживаний. Часто люди не знают, почему они причиняют себе вред. Это способ передачи того, что невозможно выразить словами или даже мыслями. Самоповреждение описывается как «внутренний крик». После люди чувствуют себя лучше и могут справляться с жизненными ситуациями в течение некоторого времени.
CHILDLINE	Самоповреждение — это намеренное причинение себе вреда, иногда тайное. Самоповреждение может включать порезы, ожоги, ушибы или отравление, но обычно это не означает, что человек хочет совершить самоубийство. Мы всегда готовы оказать помощь и поддержку, когда вы на грани причинения себе вреда.
Helpguide.org	Самоувечье, насилие над собой, самоповреждающее поведение или самоповреждение определяется как преднамеренное, умышленное нанесение вреда собственному телу, которое вызывает повреждение тканей или оставляет следы более чем на несколько минут и делается для того, чтобы справиться с подавляющей или стрессовой ситуацией.
NICE (2004a)	Умышленное самоотравление или нанесение телесных повреждений независимо от того, какой была очевидная цель этого действия.

В 1930-х годах Карл Меннингер разделил то, что он назвал «самокалечением», на несколько категорий. К ним относятся:

1. *Невротические* — обкусывание ногтей и кожи, выдергивание волос и ненужные косметические хирургические вмешательства.
2. *Религиозные* — самобичевание и др.
3. *Возрастные инициации* — удаление девственной плевы, обрезание или изменение формы клитора.
4. *Психотические* — удаление глаза или уха, гениталий и экстремальная ампутация.
5. *Органические церебральные заболевания* — повторяющееся битье головой о стену, кусание рук, ломание пальцев или выкалывание глаз.
6. *Конвенциональные* — подрезание ногтей, волос и сбривание бороды.

В некотором смысле Меннингер опередил свое время, когда утверждал, что при оказании помощи людям, причиняющим себе вред, отношение к ситуации важнее ее фактической стороны (Menninger 1938).

Начиная с двадцатого века, терминология постепенно уточнялась. Пао (Paо 1969) провел различие между «осторожным» самоповреждением или самоповреждением с низкой летальностью, и тем, что он назвал «грубым» самоповреждением или самоповреждением с высокой летальностью. В своей публикации в Британском журнале медицинской психологии, он предположил, что так называемые «осторожные резчики» были молодыми и, как правило, имели диагноз пограничного

расстройство личности. Напротив, так называемые «грубые резчики» были старше и, как правило, считались психотиками.

В 1960-х годах исследователи предложили исключить суицидальные намерения из основной номенклатуры самоповреждений. Становилось все более очевидным, что многие люди, пытавшиеся покончить с собой, совершали свои действия, полагая, что они находятся в сравнительной безопасности и зная даже в самый опасный момент, что они выживут (Kessel and Grossman 1961).

Позднее в некоторых научных сообществах термин «попытка самоубийства» постепенно был заменен на «преднамеренное самоотравление» и «преднамеренное самоповреждение». Эти термины были выбраны с той целью, чтобы провести различие между случайными и неслучайными событиями. К концу 1960-х годов эти термины широко использовались психиатрами и другими специалистами. Только в 1970-х годах парадигма понятия самоповреждения сместилась в сторону от психосексуальных объяснений, подобных тому, что предложил Эмерсон.

К началу 1980-х годов были введены другие термины, такие как «парасуицид». Этот термин исключает вопрос о том, была ли смерть желаемым результатом. Примерно в то же время появились и другие термины, такие как «самокалечение», но позже этот термин был признан слишком экстремальным, подразумевающим радикальное нанесение увечий или порезов, что объясняет лишь меньшинство эпизодов. Совсем недавно был принят термин «самоувечье» и в настоящее время все чаще используется в этой области (Simeon and Favazza 2007).

Сейчас также считается неуместным описывать человека как «самоубийцу», поскольку самоубийство больше не считается преступлением⁶. Одна из причин, по которой продолжается дискуссия о самоповреждении и самоубийстве, заключается в том, что ни один термин не определяет все действия полностью и точно. Принимая во внимание все сложности, мы используем термин «самоповреждение» для описания целого ряда видов поведения, обсуждаемых в этой книге.

Деконструкция самоповреждения

В попытке понять и описать самоповреждение различные исследователи деконструировали это понятие. Кахан и Паттисон (Kahan and Pattison 1984) выделили три компонента актов самоповреждения: направленность, летальность и повторяемость. В таблице 1.4 приведены компоненты самоповреждающих действий и даны примеры каждой возможной комбинации последующих факторов.

Направленность

Направленность определяет, насколько намеренным является поведение, было ли действие завершено в течение короткого промежутка времени, и было ли лицо полностью осведомлено о его вредоносных последствиях. Действие считается направленным, если имело место сознательное стремление вызвать определенные последствия. В противном случае это рассматривается как ненаправленный способ самоповреждения.

Летальность

Летальность относится к вероятности смерти в результате предпринятого действия. Намерением лица, совершающего действие, обычно является смерть, немедленная либо в ближайшем будущем. Однако чрезвычайно важно установить, желает ли молодой человек умереть и что он понимает под смертью. Имеет значение не столько мнение специалиста, сколько восприятие потенциальной летальности исхода или вера молодого человека в нее.

⁶ Эта фраза может показаться странной русскоязычному читателю. Дело в том, что самоубийство в Великобритании (точнее, в Англии и Уэльсе) было противоправным действием вплоть до «Акта о самоубийствах» 1961 г. Поэтому в британском английском «совершить самоубийство» отсылает к уголовно-правовым формулировкам, по аналогии с «совершить убийство» (Примеч. ред.)

Повторяемость

Повторяемость относится к тому, совершается ли действие более одного раза (часто) в какой-то период времени, другими словами, неоднократно. Молодым людям, которые часто наносят себе увечья, требуется многократное вмешательство. Однако помогающие специалисты не должны останавливаться на этом и должны избегать ошибок в оценке самоповреждения и связанных с ним рисков.

Табл. 1.4 Компоненты самоповреждающих действий (по материалам Kahan and Pattison 1984)

Повторяющаяся природа	Направленное поведение		Ненаправленное поведение	
	Высокая летальность	Низкая летальность	Высокая летальность	Низкая летальность
Да	Принятие небольших доз яда в течение длительного периода	Порезы, ожоги, ушибы и т.д.	Не введение инсулина при диабете I типа	Курение, алкоголизм
Нет	Огнестрельное ранение в голову	Отдельные серьезные травмы	Отказ от химиотерапии у терминальных онкологических больных	Гуляние по городу ночью в одиночестве ⁷

Поэтому важно рассматривать каждый эпизод самоповреждения индивидуально. Задача состоит в том, чтобы оценить риск и помочь справиться с кризисом, не приуменьшая при этом роль самоповреждающего поведения в жизни подростков и не обесценивая их опыт.

Несуицидальное самоповреждение

Несуицидальное самоповреждение (НССП) является одним из недавних описаний, используемых для объяснения самоповреждения. НССП определяется как направленное, преднамеренное разрушение собственного тела при отсутствии намерения умереть (Nock 2009; Nock et al. 2009). Эти особенности отличают его от поведения, имеющего вредные последствия, которые не являются преднамеренными (например, рак легких в результате курения) и от суицидального поведения.

Нок (Nock 2009) утверждает, что НССП концептуализируется как вредоносное поведение, которое может служить для удовлетворения нескольких внутриличностных (например, регуляция аффекта) и межличностных (например, поиск помощи) потребностей. НССП чаще всего включает в себя нанесение порезов ножом, бритвой или другим острым предметом. Как правило, оно начинается в подростковом возрасте и среди людей с широким спектром психических расстройств. Однако, как мы увидим в главе 2, большинство молодых людей, занимающихся самоповреждениями, не имеют психических заболеваний.

В своей работе Нок в первую очередь сосредотачивается на теоретической модели развития и сохранения НССП, а не на рассмотрении его как симптома психического заболевания. Он рассматривает его как функциональное средство регуляции эмоций и поясняет, как социальное моделирование может быть причиной того, почему люди прибегают к НССП. Некоторые люди умеют использовать не травмирующие способы регуляции эмоций, такие как, например, умеренное употребление алкоголя, физические упражнения или общение с другими людьми. И наоборот, те, кто занимается НССП, могут наблюдать такое поведение у других и/или находиться в неподдерживающем окружении. Это обсуждается более подробно ниже.

⁷ Естественно, ночные прогулки в одиночестве становятся самоповреждающим поведением только если ночной город или район — это опасное место (или, как уже отмечалось, если сам подросток убежден в этой опасности) (Примеч. ред.)

Нок подчеркивает, что НССП не является характерным симптомом какого-либо психического расстройства. Он предполагает, что несуицидальное самокалечение может использоваться для подачи интенсивного сигнала, который именно в силу своей интенсивности с большей вероятностью будет распознан окружающими. По его мнению, это быстрый и легкодоступный способ, который, как и алкоголь, может быть привлекательным для подростков (Nock 2009).

Несуицидальное самоповреждающее поведение

Еще один термин, который был введен в последние годы, — это несуицидальное самоповреждающее поведение (НССПП). Оно определяется как намеренное повреждение тканей тела и опять же характеризуется как не имеющее сознательного суицидального намерения. При этом НССПП помещается в широкий спектр подросткового суицидального поведения. Однако это может ввести в заблуждение, поскольку буквально противоречит определению «несуицидального». Анализируя ситуацию с точки зрения намерений человека, НССП все-таки относят к спектру суицидальности по причине изменчивости и непостоянства этих намерений..

Иные описательные термины

В научной литературе встречаются следующие термины, используемые иногда для описания самоповреждений:

- самоповреждение
- преднамеренное самоповреждение
- самонанесенное увечье
- самопричиненный вред
- самокалечащее поведение
- самоизувечивание
- намеренное нанесение телесного повреждения самому себе
- парасуицид
- попытка суицида.

Признание всего разнообразия терминов, используемых для описания самоповреждения, частью общего континуума позволяет лучше разобраться в них. На одном конце этого континуума находятся суицидальные мысли, далее — несмертельные травмы, а на другом конце — завершённое самоубийство. У одних молодых людей бывают только суицидальные мысли. Эти мысли могут быть мимолетными и никогда не приводят к самоповреждению. Другие могут действовать в соответствии со своими мыслями и причинять себе вред порезами или ожогами. Их самоповреждение может быть низкой летальности и не иметь связи с суицидальными намерениями. Молодые люди также могут сдвигаться по этому континууму и пытаться совершить самоубийство, например, путем передозировки или повешения. В этом случае намерение будет более серьезным, а летальность выше.

Шрейдман (Schreidman 1993) проводит различие между намерениями человека с суицидальными наклонностями и намерениями человека, прибегающего к самоповреждению. Он предполагает, что суицидальная мотивация заключается в *прекращении сознания*, в то время как самоповреждение скорее нацелено на *изменение сознания* путем снятия эмоций. Результаты исследований показывают, что у молодых людей, совершивших попытку самоубийства, гораздо выше вероятность завершённого суицида, чем в среднем по популяции (Social Care Institute for Excellence 2005).

Шведское исследование показало, что в выборке подростков, отслеженных 10–20 лет спустя, четыре процента молодых людей покончили с собой (Otto 1972). Таким образом, поскольку большинство эпизодов самоповреждения не связаны с намерением покончить с собой, меньшинство молодых людей подвержены риску завершённого суицида. Поэтому среди молодых людей, подверженных риску самоубийства, крайне необходимы профилактика и раннее вмешательство. Это обсуждается далее в главе 10.

Специалистам полезно учитывать, что каждый акт самоповреждения является уникальным поступком конкретного молодого человека. Врачи, работающие с молодыми людьми, совершающими самоповреждения, должны понимать и учитывать их намерения в процессе вовлечения в работу, управления рисками и текущей терапии. Из-за путаницы с терминологией, о которой мы упоминали, также важно поощрять молодого человека описывать поведение своими словами. Избегая употребления таких терминов, как «попытка самоубийства» или «парасуицид», можно дать молодому человеку возможность говорить свободно и предотвратить тем самым ошибки в диагностике основных проблем, с которыми он может столкнуться.

Понятия самоповреждения и самоубийства

Специалисты и широкая общественность часто путают самоповреждение с попытками самоубийства. Однако многие утверждают, что самоповреждение можно рассматривать как противоположность самоубийству, поскольку оно часто является способом справиться с жизнью, а не покончить с ней. Как и в случае с самоповреждением, ученые и практикующие специалисты дают различные определения самоубийству. Дикстра (Diekstra 1995) определяет самоубийство как смерть, которая прямо или косвенно является результатом действия, которое, как считал умерший, и должно было привести к такому концу.

Аналогичным образом термин «парасуицид», первоначально предложенный Крайтманом (1977), относится к поведению, связанному с самоповреждением, когда намерение убить себя выражено незначительно или отсутствует вовсе (Kerfoot 2000). Кроме того, суицидальные мысли могут существовать сами по себе и не обязательно быть связанными с суицидальным поведением (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2009). Несмотря на эти различия, около одной трети подростков, покончивших с собой, имеют в анамнезе самоповреждения (Martunnen et al. 1991).

Существует общее мнение, что самоповреждение существует без обязательной связи с намерением покончить с жизнью, в то время как идея самоубийства подразумевает сознательное и прямое намерение покончить с жизнью. В настоящее время ВОЗ решила использовать термин «попытка самоубийства» во всех случаях, когда причиняющий себе вред человек не умирает, независимо от намерения совершить самоубийство (Bille-Brahe et al. 2004).

Несомненно, самоповреждение является распространенным предиктором самоубийства, и люди, практикующие самоповреждение, могут покончить с собой случайно. Более того, молодой человек может иметь одновременно склонности к самоповреждению и самоубийству, но за этими двумя терминами стоят разные явления. Хотя обычно считается, что суицидальные намерения не являются частью самоповреждающего поведения, последнее может быть потенциально опасным для жизни, в то же время в большинстве случаев неверно считать всех молодых людей, которые наносят себе увечья, суицидентами (Schmidtke et al. 1996; Suyemoto 1998). Следовательно, термин «самоповреждение» все чаще используется для обозначения любых несмертельных действий, независимо от намерений.

Попытка определить и конкретизировать суицидальные намерения чрезвычайно сложна. Многочисленные исследования показали, что предыдущее суицидальное поведение в виде одной или нескольких незавершенных попыток самоубийства является самым мощным прогностическим фактором будущего самоубийства (Egmond and van Diekstra 1989). Однако термин «попытка самоубийства» (парасуицид) может ввести в заблуждение, поскольку многие такие действия не планируются как фатальные или опасные для здоровья. В своей книге, посвященной самоубийствам в подростковом возрасте, Дикстра и Хотон (Diekstra and Hawton 1987) предполагают, что различные мотивы могут быть сведены в три категории (см. таблицу 1.5).

Дикстра и Хотон полагают, что большинство высказываний подростков о самоубийстве являются комбинацией «прерывания» и «привлечения внимания». Тем не менее, для обеспечения более полного понимания того, что самоповреждение значит для каждого молодого человека, при оценке самоповреждающего поведения должны быть приняты во внимание и другие факторы.

Табл. 1.5 Мотивы самоубийства и самоповреждения (по материалам Diekstra and Hawton 1987)

- *Прекращение* (остановка сознания, смерть)
- *Прерывание* (краткое прерывание сознательного опыта; например, спать, чтобы временно не чувствовать ничего)
- *Привлечение внимания* (влиять на поведение других или вызывать реакцию заботы)

Что на самом деле представляет собой самоповреждение?

Для более полного понимания самоповреждения вне конкретного определения следует изучить то, что считается особенностями поведения. В таблице 1.6 приведены некоторые виды самоповреждающего поведения, которые описаны на нескольких значимых и влиятельных веб-сайтах. Эти организации, вместе взятые, выделили пять или шесть ключевых форм поведения и, таким образом, идентифицировали 23 различных типа поведения. Во всех описаниях «порезы» относятся к ключевым поведениям и в значительной степени также «ожоги», «передозировка», «расцарапывание кожи» и «вырывание волос». Как упоминалось ранее, только одна организация (MIND) отнесла «рискованное поведение» и «расстройства пищевого поведения» к ключевым характеристикам, определяющих самоповреждения.

Таблица 1.6 иллюстрирует широкий спектр форм поведения, которые подпадают под понятие «самоповреждение», и, конечно, этот список не является исчерпывающим.

Некоторые особенности и характеристики самоповреждения

Отдельные достоверные данные, описывающие особенности самоповреждения среди подростков, получены в результате перекрестного обследования проведенного Хотоном и его коллегами (2002), в котором принимали участие более 6000 учеников (в возрасте 15–16 лет) из 41 школы Англии на основе сообщаемой респондентами информации. О самоповреждении в предыдущем году сообщили 509 (8,6%) учеников, при этом 179 учеников заявили, что они хотели умереть. Самоповреждение в течение предыдущего года было более чем в три раза более распространено среди девушек, чем среди юношей (11,2% против 3,2%).

Показатель распространенности самоповреждений в 8,6 процента (за последний год) и в 13,2 процента (в течение всей жизни) схож с данными крупнейшего аналогичного исследования в Соединенных Штатах Америки (Center for Disease Control 1990). В 509 случаях, о которых сообщили Хотон с коллегами, двумя основными способами самоповреждения были порезы (257 случаев: 64,6 процента) и отравление (122 случая: 30,7 процента). Исследователи выделили ряд других тем в этом исследовании. Они сообщили, что самоповреждение:

- встречается реже у азиатов, чем у белых женщин;
- встречается чаще среди девочек, живущих с одним родителем;
- встречается чаще среди учеников, подвергавшихся издевательствам;
- бывает значительно выше у молодых людей, которые курили сигареты или употребляли алкоголь или наркотики;
- тесно связано с физическим и сексуальным насилием у обоих полов;
- связано с депрессией, тревожностью, импульсивностью и самооценкой у обоих полов.

Табл. 1.6 Ключевые формы поведения, выделенные организациями, описывающими самоповреждение

Поведение	Организация								
	HWB	NI	SH	MIND	RCP	MHF	CL	HG	NICE (2004a)
Порезы	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ожоги/угрозы	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Передозировка	✓	✓		✓	✓	✓			✓
Ковыряние/расцарапывание кожи	✓	✓	✓			✓	✓	✓	
Наносимые себе ушибы	✓						✓		
Вырывание волос	✓	✓	✓			✓	✓	✓	
Бросание себя на что-либо			✓	✓	✓				
Выдергивание ресниц			✓						
Вдыхание веществ			✓						
Проглатывание предметов		✓		✓		✓			
Рискованное поведение				✓					
Расстройство пищевого поведения				✓					
Пристрастие к алкоголю/ наркотикам				✓					
Игнорирование собственных эмоциональных и физических нужд				✓					
Битье головой о стену		✓			✓				
Пинание себя		✓			✓				
Введение в себя посторонних предметов					✓				
Ошпаривание себя		✓				✓			
Ломание костей		✓				✓	✓	✓	
Наносимые себе удары								✓	
Множественный пирсинг								✓	
Употребление вредных химических веществ		✓						✓	
Асфиксия									✓

Источники:

HWB — Веб-сайт о здоровье и благополучии

NI — Общенациональное исследование самоповреждений среди молодых людей

SH — Веб-сайт о самоповреждении

MIND — Веб-сайт MIND (благотворительная организация психического здоровья)

RCP — Веб-сайт Королевской коллегии психиатров

MHF — Веб-сайт фонда психического здоровья

CL — Веб-сайт ChildLine

HG — Веб-сайт Helpguide

NICE — Веб-сайт Национального института здравоохранения и клинического мастерства

Тем не менее, молодые люди, причиняющие себе вред, представляют собой крайне неоднородную группу, и самоповреждение затрагивает молодых людей из самых разных слоев общества и разного вероисповедания. Различные способы самоповреждения могут быть связаны с разными способами самовыражения. Некоторые молодые люди режут себя, когда испытывают тревогу, и жгут себя, когда в гневе. Другие используют несколько способов, и вид самоповреждения, которым они занимаются, может быть продиктован доступностью или наличием средств и обстоятельствами, в которых они находятся.

В целом, самоповреждения происходят гораздо чаще, чем попытки самоубийства. Люди, наносящие себе порезы, делают это часто, и их самоповреждающее поведение может длиться на протяжении многих лет. Люди, активно склонные к суициду, часто признаются, что не чувствуют себя лучше после попытки, в то время как молодые люди, наносящие себе порезы, могут делать это для того, чтобы почувствовать себя лучше, спокойнее и менее подавленными.

Повторные самоповреждения

Важно понимать ход развития феномена самоповреждения. Некоторые молодые люди могут нанести себе увечья только один раз в жизни и редко нуждаются в постоянном терапевтическом вмешательстве, в то время как другие продолжают заниматься самоповреждениями и могут нуждаться в постоянной помощи. Неизвестно ни одного вмешательства, которое могло бы остановить самоповреждение полностью, но есть методы лечения, которые могут с успехом уменьшить количество самоповреждений. Молодые люди также могут быть не расположены говорить о том, что они вообще занимаются самоповреждением (Social Care Institute for Excellence 2005).

Нисколько не удивительно, что Спирито и др. (Spirito et al. 1989) предположили, что многие подростки, занимающиеся самоповреждением, продолжают испытывать трудности после первой попытки. Повторение самоповреждающего поведения часто, но не всегда, указывает на то, что у подростка более высокая степень расстройства и большие психосоциальные потребности, чем у тех, кто причиняет себе вред только один раз. Крайтмен и Кейси (Kreitmen and Casey 1988) заметили, что молодые люди с повторяющимися самоповреждениями часто являются большими потребителями ресурсов службы здравоохранения. Последующие исследования подростков показали, что примерно каждый десятый совершает новую попытку в течение первого года (Hawton et al. 1996; Hawton et al. 2003).

Молодые люди, которые неоднократно наносят себе повреждения по сравнению с теми, кто не наносит их повторно, более склонны к постоянным стрессам, трудностям в школе и более серьезным суицидальным намерениям (Gispart et al. 1987; Social Care Institute for Excellence 2005). Пфеффер и его коллеги (Pfeffer 1993) провели сравнительное исследование, при котором в период от шести до восьми лет наблюдались 100 детей и подростков в Нью-Йоркских стационарах. Самым сильным фактором риска повторной попытки суицида оказалось наличие аффективного расстройства. Исследователи пришли к выводу, что повторные попытки часто связаны с эпизодами депрессии (Pfeffer et al. 1993).

Ряд нарративов свидетельствует о том, что самоповреждения со временем могут стать суицидальными или люди, занимающиеся самоповреждением, могут попытаться совершить самоубийство другим способом (Lefeure 1996; Spandler 2001). Например, молодой человек, который регулярно наносит себе порезы, может попытаться совершить самоубийство другим способом, например, через повешение или передозировку (Bywaters and Rolfe 2002). Поэтому важно всесторонне оценить поведение и риски самоповреждения. Подробнее об этом говорится в главах 5 и 6.

Официальная классификация самоповреждений

Нанесение физического вреда самому себе не относят к категории психических заболеваний. У Национального института здоровья и клинического совершенствования (NICE) Великобритании есть руководство по краткосрочному лечению физического и психологического аспекта самоповреждений при оказании первичной и специализированной медицинской помощи (NICE, 2004a). Научно обоснованная клиническая практика и принципы надлежащей практики из этого руководства более подробно обсуждаются в Главе 3, а также на них есть отсылки во всей книге. NICE предлагает считать самоповреждения не болезнью, а в большей или меньшей степени опасным поведением, которое служит нам сигналом об основной проблеме, нарушениях или расстройстве (NICE 2004a). В руководстве проводятся различия между видами самоповреждающего поведения в зависимости от возраста человека.

У самоповреждающего поведения бывает множество разнообразных причин и мотивов. Это будет подробнее освещаться в других главах. Из руководства NICE следует, что лечение не стоит основывать исключительно на анамнезе, как и не стоит делать каких-либо предположений, исходя из анамнеза. Каждый эпизод самоповреждения следует рассматривать как отдельный случай со своими изолированными причинами. Хотя самоповреждения часто встречаются среди людей с психическими проблемами, большинство молодых людей наносит себе вред из-за окружающей обстановки и социальной среды. Случаи самоповреждения, напрямую связанного с психиатрическими причинами, встречаются намного реже.

Существует две основные системы классификации психических нарушений – Международная классификация болезней (МКБ, или ICD) и Руководство по диагностике и статистическому учету психических расстройств (РДСУ, или DSM). Однако ни в одном из этих документов нет критериев диагностики самоповреждений.

Международная классификация болезней (МКБ-10)

МКБ-10 — это многокомпонентная классификационная структура для диагностики ряда психических расстройств (ВОЗ, 1993 г.), которая является предпочтительной системой в Великобритании и большинстве европейских стран. В четвертом классе МКБ-10 приводится 24 классификации самоповреждений, основанные скорее на средствах нанесения повреждений, чем на природе или причине такого поведения.

В классификации используются коды для самоповреждений с использованием фармацевтических препаратов, наркотиков, алкоголя, газов и пестицидов; с физическим воздействием, например утопление, прыжок с высокого здания, использование раскаленных предметов; самоповреждения с участием движущихся объектов, например машин или поездов (См. Таблицу 1.7).

Руководство по диагностике и статистическому учету психических расстройств

Руководство по диагностике и статистическому учету психических расстройств (DSM-IV, Американская ассоциация психиатров, 1994 г.) – это применяемый в Северной Америке справочник для специалистов в области психиатрии, в котором приведены стандартизированные критерии диагностики ряда психических расстройств. Самое близкое к шкале самоповреждений, что есть в DSM-IV, – это раздел по передозировкам Класа III, где приводится 24 подкатегории потенциальных медикаментозных отравлений.

Таблица 1.7. Классификация самоповреждений по МКБ-10

Код	Описание
X60	Преднамеренное самоотравление и воздействие неопиоидными анальгетиками, жаропонижающими и противоревматическими средствами
X61	Преднамеренное самоотравление и воздействие противосудорожными, седативными, снотворными, противопаркинсоническими и психотропными средствами, не классифицированное в других рубриках
X62	Преднамеренное самоотравление и воздействие наркотиками и психодислептиками (галлюциногенами), не классифицированное в других рубриках
X63	Преднамеренное самоотравление и воздействие другими лекарственными средствами, действующими на вегетативную нервную систему
X64	Преднамеренное самоотравление и воздействие другими и неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами
X65	Преднамеренное самоотравление и воздействие алкоголем
X66	Преднамеренное самоотравление и воздействие органическими растворителями, галогенсодержащими углеводородами и их парами
X67	Преднамеренное самоотравление и воздействие другими газами и парообразными веществами
X68	Преднамеренное самоотравление и воздействие пестицидами
X69	Преднамеренное самоотравление и воздействие другими и неуточненными химическими и ядовитыми веществами
X70	Преднамеренное самоповреждение путем повешения, удушения и удушения

X71	Преднамеренное самоповреждение путем погружения в воду и утопления
X72	Преднамеренное самоповреждение путем выстрела из ручного огнестрельного оружия
X73	Преднамеренное самоповреждение путем выстрела из винтовки, дробового ружья и крупнокалиберного огнестрельного оружия
X74	Преднамеренное самоповреждение путем выстрела из другого и неуточненного огнестрельного оружия
X75	Преднамеренное самоповреждение путем использования взрывчатых веществ
X76	Преднамеренное самоповреждение дымом, огнем и пламенем
X77	Преднамеренное самоповреждение паром, горячими испарениями и горячими предметами
X78	Преднамеренное самоповреждение острым предметом
X79	Преднамеренное самоповреждение тупым предметом
X80	Преднамеренное самоповреждение путем прыжка с высоты
X81	Преднамеренное самоповреждение путем прыжка под движущийся объект или лежащий перед ним
X82	Преднамеренное самоповреждение посредством аварии моторного транспортного средства
X83	Преднамеренное самоповреждение посредством других уточненных действий
X84	Преднамеренное самоповреждение посредством неуточненных действий

Источник

Международная классификация болезней (МКБ-10)

Классификации практикующих специалистов

Исследователи и лечащие врачи также попытались осмыслить номенклатуру, относящуюся к самоповреждениям, дав более подробную классификацию. Фавацца – американский психиатр, опубликовавший много работ о самоповреждении, – предложил разделять такое поведение на две категории, компульсивное и импульсивное (Фавацца, 1996 г).

Компульсивное самоповреждение

Фавацца предложил включать в компульсивное самоповреждающее поведение такие действия, как выдергивание волос, ковыряние кожи и порезы, которые наносятся для устранения кажущихся недостатков или воспалений. Такое поведение может носить ритуальный характер и быть чертой молодых людей с обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР). Например, самоповреждения могут быть связаны с навязчивыми мыслями. Такие действия снимают напряжение и отвлекают от мыслей о том, что может произойти что-то плохое.

Импульсивное самоповреждение

Фавацца также касается случаев импульсивного самоповреждения. Как разовые, так и повторяющиеся самоповреждения являются действиями импульсивными, а разница между ними, судя по всему, заключается в масштабе. Эпизодические самоповреждения – это самотравмирующее поведение, периодически встречающееся у людей, которые в остальных случаях о таких действиях не думают и не считают, что страдают самоповреждением. Но эпизодические самоповреждения могут перерасти в повторяющиеся, которые, по мнению многих специалистов, следует выделять в отдельное заболевание (Кахан и Пэттистон, 1984 год; Фавацца и Розенталь, 1993 год; Миллер, 1994 год).

Самостоятельная классификация

Практикующие специалисты в значительной мере полагаются на слова самих молодых людей. Однако не все молодые люди в равной степени способны осознать и описать свои потребности и проблемы. Чем младше ребенок, тем менее развита у него, скорее всего, будет способность к осознанию и самоанализу. В подростковом возрасте происходит множество когнитивных и физиологических изменений, для этого периода характерны выраженные перепады настроения. Молодые люди могут запутаться в причинах самоповреждения и зачастую испытывают сложности с описанием состояния. Необходимо всегда разбираться с используемыми словами и фразами,

чтобы убедиться единства понимания и формулировок при описании их самоповреждений.

Думаю, я могла бы рассказать, как отвратительно себя чувствовала, но я просто не находила слов, чтобы описать свое абсолютное отчаяние и боль.

Кристи, 17 лет

Мифы и вымыслы о самоповреждении

Есть множество расхожих заблуждений о том, что такое самоповреждение, и причинах такого поведения молодых людей. Сопоставление эти убеждения и представления с фактами и опытом специалистов может помочь структурировать знания и лучше понять суть самоповреждений и мотивов, которые за ними стоят. Некоторые из мифов описали Фокс и Хоутон в книге о самоповреждениях у подростков. (Фокс и Хоутон, 2004 год).

В оставшейся части главы описаны некоторые из распространенных заблуждений о самоповреждениях. Некоторые из них вообще ни на чем не основаны, другие противоречат фактам и представлениям современных профессионалов о природе самоповреждений. Также будет затронут вопрос о том, что молодые люди думают о самоповреждениях. Чтобы обеспечивать качественное лечение и оптимальные условия для выздоровления, нужно развеять бесполезные мифы и вымыслы о самоповреждениях и привить обществу более адекватные представления.

«Самоповреждение – это попытка суицида»

Самоповреждения редко бывают настоящей попыткой суицида. Скорее, это может быть способом справиться с суицидальными мыслями и чаще бывает механизмом выживания и защитным механизмом, причем выражаемое желание может не быть желанием смерти. Самоповреждение может быть способом контроля над сильными эмоциями, это поведение снимает напряжение. В некоторых случаях самоповреждения могут быть предвестниками суицида. Но такое встречается намного реже.

«Самоповреждения характерны для девочек-подростков»

Девочки и мальчики по-разному справляются с эмоциями. Многим мальчикам и мужчинам сложно говорить о своих чувствах. Многие предпочитают попытаться справиться со всем в одиночку или молча, не прося о помощи. Вполне вероятно, что наносят себе повреждения больше мальчиков, чем нам известно. Доступ к помощи для мальчиков и юношей налажен хуже, чем для девочек и девушек, но есть некоторые инновационные службы (LifeSigns, 2002 г.).

«Женщины и девушки более склонны к суициду»

Действительно, о мыслях насчет суицида рассказывает больше девушек и девочек, чем юношей и мальчиков. Однако ежегодно мужчины совершают гораздо больше самоубийств, чем женщины (Samaritans, 2008 г.).

«У наносящих себе вред молодых людей пограничное расстройство личности»

Людам с пограничным расстройством личности сложно контролировать свое настроение, у них есть проблемы с межличностными отношениями, нестабильное самовосприятие и сложности с опознаванием и пониманием эмоций, терпимостью к ним и их выражением. Такой набор факторов может приводить к возникновению защитных механизмов, например к самоповреждению (Национальный центр сотрудничества по вопросам психического здоровья, 2009 г.).

Диагностика пограничного расстройства личности всегда была вопросом дискуссионным. Есть сведения, что иногда такой диагноз ставят только потому, что пациент – женщина с проблемой самоповреждения (Спэндлер и Уорнер, 2007 год). Естественно, многим подобный подход кажется неконструктивным, и они ищут помощи там, где не чувствуют такого осуждения и находят больше понимания.

Бытует расхожий миф – особенно в среде профессионалов, – что пограничное расстройство личности и самоповреждения сопутствуют друг другу. Когда такое заблуждение считают правдой, зачастую это приводит к негативным последствиям для молодых людей и их семей. Не все люди с пограничным расстройством личности наносят себе повреждения, а при самоповреждениях в

большинстве случаев не бывает пограничного расстройства личности. Правда, пограничное расстройство личности действительно нередко среди взрослых пациентов с хроническим самоповреждающим поведением (Линехан и др., 1991 г.; Линехан и др., 1999 г.).

Хотя считается, что пограничным расстройством личности страдает от 0,9% до 3% людей в возрасте 18 лет, находящихся вне больниц (Бернштейн и др., 1993 г.; Льюинсон и др., 1997 г.), вопрос диагностики юношей и девушек с таким заболеванием еще более спорен, чем в случае со взрослыми. NICE выпустил рекомендации по пограничному расстройству личности, в том числе у детей и молодых людей (Национальный центр сотрудничества по вопросам психического здоровья, 2009 г.). В этих рекомендациях институт призывает врачей с осторожностью ставить молодым людям диагноз расстройство личности. Это связано с неустойчивостью личности и ее развитием в этом возрасте. Однако в рекомендациях указана возможность постановки такого диагноза у некоторых детей до 16 лет. Более подробно лечение самоповреждений и пограничного расстройства личности описано в Главе 7.

«Молодые люди наносят себе повреждения в попытке привлечь внимание...»

Самоповреждения зачастую описываются в негативном ключе, при помощи таких фраз и терминов, как «попытка привлечь внимание» или «манипулирование» (Спэндлер, 2001 г.). Однако известно, что обычно молодые люди скорее пытаются скрыть самоповреждения, чем привлекать к этому внимание. Причина в том, что они могут испытывать стыд, испуг или беспокойство по поводу возможной реакции людей (Barnardo's и Mind, 2007 г.).

Национальный опрос детей и подростков показал, что о самоповреждающем поведении ребенка знали родители только 78 из 248 детей 11-15 лет, указавших наличие такой проблемы (Мельтцер и др., 2001 г.). Вот что сказал один молодой человек насчет восприятия такого поведения как привлечения внимания при опросе Национальной службы по исследованию вопроса самоповреждений:

Некоторые делают это для привлечения внимания, как я вначале. Но это не значит, что их нужно игнорировать. Есть ведь много способов привлечь внимание, так зачем причинять себе вред. Если кто-то кричит о помощи, так, черт возьми, помогите, не стойте столбом и не критикуйте то, каким способом они этого просят.

Национальная служба по исследованию вопроса самоповреждений тоже ставит под сомнение идею о привлечении внимания, указывая, что зачастую люди наносят себе повреждения в уединении и порой эти повреждения не видны другим (Фонд психического здоровья и Фонд Камелот, 2006 г.). В любом случае желание привлечь внимание других людей – нормальное для человека поведение, а ответственному специалисту следует обращать пристальное внимание на ребенка или молодого человека, который настолько подавлен, что хочет умереть или навредить себе.

«...и для манипулирования»

Нелс (1999 г.), изучая восприятие пациентов, пришел к выводу, что отношение к самоповреждениям как к манипуляции несправедливо и нелогично. Оно имеет в своей основе предубеждения и ведет к негативной реакции медперсонала на такое поведение. Участвовавшие в исследовании люди, получавшие помощь, отмечали, что более продуктивно и корректно рассматривать самоповреждения как способ контролировать эмоциональные страдания, а не как намеренную попытку контролировать других людей (Нелс, 1999 г.).

Рассматривать самоповреждения просто как способ манипулирования или привлечения внимания контрпродуктивно и ошибочно, такого рода суждений следует избегать. Детям и подросткам может быть сложно объяснить свое самоповреждающее поведение, а реакция, которую они видят у других, – важный фактор для терапевтической вовлеченности. Как бы то ни было, самоповреждения являются важным путем передачи некоего сообщения, которое молодой человек не смог выразить словами и облечь в менее деструктивную форму.

Безусловно, иногда пациент может выражать этим способом неудовлетворенную потребность и желание получить помощь и поддержку, но часто самоповреждения бывают скрытой и тайной

проблемой. Для человека это может иметь разные значения, и побуждение к открытому обсуждению возможных мотивов приносит гораздо больше пользы, чем игнорирование проблемы как попытки манипулирования или привлечения внимания.

Верно интерпретировать самоповреждения крайне сложно, можно при этом как положительно, так и отрицательно повлиять на вовлеченность юного пациента. Специалисты сплошь и рядом игнорируют сами действия и рассматривают мотивы. Зачастую их восприятие не совпадает с тем, что думает сам молодой человек. В рекомендациях NICE по самоповреждениям приведены комментарии молодых людей о негативном опыте нахождения в травматологических или педиатрических отделениях. Молодые люди часто чувствовали, что персонал не воспринимает их самоповреждения всерьез и сбрасывает со счетов их желание умереть (NICE, 2004a).

Это вызывает опасения, учитывая, что, согласно исследованиям, примерно половина самоубийц обсуждает этот вопрос или угрожает себя убить в пределах 24 часов до момента суицида (Фонаджи и др., 2002 г.). Поэтому если молодой человек говорит о желании покончить с собой, к этому всегда надо относиться серьезно. Ниже приводятся две цитаты молодых людей насчет привлечения внимания из доклада Национальной службы исследований (Фонд психического здоровья и Фонд Камелот, 2006 г.).

Мне приходилось каждую неделю ходить к детскому психиатру, но каждый раз он говорил, что я наношу себе порезы для привлечения внимания и спрашивал меня, почему я хочу привлечь внимание. Каждый раз я говорила ему, почему я на самом деле так делала, но он никогда не слушал. Отсутствие понимания выглядело высокомерным и было обидным, а ведь это должно было помочь мне перестать наносить себе порезы.

Пока я ждала результаты анализа крови, мне пришлось сидеть в холодном коридоре. Перед этим в кабинете обо мне говорил персонал, и я могла их слышать. «Пустая трата времени. Будто нам нечем заняться», – эти слова звучали у меня в голове весь следующий день. Если бы они только присмотрелись повнимательнее, то разглядели бы меня.

Моник, 14 лет.

Пренебрежение переживаниями молодого человека может усугубить чувство изоляции и несостоятельности. Если неверно истолковать намерение суицида или то, что он выражает самоповреждениями, то пациент может отказаться от предложенной помощи или, что еще хуже, его намерение укрепитя. У молодых людей могут быть высокие ожидания относительно занимающихся ими специалистов и надежды на мгновенное решение проблемы.

Крайне важно внушить надежду молодым людям, которые давно уже сдались, но специалистам нужно трезво оценивать возможности. В докладе Национальной службы исследований нам напоминают, что молодые люди очень ценят отсутствие осуждения и обвинений со стороны медперсонала.

«Самоповреждения и суицид вызваны желанием подражать»

Книга «Страдания юного Вертера», написанная Гёте в 1774 году, спровоцировала волну самоубийств, и ее запретили во многих странах Европы. Это явление получило название «Эффект Вертера» и впоследствии было связано с появлением термина «подражатель» (Филлипс, 1974 г.). В наши дни мы часто используем это слово при разговоре о самоубийствах и убийствах, преступлениях и правонарушениях, при которых один человек вдохновляется действиями другого или его копирует. При имитации один случай самоповреждений или попытка самоубийства оказываются моделью для другого. Ряд случаев самоповреждений или суицида, фиксирующихся в непосредственной близости друг от друга и имеющих или не имеющих прямой связи, называют кластером (Блументал и Капфер, 1990 г.).

Феномен «социального заражения» состоит в том, что эмоции и поведение копируются окружающими и могут быстро получать распространение среди людей и сообществ. Есть множество примеров этого феномена в повседневной жизни. Социальным заражением можно считать зевоту, смех и даже совпадение менструальных циклов у женщин, живущих в одном доме.

Более известные примеры связи между социальным заражением и суицидом можно найти в истории популярных у самоубийц мест и достопримечательностей. К таким местам относится находящийся в Канаде Ниагарский водопад и мыс Бичи-Хед, расположенный на южном побережье Англии. Пожалуй, самым известным местом самоубийств в мире является Мост Золотые Ворота в Сан-Франциско, построенный в 1930-е годы. За все время его существования, прыгнув с него, покончило с собой более 1300 человек.

Есть множество теорий насчет механизмов социального заражения, но пока разгадать эту загадку никому еще не удалось (Джонс и Джонс, 1995 г.). Но эту теорию можно применить к самоповреждениям и суициду (Розен и Уолш, 1989 г.; Йетс, 2004 г.). Среди дополнительных факторов, помогающих объяснить такое поведение, можно отметить сочетание горя, сверхидентификации и заикленности на смерти. В результате идет усиление суицидальных наклонностей среди молодых людей, которые столкнулись с самоубийством (Samaritans, 2008 г.).

Важную роль в социальном заражении играют СМИ, поскольку с их помощью идет передача или фильтрация информации, способной привести к такому эффекту. Было проведено как минимум 60 исследований взаимосвязи между сообщениями СМИ о суициде и реальном самоубийстве. Было обнаружено, что сообщения могут вызывать имитирующее поведение (Бад и др., 2007 г.).

Есть свидетельства того, что сообщения о самоубийстве и его демонстрация в СМИ могут привести к подражающим самоубийствам, особенно среди молодежи и людей, которые и так уязвимы или относятся к группе повышенного риска. Поскольку СМИ так сильно влияют на молодежь и на отношение общества в целом, их использование – отличная возможность просветить общественность, развеять мифы о самоповреждениях, представив взамен более точную информацию о самоповреждениях и суициде. Национальный консультативный совет по Службе психического здоровья детей и подростков призвал прессу подумать о своей ответственности при сообщениях о самоповреждениях и самоубийствах среди молодых людей и детей (Департамент по делам детей, школ и семей, 2008а).

Исследования также подтвердили, что среди молодых людей с самоповреждающим поведением, особенно тех, кто находится в стационаре, встречается проблема социального заражения и имитации (Fox and Hawton, 2004 г.). Хоутон с коллегами провели исследование обстоятельств самоотравления людей, попавших в приемное отделение экстренной помощи. Пятая часть опрошенных сказала, что недавно видели по телевизору фильм, в котором главный герой отравил себя передозировкой парацетамола, и это повлияло на их самоповреждающее поведение (Hawton et al., 1999 г.).

Помимо опасений насчет воздействия телевидения, сейчас есть опасения насчет того, что молодые люди заводят себе друзей в соцсетях и используют сайты, подталкивающие к суициду. Роль СМИ в формировании отношения к самоповреждениям обсуждается в Главе 2. Практика показывает, что многие молодые люди с самоповреждающим поведением общаются друг с другом через мессенджеры и международные сайты, такие как Bebo, Twitter и Facebook. Однако ярлык подражающего поведения, который навешивают на самоповреждения, вызывает опасения, а порой может быть и опасен. Все случаи самоповреждения и выражения намерения самоубийства нужно воспринимать всерьез, а опытные профессионалы должны проводить тщательную оценку рисков и потребностей.

«Самоповреждения – просто веяние моды»

Как известно, люди часто делают что-то или верят во что-то потому, что многие другие это делают или в это верят. Иногда такое поведение называют «стадным эффектом», и это явление находит документальное подтверждение в сфере поведенческой психологии. Поскольку самоповреждающее поведение чаще свойственно подросткам, чем любой другой возрастной группе, многие считают, что это просто такая мода или некая временная фаза.

Отчасти может быть верно, ведь многие юноши и девушки перестают наносить себе повреждения, когда взрослеют и вступают во взрослую жизнь. Однако у многих других молодых людей так не происходит, и небольшой процент тех, кто наносил себе повреждения подростком, продолжают

это делать и во взрослом возрасте. Некоторые доходят до самоубийства. Обладая глубокими знаниями о рисках и защитных факторах, специалисты могут более точно выявить риск возможного развития этого состояния в попытку суицида или появления неблагоприятных психологических последствий.

«Те, кто угрожает покончить с собой, никогда не пытаются и этого не делают»

Разговоры о суициде могут быть криком о помощи, и специалистам всегда следует относиться к этому серьезно. Некоторые считают, что, если говорить о суициде или спрашивать, нет ли такого желания, это лишь подтолкнет к попытке самоубийства. Но доказательств этому нет. Если же не спросить у склонного к суициду человека, что он чувствует, он может ощутить себя еще более одиноким и неспособным выразить свои чувства.

Это заблуждение также усугубляет чувство вины, от которого могут страдать молодые люди. Если просто проигнорировать подавленное состояние человека, он может не успеть получить помощь на ранних этапах, а вероятность повторного нанесения повреждения может возрасти. Напротив, если поговорить о суицидальных мыслях, возникнет возможность общения и обсуждения чувств. Получив разрешение поговорить о произошедшем, молодой человек может перестать чувствовать себя столь одиноким и загнанным в угол.

Многие специалисты опасаются вступать с молодыми людьми в диалог по поводу самоповреждений или суицида, считая, что это может подтолкнуть их к завершению начатого. Но и в этом случае нет свидетельств, которые бы это подтверждали. Наиболее уязвимых молодых людей может помочь выявить ряд тревожных признаков. Социальная замкнутость, недостаточная концентрация внимания и потеря веса – все это признаки возможной депрессии. При этом другие молодые люди выносят наружу свои душевные страдания. Характер и степень самоповреждающего поведения могут помочь с оценкой возможности суицида. Вопрос оценки риска затрагивается позднее.

«Те, кто наносят себе порезы или ожоги, не чувствуют при этом боли»

Некоторые заходят еще дальше и утверждают, что при лечении, например, наложении швов, молодые люди тоже не чувствуют боли. Они даже считают, что, если лечить такого человека безучастно, это предотвратит повторные случаи самоповреждений. Однако, как показывают согласующиеся друг с другом сообщения пациентов, это глупость. Хотя у людей бывает разный болевой порог, те, кто наносит себе повреждения, испытывают боль точно так же, как и остальные люди. Есть некоторые свидетельства того, что при повреждении тела определенные нейрохимические вещества могут провоцировать ощущение спокойствия и хорошее самочувствие (Смит и др., 1998 г.), однако это не то же самое, что отсутствие боли.

Молодые люди ясно дают понять, что самоповреждения в виде порезов или ожогов причиняют боль, как может причинять боль и лечение. В современном здравоохранении и среди неравнодушных и готовых помочь специалистов считается неприемлемым проводить болезненные вмешательства, например наложение швов, без соответствующего обезболивания. Более того, если так сделать, молодой человек, скорее всего, станет чувствовать себя хуже, переживания усилятся и с большей вероятностью возрастут шансы на повторение самоповреждений. При этом из-за негативного опыта он с меньшей вероятностью будет готов обратиться за необходимой медицинской помощью.

В рекомендациях NICE по самоповреждениям указано, что молодым людям с самоповреждениями нужно обеспечить необходимую анестезию и/или анальгезию во время наложения швов или иных болезненных процедур (NICE, 2004a).

«Степень серьезности самоповреждений можно определить по выраженности нанесенного вреда»

Это тоже заблуждение. Степень серьезности самоповреждений нельзя оценивать только на основе опасности раны или степени передозировки. Точно так же, степень серьезности самоповреждений не имеет прямой связи со степенью переживаний, которые может испытывать юноша или девушка. Небольшие царапины или порезы и незначительное нанесение вреда зачастую оказываются

маркерами высоких уровней стресса и сложностей.

Некоторые не совсем справедливо полагают, что порезы предполагают небольшие суицидальные наклонности, а передозировка уже является суицидом. На самом деле в обоих случаях возможен летальный исход, и мотивы могут быть схожими. Безусловно, для толкования самоповреждений или суицида в каждом случае нужно проводить как можно более полный анализ мотивов.

«Тех, кто наносит себе повреждения, нельзя вылечить»

Как говорят некоторые молодые люди, порой потребность в том, чтобы специалисты исправили ситуацию – зачастую путем попыток остановить самоповреждения – производит обратный эффект. Когда попытки разобраться с таким поведением оканчиваются неудачей, специалисты могут терять веру в свои силы. В результате они порой вымещают свое разочарование на пациенте, заявляя о его неизлечимости.

«Большинство самоубийств случается зимой»

О сезонном аффективном расстройстве (САР), также известном как «зимняя депрессия» или «зимняя хандра», сказано уже немало. Есть даже расхожее заблуждение, что пики числа самоубийств фиксируются осенью и зимой. Но это не так. Многие исследования подтверждают, что среди молодежи больше самоубийств бывает весной и летом (Найха, 1982 г.; Партонен и др., 2004 г.; Каледьенн и др., 2006 г., Samaritans, 2008г.). В Северном полушарии фиксируются весенние и летние пики. В результате возникли предположения, что суициды могут быть скорее связаны с длинным световым днем, чем с коротким.

Анализ дискурса

В момент отчаяния молодые люди, занимающиеся самоповреждениями, часто выражают желание умереть или наглотаться лекарств. Зачастую таким образом они дают понять, что испытывают большие трудности. В таких случаях родители, друзья и специалисты, конечно же, хотят понять, действительно ли есть суицидальные наклонности. У молодого человека может быть амбивалентное состояние: он испытывает противоречивые чувства, которые могут усиливаться в момент кризиса и ослабевать, когда сложная ситуация оказывается позади. Эмоциональная амбивалентность нормальна. Молодой человек может ненавидеть процесс самоповреждений, но при этом признавать, что это ему необходимо. Способность специалиста понять и принять эти меняющиеся и конфликтующие между собой чувства очень помогает молодым людям.

Иногда молодым людям приносит облегчение снятие напряжения, у них нет желания умереть. Это, без сомнения, признак неспособности справиться с ситуацией в данный момент. Подростки с суицидальными наклонностями и многие из тех, кто наносит себе повреждения, зачастую в большей мере, чем другие молодые люди, озабочены смертью – что, возможно, не удивительно. Иногда они пишут поэзию и прозу о смерти, и в момент психологического кризиса могут забывать о бесповоротности смерти. Одна девушка описала это в стихотворении «Конец».

Конец

Автор Кейти

Смотрю в пустоту,
Мечтаю, что жизнь свою из нее верну.
Скольжу и падаю
Тянусь к другим, но только стену нахожу
Паники волна
Остановлюсь, подумаю, пока подожду
Я все равно больше так жить не могу
Не вижу выхода
Мне помощь нужна!
Назад в реальность - рука болит
Смотрю на пальцы
Они сжаты в грязи,
По одному разгибаю,

Спокойна вся
Но тело обмякло
Пред глазами жизнь бежит моя
Пока все говорят «брехня»
Но я улыбаюсь, хоть плакать должна,
Вспомнив, что любовью счастлива была
Оглянусь назад, и мне дурно
Отдельно тело
Вижу, веревка
Сказать последнее слово?
Это луч надежды?
Но я иду мимо
Глаза закрыты
Я слышу знакомые вопли и крики
Вину понимаю
И затыкаю уши
Ребенка чувства им были чужды
Теперь уже поздно
Ничто не вернешь
Слезы капаят
Дождем в окне
Пора боли уйти совсем
Стук
Дна достигла
Неужто все?
Темнеет небо
Выходит луна
Сомнения нет, я дошла до конца
Смыкаются стены
Дрожу внутри
Улыбка
Закрыты глаза
Слова последние
Я говорю свои
Простите!

В этом стихотворении Кейти описывает влечение к смерти и страх смерти. В какие-то моменты смерть кажется идеальным решением, но в других частях она описывает панику и чувство вины. То, что Кейти ощущает по отношению к смерти, возможно, отражает ее чувства по отношению к своей жизни. Если обсудить выбранные ею слова, это может помочь специалисту вовлечь ее в процесс терапии и достичь взаимопонимания по поводу значения самоповреждений. Возможно, поэтические фантазии о смерти были для Кейти способом справиться с обуревавшими ее эмоциями. Возможно, Кейти не хотела покончить с собой, а пыталась так получить контроль над своей жизнью. Но для читателя встает вопрос о ее намерениях. Поэтому в процессе вовлечения в терапию необходимо прояснить суицидальные наклонности и ее намерения.

Молодые люди, которые наносят себе повреждения, довольно часто фантазируют о смерти. Это служит защитным механизмом, предотвращающим самоубийство. Но если у молодого человека остается чувство безысходности, и он не может решить межличностные сложности, фантазии могут потерять свою эффективность. Для определения намерений относительно самоповреждений и суицида нужно учитывать чувство безысходности, способность решать проблемы и навыки урегулирования конфликтов.

Объяснение самоповреждений

Молодые люди с самоповреждающим поведением зачастую испытывают трудности с тем, чтобы

дать рациональное объяснение своим чувствам и поступкам и четко выразить их словами. У них может не быть связанного с эмоциями словарного запаса для описания мыслей, чувств и намерений. Не обладая этими коммуникативными навыками, молодые люди с высокой вероятностью будут указывать на тревожащие их вопросы иными путями. Если в ответ будет негативная реакция, они могут чувствовать себя еще более одиноко.

Ниже приводится отрывок из разговора специалиста с девушкой, который может служить типичным примером сложностей толкования самоповреждений. Тине 14 лет, она недавно стала резать себе руки, столкнувшись с проблемами в семье. Эмма, сотрудник службы психического здоровья, разговаривает с Тиной в палате педиатрического отделения. Тина бритвой нанесла себе глубокий порез на запястье.

Тина: «Не знаю, почему я так сделала. Тогда это казалось единственным выходом»

Эмма: «Тина, что тогда происходило?»

Тина: «Это просто было последней каплей, я так больше не могла. У меня в голове скакали мысли, мне хотелось умереть»

Эмма: «И как давно ты себя так чувствуешь?»

Тина: «У меня часто такое бывает. Ну, я думаю, что не хочу жить, жизнь отстой и лучше не станет. Я правда хотела умереть и сбежать от всего этого. Я уже несколько месяцев пытаюсь покончить с собой»

Эмма: «Не могла бы ты мне немного рассказать об этих ощущениях?»

Тина: «Я просто хочу, чтобы что-то изменилось. Я знаю, что когда режу запястья, мне становится спокойно, а когда выступает кровь, с ней словно выходит вся боль»

Эмма: «То есть это было способом избавиться от накопившегося напряжения?»

Тина: «Не знаю, пыталась ли я себя убить или просто навредить себе. Наверное, таким способом не получится покончить с собой. Думаю, я просто хотела себя поранить»

Из этого диалога видно, что у Тины спутанные мысли насчет нанесенных себе повреждений. Для психологического значения действий крайне важны намерения. От специалиста требуется понять провоцирующие факторы, чтобы получить некоторое представление о произошедшем. Очевидно, что Тина не уверена в том, чего хотела добиться порезами. Возможно, она боялась или была в отчаянии, что не способствует ясности мышления. Часто определить характер поведения может быть затруднительно еще и по причине амбивалентности и неуверенности. Тина, кажется, сама испытывает сложности с пониманием своего поведения. Она связывает порезы со стремлением умереть и говорит, что пытается покончить с собой уже несколько месяцев. Но она также смогла выразить желание изменений и путем нанесения порезов хотела освободиться от боли. Она затем также говорит, что вряд ли смогла бы умереть от порезов на запястье, и приходит к выводу, что умереть все же не пыталась.

Вывод

Относительно того, что представляют собой самоповреждения и суицидальное поведение, нет единого мнения и четкости, причем как среди тех, кто этим страдает, так и среди тех, кто оказывает помощь. Исследовательская литература этот вопрос тоже мало проясняет, а анализ данных не разграничивает смертельные самоповреждения и попытки суицида. Важно понимать, что четких определений нет. Категории самоповреждений и суицида часто пересекаются, их признаки взаимозаменяемы, а намерения молодых людей очень часто неопределенны или меняются.

Термин самоповреждение используется скорее для описания поведения молодого человека, чем его намерений. Поэтому специалистам нужно пытаться отделить самоповреждения от суицидального поведения, и эти термины не следует смешивать. Чаще всего самоповреждения связаны не со стремлением к смерти, а с управлением эмоциями, выживанием и преодолением. Хотя самоповреждение лежит в том же спектре, что и суицид, у них разная структура и цель, а оказываемая помощь имеет разную основу и акценты.

Чтобы толковать самоповреждение, нужно внимательно все обдумывать и быть способным с уважением и без осуждения вникать в мысль, которую хочет донести юный пациент. Для точной

характеристики суицидального или самоповреждающего поведения требуется тщательный анализ и четкое понимание контекста. Чтобы прийти к консенсусу насчет определений, нужно изучить множество факторов. Эти факторы подробно рассматриваются в последующих главах.

2 Почему склонность к самоповреждению так часто встречается среди молодых людей?

Основные положения:

- Большинство случаев самоповреждения отмечается в подростковом возрасте. Это период физического, психологического и социального развития, который часто характеризуется замешательством, ощущением острой неудовлетворенности и вопросами о своей самоидентификации. Подростковый возраст – это время перехода от зависимости к независимости и от семьи к группам сверстников. Для некоторых молодых людей этот переход труден, и самоповреждение может быть признаком борьбы с этими трудностями.
- Исследования самоповреждения сосредоточены на психосоциальных факторах, включая стрессовые жизненные события, употребление алкоголя и наркотиков, жестокое обращение с детьми, домашнее насилие и психические нарушения.
- Причин, почему молодые люди наносят себе повреждения, много. Некоторые делают это в попытке покончить с собой. Чаще самоповреждение – это не попытка умереть, но способ реагировать на стрессовые факторы, такие как травля со стороны сверстников или груз подготовки к экзаменам.
- Самая частая причина, о которой упоминают молодые люди, наносящие себе повреждения, – это трудности во взаимоотношениях с членами семьи. Проблемы, которые приводят к самоповреждению, могут иметь диапазон от постоянных споров и ссор до вопросов, связанных с разездом или разводом родителей, выполнением родителями своих обязанностей и дисциплиной в семье.
- Большинство молодых людей, наносящих себе самоповреждения, особенно в случаях передозировки наркотиков, делают это под влиянием импульса. Часто они не обдумывают и не планируют самоповреждение, перед тем как сделать это, и не задумываются о последствиях.
- У определенных групп молодых людей риск самоповреждения и самоубийства выше. Сюда входят дети, которые подвергались сексуальному насилию, дети, которые находились на попечении государства, и молодые люди, находящиеся в тюрьме или в других режимных учреждениях.
- Медицинские работники обязательно должны разобраться в собственных убеждениях и представлениях, касающихся самоповреждения. Они должны стремиться к тому, чтобы избегать неконструктивного осуждения молодых людей, наносящих себе повреждения, а вместо этого предлагать им поддержку, понимание и сочувствие.

Введение

Молодые люди могут ощущать стресс и подавленность по разным причинам, и именно это часто ведет к повышенному риску самоповреждения. Часто проблемы, которые испытывают молодые люди, являются кратковременными, а не постоянными. Самоповреждение может быть острой реакцией на однократно возникшую ситуацию. Триггером может послужить спор с другом или членом семьи, разрыв отношений с молодым человеком или девушкой, плохой результат экзамена.

Самоповреждение часто бывает изолированным случаем при наличии поддержки со стороны семьи, понимающих и принимающих сверстников, здоровой эмоциональной сферы, и благополучного психологического состояния. Молодые люди, которые наносят себе повреждение впервые, могут сожалеть о своих действиях, стремиться быстро пережить подобный эпизод и забыть о том, что он вообще был. Однако для других молодых людей жизнь и отношение к самоповреждению являются более сложной и стойкой проблемой.

Каков масштаб проблемы?

Если отвечать попросту, то точно мы этого не знаем. Этому есть много причин, включая плохо развитые системы распознавания и учета, а также то, что подростки иногда рассказывают свои истории каждый раз иначе. Одной из основных причин того, что полностью оценить распространенность склонности к самоповреждению невозможно, является то, что многие молодые люди, которые занимаются самоповреждением, делают это в тайне и не говорят об этом медицинским работникам или другим взрослым. Это иногда описывают как «скрытый вред».

Данные по самоубийствам также неполны, отчасти, потому что лишь очень малое количество смертей у детей регистрируется как самоубийства; по многим другим детским смертям вопрос остается открытым, или выносится вердикт «причина не определена» или «несчастный случай» (McClure 1994; Madge and Harvey 1999). Как указывают многие исследователи, невозможность точно оценить частоту самоубийств у детей и подростков по официальным данным влияет на распределение средств (Bennewith et al. 2005; Sinclair et al. 2006; Gosney and Hawton 2007).

Благотворительная организация «Самаритяне» была основана в 1953 г. после смерти 15-летней девочки, которая покончила с собой, когда у нее начались менструации. Она была уверена, что заразилась венерическим заболеванием. С этого времени добровольцы из «Самаритян» оказали поддержку миллионам детей и подростков, включая тех, кто наносит себе повреждения или пытается покончить с собой. Только в 2001 г. они ответили более чем на три миллиона звонков от людей, находящихся в состоянии душевного смятения. Они полагают, что их добровольцы обсуждали мысли о самоубийстве у звонившего более чем в четверти этих случаев, и причины, почему дети и подростки ощущают такую безнадежность, очень широко варьируются.

Самоповреждение

Обширные исследования среди детей и молодых людей, которые наносят себе повреждения, были проведены профессором Китом Хоутоном (Keith Hawton) и его коллегами из Центра по исследованию самоубийств при Оксфордском университете. Очевидно, что самоповреждение у детей и молодых людей в последние десятилетия стало встречаться намного чаще. Частота самоповреждений среди молодежи в Великобритании выше, чем почти во всех европейских странах (Hawton et al. 1998a).

Люди, которые наносят себе повреждения, не принадлежат к какой-то особой социально-экономической или этнической группе, и имеются значительные различия в частоте и в способах самоповреждений между мужчинами и женщинами. Однако проведенное Хоутоном Оксфордское исследование показало, что наиболее многочисленной группой были девушки и женщины в возрасте 15–24 лет.

Распространенность самоповреждения мала в раннем детстве, но в подростковом возрасте быстро растет (Hawton et al. 2003). Данные Национального статистического управления Великобритании (ONS) говорят о том, что наносит себе повреждения каждый десятый подросток, и частота такого поведения среди юношей и молодых мужчин с 1980-х гг. почти удвоилась. Однако проблема не ограничивается только подростками. Исследования показывают, что значительное количество детей в возрасте от пяти до десяти лет наносят себе повреждения (ONS 2006).

Собранные статистические данные говорят о том, что 19 000–20 000 детей и подростков в возрасте 10–19 лет ежегодно попадают в больницы общего профиля Англии и Уэльса после попыток передозировки. Около 2000 из них в возрасте 10–14 лет, и большинство – девочки и девушки (Hawton and Fagg 1992).

Исследование CASE (Исследование самоповреждения у детей и подростков в Европе) представляет собой крупное многоцентровое исследование в семи странах, включая Англию и Ирландию (Madge et al. 2008). Более 30 000 подростков в возрасте 15–16 лет анонимно заполнили опросники, в которых указывали, наносили ли они себе когда-либо целенаправленные повреждения. Если да, то их просили подробнее рассказать о своем поведении в отношении самоповреждения. Семьдесят процентов тех, кто заполнил опросники, признали, что в какой-либо момент своей жизни прибегали к самоповреждению. Подросткам задавали также вопросы об их физическом и психическом

состоянии здоровья и об образе жизни в целом.

Исследование CASE показало, что частота самоповреждения среди девушек вдвое выше, чем среди юношей, и, по крайней мере в некоторых странах, одна из десяти девушек до опроса уже наносила себе повреждения. Примерно один из каждых пяти юношей и одна из каждых четырех девушек в исследовании CASE оставались «скрытыми»; иными словами, они не обращались в больницу после самоповреждения и сообщили, что никому об этом не рассказывали.

Хотя было выявлено, что самоповреждение стабильно чаще наблюдается у девушек и женщин всех возрастов (Shaffer 1974), многие мальчики и юноши также наносят себе повреждения. Кроме того, хотя больше молодых женщин принимают несмертельные дозы лекарств, больше молодых мужчин используют насильственные методы, такие как повешение, что часто связано с более выраженным стремлением к самоубийству (National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness 2009).

Самоубийство

Существует общее согласие среди исследователей в том, что частота суицидального поведения растет с возрастом, выше после начала полового созревания и растет в ходе подросткового периода (Woodroffe et al. 1993). После дорожно-транспортных происшествий самоубийство – наиболее частая причина смерти молодых людей в возрасте 15–24 лет (Samaritans 2008).

Данные по самоубийствам у детей и подростков и смертей по не установленной причине в Англии и Уэльсе за 2005 г. включают 184 смерти детей и подростков в возрасте 10–19 лет. Из них 170 были в возрасте 15–19 лет (136 юношей, 34 девушки), и 14 – в возрасте 10–14 лет (11 мальчиков, 3 девочки) (ONS 2006). У молодых людей старше 14 лет самоубийство в три раза чаще отмечается у мальчиков и юношей (17 на 100 000 населения), чем у девочек и девушек (5 на 100 000 населения) (Samaritans 2008).

Что вызывает самоповреждения и самоубийства?

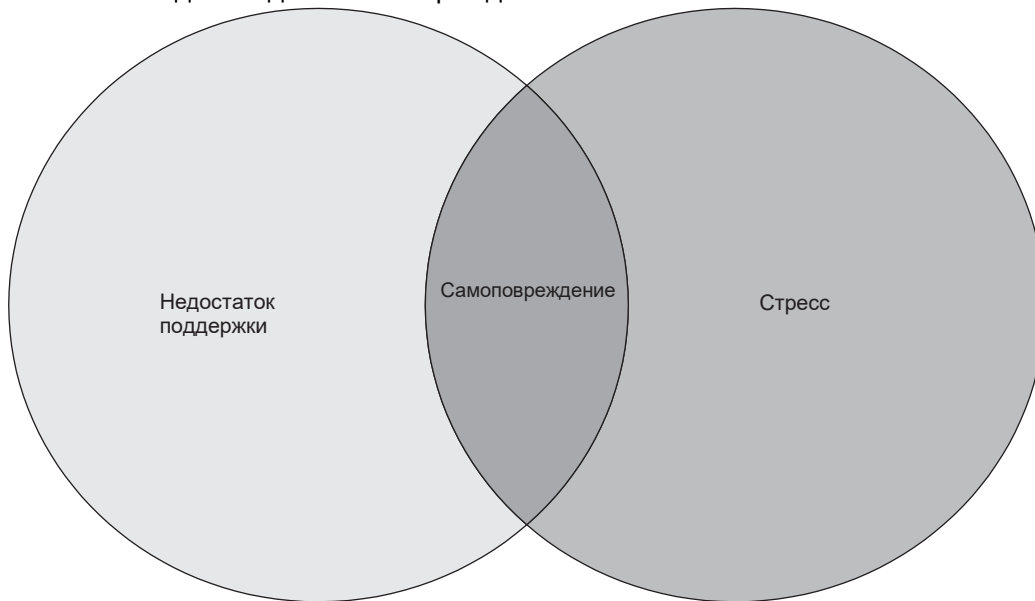
Нет какого-то одного фактора, который бы позволял предсказать самоповреждение или самоубийство. Однако сочетание внешнего давления, сильных эмоций и жизненных событий вносит в это свой вклад. У некоторых молодых людей самоповреждение может быть симптомом серьезного психического заболевания, например, клинической депрессии (Pfeffer et al. 1991; Brent et al. 1994). У других это может быть результатом экспериментирования и частью самопознания и самооценки в подростковом возрасте (Anderson et al. 2004).

Триггеры включают стрессовые жизненные события и травматический или связанный с насилием опыт, сложности в отношениях и проблемы дома или в школе (Social Care Institute for Excellence 2005). Несмотря на популярные представления, дети и подростки редко оставляют предсмертные записки с объяснением своего поступка. Это также затрудняет установление мотива.

Сходным образом, нет какой-то одной причины, по которой самоповреждение так распространено среди молодых людей. Скорее, сочетание личных, семейных и социальных факторов привело к резкому росту поведения, направленного на самоповреждение, у молодых людей в последние годы. Похоже, что то, как мы живем сегодня, ведет к эпидемии психических проблем, и самоповреждение у молодых людей стало практически мейнстримной практикой. Если мы попробуем визуально представить причины самоповреждения, это будет выглядеть примерно, как на рисунке 2.1

Рисунок 2.1 Почему склонность к самоповреждению так часто встречается среди молодых людей?

Молодые люди и самоповреждение



Молодые люди постоянно ощущают растущее давление и стресс, получают недостаточную поддержку и, в силу возраста, могут меньше знать и хуже уметь справляться с этим здоровыми способами. В самом деле, в ряде исследований было показано, что значительная доля молодых людей, которые наносят себе повреждения, испытывают трудности при решении проблем не деструктивными путями, и могут бороться с трудными, плохо переносимыми чувствами (McLaughlin et al. 1996; Townsend et al. 2001). В этой главе рассматриваются некоторые из факторов, которые ведут к сценарию, предложенному на рисунке 2.1, и обсуждаются некоторые из многочисленных причин, по которым молодые люди обычно наносят себе повреждения.

После эпизода самоповреждения клиенты часто описывают ощущение уменьшения эмоционального страдания, а другие могут видеть в этом способ избежать такого страдания. У самоповреждения есть и другие функции, такие как наказание себя и саморегулирование. В сущности, полезнее будет не определять само действие, а вычленив мотивации. Если суметь обсудить с подростком триггеры и события, с которыми было связано самоповреждение, это поможет формулировке и, в дальнейшем, лечению.

Подростковый возраст

Понимание того, как происходит развитие подростка, является существенным нормативным якорем при работе с молодыми людьми со склонностью к самоповреждению. О сути подросткового возраста идут споры в течение многих лет, и это переходное состояние между детством и взрослым возрастом. Здоровье и благополучие подростков в последние десять лет привлекают к себе все больше внимания. Во многом это связано с тем, что подростки составляют 13–15% населения Великобритании (RCPCH 2003), и с тем, что подростковый возраст – это период физического, психологического и социального развития. Подросткам также часто требуются услуги здравоохранения. Хотя обычно считается, что большинство молодых людей здоровы, более половины из них посещают врача общей практики по крайней мере раз в год, и примерно у 30% имеется какое-либо хроническое заболевание (Coleman et al. 2007).

Несмотря на растущий интерес к здоровью и благополучию молодежи, единого взгляда на то, в каком возрасте ребенок становится подростком, какие факторы и вехи в развитии определяют наступление подросткового возраста, или то, когда подросток становится взрослым, пока нет. Исторически считалось, что наступление подросткового возраста отмечает начало полового созревания. Однако в последние годы половое созревание у детей начинается раньше, и это затрудняет разграничение детства и подросткового возраста.

В качестве социальной концепции подростковый возраст для разных людей означает разное, и в

разных культурах эта концепция также имеет разный вид. В ходе этого периода молодые люди экспериментируют, подвергают сомнению и пытаются осмыслить физические, эмоциональные и социальные изменения в их жизни и в мире, в котором живут. Переходная фаза подросткового возраста происходит в обществе. Помня об этом, а также о более широких социальных процессах, влияющих на развитие человека, мы сможем лучше понять проблемы, которые влияют на развитие поведения, связанного с самоповреждением (Anderson et al. 2004). Эриксон (Erikson, 1968) сделал очень многое для понимания психологического развития подростков, которое включает достижение ряда ключевых моментов:

- независимости
- формирования сексуальной роли и сексуальной ориентации
- самоконтроля агрессивных и оппозиционных импульсов
- самоидентификации подростка.

Индивидуальные различия, основанные на темпераменте и личностных качествах, всегда будут оставаться, и для некоторых подростков эксперименты могут включать в себя участие в рискованных типах поведения. Часто это делается с целью развлечься и, в отсутствие опасности или негативных последствий, это рискованное поведение в контексте развития подростка часто воспринимается как норма (Kloer and Hendry 1999).

Стремление к риску

В своей книге про алкоголь, наркотики секс и молодежь Plant and Plant (1992) высказывают предположение, что стремление к риску характерно для нормального развития и поведения подростка. Например, прицепиться сзади к автобусу или грузовику, прыгнуть в воду с прибрежного утеса, развести костер или бежать по железнодорожным путям – не такое уж редкое среди подростков поведение.

Однако если что-то пошло не так, и подростки и другие люди в результате пострадали или погибли, это поведение справедливо осуждается как безответственное и безрассудное. Высказывалось предположение, что в большинстве своем такое рискованное поведение демонстрируют мальчики, и есть данные, что очень немногие переходят от рискованных экспериментов к постоянному стремлению к риску (Moore and Parsons 2000). Однако самая частая причина госпитализации мальчиков-подростков – травмы головы и открытые раны (Coleman et al. 2007).

Другая проблема, с которой сталкиваются подростки – отсутствие свободы в разных социальных ситуациях. Молодые люди лишены власти из-за своего возраста, роста и отсутствия доступа к ресурсам. Это добавляется к другим факторам, которые могут поставить их в невыгодное положение, таким как социально-экономический класс, раса и пол. Молодые люди реагируют на подобное отсутствие свободы по-разному. Это включает пассивное принятие, незаконное принуждение сверстников или манипуляции ими и месть (Kingston et al. 2004). Есть ряд объяснений разной степени точности, почему подростки могут демонстрировать склонность к самоповреждению или попыткам самоубийства:

Провоцирующие факторы

- ответный удар на реальные или воображаемые обиды
- уменьшение невыносимой боли или избавление от нее
- чтобы отвлечь семью от другой проблемы
- мечты о воссоединении, например, с братом/сестрой или родителем
- попытка взять свою жизнь под контроль
- унижительный опыт
- беременность
- ссора со сверстниками.

Предрасполагающие факторы

- отсутствие границ, структуры и направления
- давление в сторону необходимости успеха
- опубликованное сообщение о самоубийстве

- случаи самоубийства в семье или среди друзей
- разлад в семье, плохая коммуникация, отсутствие цельной системы ценностей.

Очевидно, что имея дело с подростком, который нанес себе повреждения, следует оценивать его поведение с учетом развития в подростковом возрасте, который является временем быстрых физических, психологических и социальных изменений.

Независимость

Подростковый период и движение к взрослости обычно включают в себя изменения во взаимоотношениях с родителями или опекунами. Подростки все сильнее нуждаются в личном пространстве, как физически, так и эмоционально, и начинают стремиться к независимости и самодостаточности. Дети помладше часто делятся своими тревогами и переживаниями с родителями и опекунами, но в подростковом возрасте это менее вероятно, поскольку происходит сдвиг в сторону группы сверстников как источника поддержки.

Эта фаза развития не для всех подростков происходит прямо и просто. Убеждение, что проблемы следует решать без поддержки взрослых, некоторых может привести к трудностям. В самом деле, в крупном опросе было показано, что родители зачастую не подозревают, что их ребенок склонен к самоповреждению (Meltzer et al. 2001).

Контроль побуждений

По мере взросления подростки, как правило, начинают лучше контролировать свои побуждения и эмоции. Некоторым на это не только требуется больше времени, чем другим, но некоторым подросткам вообще трудно этого достичь. Возможно неудивительно, что самоповреждение чаще встречается в подростковом возрасте, когда молодые люди хуже умеют справляться со своими побуждениями и сильными эмоциями и имеют меньше опыта в этой области.

Исследования подтверждают эту гипотезу. Существуют обширные данные, говорящие о том, что способность к саморегуляции, например, способность контролировать свои побуждения, в периоды эмоционального расстройства снижается. Большинство молодых людей, наносящих себе повреждения, особенно в случаях передозировки наркотиков, делают это импульсивно (Skegg 2005). Часто они не обдумывают и не планируют самоповреждение, перед тем как сделать это, и не задумываются о последствиях.

В исследовании CASE половина участников сообщали, что наносили себе повреждения в течение часа после эпизода, с которым они были связаны (Madge et al. 2008). Кроме того, опрос в школах показал, что у более импульсивных подростков с более низкой самооценкой риск самоповреждения выше. Однако импульсивность не была независимым фактором риска для мальчиков (Hawton et al. 2002). Favazza and Rosenthal (1993) полагают, что случаи многократного самоповреждения (МСП) следует классифицировать как расстройство контроля побуждений.

Сексуальность и самоидентификация

Усиление опоры на друзей как ролевой модели поведения ведет к тому, что подросток окружает себя группой тех, кто думает сходно с ним. Они испытывают растущее давление, направленное на соответствие нормам, «правильный» внешний вид, возможность вписаться в окружение и создание взаимоотношений. Подростковый возраст – это время самоидентификации, и подростки выясняют для себя, кто они и кем хотят стать.

В подростковом возрасте молодые люди часто «примеряют на себя» разные ролевые модели, это часть их пути, в ходе которого они «выясняют, кто они». Половое созревание влияет также на ощущение своего тела, и временно они могут быть намного сильнее сосредоточены на этом. Для молодых людей, которые находятся в процессе конструктивной самоидентификации, положительный опыт сексуального самовыражения и интимных отношений может помочь поддержать свою самооценку. И наоборот, отрицательный опыт может вызывать чувства вины, стыда и никчемности.

Разумеется, влияние на подростка оказывают не только друзья. Семья играет роль в принятии или отвержении сексуальности подростка. Общество тоже играет критическую роль в определении того, какие ценности и нормы являются социально приемлемыми, и в подростковом возрасте это

может быть особенно очевидно. Молодые люди могут путаться в собственных сексуальных предпочтениях, поскольку очень многие люди испытывают чувства к людям своего пола на том или ином этапе жизни. Однако это естественная часть сексуального развития и формирования собственной идентичности.

Некоторым молодым людям этот процесс дается сложнее чем другим, и они опасаются, что их чувства могут быть неестественными. Подростковый возраст, переходный период, является также и временем формирования сексуальности и самоидентификации. Подростки не должны чувствовать давление, направленное на то, чтобы они определились со своей сексуальностью, но тех, кто четко осознал свою сексуальную ориентацию, нужно поддерживать, чтобы они могли выразить это, не чувствуя маргинализации.

Подростки с гомосексуальной и бисексуальной ориентацией

Подростки с гомосексуальной и бисексуальной ориентацией уязвимы – не из-за своей сексуальной ориентации, но из-за неприятия их ориентации и случаев дискриминации и стигматизации, с которыми они часто сталкиваются. Растя среди других подростков, которые формируют собственные взгляды, и положительные, и отрицательные, на сексуальность и сексуальную идентичность, может быть сложным, трудным процессом. Исследования показали, что у молодых людей, которых влечет к лицам своего пола, повышен риск столкнуться с дискриминацией и социальной изоляцией (Mental Health Foundation and Camelot Foundation 2006). У юношей, которые являются гомосексуалистами и не чувствуют, что могут безопасно объявить об этом открыто, страх отвержения может привести к самоповреждению (Brown 2002).

Несмотря на отсутствие убедительных доказательств, подростки с гомосексуальной или бисексуальной ориентацией могут быть более склонны к самоповреждению и самоубийствам. Данные исследований говорят о том, что девушки, которых беспокоит их сексуальная ориентация, в четыре раза чаще сообщают о самоповреждении по сравнению с девушками, у которых нет таких проблем. По сравнению с этим, юноши, которых беспокоит их сексуальная ориентация, сообщают о самоповреждении в два раза чаще, чем другие юноши (Hawton and Rodham 2006a). Поэтому важно учитывать вопросы гендерной и сексуальной ориентации как часть процесса психологической оценки и помощи.

Стресс и устойчивость к стрессу

Устойчивость к стрессу – это способность справляться с проблемами, которые перед тобой ставит жизнь, и она является как психологической, так и физической. Некоторые дети способны расти и процветать в самых неблагоприятных обстоятельствах («дети-одуванчики»). Другие менее устойчивы к стрессу и больше похожи на орхидеи – они страдают в суровой обстановке, но могут процветать в атмосфере заботы и поддержки (Thomas-Boyce and Ellis 2005). Это отчасти обусловлено генетически, но устойчивость к стрессу зависит также от ряда личных, социальных факторов, факторов, связанных с окружением и жизненным опытом (Williams 2008).

Способность выдерживать стресс со временем растет и развивается, и ее усиливают или подрывают факторы личного характера и факторы со стороны социального окружения. Несмотря на то, что в подростковом периоде более важную роль играют сверстники, семья остается важным источником поддержки, в том отношении, что помогает укрепить устойчивость к стрессу по мере продвижения подростка к взрослой жизни и независимости.

Положительная привязанность между ребенком и родителем, включающая теплоту, ободрение, заботу и понимание, – основа для прочных, обеспечивающих поддержку, отношений. Такие полные заботы отношения, вместе с неосуждающим, подкрепляющим отношением и возможностями для участия в жизни ребенка, способствуют эмоциональному здоровью и благополучию подростка.

Такая устойчивость к стрессу, в свою очередь, помогает защитить подростка от рискованного поведения, например, случаев самоповреждения как способа справиться со стрессом. В своей замечательной книге Daniel and Wassell (2002) кратко рассматривают факторы, связанные с устойчивостью к стрессу у детей. Они включают следующее:

- женский пол

- общительность
- независимость
- вдумчивый, а не импульсивный характер
- способность выражать свои эмоции.

А также наличие:

- хобби
- чувства юмора
- желания и способности планировать
- хороших навыков общения
- эмпатии по отношению к другим
- уверенности в своей компетенции и способности самостоятельно делать необходимые вещи
- умения решать проблемы
- самостоятельности.

Однако не все молодые люди растут в обстановке эмоциональной поддержки. У некоторых риск самоповреждения повышен из-за отрицательного опыта, полученного ими в детстве. Психологическая устойчивость, в которой они нуждаются, чтобы справляться с теми задачами в области развития, которые ставит перед ними подростковый возраст, у них отсутствует или плохо развита.

Это может означать, что они переживают проблемы сильнее или дольше, и риск самоповреждения вследствие этого возрастает. Исследования раз за разом высвечивают ряд факторов, угрожающих развитию устойчивости и ведущих к возрастанию частоты самоповреждения (Ross and Heath 2002), и они обсуждаются на всем протяжении данной книги.

Давление в сторону необходимости успеха

На многих молодых людей сильно давит необходимость достичь успеха, со стороны родителей, учителей и друзей. Такое давление может достигать максимума в период экзаменов или вообще связано с учебой. Молодые люди могут наносить себе повреждения, получив более низкие оценки, чем предполагалось, или могут наносить себе повреждения более регулярно как способ справиться с требованиями со стороны школы и ожидаемым уровнем работы.

Привлечение внимания

Ни одно рассмотрение проблемы самоповреждения не будет полным без попытки разобраться с уничижительным термином «привлечение к себе внимания». То, что дети и подростки ищут внимания и нуждаются в нем – часть человеческой природы. Как существа социальные, мы нуждаемся в социальном взаимодействии, обратной связи и оценке того, чего мы стоим. Это часть процесса психологического взросления и развитие того, что некоторые авторы называют «эмоциональным интеллектом» (Mayer et al. 2008).

Очень часто молодые люди, которые наносят себе повреждения, ищут положительного внимания к себе, которого не получают в обычной жизни. В попытке опровергнуть некоторые мифы и убрать предрассудки, связанные с самоповреждением, некоторые специалисты заменили фразу «привлечение к себе внимания» на «потребность во внимании». Это сдвигает фокус с подростка, сделавшего что-то «неверно», на необходимость для окружающих сделать что-то «верно». Разумеется, самоповреждение человек наносит себе не находясь в изоляции. Оно связано с отношениями, вписано в социальный контекст, и на него влияет система, в которой существует подросток.

Повреждения, которые я себе наносила, позволяли мне чувствовать свою важность... меня замечали в школе и серьезно относились ко мне.

Элли, 15 лет

Молодежная субкультура

Как уже говорилось, многие типы поведения в подростковом возрасте обычно не расцениваются как самоповреждение. Однако, помня об «фазе экспериментов» в подростковом возрасте, легко

увидеть, что самоповреждение может быть чем-то, что испытывают и пробуют. Сравнивая способы справляться с эмоциональными переживаниями у мальчиков и девочек, Хаутон (Hawton, 1986) высказывает предположение о том, что девочки склонны, выражая свое эмоциональное неблагополучие, более «наказывать себя», чем мальчики. Под этим он подразумевает, что девочки более склонны к самоповреждению, чем мальчики, которые скорее будут демонстрировать поведение, связанное с высоким риском, описанное ранее.

Многие подростки наносят себе повреждения только один раз и более этого не повторяют, но другие продолжают такое поведение по ряду причин, которые будут рассмотрены далее в этой главе. Некоторые молодые люди наносят себе повреждения в рамках принадлежности к какой-то социальной группе. Известны примеры молодежных культур, которые включают в свою идентичность самоповреждение. Готов описывали как ветвь панк-культуры с темной, мрачной эстетикой, ее приверженцы хорошо заметны по своей характерной одежде и макияжу и по своим музыкальным вкусам (Hodkinson 2002).

В Шотландии Young и соавторы провели исследование 1258 молодых людей, идентифицировавших себя как готы. Авторы нашли, что принадлежность к субкультуре готы демонстрировала сильную связь с самоповреждением и попытками самоубийства в течение жизни, в наиболее тесно идентифицировавшей себя с гот-культурой группе распространенность этих типов поведения составляла 53% и 47% соответственно (Young et al. 2006). Недавно выявлена связь с самоповреждением для субкультуры «эмо» (сокращения от «эмоциональный»). Действительно, в субкультуру эмо входит демонстрация видимых шрамов и празднование самоповреждения. Однако важно подчеркнуть, что не все молодые люди, называющие себя готами или эмо, занимаются самоповреждением.

Молодые люди на протяжении подросткового периода достигают ряда определенных вех в развитии. Это включает в себя достижение независимости, самоконтроль агрессивных и оппозиционных импульсов и формирование собственной сексуальности и идентичности. При этом подростки сталкиваются с рядом проблем и трудностей, которые обсуждаются далее.

Отношения в семье

Самая частая причина, о которой упоминают молодые люди, наносящие себе повреждения, – это трудности во взаимоотношениях с членами семьи. В крупном опросе детей младше 15 лет более трех четвертей заявили, что проблемы в семье являются для них основной причиной беспокойства (Hawton and Harriss 2008). Проблемы, которые приводят к самоповреждению, могут иметь диапазон от постоянных споров и ссор до вопросов, связанных с разездом или разводом родителей, выполнением родителями своих обязанностей и дисциплиной в семье.

Молодые люди, наносящие себе повреждения, сообщают также, что утрата в семье или разрыв между родителями часто становятся источником стресса. Они не только тоскуют по тому, кто умер или оставил их, но и другие члены семьи, обычно оказывающие поддержку, могут бороться с собственными чувствами утраты и тоски и менее способны поддержать подростка.

Некоторые подростки говорят, что чувствуют, что их не любят, или что другие члены семьи иначе к ним относятся. Это иногда проявляется как ощущение пустоты или ощущение, что ты не являешься частью семьи. Есть ли вокруг них кто-то или нет, некоторые подростки ощущают себя одинокими. Это воображаемое или реальное отсутствие связи с родителями или другими членами семьи может быть переходной фазой, но для некоторых это означает более тяжелые проблемы с привязанностями, и подростки могут чувствовать себя изолированными, и риск самоповреждения у них в этом случае выше. Годовщина утрат, испытанных подростками, для тех, кто наносит себе повреждения, также может быть значимым событием.

Дети «на попечении»

Особенно уязвимой группой подростков являются те, кто находится на попечении местных властей и живет в приемной семье или в детском доме (HM Government 2008). По самому своему положению их отношения с родителями были достаточно неблагополучными, чтобы прибегнуть к

мерам по охране их благополучия. Это может быть связано с неспособностью их родителей осуществлять свои собственно родительские обязанности – опекать, заботиться, защищать и должным образом контролировать ребенка – и, если они не могут это делать, иногда подростка необходимо защищать от его собственного поведения, которое ставит его под угрозу нанесения ему значительного вреда.

Исследования, проведенные в Северной Ирландии, подтвердили, что у детей, которые находятся под опекой государства, частота самоповреждения и суицидального поведения выше (Brodie et al. 1997; Cousins et al. 2008). Рассмотрение обстоятельств смертей 50 детей, находящихся под опекой государства, за период четыре года, привело к выводу о том, что в 11 случаях это были удавшиеся самоубийства (Scottish Executive 2002b). В небольшом исследовании наблюдения за 48 подростками, ранее находившимися под опекой, было обнаружено, что 17 из них (35%) наносили себе повреждения, а 29 (60%) думали о самоубийстве или совершали попытки самоубийства (Saunders and Broad 1997). Ирония заключается в том, что в детских домах при сведении вместе группы очень уязвимых психологически подростков возможно воздействие других факторов, таких как взаимовлияние членов группы, в результате чего подросток, который ранее не занимался самоповреждением, подвергается повышенному риску развития подобного поведения (Christofferson et al. 2003). Это обсуждается далее в данной главе. Для удовлетворения психических нужд подростков, которые находятся под опекой, многие бригады CAMHS включают теперь специалистов по «детям на попечении» (Looked After Children, LAC). Эти специалисты проводят регулярные консультации и оказывают поддержку подросткам, персоналу детских домов и приемным семьям. Это может включать особое внимание к склонности подростка к самоповреждению или поддержку персонала или приемных родителей в обеспечении ежедневных потребностей подростков.

Payne и Butler (2003) привлекли внимание к тому, что дети, которые находятся на попечении, составляют 1% от общего количества детей, но тех, кто поступает в травматологические отделения и отделения неотложной помощи с последствиями самоповреждения, – 10%. Национальное расследование заключило, что нужны дополнительные исследования, чтобы выяснить, почему определенная обстановка, например, детские дома и режимные учреждения, чаще вызывают поведение, связанное с самоповреждением, и что можно сделать, чтобы это изменить (Mental Health Foundation and Camelot Foundation 2006).

Чернокожие подростки и подростки из этнических меньшинств

Великобритания представляет собой мультикультурное общество, где каждый восьмой относится к одному из этнических меньшинств. Неблагоприятные условия, дискриминация и неравенство в психологической помощи особенно сильно выражены среди этнических меньшинств. В некоторых группах подростков сообщалось о повышенной частоте самоповреждения, попыток самоубийства и успешного самоубийства. Вызывает беспокойство то, что частота самоубийств азиатских женщин в Англии и Уэльсе в три раза выше, чем белых женщин британского происхождения (Raleigh and Balarajan 1992; Avan and Bakshi 2004).

Вероятно, эти тенденции имеют сразу несколько причин. Гендерная дискриминация, расизм и домашнее насилие – все это вносит свой вклад (Glasgow Violence Against Women Partnership 2008). Понятия «иззат» («честь») и «шарам» («позор») происходят из Пакистана и Индии. Эти культурные концепции влияют на то, как девушки и женщины одеваются, ведут себя, с кем могут заговаривать, дружить и за кого выходить замуж. Иззат может быть как влиятельной силой, так и источником давления для некоторых британских девушек и женщин азиатского происхождения. В фокус-группе молодых женщин (16–25 лет) некоторые чувствовали, что для защиты «иззат» было бы лучше покончить с собой, чем выйти из отношений, связанных с насилием (Gilbert et al. 2004).

Исследования, проведенные Ньюхемским проектом по азиатским женщинам (Newham Asian Women's Project, NAWP), показали, что молодые женщины азиатского происхождения в два или три раза более склонны к самоповреждению, чем женщины не азиатского происхождения. Однако NAWP подчеркивает необходимость смотреть дальше представления о том, что основной причиной такой высокой частоты самоповреждения и самоубийств являются культурные конфликты.

Понимая, что самоповреждение позволяет молодым азиатским женщинам поддерживать существующее в их обществе и культуре убеждение, что проблемы должны оставаться внутри семьи, и искать помощи извне – неприемлемо, важно также исследовать более фундаментальные факторы, ведущие к самоповреждениям и самоубийствам. Они включают в себя расизм, сексизм, классовое неравенство, патриархальные взгляды, насилие, в том числе сексуальное, и иммиграцию.

Для борьбы с этими проблемами NAWP развернул проект «Проект по психическому здоровью Zindaagi» для молодых азиатских женщин с риском самоповреждения и самоубийства. «Zindaagi», что означает «жизнь», ставит своей целью просвещение и повышение информированности о самоповреждении и разрушение табу и стигмы, связанных с этой проблемой. Проект включает в себя выездное консультирование, группы для тинейджеров и раннее вмешательство в школах. «Zindaagi» ведет также работу с религиозными лидерами, направленную на повышение информированности и на то, чтобы молодые женщины могли бы получить помощь и поддержку. Однако использование чернокожими молодыми людьми и молодыми людьми из этнических меньшинств служб психической помощи по-прежнему остается низким (Neale et al. 2005). Отчасти это может быть следствием предрассудков, стереотипов и расистских представлений, которые пронизывают процесс планирования и оказания психиатрической помощи.

Husain et al. (2006) предположили, что раннее вмешательство в школах и переходный подростковый возраст могут быть идеальной возможностью исследовать ожидания в области гендерных ролей, личные и культурные конфликты, как способ предотвратить внезапный и резкий рост риска в годы после окончания школы.

Травмы и насилие

У многих детей и подростков, наносящих себе повреждения, в прошлом лежит эмоциональное, физическое и сексуальное насилие (Green 1978; Romans et al. 1995; Santa Mina and Gallop 1998; Gladstone et al. 2004; Social Care Institute for Excellence 2005). Однако важно подчеркнуть, что не все, кто занимается самоповреждением, в детстве подвергались насилию, и что не все молодые люди, которые подвергались насилию, наносят себе повреждения. Нужны дальнейшие исследования по связи между насилием и отсутствием родительского внимания, включая эмоциональную холодность, и самоповреждением (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2009).

Brown et al. (1999) изучили группу из 776 детей, которых случайным образом отбирали на протяжении 17 лет (1975–92 гг.) и сделали вывод, что у детей, подвергавшихся сексуальному насилию, был выше риск развития депрессии или склонности к самоубийству в подростковом возрасте и ранней молодости. В исследовании Vajda и Steinbeck (1999), которые провели ретроспективный обзор медицинских карт подростков в возрасте 13 и 20 лет, обращавшихся в приемные отделения больниц, также найдено, что сексуальное насилие в прошлом является одним из факторов риска самоповреждения.

Подростки, которые перенесли единичный случай насилия, например, изнасилование, могут наносить себе повреждение, поскольку чувствуют стыд, злость или смятение. Самоповреждение может быть проявлением отвращения к себе или наказания себя (Ainscough and Toon 1998). Ответственность за сексуальное насилие всегда лежит на насильнике, но их жертвы часто испытывают чувство вины и ответственности и часто винят себя. Подростки могут заниматься самоповреждением также, чтобы хранить в тайне совершенное над ними насилие, или чтобы справиться с последующим расследованием совершенного насилия. Заявления в полицию, физический осмотр и необходимость появляться в суде сами по себе вызывают сильный стресс, и подростки могут наносить себе повреждения, чтобы справиться с психическим и физическим вторжением в их личное пространство.

Ребенок или подросток мог не только в прошлом перенести насилие, но и подвергаться ему в настоящее время. Дети, которые подвергаются сексуальному насилию, часто испытывают чувство беспомощности; в их тела и эмоции грубо вторгаются, и они не в состоянии защититься или

контролировать то, что с ними происходит (Ainscough and Toon 1998). Подростки часто пытаются каким-либо образом вернуть себе контроль, и могут делать это посредством самоповреждения. Акт самоповреждения может стать также актом защиты или самозащиты. Например, госпитализация после передозировки наркотика может временно прекратить дальнейшее насилие, поскольку подросток находится в безопасном месте, и насильник не может до него добраться.

Важно знать, что насилие часто встречается в семьях, со стороны опекунов, которым ребенок должен доверять. Иногда насилие происходило в прошлом, и семья об этом знает. В других случаях подросток мог сохранить насилие в тайне. Они могут бороться с резким негативным опытом и решить рассказать кому-нибудь в ходе психологической оценки или при разговоре с членами семьи или друзьями. Чтобы выявить подростков с наиболее высоким риском, необходима тщательная оценка детских травм, поведения, направленного на самоповреждение, суицидальных мыслей и попыток самоубийства.

Проект «Basement» предоставляет поддержку тем, кто в детстве подвергался насилию, и тем, кто занимается самоповреждением. Проект предлагает также обучение, руководство и консультации для работников по месту жительства и в службах психической помощи; в его рамках опубликован ряд полезных руководств и обучающих материалов (Basement Project 1997).

Домашнее насилие

Расспросить подростков, которые наносят себе повреждения, о насилии в отношении них в настоящее время или в прошлом считается хорошей клинической практикой, но важно также прицельно спросить подростков о возможном насилии в семье, поскольку в ином случае они могут не сообщить такую информацию. По крайней мере 750 000 детей ежегодно сталкиваются с домашним насилием (Department of Health 2002a). Как они реагируют на эту травму и как справляются с ней, зависит от ряда факторов, включая возраст, пол и уровень развития. Согласно данным Королевской коллегии психиатров (Royal College of Psychiatrists, RCP), последствия того, что ребенок был свидетелем насилия в семье, могут включать в себя самоповреждение путем передозировки наркотиков или нанесения себе порезов (RCP 2004a).

Молодые люди, которые испытали насилие в семье, часто сталкиваются с психическими проблемами, такими как тревожность и депрессия. Многие подростки испытывают страх и стресс и сталкиваются с психологическими или поведенческими проблемами, которые не всегда распознаются как связанные с домашним насилием (Worrall et al. 2008). Взаимосвязь между самоповреждением и насилием над ребенком, и связь между повреждением и домашним насилием говорят о том, что ранее выявление и защита могут снизить тягу людей к самоповреждению на более поздних этапах жизни (NICE 2004a).

Травля

Травля была самой частой причиной звонков детей и подростков на линию помощи ChildLine в 2007 г., на нее приходилось 18% звонков (NSPCC 2008a). Влияние травли на психологическое здоровье, эмоциональное состояние и развитие в целом нельзя переоценить. Она принимает многие формы, от обидных прозвищ до прямого физического нападения, и включает распускание слухов, бойкот и изоляцию, угрозы расправы и порчу собственности жертвы. Травля может включать также дискриминацию по расовой принадлежности или полу.

Нередко у детей и подростков, которые подвергаются травле, развиваются тревожность, депрессия, и они отказываются посещать школу (Woolley 2006). Все согласны с тем, что травля оказывает вредное эмоциональное воздействие, но некоторым подросткам удается справиться с ней без чрезмерного расстройства или угнетенности. Наличие поддерживающего круга друзей и семьи и точные вмешательства со стороны школы, скорее всего, сыграют защитную роль. Однако у других подростков травля может быть серьезной, постоянной и привести к психологическому или физическому ущербу. Молодые люди могут бояться серьезной травмы, чувствовать унижение и то, что они не контролируют события, и в отчаянии прибегают к самоповреждению.

Они все надо мной потешались. Называли психованной сукой и слезливой. Учителя пытались помочь, но большей частью это происходит, когда их нет рядом.
--

Несколько независимых исследований самоубийств молодых людей высветили травлю как значимый фактор, лежащий в основе самоубийств. Например, череда смертей среди молодых солдат на базе Deerpark Barracks в Суррее в конце 1990-х гг. вызвала значительный интерес средств массовой информации и подозрения о травле, а также тревогу относительно доступа уязвимых молодых людей к оружию (Cathcart 2007).

Не так уж редко травлей занимается бывший близкий друг, кто-то, кому подросток доверял и с кем делился личной информацией. Молодые люди говорят нам, что от этого чувствуют себя преданными и беззащитными перед дальнейшей травлей.

Как бы ни пытались бороться с самоповреждением в школах или еще где-либо, если бы они не подавали это как нечто грязное, люди бы гораздо скорее обращались бы за помощью.

Если травля происходит в школе, ходить в школу и сталкиваться с теми, кто тебя травит, может быть очень трудно. Правительство сделало борьбу с травлей в школах одним из ключевых приоритетов. Все государственные школы должны иметь разработанные меры и процедуры, направленные против травли, и обеспечиваются рекомендациями против травли, основанными на законодательстве, последних исследованиях и надлежащей практике (Department for Education and Skills 2002). Внедрены школьные программы, направленные на повышение информированности, тренировку уверенности в себе, поддержку со стороны сверстников и наставничество. Несмотря на это, подростки часто ощущают отсутствие поддержки со стороны учителей, и многие горько жалуются на то, что тактика, выбираемая школами, никуда не годится.

То, что я не модная тусовщица, еще не означает, что ненормальная уродина. Одна девочка начала делать такие жесты, словно режет себе руку, а другая засунула бритву в мою сумку со спортивной формой. Учителя знали, что происходит, но понятия не имели, как приструнить этих девиц. Помню, как мне хотелось, чтобы это прекратилось, и новая учительница бы спасла меня.

В некоторых случаях подростки чувствуют, что единственный выход для них – перейти в другую школу. Иногда молодые люди наносят себе повреждения как способ донести до окружающих степень их страдания. Они хотят, чтобы родители и учителя поняли, что они пытаются справиться с ситуацией. Родители часто сообщают, что знают о том, что их сын или дочь наносят себе вред, но далее говорят, что понятия не имели, что проблемы столь серьезны. Кажется трагичным, что молодым людям приходится прибегать к таким крайностям, чтобы заставить людей прислушаться к ним и помочь.

В последние годы развитие социальных сетей и виртуальной дружбы привело к появлению «сетевой травли». Была показана ее связь с самоповреждением и самоубийствами у молодых людей, включая широко освещавшееся самоубийство Меган Майер, 13-летней девочки из США. Меган повесилась после травли в социальной сети MySpace. Этот случай привел к тому, что несколько штатов в США приняли или рассматривают принятие законов, запрещающих травлю в сети Интернет. В Великобритании шотландская служба препятствия травле, «Уважай меня», попыталась ответить на наличие подобной проблемы, выпустив советы на тему, как противостоять сетевой травле. Это включает информацию о том, как ответственно использовать интернет-технологии, важные вещи, которые нужно обсудить с детьми и подростками, и дополнительные вопросы для родителей, опекунов и организаций.

Молодые люди в режимных учреждениях

Известно, что психиатрические потребности детей и подростков в детских исправительных заведениях и тюрьмах очень велики, сильны и сложны. Частота психозов, самоповреждения и самоубийства у таких детей и подростков намного превышает эти показатели у других детей (Utting 1997; Department of Health 2007a). Распространенность самоповреждения у взрослых женщин в тюрьмах высока, но у подростков в тюрьмах она вдвое выше (Youth Justice Board 2006).

Это отчасти объясняется высокой распространенностью неблагоприятной психосоциальной обстановки для молодежи в режимных учреждениях, включая употребление наркотиков, насилие над детьми и психические заболевания, что само по себе является факторами риска

самоповреждения (Singleton et al. 1998). В исследовании находящихся в заключении девушек-правонарушительниц Wilkinson et al. (2002) обнаружили, что большинство девушек были очень уязвимы, из бедных семей, подвергались сексуальному или физическому насилию и занимались самоповреждением.

Однако частота самоповреждения велика также вследствие нахождения в режимном учреждении. Шок, связанный с заключением, а также физическая и эмоциональная изоляция делают молодых людей еще более уязвимыми. Часто молодые люди сообщают о том, что не чувствуют себя в безопасности и могут подвергаться, находясь в заключении, травле и эксплуатации (Utting 1997; Bradley 2009). В выборке из 73 молодых женщин, находящихся в режимных учреждениях, более трети в предыдущий месяц наносили себе повреждения. Большинство (93%) говорили исследователям, что наносили себе порезы, чтобы уменьшить чувство ярости, напряжение, тревожность и депрессию, а не чтобы привлечь внимание к своей ситуации. Небольшое количество тех, кто наносил себе повреждения, смотрели, как наносят себе порезы другие.

Заключение часто становится временем, когда риск самоповреждения или самоубийства у молодых людей выше всего (HM Inspectorate of Prisons 2007). Согласно совместному отчету Министерства юстиции и Департамента по делам детей, школ и семей, молодые люди в режимных учреждениях сообщали также, что реакция на самоповреждение с их стороны часто карательная, включая отделение от других заключенных и физические ограничения (Smallridge and Williamson 2008). Ниже приведен отрывок из отчета Совета по ювенальной юстиции (2006), который иллюстрирует трудности, с которыми сталкиваются молодые люди в режимных учреждениях:

В общем, когда умерла моя бабушка, я отправилась в дорогу, пила и курила крэк. Я немного свихнулась и все такое. Я начала причинять себе вред, просто делала маленькие царапины и все такое. Потом, когда меня отправили в тюрьму, я узнала, что мой парень попал в автокатастрофу и был на аппарате жизнеобеспечения. Мне пришлось пойти и отключить его от аппарата, и это еще больше вывело меня из себя. Я решила нанести большие порезы на руках, на животе и все такое. Я пыталась покончить с собой около семи раз, передозировка и все такое только потому, что я чувствовала, что моя жизнь не стоит того, чтобы жить в данный момент. Мою маленькую девочку взяли под опеку, и я просто чувствую, что большую часть времени причиняю сама себе вред

Но не только распространенность самоповреждения молодежи в режимных учреждениях высока. Помимо этого, серьезную озабоченность вызывают случаи самоубийства детей и молодежи, содержащихся под стражей и за последнее десятилетие в Великобритании отмечалось множество случаев самоубийства молодых людей.

Алкоголь и наркотики

Число молодых людей, употребляющих чрезмерное количество алкоголя, в последние годы значительно выросло (Rossow et al., 2007). MacLachlan и Smyth (2004) сообщают о растущей озабоченности по поводу пьянства и молодежной культуры, в которой молодые люди регулярно употребляют большое количество алкоголя.

Есть свидетельства того, что алкоголь и наркотики часто употребляются вместе, потому что и то, и другое теперь свободно доступно молодым людям (Институт исследований алкоголя, 2006).

Молодые люди сообщают, что употребление алкоголя и наркотиков заставляет их чувствовать себя расслабленными, расширять сексуальные отношения и повышает уверенность в себе. Причины, по которым молодые люди употребляют алкоголь, аналогичны тем, из-за которых, как сообщается, они причиняют себе вред. К ним относятся преодоление стресса, желание чувствовать себя лучше и изменение настроения. Злоупотребление алкоголем и наркотиками было зарегистрировано у 14 процентов молодых людей, впервые попавших в больницу после причинения себе вреда (Hawton et al., 2003). Эта цифра, вероятно, увеличится по мере роста употребления алкоголя молодыми людьми.

Проблемы с психическим здоровьем

Самоповреждение не классифицируется как психическое расстройство, и большинство согласны с тем, что это часто является симптомом и проявлением значительных неудовлетворенных потребностей. Это может сопровождаться другими проблемами или быть симптомом других расстройств. Некоторые молодые люди, которые причиняют себе вред, могут иметь более серьезные проблемы с психическим здоровьем, такие как депрессия, психоз или расстройства пищевого поведения (Webb 2002).

В частности, самоповреждение было связано с эмоциональными и поведенческими расстройствами среди детей и молодежи. Данные ONS о 7404 детях в возрасте 5-15 лет показали, что у 324 детей было эмоциональное расстройство, а у 355 – расстройство поведения (Green et al., 2005). В рамках международного тематического исследования изучалась депрессия и тревога и результаты исследования показали, что риск эмоциональных расстройств был выше у тех, кто либо думал о том, чтобы причинить себе вред, либо сделал это, чем у тех, кто этого не делал (Madge et al. 2008).

Это делает меня счастливым в глазах других людей. Это помогает моей депрессии не выплескиваться наружу

Самоповреждение и суицидальное поведение также могут быть связаны с расстройствами пищевого поведения, такими как нервная анорексия, булимия и расстройство аппетита (Favazza et al., 1989; Thomas et al., 2002; Sansone and Levitt, 2002). Был выявлен ряд общих характеристик молодых людей, страдающих как расстройствами пищевого поведения, так и самоповреждениями. К ним относятся диссоциация и импульсивность.

Безнадежность

Безнадежность и отчаяние описываются как недостающее звено между депрессией и самоубийством. Кроме того, чувство безнадежности у молодых людей является известным фактором риска причинения себе вреда (Hawton and James, 2005). McLaughlin и др. (1996) предполагают, что безнадежность как часть подросткового самоповреждения является важной независимой переменной помимо депрессии. В своем исследовании молодые люди сообщили о широком спектре проблем, связанных с взаимоотношениями в семье, школой и решением проблем (McLaughlin et al., 1996).

Поэтому важно, чтобы медицинские работники говорили с молодыми людьми об их надеждах на будущее и идеях и выявляли любые признаки безнадежности. Поощрение наличия цели и стремления молодых людей и поддержка их в достижении этих целей укрепляют надежду и целеустремленность. Хотя это важно для всех молодых людей, это имеет решающее значение для тех, кто может бороться чтобы добиться успеха в обществе, где усиливается давление и требуется академическая или профессиональная подготовка. Безнадежность связана не только с образованием и безработицей, на это чувство влияют и могут оказывать профилактическое воздействие поддерживающие отношения, хобби и интересы, а также чувство цели в жизни.

Неадекватная поддержка

В рамках аналитической оценки самоповреждения мы часто спрашиваем молодых людей, откуда взялись их идеи о причинении себе вреда. Однако, если самоповреждение было импульсивным, молодой человек может не иметь четкого представления о том, как он попал в эту ситуацию. Тем не менее, когда их спрашивают, знают ли они кого-нибудь, кто причинил себе вред, очень часто молодые люди отвечают, что знают таких людей. Они могут быть в курсе такой ситуации с кем-то из своих ближайших или дальних родственников, близким другом или просто знать о человеке в школе или в окружении, что свидетельствует о том, что причинение себе вреда – это очень распространенное явление.

Стигма

Несмотря на пропаганду, повышающую значимость психического здоровья, и публичные кампании, направленные на снижение стигматизации, люди часто неохотно говорят о своей

собственной борьбе с самоповреждением, полагая, что это может негативно повлиять на их имидж или возможности карьерного роста. Действительно, делясь с общественностью и рассказывая о своем опыте, люди могут быть несправедливо осуждены или подвергнуты дискриминации. Поэтому случаи причинения себе вреда часто остаются тайной, так как люди чувствуют стыд, вину и думают, что им не следует об этом говорить.

Это имеет огромные последствия для молодых людей, которые хотят получить помощь и нуждаются в ней, но чувствуют, что не могут получить к ней доступ. Несмотря на то, что причинение себе вреда в настоящее время стало настолько распространенным явлением, что стало почти мейнстримом, многие молодые люди чувствуют себя одинокими, не имеют желания и стремления доверять друг другу (Фонд психического здоровья и Фонд Камелота, 2006).

Конечно, некоторые люди предпочитают не делиться своим опытом самоповреждения (Ystgaard et al., 2009). Многие помнят телевизионное интервью на канале Би-би-си 1995 года с покойной принцессой Дианой, которая потрясла мир, признавшись, что резала руки и ноги и не раз бросалась с лестницы. Принцесса сказала следующую известную фразу:

Внутри тебя так много боли, что ты пробуешь причинить себе вред и делаешь себе больно снаружи, потому что хочешь получить помощь.

В другом интервью Диана рассказала, что начала причинять себе вред из-за того давления, которое она испытывала, пытаясь приспособиться к своей роли принцессы Уэльской, но сказала, что это привело к обратным результатам, поскольку вместо того, чтобы получить необходимую помощь от людей, все вокруг стали думать, что она ищет внимания и эмоционально нестабильна. Было высказано предположение, что люди, которые причиняют себе вред, стали чаще обращаться за помощью и искать ее после признания принцессы Дианы (Austin and Kortum, 1996). Однако то же самое произошло и с показателями самоубийств в течение нескольких месяцев после смерти Дианы (Hawton et al., 2000).

В основных принципах NICE по самоповреждению говорится, что к людям, которые причиняют себе вред, следует относиться с такой же заботой, уважением и конфиденциальностью, как и к любому пациенту (NICE 2004a). Тот факт, что это даже следует указывать в принципах, свидетельствует о том, что люди, которые причиняют себе вред, подвергаются дискриминации с стигматизации и о том, что с ними на практике далеко не всегда обращаются подобным образом. Стратегии общественного здравоохранения по снижению стигматизации более подробно описаны в главе 10.

Самоубийство, преступление и вера

Историческая правовая позиция в отношении самоубийства ни в коем случае не способствовала положительному общественному восприятию этого явления, поскольку во многих частях мира суицид исторически воспринимался как уголовное преступление. Это считалось уголовным преступлением в Англии до принятия Закона о самоубийствах в 1961 году, а в Ирландской Республике вплоть до 1993 года. Отношение к самоубийству как к преступлению иногда может вызвать стыд и смущение, и с людьми, которые покончили с собой, обращаются соответственно. В то время как семья и друзья человека, умершего в результате самоубийства, пытались понять, как вообще могло такое произойти, вместо культуры сострадания и понимания они подвергались обвинениям и унижениям. Поэтому многие люди не согласны с фразой «совершить самоубийство», поскольку термин «совершить» чаще всего ассоциируется с преступлением.

Исторически сложилось так, что самоубийство имело дальнейшие последствия, зависящие от религиозных убеждений. В большинстве форм христианской религии самоубийство считается грехом, хотя иногда считается, что психическое заболевание или смертельный страх возможных страданий уменьшают ответственность человека, совершившего самоубийство. В древней Греции человек, совершивший самоубийство (без одобрения государства), лишался почести быть погребенным как все обычные люди. Таких людей хоронили в простой могиле, вдали от города, без надгробия или другого опознавательного знака. Также не совершался христианский чин погребения и похорон людей, совершивших самоубийство. Вместо этого их приходилось хоронить на неосвященной земле. Уголовный указ, изданный Людовиком XIV в 1670 году, подтвердил

отношение того времени к самоубийству. Тело мертвеца тащили по улицам лицом вниз, а затем вешали или выбрасывали на мусорную кучу. Все его предыдущее имущество конфисковывалось государством.

В Индии попытка самоубийства является преступлением, наказанием за которое является тюремное заключение. Японские летчики-камикадзе шли на смертные атаки во время Второй мировой войны и сегодня террористы-смертники совершают террористические акты в некоторых частях мира. На момент написания этой книги дети в Палестине, Ираке и Афганистане убивают себя, взрывая бомбы, прикрепленные к жилетам смертников.

Несмотря на общие проблемы защиты, эти ситуации иллюстрируют сложную взаимосвязь между верой и самоубийством и различными причинами, по которым молодые люди убивают себя.

Даже сегодня страховые компании Великобритании часто включают в свои полисы положения о самоубийстве. Например, некоторые утверждают, что претензии могут быть предъявлены только в том случае, если полис был открыт более чем за два года до смерти в результате самоубийства. Учитывая правовую основу и предполагаемую взаимосвязь между самоповреждением и самоубийством, неудивительно, что стигматизация сохраняется. Важно осознавать, что культурные проблемы могут повлиять на готовность молодого человека обратиться за помощью.

Стратегии преодоления

У каждого из нас есть разные возможности использовать безопасные и здоровые стратегии преодоления трудностей и решения проблем в разные моменты времени. Все мы сталкиваемся со стрессом и невзгодами в какой-то момент нашей жизни, но на некоторых это оказывает намного более сильное давление, чем на других. Как отмечает Уильямс (2008), слишком много детей и молодых людей вырастают с проблемами и трудностями и у них имеются серьезные, неблагоприятные обстоятельства, с которыми они не могут справиться в одиночку. Когда это происходит с молодыми людьми, которые еще не развили навыки борьбы со стрессом и разрешения конфликтов, они могут столкнуться с трудностями при решении проблем и не знать, куда обратиться. Подростковый возраст несёт в себе дополнительные проблемы и молодые люди, чьи тела и разум претерпевают множество одновременных изменений, могут ощущать, как эти проблемы сильно усугубляются и масштабируются.

Baiker и Arnold (1997) предполагают, что люди, которые причиняют себе вред, часто выбирают поведение, которое обеспечивает исключительно эффективное решение проблемы самовыражения или преодоления подавляющих чувств. Поддержка молодого человека в развитии его межличностных и когнитивных навыков постепенно позволяет ему рассматривать и оценивать различные стратегии. McLaughlin и др. (1996) обнаружили, что многие молодые люди, которые причиняют себе вред, не могут найти решения своих проблем; они не могут найти другие способы преодоления трудностей, которые и послужили причиной того, что они стали причинять себе вред. Часто задача терапии состоит в том, чтобы помочь им заменить самоповреждение на стратегии преодоления трудностей, которые не были бы такими разрушительными. Четкое и понятное сообщение от молодых людей заключается в том, что простая попытка заставить их прекратить причинять себе вред, как правило, неэффективна сама по себе (Фонд психического здоровья и Фонд Камелота 2006).

Не говорите им остановиться – им может стать хуже, потому что это их способ преодоления трудностей. Сначала вам нужно сформировать структуру. В противном случае это все равно, что оставить ребенка одного без еды и воды

Столь же бесполезными являются попытки договориться с молодыми людьми и попросить их пообещать, что они не причинят себе вреда. Это может оказать на них сильное эмоциональное давление и усилить чувство вины и предательства, которые они, возможно, уже пытаются побороть. Для некоторых молодых людей самоповреждение – их единственная стратегия преодоления трудностей. Если это у них отнять, то у них ничего не останется.

Молодежь и социальная идентичность

Политики, социологи и простые люди обеспокоены тем, что культура немедленного доступа к материальным благам и друзьям привела к снижению чувства общности и коллективизма в Великобритании. Семьи стали более мобильными, все больше матерей работают, а общественные учреждения закрываются. Люди склонны держаться особняком, а не воспитывать в себе общее чувство ответственности. Вместо того, чтобы разговаривать с молодыми людьми по соседству и знакомиться с ними, взрослые могут бояться их и обвинять во всех грехах. На момент написания этой книги ведущая политическая партия проводит кампанию под названием «обними толстовку», в рамках которой делается призыв с большим пониманием относится к молодежи и к их поведению, включая преступления и причинение себе вреда. Исследование «Хорошее детство» было проведено по заказу Детского общества и запущено в сентябре 2006 года в качестве первого независимого национального исследования детства в Великобритании. Цель этого исследования состояла в том, чтобы обновить понимание обществом современного детства и информировать, улучшать и вдохновлять наши отношения с детьми. Отчет об исследовании «Хорошее детство» представляет собой сборник свидетельских показаний, рекомендаций и кратких изложений тем, которые обсуждались в ходе исследования (Детское общество 2009).

Как самоповреждение помогает молодым людям?

Обсудив, почему молодые люди могут быть более подвержены самоповреждению и как некоторые испытывают сильные стрессовые ситуации, мы теперь рассмотрим, насколько по-разному они используют самоповреждение. В конце концов, учитывая, что так много молодых людей причиняют себе вред, это должно выполнять какую-то определенную функцию, даже если эта функция не до конца понятна.

Людям, которые не причиняли себе вреда или не оказывались в таком положении, когда они рассматривали причинение вреда себе как способ выйти из этого положения, такое поведение может быть трудно понять. Многие молодые люди высказывали свое мнение в клинических учреждениях и на сайтах, посвященных теме причинения вреда себе. Некоторые предположили, что невозможно полностью понять такой феномен как причинение себе вреда, если это не было непосредственно пережито.

Если мы попытаемся понять, почему молодые люди в первую очередь причинили вред самим себе, это может помочь нам разработать превентивные стратегии и выявить тех, кто подвергается наибольшему риску.

Мне так грустно, что я теперь уже навсегда останусь тем, кто причинил себе вред. Жаль, что я не рассказал кому-нибудь о своих чувствах.

Андрю, 15

Чувство облегчения и освобождения

Некоторые молодые люди случайно натыкаются на причинение себе вреда. Например, они режут себя и либо сразу чувствуют себя лучше, либо позже размышляют о том, что это им помогло. Они отмечают, что чувствуют облегчение и утверждают, что самоповреждение помогает снять напряжение. Следовательно, они делают это снова при аналогичных обстоятельствах. Это делается для того, чтобы испытать то же самое ощущение и снова почувствовать себя лучше. Поэтому легко увидеть, как может развиваться цикл процесса самоповреждения.

Я помню, что не мог поверить в то, что я только что сделал – и насколько от этого мне стало лучше.

Кайл, 17

Когда самоповреждение связано с физической болью, такой как порезы и ожоги, молодые люди часто сообщают, что это уменьшает их эмоциональную боль (Фонд психического здоровья и Фонд Камелота 2006). В такой ситуации причинение себе вреда может казаться более привлекательным способом решения проблемы, поскольку физическая боль часто воспринимается как более терпимая, чем эмоциональное расстройство. Молодые люди, пережившие какую-либо травму,

часто отмечают, что самоповреждение для них становится временным способом справиться со своей ситуацией и связанными с ней чувствами.

Сообщение о переживаниях

Размышляя о своем самоповреждении при поддержке профессионалов, многие молодые люди говорят, как они хотели, чтобы люди что-то «знали». Причинение себе вреда было для них способом сообщить окружающим о своих страданиях, когда они просто не могли найти способ выразить свои мысли словами. Эта попытка донести до других свои чувства может быть связана с конкретной травмой, например, физическим насилием со стороны кого-либо в школе, или быть связана с крупными и серьезными проблемами в семье.

Часто молодые люди не знают, кого можно попросить о помощи или даже к кому они должны обратиться. Они могут беспокоиться о том, что таким образом могут больше напрягать других людей. Например, если молодой человек понимает, что его родители уже испытывают большой стресс, он может не захотеть обременять их разговорами о напряжении, которое испытывает в связи с экзаменами.

Для некоторых молодых людей, которые причиняют себе вред, триггеры такого поведения очевидны, и причинение себе вреда – это для них способ справиться с проблемами при отсутствии других более здоровых и безопасных альтернатив. Они могут быть не в состоянии ясно мыслить во время кризиса, и им может быть трудно генерировать идеи о том, как справиться с этой проблемой. Они могут полагать, что окружающие их люди не обращают на них внимания, не поймут, или у них нет времени, или не воспринимают их всерьез. Эти убеждения и представления могут помешать молодым людям просить других о помощи в ситуации, когда самостоятельно справиться с проблемой очень сложно.

Наказание и обвинение самих себя

Одной из причин самоповреждения, которую называют молодые люди, особенно те, кто резал себя, является осознанная необходимость наказания (Winchel and Stanley 1991; Favazza 1998; MacAniff and Kiselica 2001). Как указывает руководство Национальной службы здравоохранения Шотландии, молодые люди, которые резали себя, могут освобождаться или избавляться таким образом от ядов или «грязных» чувств. Кровь — это очень заметный признак того, что ты жив, наказан и испытываешь боль. Некоторым нравится вид их крови, и их может успокаивать, когда они теряют кровь или когда ее смывают. Визуальное воздействие порезов делает их популярным методом самоповреждения (NHS Scotland 2006).

Предполагаемая потребность в наказании может быть связана с прошлым жестоким обращением, а причинение себе вреда может привести к реализации травмы, провоцирующей чувства, которые испытывал молодой человек, когда он впервые получил травму. Самообвинение также распространено. Если молодой человек в течение некоторого времени боролся с проблемами, его самооценка может быть очень низкой. Он может начать верить, что некоторые проблемы являются его непосредственной виной, и прийти к выводу, что сам виноват во всем.

Я причинял себе вред, чтобы наказать и очистить себя, стать злым, а не грустным. Я плохой до мозга костей.

Некоторые молодые люди считают себя грязными, часто это происходит в результате жестокого обращения. Самоповреждение может быть способом символического очищения себя от загрязнения, которое они чувствуют. Негативные убеждения могут стать причиной формирования у молодых людей негативного представления о самих себе. У некоторых эта неуверенность в себе развивается до такой степени, что они чувствуют себя уродливыми, глупыми или никчемными. Такие негативные убеждения могут привести к тому, что молодые люди начинают причинять себе вред. Например, молодые люди могут порезать себя в наказание за то, что они олицетворяют все то плохое, что, как они думают, они из себя представляют. Облегчение от плохого самочувствия приходит от наказания, которому молодой человек себя подвергает, когда наносит порезы.

Мне кажется, что я настолько плохой человек, что это чувство становится невыносимым. Я не могу больше это терпеть и наношу себе порезы. Мгновенно наступает облегчение. Кажется, что

я получил то, что заслуживаю. Уходит чувство, что я очень плохой.

Молодому человеку с негативными чувствами не помогают взрослые, которые слишком остро реагируют на случаи самоповреждения. Хотя для взрослых нормально иногда чувствовать себя шокированными или расстроенными, когда молодые люди причиняют себе боль или подвергают свою жизнь риску, если они это выскажут молодым людям, то те, скорее всего, будут чувствовать себя еще более виноватыми и неудовлетворенными. Паника и чрезмерная реакция могут быть очень пугающими для молодых людей и очень важно стараться сохранять спокойствие и находить время, чтобы обсудить с ними, что следует делать дальше. Если профессионалы хотят обеспечить эффективную поддержку и помочь, они должны управлять своими собственными чувствами и не усугублять страдания молодого человека. Как бы сложно это ни звучало, важно дистанцироваться от чрезмерной эмоциональной реакции и быть как можно более отзывчивым и понимающим.

Вернуть себе контроль над ситуацией

Для некоторых людей нет четких триггеров, которые могут способствовать тому, что в ближайшее время они причинят себе вред. Скорее, они испытывают постепенное ухудшение настроения и потерю эмоционального контроля. По мере того, как они становятся все более подавленными или расстроенными, у них возрастает потребность взять ситуацию под контроль. Это изменение настроения может быть связано с определенной проблемой психического здоровья, такой как депрессия или лабильные эмоции в целом. Неожиданные изменения настроения и чувств и последующая необходимость взять ситуацию под контроль также могут быть связаны с прошлым или нынешним опытом жестокого обращения. Помимо обретения чувства контроля, молодые люди сообщают, что самоповреждение может помочь им снова почувствовать себя «живыми».

Я причинял себе боль, чтобы убедиться, что у меня все под контролем и никто не может сделать мне больнее, чем я сам.

Кёртис, 16

Независимо от того, как именно молодой человек наносит себе вред, это, тем не менее, акт причинения вреда. Даже несмотря на то, что это, возможно, помогает предотвратить более серьезные повреждения или смерть, все равно это причиняет вред. Поэтому цель взаимодействия с молодыми людьми, которые находятся в бедственном или несчастном положении, всегда должна заключаться в том, чтобы помочь им справиться с ситуацией таким образом, чтобы это не причинило вреда их здоровью. Вопрос о том, станет ли самоповреждение менее распространенным способом справиться с проблемами, в какой-то степени является приоритетом общественного здравоохранения. Это обсуждается далее в книге.

Эмоциональная саморегуляция

Саморегулирование — это способность управлять своими эмоциями и контролировать их. В детстве регулирование обеспечивается родителями и опекунами в процессе создания атмосферы привязанности и безопасности. Переживание такого опыта как дисциплина и границы, награды, наказания и установление ограничений, позволяет детям развивать способность к регулированию. Со временем большинство молодых людей развивают навыки саморегулирования. К ним относятся методы самоуспокоения и самоотвлечения, позволяющие избежать неприятных переживаний, а также умение разговаривать с другими и обсуждать способы решения трудностей и проблем.

Многие молодые люди, которые причиняют себе вред, сообщают, что им трудно контролировать свои эмоции, и эти свидетельства подтверждаются в исследовательской литературе (Miller et al., 2007). Они описывают, что для них сложно справиться со своим гневом или печалью и сообщают, что чувствуют себя подавленными, когда расстроены или сталкиваются с трудностями. Самоповреждение становится для них способом справиться с сильными чувствами, которые молодые люди изо всех сил пытаются урегулировать неразрушительными способами.

Диссоциация

Диссоциация — это состояние, основанное на травме. Это способ отделиться от чего-то невыносимого, который используется в качестве защитной стратегии. Диссоциация описывается как непрерывный и последовательный процесс. Сначала молодые люди ассоциируют себя, но

затем они временно отключаются, выпадают и отрезаются от тела. Этот процесс включает в себя отделение от самого себя для развития альтернативного «я» (Spandler and Warner, 2007). Диссоциативные процессы часто лежат в основе самоповреждающего поведения, такого как нанесение порезов или ожоги. Как отмечает Sellen (2008), если у молодого человека есть опыт, в ходе которого он научился справляться с сильными ощущениями посредством самоповреждения, то неудивительно, что он почувствует облегчение, даже комфорт, от диссоциации.

Некоторые люди прибегают к диссоциации и самоповреждению как к средству почувствовать связь с самими собой. Самоповреждение заставляет их снова чувствовать себя настоящими или живыми. У молодых людей, которые находятся на более глубокой стадии диссоциации, риски возрастают по мере снижения способности к самоконтролю. Молодые люди иногда сообщают, что испытывают страх из-за того, что произошло, пока они находились в этом диссоциированном состоянии. Во время диссоциации молодые люди могут быть не в состоянии описать то, что произошло. Они могут смутно помнить об обстоятельствах и своих чувствах и подразумевать, что они не чувствовали себя «присутствующими в моменте», когда произошло самоповреждение. Чтобы снизить риск повторения самоповреждения, молодым людям нужна терапевтическая помощь, чтобы понять такое явление как диссоциация и справиться с ней.

Привычное самоповреждение

Для некоторых молодых людей несколько преимуществ, о которых они сообщают во время разговора о самоповреждении, действуют как положительные и стимулирующие факторы. Акт самоповреждения временно заставляет их чувствовать себя лучше, и такое поведение может в дальнейшем стать привычным. Как и многие привычки, некоторым молодым людям может быть труднее, чем другим, воздерживаться или избавляться от того, что постепенно может становиться все более проблематичным.

Когда я много раз в день причинял себе какой-то вред, я думал, что становлюсь зависимым от чувства причинения себе боли больше, чем от чего-либо другого.

Также может быть полезно подумать о том, как самоповреждение сравнивается с другими привычками или зависимостями. Курение, употребление алкоголя или переедание — это все то, что у людей развивается постепенно. Некоторые люди делают это больше, чем другие, но при этом также многие со временем избавляются от вредных привычек без значительных усилий или профессиональной помощи.

Другие люди принимают решение и внезапно останавливаются, чтобы никогда не делать этого снова или не срывать время от времени. Они испытывают регулярную тягу и, потакая своим желаниям, испытывают чувство облегчения. Некоторым не удается избавиться от этих привычек, что в конечном итоге может стать вредным или даже смертельным. В некотором смысле самоповреждение ничем не отличается от вредных привычек, и то, как развивается поведение молодых людей с точки зрения причинения вреда самим себе, отличается у каждого человека.

Суицидальное намерение

Подавляющее большинство молодых людей используют самоповреждение как стратегию преодоления проблем, как способ выжить и справиться с эмоциональным стрессом, который они испытывают. Однако важно еще раз отметить, что лишь малая часть молодых людей наносит себе вред с намерением покончить с собой. Определение суицидального намерения часто является сложной задачей, которая обсуждается далее в главах 6 и 7.

Почему некоторые люди прекращают причинять себе вред?

Насколько важно искать объяснения того, почему молодые люди причиняют себе вред, настолько же важно понять, что заставляет их сокращать или прекращать акты причинения себе вреда.

Не хватает достаточно рецензируемых исследований, в которых авторы изучают причины, по которым люди перестают причинять себе вред, есть лишь небольшое исследование, которое было проведено, и особое внимание в нем уделялось взрослым (Sinclair and Green, 2005). В Центре исследований самоубийств есть онлайн-ресурс, который обобщает и каталогизирует исследования,

проведенные департаментом по вопросам самоповреждения и самоубийств. Согласно анализу общих тенденций и статистики, за последние 30 лет, случаи самоповреждения, как правило, проявляются в позднем подростковом возрасте и со временем становятся менее распространенными, хотя эта закономерность варьируется в зависимости от пола.

Поэтому некоторые молодые люди, по-видимому, перерастают свое поведение, провоцирующее причинение себе вреда. Им может быть оказана помощь с тем, чтобы они заменили такую стратегию преодоления проблем как причинение себе вреда на альтернативные методы или нашли способ справиться с такой серьезной ситуацией без профессиональной помощи. Другие перестают вредить себе, когда начинают по-другому оценивать свои проблемы и приобретают больше независимости и возможностей изменить свою жизнь. Следовательно, их проблемы или трудности становятся меньше или вообще перестают быть таковыми. По мере того, как молодые люди становятся старше, они могут прийти к более позитивному взгляду на самих себя, поверить, что у них есть выбор и сделать вывод, что самоповреждение не обязательно должно быть частью их жизни.

Опять же, у некоторых молодых людей этот процесс может происходить без профессиональной помощи, в то время как другим требуется поддержка, чтобы повысить самооценку и приобрести навыки, позволяющие справляться со стрессом и невзгодами. Некоторые молодые люди продолжают помогать другим, либо виртуально или лично, либо работая в таких организациях, как «Невредимые» (Harmless). Это пользовательская организация, которая предоставляет широкий спектр услуг, связанных с самоповреждением, включая поддержку, информацию, обучение и консультации для людей, которые причиняют себе вред, их друзей, семей и профессионалов.

В то время как многие молодые люди все меньше и меньше причиняют себе вред, делая это постепенно, другие принимают решение остановиться довольно внезапно и резко и делают это довольно быстро. Мы слышали, что некоторые люди рассматривают причинение себе вреда как привычку, от которой бывает очень трудно избавиться, даже когда они изо всех сил стараются это сделать. Попытку сократить или прекратить самоповреждения можно понимать так же, как для кого-то попытку бросить курить.

Шрамирование

Некоторые молодые люди, которые наносили себе порезы или обжигали себя смирятся со своим самоповреждением. Они воспринимают свои шрамы как часть самих себя и рассматривают их как некий опыт, пережитый в определенный период времени. Возможно, они не знали о том, какой непоправимый ущерб будет нанесен, или решили не принимать во внимание долгосрочные последствия своих действий.

Раньше я очень стеснялась своих шрамов и скрывала их, надевая одежду с длинными рукавами даже летом, но теперь я ношу короткие рукава, если мне хочется. Я больше не переживаю о том, что подумают об мне люди.

Другие осознают, что причинение себе серьезного вреда может иметь более долгосрочные последствия, или они не хотят иметь перед глазами напоминание о болезненных временах. Часто именно это предвидение может послужить сильной мотивацией для молодых людей, чтобы найти альтернативные способы справиться с этой проблемой и либо уменьшить, либо прекратить причинять себе вред. Многих молодых людей беспокоит их имидж, то, как выглядят их тело и как они предстают в глазах других людей. Следовательно, они стремятся найти неразрушительные способы решения своих проблем и трудностей. Однако вместо того, чтобы прекратить резать себя совсем из-за беспокойства о том, как выглядит их тело, некоторые молодые люди наносят себе вред в менее заметных местах, таких как бедра и живот. Кроме того, причинение себе вреда, который менее заметен, вызывает меньше беспокойства, интереса или неодобрения со стороны семьи, друзей или взрослых, которые беспокоятся о своем благополучии.

Отражение в СМИ

Мы читали, что популярные СМИ играют ключевую роль в формировании взглядов, отношений к

той или иной ситуации и социальных норм. Даже если молодые люди не имеют непосредственного опыта общения с кем-то, кто причинил себе вред, они часто сопоставляют его с персонажами на телевидении или в музыкальной индустрии, которые связаны с причинением вреда себе. Действительно, различные продюсеры мыльных опер, художники и музыканты подвергались критике за рост случаев самоповреждений и самоубийств среди молодежи (Armstrong, 2006). Молодые люди, которые находятся в депрессии или которые сами ранее делали попытку самоубийства, могут особенно испытывать негативные последствия влияния СМИ (Cheng et al., 2007a и b).

Phillips (1982) отметил увеличение числа самоубийств в течение десяти дней после того, как в телевизионных новостях сообщалось о том, что кто-то покончил с собой. Более позитивное и улучшенное освещение в средствах массовой информации было определено в качестве одного из шести приоритетных направлений Национальной стратегии по борьбе с самоубийствами Англии в 2002 году. В 2006 году редакторам газет было настоятельно рекомендовано воздерживаться от подробных сообщений о самоповреждениях и самоубийствах, и с тех пор Самаритяне подготовили всеобъемлющие руководящие принципы для средств массовой информации по деликатному освещению самоубийств и самоповреждений (Samaritans, 2008). Редакторский кодекс также содержит требование в отношении самоповреждения и самоубийства. В нем говорится, что в случаях, связанных с горем и потрясением, необходимо проводить расследования и вести себя с сочувствием и осмотрительностью.

Из-за рисков имитации, описанных ранее, при сообщении о самоубийствах в Кодексе говорится, что следует соблюдать осторожность, чтобы избежать чрезмерной детализации используемых методов (Практический кодекс Комиссии по жалобам на прессу). Национальный обзор SAMHS (Департамент по делам детей, школ и семей, 2008a) также призвал прессу более внимательно относиться к своим обязанностям при освещении историй о самоубийствах и самоповреждениях.

Несмотря на рекомендации, озабоченность по поводу сообщений в СМИ о самоубийствах сохраняется. После всплеска самоубийств среди молодых людей в Бридженд-Уэльсе в 2009 году внимание мировых газет и телевидения привлек выпуск в СМИ, посвященный тому, что Garthwaite (2009) назвал «сенсационными, провокационными и неточными заявлениями». Это вызвало беспокойство у семей и друзей погибших, усилило беспокойство молодежи в школах и дало разрушительный посыл о самоповреждении общественности. Обобщения, основанные на небольших цифрах, всегда требуют тщательного изучения, а такие термины, как «эпидемия самоубийств», часто бесполезны и вводят в заблуждение.

После самоубийств в Бридженде были выделены огромные ресурсы для оказания поддержки сообществу. Отчасти это было связано с тем, что люди, понесшие тяжёлую утрату в результате самоубийства, сами подвергаются повышенному риску самоубийства и самоповреждения (Brent et al., 1996), а также потому, что известно, что одно самоубийство может привести к другим в течение ограниченного периода времени и географического района (Brent et al., 1989; Gould et al., 1990)

Не только в Великобритании негативные сообщения в СМИ могут привести к увеличению числа самоубийств среди уязвимых слоев населения. Исследование, проведенное в Гонконге, показало, что после смерти известного поп-певца, который умер после прыжка с высоты, произошло значительное увеличение числа самоубийств среди широкой публики, многие из которых также умерли от прыжков (Yip et al., 2006). Интересно, что после смерти американского певца Курта Кобейна, застрелившегося в 1994 году, роста самоубийств среди молодежи отмечено не было. Были высказаны различные причины, в том числе правильное отражение этой новости в средствах массовой информации. Было также высказано предположение, что значительные усилия, предпринятые вдовой Курта Кобейна Кортни Лав, чтобы представить его самоубийство в негативном свете, возможно, оказывали противоположное действие на любое потенциальное приукрашивание его смерти (Gould, 2001).

Различные пособия и руководства предполагают, что ответственное сообщение о самоубийстве не должно включать предположения о мотивах и обстоятельствах, а должно освещаться с позиции сострадания и социальной ответственности (Gunnell 1994; WHO 2000b). В то время как на

журналистов оказывается давление, чтобы они сообщали новости, которые актуальны на данный момент и отвечают общественным интересам, все равно остается ответственность за то, чтобы не в то же приукрашивать историю или не мешать горю и переживаниям пострадавших (Samaritans, 2008).

Вывод

Причины, по которым молодые люди причиняют себе вред, являются широко распространенными и часто бывают комплексными. Тем не менее, результаты исследований и то, что молодые люди рассказывают нам сами, никак не противоречат друг другу. Было проведено обширное международное исследование, в котором рассматривалась связь между самоповреждением и стрессовыми жизненными событиями, употреблением наркотиков и алкоголя, жестоким обращением с детьми и беспризорностью, насилием в семье и психическими расстройствами.

Не всегда возможно решить проблемы, которые молодой человек считает стрессовыми. Однако цель должна заключаться в том, чтобы помочь молодежи более эффективно справляться с проблемами. Это может быть работа с основополагающими проблемами или непосредственно с причинением себе вреда.

Если мы серьезно относимся к сокращению случаев самоповреждений среди молодежи, то необходимо решить несколько проблем. Во-первых, нам нужно больше знаний и понимания в отношении процесса развития подростков и молодежи. Мы все более осознаем, что профилактика вероятных трудностей в детском возрасте и раннее вмешательство универсальных служб, скорее всего, дадут лучшие результаты, чем вмешательство в подростковом или взрослом возрасте. Родители часто получают поддержку со стороны детских развивающих центров, служб здравоохранения и охраны материнства, детских садов, семейных центров и других многочисленных общественных организаций. В настоящее время не существует такого же разнообразия средств и поддержки, которые направляли бы молодых людей и родителей или опекунов по каменистой местности подросткового возраста.

Во-вторых, нам необходимо разнообразить наши методы привлечения молодежи и расширить доступ к поддержке для молодых людей, которые хотят ее получить. Все чаще молодые люди используют социальные сети и электронные сообщения, чтобы общаться на тему причинения себе вреда. Реальный масштаб последствий виртуальных отношений неизвестен, и его необходимо изучить и, возможно, более тщательно проверить. Быстрое распространение блогов о самоповреждении, досок объявлений и веб-сайтов может рассматриваться как неоднозначное поощрение. В этой области необходимы дальнейшие исследования и мониторинг.

В-третьих, нам необходимо продолжать развивать и предлагать молодым людям разнообразные услуги, которые помогут удовлетворить их индивидуальные потребности. Наконец, как профессионалы, мы должны взять на себя ответственность за проверку наших собственных предположений и представлений о причинении себе вреда. Мы должны стараться не выносить бесполезных суждений о молодых людях, которые причиняют себе вред, а вместо этого предлагать им поддержку, выражать понимание и сострадание. Наконец, мы должны по-прежнему серьезно относиться к снижению стигматизации. Несмотря на профессиональные рекомендации и общественные кампании по вопросам психического здоровья и самоповреждения, дискриминация продолжается. Это отрицательно сказывается на детях, молодежи и обществе в целом.

3 Что помогает молодым людям, склонным к самоповреждению?

Основные положения:

- В Великобритании и США недостаточно проработаны оценка и лечение самоповреждения и суицидальных наклонностей у подростков. Проводились исследования, призванные изучить эпидемиологические факторы и показатели риска, однако имеется гораздо меньше убедительных доказательств эффективности видов терапии, которые доказали свою действенность.
- Сложно сделать твердые выводы об эффективности вмешательств у молодых людей, склонных к самоповреждению. Ограниченные знания о естественных процессах, следующих за эпизодом самоповреждения или попыткой суицида, серьезно мешают возможности разработать эффективные способы вмешательства.
- Молодые люди, регулярно наносящие себе увечья, нередко находятся в более нестабильном состоянии и часто испытывают психологические стрессы и сопутствующие проблемы, чем те, у кого был один эпизод самоповреждения. Риск рецидива выше в первые несколько недель после эпизода самоповреждения, а рецидив увеличивает риск суицида.
- Национальный институт здоровья и клинического совершенствования Великобритании (NICE) составил руководство по краткосрочному физическому и психологическому контролю и вторичной профилактике самоповреждения в первичной и специализированной медицинской помощи. Руководство содержит совокупность доказательств по вмешательствам и устанавливает стандарты надлежащей практики для профессионалов и организаций, которые оказывают помощь людям, склонным к самоповреждению.
- Несмотря на универсальность руководства, многие люди не понимают, как эффективно реагировать на подростков, наносящих себе увечья, и знания о том, что эффективно, а что нет, все еще доступны очень узкому кругу лиц.

Введение

Предыдущие главы освещали часть литературы, посвященной молодым людям, наносящим себе увечья, пытающимся совершить суицид или совершившим его. Это помогает сформулировать важные идеи и указать те риски и эпидемиологические факторы, которые окружают вопрос. В этой главе упор делается на оценку и лечение молодых людей, наносящих себе увечья. В Великобритании помощь молодым людям после эпизодов самоповреждения остается недостаточно исследованным вопросом (Black, 1992). Значительная часть литературы, исследующая кратко- и долгосрочные последствия, посвящена самоповреждению взрослых людей, и здесь эпизоды в основном классифицировались как попытки суицида, независимо от намерений. Это основная проблема в системе здравоохранения, которую мы позже рассмотрим в Главе 10.

Gunnell и Frankel (1994) предположили, что выводы об эффективности вмешательств у молодых людей, занимающихся самоповреждением, потенциально противоречивы. Ограниченные знания о естественных процессах, следующих за попыткой суицида, серьезно мешают возможности разработать эффективные способы вмешательства (Spirito et al. 1989). Тем самым, прежде чем мы рассмотрим возможности лечения молодых людей, занимающихся самоповреждением, следует резюмировать все, что известно об исходах для этой популяции.

Оценка исходов

На оценку исхода для молодых людей, занимающихся самоповреждением, влияют несколько факторов. Эти факторы представляют различные проблемы и сложности для исследователей и врачей. Во-первых, статистические данные по попыткам суицида исторически оказывались ненадежными и ошибочными. Основная часть литературы предполагает, что число попыток самоубийства очень сильно занижено (Министерство здравоохранения и социального обеспечения США, 1981), а действительная статистика самоповреждения без смертельного исхода неизвестна. Вполне вероятно, что это так, ведь многие молодые люди не получают медицинского лечения после своих попыток суицида.

Во-вторых, сообщая о самоповреждении, исследователи и врачи очень по-разному определяют суицидальное поведение, как указано в Главе 2. Неспособность сформулировать общее определение того, что мы подразумеваем под самоповреждением, вызывает трудности со сбором и анализом данных. Диагностические критерии очень различны, а по сопутствующим критериям нет единогласия. В своем Оксфордском исследовании Hawton et al. (1982) использовали простую классификацию, в первую очередь ориентировалась на поведение, а не на психиатрические симптомы (см. Таблица 3.1).

Данные собирали по трем группам, указанным в Таблице 3.1, и оказались очевидными значительные различия. Сложности, которые испытывала Группа 1, почти полностью относились к текущим отношениям, в то время как проблемы молодых людей из Группы 2 и 3 были более сложными. Как показывает Таблица 3.2., у группы с хроническими проблемами и нарушениями поведения было гораздо больше проблем.

Таблица 3.1 Классификация самоповреждения (источник: Hawton et al. 1982)

Группа 1	Острое	Молодые людьми с проблемами, которые длятся менее месяца; нарушений поведения нет.
Группа 2	Хроническое	Молодые людьми с проблемами, которые длятся более месяца; нарушений поведения нет.
Группа 3	Хроническое, с нарушениями поведения	Молодые людьми с проблемами, которые длятся месяц и более, есть проблемы в поведении.

Таблица 3.2 Характеристики подростков, совершивших самоотравление, в простой схеме классификации (из Hawton et al., 1982)

	Группа 1 – острое	Группа 2 – хроническое	Группа 3 – хроническое, с нарушениями поведения
Неблагополучная семья		+	+++
Семейный анамнез психических заболеваний			+++
Плохие отношения с матерью		+	+++
Плохие отношения с отцом	+	++	+++
Предшествующие психические проблемы или лечение		+	+++
Предшествующие передозировки/самоповреждение			++
Комплекс проблем	+	++	+++

Психиатрические симптомы	+	+++
-----------------------------	---	-----

Примечание: + показывает, какая характеристика проявляется у членов каждой группы.

При оценке исходов неясно, насколько можно обобщить результаты, из-за таких расхождений.

Дополнительная трудность в интерпретации результатов в том, что многие исследования не показывают приемлемого распределения по возрасту, а в выборки часто включены подростки старшего возраста и популяция взрослых. Это обеспечивает более крупные показатели и меньше методологических соображений, но, вероятно, существует значимая разница между этой группой и подростками младшего возраста. Таким образом, результаты многих исследований нельзя обобщить для детей и подростков.

В-третьих, некоторые молодые люди могут отвергать предложения помощи при самоповреждении, и это может повлиять на исход для таких молодых людей. Вполне вероятно, что они окажутся в кризисе и попросят о помощи ближе к своему окружению, например, через учителей или друзей. Попав в отделение экстренной медицинской помощи, они, скорее, могут попытаться быстро выписаться из больницы, чем рассмотреть варианты лечения. Некоторые молодые люди, попадающие в отделение экстренной помощи, не получают дальнейшего лечения. Berman и Carroll (1984) уверены в том, что психопатология родителей влияет на то, получит ли молодой пациент надлежащее лечение и будет ли наблюдаться по его окончании. Некоторые семьи предпочитают забыть об инциденте. Данные позволяют предположить, что примерно половина всех людей, занимавшихся самоповреждением, не получают официальной психотерапии (Keinhorst et al. 1987).

Изучение психологического статуса подростков, наносящих себе увечья и пытающихся совершить самоубийство, осложнено разнородностью популяции. Hawton et al. (1982) рассматривали исход в плане общего приспособления, используя вышеуказанную схему классификации. Группа из 50 подростков, пытавшихся отравиться, проходили интервью в Оксфордском исследовании через месяц после передозировки. Из-за относительно недолгого наблюдения после лечения доля пациентов под наблюдением была необычайно высокой. По результатам у 66% наблюдалось улучшение, у 32% изменений не было, а 2% сообщали об ухудшении. Общее приспособление, классифицированное по схеме в Таблице 3.3, показало значительную разницу между тремя группами.

У 90% пациентов в острой группе было выявлено улучшение, в то время как общее улучшение определено у 75% в хронической группе и только 25% в хронической группе с нарушением поведения. Очевидно, что кратковременный исход относительно благоприятен, в то время как у молодых людей в группе с нарушениями поведения было больше долгосрочных трудностей. Spirito et al. (1989) предположили, что у подростков, пытавшихся совершить суицид, после острого эпизода наблюдалось больше отклонений.

Рецидив самоповреждения

Молодые люди, регулярно наносящие себе увечья, вызывают большее беспокойство из-за их сопутствующего психологического состояния и повышенного риска суицида. При оценке исходов важно исследовать показатели рецидивов. Молодые люди, постоянно наносящие себе увечья, часто находятся в гораздо более нестабильном состоянии и часто сталкиваются с более серьезными психосоциальными сложностями и сопутствующими проблемами. Kreitman и Casey (1988) отметили, что молодые люди, постоянно наносящие себе увечья, потребляют много ресурсов здравоохранения.

Контрольные исследования попыток суицида молодых людей предполагают, что примерно один из десяти вновь попытается совершить самоубийство в течение года после первого случая. Крупное исследование рецидивов самоповреждения почти 2500 молодых людей в возрасте 12-20 лет показало, что 6,3% наносили себе увечья в течение года после первого эпизода (Goldacre and Hawton, 1988). Однако статистика лишь приблизительно и, скорее всего, недооценивает масштабы,

ведь цифры основаны на поступивших в больницу пациентах. Более поздние исследования позволяют предположить, что до 25% молодых людей снова прибегают к самоповреждению в течение года после предыдущего эпизода (Sakinofsky, 2000; Owens et al., 2002).

Таблица 3.3 Кратковременный исход и рецидивы попыток самоубийства у 50 подростков, пытавшихся отравиться (адаптировано из Hawton et al, 1982, Оксфордское исследование)

<i>Классификация группы*</i>	<i>Общее приспособление улучшилось через месяц после передозировки</i>	<i>Повторение попыток в течение года после передозировок</i>
Острое течение (Группа 1) (n=10)	90% (n=9)	10% (n=1)
Хроническое течение (Группа 2) (n=28)	75% (n=21)	0% (n=0)
Хроническое течение с нарушениями поведения (Группа 3) (n=12)	25%** (n=3)	50%*** (n=6)

* см. таблицу с используемой схемой самоклассификации

** $\chi^2 = 12,57$ (хи-квадрат = 12,57) (Группа 3 в сравнении с Группами 1+2), $p < 0.01$

*** $\chi^2 = 13,29$ (хи-квадрат=13,29) (Группа 3 в сравнении с Группами 1+2), $p < 0.001$

Риск рецидива выше в первые несколько недель после эпизода самоповреждения, а случаи нанесения себе увечий могут в конце концов привести к суициду (Zahl and Hawton, 2004).

Хотя определение периодов высокого риска после первого эпизода самоповреждения несомненно важно в плане оценки риска и профилактики рецидивов, исследователи уделяли ему мало внимания. В другом исследовании рецидивов самоповреждения повторно проверялись данные первого эпизода самоповреждения. Молодые люди, повторно наносившие себе увечья, более часто подвергались жизненным стрессам, имели трудности в школе и более серьезно намеревались совершить суицид по сравнению с теми, кто лишь один раз прибег к самоповреждению (Gispert et al. 1987). Были опубликованы показатели рецидивов для оценки риска у взрослых, наносивших себе увечья. Тем не менее, еще только предстоит измерить аналогичные показатели для детей и подростков.

Brent (1997) представляет обзор по уходу за пациентами после самоповреждения. Его особенно беспокоили риск суицида и факторы внешней среды, которые, наиболее вероятно, будут способствовать самоповреждению. Brent определил важные ключевые элементы наряду с лечением сопутствующих психиатрических нарушений, например, заключение договора «о несовершении самоубийства», поддержка при соблюдении режима лечения, просвещение семей, восстановление социальных навыков и восполнение пробела в навыках решения проблем.

Неблагоприятный психиатрический и психосоциальный исход

Помимо рецидивов, попытки суицида ассоциировались с другими исходами, например, сложностями социальной и психологической адаптации. Pfeffer et al. (1991) провели сравнительное исследование 100 стационарных пациентов психиатрии предподросткового и подросткового возраста в Нью-Йорке в течение 6-8 лет. Самым крупным фактором риска для повторной попытки суицида оказалось наличие аффективных расстройств. Pfeffer et al. (1993) также выяснили, что девочки были склонны к повторным попыткам суицида в течение 6-8 лет наблюдения больше, чем мальчики. Доказательства продемонстрировали, что многие повторные попытки суицида отмечены у молодых людей, которые сообщали о попытках суицида во время первичной оценки. Половина данной группы сообщала о многочисленных попытках суицида в период наблюдения. Asarow et al. (1987) обнаружили, что фактором риска последующих попыток суицида была невозможность получить социальную поддержку от важных близких людей и минимальное социальное взаимодействие со сверстниками.

В контрольном исследовании Pfeffer (1993), посвященном частоте и психосоциальным факторам риска попыток суицида при последующем наблюдении, было отмечено, что дети, пытавшиеся совершить суицид в период последующего наблюдения, в 3,5 чаще были подвержены аффективным расстройствам через год после первоначальной попытки. Другие отчеты показывают, что даже при разрешении аффективного расстройства могут сохраняться проблемы с социальной адаптацией. Lewinsohn et al. (1994) выяснили, что исход детского самоповреждения был схож с исходами депрессии.

Pfeffer и соавторы (1993) также определили, что рецидив самоповреждения часто связан с эпизодами депрессии. Однако Kerfoot et al. (1996) предположили, что клиническая депрессия нередко ослабевает после эпизодов самоповреждения. Pfeffer (1993) сообщал, что молодые люди, которые наносили себе увечья или задумывались о суициде, были более склонны к разнообразным психиатрическим нарушениям и отличались более низкой социальной адаптацией после эпизода. Результаты исследования указывают на возможное сопутствующее хроническое заболевание, когда дети вырастают. Pfeffer et al. (1993) сделали вывод, что этим детям требовался мультимодальный подход, ориентированный на снижение частоты рецидивов самоповреждения и самого худшего исхода – заверченного самоубийства.

Завершенное самоубийство

Одно из долгосрочных контрольных исследований – это 10-15-летнее наблюдение более 1500 пациентов с использованием реестров шведских лечебных учреждений (Otto, 1972). Исследование показало, что умерли 67 человек, в 80% случаев это было самоубийство. Granboulan et al. (1995) определили, что из 265 госпитализированных подростков выборки 15 умерли в течение девяти лет наблюдения. Один подросток умер по естественным причинам, пятеро совершили самоубийство, а девять подростков были насильственно убиты или погибли (не самоубийство). Во всех 14 случаях причина смерти была связана с расстройствами, которые начались в подростковом возрасте. Общеизвестен тот факт, что официальные показатели суицида скрывают действительный масштаб смертности, особенно для населения младшего возраста.

Недавнее исследование отметило рост случаев заверченных самоубийств в рамках более широкой тенденции роста частоты психосоциальных нарушений. По оценкам ВОЗ (2004), около 1,5 млн человек совершают самоубийства каждый год. Опять же, это официальная оценка, а действительные цифры могут быть гораздо выше. Предполагается, что основная доля показателей и число лет жизни, прерванных суицидом, выше у молодых людей (Jamison and Hawton, 2005).

Оценка исходов – рандомизированные контролируемые исследования

Рассмотренные результаты позволяют предположить, что молодые люди, наносящие себе увечья, попадают под риск разнообразных неблагоприятных исходов. Как лучше всего предотвратить эти исходы? Рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) рассматриваются как «золотой стандарт» в мире исследований. Они используются для объективного тестирования эффективности лечения, а рандомизация применяется, чтобы выровнять факторы, искажающие результаты, между группами лечения. Кроме того, была проведена обширная работа с использованием количественных техник и бесценных личных свидетельств, которые сами по себе послужили бы хорошей книгой. Однако объем доступной исследовательской литературы по РКИ исключает возможность включить эти информативные, тщательно проведенные исследования в данную главу.

Ключевой обзор РКИ проводился Hawton et al. (1998b), который осуществил систематический обзор, определяя и анализируя результаты всех РКИ, которые исследовали эффективность лечения у пациентов всех возрастов, наносивших себе увечья. В обзоре рассмотрено всего 20 исследований, классифицированных по 10 категориям в соответствии с типом полученного лечения – например, терапия решением проблем по сравнению со стандартным уходом после эпизода. Обзор включал исследования, в которых субъектам предлагали некоторую форму терапии решения проблем в сравнении со стандартным или регулярным уходом (обычное лечение) в контрольной группе. Исследования обобщены в Таблице 3.4. Измерялись показатели рецидивов, а не фактическое число

суицидов, т.к. потребовались бы гораздо более крупные цифры, а исследования нужно было бы оценивать по завершенным самоубийствам. Качество сокрытия распределения оценивалось в каждом исследовании, где 1 – низкое качество, 2 – среднее качество, 3 – высокое качество.

Результаты систематического обзора показали, что недостаточно свидетельств для того, чтобы дать настоятельные рекомендации по типу последующего ухода, необходимому для профилактики рецидивов самоповреждения. Вероятно, варианты лечения будут существенно отличаться в разных странах и регионах. Одно из мало освещенных ограничений – огромная разница в возрасте между исследуемыми популяциями. Некоторым детям было всего лишь 12 лет, некоторым взрослым – 68 лет. Это означает чрезвычайную разнородность между субъектами и в итоге вызывает сложности в разработке адекватных курсов лечения.

Рандомизированные контролируемые исследования с подростками, склонными к самоповреждению

В книге о детях и молодых взрослых уместно привести РКИ, исследовавшие исходы для подростков, которые наносят себе увечья. Обзор опубликованной литературы выявил лишь шесть подходящих РКИ, одно из которых (Cotgrove et al. 1995) было освещено в систематическом обзоре Hawton (Hawton et al. 1998b).

Cotgrove и коллеги (1995) провели исследование, в котором подростков, выписавшихся из больницы после попытки самоубийства, произвольно распределяли по двум группам исследования. Первая группа получала стандартный уход и жетон (зеленую карточку), который позволял им по желанию снова лечь в больницу. Вторая группа (контрольная) прошла стандартное наблюдение. Гипотеза исследования заключалась в том, что для сокращения самоповреждения в будущем молодые люди могли бы воспользоваться своей зеленой картой, чтобы временно «уйти» от своего окружения, пока не разрешится кризис или стрессовая ситуация. Последующее наблюдение, составлявшее один год, включало 105 пациентов. Всем молодым людям было не более 16 лет; средний возраст составлял 14,9 лет. 45% получили лечение по зеленой карте, а 55% определили в контрольную группу.

Сравнение показало, что 6% в группе лечения совершили и дальнейшие попытки суицида (11% воспользовались своей зеленой картой), в то время как в контрольной группе 12% совершили дальнейшие попытки. Еще один интересный результат показал, что приблизительная оценка врачом риска индексного эпизода (низкий-средний-высокий) значительно коррелировала с рецидивами самоповреждения или попытками суицида. Cotgrove et al. (1995) сообщили, что молодые люди использовали свою зеленую карту по назначению, и сделали вывод, что эта очень простая техника имела огромный потенциал для исследователей и клиницистов данной области.

Второе рандомизированное контролируемое исследование занималось домашней семейной терапией детей, пытавшихся отравиться. Harrington et al. (1998a) сравнивали короткую программу терапии на дому, проводимую социальными работниками детской психиатрии с подростками и их семьями плюс стандартный уход с пациентами, получавшими только стандартный уход.

Таблица 3.4. Участники, вмешательство, последующее наблюдение, размер выборки и сокрытие распределения (Hawton et al., 1998)

Исследование (страна)	Сведения об участниках	Вмешательство	Рандомизированный номер (без последующего наблюдения или исключенный)	Последующее наблюдение (месяцы)	Качество сокрытия распределения
<i>Терапия решения проблем в сравнении со стандартным последующим уходом</i>					
Gibbons <i>et al.</i> 1978 (Великобритания)	Пациенты старше 17 лет, обратившиеся в отделение неотложной помощи после попытки суицида отравлением: повторные попытки и первый раз: 71% женщин.	Экспериментальное (n = 200): ориентированное на кризис, ограниченное по времени, социальная работа на дому, ориентированная на задачи (решение проблем). Контроль (n = 200): стандартный уход – 54% направлены к врачу, 33% направлены к психиатру, 13% другое направление	400	12	3
Hawton <i>et al.</i> 1987 (Великобритания)	Пациенты старше 16 лет, поступившие в больницу общего профиля при попытке суицида отравлением: 31% повторных попыток: 66% женщины	Экспериментальное (n = 41): амбулаторное лечение с решением проблем клиницистами. Контроль (n = 39): помощь терапевта (например, индивидуальная терапия, супружеская терапия) после консультации с врачом	80	12	3
Salkovskis <i>et al.</i> 1990 (Великобритания)	Пациенты в возрасте 16–65 лет (в среднем 27,5 лет), направленные дежурным психиатром после попытки суицида отравлением с помощью антидепрессантов и оценки в приемном отделении; все повторные попытки с высоким риском дальнейшего повторения: 50% женщин	Экспериментальное (n = 12): когнитивно-поведенческий анализ на дому с решением проблем. Контроль (n = 8): обычное лечение (терапевт)	20	12	3
McLeavey <i>et al.</i> 1994 (Ирландия)	Пациенты в возрасте 15–45 лет (в среднем 24,4 года), поступившие в отделение неотложной помощи после отравления: 35,6% повторных попыток: 74% женщин	Экспериментальное (n = 19): отработка навыков решения межличностных проблем. Контроль (n = 2): краткая программа терапии решения проблем.	39	12	1
<i>Интенсивная терапия и патронаж в сравнении со стандартным уходом</i>					
Chowdhury <i>et al.</i> 1973	Пациенты (все повторные случаи), поступившие в больницу общего профиля	Экспериментальное (n = 71): специальная реабилитация – амбулаторные назначения;	155	6	1

(Великобритания)	после умышленного самоповреждения: 57% женщины	пациенты также принимаются без записи; посещение на дому пациентов, пропустивших прием; круглосуточный телефонный доступ в экстренных случаях. Контроль (n = 84): обычное последующее наблюдение - прием пациента у психиатра и /или социального работника; пропустившие прием лица не отслеживаются			
Welu 1977 (США)	Пациенты с попыткой суицида старше 16 лет, поступившие в приемное отделение: 60% повторных попыток; % женщин не указан	Экспериментальное (n = 63): специальная программа помощи - с пациентом связалась бригада психиатрической помощи по месту жительства сразу после выписки; посещение на дому; еженедельно / два раза в неделю контакт с врачом. Контроль (n = 57): стандартный уход - запись на обследование в психиатрическую больницу по месту жительства на следующий день по запросу лечащего врача	120 (1)	4	1
Hawton <i>et al.</i> 1981 (Великобритания)	Пациенты ≥ 16 лет (в среднем 25,3), поступившие в больницу общего профиля после попытки суицида отравлением; 32% повторных попыток: 70% женщины	Экспериментальное (n = 48): терапия на дому (краткосрочная, ориентированная на решение проблем) так часто, как сочтет необходимым врач; открытый телефонный доступ к услугам больницы общего профиля. Контроль (n = 48): амбулаторное лечение 1 раз в неделю в поликлинике при больнице общего профиля	96	12	3
Allard <i>et al.</i> 1992 (Канада)	Пациенты наблюдались в отделении неотложной помощи из-за попытки суицида; 50% повторных попыток; 55% женщин	Экспериментальное (n = 76): интенсивное вмешательство –был организован график посещений, включая как минимум одно посещение на дому; терапия при необходимости; напоминания (телефонные или письменные) и посещения на дому в случае пропуска приемов. Контроль (n = 74): лечение другим персоналом в той же больнице	150 (24)	12	3
Van Heeringen	Пациенты ≥ 15 лет приняты в отделение неотложной помощи после попытки	Экспериментальное (n = 258): особый уход – посещения на дому медсестрой пациентов, не	516 (125)	12	3

<i>et al.</i> 1995 (Бельгия)	суицида; 30% повторных попыток; 43% женщины	явившихся на амбулаторные визиты, причины неявки обсуждаются, и пациенту предлагается посетить врача. Контроль (n = 258): амбулаторно, только по предварительной записи; не явившиеся пациенты не навещались			
Van de Sande <i>et al.</i> 1997 (Нидерланды)	Пациенты ≥ 16 лет (в среднем 36,3), поступившие в больницу после попытки суицида; 73% повторных попыток; 66%	Экспериментальное (n = 140): кратковременная госпитализация в психиатрическое отделение, пациентов поощряют связаться с отделением после выписки; амбулаторное лечение плюс доступ к круглосуточной неотложной помощи. Контроль (n = 134): обычная помощь - 25% госпитализированы, 65% - амбулаторно	274	12	3
<i>Карточка экстренной медицинской помощи в сравнении со стандартным уходом</i>					
Morgan <i>et al.</i> 1993 (Великобритания)	Средний возраст 30 лет: пациенты, госпитализированные после первого эпизода умышленного самоповреждения; % женщин не указан	Экспериментальное (n = 101): стандартная медицинская помощь плюс зеленая карта (карта экстренной помощи, указывающая на доступность врача и способ связи с ним). Контроль (n = 111): стандартная помощь - например, направление обратно в бригаду первичной медико-санитарной помощи, госпитализация в психиатрическую больницу	112	12	3
Cotgrove <i>et al.</i> 1995 (Великобритания)	Пациенты в возрасте 12,2–16,7 лет (в среднем 14,9 лет), поступившие после умышленного самоповреждения; % повторных попыток не указан; 85% женщины	Экспериментальное (n = 47): стандартная медицинская помощь плюс грин-карта (карта экстренной помощи) - зеленая карта действовала как паспорт для повторного приема в детское отделение местной больницы. Контроль: (n = 58); стандартное последующее лечение в клинике или детском отделении психиатрии	105	12	1
<i>ДПТ терапия в сравнении со стандартным уходом</i>					
Linehan <i>et al.</i> 1991 (США)	Пациенты в возрасте 18–45 лет, которые нанесли себе увечья в течение восьми недель до начала участия в исследовании: все женщины, все повторные попытки	Экспериментальное (n = 32) диалектическая поведенческая терапия (индивидуальная и групповая работа) на один год; телефонный доступ к терапевту. Контроль (n = 31): обычное	63 (24)	12	3

самоповреждения		лечение; 73% индивидуальная психотерапия			
Стационарная терапия поведения в сравнении с интуитивно-ориентированной терапией					
Liberman and Eckman 1981 (США)	Пациенты (средний (диапазон) возраст 29,7 (18–47)), все повторные попытки: пациенты, направленные Службой неотложной психиатрической помощи или отделением неотложной помощи больницы после умышленного самоповреждения; 67% женщины	Экспериментальное (n = 12) стационарное лечение с терапией поведения. Контроль (n = 12): стационарное лечение с интуитивно-ориентированной терапией; обе группы получали индивидуальную и групповую терапию плюс последующий уход в психиатрической больнице по месту жительства или с частным терапевтом	24	24	2
Один врач (непрерывность лечения) в сравнении со сменой врача (смена лечения)					
Torhorst et al. 1987 (Германия)	Пациенты направлены на кафедру токсикологии Технического университета Мюнхена после попытки самоубийства отравлением; 48% повторных попыток: 62% женщины	Экспериментальное (n = 68): непрерывность лечения – терапия у того же врача, который обследовал пациента в больнице после попытки суицида. Контроль (n = 73): смена ухода – терапия у другого врача, не принимавшего участия в осмотре в больнице	141 (8)	12	2
Прием в общую больницу в сравнении с выпиской					
Waterhouse and Platt 1990 (Великобритания)	Пациенты ≥ 16 лет (в среднем 30,3), поступившие в отделение неотложной помощи при попытке самоповреждения; 36% повторных попыток; 63% женщины	Экспериментальное (n = 38): госпитализация общего профиля. Контроль (n = 39): выписка из стационара: при выписке обеим группам посоветовали связаться с терапевтом, если им понадобится дальнейшая помощь	77	16	3
Флюпентиксол (флюанксол) в сравнении с плацебо					
Montgomery et al. 1979 (Великобритания)	Пациенты в возрасте 16–68 лет (в среднем 35,3 года), поступившие после попытки суицида; все повторные попытки; 70% женщины	Экспериментальное (n = 18): 20 мг флюпентиксола деканоата внутримышечно в течение шести месяцев. Контроль: (n = 19) плацебо в течение шести месяцев	37 (7)	6	3
Длительная терапия в сравнении с краткосрочной терапией					
Torhorst et al. 1988 (Германия)	Все пациенты с повторными случаями самоотравления; % женщин не указан	Экспериментальное (n = 40): длительная терапия – один сеанс в месяц в течение 12 мес. Контроль: (n = 40) краткосрочная терапия – 12	114	3	3

		еженедельных терапевтических сеансов в течение трех месяцев; все участники прошли кратковременное кризисное вмешательство (три дня) в больнице			
Антидепрессанты в сравнении с плацебо					
Hirsch et al. 1982 R Draper, S Hirsch (процитировано Hawton et al. 1998) (Великобритания)	Пациенты в возрасте 16–65 лет, поступившие после попытки суицида отравлением; % повторных попыток и женщин не указан	Экспериментальное (n = 76): антидепрессанты - 30–60 мг миансерина в течение шести недель или 75–150 мг номифензина в течение шести недель. Контроль (n = 38): прием плацебо в течение шести недель.	114	3	3
Montgomery et al. 1983 (Великобритания)	Пациенты с расстройствами личности (средний возраст 35,7 лет), поступившие в медицинскую палату после умышленного самоповреждения; все повторные случаи; 66% женщины	Экспериментальное (n = 17): миансерин 30 мг в течение шести месяцев. Контроль (n = 21): плацебо	38	6	3

Гипотеза включала идею о том, что новое лечение снизило бы уровень мыслей о суициде и семьи смогли бы эффективнее работать сообща. Рецидив не был включен в основное измерение исхода, хотя были представлены данные по частоте рецидива. В целом 85 человек были определены в группу лечения, а 77 – в контрольную группу.

В целом результаты не показали большего эффекта от лечения, чем от стандартного ухода. Однако в подгруппе, не страдавшей депрессией, пациенты на семейной терапии показали гораздо меньшие уровни суицидального мышления, чем пациенты без такой терапии. Авторы учитывали, был ли замечен эффект от лечения у молодых людей без депрессивного расстройства. Brent и коллеги (1997) сообщили о похожей тенденции. Они пришли к выводу, что другие вмешательства, например, индивидуальная и когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) могли оказаться более эффективными у молодых людей, имевших эпизоды передозировки.

В следующем рандомизированном контролируемом исследовании Wood et al. (2001) исследовали преимущества для подростков, случайным образом включенных либо в групповое лечение (которое называлось «опытной групповой психотерапией») плюс стандартный уход (ОГП) или стандартный уход (СУ). 63 молодых человека были распределены по двум группам исследования. Молодые люди находились под последующим наблюдением в среднем семь месяцев после включения в испытание. Подростки, проходившие групповую терапию, в целом продемонстрировали серьезное снижение самоповреждений (6% в группе ОГП в сравнении с 32% в группе СУ по итогам семи месяцев наблюдений). У молодых людей в групповой программе в целом было меньше эпизодов, а у субъектов в основной группе лечения с рецидивом самоповреждения проходило больше времени до первого (7 недель в группе ОГП в сравнении с 11 неделями в группе СУ). Однако разницы в суицидальном мышлении или показателях депрессии не было.

В составе данного исследования, проводимого Wood et al. (2001), а также для проверки эффективности вмешательства в других центрах та же команда начала крупное многоцентровое исследование. Сейчас это крупнейшее из существующих в мире исследований молодых людей, регулярно наносящих себе увечья. В целом 366 молодых людей в возрасте 12-17 лет были завербованы в восьми разных исследовательских центрах, с привлечением восьми специализированных команд Службы психического здоровья для детей и подростков (SAMHS). Исследование также представляло собой сравнительное, простое слепое, рандомизированное исследование групповой терапии с руководством (ОГП) в дополнение к стандартному уходу, в сравнении с только стандартным уходом. Оценка первичного исхода схожа с предыдущим исследованием, но также включает экономическую оценку и, возможно, несколько спорно, адаптированную версию Структурированного клинического интервью для Диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям, IV издание (DSM-IV), ось II – расстройства личности (SCID-II), используемого у взрослых. Результаты этого важного РКИ сейчас находятся на анализе, а итоговый отчет будет опубликован летом 2010 года (Green et al., 2010).

Bennewith et al. (2002) оценили общее практическое вмешательство, при этом врачам общей практики выдали протоколы ведения пациентов в соответствии с надлежащей практикой при самоповреждении, а затем врачи проактивно давали возможность получить консультацию пациентам, склонным к самоповреждению. Хотя исследование стало особо удачно проведенным РКИ с большим размером выборки (n=1,932), не удалось выявить значительных различий между основной и контрольной группами по любому из трех показателей исхода, которые оценивались (рецидивы самоповреждения; число рецидивов; время до первого рецидива). Этот довольно неутешительный результат, к сожалению, поддерживается более широким спектром общего прикладного обучения и другими инициативами, оцененными в более широкой литературе.

Еще одно РКИ проводилось Carter с соавторами (2005) и оценивало существующий контакт через открытки, посылаемые людям после выписки из больницы, куда они были помещены после самоотравления – самой частой формы самоповреждения среди молодых людей. Результаты были чуть более оптимистичны, но все еще предоставляли ограниченно позитивные исходы. Не выявлено значительных различий в абсолютной вероятности дальнейших поступлений в больницу. Однако в основной группе – получившей восемь почтовых открыток со словами поддержки и

вопросами о самочувствии в течение 12 месяцев – показано значительное снижение общего числа записанных эпизодов. В контрольной группе зарегистрировано 192 эпизода в сравнении со 101 в основной группе. Для такого минималистичного вмешательства этот результат довольно значим в клиническом отношении. Дальнейшая оценка исследования Carter показала, что этот фактор скорее соотносился с женщинами, чем с мужчинами, что позволяет предположить, что вмешательство может быть эффективно скорее при направленном, чем при общем применении.

Наконец, количественное исследование самоповреждения Kapur et al. (2004a) включало ретроспективное групповое исследование пациентов, попавших в отделение СМП после самоотравления. С учетом поправки на базовые различия не было обнаружено связи психосоциальной оценки со снижением показателей рецидивов. Однако последующее наблюдение у специалиста действительно снижало частоту последующих рецидивов. Данное исследование было особо удачно проведенным, с большим размером выборки (n=658).

Систематические обзоры

Систематические обзоры призваны определять, выделять и оценивать все высококачественные доказательства исследований в определенной сфере. Систематические обзоры были резюмированы министерством Шотландии (2008), выявлены семь опубликованных обзоров, включавших исследования с подростками и молодыми людьми. Данные в обобщенном виде представлены в Таблице 3.5 ниже. В целом эти исследования приходят к выводу, что некоторые варианты лечения являются многообещающими, но для надежных доказательств нужны дальнейшие исследования.

Другие исследования

Обзор эффективности вмешательств для профилактики суицида и суицидального поведения (Scottish Executive, 2008) не включает многие исследования высокого качества. Помимо РКИ, перечисленных в Таблице 3.5, в обзоре упомянуты лишь два других исследования, которые считались проведенными до конца.

В первом исследовании Perseus et al. (2003) рассматривали исходы в контексте самоповреждения и попыток суицида, а диалектическая поведенческая терапия (ДПТ) показала некоторую эффективность при лечении пациентов с пограничным расстройством личности. Этот вид лечения более подробно рассматривается в 7 главе. В втором исследовании (Cowerty et al. 1990) приводит случай лечения самоповреждения с помощью поведенческой терапии. Было выявлено постоянное снижение частоты самоповреждения в течение 50 сеансов терапии у девятилетнего мальчика путем дифференциального подкрепления поведения (не относящегося к самоповреждению). У мальчика не было диагностировано никакое психическое расстройство.

Таблица 3.5 Систематический обзор вмешательств для профилактики суицида и суицидального поведения у молодежи (Scottish Executive, 2008)

Автор	Описание обзора	Итоги
Нерп et al. (2004) (20 РКИ)	Психологические и психосоциальные вмешательства с участием людей, которые предпринимали попытку самоубийства или добровольно занимались самоповреждением.	Минимальное вмешательство (например, зеленые карточки) и психодинамические вмешательства (например, КБТ и ДПТ) показали многообещающие результаты, но требуется больше исследований для получения точных доказательств эффективности
Macgowan (2004) (10 РКИ)	Психосоциальное лечение подростков	Несколько видов лечения показали многообещающие результаты, но, подводя итоги, автор отмечает, что доказательства эффективности

Merry <i>et al.</i> (2004) (13 РКИ)	Психологическое и/или психолого-воспитательное вмешательство для детей и подростков	слабые и метод исследования ненадежен Были выявлены недостаточные доказательства для внедрения программ предупреждения депрессии для уменьшения случаев попыток самоубийств.
Ploeg <i>et al.</i> (1996) (11 РКИ)	Учебные профилактические программы для подростков, включающие проспективные исследования с контрольной группой или до/после оценки	Существуют недостаточные доказательства в поддержку учебных профилактических программ. Результаты показали как позитивные, так и негативные последствия в отношении предотвращения суицида
Gould <i>et al.</i> (2003)	Психологическое и медикаментозное лечение людей с проблемой самоповреждения	Остается значительная неопределенность в том, какие виды психосоциального и физического лечения пациентов, занимающихся самоповреждением, наиболее эффективные
Ryan (2005)	Исследование всех видов лечения депрессии, включая детей и подростков	Когнитивно-бихевиоральная терапия и интерперсональная терапия показали наиболее эффективные результаты, некоторые антидепрессанты показали более действенный эффект чем плацебо. Была выявлена связь между применением антидепрессантов группы СИОЗС и уменьшением случаев самоубийства, но при сравнении применения всех антидепрессантов как группы, было выявлено увеличение случаев самоубийств.

При изучении данных в отношении самоповреждения и попытки самоубийства правительство Шотландии (2008) пришло к выводу, что есть основания полагать, что лечение с помощью ДПТ имеет некоторый положительный исход. Но также было отмечено, что в будущих исследованиях результаты когнитивного аспекта данного вида терапии и КБТ должны быть отделены от результатов, достигнутых в результате поведенческого аспекта. В том же обзоре также содержится некоторая поддержка эффективности постоянного контакта.

Однако, в отношении самоповреждения результаты такого вида вмешательства менее убедительны, чем в случае с попыткой самоубийства. На данный момент нет данных подтверждающих эффективность инициатив по терапевтическим контактам и обучению или психосоциальных вмешательств, проводимых в контексте неотложной медицинской помощи или госпитализации. Также есть некоторые данные о направлении к специалисту после акта самоповреждения (Шотландское правительство 2008).

Рекомендации NICE

Клинические рекомендации представляют собой систематические инструкции о лучших практиках. Они созданы для помощи врачам, уполномоченным службам здравоохранения и простым гражданам для принятия взвешенного решения о подходящем виде лечения при определенных условиях. Клинические рекомендации публикуются в соответствии с установленными NICE стандартами для краткосрочного физического и психологического лечения и вторичной

профилактики самоповреждения при первичной и вторичной медицинской помощи (NICE 2004a).

Рекомендации распространяются на взрослых и детей старше восьми лет, которые занимались самоповреждением, их семей и опекунов. Цель рекомендаций состоит в улучшении стандартов лечения, уменьшении разницы в качестве лечения и в том, чтобы дети и подростки получили необходимое лечение и помощь. Они созданы, чтобы использовать данные и опыт опытных профессионалов в определении и подходящем реагировании в ситуации, когда подросток занимается самоповреждением. Также они созданы для помощи в оказании высоко квалифицированной помощи, лечения и медицинского вмешательства подросткам с проблемой самоповреждения, их семьям и опекунам.

Первые 48 часов после акта самоповреждения рекомендации определяют следующие аспекты:

- роль специалистов, оказывающих первичную и вторичную медицинскую помощь
- оценка рисков и стратегий лечения
- конкретное психологическое и медикаментозное вмешательство
- конкретные системы предоставления услуг и мероприятия, направленные на оказание услуг.

Британский центр по оценке и распространению национальной службы здравоохранения (1998) изучил эффективную медицинскую помощь при самоповреждении и пришел к выводу, что нет достаточных доказательств для рекомендации конкретного клинического вмешательства. Однако, некоторые виды лечения показали положительные результаты. Подробнее о них будет рассказано в 7 главе.

Вывод

Хотя ни одна форма лечения самоповреждения у детей и подростков не была признана эффективной, некоторые виды вмешательств все же помогают бороться с факторами, приводящими к самоповреждению, такими как депрессия и контроль эмоций (Social Care Institute for Excellence).

Существует значительная неопределенность в том, какие виды психосоциального и физического лечения можно назвать самыми эффективными. Единый подход не может подойти всем подросткам с проблемой самоповреждения. Поход должен быть более индивидуальным, а не более общим, а комплекс лечения должен быть основан на индивидуальном опыте подростка. Все же есть некоторые многообещающие виды лечения суицида и самоповреждения среди подростков, которые мы рассмотрим далее.

4. Что подростки рассказывают нам о самоповреждении

Основные положения:

- В настоящее время существует масса исследований, посвященных взглядам и мнениям детей и подростков, занимающихся самоповреждением. При разработке, проведении или оценке мероприятий и услуг по предотвращению самоповреждения важно, чтобы специалисты и другие взрослые в полной мере учитывали это обстоятельство.
- Подростки нередко отмечают, что причинение себе физической боли является для них одним из способов отвлечься от тревожных мыслей и чувств. Кроме того, многие отмечают, что с физической болью, вызванной порезами или ожогами, справиться легче, чем с эмоциональной.
- Представители профессий, связанных с уходом, могут быть склонны к проявлению излишней опеки, и поэтому нередко они стремятся вызволить подростка из беды и спасти его. Таким специалистам может казаться, что для решения проблемы им необходимо не дать подростку возможность причинить себе физический вред. Однако выбор такой тактики со стороны специалистов может стать проблемой, или даже усугубить уже существующую ситуацию, если сам подросток при этом не хочет отказываться от самоповреждения.
- По мнению подростков, для них важны доброжелательное отношение, заинтересованность специалистов в том, что им говорят подростки и готовность специалистов уделить им время. Так же важно, чтобы с подростками работали в безопасной обстановке и вовлекали их в принятие решений по терапии. Подростки предпочитают работать не с друзьями, настроенными профессионально, а с профессионалами, настроенными дружелюбно.
- Зачастую подростки отмечают, что им приносит пользу участие в группах поддержки. Группы самопомощи и программы поддержки сверстников предлагаются как потенциально эффективные инструменты оказания помощи людям, занимающимся нанесением самоповреждений.
- Многие подростки, наносящие себе повреждения, отличаются высоким творческим потенциалом и используют поэзию или рисование как один из альтернативных навыков, используемых в период эмоционального возбуждения. Некоторым творчество помогает переключиться и отвлечься от сильных переживаний. Однако для других оно может стать причиной эпизодов самоповреждения.

Введение

Несмотря на распространенное мнение, специалисты и другие взрослые не всегда знают, что будет лучше для подростка с самоповреждающим поведением. Эта глава посвящена исключительно опыту и взглядам самих подростков, столкнувшихся с проблемой самоповреждения. Сведения, полученные от родителей и опекунов, вынесены в отдельный раздел и будут рассмотрены в другой главе. Глава разделена на три части. В первой описываются взгляды подростков на самоповреждение, во второй исследуются их мнения о специалистах, а в третьей — взгляды подростков на терапию, которую они получают в связи с самоповреждающим поведением.

В настоящей главе меньше внимания уделяется идеям научно обоснованной практики, которые обсуждались в Главе 3. Вместо этого мы фокусируемся на том, что мы называем практическими обоснованиями — свидетельствах самих подростков, проявляющих суицидальные наклонности и склонным к самоповреждению.

Что нам рассказывают дети и подростки?

Существует широкий перечень литературных источников, посвященных изучению мнений потребителей услуг о самоповреждении. Хотя большая часть этих исследований посвящена взрослым, было также проведено множество исследований с участием детей и подростков (Arnold 1995; Garcia et al. 2007; YoungMinds 2008).

I Feel like I'm Invisible (Чувствую себя невидимкой) — это отчет по результатам 18-месячного исследования, проведенного совместно Фондом психического здоровья и фондом Camelot Foundation (Dow, 2004). В отчете объединены данные и исследования по проблеме самоповреждения и рекомендации в области политики и передовой практики. В отчете подчеркивается, специалистам необходимо понимать, почему подростки занимаются самоповреждением и что их к этому провоцирует.

В исследовании *Who's Hurting Who?* изучались взгляды молодых людей в возрасте от 15 до 25 лет на услуги в сфере терапии самоповреждения (Spandler 1996). Одной из ключевых тем, затронутых подростками, была потребность в контроле, как над самоповреждением, так и над тем смыслом, который оно для них имело. Подростки рассказывали, что, когда их лишают контроля, они зачастую воспринимают это как проявление насилия. Такое решение приводило к парадоксальным последствиям: самоповреждающее поведение подростков становилось еще интенсивнее. В отчете также обращается внимание на очевидную неспособность служб помощи принять тот факт, что для некоторых подростков самоповреждение является образом жизни.

Проект *The Oral* создан подростками для подростков и объединяет молодых людей и девушек, занимающихся самоповреждением, а также их друзей. Организаторы проекта создают ряд ресурсов для подростков, включая *Spectrum Journal* — список заметок, рисунков, стихов и фотографий подростков с самоповреждающим поведением. Этот сборник выступает в качестве приложения к информационному пакету для родителей и специалистов, а также к целому ряду листовок и плакатов с конструктивной информацией о самоповреждении. Проект *The Oral* также проводит выступления на темы самоповреждения и деятельности проекта. Они могут быть полезны молодежным группам, организациям, работающим с подростками, сотрудникам школ и служб психического и психологического здоровья.

В рамках исследования CASE ученые задавали подросткам вопросы на разные темы, включая травлю и жестокое обращение, употребление наркотиков и алкоголя. Также были проанализированы отношения с друзьями и обстановка в семьях. Было установлено, что любое знаменательное жизненное событие повышает риск самоповреждения, и, что, возможно неудивительно, множественные или взаимосвязанные события еще больше увеличивают этот риск (Madge et al., 2008).

Truth Hurts (Правда ранит) — Национальное исследование проблемы самоповреждения

Одно из самых важных исследований взглядов подростков на самоповреждение, *Truth Hurts*, было проведено Фондом психического здоровья и фондом Camelot в 2006 г. В нем были собраны все имеющиеся в различных источниках данные о молодежи в возрасте от 11 до 25 лет. Исследовательская группа изучила опубликованные материалы и заслушала свидетельства более 35 организаций и частных лиц, занимающихся проблемами подростков и самоповреждения. Среди прочего, в отчете прозвучал адресованный специалистам и другим взрослым, работающим с подростками, призыв прислушаться к голосам подростков (Mental Health Foundation and Camelot Foundation, 2006).

Еще одним ключевым источником информации является отчет *Understanding Self-harm*, составленный по результатам интернет-опроса, проведенного SANE, в ходе которого были изучены мнения почти 1000 человек. Возраст респондентов составлял от 12 до 60 лет (SANE, 2008). В настоящую главу включены многие из ключевых идей и рекомендаций для профессионалов, содержащихся в *Truth Hurts*, *Understanding Self-harm* и других ключевых отчетах. Они проиллюстрированы текстовыми блоками-пузырьками, а также рядом высказываний подростков, которые легли в основу практической деятельности и профессиональных познаний авторов.

Взгляды подростков на самоповреждение

В настоящей главе основное внимание уделено точкам зрения подростков, принявших участие в Национальном исследовании, а также приведены некоторые из их личных свидетельств, упоминаемых в отчете. Прочие актуальные отчеты и источники информации обсуждаются с особым акцентом на взгляды подростков. В заключительных параграфах приводятся личные материалы и истории молодых людей, которые участвовали в амбулаторной программе медицинских услуг уровня 4 на северо-западе Англии.

Национальное исследование было сфокусировано на пути подростка от первого эпизода самоповреждения, его опыте в получении помощи и, в случае с некоторыми подростками, последующей реабилитации. В клинической и исследовательской литературе приводится множество интерпретаций причин самоповреждения среди подростков, но преимуществом исследования было то, что в нем были собраны рассказы самих подростков.

Раньше самоповреждение было для меня способом избавиться от накопившихся внутри чувств, выплеснуть всю обиду, гнев и боль, которые я испытывал. Острота ощущений пропала; чувство, что мне стало лучше, всегда было таким непродолжительным, таким мимолетным, что я наносил себе повреждения еще много раз. Раньше у меня были периоды, когда я не мог проснуться утром и продержаться в течение дня без самоповреждения, но сейчас все иначе. Теперь чем дольше я без него справляюсь, тем лучше. Я пытаюсь вернуть свою жизнь в «норму».

Ниже приведены некоторые личные свидетельства о самоповреждении. Некоторые из них были сделаны подростками, не участвовавшими в Национальном исследовании. Высказывания подростков демонстрируют важное различие. В них предполагается, что самоповреждение — это не попытка лишиться себя жизни, а способ взять себя в руки и выжить в условиях стресса.

Прозвучит дико, но хотя мои друзья и семья считали, что я себя не контролирую, я чувствовала, что держу все под контролем. Как будто я снова обрела контроль над собой при помощи самоповреждения.

Шрамы от порезов, например, не загорают на солнце, потому что кожа в этом месте уже мертва. Когда по какой-то причине тебе больно внутри, твои внутренности гибнут, и ты ничего не чувствуешь, но мозг все еще работает, ты все еще физически жив, и единственный способ вернуть прежние ощущения — это почувствовать что-то физически.

Эти отрывки свидетельствуют о том, что самоповреждение приносит чувство разрядки от напряжения и позволяет уравновесить эмоции. Согласно исследованию Smith et al. (1998) нейрохимические процессы играют важную роль в контексте самоповреждения. После выброса эндогенных опиоидных пептидов, обычно называемых эндорфинами, люди, наносящие себе повреждения, часто испытывают чувство облегчения. Эти химические вещества выделяются гипофизом и гипоталамусом, когда организм получает какую-либо травму. Они подавляют ощущение боли, что помогает человеку выжить. Кроме того, люди могут впасть в зависимость от воздействия этих опиоидов, поэтому для достижения прежних ощущений им может потребоваться нанесение себе более серьезных повреждений. Из этой биологической концепции также следует, что выброс эндорфинов может обеспечить избавление от невыносимой боли.

Я испытываю теплое чувство облегчения, как будто все плохое, что во мне было, теперь вытекало, и я чувствовала себя живой, настоящей.

Иногда, когда мне казалось, что я опустела и потеряла способность чувствовать, я царапала себя, и тогда ко мне возвращались эмоции. В каком-то смысле я возвращалась к жизни.

Серотонин — это нейромедиатор, который также задействован в процессе самоповреждения. Он вырабатывается, когда человек подвергается повышенному уровню стресса. Некоторые предполагают, что пребывание в состоянии стресса со временем приводит к снижению уровня

серотонина. Низкий уровень серотонина может быть связан с импульсивным и рискованным поведением, а учитывая, что люди, занимающиеся самоповреждением, часто импульсивны, тем, кто уже занимался самоповреждением, может быть сложнее противостоять желанию сделать это снова (Nav et al. 2005; Madge et al. 2008).

Я плохо справляюсь с повседневным стрессом, поэтому, когда в жизни происходят какие-то дополнительные события, независимо от их масштаба, я становлюсь более напряженной, что приводит к необходимости «разрядки». Лучшим способом борьбы с этой проблемой оказалось самоповреждение.

Самоповреждение также помогает некоторым подросткам регулировать тревожные «состояния себя», такие как диссоциация. При этом происходит нарушение обычно интегрированных функций сознания, памяти, идентичности или восприятия окружающей среды, которое может быть внезапным или постепенным, преходящим или хроническим (American Psychiatric Association, 1994). Высказывается предположение, что некоторые подростки наносят себе повреждения чтобы почувствовать себя «настоящими», и что после этого акта возникает форма диссоциации, которая позволяет подростку вернуться в «здесь и сейчас» (Low et al. 2000; Farber 2008; Bracken et al. 2008).

Одновременно с чувством оглушенности я ощущал сильную боль, поэтому я порезал себя, и чувство исчезло. Порезы в небольших количествах обычно не помогают мне уменьшить боль. Раньше мне было достаточно и этого количества, но я занимался этим так долго, что теперь для того, чтобы мне стало лучше, мне приходится резать себя больше.

Если бы я когда-то не начал резать себя, возможно, сегодня меня уже бы не было в живых.

О том, как самоповреждение позволяет людям использовать физическую боль как способ отвлечься от тревожных мыслей и чувств, написано немало. Так, многие подростки считают, что с физической болью, вызванной порезами или ожогами, справиться легче, чем с эмоциональной (Mental Health Foundation, Camelot Foundation, 2006). Причинение себе физической боли также может быть инструментом самонаказания за якобы допущенный проступок.

Мои эмоции быстро переключаются и могут быть очень сильными. Когда я нахожусь в эмоционально напряженной ситуации, я либо в это же время, либо вскоре после этого наношу себе повреждения. Я не умею справляться с эмоциями или доносить их до окружающих.

В другом, более свежем отчете, созданном SANE в 2008 г., представлены некоторые качественные данные о причинах самоповреждения среди подростков. В Таблице 4.1 приведены некоторые из причин, которыми подростки объясняют свои первые и последующие акты самоповреждения.

Таблица 4.1, Мотивация к самоповреждению (SANE, 2008)

Случайно	«Это произошло случайно. Я уронила что-то на руку, и как будто прозрела. Я наконец-то что-то почувствовала. Ощущение было очень приятным, как будто я узнала что-то новое и важное»
В процессе попытки самоубийства	«Я собирался покончить жизнь самоубийством, но мне стало легче всего от одного пореза»
В контексте самоповреждения, направленного на то, чтобы вызвать реакцию со стороны других людей	«Ситуация, в которой я впервые нанес себе повреждения, отличалась от всех последующих. Тогда я это сделал, чтобы избежать сурового наказания»
Случаи, в которых первичной мотивацией самоповреждения было выражение ненависти к себе или желание наказать себя	«Сперва я это делала в наказание за то, что плохо сдала экзамены, затем — потому что хотела, чтобы все прекратилось»
Многие участники исследования SANE (2008) уже давно занимались самоповреждением,	

некоторые начали наносить себе повреждения еще в возрасте четырех лет. В то время как некоторые из опрошенных отмечают компульсивный характер самоповреждений или желание таким образом совладать со своими чувствами, для некоторых из опрошенных ситуация обстояла иначе. Эти респонденты, скорее, испытали ряд неприятных переживаний и использовали самоповреждение для получения чувства разрядки от накопившихся переживаний. На удивление большое количество людей не знали, почему они занимаются самоповреждением, или считали, что самоповреждение было беспричинно. Другие описывали некое «скрытое Я».

Когда другие говорят, что я милая, симпатичная или что со мной интересно общаться, я наношу себе гораздо больше повреждений, потому что знаю, что эти люди ошибаются, а я права. Я знаю, что в глубине души я гнилой, неприятный человек.

Другой респондент описывает это чувство более подробно:

Мне приходится вести себя так, словно мои чувства, убеждения и мысли отличаются от тех, что я испытываю на самом деле.

Подростки скрывают такое поведение по разным причинам. Одни боятся стать обузой, другие не хотят травмировать своих друзей и близких или напугать их. Подростки дали SANE ряд объяснений того, почему они скрывали факт самоповреждения от окружающих. В их числе они назвали нежелание быть объектом осуждения или порицания, а также неготовность давать объяснения или отвечать на вопросы. Невозможность оправдать ожидания также является важной проблемой и относились в основном к рецидиву самоповреждения. Наиболее распространенной мотивацией, о которой респонденты сообщили SANE, было желание облегчить душевную боль — более половины всех респондентов назвали эту причину основной.

Иногда моя эмоциональная боль настолько сильна, что мне кажется, что я больше не выдержу, и что она меня просто уничтожит. Я просто знаю, что от нее нужно избавиться. Мне кажется, что нанесение порезов на руки мне помогает.

В рамках своего исследования SANE запустили онлайн-анкету, в которой затрагивается путь от первого до последнего акта самоповреждения, пройденный подростками, которым удалось отказаться от самоповреждения. Возрастной диапазон включал и пожилых людей, однако большинству респондентов было меньше 25 лет. Большинство из них занимались самоповреждением в раннем или позднем подростковом возрасте. Группа исследователей задавала открытые вопросы и интерпретировала ответы участников. Ниже приведены некоторые фрагменты таких ответов:

Сначала я это делал, чтобы наказать себя за плохо сданные экзамены, а потом — потому что хотел, чтобы все прекратилось.

Мой первый эпизод самоповреждения отличался от последующих. Я нанес себе повреждения чтобы избежать наказания.

Я слышала, что так делают люди при депрессии, и мне захотелось узнать на себе, каково это.

Иногда мне кажется, что я пуста, что внутри меня нет абсолютно ничего нет. Я бы сделала что угодно, лишь бы заткнуть эту зияющую дыру внутри. Раньше я объедалась до предела, и это никогда не помогало мне до конца, но когда я режу себя, то все просто проходит.

Следование примеру других

Несомненно, проблемы распространения присутствуют в ситуациях совместного проживания групп подростков. Этот вопрос рассматривается в первых двух главах книги. Распространение поведения

часто относится и к самоповреждению: такие группы детей и подростков, как правило, прошли через травмы, жестокое обращение и серьезный недостаток родительского внимания. Отчасти поэтому в детских домах, психиатрических стационарах и тюрьмах наблюдается повышенная распространенность самоповреждения. Некоторые утверждают, что эта проблема усугубляется из-за нехватки поддержки со стороны персонала и недостатка ресурсов в таких учреждениях. Не наносящий себе повреждений подросток может прийти к выводу, что сверстники, наносящие себе повреждения, имеют больше преимуществ в контексте уделяемого им персоналом личного внимания. Влияние отношений в группе сверстников на деструктивное поведение и его преодоление — это область, которая требует дальнейшего внимания и изучения.

В первый раз я нанесла себе повреждения в психиатрической больнице, потому что так делали все остальные. Я как бы переняла от них эту привычку.

Чуть более четверти опрошенных с историей самоповреждения заявили, что им удалось отказаться от этой практики. Участники опроса, как правило, сообщали, что перестали наносить себе повреждения не потому, что это желание исходило от них самих, а скорее в результате социального давления.

Я все еще скучаю по этому опыту, и я бы не остановилась, если бы шрамы не было так трудно скрыть, и они проходили бы быстрее.

Некоторые подростки рассказали исследователям, что перестали заниматься самоповреждением, чтобы приспособиться к новой роли. Став родителями, устроившись на работу, женившись или выйдя замуж, некоторые из них остановились. Другие говорили, что они не хотят и дальше расстраивать окружающих, включая родителей.

Мои родители обо всем узнали и сильно меня пристыдили. Я рад, что больше этим не занимаюсь, но я остановился только потому, что мне не хочется никого огорчать.

Для некоторых отказ от самоповреждения был связан с процессом взросления. Они сообщили о росте уверенности, стабильности и большем контроле над своей жизнью. Один из подростков рассказал, как ему дали своего рода разрешение на самоповреждение.

После выписки из больницы я обратился к медсестре в колледже и рассказал ей о том, что наношу себе повреждения. Она сказала мне, что в этом нет ничего естественного, и что, если мне хочется, я могу и дальше этим заниматься, и записала меня к психологу. Дав мне это разрешение на самоповреждение, она позволила мне освободиться от чувства вины, и я постепенно начал останавливаться. Я наконец понял, что не делал ничего «плохого» или неправильного: самоповреждение просто было моим способом решения проблемы.

Такой подход, направленный на придание свободы выбора, может быть важным элементом в поощрении молодых людей к контролю над самоповреждением. Иногда после окончания эпизода они испытывают ненависть к себе, и в них остаются эмоции, подобные тем, что послужили толчком к началу этого эпизода. Поэтому для некоторых эта тактика может выступить в качестве позитивного способа прервать порочный круг, в который зачастую попадают подростки. Некоторые, наоборот, отказываются от самоповреждения из-за чувства вины, появляющегося до и после эпизодов.

Взгляды подростков на специалистов

В оказании помощи детям и подросткам, занимающимся самоповреждением, участвуют различные специалисты как государственного, так и добровольческого секторов. В то время как многие подростки положительно отзываются о своем опыте по получению помощи сотрудников, для других этот опыт носит негативный характер. Временами Truth Hurts рисует мрачную картину. В ходе исследования подростки рассказали, что опыт обращения за помощью часто усугубляет их положение. Многие из обратившихся за помощью столкнулись с насмешками или враждебностью со стороны специалистов (Mental Health Foundation and Camelot Foundation, 2006). В качественном исследовании по проблеме самоповреждения (Smith, 2002) пациенты сообщили, что взрослые часто не понимают их чувств или поведения. Они сообщили, что персонал относился к ним как к

непослушным детям и из-за этого подростки, повторно поступившие в больницу после повторных актов самоповреждения, чувствовали себя неудачниками.

После того, как я порежусь, мне становится приятно, как будто бы я их наказала, тайком. Иногда я разговариваю с ними, ощупываю свою руку, и я словно говорю им: «Да пошли вы», как будто мне удалось их перехитрить.

Детям и подросткам часто бывает трудно объяснить другим свои чувства и проблемы. Например, их словарного запаса может не хватать для описания того, что с ними происходит, поэтому многие даже не обращаются за помощью. Сложности в сфере психического здоровья часто остаются незамеченными или воспринимаются как типичные подростковые метания. Высказываемое некоторыми взрослыми мнение о том, что такие сложности «пройдут с возрастом», может стать препятствием на пути общения и получения профессиональной помощи. Так, например, взрослые могут считать, что ребенок или подросток просто проходит через этап взросления. Безусловно, так и есть, но некоторым для прохождения этого этапа нужна помощь. Подросток, переживания которого не воспринимаются в полной мере, может замкнуться в себе.

Она сказала, что я должен перестать быть эгоистом и подумать о родителях. Она спросила меня, что бы я почувствовал, если бы они умерли.

Взрослых может встревожить, что подросток затронул идею самоубийства, и они могут прибегнуть к высказываниям вроде «Не говори так» или «Не глупи, у тебя вся жизнь впереди». Такие фразы говорятся из лучших побуждений, однако подросткам они зачастую кажутся бесполезными. Представители профессий, связанных с уходом, могут быть склонны к проявлению излишней опеки, и поэтому нередко стремятся вызволить подростка из беды и спасти его. Таким специалистам может показаться, что для решения проблемы им необходимо не дать подростку возможности причинить себе физический вред.

Если же подросток не хочет отказаться от нанесения самоповреждений, такой подход может оказаться проблематичным. Некоторые подростки говорят, что не хотят отказываться от самоповреждений, поскольку они выполняют важную и полезную для таких подростков функцию и не представляют опасности для остальных. Когда подросток отказывается от помощи или же не желает бороться с самоповреждающим поведением, естественный инстинкт людей, работающих в профессиях, связанных с оказанием помощи, подрывается. По словам подростков, если их лишить средств самоповреждения, они могут прибегнуть к альтернативным способам причинения себе вреда, например, отказаться от пищи.

Я понял, что не стоит говорить людям, что я занимаюсь самоповреждением, потому что тогда они захотят, чтобы я больше так не делал. В результате я только сделаю себе хуже. Мне нужно выразить всю ту боль, что я чувствую внутри, на своей коже. Сейчас я просто с вами разговариваю, но, когда я чувствую боль в своей руке, мне кажется, что и мое тело, и я сам можем сами решить, что мне делать дальше.

Недоверие или нежелание прислушаться к подростку может привести к тому, что он не захочет озвучивать свои переживания. Вместо этого они могут попытаться в одиночку справиться с эмоциями, которые часто бывают весьма пугающими. Первоначальная реакция специалистов на сообщения о самоповреждении имеет решающее значение для вовлечения молодых людей в процесс терапии. Поэтому крайне важно, чтобы специалисты и другие взрослые были в курсе этих потенциально противоположных терапевтических подходов.

Приведенное ниже стихотворение написано девушкой, поступившей в больницу в результате самоповреждения. В стихотворении описан неплодотворный опыт конфликта с персоналом.

Конфликт,

Автор Лора

Я думаю, что жизнь моя убога,
И знаю, легче станет, если нож бы дали мне,
И плакать я не буду в полной тишине.

Врачи не понимают, что это только блеф:
Внутри я вовсе не сильна, вы не правы, нет.
Вы делаете вид, что вам не наплевать,
Но все, на что горазды — молчать и наблюдать.
Так мало времени прошло, так изменилась я,
А раньше я была другой, не узнаю себя.
Ни крошки смысла в жизни я уже не нахожу,
Признайте, наконец, что я уже кричу.
Я не хочу, чтоб вы на меня сердились,
Ведь как исправить то, чего даже не видишь.

Лора описывает двойственность сложившейся ситуации, где, с одной стороны, она нуждается в помощи, а с другой — персонал не видит, что происходит у нее в душе. Несомненно, когда некоторые специалисты сталкиваются с человеком, который намеренно наносит себе ущерб, им может быть нелегко, по крайней мере, в течение некоторого времени, действовать без отстранения или избегания. Однако скепсис со стороны персонала может усилить чувство безнадежности у подростка, что и отражено в стихотворении Лоры.

Один из ключевых вопросов, заданных подросткам в ходе Национального исследования, звучал следующим образом: «Что, по вашему мнению, можно сделать, чтобы помочь предотвратить появление у подростков желания причинить себе боль?». Более четверти респондентов ответили, что они хотели бы, чтобы кто-то выслушал их, дал совет и оказал поддержку. В ходе исследования была положительно отмечена работа, проделанная благотворительной организацией The Place 2BE в области раннего вмешательства. Эта благотворительная организация выделяет специальную команду для работы с подростками в расположенных на территории школ «безопасных пространствах». Члены команды обучают сотрудников школ выявлению и восполнению неудовлетворенных эмоциональных потребностей детей и подростков.

Глава школы не хотел, чтобы я испортила показатели успеваемости школы, поэтому он рассказал моей маме о том, что я наношу себе повреждения, и вскоре об этом знали все в школе, но никто не мог оказать мне настоящей поддержки: моей единственной задачей было заработать для школы максимально высокую оценку.

Уже давно известно, что многие факты указывают на растущую тревожность среди подростков, пытающихся преодолеть трудности, с которыми им приходится сталкиваться в современном мире. По данным исследования, проведенного Национальным обществом предупреждения жестокого обращения с детьми (NSPCC), в 2002—2003 годах более 3 000 детей и подростков обратились к консультантам по поводу самоповреждения или суицидальных мыслей (NSPCC, 2007). Более поздний опрос, проведенный организацией ChildLine, показывает, что за последние пять лет число таких случаев утроилось и составляет в среднем около 60 в неделю. Более половины всех обращений, связанных с темой самоповреждения, поступает от детей в возрасте от 12 до 15 лет; при этом обращающихся за помощью девушек в 16 раз больше, чем юношей (NSPCC, 2009).

Мнения о сотрудниках служб неотложной помощи

Для многих подростков первым официальным контактом после эпизода самоповреждения является ближайшее отделение неотложной помощи. О важной роли специалистов неотложной помощи было написано уже многое. Эта тема частично затрагивается в Главе 9. Хотя обращение в больницу после самоповреждения может стать первым шагом на пути получения помощи и продвижения к выздоровлению, этот процесс также может быть сопряжен с трудностями.

Подросток, попавший в отделение неотложной помощи, скорее всего, расстроен, растерян и напуган, и то, как персонал отреагирует на это, несомненно, повлияет на его вовлеченность и впечатление от медицинского обслуживания. Многие сотрудники отзывчивы, чутки и способны поддержать подростка в трудную минуту, но многие исследования показывают, что зачастую ситуация выглядит иначе. Королевский колледж психиатров опросил 509 респондентов всех возрастов, обращавшихся в отделения неотложной помощи после эпизода самоповреждения.

Выяснилось, что значительное число пациентов упрекали в напрасной трате времени, поскольку персонал считал, что их проблемы были результатом их собственных действий (Palmer et al., 2007).

Я занимала самоповреждением не чтобы насолить персоналу, а потому что у меня проблема

Согласно Fortune et al. (2005), большинство подростков считают, что могут справиться самостоятельно и стараются не обращаться к специалистам. Это может быть, как личный выбор, так и убежденность, что специалисты недостаточно компетентны, чтобы помочь. Во многих случаях они могут быть правы. Другие подростки, которые занимаются самоповреждением, сообщают о желании получить уход и заботу от специалистов. Следующая цитата приведена из Basement Project, службы для людей, которые были жертвами насилия в детском возрасте и, которые занимаются самоповреждением.

У меня была причина обратиться к медсестре, чтобы меня полечили и позаботились обо мне

По этой причине за людьми, которые занимаются самоповреждением, закрепился ярлык, что они это делают для привлечения внимания. Подростки сообщали, что в некоторых случаях они занимались самоповреждением, чтобы таким способом сообщить о проблеме и, что им нужна забота и помощь. В природе человека искать помощь и заботу других, и некоторым подросткам это дается труднее. Реакция на самоповреждение у подростков не должна быть осуждающей или слишком опекающей. Наоборот, важно отреагировать дружелюбно, но сохраняя профессионализм. Поддержание работающего, оптимистичного терапевтического союза и здоровых межличностных границ крайне важно, когда жизнь молодого человека может показаться невероятно безрадостной (Burke et al. 2008).

Они не понимают, что возможно подростку нужен человек, с которым можно поговорить необязательно о самоповреждении, а о проблемах, с которыми подросток сталкивается каждый день и из-за которых прибегает к самоповреждению, как к способу с ними справиться.

Некоторые личные свидетельства, приведенные в Национальном расследовании и в различных других отчетах, включая рекомендации NICE по работе с самоповреждением, описывают негативную, а иногда и враждебную реакцию сотрудников приемного отделения. Хотя это неприемлемо, сотрудники приемного отделения часто описывают, что чувствуют себя недостаточно квалифицированными для поддержки молодых людей, которые причиняют себе вред. Поэтому крайне важно обеспечить более эффективную подготовку, надзор и поддержку этой ключевой категории специалистов, которые работают с детьми. Ниже приведены примеры того, как некоторые молодые люди чувствуют себя расточителями времени.

Хотя врач не говорил по-английски, он все равно дал мне понять, какое отвращение он испытывает по отношению ко мне. Это было видно по его лицу и заниматься мною ему совсем не хотелось.

Я был весь в крови, но сотрудники регистратуры оставили меня сидеть в приемной полной людей. Они даже не смотрели мне в глаза. Другой пациент в приемной дал мне салфетки и спокойно со мной поговорил.

Словно я и так себя недостаточно плохо чувствовал, медсестра, которая была не сильно старше меня, обработала мне раны, не сказав мне ни слов. Я чувствовал, что я просто грязь из-под ногтей.

Взгляды подростков на службы помощи

Наряду с опытом общения подростков с отдельными специалистами были проведены различные консультационные мероприятия, направленные на выяснение мнения молодых людей об услугах, которые они получают. Проект для молодых людей в возрасте от 13 до 25 лет в Лидсе был

направлен на понимание факторов, которые делают услуги по предотвращению самоповреждения эффективными (Нилл, 2003). Конфиденциальность, возможность выбора и уважение были определены в качестве важных факторов.

Моя медсестра провела много времени, объясняя мне альтернативные способы справиться с желанием к самоповреждению. Мы разработали план-безопасности, который я носила с собой. У меня был список других занятий, и она была такой доброй ко мне. Без нее я не знаю, справилась бы я с этим ужасным периодом в моей жизни.

Взгляды подростков на самопомощь

Мы уже знаем, что многие подростки, которые занимаются самоповреждением, не хотят получать помощь специалистов и предпочитают справляться самостоятельно или с помощью друзей. Существует много материалов о самопомощи и о том, насколько важно для подростков отвлечь себя от желания к самоповреждению. Некоторые из методов, которые подростки считают наиболее эффективными, выделены в конце этой главы. Один из видов самопомощи, который подростки считают наиболее эффективным, это техника откладывания желания к самоповреждению, зная, что желание скорее всего пройдет. Один подросток это так описал для агентства National Inquiry:

Я перепробовала много способов: сжимала в руке кубики льда, щелкала резинкой по запястью, записывала свои мысли, била подушку, слушала музыку, записывала плюсы и минусы, но больше всего мне помогло правило пяти минут: если чувствуешь, что хочешь нанести себе повреждения, надо подождать пять минут, а затем подумать, сможешь ли ты выдержать еще пять минут, и так далее, пока в конце концов желание не пропадет

Некоторые подростки рассказывают, что контролировать такое поведение им помогает развитие различных стратегий преодоления стресса. Начальный этап процесса эффективной работы с собой, как представляется, включает понимание причин самоповреждения. Другими словами, знание — сила. Важно отметить, что многие подростки считают, что обучение стратегиям преодоления стресса способствует их выздоровлению.

Для некоторых прибегающих к самоповреждению подростков понимание причин такого поведения приносит освобождение и является важной частью процесса преодоления стресса. Другие считают, что разработка стратегий преодоления стресса играет важнейшую роль в процессе выздоровления. The Mental Health Foundation и Camelot Foundation составили для подростков анкету с просьбой рассказать о методах лечения, которые оказались безрезультатны. Многие подростки, которые скрывают самоповреждение, назвали следующие причины:

Они бы подумали, что я псих, какой-то придурок, который просто манипулирует людьми и от которого одни хлопоты.

Я думаю, что они начали бы мне сочувствовать, и от этого мои переживания бы только обострились.

Они могли бы поддержать меня, но при этом не зная, что именно нужно делать, и тогда все стало бы еще хуже. Тогда и все остальные узнали бы.

Поддержка друзей и семьи

В подростковом возрасте отношения в группах сверстников часто становятся более тесными и оказывают сильное влияние на развитие интересов, убеждений и моделей поведения. Хотя подростки в меньшей степени склонны к общению с родителями или опекунами, они могут поделиться тревогами или опасениями с друзьями. Исследования показывают, что участники, сообщающие о самоповреждении друзьям, моложе тех, кто рассказывает об этом семье (SANE,

2008). Такой подход используется и подростками, принявшими участие в Национальном исследовании. Они в три раза чаще упоминали обращение к друзьям или родственникам, а не к специалистам. Предыдущие исследования неизменно демонстрировали, что девочки и девушки склонны к такому поведению в большей степени, чем мальчики и юноши (Adams et al., 1995; Fivush et al., 2004; Madge et al., 2008).

Друзьям и сверстникам отводится важная роль в выявлении и поддержке подростков, оказавшихся в уязвимом положении. В ходе исследований были рассмотрены социальные отношения подростков, перенесших передозировку, и сложившаяся в результате картина оказалась несколько неоднозначной. Половина опрошенных заявляет, что у них нет «близкого» или «лучшего» друга. Такой ответ чаще давали мальчики (Kerfoot, 1988). Так как зачастую подростки доверяются именно лучшим друзьям, такое положение дел вызывает обеспокоенность по целому ряду аспектов.

Они бы поддержали меня. У большинства моих друзей есть проблемы психического здоровья, и я их выслушиваю. Это помогает мне справиться со стрессом, так что и им можно узнать о моих проблемах

Умение выслушать и поддержать — важные качества дружбы, но, если на имеющиеся проблемы нельзя повлиять или решить их вместе с друзьями, они могут не прекратиться или даже усугубиться. В таких случаях может потребоваться поддержка родителей, опекунов или специалистов. Внутри коллектива сверстников такое обращение за помощью часто может показаться нарушением лояльности и доверия. Друзья подростка оказываются перед дилеммой: нужно ли «настучать», поделиться информацией в попытке заручиться поддержкой для своего друга. Отсутствие группы поддерживающих сверстников может обострить трудности, которые со временем могут только нарастать. В таких обстоятельствах подросткам может показаться, что проблемы стали неразрешимыми. Затем может наступить кризис, и тогда в качестве варианта поведения может быть выбрано самоповреждение.

Для подростков характерно недоверие к взрослым, и друзья подростка зачастую могут быть лучше осведомлены о вероятных провоцирующих факторах, масштабах самоповреждения и, возможно, о некоторых поддерживающих факторах. Одна очень молодая девушка, занимающаяся самоповреждением, рассказала, что думает о своей подруге, которая также наносит себе повреждения:

Только она меня понимает. Она не осуждает меня и не злится. Она принимает меня такой, какая я есть, и, если бы ее не было в моей жизни, я бы не смогла остановиться

С другой стороны, друзья подростков с подобным поведением могут быть введены в заблуждение и оказаться в затруднительном положении, продолжая хранить тайну или чувствуя ответственность за предотвращение самоповреждающего поведения своего друга. Ниже приведены примеры диалогов, которые ведутся на межличностном уровне и через множество сайтов в Интернете, которые требуют тщательного контроля со стороны обеих сторон.

Марии нужна была помощь, но она взяла с меня обещание не рассказывать ее родителям. Она не была больна или типа того, просто у нее было такое настроение, я не думала, что она действительно порежется. Теперь я жалею, что дала обещание

Уязвимые подростки склонны взваливать на себя чужие проблемы, и вряд ли они способны отличить психологическое расстройство от обычного проявления переходного возраста. Положение может усугубиться, если подросток, которому стало известно о такой ситуации, тоже наносит себе повреждения. Такой диалог типичен для подростков, наносящих самоповреждения. Тем не менее, он также вызывает беспокойство, поскольку зачастую подростки чувствуют необходимость в проявлении лояльности и могут хранить суицидальные планы других людей в тайне. Когда подростки вступают в тесные отношения с товарищами по самоповреждению, эти взаимоотношения становятся важным фактором, который необходимо учитывать для обеих сторон.

Для подростков вполне естественно искать сверстников-единомышленников. Даже если взрослые отговаривают их от таких взаимоотношений, подростки могут воспротивиться совету. Опыт

клинических специалистов показывает, что подростки, наносящие самоповреждения, обязательно найдут друг друга, независимо от того, будет ли им позволено общаться или нет, и с большой вероятностью эти отношения будут продолжаться, будь то открыто или тайно.

Одним из основных способов общения подростков о самоповреждении стали Facebook и мессенджер MSN. Так подростки могут вступать в очень глубокую и тесную связь с товарищами по самоповреждению и, как следствие, делиться опытом, как положительным, так и отрицательным. Однако, если подобные отношения не контролировать, иногда они могут пойти во вред обоим участникам. В этой связи некоторые исследователи утверждают об эффективности объединения занимающихся самоповреждением подростков в более управляемые группы (Wood et al., 2001).

Отчуждение

Воздействие со стороны друзей и родственников не всегда воспринимается подростками как благоприятное. В ходе исследования, проведенного Young (1995) в США, были рассмотрены семьи 55 подростков в возрасте от 14 до 18 лет. Все эти подростки были помещены в стационарное подростковое отделение. Две трети представителей этой когорты были суицидальными, и все они демонстрировали поведение, называемое исследователями «саморазрушительным». В ходе исследования были сопоставлены мнения подростков и их родителей. Было отмечено, что участники, проявляющие суицидальность, как правило, считают себя более отчужденными от своих родителей, более социально изолированными и в целом функционирующими хуже, чем другие. С этим мнением не соглашались их родители, что в определенной степени подтверждает мнение подростков о собственной отчужденности.

Роль групп поддержки

Подростки часто отмечают полезность групп поддержки. Группы самопомощи и программы поддержки сверстников рассматриваются как потенциально эффективное средство оказания помощи людям, наносящим самоповреждения (Social Care Institute for Excellence, 2005). Национальная сеть по проблеме самоповреждения (NSHN) предоставляет поддержку и консультации людям, занимающимся самоповреждением, а также их друзьям и родственникам. Harmless — это управляемая участниками организация, предоставляющая ряд услуг в сфере работы с самоповреждением. Они включают в себя предоставление поддержки, информации, обучения и консультаций таким людям, их друзьям и семьям, а также соответствующим специалистам.

Достоинства и недостатки групп поддержки также были предметом обсуждения, и, безусловно, существуют личные свидетельства привлекательности групп для подростков. Особенно полезным бывает общение со сверстниками, пережившими аналогичный опыт. Принадлежность к группе — характерное желание для подростков, а поскольку подростки, занимающиеся самоповреждением, часто чувствуют себя непринятыми своими сверстниками, группа может стать источником уникального опыта. Внимательное сопровождение со стороны организаторов может позволить группе принести положительный, корректирующий опыт, и этот метод уже доказал клиническую полезность (Wood et al., 2001). Однако многие специалисты с сомнением относятся к этой методике и обеспокоены тем, что обсуждение самоповреждения с другими людьми, которые им занимаются, может побудить участников к дальнейшему самоповреждению в новых формах (Clarke, 2003).

Стратегии управления самоповреждением, полезные по мнению подростков

Поскольку для многих подростков самоповреждение носит личный характер, очень важно, чтобы они могли разработать стратегии, позволяющие справиться со стрессом самостоятельно. Далее в этой главе рассматриваются материалы, предоставленные группой подростков в возрасте 11–18 лет, которые неоднократно занимались самоповреждением. Эта информация приводится для наглядного описания того, как подростки разрабатывают стратегии самоконтроля, позволяющие им жить в условиях самоповреждения, а иногда и бороться с ним. Примерно три четверти подростков, участвовавших в подготовке материала, регулярно принимали чрезмерные дозы наркотиков или наносили себе порезы, а меньшинство использовали другие методы, такие как повешение,

удушение и прижигание. Все подростки посещали программу группового лечения под названием Developmental Group Psychotherapy [Развивающая групповая психотерапия], которая была описана в главе 3.

Предоставленные подростками материалы были весьма эклектичны. Для описания своего опыта некоторые выбрали проекты, над которыми работали на момент сбора материала (например, песни). Также были представлены художественные работы, среди которых были детальные изображения ран и крови. Хотя многие находят такие иллюстрации пугающими, художественное изображение жестоких тем в четкой и детализированной форме широко используется людьми, занимающимися самоповреждением.

Некоторые подростки предпочитают фиксировать свои чувства на бумаге, а не давать им практический выход. Таким образом они могут отстраниться от непосредственного переживания происходящего. Другие отдают предпочтение активным физическим нагрузкам, что позволяет отвлечься от самоповреждения. Ниже приведены некоторые названия работ подростков.

- «Все слова о том, что со временем чувство утраты утихает — ложь»
- «Это не ожесточенная борьба»
- «Я взглянул в зеркало и возненавидел себя»
- «Начистоту»
- «История изнутри
- «Ангелы и радиоволны»

Самоповреждение и поэзия

Многие наносящие себе повреждения подростки наделены большими творческими способностями и в период накала эмоций используют поэзию или художественное творчество в качестве замещающего навыка. Некоторым это помогает переключить внимание и отвлечься от сильных переживаний. У других творчество может спровоцировать эпизод самоповреждения. Открытый разговор о том, как можно наладить общение, может оказаться полезным, учитывая, что подростки занимаются творчеством и искусством по разным причинам.

Ангелы и радиоволны, автор Кирсти

Она была бескрылым ангелом
Красота, сокрытая печалью
В ее мире вверх дном не было смысла ни в чем
Никто не протянул ей руку, чтобы поймать, и, кажется, она падала целую вечность
Крылья оторвали прямо со спины
Она была бескрылым ангелом
Возможно, он действительно любил ее
Возможно, им было суждено быть вместе
Так почему же он любил ее, но дал упасть?
Куда пропал, когда он был так нужен?
Этот мир был к ней несправедлив
Она была лишь ангелом, что крылья потерял
Она была драгоценным камнем
Спрятанным в мрачной, темной пещере
Она хотела лишь найти свой путь

Найти себя

Почему же они не могли ей помочь?

Ей просто нужно было помочь свои крылья найти

Стихотворение Кирсти отражает ее одиночество и желание быть спасенной. Называя себя «бескрылым ангелом», она, возможно, указывает на инертность ловушки, в которую попала. Слова словно колеблются между невыносимым чувством безнадежности при отсутствии крыльев и желанием Кирсти найти кого-то, кто позаботится о ней или поможет обрести крылья.

Пенни 15 лет, и она начала прибегать к самоповреждению, когда ей было восемь лет. Она подвергалась жестокому обращению и за последний год перенесла несколько тяжелых передозировок. Пенни сложно передать внутренние переживания, и она обращается к прозе, искусству и поэзии, чтобы компенсировать недостаток вербального общения. Ее стихотворение выражает желание не дать себе зайти слишком далеко. В стихотворении она выражает неоднозначное отношение к своему затруднительному положению и к тому, удастся ли ей спастись вовремя.

Нэнси 17 лет, и за ее плечами многолетняя история самоповреждения. Она рассказывает о возникновении этой проблемы и о многочисленных подкрепляющих факторах, указывающих на аддитивный характер поведения. В конце стихотворения Нэнси констатирует, что дальнейший курс еще не выбран.

Думай, автор Нэнси

Мне грустно и одиноко,
Мне нужен способ все выпустить наружу,
Моя подруга резала себя,
Она говорила, что так ей легче,
Но сейчас она перестала,
Может быть, и мне это поможет,
Я начинаю плакать,
Я чувствую себя такой подавленной,
Я слышу, как что-то в моей голове говорит:
«Сделай это, сделай это»
Шепчет,
Подталкивает меня,
Я вытираю слезы,
Они - признак слабости,
Я никому не покажу свою слабость,
Я решаю попробовать.
Я иду на кухню,
Как бы скучно она ни была освещена,
Я приближаюсь к ящику,
Выдвигаю его,
Вижу столовые приборы,
Моя рука тянется к первому попавшемуся острому ножу,
Я поднимаю его, Металл холодный и гладкий,
Лезвие острое,
Этот нож маленький,
Так что он вполне сгодится,
Я возвращаюсь в свою комнату,
И прижимаю ледяное лезвие к своей теплой коже,
Я надавливаю и режу,
Лезвие приносит жгучую боль,
Боль притупляет мой разум, и я снова могу чувствовать,

И ясно мыслить,
Я делаю это снова и снова,
И когда я наконец останавливаюсь,
На моем запястье много порезов,
Я смотрю и думаю, что
Я действительно чувствую себя лучше,
Но я не буду делать этого снова, мне нельзя
Хотя я чувствую себя лучше, со мной навсегда останутся эти раны, напоминающие мне о моей
боли,
Но со временем они заживут,
И время исцелит меня изнутри,
И я смогу жить дальше,
Наконец-то,
Но даже несмотря на то, что я зареклась повторять
Я по-прежнему режу свою плоть каждую ночь,
С каждым разом порезов все больше,
Они глубже,
Так что прежде, чем ты подумаешь:
«Попробую хотя бы разок»,
Не надо, даже если это поможет,
Остановиться очень трудно,
Возможно, так ты проведешь большую часть своей жизни,
Предугадать нельзя.

Почти заметили, автор Пенни

Она одинока
Даже если по ней не скажешь
Она протягивает руку
Она не знает, для чего
Она будет сидеть в тишине
В надежде, что кто-то наткнется на нее и на всю ее пустоту
Но они лишь надеются, что успеют вовремя
Иначе она зайдет слишком далеко
И, возможно, ей придется расстаться с тем миром, за который она еще держится
Она медленно исчезает из жизни каждого
Она повторяет про себя: «Почти заметили»

Самоповреждение и музыка

Подростки часто предпочитают использовать искусство и музыку как способ выражения чувств, которые им трудно выразить вербально. В частности, тексты песен часто приобретают индивидуальный смысл. Две песни американской рок-группы Linkin Park, “Breaking the habit” и “Somewhere I belong”, — это примеры, выбранные подростками. Текст этих песен красочно описывает трудности, связанные с борьбой с самоповреждением, и внутренний конфликт между желанием жить и стремлением умереть.

Планы по обеспечению безопасности

Как уже говорилось ранее, основной принцип терапии самоповреждения включает в себя саморегулирование. Многие подростки придают большое значение своему индивидуальному плану безопасности, который может быть скорректирован, если техники или стратегии утрачивают эффективность.

В процессе формирования плана подростки выбирают стратегии преодоления, которые могут включать альтернативы самоповреждению и часто направлены на минимизацию вреда — подход к управлению рисками, обсуждаемый в главе 7. Хотя в настоящее время нет убедительных

доказательств в пользу полезности планирования индивидуальных мер безопасности, оно гарантирует активное участие подростка в собственном выздоровлении. Ниже приведен список занятий, которые, по словам подростков, помогают им отвлечься от позывов к самоповреждению.

- Оставайся в людном месте
- Побудь в компании доброжелательных и отзывчивых людей
- Позвони другу
- Сделай запись в личном дневнике
- Посмотри комедию
- Составь со своим психологом договор о том, что ты не причинишь себе вреда
- Прокатись на машине
- Сделай расслабляющие упражнения
- Выполни упражнения дыхательной гимнастики
- Послушай музыку
- Почитай хорошую книгу
- Сходи на прогулку
- Займись уборкой
- Прими ванну с пеной
- Сходи за покупками
- Надень на запястье резинку для банкнот и, когда желание нанести себе повреждение будет сильным, слегка щелкни резинкой
- Сожми кубик льда в ладони
- С помощью смываемой красной ручки нарисуй отметки на тех участках кожи, где должны были быть раны
- Избавься от всех предметов, которыми ты можешь себя поранить

Управление сильными эмоциями

Подростки также рассказали о способах, с помощью которых они стремятся справиться с сильными эмоциями, такими как гнев и печаль, чувство пустоты и вины. Разумеется, многие подростки рассматривают подобные стратегии как альтернативу самоповреждению. В основе многих из этих стратегий лежит следующая логика: когда подростки эмоционально возбуждены, они зачастую очень энергичны. Альтернативные действия позволяют высвободить эту энергию, не причиняя себе вреда. Распознавание эмоций, которые вызывают желание нанести себе повреждения, часто помогает более эффективно использовать стратегии преодоления. Как и в случае со стратегиями замены деструктивного самоповреждения менее вредными стратегиями преодоления стресса, способы, с помощью которых подростки пытаются справиться с сильными эмоциями, могут быть разными. В действительности, некоторые стратегии могут ухудшить самочувствие подростка, а их продвижение в качестве полезных может привести к активизации деструктивного самоповреждающего поведения.

В следующем фрагменте представлены примеры методов, которые применяются подростками для преодоления сильных чувств и порывов. Они были приведены в рамках Национального исследования и нашли поддержку в других исследовательских отчетах и свидетельствах практикующих эти методы людей. Целью этих приемов является помощь в сдерживании импульсивного поведения и регулировании эмоций. Конечно, приведенный здесь список не является исчерпывающим, и некоторые методы могут оказаться полезными для одних подростков, а для других — неприемлемой альтернативой самоповреждению.

Регулирование сильных эмоций	
Злость	• Сожми в ладони лед • Сделай что-нибудь, что даст тебе острые ощущения. Например, надкуси лимон • Сделай несколько упражнений • Сходи на прогулку • Скомкай листы бумаги/порви их

- Прими холодный душ
- Представь, как ты расквашиваешься с тем, кто тебя разозлил или расстроил
- Послушай агрессивную музыку; подпевай, танцуй
- Громко покричи
- Щелкни резинкой для банкнот по запястью
- Поплачь — так можно высвободить эмоции, а также почувствовать истощение и усталость. Обычно после пробуждения ситуация кажется более выносимой.
- Ударь какой-нибудь предмет, например подушку
- Поиграй на музыкальном инструменте, или просто стучи по кастрюлям и сковородкам
- Порежь кусок картона, старую одежду, лоскут ткани
- Сплющи алюминиевую банку
- Возьми палку и ударь ей по дереву

Грусть

- Прими ванну с пузырями
- Почитай книгу, которая тебе нравится; возьми книгу для детей — у них всегда счастливый конец
- Купи себе подарок
- Посмотри комедию
- Посмотри мультки
- Сходи куда-нибудь с друзьями
- Пиши, рисуй, играй на музыкальном инструменте — вырази свои ощущения с помощью творчества
- Обними плюшевую игрушку
- Обними близкого человека
- Обними себя
- Займись чем-нибудь, что тебе нравилось делать в детстве
- Читай анекдоты или смешные истории. Их можно найти в Интернете
- Поговори с другом. Обсуждать тему самоповреждения не обязательно, можно поговорить о чем-нибудь веселом
- Подумай о том, что приносит тебе радость. Составь список
- Свернись калачиком под одеялом
- Послушай веселую или успокаивающую музыку
- Поиграй с братом, сестрой или домашним животным

Пустота

- Сделай что-нибудь, что даст тебе острые ощущения, например, надкуси лимон или сожми в ладони лед
- Сосредоточься на каком-нибудь предмете. Опиши его так, как описал бы слепому человеку
- Приложи палец или ладонь к чему-нибудь холодному, например, к мороженому
- Подержи руки под холодной водой; прими холодный душ
- Сосредоточься на дыхании, на том, как при вдохе и выдохе двигаются грудь и живот. Если бы ты не был реальным человеком, ты бы не дышал
- Съешь что-нибудь, сосредоточившись на своих ощущениях. Обращай внимание на вкус и возникающие во рту ощущения. Опиши эти ощущения как будто говоришь с человеком, который не чувствует вкуса
- Перечисли как можно больше вариантов использования любого случайного предмета. Задай себе цель по количеству придуманных вариантов — например, 20, 40 или 50. Постарайся придумать еще больше. Не останавливайся только на двух-трех предметах
- Общайся

Чувство вины или неприязни к себе

- Перечисли как можно больше своих положительных качеств. Задай себе цель по количеству придуманных вариантов — например, 20, 40 или 50. Постарайся придумать еще больше. Не останавливайся, описав только несколько положительных качеств

- Прочитайте что-нибудь хорошее, что кто-то написал о тебе, например, письмо, рекомендацию или характеристику
- Поговори с кем-то, кому ты не безразличен
- Сделай что-нибудь приятное для другого человека
- Вспомни о моментах, когда ты делал что-то хорошее
- Почему ты чувствуешь стыд? Можешь ли ты как-то повлиять на ситуацию? Поговори с человеком, перед которым тебе стыдно. Может, ему не так обидно, как тебе кажется
- Если ты хочешь причинить себе боль в качестве наказания, накажи себя отказом от самоповреждения

Управление зависимостью

- Рисуй или пиши на коже красной ручкой или маркером
- Рисуй на себе красной краской
- Сожми в ладони лед
- Щелкни резинкой для банкнот по запястью
- Поплачь
- Сделай несколько упражнений
- Купи недорогую переводную татуировку, такую, которая сходит через несколько дней, и переведи ее на кожу
- Посмотри на свои старые шрамы. Их вид может вызвать слишком яркие негативные эмоции, так что проявляй осторожность. Но это может и ослабить желание порезаться, потому что шрамы видны и ощутимы даже несмотря на то, что были нанесены давно.
- Суть заключается в формировании чувств и ощущений, схожих с теми, которые человек испытывает во время нанесения себе повреждений. Некоторые из этих методов заключаются в создании визуальных образов, похожих шрамы или кровь. Другие стимулируют высвобождение эндорфинов: именно это обычно происходит, когда человек причиняет себе боль, вызывая в результате чувство эйфории.

Выживание

- Сыграй в игру «15 минут» Скажи себе: «Я не буду наносить себе раны в течение следующих 15 минут»
- Выбери любимого музыканта или группу и пообещай себе не наносить себе повреждений пока ты слушаешь музыку
- Выбери один день недели, в который ты не будешь наносить себе повреждения. Со временем добавь второй день, затем третий, и т. д.
- Купи календарь и отмечай наклейкой каждый день без самоповреждения.
- Выбери комнату, в которой ты будешь чувствовать себя в безопасности, и где ты не будешь наносить себе порезы (кухня, твоя комната, т. д.). Если ты почувствуешь желание порезать себя, можешь уйти в эту комнату
- Суть в том, чтобы повременить с нанесением самоповреждений... Со временем такой порыв может пройти или с ним будет легче справиться

Эксперты в силу опыта

Заключительные слова этой главы принадлежат 18-летней девушке с давней историей самоповреждения и расстройства пищевого поведения, которая прошла специализированный амбулаторный курс лечения самоповреждения. Она перестала наносить себе повреждения и сейчас делает пластические операции по устранению шрамов. В настоящее время девушка проводит консультации и оказывает поддержку родителям и специалистам. Ее история проясняет природу и некоторые мотивы ее самоповреждения. В следующем фрагменте Фэй уделила особое внимание разграничению самоповреждения и самоубийства, и на протяжении всего своего рассказа упоминает непреодолимые депрессивные мысли, которые были, и в какой-то степени остаются, частью ее жизни.

Признание Фэй

Где-нибудь обязательно существует список всех традиционных, оригинальных и креативных

способов самоповреждения. Там точно окажутся и курение, и выпивка, и наркотики. При этом большинство людей в какой-то момент своей жизни так или иначе причиняют себе вред, умышленно или без всякого умысла — возможно, даже не осознавая, что делают. По существу, те, кто намеренно ранит себя, просто усугубляют разрушительное поведение и намеренно причиняют себе вред разными способами — такими как пьянство, переедание и курение.

Самоповреждение — это, скорее, нездоровая боль, а не нездоровое удовольствие. Я, конечно, не могу говорить за всех, но порезы, ожоги или синяки, по крайней мере для меня, не были и не будут источником удовольствия. Под пластырями обычно таятся гораздо более пагубные намерения. Акт самоповреждения может выражать бесчисленные эмоции и чувства. Для человека, который наносит себе повреждения, он наполнен множеством различных значений, чувств и функций.

Как мне казалось тогда, у меня не было другого способа описать или понять непостижимую глубину того, что я ощущала. Ощущение было чужим для меня, причиняло ужасную боль, и, не находя никаких действенных методов борьбы с этой проблемой, я выражала свои чувства на коже, безуспешно пытаясь выразить то, что не могла описать. Так мое тело становилось моим голосом. Я никому не мешала, не причиняла никому вреда. Я пыталась все исправить.

Изначально самоповреждение было надежным и быстрым способом продержаться еще один день или ночь. Думаю, что мне было около 12 лет, когда я впервые порезала руку маникюрными ножницами. Порезы были неглубокими. Капелька крови, легкое жжение — и дело сделано. Меня охватило чувство глубокого облегчения. В течение предыдущих месяцев я считала калории и ограничивала себя в еде. Я морила себя голодом, чтобы добиться хоть какого-то контроля над жизнью, которая, как мне казалось, буквально рушилась у меня на глазах.

Я начала голодать не ради потери веса, а ради саморазрушения и в противовес самосохранению; я безрассудно хваталась за все, что могло бы помочь. В процессе я потеряла саму себя. Одежда депрессии тяжелым грузом легло на мои плечи без предупреждения или видимой причины, а у маленькой мисс отличницы на этот раз не нашлось правильного ответа. Она не знала, как решить эту задачу.

Спустя некоторое время чарующая эффективность самоповреждения превращает его в весьма благовидный поступок. Когда ты отодвигаешь рукав чтобы на него не попала кровь, чувства вины и стыда быстро пропадают. Самоповреждение приносит неоднозначные эмоции. Как ни странно, подобно швейцарскому армейскому ножу, это инструмент с множеством функций. Порой я наносила себе порезы, чтобы вернуться к реальности или выйти из диссоциативного состояния. Иногда это было необходимо для выживания, иногда для того, чтобы смыть с себя грехи. Иногда порезы было просто способом разрядки, — подобно дыханию, они стали казаться чем-то естественным.

Я вспоминаю свои беседы с терапевтом, во время которых он зашивал мой очередной шедевр. В конечном итоге он решил, что у меня появилась зависимость. Не знаю, от чего именно — от самого действия, от всплеска адреналина, от результата или от чего-то еще, но позже я прочитала про теорию об эндорфинах.

Пожалуй, самоповреждение начинает казаться разумной реакцией. Если на мгновение забыть о том, что стало причиной кровотечения, ожогов или сломанных костей, все становится приемлемым. Обычный порез можно заклеить пластырем. Его можно обрабатывать, нянчить, лечить. Все это формально находится в пределах понимания здравомыслящего человека. Если нечаянно порезаться ножом для хлеба во время готовки, мама достанет аптечку и поцелует ранку, но если порезаться намеренно, то становится непонятно, что нужнее: аптечка или психиатр.

Следует отметить, что самоповреждение — не попытка самоубийства. В каком-то смысле это попытка предотвратить самоубийство или, по крайней мере, отсрочить его. На эту запретную тему есть множество слухов и заблуждений. Кажется, что навредить самому себе могут лишь сумасшедшие, опасные, бесчувственные, ищущие внимания, люди, или манипуляторы. Я не

отношусь ни к одной из этих категорий, но и не являюсь редким исключением.

Мое самоповреждение длилось пять лет. Я остановилась сразу после того, как мне исполнилось семнадцать. Со временем острота ощущений иссякла. Мой примитивный инструмент перестал работать, и я снова осталась одна. С тех пор депрессивное состояние ухудшилось. Ухудшилось вообще все. Возможно, это подтверждение того, что борьба с симптомами не устраняет причину проблемы. В итоге на моем теле остались гипертрофические рубцы, которые, как мне сказали, требуют пластической операции, и даже после нее у меня останутся шрамы.

Это первое испробованное мной средство стало моей жизнью на полдесятка лет. Даже сейчас, когда я забросила лезвия, я все еще страдаю от последствий. Меня все еще считают одной из тех сумасшедших, опасных, ищущих внимания, бесчувственных манипуляторов, которых, кажется, никто не в силах понять.

Вывод

Отразить мнение детей и подростков по вопросу самоповреждения нелегко, потому что не существует типичного человека с таким опытом. У разных людей самоповреждение происходит по разным причинам и в разное время. По словам некоторых людей, занимающихся самоповреждением, людям, не имеющим собственного опыта в этом вопросе, трудно, если вообще возможно, полностью понять проблему. Однако они считают, что к таким людям важно прислушиваться, проявлять понимание и, что самое главное, не выносить необоснованных суждений и не порицать их.

Подростки рассказали нам, что друзья очень важны и что зачастую проще рассказать о самоповреждении именно друзьям, а не специалистам или родителям. Что же касается эффективных методов помощи подросткам, наносящим самоповреждения, то, по их словам, важную роль играют постоянство и долгосрочность терапевтических мер. Кроме того, для таких подростков важно, чтобы персонал не осуждал их, а относился с пониманием и искренне интересовался ими.

Любой диалог начинается с первичной оценки. В следующей главе рассматривается оценка психосоциальных потребностей подростков.

5 Осмысление самоповреждения: Оценка

Основные положения:

- Любой профессионал должен провести оценку ситуации прежде, чем приступать к действиям. В разных профессиональных группах структура анализа может отличаться, однако существует несколько общих принципов, которые следует применять во всех ситуациях;
- Самоповреждение для разных подростков несет разное значение в разные периоды времени, поэтому процесс анализа должен отражать эту информацию. В зависимости от случая, с которым работает специалист и от степени его серьезности и сложности для молодого человека, необходимо провести различные виды оценки на разных уровнях. Варианты будут включать в себя обращение к тем или иным специализированным службам оценки. Специалист также должен решить, будет ли он работать над оценкой самостоятельно или же в составе междисциплинарной, или межведомственной команды;
- Все молодые люди, занимающиеся самоповреждением, должны получить оценку психологических потребностей. Это необходимо для изучения психологических, социальных и мотивационных факторов, которые приводят к нанесению себе вреда, а также для выявления суицидальных наклонностей и степени безысходности, которую испытывает подросток;
- Процесс оценивания должен быть комплексным и динамическим. Необходимо основываться на нескольких источниках информации: от подростков, родителей или опекунов, учителей или других специалистов;
- Инструменты структурированной оценки могут оказаться полезными, однако у них есть свои ограничения и ни один из них не поможет полностью точно предсказать риск. Поэтому не следует пользоваться только ими или заменять ими полноценную оценку. Результаты опросов или инструментов оценки всегда должны рассматриваться в контексте отдельной ситуации;
- Для правильной трактовки оценки необходим специалист, который проведет анализ собранной в рамках исследования информации, используя основанные на фактических данных знания о самоповреждении и суицидальном поведении подростков.

Введение

Чтобы помочь подросткам, занимающимся самоповреждением, в первую очередь мы должны их понять, донести до них наше понимание, и создать терапевтический союз, который лежит в основе положительных изменений. (Armstrong, 2006). Оценка – ключевая часть нашей работы с подростками, которые наносят себе физических вред, поэтому важно четко понять, что такое поведение означает и что в себя включает. Процесс оценивания совершения самоповреждений так же важен, как и последующее лечение, в том числе медикаментозное.

Эта глава состоит из двух частей. В первой части мы изучаем составные элементы эффективной и комплексной оценки, во второй приводим несколько стандартизированных инструментов для оценки, которые могут быть полезны в работе с подростками, причиняющими себе вред или склонными к суициду. Даны два примера для иллюстрации общих проблем, с которыми сталкиваются специалисты, проводящие оценку подростков, проявляющих самоповреждающее или суицидальное поведение. Оценивание и управление рисками, основополагающая часть всего процесса оценки, описаны в отдельной главе.

Важно отметить, что многие подростки, совершающие самоповреждения, нуждаются в помощи, однако большая часть сопротивляется вмешательству специалиста. Если они не хотят лечиться или не желают признать самоповреждения проблемой, достаточно сложно установить с ними продуктивные отношения. Как отмечает Barish (2004), в терапию трудно вовлечь сопротивляющегося ребенка. Целесообразно в этом случае дать подростку краткий совет,

основанный на безопасности и минимизации причинения себе вреда, а затем предложить ему вернуться для оценивания состояния в будущем, когда потребуются помощь и поддержка. Такое небольшое участие, возможно, позволит в будущем привлечь подростка к оценке состояния или лечению. (McKay et al. 2006).

Для чего необходимо проводить оценку?

Оценка — это процесс принятия решений, основанный на сборе соответствующей информации с использованием формального набора этических критериев, который способствует общей оценке человека и его обстоятельств (Barker, 2004). Она помогает понять, как подростки воспринимают, оценивают и решают свои трудности. Процесс оценки многогранен. Он включает в себя проведение опросов и наблюдение, в объективном и субъективном ключе, как человек выглядит и как он ведет себя, что он вам говорит. Выполнение тщательной оценки максимизирует навыки взаимодействия с молодыми людьми и с большей вероятностью приведет к готовности принять предложение поддерживающей терапии (Ougrin et al. 2009).

Подробная оценка включает в себя сбор информации из целого ряда источников и ее осмысление. Иногда бывают расхождения между тем, что подросток говорит, делает и тем, что докладывают или наблюдают специалист по оценке или другие люди. Все специалисты прежде, чем приступить к действиям, должны сперва дать оценку случаю. В разных профессиональных группах структура анализа может отличаться, однако существует несколько общих принципов, которые следует применять во всех ситуациях. К ним относятся важность того, чтобы молодой человек был в центре внимания при принятии решений по уходу и лечению, построение такого процесса, который легко понять и применять, а также возможность применения других моделей оценки.

По многим причинам, оценка молодых людей, причиняющих себе физический вред, часто неправильная. Психосоциальная оценка и оценка риска у людей, обращающихся за неотложной помощью в Великобритании признана недостаточной, характеризуется неэффективными исследованиями и недостаточным подтверждением научных данных в области психического здоровья (Merrill et al. 1992; Kapur et al. 2008; Taylor et al. 2009). Brent (1997) предположил, что при проведении компетентной оценки, необходимо охватить пять областей:

Области оценивания (взято из Brent, 1997):

- Характерные черты попыток самоповреждения;
- История суицидальных наклонностей и психопатологии;
- Психологические характеристики;
- Семейные факторы;
- Доступность средств для самоповреждения.

В тоже время Hawton и др. (1982) определили несколько общих целей процесса первичной оценки:

Цели оценки (взято из Hawton et al. 1982):

- Установление взаимопонимания с подростком и его семьей;
- Понимание причин самоповреждений;
- Прояснение природы сложностей подростка;
- Определение любых возможных проблем с психикой;
- Определение типа возможной необходимой помощи.

Рекомендации, предложенные как Brent, так и Hawton, были разработаны на основе обширной клинической практики. То, как специалист или иные взрослые будут оценивать ситуацию, зависит от разных факторов, однако обозначенные сферы следует учитывать на всех этапах процесса проведения оценки.

Какой тип оценки использовать?

Пожалуй, кто угодно может провести оценку, но какие навыки необходимы, чтобы она была хорошей и полезной? Вовлечение посредством развития терапевтических отношений в рамках контекста первостепенно по двум крайне важным причинам. Первая касается эмоционального вклада. Если подросток скорее всего больше не встретится с вами, важно сообщить об этом. Это

поможет избежать ситуации, в которой молодой человек будет чувствовать себя преданным, если он рассчитывал получить дальнейшую поддержку.

Вторая касается управления ожиданиями. Если вы планируете работать с подростками на протяжении определенного времени, сообщите им о возможных вариантах и как лучше всего было бы использовать это время. Четко определите свою роль и круг обязанностей. Тот ли вы человек, кто может направить подростка в другую службу, кто-то, с кем он сможет видеться регулярно или тот, кого он может спонтанно попросить о встрече, когда почувствует такую необходимость? Если вы советуете обратиться/отправляете/переводите в другое учреждение, обсудите с ним все варианты, спросите, хочет ли он этого? Будет ли ему легче, если в первое время вы будете сопровождать его? Было бы это частью вашей роли?

Разные стили оценки.

В третьей главе мы увидели, что разные специалисты используют разные диагностические концепции, формулировки случая и ряд терапевтических моделей с целью понять и вылечить от самоповреждений и суицидального поведения. Например, медицинские работники могут быть склонны ставить психиатрические диагнозы, в то время как медсестры склонны уделять меньше внимания состоянию и больше тому, как человек воспринимает свои трудности и справляется с ними (Altschul, 1997). Техники оценки также разнообразны. Медсестры, психологи и другие специалисты часто пользуются клиническими или частными формулировками случая, которые помогают предложить гипотезы о причинах и природе имеющейся проблемы.

Например, психодинамическая формулировка обычно включает обобщенное утверждение, фоновые события и описание основных психодинамических факторов с использованием специфической модели и прогностической оценки (Perry et al., 1987). Некоторые считают, что формулировки случая менее категоричны, чем психиатрические диагнозы (Bond and Brunch, 1998). Использование диагнозов, формулировок и других концептуальных моделей часто является предметом споров среди специалистов, работающих с подростками, страдающими от самоповреждения и суицидальных наклонностей.

Независимо от профессиональной или теоретической ориентации важно придерживаться систематической основы для оценки и понимания самоповреждений. Процесс оценки обычно приводит к формулировке случая, которая может включать или не включать клинический диагноз. Оценка используется для принятия решений о планировании лечения и стратегиях контроля ситуации. Опять же, независимо от профессии и инструментов оценки, которые применяются, важно постоянно информировать о данном процессе подростков и, если это применимо, родителей и опекунов.

Оценка в контексте

Оценки проводятся в различных контекстах. Время часто играет решающее значение, и важно эффективно распоряжаться имеющимся у специалиста временем. В некоторых случаях будет необходим срез ключевых проблем, в то время как в других случаях оценки будут детализированы и осуществляться на протяжении более длительного периода времени, возможно, это займет несколько сессий. Тип требуемой оценки также частично зависит от серьезности ситуации и от того, к кому подросток решил обратиться за помощью. Молодые люди часто разговаривают со взрослыми, с которыми им комфортно. Для них этот аспект важнее, чем знания и опыт.

В некоторых ситуациях медицинскому работнику предоставляют мало предварительной информации, на которой будет основываться его оценка. В других ситуациях возможно провести детальную, комплексную и основанную на нескольких источниках информации оценку ситуации. В любом случае Mitchel (2006) считает, что медицинскому работнику важно проводить структурную оценку.

Развитие терапевтических отношений

Реакция подростка, когда он рассказывает о причинении себе вреда, имеет огромное влияние на то, продолжит ли он получать помощь, а также на его выздоровление (Jones 2003; Mental Health

Foundation and Camelot Foundation 2006). Систематический обзор Lambert и Barley (2001) обобщил более 100 исследований о терапевтических отношениях и итогах профессионального вмешательства. Они направлены, в первую очередь, на четыре сферы, влияющие на результат лечения обращающихся за помощью:

- Экстратерапевтические факторы;
- Эффект ожидания;
- Специфические техники терапии;
- Факторы терапевтических отношений.

В рамках обзора исследователи вывели среднее значение влияния каждой сферы на результат. Они обнаружили, что 40 % распределения было связано с экстратерапевтическими факторами, 15 % — с эффектом ожидания, 15 % — со специфическими терапевтическими методами, а 30 % дисперсии было вызвано терапевтическими отношениями. Lambert и Barley (2001) пришли к выводу, что улучшений в психотерапии легче всего добиться, научившись улучшать свою способность устанавливать отношения с пользователями услуг и приспособлявая эти отношения к удовлетворению их потребностей.

Когда мы говорим о подростках, которые наносят себе вред, важны результаты исследований первой реакции. Они имеют значение с точки зрения того, на чем строится способность эффективного общения с детьми и подростками, а также для понимания затруднительного положения, в котором может оказаться человек (Jones, 2003). Ученые заметили, что некоторые дети и подростки, подвергшиеся сексуальному насилию, более чувствительны к реакции взрослых. Они с трудом отвечают на вопросы о своих проблемах и могут испытывать страх, стыд или считают, что их словам не поверят (Lawson and Chaffin, 1992; Sharland et al., 1996). И хотя ранее мы слышали, что большинство подростков, совершающих самоповреждение, не подвергались сексуальному насилию, часть из них все-таки подверглась. Связь между сексуальным насилием и склонностью к самоповреждению описана во второй главе. Тем не менее, выводы исследования могут быть полезными, когда мы рассматриваем общий процесс оценки состояния подростков, часто сталкивающимися с проблемами, трудно поддающиеся обсуждению.

Сбор информации.

Прежде чем приступить к лечению суицидальных наклонностей или склонности к самоповреждению, важно подойти к вопросу с точки зрения понимания подростка в рамках сложившейся ситуации. Armstrong (2006) считает, что полезными могут оказаться сведения о:

- Семье, с помощью генеалогического древа или генограммы;
- Сверстниках, школе и хобби подростка;
- Других учреждениях и специалистах, вовлеченных в процесс;
- Истории развития;
- Физическом здоровье, эмоциональном здоровье и благосостоянии, а также истории жестокого обращения или отсутствии должного внимания;
- Злоупотреблении алкоголем и психоактивными веществами;
- Системах отношений и поддержки подростка;
- Истории более ранних склонностей к самоповреждению, включая осведомленность о причинении себе вреда другими людьми.

В контексте ситуации взвешенная оценка также зависит от подробной информации о самоповреждающем или суицидальном поведении. Это позволит профессионалу получить представление о проблемах, связанных со следующими вопросами:

- Что подросток сделал?
- Почему он это сделал?
- Каковы были его намерения?
- Что он чувствовал в это время?
- Как можно решить основные проблемы?
- На что он надеется в дальнейшем?

- Что можно сделать, чтобы изменить или улучшить его положение?

Например, оценивая кого-либо после передозировки, мы должны понять, где этот человек достал таблетки и принимал ли он в то же время другие. Мы должны попытаться узнать, была ли передозировка спонтанной или спланированной, и если спланированной, то как долго подросток обдумывал это намерение. Очень важно также выяснить, был ли молодой человек во время получения передозировки один или кто находился рядом, в случае если это произошло в компании. Мы должны спросить, была ли оставлена записка или сообщение другого рода, что-то, что могло бы помочь прояснить мотивы и намерения.

Подтверждение информации

Многие молодые люди, занимающиеся самоповреждением, подвергались многочисленным проверкам со стороны специалистов различных учреждений, с которыми они контактировали. Mitchel (2006) подчеркивает, что, хотя оценка потребностей в области образования, социального обеспечения или психического здоровья вполне могла быть проведена в прошлом, понимание того, как такие потребности влияют на общее состояние молодого человека, часто отсутствует. И хотя более ранние оценки могут быть ограничены по области охвата, они могут содержать важную информацию, которая повлияет на принятие решений, связанных с удовлетворением потребностей и управлением рисками. Поэтому специалисты, оценивающие самоповреждающее или суицидальное поведение у подростка, должны стремиться получить и подтвердить информацию из как можно большего числа источников.

Работа с разными источниками информации приводит к ее сопоставлению, помогает прояснить неточности и несоответствия, не выявленные ранее другими специалистами. Иногда эти неточности прослеживаются от одного оценочного отчета к другому. Как отмечает Митчелл (2006), легко понять, как могут возникнуть и укорениться неправильные представления о потребностях и рисках. Однажды возникнув, такие представления могут легко исказить оценку потребностей, рисков и негативно повлиять на помощь, которую в результате получает молодой человек (Mitchell 2006).

Оценка подростка

Может показаться очевидным, но главной составляющей правильной оценки является сам подросток. Однако зачастую не они первыми обращаются за помощью к специалистам. Скорее, родитель может беспокоиться о плохом настроении своего сына или дочери и обсудит это со своим терапевтом. Или же школьная медсестра может заметить порезы на руке ученика и выразить беспокойство родителям или специалистам CAMHS. Хотя мнения родителей и других людей полезны и являются ценной частью оценки, встреча с молодым человеком имеет первостепенное значение.

Если подросток предпочитает, чтобы его осмотрели индивидуально и до того, как он встретится с родителями, это идеальный вариант, поскольку большинство подростков говорят более свободно наедине со специалистом. Также важно не торопить молодого человека. Исследования показали, что оценки, проводимые профессионалами, диктующими темп, менее эффективны, чем те, где его задает сам подросток (Angold, 1994). Поэтому мы должны поощрять молодых людей обсуждать проблемы и трудности так, как они их видят, и в своем собственном ритме. Важно не забывать, подростки, их родители или опекуны могут относиться к процессу оценки. Часть формирования терапевтических отношений включает в себя создание условий для того, чтобы все участники процесса чувствовали себя спокойно. Разговор с подростками на общие темы может помочь увлечь их. Спросить, что им нравится или не нравится, — это способ установить искренний, теплый и честный контакт с людьми. Молодые люди, причиняющие себе вред, часто чувствительны к тому, как их оценивают другие. Поэтому важно, чтобы специалисты, предлагающие помощь, были искренними и неподдельными в своем общении, говорили то, что имеют в виду, и имели в виду то, что говорят (Lewer, 2006).

В своей книге об общении с ранимыми детьми и подростками Jones (2003) выделяет следующие основные навыки и качества, которые специалисты должны эффективно использовать:

- уметь слушать ребенка;

- проявлять искренний интерес;
- относиться с участием;
- понимать ребенка;
- обладать эмоциональной теплотой;
- уважать ребенка;
- уметь правильно проводить оценку;
- осознавать весь процесс взаимодействия между специалистом и ребенком;
- быть дисциплинированным;
- владеть необходимыми техниками.

Пол специалиста

В руководстве NICE по работе с самоповреждением сказано о необходимости учитывать пожелания подростка относительно пола терапевта (NICE 2004a). В частности, девушкам бывает сложнее говорить с мужчиной об определенных проблемах, и на это есть несколько причин. Вполне нормально обсуждать с молодым человеком «вслух» такие вопросы, по возможности предоставляя ему выбор. Возможно, подросток почувствует себя комфортнее в присутствии женщины, даже если она не осуществляет оценку. В некоторых случаях женщины, проходящие стажировку, могут выполнять эту роль, при этом повышая эффективность обучения.

Почему он решил, что я расскажу ему о всех своих личных делах? Ведь мы никогда раньше не встречались. Он задавал мне множество вопросов, при этом даже не выглядел заинтересованным.

Анна, 16 лет

Создание безопасной атмосферы

Молодых людей, склонных к суициду или самоповреждениям, необходимо поддерживать, чтобы они чувствовали себя в безопасности во время процесса оценки. Как отмечает Лайон (1997), шквал вопросов не пойдет на благо эмоциональному состоянию расстроенного и уязвимого молодого человека, который, как правило, чувствует себя бессильным и объективизированным. Поэтому важно создать безопасную обстановку. Знакомство будет состоять из приветствия присутствующих, информации о том, как долго продлится встреча, как все работает, каковы общие цели и задачи. Это делается для того, чтобы все стороны чувствовали себя максимально комфортно и вовлечено.

Одним из способов вовлечения подростков, их родителей или опекунов может служить составление «генограммы», или семейного древа. Также может быть полезным поговорить о друзьях, школьной жизни, хобби или интересах. Это позволяет специалисту, проводящему оценку, получить обширное, целостное представление о человеке, прежде чем приступить к конкретному обсуждению самоповреждающего или суицидального поведения.

Как говорит профессор Филлип Баркер, акцент на мыслях, чувствах и поведении людей – допустимая человеческая реакция на жизненные проблемы (Barker 2004). Чем более уверенным и компетентным чувствует себя эксперт в выполнении своей роли, тем он способнее сделать так, чтобы подросток и его семья чувствовали себя непринужденно. Важно понимать, как трудно бывает подростку говорить о самоповреждении. Чтобы обсудить свои мысли и чувства, может потребоваться немалое мужество, и порой сложно выразить все словами. Мягкая постоянная поддержка способствует чувству спокойствия у подростков.

Люди не осознают, насколько нервным ты можешь быть.

Кейси, 16 лет

Большинство подростков хотят, чтобы их оценивали индивидуально, чтобы кто-то выслушал их точку зрения и попытался понять, каково это - быть ими. Однако дети более младшего возраста часто считают иначе. Если дать им выбор – говорить один на один или в сопровождении родителя, некоторые дети попросят присутствия родителя. Особенно такая вероятность возрастает, если ребенок никогда ранее не встречался со специалистом. Они могут испытывать сильную тревогу и страх из-за вопросов, которые им будут задавать, и беспокоиться о том, что будет происходить

далее. Часто дети и подростки считают, что их не выпустят из больницы домой, что их заберут под опеку или что у них или родителей будут неприятности.

Пожалуйста, объясните, для чего вы здесь, что вы делаете и зачем. Так мы будем понимать, что происходит, и не будем сбиты с толку. Так нам будет немного спокойнее.

Миа, 13 лет

Встреча с родителями и опекунами.

Хотя встреча с подростком и беседа с ним является основным элементом процесса оценки, сбор информации от других людей сделает оценку более полной, поскольку охватит мнение окружающих. Сотрудники многих универсальных служб CAMHS «первого уровня», такие как школьные медсестры и психологи, проводят оценку молодых людей самостоятельно. Для более узких оценок, включая те, которые проводятся в больницах или общественных центрах психического здоровья, обычно требуется участие родителей и опекунов. Как правило, родителей или опекунов подростка приглашают сопровождать подростка, а также участвовать в процессе оценки самоповреждения.

Родители и опекуны могут дать ценную дополнительную информацию, поделившись своим мнением о любых проблемах, с которыми сталкивается подросток, своими идеями о причинах, вызывающих беспокойство, и о возможных решениях. Иногда родители делятся тем, что беспокоит подростка, но он не может сказать об этом сам. Ему может быть стыдно за что-то, что он сделал, к примеру, напился на вечеринке или солгал о чем-то в школе. Родители могут спросить, рассказывали ли он вам о «таком-то и таком-то». На первой встрече с профессионалом часто бывает так, что подростки хотят представить себя в «хорошем» свете, поэтому они могут скрыть определенную информацию, которая, по их мнению, может вызвать негативное впечатление у специалиста.

История развития

В зависимости от ситуации и причин самоповреждения подростка, важно получить подробную историю его развития. К примеру, проблемы могут существовать в течение нескольких лет. Это может указывать на постоянные, а не преходящие трудности. Оценка развития должна включать информацию о следующем:

- роды, схватки и рождение, включая любые перинатальные осложнения;
- послеродовое развитие, включая отношения привязанности;
- этапы развития;
- темперамент;
- медицинская история;
- успехи в школе, в том числе трудности в обучении, способность отделиться от родителей или опекунов, сравнение с группой сверстников того же уровня развития.

Значимое окружение

Нам хорошо известно, что оценка самоповреждающего и суицидального поведения часто проводится в условиях больницы. Если с подростком уже работали другие специалисты, например, целевой или специализированный сотрудник CAMHS, социальный работник или школьный психолог, то их мнение будет важным источником дополнительной информации для оценки. Если подросток уже поступил в больницу, то краткое изложение «передачи дел» от главной медсестры или другого ответственного сотрудника крайне важно и полезно для понимания самоповреждающего поведения. Следующая иллюстрация показывает, как часто такая информация полезна для проведения общей оценки.

В ходе наблюдения Рейчел бодрствовала, нормально ела и пила, улыбалась и разговаривала с другими подростками в педиатрическом отделении. Когда к ней пришла мать, Рейчел не разговаривала, лежала в кровати, накрывшись с головой, и отказывалась обедать.

Физическое окружение

Важно учитывать физическое окружение, так как оно способно повлиять на информацию, полученную в ходе оценки. В идеале, комната, в которой проходит работа с подростком, должна быть привлекательной, красиво оформленной и хорошо обставленной, чтобы молодые люди чувствовали себя максимально комфортно и расслабленно. На практике кабинет не всегда идеален, и места, где мы проводим оценку подростка, редко способствуют терапевтическому восстановлению. Они не находятся под нашим непосредственным контролем. Тем не менее, независимо от обстановки, существует ряд базовых требований, которые всегда должны быть соблюдены.

Во-первых, кабинет должен быть отдельным. Подросток должен быть уверен, что разговор не услышат родственники, друзья или незнакомые люди. Проведение оценки в больничной палате или в школьном коридоре не обеспечивает достаточной приватности. Во-вторых, по возможности не следует прерывать процесс оценки. Некоторым молодым людям трудно выразить свои чувства, а другие, по понятным причинам, застенчивы, тревожны, немногословны или недоверчивы. Если человек начнет говорить, а затем его прервут звонком телефона, призывом о помощи или чем-либо еще, он рискует сбиться и перестать говорить. Более того, он может подумать, что проводящий оценку специалист, не заинтересован и не вовлечен в полной мере. Именно поэтому следует повесить на дверь табличку «Не беспокоить» и предупредить коллег.

Психологическая среда

Размеренность темпа проведения оценки и способность создать комфортные, непринужденные для подростка условия является ключевым навыком, который поможет им выразить переживания и поделиться чувствами, не приводя при этом к еще большей тревожности. Серьезные проблемы с доверием часто встречаются у занимающихся самоповреждением молодых людей. Особенно это касается тех случаев, когда есть трудности с привязанностью или если доверие было ранее предано.

Подростки склонны бояться того, что другие подумают о них, считать, что специалисты и взрослые не поймут их, и что ситуация выйдет из-под контроля. Edwards (2007) предупреждает нас о вероятности того, что подростки могут подвергать доверие в отношениях проверке. Они могут вести длительные гипотетические дискуссии о том, что произойдет, если они о чем-то расскажут. Могут проверять и перепроверять границы терапевтического альянса.

Spandler и Warner (2007) подчеркивают важность «работы наравне» с молодыми людьми. Это помогает признать, что самоповреждение подростка является стратегией преодоления, и предполагает размышление над терапевтическим процессом, а не поспешный поиск решений для устранения самоповреждающего поведения, а значит, и данной стратегии преодоления. Очень важно дать молодым людям время понять глубинные проблемы, а не концентрироваться только на самоповреждении. Это позволяет специалисту работать совместно с молодым человеком и определить общие цели оценки и последующего наблюдения и лечения.

Раньше я думала так: «Я ничего ей не скажу», а теперь я считаю, что могу говорить с ней о том, о чем не смогла бы говорить ни с кем!

Лорен, 17 лет

Если подросток чувствует вовлечение в работу специалиста, проводящего оценку, он с гораздо большей вероятностью выразит свои мысли и чувства и поделится информацией, которая положительно повлияет на результат оценки. Кроме того, исследования раз за разом подтверждают, что именно терапевтические отношения, а не только выбор терапевтической модели, оказывают наибольшее влияние на изменения. Подробно об этом говорится в главе 7.

Умение слушать

Слушать и заботиться – два самых важных умения, которые, как считают подростки, могут помочь. Это может показаться незначительным, но демонстрация того, что вы стремитесь узнать и понять подростка, может иметь важное значение. Уметь активно слушать — это ключевой навык оценки,

однако в данном вопросе легче сказать, чем сделать. Когда специалист выслушал подростка, ему необходимо убедиться, что он правильно его понял. Ясности можно достичь путем перефразирования или спросив молодого человека, правильно ли поняты ключевые моменты. Уточняющие вопросы, такие как «ты именно это имел в виду?» или «я правильно понял?» могут быть полезны для достижения общего понимания вопросов и проблем, с которыми сталкивается подросток.

Сдерживание

Работа с подростками, склонными к суициду или самоповреждениям, часто вызывает сильные эмоции у других. Это часть человеческой природы. Согласно психоаналитической теории, такие чувства позволяют понять, что подросток испытывает, и, следовательно, что он чувствует и в чем нуждается. Важно, чтобы специалист, проводящий оценку подростка, смог выдержать такие сильные эмоции и проникнуться ими, обдумать их, попытаться понять и отреагировать. Это психодинамический процесс сдерживания, который включает в себя цикл проекции, интроекции, анализа и коммуникации (Seinfeld 1996).

Не бойтесь говорить с человеком о самоповреждении, иначе он будет бояться говорить об этом еще больше.

Сэди, 15 лет

Для обеспечения эффективного сдерживания подростков, склонных к суициду или самоповреждению, целесообразно помнить о том, что Lewer (Lewer, 2006) называет «внутренним контролером». Он нужен, чтобы напомнить нам о том, что сильные эмоции, которые мы испытываем, могут быть спроецированы чувствами подростка. Если мы успешно справимся с тревогой, которую молодой человек в нас вызывает, мы дадим ему понять, что мы также можем справиться и с его тревогой, и тогда может появиться доверие и прогресс.

Если с тревогой не справиться, специалисты могут склониться к стратегии «действовать», а не просто «быть рядом» с молодыми людьми. Серьезной проблемой будет, если подросток скажет, что ему ничего не нужно, и он ничего от нас не хочет. Если специалисту удастся успешно сдерживать сильные чувства подростка, он, скорее всего, будет чувствовать себя принятым и понятым. Это способствует вовлечению в процесс терапии и выздоровления (Lewer 2006).

Сдерживание тревоги

Существует убеждение, что некоторые молодые люди, занимающиеся самоповреждением, впоследствии убивают себя. Из-за этого несложно проследить, как из-за потенциального риска человек становится тревожным. Тревога негативно влияет на нашу способность ясно мыслить, однако ситуация усугубляется также тем, что подростки это улавливают. Мы можем показаться очень неубедительными, что негативно повлияет на процесс вовлечения. «Удерживание» – еще одно психодинамическое понятие, которое относится к способности сдерживать сильные эмоции – может позволить подростку, склонному к суициду или самоповреждениям, чувствовать себя в безопасности и быть менее подавленным.

Самоповреждающее или суицидальное поведение молодого человека часто вызывает огромную тревогу у родителей, специалистов и в организациях, в которых они работают. Поэтому сдерживание является крайне важным навыком не только в работе с подростком, который занимается самоповреждением, но и с установками, в соответствии с которыми он живет и выражает свои потребности.

Спрашивать о мыслях и чувствах

Мы знаем, что разговор с подростками об их самоповреждении не поощряет и не усугубляет его. Важно отметить, что мы должны узнать мысли и чувства до, во время и после акта самоповреждения. Кроме того, необходимо выяснить, что подростки сделали в результате этих мыслей и чувств, были ли вовлечены другие люди или были ли они предупреждены для ответной реакции. На этом этапе важно определить отношение подростка к самоповреждению, есть ли место раскаянию или сожалению.

Общие и конкретные вопросы способствуют правильному сбору информации. Некоторые подростки считают структурированные вопросы противоречивыми и затрудняются на них ответить, другие находят их более легкими, чем менее систематический метод опроса:

Легче, когда тебе задают конкретные вопросы, а не просто ждут, что ты будешь говорить, а ты не знаешь, что сказать. Так ты можешь рассказать им то, что они хотят знать.

Кейси, 16 лет

Однако разговор не должен быть слишком формальным или односторонним:

Лучше, когда это больше похоже на разговор, чем на собеседование.

Холли, 17 лет

Важно помнить, что подростки зачастую сами не знают ответа на вопрос, который вы можете задать:

Ты чувствуешь себя под давлением, когда спрашивают «почему ты занимаешься самоповреждением?», а ты сам не знаешь почему!

Лорен, 17 лет

Важная роль невербального общения

До этого мы обсудили способы сбора информации с помощью опроса и получения информации от третьих лиц. Однако, важно учитывать невербальный аспект общения, а именно совпадает ли поведение с устными и письменными ответами пациента.

Например, подросток может утверждать, что он спокоен хотя выглядит взволнованным или утверждать, что чувствует себя нормально, хотя очевидно очень расстроен. Выражение лица (включая зрительный контакт), осанка, жесты и прочее поведение являются частью невербального общения. Особенно важно учитывать невербальное общение наравне с вербальным при работе с подростками со склонностью к самоубийству, поскольку зачастую оба вида общения не отражают чувства и намерения подростка.

Оценка состояния психического здоровья

Комплексная оценка самоповреждения должна также уделять внимание психическому здоровью и психическим заболеваниям. Это необходимо для выявления симптомов известных факторов риска самоповреждения и суицидального поведения, включая депрессию и психоз.

Оценка настроения

Записи, которые ведет подросток, с описанием настроения в течение недели могут рассказать нам о том, как он/она себя чувствует, и как настроение может меняться в зависимости от ситуации. Полезно знать, когда подросток чувствует себя счастливым, ожидает чего-то с нетерпением, имеет чувство собственной значимости и радости, но также, важно понимать, когда подросток испытывает чувство угнетенности и депрессии.

Некоторые подростки отмечают, что в школе или с друзьями они чувствуют себя хорошо, но по возвращению домой их настроение меняется в худшую сторону, они чувствуют себя подавленно. Другие же наоборот испытывают трудности в школе или в обществе. Когда подростки используют термин «депрессия», важно понять, что они под этим подразумевают. Депрессия — это не только широко употребляемое слово, которое используется в разных значениях, но и также распространенное психическое заболевание. Термин «депрессия» может использоваться как эвфемизм для обозначения грусти, печали, несчастья или может быть связан с клиническим заболеванием, симптомы, которого приведены ниже:

Общие симптомы депрессии

- Постоянное плохое настроение, ощущение несчастья, раздражительность
- Потеря интереса к развлечениям, занятиям и общению с друзьями

- Недостаток энергии и концентрации
- Ухудшения показателей успеваемости в школе или на работе
- Изменение аппетита и в результате изменение веса
- Беспокойный сон
- Мысли о собственной никчемности и суициде
- Соматические жалобы на здоровье, например, головные боли, боли в животе

Если в течение нескольких недель у подростка наблюдается подавленное состояние, и оно не меняется во любых ситуациях, то стоит направить его к специалисту для точной оценки психического здоровья, а специалист в свою очередь может назначить психологическое и/или медикаментозное лечение. Рекомендации NICE в отношении депрессии у детей и подростков (National Collaborating Centre for Mental Health 2005) информируют о роли и ответственности всех специалистов, которые работают с детьми и подростками.

Важно отметить, что некоторые подростки могут иметь неопределенные симптомы и обращаться за помощью без четкого понимания, что не так. Такие ситуации могут быть затруднительными для специалистов, которые сталкиваются с дилеммой. С одной стороны, учитывая все риски, важно не пропустить симптомы психического заболевания и не оставить их без должного лечения. С другой стороны, существует проблема «патологизации» или бесполезного навешивания ярлыков на подростков, которые нормально реагируют, хотя и саморазрушительными способами, на неблагоприятные события в жизни.

Если у специалиста или другого взрослого есть опасения по поводу угнетенного состояния подростка, то стоит это обсудить с подростком и его/ее семьей. Некоторые находят обозначение симптомов депрессии полезным, другие, наоборот, находят это бесполезным и стигматизирующим. Самое важное это среагировать на это состояние и найти способ помочь подростку почувствовать себя лучше, вне зависимости от того, как это подавленное состояние будет обозначаться. Для специалистов, не обученных распознаванию депрессии, важно обсуждать подобные случаи наличия симптомов, описанных ранее, со специалистами CAMHS (de Wilde et al. 2001).

Я рассказала моему педиатру о том, что чувствую себя подавлено, и он хотел назначить мне антидепрессанты. Я не хотела пить таблетки. Я хотела решить проблему.

Лиза, 17

Другие проблемы с психическим здоровьем

Хотя чаще всего склонность к суициду связана с депрессией, существуют также и другие заболевания такие как тревожность, психоз и зависимость от приема веществ (Lewinsohn et al. 1996; Hawton et al. 2005). Поэтому оценка психического здоровья должна включать рассмотрение других психических заболеваний, включая фобии, компульсии, тревожность, злоупотребление веществ, биполярное расстройство и синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ).

Любое выражение подростом чувства надежды на лучшее или отчаяние также должны быть исследованы. Это можно сделать с помощью рассказа, в котором подросток описывает, как он/она видит свое будущее, или с помощью вопроса-шкалы. Например, мы часто спрашиваем подростков насколько оптимистично они видят свое будущее по шкале от нуля до десяти. Важно обозначить является ноль или десять самым худшим вариантом.

Также в ситуации, когда подросток находится в расстроенном состоянии, оптимизм специалиста в отношении его/ее будущего может действовать успокаивающе. Вопросы и наблюдения в отношении к внешнему виду и уходу за собой, зрительный контакт, уровень взволнованности, речь, настроение, уровень концентрации, образ себя и взгляд на проблемы также могут помочь получить полезную информацию, которая составит полноценную картину психического состояния подростка.

Методы структурированной оценки

Существует целый ряд структурированных инструментов оценки и инструментов скрининга, которые могут быть полезны при оценке самоповреждения и склонности к самоубийству.

Некоторые из них имеют общий характер и касаются связанных с ними проблем, таких как депрессия или факторы риска. Некоторые инструменты, которые фокусируются на общем функционировании и проблемах, обычно связанных с самоповреждением, приведены ниже.

Шкала безнадежности Бека

Шкала безнадежности Бека (BHS) является кратким перечнем для самоанализа. Она состоит из 20 вопросов, оценивающих чувства по поводу будущего, потери мотивации и ожидания. Каждый вопрос – это утверждение правда/ложь, ответ оценивается как один или ноль. Негативные ответы на каждый вопрос суммируются и дают итоговый результат. BHS создана для людей старше 17 лет. Шкала безнадежности для детей (HSC) состоит из 17 вопросов и предназначена для детей от 6 до 13 лет. Она была создана на основе BHS.

Шкала депрессии Бека

Шкала безнадежности Бека коррелирует с шкалой депрессии Бека (BDI, BDI-II) и они часто применяются вместе. Шкала представляет собой самоотчет, состоящий из вопросов с разными вариантами ответа, и подходит для детей старше 13 лет. Она включает в себя вопросы о когнитивных процессах, таких как чувство вины, отчаяние и раздражительность, а также вопросы о физических симптомах депрессии, таких как потеря веса, усталость и апатия. Существует три версии шкалы депрессии Бека. Первая версия шкалы была опубликована в 1961 году и в 1978 году пересмотрена как BDI-1A. Недавно была опубликована версия BDI-II, и сейчас именно она используется медицинскими специалистами и исследователями.

Как в случае с многими инструментами самооценки, результаты могут быть занижены или завышены подростком, которые их использует. Это значит, что результаты должны всегда учитываться в контексте более широкой оценки.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) (Zigmond и Snaith 1983) часто используемый опросник для скрининга и самоотчета. Она подходит для подростков и детей в различных ситуациях, и выполнение занимает всего несколько минут.

HoNOSCA

Шкала результатов «Здоровье нации для детей и подростков» (HoNOSCA) – инструмент для рутинной оценки результатов, который оценивает поведение, нарушения, симптомы и социальное функционирование детей и подростков с проблемами психического здоровья (Gowers et al. 1998). Существует две версии шкалы: одна для использования профессионалами и вторая для родителей и подростков. Шкала HoNOSCA изучает несколько сфер, включая намеренное самоповреждение. Респонденты должны сообщать о случаях самоповреждения, таких как нанесение себе ударов, порезов, попытки самоубийства, передозировки, повешение и утопление. Действия, которыми причиняется себе вред, оцениваются по шкале от 0 до 4:

- | | |
|---|--|
| 0 | Подобных проблем в оцениваемый период не наблюдалось. |
| 1 | Периодические мысли о смерти или самоповреждении, не приводящие к травмам. Никаких случаев самоповреждения или суицидальных мыслей. |
| 2 | Неопасное самоповреждение, такое как расчесывание запястий, ассоциирующиеся или нет с суицидальными мыслями. |
| 3 | Намерение самоубийства средней тяжести (включая акт подготовки, например, собирание таблеток) или неопасное самоповреждение средней тяжести (например, несильная передозировка). |
| 4 | Серьезная попытка самоубийства (например, серьезная передозировка) или серьезное самоповреждение. |

Опросник успехов и трудностей

Опросник успехов и трудностей (SDQ) (Goodman, 1997) – это краткий опросник для скрининга поведения детей и подростков в возрасте от 4 до 16 лет. Существует несколько версий опросника,

которые были адаптированы под нужды специалистов и исследователей. И хотя опросник напрямую не оценивает самоповреждение, он освещает многие сферы, с которыми подростки могут испытывать трудности ежедневно.

Детская шкала оценки общего функционирования

Детская шкала оценки общего функционирования (CGAS) (Shaffer et al., 1983) – цифровая шкала (1-100), которая применяется специалистами в области психического здоровья для оценки общего функционирования детей и подростков в возрасте до 18 лет. Она напрямую не оценивает самоповреждение, но предоставляет описания опорных точек поведенческого функционирования.

Салфордский график оценки потребностей подростков

Салфордский график оценки потребностей подростков (SNASA) (Kroll et al., 1999) представляет собой обобщенную оценку потребностей, применяемую к подросткам. Он всеобъемлющий и покрывает множество сфер потребностей. Результаты складываются из текущих и прошлых сведений, полученных от подростка и родителей, опекунов и т.п.

Каковы ограничения инструментов оценки?

Структурированные инструменты оценки, в частности, рассмотренные здесь, широко и успешно используются в клинической практике. Они выступают ориентиром при принятии решений о наиболее эффективном способе удовлетворить потребности подростка (Mitchell, 2006). Однако для эффективного использования какого-либо из этих инструментов специалист должен пройти соответствующее обучение. Необходимо учитывать преимущества и недостатки каждого конкретного инструмента оценки. По мнению Дж. Митчела (Mitchell 2006), они не должны ставить специалиста в строгие рамки. Если результат применения инструмента кажется специалисту нереалистичным, следует принять во внимание собственное клиническое заключение и заключение междисциплинарной комиссии. При оценке как потребностей, так и рисков наилучших результатов позволяет добиться сочетание профессионального опыта с использованием структурированного и проверенного инструмента (Mitchell 2006). Иногда требуется задать пациенту несколько несложных вопросов, но, когда речь идет о подростке, который совершил самоповреждение и может иметь суицидальные намерения, специалистам следует прибегнуть к более комплексным методам оценки. С этой целью многие специалисты и службы внедряют готовые или разрабатывают собственные типовые формы – примером может служить форма, которую использует Служба психического здоровья для детей и подростков английского города Ноттингем (см. Табл. 5.1). Такие типовые формы чрезвычайно полезны в том смысле, что они напоминают нам обо всех существенных областях и снижают вероятность пропустить важную информацию.

Ноттингемская типовая форма рекомендуется тем, кому не хватает опыта в оценке самоповреждения у подростков. В некоторых ситуациях можно доверить оценку самому пациенту, а на последующей встрече собрать дополнительные сведения. Следует помнить, что пропуск важной информации при самоповреждениях и суицидальных намерениях может привести к смертельному исходу, так что оценка всегда должна быть структурированной. Как и все люди, медицинские работники не застрахованы от ошибок. Типовые формы по оценке случаев самоповреждения, такие как Ноттингемская форма, могут служить опорным материалом и снизить вероятность упущений, чреватых самыми пагубными последствиями.

Стоит отметить, что типовая форма – это ориентир, который не следует принимать буквально. По необходимости можно расширить спектр вопросов и собрать более подробные данные. Выбор тем для типовых форм опирается на современную доказательную базу и подлежит регулярному обновлению. Таким образом, формы обязательно включают ключевые вопросы, позволяющие получить информацию как о рисках, так и о потребностях, как это рекомендует Национальный институт здравоохранения и совершенствования медицинской помощи Великобритании (NICE 2004a).

Таблица 5.1. Ноттингемская типовая форма для оценки случаев самоповреждения

Стандарты оказания помощи детям до 16 лет, поступившим в терапевтические отделения (и детям всех возрастов на педиатрических отделениях) после регистрации в отделении

неотложной помощи эпизода самоповреждения. Детей должна обследовать служба психического здоровья для детей и подростков, если это возможно с учётом физического здоровья ребёнка.

Принятые меры	Дата начала	Отметьте верное; поясните варианты «Нет данных» и «Нет»
Выбор гендерной принадлежности специалиста		☐ Да ☐ Нет
Заявка на услуги специалиста определённой гендерной принадлежности		☐ Да – укажите ☐ Нет ☐ Нет данных
Заполнена форма о рисках и потребностях для оценки случаев самоповреждения – предоставлена в приложении		☐ Да ☐ Нет ☐ Нет данных
Ребёнок обследован один (без присутствия родителей)		☐ Да ☐ Нет ☐ Нет данных
Оценка частично проходила в присутствии одного из родителей/опекуна		☐ Да ☐ Нет ☐ Нет данных
Выполнен план мероприятий – в приложении		☐ Да ☐ Нет ☐ Нет данных
Ребёнок участвовал в разработке плана мероприятий или согласился с ним		☐ Да ☐ Нет ☐ Нет данных
Родитель/опекун участвовал в разработке плана мероприятий или согласился с ним		☐ Да ☐ Нет ☐ Нет данных
Копия плана мероприятий передана ребёнку, родителю или опекуну		☐ Да ☐ Нет ☐ Нет данных
Заполнена утверждённая форма оценки рисков		☐ Форма SH ☐ Уровень 1 – зелёный лист ☐ Уровень 2 – CPA (Care Program Approach – Программный подход к уходу) ☐ FACE (Functional Analysis of Care Environments – Функциональный анализ условий ухода за пациентом)
Произведена оценка для CPA		☐ Да ☐ Нет ☐ Нет данных
Выполнен план мероприятий по уходу / CPA		☐ Да ☐ Нет ☐ Нет данных
Проведено обсуждение случая / запрошено мнение коллеги		☐ Психиатра ☐ Врача другой специальности – укажите ☐ Нет
Использована оценочная шкала		☐ Да – укажите, какая ☐ Нет

Заполнена выходная анкета службы психического здоровья для детей и подростков

- ☐ HoNOSCA (Health Of The Nation Outcome Scales For Children And Adolescents – Шкала оценки здоровья нации для детей и подростков)
- ☐ SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire – опросник «Сильные стороны и трудности»)
- ☐ CHI-ESQ (Commission for Health Improvement – Experience of Service Questionnaire – Анкета об опыте полученной помощи, разработанная Комиссией по здравоохранению)
- ☐ CGAS (Children's Global Assessment Scale – Комплексная шкала оценки для детей)
- ☐ CORC (Child Outcomes Research Consortium – опросник Консорциума по изучению психического здоровья детей)
- ☐ Буклет о выборе
- ☐ Буклет на тему самоповреждений для детей и подростков
- ☐ Буклет на тему самоповреждений для родителей/ опекунов
- ☐ Сотрудничество со службой психического здоровья для детей и подростков
- ☐ Формы обратной связи для детей и подростков
- ☐ Формы обратной связи для родителей/ опекунов
- ☐ Да
- ☐ Нет
- ☐ Нет данных
- ☐ Да
- ☐ Нет
- ☐ Нет данных

Информация, предоставленная получателю услуги

Случай обсуждён с руководством медицинского учреждения

Назначен следующий приём не позднее 14 дней

Дети и подростки в сложных ситуациях

Иногда процесс оценки не вызывает особых затруднений. В нём участвует и подросток, и его семья, у них общий взгляд на факторы самоповреждения, подросток сожалеет о содеянном, семья его поддерживает, и есть ясное понимание того, как улучшить ситуацию. Впрочем, далеко не всегда всё так просто.

Зачастую подростка, который совершил самоповреждение, трудно вовлечь во взаимодействие;

кроме того, он нередко отвергает предложенную помощь. Если же подросток согласился на участие в процессе оценки, но потом не явился в медицинское учреждение, следует организовать встречу с ним на дому. Некоторые подростки могут даже запереться в своей комнате, не желая ни говорить, ни выходить. В подобных случаях специалист должен разобраться, подвергается ли подросток риску или сам может решить, нужно ли ему проходить оценку. Это зависит от ряда факторов, связанных с возрастом, полученными знаниями и навыками, уровнем риска и психологической устойчивости.

Если выполнение оценки затруднено тем, что подросток не желает в ней участвовать, специалист должен определить приоритетные цели. Если полную оценку провести невозможно, необходимо понять значение самоповреждений, в частности, связаны ли они с суицидальными намерениями. Часто профессиональные службы психологической помощи не знают о человеке, склонном к самоповреждению или суициду, до тех пор, пока он не окажется в кризисной ситуации. Важно, чтобы проводящий оценку специалист собрал как можно больше информации о факторах самоповреждения, о предшествующих явлениях и, собственно, о поведении, связанном с самоповреждением. С учётом вышесказанного оценка рисков имеет действительно критическое значение.

Мэтью

В реанимационном отделении 14-летний Мэтью заявил, что принял некоторое количество таблеток. Медработник, проводивший оценку ситуации Мэтью, встречался с ним раньше и относится к этому заявлению с долей недоверия. На всякий случай он направляет Мэтью на анализ крови. Согласно результатам анализа, парацетамол в крови мальчика присутствует в очень низкой концентрации, что противоречит его заявлению о передозировке. В истории болезни Мэтью медработник замечает, что за последний месяц он был в реанимационном отделении пять раз, и всегда говорил одно и то же. Ни разу анализ крови не подтвердил его заявления о передозировке. Что делать в подобной ситуации?

Сложные решения

Как видно из истории Мэтью, бывают обстоятельства, связанные с самоповреждениями среди подростков, которые представляют собой вызов нашим этическим ориентирам и ценностям. Если подросток сообщает о передозировке, ему необходимо оказать срочную медицинскую помощь. Согласно британскому национальному руководству, все дети и подростки до 16 лет должны поступить в терапевтическое отделение, и специалист из службы психического здоровья для детей и подростков в связи со случаями самоповреждения должен провести их полную оценку. Если подросток нанёс себе порезы или ожоги, то, нужно ли ему посетить медицинское учреждение для прохождения оценки, зависит от степени тяжести и частоты самоповреждений, а также от намерений подростка и характера его взаимодействия со службой (Royal College of Psychiatrists 1998; 2004b).

В случае с Мэтью лучше всего не говорить ему о наших подозрениях. Страх, что ему не верят или не принимают его всерьёз, может вызвать у него ощущение, что его отвергают. Тогда, почувствовав злость, вину или досаду, он может прибегнуть к «настоящей» передозировке. Как правило, лучше перестраховаться: лечить человека, чьё заявление о передозировке может оказаться ложным, чревато меньшими рисками, нежели спровоцировать у него такое состояние, с которым он не сможет справиться. В этой ситуации со стороны медработника, проводящего оценку Мэтью, благоразумно обсудить сложившиеся обстоятельства со своими коллегами. Вместе они могут прийти к выводу, что объявить Мэтью напрямую о скептическом отношении к его заявлению о передозировке неуместно или же, напротив, допустимо и «достаточно безопасно».

Откровенность окажется более уместной, когда Мэтью почувствует себя в большей безопасности, а кризис останется позади. Если сложились хорошие терапевтические отношения, можно подтолкнуть Мэтью к тому, чтобы он рассказал о своих переживаниях и причинах, побудивших его на подобный поступок. Найти возможности для положительных сдвигов поможет совместное заключение о том, что принимать таблетки или заявлять о передозировке – это не решение проблемы, что это, напротив, может создать дополнительные трудности. Стоит подчеркнуть, что

такого рода беседы всегда нужно вести предельно осторожно, проявляя понимание и избегая конфронтации.

Как правило, если задавать вопросы и высказывать интерес, можно добиться лучшего понимания ситуации. В то же время, иногда предпочтительно не проявлять любопытства или не задавать слишком много вопросов. В этом случае речь идёт не о равнодушии, а о необходимости решить критические проблемы, прежде чем вернуться к мотивам поступка. История Рошель показывает, как важно избегать конфронтации:

Рошель

Рошель говорит, что приняла 10 таблеток парацетамола, потому что хотела умереть. Она проглотила их, когда ехала домой в школьном автобусе. Кейт, её лучшая подруга, забрала у неё таблетки, чтобы Рошель не приняла их ещё больше. До этого службы психического здоровья о Рошель не знали

Специалистам часто приходится проводить оценку подростка, склонного к самоповреждению или суициду, в первый раз. Они ещё не знакомы с личностью этого человека, поэтому делать какие-то выводы о его поведении особенно сложно. В такой ситуации было бы неуместно рисковать и ставить мотивацию Рошель под вопрос. Лучше не говорить, что она вряд ли бы умерла от передозировки на глазах у своих друзей. Важно постараться понять, что она чувствует и что привело её к такому поведению.

Иногда сами родители высказывают свои сомнения и не знают, как поступить. Бывает, что родители не верят, что у их сына или дочери были суицидальные намерения, несмотря на высказанное подростком желание умереть. Они также могут считать, что заявления о самоповреждении преувеличены или даже выдуманы. Опять же лучше всего не провоцировать подростка в тот момент, когда эмоции зашкаливают и родственники расстроены и уязвимы. Откровенно обсудить случившееся можно позднее, если это окажется уместным, но бывают ситуации, которые так и остаются неразобранными.

Что говорят нам подростки о процессе оценки?

Группа подростков из Ноттингема с повторными случаями самоповреждений создала следующий список эффективных и неэффективных методик (см. Табл. 5.2).

Осмысление результатов оценки – обоснованные суждения

До сих пор мы говорили о том, как применять навыки оценивания для сбора максимального объёма нужной информации в имеющиеся сроки в каких бы то ни было обстоятельствах. Далее мы попытаемся приложить эти навыки к исследованиям и научно обоснованной практике в сфере самоповреждающего и суицидального поведения у подростков.

Часто нужно принять решение о целесообразности обращения в другую службу. Оно может потребоваться для более специализированной оценки или терапии; другая служба также может оказаться предпочтительной с точки зрения местоположения либо репутации в глазах подростка. Следует дать подростку возможность выбора – это поощрит его готовность обратиться за помощью, а кроме того, некоторые службы ассоциируются с меньшей степенью стигматизации.

Таблица 5.2 Что нужно и что не нужно делать в процессе оценки (группа подростков из Ноттингема с повторными случаями самоповреждений)

ДЕЛАТЬ	НЕ ДЕЛАТЬ
Держаться по-дружески	Судить меня и покровительствовать мне
Создать комфортную для меня атмосферу	Спрашивать: «Что ты при этом чувствуешь?»
Разговаривать со мной и видеть в мне цельную личность	Избегать обсуждения самоповреждений или суицидальных чувств

Дать мне понять, что вам не всё равно

Бояться самоповреждающего поведения

Говорить о самоповреждении

Говорить только о самоповреждении

Выводы

Имея соответствующую подготовку, поддержку и руководство, большинство специалистов может проводить оценку самоповреждений у подростков (Wright and Richardson 2003). Мы рассмотрели сущность такой оценки, аспекты, которые следует в неё включить, методики проведения и приёмы, позволяющие упростить этот процесс. При этом необходимо учитывать особенности подросткового возраста как периода динамичного развития.

Разные подростки понимают явление самоповреждения по-разному в разные моменты жизни, и в процессе оценки следует помнить об этом. В зависимости от обстоятельств, а также серьёзности опасений относительно поведения подростка, требуется оценка разных видов и уровней.

В частности, можно прибегнуть к помощи более узких специалистов; нужно решить, достаточно ли провести оценку самостоятельно или же предпочтительно сделать это в рамках междисциплинарной комиссии. Особая часть процесса оценки – это оценка и управление рисками. Им посвящена следующая глава.

6 Диагностика и управление риском самоповреждения и самоубийства

Основные положения:

- Для всех молодых людей, которые причиняли себе вред, риск следует оценивать в рамках более широкой психосоциальной диагностики. Оценка риска должна быть сосредоточена на триггерах и тяжести самоповреждения, а также на сохраняющихся факторах, которые могут привести к повторению.
- Оценка суицидальных намерений является ключевой частью процесса диагностики, но она часто неадекватна. Молодые люди, которые неоднократно причиняют себе вред, не всегда делают это по одной и той же причине и одними и теми же средствами, что делает затрудняет оценку их мотивации и намерений.
- Крайне важно сосредоточиться на импульсивности и планировании. Важно установить, были ли предприняты шаги, призванные избежать обнаружения, или приготовления к смерти. Склонность к импульсивному поведению может увеличить риск повторения, но важно помнить, что импульсивный поступок может быть таким же разрушительным или потенциально фатальным, как и запланированный.
- Существует ряд известных факторов риска, которые необходимо учитывать при осмыслении информации в ходе диагностики. Они способны повысить вероятность последующего самоповреждения или суицидального поведения.
- Крайне важно оценить не только риск, но и защитные факторы, сильные стороны и ресурсы молодого человека, семьи и более широкой общественной сети. Это позволяет принять обоснованное решение о том, перевешивают ли риски и выгоды профессионального вмешательства риски невмешательства.
- Управление рисками предполагает поиск наилучшего возможного решения конкретной проблемы. Сюда относятся рассмотрение всех вариантов, исключение менее полезных и выбор наиболее подходящих.

Введение

Все специалисты, работающие с детьми и молодежью, вместе несут обязанность обеспечивать их безопасность (Департамент образования и профессиональных навыков, 2003). Признание и снижение потенциального риска самоповреждения, самоубийства и пренебрежения собой занимает центральное место в нашей работе, и это делается с фундаментальной целью улучшить качество жизни и помочь выздоровлению. По сути, чем больше мы знаем о молодом человеке, тем лучше, вероятно, будет наша оценка риска.

Крайне важно оценить не только риск, но и защитные факторы и сильные стороны молодого человека, семьи и более широкой общественной сети. Это позволяет принять обоснованное решение о том, перевешивают ли риски и выгоды профессионального вмешательства риски невмешательства.

Что такое риск?

Под рисками понимаются факторы в жизни ребенка или молодого человека, которые могут оказать негативное влияние на его здоровье, развитие и психосоциальное функционирование. Для нас важно различать острые и хронические риски. Ранее мы уже слышали, что самоповреждение и суицидальное поведение происходят по целому ряду причин. Среди прочего, к ним относятся стремление совладать с сильными негативными эмоциями, попытки привлечь

заботу со стороны какого-то человека, справиться с диссоциацией или покончить с жизнью. К острым рискам относятся те, что возникают в условиях кризиса и еще больше повышают

вероятность суицидального поведения. Напротив, под хроническим понимается долгосрочный риск самоповреждения и самоубийства. В ходе опроса, проведенного YoungMinds в 2009 году, детей и молодых людей спрашивали о трудностях, с которыми они столкнулись и которые можно рассматривать как риски.

Проблемы, беспокоящие детей

- Травля, буллинг
- Грубость братьев и сестер
- Развод родителей
- Семейные проблемы
- Жизнь с родителями, которые не заботятся о тебе
- Страхи по поводу того, что тебя заберут у родителей
- Беспокойство о деньгах
- Кто-то причиняет телесную боль
- Мама и папа постоянно ссорятся
- Пропавшие друзья
- Проблемы в отношениях
- Наркотики и алкоголь
- Изоляция
- Скука
- Вещи, которые мы видим в новостях и о которых никто толком ничего не объясняет

YoundMinds 2009

Раби и Раби (2008) предупреждают, что риски могут иметь эффект домино, когда одна проблема может привести к развитию ряда других проблем.

Как оценивать риск?

Оценка риска — это изучение контекста и деталей прошлых инцидентов, сопряженных с риском, в свете текущих обстоятельств. Исходя из этого, мы можем экстраполировать прогнозы будущей вероятности рискованного поведения (Морган, 2003). Это, конечно, не точная наука; невозможно точно предсказать, какие молодые люди покончат с собой (Харгус и др., 2009).

Оценку уровней риска и прогнозы будущего риска с трудом поддаются квантификации; они являются ориентирами, а не абсолютными показателями, и устанавливаются на основе информации, доступной в данный момент. Министерство здравоохранения (2007b) дает всесторонние рекомендации и определяет наилучшую практику для понимания, оценки и управления рисками. Согласно этим рекомендациям, тщательная оценка рисков должна быть сосредоточена на следующих трех вопросах:

- Какова вероятность того, что это событие произойдет?
- Как скоро оно может произойти?
- Насколько тяжелым будет исход, если оно все-таки произойдет?

В соответствии с руководящими принципами NICE, диагностика самоповреждения должна быть сосредоточена как на риске, так и на потребностях (NICE, 2004a). Оценка суицидального риска, несомненно, является наиболее важным аспектом терапии самоповреждений, но она часто неадекватна (Шелдрик, 1999). Оценка рисков и потребностей — это динамичный, непрерывный процесс. Изменения могут произойти в любое время; они могут сделать ситуацию как более, так и менее рискованной, поэтому процесс необходимо постоянно повторять. Митчелл (2006) утверждает, что оценку рисков и управление рисками следует рассматривать как две стороны одной медали. Бессмысленно оценивать риск, не уделяя внимание тому, как он будет управляться.

Оценка суицидальных мыслей

Когда молодые люди говорят, что они склонны к самоубийству или думают о том, чтобы умереть, мы должны отнестись к этому очень серьезно и подробно поговорить с ними. Суицидальные мысли и их связь с самоповреждением или суицидальным поведением могут варьироваться по

интенсивности:

- делаемых про себя или вслух для других заявлений — без реальной убежденности или намерения;
- смутных, пассивных ощущений, говорящих, что лучше было бы умереть;
- мыслей, приводящих к самоповреждению в безопасном контексте, когда результаты в целом заранее известны;
- мыслей, которые приводят к самоповреждению в небезопасном контексте, когда результаты неизвестны;
- мыслей, ведущих к самоповреждению, способному нанести значительный вред или привести к летальному исходу.

О'Дрисколл и Холден (2002) утверждают, что суицидальные намерения и поведение в поисках помощи могут выражаться различными способами, включая:

- избыточно открытое устное или письменное выражение суицидальных мыслей, приготовлений или планов;
- конкретные заявления о намерениях, например: «С меня хватит, я хочу покончить с собой»;
- расплывчатые или многозначительные заявления о намерениях, например: «Не беспокойтесь обо мне», «Я доставляю больше хлопот, чем стою» или «Людям было бы лучше без меня»;
- невербальные признаки, такие как нехарактерное усиление или ослабление контакта с медицинским персоналом;
- метафорические заявления о намерениях, например, приведение в порядок своих дел, прощание, раздача вещей или возврат одолженного.

Хотя рекомендации по оценке риска, связанного с самоповреждением среди взрослых (Королевский колледж психиатров, 2004b) вполне доступны для специалистов, ресурсов, посвященных оценке риска у детей и молодежи, заметно меньше. Хотон и Родэм (2006a) предлагают, что инструменты, которые с успехом использовались для оценки суицидального поведения у детей и подростков можно разделить по тому, что они оценивают:

- наличие суицидального поведения;
- риск или склонность к суицидальному поведению;
- преднамеренность и среднюю летальность суицидального поведения;
- столкновение с суицидальным поведением.

Известные факторы риска

Существует ряд известных факторов риска, которые необходимо учитывать при осмыслении информации в ходе оценки. Следующие факторы повышают вероятность самоповреждения; они были получены в результате исследований.

- Пол – мужчина (самоубийство); женщина (самоповреждение) (Мэдж, 1996)
- Предыдущее самоповреждение (Ганнелл и др., 2008)
- Проблемы с психическим здоровьем, например депрессия (Ботре и др., 1998; Ботре, 2001)
- Безнадежность или отсутствие целей (Бек и др., 1993; Марчиано и Каздин, 1994; Керфут и др., 1996)
- Импульсивность (Кингсбери и др., 1999; Эванс и др., 1996)
- Отсутствие поддержки со стороны семьи и друзей, социальная изоляция (Морано и др., 1993)
- Травля, буллинг (NSPCC, 2008a)
- Неспособность справляться с проблемами и решать их (Шотт и Клам, 1987; Спекенс и Хотон, 2005; Маколифф и др., 2006)
- История жестокого обращения (Кендалл-Такетт и др., 1993)
- Злоупотребление психоактивными веществами (Россов и др., 2009)
- Безработица (Янг и др., 2007)
- Доступ к средствам самоповреждения

Сэнки и Лоуренс (2005) провели исследование, дополнившее контекст некоторых из этих факторов. Они изучили истории самоубийств и смертельных несчастных случаев в возрасте 12-17 лет в Новом Южном Уэльсе и обнаружили три отдельные группы:

1. Шестьдесят шесть процентов испытывали постоянные трудности, связанные с семьей, душевным здоровьем и школой.
2. Четырнадцать процентов недавно пережили поворотное событие в жизни, включая разрыв отношений, смерть или серьезную ссору.
3. Пятнадцать процентов экспериментировали с наркотиками.

Ранее Шаффер (1974) предположил, что есть два типа детей, которые убивают себя:

1. высокоинтеллектуальные, социально изолированные с психически больными матерями;
2. агрессивные, импульсивные и часто попадающие в неприятности в школе.

В своей замечательной книге Хотон и Родхэм (2006b) размышляли о причинах, которые 6000 молодых людей упомянули в связи со своим опытом самоповреждения или суицидального поведения. Исследователи сделали акцент на риске и защитных факторах самоповреждения, предложив специалистам рекомендации, помогающие распознать тех, кто может подвергнуться наибольшему риску.

Независимо от пережитого события и того, что оно может показаться взрослому тривиальным, важно, чтобы специалисты помнили, что проблемы могут казаться подростку непреодолимыми. Как важно не только количество таблеток, которые принял молодой человек, но и его понимание их летальности, которое и побуждает его к этому риску, – так же важна не серьезность произошедшего события, а восприятие его серьезности самим человеком. Сопоставление этих факторов с полученной информацией, наряду со знаниями о защитных факторах, помогает нам составить формулировку и последующий план управления рисками.

Двойственность

Самоповреждение и суицидальное поведение часто сопряжены с некой двойственностью. У молодых людей могут возникать идеи покончить с собой, сопровождаемые разной степенью готовности к осуществлению этих идей. Они могут варьироваться от смутных чувств до неуверенности и вполне определенных планов. Суицидальные мысли также могут меняться весьма быстро и, вероятно, будут более или менее интенсивными в зависимости от уровня стресса, который может испытывать молодой человек.

Кроме того, то, что у некоторых молодых людей начинается как суицидальное поведение, со временем может развиться в несуйцидальное поведение. Напротив, некоторые молодые люди могли совершить самоубийство, не собираясь умирать, то есть их действия были случайными, а не преднамеренными.

Более того, мы должны осознавать, что то, что молодые люди говорят и рассказывают нам, и то, что они делают, не всегда одно и то же. Иногда молодые люди хотят, чтобы мы поверили, что они совершили серьезную попытку самоубийства, хотя это не так. Возможно, цель в том, чтобы мы поняли, как они относятся к ситуации, в которой они оказались, и получили некоторую помощь.

Что еще более тревожно, иные могут сказать нам, что они справляются, и попытаться убедить нас, что все хорошо. Они могут говорить нам то, что, по их мнению, мы хотим услышать, чтобы успокоить нас. Это может быть сделано с намерением все-таки убить себя. Само собой разумеется, что профессионалы должны помнить об этом сценарии при каждой оценке риска самоповреждения.

Подростковые ошибки в суждениях

Ранее в книге мы видели, что рискованное поведение в подростковом возрасте можно рассматривать как часть формирования личности и, в некоторой степени, нормальную задачу развития. Исследование Родхэма и коллег (2006b) было сосредоточено на восприятии подростками риска и показало, что они воспринимают риск как нечто, результат чего не поддается контролю. Он противопоставляется задачам, где есть известная конечная точка, даже если ее трудно достичь.

Исследование показало, что подростки были уверены в своей способности принимать рациональные решения, взвесив все «за» и «против» и в целом оценив риски. Однако имелись некоторые основания полагать, что нехватка у них знаний и жизненного опыта может привести к ошибочным суждениям. Далее Родэм и др. предположили, что некоторым подросткам не хватает способности уверенно заявить, что они не хотят участвовать в определенных занятиях, из-за страха быть отвергнутыми сверстниками. Это явно оказывает негативное влияние, если такое поведение сопровождается самоповреждением. Примером этого может служить молодая девушка, которая неправильно оценила риск передозировки 30 таблетками.

Рэйчел

Рейчел приняла 30 таблеток парацетамола, зная, что с ней все будет в порядке. Она «знала» это, потому что ее подруга Сара несколько раз принимала еще большее количество, и Сара была в порядке.

Передозировка Рейчел была воспринята как серьезный риск ее обеспокоенными родителями и другими взрослыми, но, основываясь на передозировках ее подруги Сары, Рейчел не верила, что это может причинить ей вред. Это, конечно, ошибка суждения. Из того, что один подросток перенес 30 таблеток без явного серьезного вреда, не следует, что организм другого человека отреагировал бы таким же образом. Действительно, очень небольшие передозировки парацетамола оказывались смертельными, в то время как в других случаях большие передозировки не приводили к необратимому повреждению или смерти.

Еще одна иллюстрация того, как подростки могут неверно оценивать ожидаемую реакцию на свое самоповреждающее поведение, проиллюстрирована в следующей вставке:

Том

Том решил на «безопасную» передозировку таблеток, зная, что его мать увидит пустую упаковку, когда вернется с работы.

Том использовал контролируруемую передозировку в стремлении попросить о помощи, но при этом полагал, что мог предсказать ряд факторов, которые на самом деле были вне его контроля. Так, мать Тома могла опоздать с работы или не заметить пустую упаковку таблеток. Возможно, она могла бы сама сделать вывод, что передозировка Тома «безопасна», основываясь на своем предыдущем опыте взаимодействия с Томом в такой ситуации. Это динамические факторы, которые Том, возможно, не учел в полной мере и которые могли задержать доступ к неотложной медицинской помощи. Поэтому важно изучать убеждения о самоповреждающем поведении в ходе оценки риска. Молодые люди часто недооценивают серьезность своего самоповреждающего поведения. Они могут быть плохо информированы о связанных с ним проблемах, которые могут включать проблемы с психическим и физическим здоровьем, исключение из школы и риск смерти.

Опасения по поводу непосредственного риска – самоубийство и безопасность

Основная цель диагностики самоповреждения состоит в том, чтобы обеспечить безопасность молодого человека. Оценка риска в первую очередь должна быть организована вокруг центрального вопроса – способен ли конкретный молодой человек обеспечить свою безопасность? В предыдущей главе показано, что компетентный ответ на этот вопрос зависит от вовлеченности самого молодого человека. Следующая вставка иллюстрирует вопросы, которые необходимо для этого рассмотреть:

Стейси

Стейси, 13 лет: передозировка ягодами тисового дерева. Впоследствии у нее случилась остановка сердца. Ее родители расстроены и не могут понять, почему их дочь так плохо себя чувствует. Стейси сама не знает, зачем она приняла ягоды тисового дерева, и не уверена, хотела ли она умереть. Она проходит обследование в кардиологическом отделении в присутствии родителей.

Армстронг предлагает способы сформулировать суждения о риске:

- Сколько вещества было доступно или принято?
- Присутствовали ли наркотики или алкоголь? Если да, то какие наркотики или алкоголь и в каком количестве?
- Была ли передозировка спланированной или импульсивной?
- Передозировка произошла, когда молодой человек был один? Если нет, кто еще присутствовал?
- Были ли приняты активные меры предосторожности, чтобы избежать обнаружения?
- Как много молодой человек знает о летальности и вредных последствиях передозировки?
- Была ли написана предсмертная записка?
- Рассказывал ли молодой человек о своем замысле кому-нибудь до или после передозировки?
- Пытался ли молодой человек получить помощь во время или после передозировки?
- Сожалеет ли молодой человек о том, что остался в живых?
- Готов ли молодой человек еще на одну передозировку?
- Планирует ли молодой человек принять еще одну передозировку?
- Насколько обнадеживающим или безнадежным воспринимает свое будущее молодой человек?

(Армстронг 2006)

Если специалист, проводящий диагностику, обеспокоен тем, что молодой человек неизбежно подвергается риску самоубийства, необходимо разработать и реализовать план действий. У молодого человека и его родителей или опекунов могут появиться мысли насчет того, как обеспечить безопасность молодого человека до тех пор, пока острый кризис не будет разрешен. Например, это может быть исключение встреч с конкретными людьми или с другими людьми вообще, возможность провести некоторое время вне дома, оставаться с поддерживающим членом семьи или не проводить время в одиночестве. Способность родителей или опекунов обеспечивать безопасность своего сына или дочери должна быть частью общего процесса диагностики.

Безопасно ли для молодого человека находиться дома?

Управление рисками предполагает поиск наилучшего возможного решения конкретной проблемы. Сюда относятся рассмотрение всех вариантов, исключение менее полезных и выбор наиболее подходящих. Для подавляющего большинства молодых людей, которые причиняют себе вред, это будет означать, что они останутся дома со своими родителями или опекунами. В некоторых обстоятельствах риски могут быть настолько высоки, что может потребоваться госпитализация или смена места жительства. Однако это может привести к дополнительным рискам, связанным с социальным заражением, о которых говорилось ранее в книге.

Стационарные отделения психического здоровья подростков предназначены в первую очередь для диагностики и лечения молодых людей с серьезными проблемами психического здоровья. Многие молодые люди, которые причиняют себе вред, не подходят под это описание, поэтому только в редких случаях, когда считается, что человек подвергается неминуемому риску самоубийства, следует рассмотреть вопрос о госпитализации.

Если молодой человек борется с хроническими жизненными стрессами, и они, вероятно, будут продолжаться, то краткое пребывание в отделении для подростков вряд ли изменит эту ситуацию. Поэтому специалистам необходимо найти способ поддержать молодого человека и его семью, что часто подразумевает межведомственное партнерство, направленное на разработку согласованного плана управления. В редких случаях молодой человек может быть помещен в охраняемые учреждения местных органов власти, если его безопасность не может быть обеспечена дома или в альтернативном сообществе.

Хотя некоторые люди могут ложиться в больницу как в безопасное место в надежде получить помощь, важно отметить, что у некоторых имеется четкое намерение покончить с собой. Если суицидальные мысли привели их к составлению подробных планов, они могут рассматривать новое место как подходящую нейтральную обстановку, менее болезненное для их семьи обстоятельство.

Многопрофильная команда должна учитывать и эту возможность.

Инструменты оценки рисков

В предыдущей главе мы видели, что все инструменты диагностики имеют ограничения с точки зрения сферы применения и достоверности. Это нормально при рассмотрении риска, потому что никакие инструменты диагностики не предсказывают риск абсолютно достоверно. Причина в том, что абсолютный риск самоубийства очень низок (Деннехи и др., 1996).

Большинство доступных инструментов оценки рисков создаются в США (Фокс, Хоутон, 2004). Они неточны в том смысле, что иногда переоценивают (ложные положительные результаты) или недооценивают (ложные отрицательные результаты) потребности или риски. Поэтому меры по оценке рисков не должны использоваться изолированно или в качестве замены полной диагностики, и результаты опросников или инструментов оценки всегда следует рассматривать в контексте. Также не следует использовать меры по оценке рисков для оправдания отказа в предоставлении услуг молодому человеку, риск которого считается низким. Как выразился Лайон (1997), никакой контрольный список не может избавить от реальных страхов проблемного молодого человека или наблюдающего его работника.

Чтобы сделать вмешательство безопасным и компетентным, в помощь специалистам и другим взрослым, которые работают с наносящими себе вред молодыми людьми, был разработан целый ряд ресурсов. Следующие инструменты и ресурсы оценки рисков могут быть полезны в рамках более широкой диагностики молодых людей, склонных к самоповреждению или самоубийству.

Шкала суицидальных интенций Пирса

Эта шкала, основанная на интервью или применяемая самостоятельно, основана на шкалах Бека и предназначена для оценки намерения умереть среди людей, которые уже пытались покончить с собой (Пирс, 1997). В ней 15 пунктов, разделенных на обстоятельства, связанные с попыткой самоубийства (например, наличие предсмертной записки), и элементы самоотчета (например, ожидания летального исхода). Первая группа элементов может быть заполнена ретроспективно на основе истории каждого случая. Каждый пункт оценивается по трехбалльной шкале; предусмотрены ограничения по степени серьезности. Пять дополнительных элементов не влияют на общий балл. Конкретных ограничений не существует, и положительный ответ на любой пункт должен вызывать беспокойство у профессионалов. Хотя шкала суицидальных интенций Пирса используется весьма широко, исследований, посвященных ее использованию среди молодежи, недостаточно (Антреттер и др., 2008).

Шкала суицидальных мыслей

Опять же, основываясь на оригинальных шкалах Бека, шкала суицидальных мыслей Бека (BSS) оценивает мысли, отношение и намерения человека касательно самоубийства. Это шкала из 21 пункта, которую может заполнить практикующий врач или сам молодой человек. Шкала BSS предназначена для оценки серьезности отношения человека к самоубийству, а также его поведения и планов совершить самоубийство в течение следующей недели. Около 19 тестовых заданий имеют возможную оценку от нуля до двух и суммируются вместе, давая общий балл в диапазоне от 0 до 38. Два дополнительных вопроса касаются предыдущих попыток самоубийства и серьезности намерений во время последнего эпизода. Первые пять из 19 пунктов действуют как фильтр. Хотя более высокий балл сопряжен с более высоким риском, конкретных ограничений нет. Как и в случае со шкалой Пирса, положительный ответ на любой пункт должен привлечь внимание специалиста.

SAD PERSONS

Шкала SAD PERSONS — это шкала риска самоубийства для оценки непосредственной вероятности суицидального поведения. Название шкалы представляет собой аббревиатуру, каждая буква которой представляет один из десяти выявленных факторов риска. Хотя было установлено, что шкала обеспечивает полуструктурированную основу для процесса диагностики, ей не хватает показателей надежности и обоснованности (Юнке, 1994).

Шкала SAD PERSONS была адаптирована для использования среди детей и молодежи (A-SPS). Конкретными факторами риска, рассматриваемыми в шкале, являются: возраст; депрессия или аффективное расстройство; предыдущая попытка самоубийства; злоупотребление алкоголем или наркотиками; потеря рационального мышления; отсутствие социальной поддержки; организованный план самоубийства; невнимание родителей; значительные семейные стрессоры; моделирование суицида родителями или сверстниками; проблемы в школе (Юнке, 1996).

PATHOS

PATHOS — это скрининговый опросник, который используется для выявления молодых людей в возрасте 13-18 лет, подверженных высокому риску после передозировки. Пять областей PATHOS, на которых основана аббревиатура:

- Были ли у вас когда-нибудь проблемы дольше одного месяца? (P)
- Были ли вы одиноки в это время? (A)
- Тратили ли вы на планирование передозировки больше трех часов? (T)
- Чувствуете ли вы, что ваше будущее безнадежно? (HO)
- Грустили ли вы большую часть времени до передозировки? (S)

Чем больше признаков присутствует, тем больше вероятность значительного суицидального намерения и депрессии. Опросник PATHOS использовался в отделениях неотложной помощи и может быть полезен при выявлении безнадежности и намерений, связанных с самоповреждением (Кингсбери, 1993; Кингсбери, 1996; Кумар и др., 2006).

FACE

Функциональный анализ среды ухода (FACE) — это система и средство сбора информации с целью оценки индивидуальных потребностей и прогресса, измерения результатов и обеспечения высококачественного ухода. Делая акцент на самоповреждении и риске самоубийства, эти инструменты интегрируют процессы оценки измерения результатов, а также включают планирование ухода и обзорную документацию. Пакет оценки рисков FACE представляет собой набор инструментов оценки рисков, предназначенных для широкого спектра медицинских и социальных учреждений. Он включает как скрининг, так и более подробную диагностику, а также специальные формы, применимые к таким областям, как психическое здоровье и молодежь.

STORM

Проект STORM для детей и молодежи предлагает обучение навыкам оценки рисков и управления самоубийством и самоповреждением. Он предназначен для практикующих специалистов в области здравоохранения, социальной сферы и уголовного правосудия. Модули охватывают оценку риска самоубийства и самоповреждения, антикризисное управление и профилактику, а также стратегии самопомощи. Пакеты доступны отдельно или в рамках компьютерного курса.

Диагностика самоповреждения и самоубийства в условиях заключения

В предыдущей главе мы узнали, что молодые люди в заключении подвергаются большему риску самоповреждения, чем молодежь в целом.

Инструмент скрининга ASSET используется в условиях заключения для выявления основных потребностей, в том числе связанных с уязвимостью и сопряженными с ней рисками, включая самоповреждение. ASSET включает переход к специализированной оценке психического здоровья с помощью SQUIFA (Интервью с помощью скрининговой анкеты для подростков) и SIFA (Скрининговое интервью для подростков), двух оценок психического здоровья молодых людей, находящихся в заключении. В частности, ASSET включает оценку риска серьезного ущерба, план управления уязвимостью, и план управления рисками.

Кроме того, тюремная служба использует систему ACCT (оценка, уход в заключении и совместная работа) для удовлетворения уязвимых потребностей молодых людей, содержащихся под стражей. Процесс ACCT определяет цели планирования ухода и анализа в отношении самоповреждения и попыток самоубийства. В совокупности они обеспечивают механизм для улучшения управления рисками, связанными с самоубийствами молодых людей в условиях заключения.

Молодые люди, которые причиняют себе вред в заключении, могут воспользоваться диалектической поведенческой терапией (DBT), которая успешно применяется со взрослыми и молодыми правонарушителями в Великобритании и Северной Америке (Макдугалл, Джонс, 2007). Самоповреждение и самоубийство среди молодых людей в условиях заключения все чаще признается проблемой надзора (Национальное бюро по делам детей, 2008; Казначейство Ее Величества, 2008).

Что мы делаем с оценкой рисков?

Нет особого смысла оценивать риск без анализа того, как лучше всего справиться с этим риском и управлять им. Общая цель оценки риска состоит в том, чтобы получить общее представление о том, почему молодой человек склонен к самоубийству или причинению себе вреда, понять, какая помощь может потребоваться, и побудить молодого человека рассмотреть альтернативные, разрушающие стратегии преодоления.

Медицинские работники и другие специалисты всегда должны быть способны обосновать принимаемые ими решения, независимо от того, касаются ли эти решения удовлетворения потребностей молодого человека или управления его рисками. Это особенно важно, когда такие решения могут иметь последствия с точки зрения безопасности или ресурсов.

Риск может быть как общим, так и специфическим, и хорошее управление может уменьшить или предотвратить вред. Поэтому план управления должен включать разработку одной или нескольких гибких стратегий, направленных на предотвращение негативного события или, если это невозможно, минимизацию причиняемого им вреда.

Планы управления

Комплексная психосоциальная оценка риска включает индивидуальную беседу с молодым человеком, встречу с его родителями или опекунами, и последующее составление совместного плана управления (Армстронг, 2006). Если в процессе диагностики будет установлено, что самоповреждение не было совершено с суицидальными намерениями, то с молодым человеком необходимо составить план выработки наиболее безопасного способа справиться с самоповреждением. Сюда также должен войти план решения основных проблем, позволяющий снизить риски повторного самоповреждения.

Факторы, которые могут спровоцировать новые эпизоды самоповреждения или суицидального поведения, всегда должны быть зафиксированы в плане управления рисками, который должен быть легкодоступен для всех, кто участвует в уходе и лечении молодого человека. Важно активно вовлекать молодого человека и его родителей или опекунов в разработку плана управления рисками, в котором должны быть определены как хронические, так и острые риски. Кроме того, молодых людей следует поощрять к поиску альтернатив рискованному поведению, которое может нанести дополнительный вред. Планы управления рисками должны включать четко определенные пункты действий, в которых ответственность за каждый аспект плана возлагается на надлежащим образом квалифицированного либо опытного специалиста или другого взрослого. Все планы управления рисками должны содержать даты пересмотра.

Минимизация вреда

В последние годы особое внимание уделяется минимизации вреда в связи с самоповреждением и самоубийством. Акцент делается на признании того, что некоторые люди нуждаются в том, чтобы причинять себе вред; их призывают оставаться в безопасных пределах. Минимизация вреда в основном сосредоточена на самоповреждении, но также включает ограничение доступа к средствам самоповреждения.

Применяемые ненадлежащим образом стратегии минимизации вреда могут создать ложное представление о том, что причинение вреда себе молодыми людьми следует поощрять, а не заменять. Это вызывает тем большее беспокойство, чем младше ребенок. Цель здесь состоит не в том, чтобы остановить самоповреждение молодых людей; скорее, пока они размышляют над

альтернативами, руководство в отношении самоповреждения для них фокусируется на безопасности и снижении вероятности долгосрочного ущерба или смерти.

Эффективна ли минимизация вреда?

Исследований о влиянии ограничения доступа к средствам самоповреждения на показатели завершённых самоубийств недостаточно (Агентство по развитию здравоохранения NHS, 2002). Кроме того, было проведено не так много исследований, посвящённых контролю за средствами самоповреждения и самоубийства.

Например, Хотон с коллегами (2009) исследовали взаимосвязь между использованием запираемых устройств хранения пестицидов и самоотравлением людей в Шри-Ланке. Усиления контроля доступа к пестицидам среди людей, склонных к самоубийству, дало положительные результаты, и ученые предположили, что необходимо более масштабное исследование.

Практические методы, такие как сокращение доступности средств самоповреждения, могут быть полезны как на индивидуальном, так и на общественном уровне (Котгроув, 2005). В случае со всеми детьми и молодым людьми NICE рекомендует их родителям и опекунам устранить из доступа средства самоповреждения, включая медикаменты, до того, как ребенок или молодой человек вернется домой из больницы (NICE 2004a).

Безопасность при передозировке

В национальной стратегии по предотвращению самоубийств и докладах Министерства здравоохранения год, следующий за самоповреждением, определяется как время высокого риска для молодых людей, и подчеркивается необходимость сокращения доступа к значительному количеству лекарств (Министерство здравоохранения, 2002b; Министерство здравоохранения, 2003). Многие рецептурные лекарственные препараты сейчас стали безопаснее при передозировке. К ним относятся новые антидепрессанты, такие как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС); они менее токсичны при передозировке, чем старые трициклические антидепрессанты.

Предупреждения о безопасности в целом были улучшены в части информации о продукте, но некоторые утверждают, что это может увеличить риск для некоторых людей, у которых наличие такой информации о передозировке или отравлении может способствовать самоубийству. Различные мнения о назначении рецептурных препаратов и самоотравлении в связи с предупреждениями регулирующих органов Великобритании оказали значительное влияние на использование СИОЗС молодыми людьми в возрасте до 18 лет (Берген и др., 2009).

Хотя важно применять общий подход к минимизации вреда при самоповреждении, стратегии минимизации вреда не следует рекомендовать молодым людям, которые принимают таблетки и другие яды. Причина в том, что безопасных пределов при самоотравлении не существует (NICE, 2004a). Вместо этого молодому человеку следует дать совет о токсических последствиях отравления.

Имеются свидетельства того, что ограничение доступа к большому количеству лекарств, отпускаемых без рецепта, снижает тяжесть неблагоприятных последствий передозировки. Дети и молодые люди, использующие передозировку, часто глотают парацетамол (Кларк и др., 2000; Хотон и др., 2001; Бхугра и др., 2004; Институт повышения квалификации социального обеспечения, 2005). Отчасти это объясняется тем, что он легко доступен в аптеках, супермаркетах, небольших магазинах и других торговых точках, таких как гаражи. Парацетамол также доступен в комбинации с другими препаратами, включая противоотечные средства и безрецептурные средства, что увеличивает риск случайного отравления, а также самоповреждения (Фарли и др., 2005). Если учесть, что большинство молодых людей наносит себе вред импульсивно, доступность дешевых, потенциально смертельных лекарств 24 часа в сутки должна вызывать беспокойство. Законодательство, принятое в 1998 году, утвердило блистерную упаковку уменьшенного размера из 16 таблеток при продаже парацетамола без рецепта. Из-за импульсивного характера некоторых передозировок упаковка в блистерах обеспечивает задержку, чтобы помочь человеку подумать о том, что он делает. Это замедляет передозировку, и упаковки обычно содержат меньше таблеток,

чем баночки. Результаты, убедительно подтверждающие это, были опубликованы после принятия законодательства; они свидетельствуют о сокращении количества таблеток, принимаемых при одной передозировке (Хотон, 2002; Тюрвиль и др., 2000). Фарли и др. (2005) идут дальше, заявляя, что более прямая пропаганда с привлечением средств массовой информации о потенциально смертельных последствиях отравления парацетамолом может помочь уменьшить число импульсивных попыток самоповреждения. Это может быть похоже на кампании по укреплению здоровья в 1970-х и 80-х годах, которые помогли укоренить среди нескольких поколений родителей четкие послания о безопасном хранении лекарств и химических веществ, таких как отбеливатель, в недоступном для маленьких детей месте. Защитные колпачки на баночках помогли снизить количество случайных отравлений в этой молодой возрастной группе.

Управление рисками и подход к программе ухода

Подход к программе ухода (CPA) — это британская система предоставления психиатрических услуг на дому и на районном уровне. Она была введен в Англии в 1991 году; к 1996 году она использовалась в большинстве специализированных служб охраны психического здоровья. Управление рисками является ключевой частью системы CPA. CPA предполагает определение конкретных мероприятий, основанных на потребностях человека в поддержке, с учетом вопросов безопасности и рисков. Планы ухода должны составляться с учетом всех потребностей пользователя услуг, включая потребности, связанные с риском (Министерство здравоохранения, 2008).

Более значительные риски

Оценка риска самоубийства включает изучение поведения в нескольких областях, включая школу, межличностные отношения и социальные функции. Наличие острых и хронических стрессовых факторов должно быть идентифицировано и зарегистрировано. Основные факторы риска, включая расстройство настроения, следует изучать с помощью прямого опроса. Это делается для оценки текущих идей, намерений и планов (Лейтон, 2006). Вторичные факторы риска, такие как злоупотребление психоактивными веществами, и ситуационные факторы, такие как функционирование семьи, социальная поддержка и основные жизненные события, — все это необходимо исследовать с использованием множества методов и с участием разных людей (Станард, 2000).

Как мы видели, самоповреждение может быть частью сложной картины, часто сопровождающей другие виды рискованного поведения. Поэтому важно добиться, чтобы и другие области также были включены в диагностику, а также оценку самоповреждения и суицидального поведения. Такое поведение включает в себя:

- агрессию, насилие, причинение вреда другим людям или имуществу;
- столкновение в прошлом или настоящем с физическим, сексуальным, эмоциональным насилием, насилием в семье;
- пренебрежение к себе;
- эксплуатацию.

Защитные факторы

При проведении диагностики, а также при рассмотрении всех факторов риска также необходимо учитывать защитные факторы. Это аспекты жизни человека, способные уменьшить воздействие рисков, с которыми он сталкивается. Защитные факторы могут помочь достигать положительных результатов, даже когда молодой человек переживает неблагоприятные жизненные события и внешний стресс. Ниже приведен список защитных факторов, которые поддерживают положительные результаты у молодых людей, которые причиняют себе вред:

- личные ресурсы — эмоциональная устойчивость;
- прочные связи и поддерживающие отношения с семьей и друзьями;
- подтвержденная способность использовать навыки решения проблем и стратегии преодоления;
- ограниченный доступ к смертоносным средствам самоповреждения и самоубийства;
- доступ к службам поддержки психического здоровья, уходу или терапии;

- удовольствие и вовлеченность в школе;
- жизнеутверждающие убеждения, которые препятствуют самоубийству и поддерживают самосохранение.

Выводы

Ряд неудач в области защиты детей привел к тому, что организации, предоставляющие услуги молодым людям, стали более склонны избегать риска. Селлен (2008) утверждает, что изобилие инструментов оценки рисков и управления ими, а также давление на ведущих специалистов и их руководителей, требующее «делать все правильно», создают излишнюю тревогу в среде детских служб.

Вся информация, собранная и подтвержденная в процессе диагностики, используется для вынесения суждений и решений в отношении самоповреждения ребенка и риска серьезных травм или смерти. Это основано на ряде факторов, включая выбор самого молодого человека; вопросы компетентности и способностей; знания и опыт эксперта; данные исследований о том, какие решения работают в случае молодых людей, которые причиняют себе вред. Вместо изолированного принятия решений о риске хорошей практикой становится обсуждение оценок рисков и стратегий управления с коллегами. Это позволяет рассмотреть различные точки зрения и выделить вопросы, которые, возможно, были упущены из виду.

Структурированная диагностика может быть полезна при оценке риска самоповреждения и самоубийства, но в настоящее время не существует инструментов с удовлетворительной доказательной базой. Поэтому тщательная и компетентная диагностика должна учитывать предшествующие факторы, контекст, в котором возникает самоповреждающее или суицидальное поведение, и роль психосоциальных факторов.

Все инструментальные оценки риска должны проводиться в рамках тщательной и систематической общей клинической диагностики. Это особенно важно при оценке риска самоубийства и самоповреждения, поскольку в настоящее время не существует инструмента, обладающего достаточно надежной доказательной базой или прогностической эффективностью.

7 Методы лечения молодых людей с самоповреждающим поведением

Основные положения:

- Доказательная база по лечению самоповреждающего и суицидального поведения у детей и лиц молодого возраста чрезвычайно скудна.
- Несмотря на ограниченность знаний, доступны такие варианты лечения, как индивидуальная психологическая помощь, поведенческие техники, медитация, направленная на сопутствующие проблемы с психическим здоровьем, а также семейная терапия и групповая психотерапия.
- Непременным условием успеха является честность и открытость при работе с молодыми людьми и их семьями. Если мы поделимся своей точкой зрения, вместе сформируем и согласуем план лечения, нам, вероятно, удастся достичь благоприятного исхода. Принятие решений в одностороннем порядке и патерналистская манера оказания помощи, напротив, скорее всего, будут менее эффективны.
- В случае с молодыми людьми, наносящими себе повреждения, индивидуальная терапия нередко базируется на принципах кризисного вмешательства, которое должно быть кратким, интенсивным и фокусироваться на текущих трудностях.
- Несмотря на небольшое количество исследований, имеется относительно мощная доказательная база, подтверждающая эффективность группы методов лечения с точки зрения снижения вероятности повторных эпизодов самоповреждения.
- Семейная терапия является важным компонентом терапии, редко приносит результат при изолированном применении. Кроме того, семейная терапия подходит не всем детям и молодым людям, в частности, подросткам старшего возраста.
- Для того чтобы помочь молодым людям направить энергию с самоповреждения на развитие социальных навыков, навыков решения проблем и моделей поведения, направленное на поиск помощи, разработаны мультимодальные стратегии терапии.
- В Великобритании программы терапии для молодых людей отличаются большим разнообразием. Они включают различные формы консультирования, индивидуальной и групповой терапии, а также стратегии решения проблем, однако на данный момент недостаточно данных, которые продемонстрировали бы какие из этих программ наиболее эффективны.

Введение

Непременным условием успеха является честность и открытость при работе с молодыми людьми и их семьями. Если мы поделимся своей точкой зрения, вместе сформируем и согласуем план лечения, нам, вероятно, удастся достичь благоприятного исхода. Принятие решений в одностороннем порядке и патерналистская манера оказания помощи, напротив, скорее всего, будут менее эффективны. Перед началом терапевтической работы можно наладить контакт с молодыми людьми, наносящими себе повреждения. Необходимо будет установить доверительные терапевтические отношения, создать атмосферу понимания и принятия. Это часть процесса взаимодействия, который обсуждался в предыдущих главах.

Перспективные методы терапии

Когда речь идет о детях и молодых людях с суицидальным или самоповреждающим поведением, основная цель терапии — предотвратить суицида и повторные эпизоды самоповреждений, а также решить проблемы, сочетание которых приводит к самоповреждению или суицидальному поведению. Второстепенная цель — улучшение психологического и социального функционирования, повышение качества жизни.

Возможны такие варианты лечения, как психологическая помощь, поведенческие техники, применение препаратов, действие которых направлено на сопутствующие проблемы с психическим здоровьем, семейная терапия и групповая психотерапия. Психическое состояние молодого человека/девушки может быть сложным. Он/она может испытывать множество трудностей, связанных с окружением, межличностными отношениями и внутренним миром. Несмотря на большое количество используемых стратегий, данных, которые указывали бы на их эффективность или неэффективность, не так много.

Отсутствие приверженности лечению хорошо задокументировано. По данным Kreitman (1979), комплаентности удалось достичь менее чем у половины молодых людей, направленных по поводу намеренного нанесения себе повреждений. Вероятно, для этого существует множество причин, однако нам мало известно об эффективности стратегий повышения комплаентности у детей и подростков, наносящих себе повреждения.

Индивидуальная терапия

Как правило, целью индивидуальной терапии является устранение психологических факторов, сочетание которых вызывает и поддерживает самоповреждающее или суицидальное поведение. Среди этих факторов могут быть тревожность или депрессия, импульсивность или трудности с решением проблем. Главная цель большинства методов индивидуальной психологической терапии — помочь людям принять перспективы и развить альтернативные стратегии психологической адаптации и способы выражения их чувств (Институт передового опыта в области социального обеспечения, 2005 г.).

Существует множество разных форм индивидуальной терапии. Подход выбирают в зависимости от состояния развития ребенка, доказательной базы для применения определенного подхода, а также предпочтений ребенка, его семьи или опекунов. Экспрессивная психотерапия, например, игровая или музыкальная, может подойти детям более младшего возраста. У подростков более старшей возрастной группы могут быть эффективны разговорные методы терапии, например, когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) или семейная терапия. У детей с низким уровнем IQ или выраженными трудностями с рецептивной речью и социальными ограничениями положительный эффект от разговорной терапии менее вероятен.

Методы креативной терапии нередко имеют психодинамическую основу. Они могут применяться индивидуально или в группах. Некоторым детям может принести пользу применение экспрессивной или креативной терапии, например, с использованием рисования, музыки или танцев (Nation, 2003 г.).

Индивидуальная терапия у молодых людей с самоповреждающим поведением нередко основывается, по крайней мере изначально, на принципах кризисного вмешательства. Кризисная терапия, или терапия, направленная на решение проблем, вероятнее всего, будет краткосрочной, интенсивной и сфокусированной на текущих сложностях. Имеются данные о том, что на фоне терапии, ориентированной на решение проблем, наблюдения эпизоды самоповреждений в период последующего отмечались реже, хотя показатели выраженности эффекта были невысокими (министерство здравоохранения, 2003b).

Методы индивидуальной терапии существенно различаются в зависимости от того, в каком типе поддержки нуждается конкретная молодая личность. Для большинства профессионалов характерна тенденция к собственному пониманию стресса и приверженность определенному виду ответа. Возможны различные типы вмешательств — от консультирования до более структурированных когнитивно-поведенческих стратегий. Консультанты стараются не давать советов и не рассказывать молодым людям как решать их проблемы. Специалисты по КБТ больше склонны к прямым указаниям в отношении путей решения проблемы.

Когнитивная терапия

Цель когнитивной терапии — изменить негативные установки, объясняя связи между мыслями, чувствами и поведением. Молодым людям помогают разобраться в основных убеждениях и

негативных установках, а затем подвергнуть их сомнению (Woolley 2006). Когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) представляет собой отдельный ограниченный по времени структурированный метод психологической терапии. Он основан на предположении о том, что поведение и настроение определяются прежде всего когнитивными способностями (Fonagy 2003).

Целью вмешательства является определение мишени и изменение эмоциональной сферы и поведения за счет изменения неправильного восприятия. Благодаря удалению негативных установок лучше работают защитные механизмы. Вмешательства и стратегии решения проблем в рамках КБТ все чаще применяют у молодых людей с самоповреждающим поведением. Была продемонстрирована эффективность этого метода у взрослых (Wood et al. 1996; Harrington et al. 1998a; Rohde 2005). Вместе с тем, в большинстве исследований по изучению исходов и эффективности участвовали подростки и взрослые. Исследований, включавших молодых взрослых и детей, меньше.

Некоторые данные указывают на эффективность КБТ в отношении суицидального поведения (Salkovskis et al. 1990). Kolko и Brent (1988) продемонстрировали, что у 80 % молодых людей, участвующих в лечебной программе комбинированной когнитивной и межличностной терапии, отмечалась ремиссия в отношении суицидального поведения. В ранее упоминавшемся исследовании Liberman и Eckman's (1981) сравнивали подходы, которые используют в поведенческой терапии и в инсайт-терапии у взрослых. В обеих группах были зарегистрированы положительные результаты. Впрочем, ни в одном из исследований не упоминались дополнительные методы терапии, которые могли получать пациенты, например, медикаментозная терапия антидепрессантами.

Обучающая КБТ

Метод обучающей КБТ (manual assisted cognitive therapy, МОКТ) был разработан Evans и соавторами в виде короткого курса терапии, ориентированной на поведение и решение проблем. В курс входило до пяти сессий за три месяца. В этот период отмечали эпизоды самоповреждений и можно было получить две дополнительные бустерные сессии в течение шести месяцев (Evans et al. 1999). Имеются данные о некоторой эффективности МОКТ в отношении самоповреждающих и суицидальных действий у взрослых (Fagin 2006; Weinberg et al. 2006). Вместе с тем, исследований по изучению МОКТ у лиц младше 18 лет не проводилось.

Терапия, ориентированная на решение проблем

Терапия, ориентированная на решение проблем, представляет собой краткий курс психотерапии депрессии, и основана на принципах КБТ (Huband et al. 2007). При этом большинство исследований проводилось с участием взрослых, а количество исследований, которые включали бы детей и лиц молодого возраста, ограничено. Методики терапии, ориентированной на решение проблем, помогают молодым людям вернуть ощущение самостоятельности. Терапию, ориентированную на решение проблем, активно применяют в форме кризисного вмешательства после эпизодов самоповреждения или попыток суицида (Hawton и Kirk, 1989).

Терапевт формирует конструктивные взаимоотношения с клиентом, что позволяет уточнить и проработать этапы, которые необходимы, чтобы приступить к решению проблем. В когнитивной терапии терапевт может помогать пациенту в распознавании и переоценке отрицательных установок, мешающих конструктивным действиям.

При этом целью терапии, как и при многих индивидуальных терапевтических подходах и психотерапевтических вмешательствах, является исследование чувств, мыслей и опыта. Считается, что источники текущих проблем связаны с прошлым. Курс психотерапии нередко включает более интенсивные регулярные встречи и длится дольше. Для того, чтобы помочь молодым людям применять различные средства коммуникации, могут применяться ролевые игры, игровая терапия и другие методы креативной терапии.

Диалектическая поведенческая терапия

Диалектическая поведенческая терапия (ДПТ) — единственный метод с подтвержденной эффективностью в отношении самоповреждающего поведения у людей с пограничным

расстройством личности. Ранее в данной книге мы упоминали о том, что пограничное расстройство личности и самоповреждающее поведение не обязательно сосуществуют, однако у некоторых людей с пограничным расстройством личности самоповреждение является стратегией преодоления. В различных рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ) было продемонстрировано, что у людей, проходивших ДПТ, реже отмечались суицидальные мысли, у них была ниже вероятность самоповреждающего поведения, им реже требовалась госпитализация после самоповреждений (Koerner and Dimeff 2000; Dimeff et al. 2002).

Согласно рекомендациям NICE, касающимся самоповреждающего поведения, у людей с диагнозом пограничного расстройства личности, которые наносят себе повреждения, следует рассмотреть возможность применения ДПТ (NICE 2004a). Кроме того, в рекомендациях NICE ДПТ упоминается в качестве эффективного метода лечения и ведения пациентов с пограничными расстройствами личности (National Collaborating Centre for Mental Health 2009).

Что такое ДПТ?

ДПТ — это метод когнитивно-бихевиоральной психотерапии, основанный на биосоциальной теории. Он был предложен Маршей Линехан и ее коллегами из Клиник исследований поведения и поведенческой терапии (Behavioral Research and Therapy Clinics) в США. В первый раз метод использовали для лечения взрослой женщины с хроническим парасуицидальным поведением. ДПТ разработали для применения в амбулаторной практике, однако ее эффективность была продемонстрирована и в других условиях, например, при стационарном лечении и в судебно-медицинской практике (Barley et al. 1993; Linehan et al. 1999; Bohus et al. 2001).

Чаще всего ДПТ применяют при самоповреждающем поведении у людей с пограничным расстройством личности. Эффект достигается путем самоанализа и снижения импульсивности, а также развития эмоциональной регуляции и позитивных стратегий преодоления. ДПТ включает программы индивидуальной и групповой терапии, развития социальных навыков и помощь в урегулировании кризисов по телефону. Метод ДПТ адаптирован к применению у молодых людей, особенно с повторными эпизодами самоповреждений (Miller et al. 2007).

Линехан описывает признаки пограничного расстройства личности термином «дисрегуляция». Это означает, что люди часто борются с самосознанием и нередко описывают ощущение пустоты, нереальности или «отрезанности». Терапевты из Клиник исследований поведения и поведенческой терапии говорят о дисрегуляции в когнитивной, аффективной, поведенческой и межличностной сферах (см. таблицу 7.1). Люди с пограничным расстройством личности эмоционально ранимы. У них могут быть далекие от реальности цели и ожидания. Они могут испытывать чувство злости или ощущать бесполезность, когда борются или не достигают целей.

Из-за резких эмоциональных реакций люди с пограничным расстройством личности нередко ведут беспорядочный образ жизни. Пытаясь совладать с невыносимым напряжением, они могут прибегать к суицидальному, самоповреждающему или импульсивному поведению. Цель ДПТ — помочь людям с пограничными расстройствами личности противодействовать деструктивному, самоповреждающему или жизнеугрожающему поведению и улучшить общее качество жизни.

Метод ДПТ основан на биосоциальной теории, согласно которой пограничные расстройства личности развиваются при развитии эмоционально ранимой личности в «инвалидизирующем окружении» (Linehan 1993a). Линехан определяет эмоционально ранимую личность как личность, автономная нервная система которой чрезмерно реагирует на стресс и медленно возвращается к исходному уровню. Инвалидизирующее окружение — ситуация, когда значимые взрослые, например, родители игнорируют эмоциональные реакции ребенка.

Как видно из названия, в ДПТ делают упор на диалектику и отсутствие абсолютной истины. Молодых людей призывают осознать сложность реальности, а также неизбежность существования и возможность формирования мыслей и точек зрения, не совпадающих с их собственными. В ДПТ считается, что успешность лечения в значительной степени определяется отношениями между клиентом и терапевтом. Наиболее фундаментальный принцип диалектики заключается в принятии молодого человека как он есть. Его поддерживают в попытках измениться, помогают освоиться с

изменениями и разработать не деструктивные стратегии преодоления.

Таблица 7.1 Критерии пограничного расстройства личности по DSM-IV

Аффективная дисрегуляция	Неустойчивое настроение, которое может быть эпизодическим, интенсивным и сопровождаться тревогой или повышенной возбудимостью. Как правило, продолжается несколько часов, в редких случаях — более нескольких дней
Дисрегуляция поведения	Гнев, который может быть выраженным, не соответствует ситуации или плохо контролируется. Может проявляться вспышками гнева, демонстрацией гнева, дракой
Нарушение межличностных отношений	Импульсивность в двух и более областях функционирования с возможными саморазрушающими последствиями. Может включать сексуальное поведение, злоупотребление психоактивными веществами или обжорство. Не включает суицидальное или самокалечащее поведение. Включает повторные эпизоды суицидальных жестов или угроз самоповреждения
Нарушение самосознания	Попытки избежать «бросания», угроза которого может быть реальной или вымышленной
Когнитивная дисрегуляция	Нестабильные и интенсивные межличностные взаимодействия, характеризующиеся крайней степенью обесценивания или идеализации
Нарушение регуляции	Нарушение самосознания и представления о себе, а также хроническое ощущение пустоты
Когнитивная дисрегуляция	Кратковременные параноидальные идеи или крайне выраженные симптомы диссоциативного расстройства, связанные со стрессом

Диалектические стратегии, которые применяются в ДПТ, позволяют молодому человеку и врачу сбалансировать изменения и принятие изменений, а также уменьшить вероятность застревания обоих в ригидном мышлении и поведении. Терапевты получают поддержку в консультативных группах для терапевтов. Цель такой поддержки — повысить терапевтические возможности врачей и предотвратить выгорание.

Четыре этапа ДПТ

У молодых людей с развивающимся пограничным расстройством личности нередко имеется множество проблем с межличностными отношениями, они испытывают трудности с преодолением стресса и разрешением конфликтов. Как молодому человеку, так и терапевту нередко бывает трудно решить, когда начинать. По этой причине первоочередная задача в ДПТ — договориться о том, на чем и когда следует сконцентрироваться. Это достигается посредством четырехступенчатой иерархии терапии (см. таблицу 7.2). На до-терапевтической стадии делают упор на оценке, приверженности и ориентировании, т. е. оценивают мотивацию к изменениям и намечают достижимые цели.

Таблица 7.2 Четырехступенчатая иерархия методов лечения при ДПТ

Стадия терапии	На чем фокусируются
До-терапевтическая стадия	Оценка, приверженность и ориентирование
1	Суицидальное поведение, поведение, препятствующее терапии, поведение, снижающее качество жизни

2	Посттравматический стресс
3	Самооценка и индивидуальные цели терапии

На ступени 1 фокусируются на суицидальном поведении, поведении, препятствующем терапии и поведении, снижающем качество жизни. На ступени 2 занимаются посттравматическим стрессом. На ступени 3 фокусируются на самооценке и индивидуальных целях терапии. Прежде чем переходить к следующей ступени берут под контроль формы поведения, которыми занимаются на этой ступени. Это достигается при помощи различных терапевтических стратегий, включающих валидацию и решение проблем.

Индивидуальная терапия

В ДПТ считается, что успех терапии во многом зависит от взаимоотношений между молодым человеком и терапевтом. ДПТ основана на сотрудничестве. Она требует высокой степени мотивации как со стороны молодого человека, так и со стороны терапевта. Еженедельно проводятся сеансы терапии, расписание которых строится в зависимости от дневниковых записей пациента. С помощью этих записей отслеживают целевое поведение, интенсивность эмоций и новые навыки, которые получает молодой человек (см. таблицу 7.3).

Если молодой человек наносит себе повреждения между сессиями индивидуальной терапии, то ожидается, что по результатам сессий можно будет провести анализ цепочки. В ходе анализа подробно разбирают формы поведения, которые привели к самоповреждающему поведению. Анализ позволяет выявить возможные случайные события, послужившие причиной неадаптивного поведения. Между сессиями молодые люди могут получить поддержку от своего индивидуального терапевта по телефону. Во время телефонных консультаций основное внимание уделяется применению адаптивных навыков, полученных на индивидуальных терапевтических сессиях.

Группа отработки навыков

Молодые люди, проходящие ДПТ, посещают программу тренинга навыков, состоящую из четырех модулей. Цель программы — помочь молодому человеку регулировать эмоции и поведение (см. таблицу 7.4). Модуль «осознанность» всегда выполняют первым, а последующие модули — эффективности межличностных коммуникаций, эмоциональной регуляции и стрессоустойчивости — в любом порядке. Заключительный модуль — «прогулка по срединному пути» — разработан специально для подростков.

Таблица 7.3 Пример дневника молодого человека

ДНЕВНИК							
Имя:							
Неделя начала:							
День							
	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
*Побуждения							
Самоповреждения 0–5							
Суицид 0–5							
Другое 0–5							
Эмоции							
Боль 0–5							
Печаль 0–5							
Стыд 0–5							
Гнев 0–5							

Страх 0–5

Другое 0–5

Действия

Самоповреждения 0–5

Другое 0–5

*Навыки 0–7

*Побуждения

0 отсутствие побуждений

5 чрезвычайно сильные побуждения

*Используемые навыки

1 не думал об этом

2 думал об этом, не использовал, не хотел,

3 попытался, но не мог использовать это

4 пытался, смог использовать это, но не помогло

5 пытался, смог использовать это, помогло

6 не пытался, использовал это, не помогло

7 не пытался, использовал, помогло

Таблица 7.4 Группа отработки навыков ДПТ

Модуль 1	Осознанность
Модуль 2	Эффективность межличностных коммуникаций
Модуль 3	Эмоциональная регуляция
Модуль 4	Стрессоустойчивость
Модуль 5	Прогулка по срединному пути (подростки)

Концепция осознанности является ядром ДПТ. Это относится к способности контролировать свое собственное сознание, вместо того чтобы позволить сознанию контролировать вас (Linehan 1993b). Молодых людей обучают различию между тем, что Линехан называет разумным, эмоциональным и мудрым сознанием. Разумное сознание представляют как логическое, осознанное и сосредоточенное. Мысли «холодные». Эмоциональное сознание, напротив, контролируется текущими чувствами. «Горячие» мысли двигают эмоции. Логическое мышление затруднено, реальность искажается. Мудрое сознание объединяет разумное и эмоциональное сознание, добавляя интуитивное знание. Таким образом, мудрое сознание знает, что что-то является истинным или надежным. В рамках модуля осознанности молодым людям помогают сосредоточиться на настоящем моменте, а не на событиях прошлого или будущего.

Во втором модуле фокусируются на тренинге эффективности межличностной коммуникации. Это позволяет молодым людям находить выход из конфликтных ситуаций и развивать самоуважение. Их учат сообщать другим людям о своих желаниях и потребностях, уверенно и в уважительной форме, а также отвечать отказом на необоснованные просьбы или требования.

В третьем модуле молодым людям помогают развить навыки регулирования эмоциональных реакций. Навыки включают осознание, обозначение сильных эмоций, например, тоски и гнева и управление ими. Молодых людей учат, что невозможно достичь полного контроля над эмоциями, а эмоциональность — нормальная часть жизни.

В четвертом модуле тренинга навыком основное внимание уделяется стрессоустойчивости.

Нередко существует связь между неспособностью переносить сильные эмоции и импульсивным поведением, которое может служить для снижения невыносимого стресса. В этом модуле молодые люди работают над развитием навыков управления тревожностью или чувством огорчения без импульсивных решений, в том числе самоповреждений.

Прогулка по срединному пути

ДПТ адаптирована для применения у подростков (ДПТ-А). Основной упор делают на том, чтобы помочь молодым людям и их семьям перейти из подросткового возраста во взрослый, а также справляться со стрессом и напряженностью, связанными с межличностными отношениями внутри семьи. Цель пятого модуля тренинга навыков — обучить подростков и их родителей концепциям диалектики, проверки и подкрепления.

Мультисемейное обучение навыкам

Алекс Миллер и соавторы, осознав, что молодые люди, наносящие себе повреждения, нередко живут с родителями и опекунами, разработали для подростков и их родителей или опекунов концепцию мультисемейной группы по обучению навыкам ДПТ (Miller et al. 2007). В 24-недельную программу обучения навыкам входит еженедельное выполнение домашнего задания и отработка навыков в реальных жизненных ситуациях.

Мультисистемная терапия

Мультисистемная терапия (МСТ) — основанный на доказательствах метод терапии, разработанный в США. В рамках этого метода проводят интенсивное лечение дома в кругу семьи, сочетая семейные и когнитивные поведенческие стратегии с различными видами поддержки семьи. В типичных случаях МСТ продолжается от четырех до шести месяцев, а поддержка доступна 24 часа в сутки семь дней в неделю. Каждый терапевт, специализирующийся на МСТ, ведет одновременно от трех до пяти молодых людей. Ожидается, что схему работы удастся адаптировать таким образом, чтобы служба поддержки была доступна в удобное для пользователей время или могла реагировать на кризисные ситуации.

Было продемонстрировано, что МСТ снижает число попыток суицида у детей и подростков. Молодые люди, поступающие в состоянии психиатрического кризиса, были случайным образом распределены для получения МСТ или госпитализации (Huey et al. 2004). До начала терапии, через четыре месяца после включения в исследование, а также после последующего наблюдения в течение года оценивали признаки, указывающие на попытки суицида, суицидальные мысли, депрессивное аффективное расстройство и родительский контроль. Обнаружилось, что МСТ намного более эффективно, чем экстренная госпитализация, снижает частоту попыток суицида. У молодых людей, получающих МСТ, наблюдали более выраженное снижение симптомов с течением времени. Вместе с тем, исследуемая группа включала молодых людей с психическими отклонениями и агрессией, а также со склонностью к суициду и самоповреждениям, поэтому популяция не полностью соответствовала оцениваемому исходу (Институт передового опыта в области социального обеспечения, 2005 г.).

Семейная терапия

Поскольку дети растут в семьях или альтернативных формах семьи, многие проблемы можно решить в контексте семьи. Семейная терапия основана на принципах системного или контекстуального подхода (Woolley 2006). Наибольшей популярностью пользуются стратегическая семейная терапия и структурная семейная терапия, однако применяют и такие методы, как нарративная терапия, педагогическая психотерапия, поведенческая терапия и миланская семейная терапия. В стратегической семейной терапии применяют такие методы, как оспаривание жестких или отсутствующих границ, нарушение внутрисемейного равновесия путем временного объединения с одним членом семьи против других, а также выполнение домашних заданий, направленных на восстановление иерархии (Asen 2002).

В рандомизированных контролируемых исследованиях не была продемонстрирована более высокая эффективность семейной терапии у молодых людей, наносящих себе повреждения, по сравнению с другими вмешательствами (Senior 2003). Однако, поскольку дисфункциональная

семья и плохие взаимоотношения в семье являются предикторами персистирования самоповреждающих действий, здравый смысл говорит о том, что семейная интервенция в сочетании с другими подходами может оказаться эффективной. Имеются данные, свидетельствующие о том, что дисфункциональная семья и недостаточный уровень взаимодействия между членами семьи ассоциируются с самоповреждениями (Kerfoot et al. 1995; Kerfoot et al. 1996; Harrington 2001; Chitsabesan et al. 2003).

Во многих литературных источниках упоминается о том, что семейная терапия или вовлечение семьи являются важным компонентом терапии молодых людей со склонностью к суициду. Нередко сообщается о дисфункциональных семьях, а также об отсутствии понимания суицидального поведения и осведомленности о нем. Некоторые теоретики пропагандируют дидактические вмешательства, когда родителям помогают понять дилеммы молодого человека, используя психолого-педагогический подход.

Harrington и соавторы (1998b) применяли кратковременную семейную интервенцию, направленную на недостаточный уровень коммуникации и трудности с решением проблем. Специалисты по семейной психотерапии могут работать со всей семьей или с определенной подгруппой, например, с матерью и дочерью. Однако в семье может отсутствовать мотивация или приверженность терапии, что еще больше затрудняет работу. Kolko и Brent (1988) отмечали важность комбинирования индивидуальной психотерапии и семейного системного подхода в лечении молодых людей со склонностью к суициду.

На данный момент группа ученых из Лидса планирует SHIFT (Self-Harm Intervention Family Therapy, интервенционная семейная терапия при самоповреждениях) — крупное многоцентровое исследование 12-недельной программы мануализированной терапии, целью которой является предотвращения повторных эпизодов самоповреждения. Программа обсуждается в главе 10. Хотя имеется множество сообщений о тесной корреляции между дисфункциональной семьей и самоповреждениями, семейная терапия сама по себе редко эффективна и рекомендуется не всем подросткам, особенно старшего возраста.

Краткосрочная терапия, ориентированная на решение

Краткосрочная терапия, ориентированная на решение (КТОР), направлена скорее на формирование решений, чем на решение проблем (Iverson 2002). В небольшом количестве исследований были продемонстрированы положительные исходы у детей и людей молодого возраста (Zimmerman et al. 1996; Lethem 1994; Rhodes and Ajmal 2004). Цель КТОР — вызвать изменение и помочь молодому человеку осознать его причину.

По мнению Iverson (2002), с помощью шкалы от одного до десяти можно отследить улучшения и объяснить, чем они вызваны. Сравнение оценок, данных молодыми людьми и их родителями или опекунами, помогает понять какие в семье взаимоотношения, как воспринимают и преодолевают трудности.

Групповая терапия

Групповая терапия основана на предположении, что проблемы детей развиваются в сети взаимоотношений и в социальном контексте. Взаимоотношения изучают как часть динамичного процесса. Дети и молодые люди способны обсуждать проблемы, отождествлять себя с другими и делиться стратегиями по разрешению конфликтов и выходу из стрессовых ситуаций (Woolley 2006).

Групповую терапию применяют у молодых людей с самыми разными проблемами (Scheidinger and Aronson 1991), однако ее редко используют у подростков, наносящих себе повреждения. В ходе программы групповой терапии для подростков, неоднократно наносивших себе повреждения, обнаружилось, что групповая терапия более эффективно снижала число эпизодов самоповреждений, чем рутинная терапия (Wood et al. 2001). На сегодняшний день большинство методов лечения фокусируются на индивидуальной терапии. Отчасти это можно объяснить опасениями, что собравшиеся вместе молодые люди со склонностью к суициду будут «заражать» друг друга или имитировать самоповреждения. Кроме того, для терапевтов, специализирующихся в этой области, имеется недостаточно программ тренинга.

Хотя в некоторых случаях психотерапевты рекомендуют исключать из групп людей со склонностью к суициду, отсутствуют данные, которые указывали бы негативные последствия групповой терапии. Молодые люди стремятся относить себя к какой-либо группе. Практика свидетельствует о том, что молодые люди, наносящие себе повреждения, идентифицируют себя друг с другом и нередко формируют тайные группы. С развитием социальных сетей и других интернет-ресурсов стали появляться виртуальные группы людей, наносящих себе повреждения, однако неизвестно каким образом это влияет на частоту случаев самоповреждений и суицида (WHO 2000a; Whitlock et al. 2006).

Судя по отзывам молодых людей, их больше привлекает групповая терапия. Они отмечают много положительных моментов, в том числе уменьшение чувства изолированности и повышение социальной интеграции. Групповую терапию, как и многие другие виды терапии, можно сочетать с другими методами. Согласно рекомендациям NICE по самоповреждениям (NICE 2004a), молодым людям можно предлагать развивающую групповую психотерапию. В США была также продемонстрирована перспективность групповой диалектической поведенческой терапии у подростков со склонностью к суициду (Miller et al. 2007). Оба вида терапии включают групповые программы, которые используют дополнительно к другим подходам.

Психофармакологические вмешательства

В лечении пациентов, наносящих себе повреждения, можно применять психотропные препараты, особенно при наличии подтвержденных сопутствующих заболеваний, например, симптоматики состояния тревоги, психоза и депрессии. Вместе с тем, целесообразность терапии психоактивными препаратами у детей и людей молодого возраста сомнительна. Учитывая высокую токсичность и фатальные последствия при передозировке некоторых препаратов, применять их у молодых людей со склонностью к суициду следует с осторожностью. Rettersol (1993) сообщил о повышении частоты случаев передозировки антидепрессантов при лечении пациентов со склонностью к суициду. С другой стороны, Reynolds и Mazza (1993) продемонстрировали эффективность антидепрессантов в отношении снижения частоты появления суицидальных идей у взрослых.

У подростков препаратом выбора нередко являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), поскольку у них меньше побочных эффектов и они более безопасны при передозировке. Вместе с тем, согласно результатам систематического обзора, проведенного Whittington и соавт. (2004), при использовании СИОЗС, кроме флуоксетина, у детей и молодых людей риски перевешивают пользу. Согласно рекомендациям NICE по депрессии у детей и молодых людей, пациентов, которым назначены антидепрессанты, необходимо тщательно контролировать на предмет появления суицидального поведения, самоповреждений или враждебности (National Collaborating Centre for Mental Health 2005).

Хотя в ходе систематического обзора по вмешательствам при повторных эпизодах самоповреждений у взрослых (Hawton et al. 1998b) были получены данные в поддержку применения депо-форм флупентиксола, данные в пользу применения этого препарата у людей молодого возраста отсутствуют. Поскольку целесообразность применения инъекционных форм антипсихотических препаратов с замедленным высвобождением у молодых людей даже более сомнительна, чем применение пероральных форм антидепрессантов, эти препараты редко рассматривают в качестве терапии первой линии у молодых людей, наносящих себе повреждения, конечно, если только самоповреждения не сочетаются с психозом (Prymachuk and Trainor in press).

В рандомизированном контролируемом исследовании, проведенном недавно в Манчестере и Кембридже (Goodyer et al. 2007) не было обнаружено преимуществ КБТ в сочетании с антидепрессантами из группы СИОЗС по сравнению с монотерапией СИОЗС. Это исследование вызвало продолжающиеся до сих пор дискуссии среди клиницистов и исследователей о применении антидепрессантов и психотерапии у детей и подростков (Cotgrove 2007; Timimi 2007).

Комплементарная терапия

Данных о влиянии комплементарной терапии на частоту самоповреждений и суицидальное поведение недостаточно. Люди нередко сообщают о том, что можно ослабить стресс с помощью

массажа, медитации, ароматерапии и гомеопатии, а креативная терапия, например, с помощью рисования, музыки или танцев помогают самовыразиться, сформулировать мысли и чувства и управлять стрессом (SANE 2007).

Выводы

В Великобритании и США оценка и лечение подростков, наносящих себе повреждения и склонных к суициду изучаются недостаточно. Было проведено большое количество исследований по изучению эпидемиологических факторов и индикаторов риска, однако данных о методах лечения с подтвержденной эффективностью немного.

Некоторые из перспективных методов индивидуальной терапии освещены в данной главе. За последние десять лет количество вмешательств значительно возросло, однако в Великобритании и США отсутствует стандартная терапия, которая превосходила бы другие методы лечения. Очевидно, что необходимы высококачественные продольные исследования с участием молодых людей, наносящих себе повреждения и входящих в группу риска по суициду. Используя вмешательства, не имеющие доказательной базы и не приводящие к хорошим результатам у детей и молодых взрослых, можно зря потратить время и деньги и упустить возможности.

8 Вовлечение родителей и опекунов

Основные положения:

- Во многих отчетах подчеркивается, что участие родителей зачастую крайне неадекватно, а иногда родители исключаются из профессионального ухода и решений о лечении на самом базовом уровне.
- Если ребенок или молодой человек не желает, чтобы его родители или опекун принимали участие, следует приложить все усилия, чтобы вникнуть в ситуацию и понять причины этого. Не для оказания давления, а для того, чтобы узнать, можно ли предпринять какие-либо шаги для устранения причин, по которым молодой человек может не желать участия своих родителей или опекунов.
- Наблюдать или осознавать, что ребенок причиняет себе вред и подвергает свою жизнь риску, может быть очень неприятно для окружающих. Поэтому важно устранить последствия такого поведения для родителей, опекунов и других членов семьи.
- Естественной реакцией родителей или опекунов часто является желание защитить и взять ситуацию под контроль. Однако иногда это может быть контрпродуктивным, и иногда им может потребоваться поддержка, чтобы грамотно сбалансировать ситуацию.
- Чувство беспомощности может повлиять на поведение родителей и их вмешательство, в результате чего они могут чувствовать себя парализованными. Многие описывают ощущение, что они «будто ходят по яичной скорлупе» или «находятся в заложниках», и опасаются устанавливать ограничения и границы. В результате родители чувствуют себя бессильными, тревожными и обеспокоенными. Эти опасения могут усугубляться отсутствием информации и поддержки со стороны некоторых специалистов здравоохранения.
- Когда родители или опекуны принимали непосредственное участие в уходе за своим сыном или дочерью и их лечении, важно попросить их рассказать об этом опыте. Это делается для того, чтобы специалисты могли проанализировать, чувствуют ли родители и опекуны, что к ним прислушиваются, что их мнение учитывается и что они были должным образом вовлечены в процесс.

Введение

В зависимости от различного организационного или общественного контекста, в котором взрослые вступают в контакт с молодыми людьми, которые причиняют себе вред, степень и масштаб участия родителей и опекунов могут быть разными. Однако важно помнить о том, что некоторым сначала может показаться очевидным – у большинства детей и молодых людей есть родители или опекуны, и многие захотят, чтобы они в той или иной степени были вовлечены.

В этой главе рассматриваются некоторые примеры того, как родители или опекуны могут быть надлежащим образом вовлечены, когда их сын или дочь склонны к суициду или причиняют себе вред. В ней рассматриваются некоторые ключевые вопросы, которые необходимо учитывать, а также обсуждаются некоторые более сложные вопросы, которые могут возникнуть в процессе работы.

Политический контекст

Участие родителей или опекунов в принятии решений по уходу и лечению лежит в основе модернизации NHS (Национальной службы здравоохранения Великобритании) и входящих в нее структур, организаций и служб. Национальная программа услуг по охране здоровья детей, молодежи и материнства включает подробный стандарт поддержки родителей и опекунов (Министерство здравоохранения, 2004). В ней изложены требования к совместной работе служб, чтобы родители и опекуны были должным образом вовлечены, имели доступ к соответствующей

информации и получали поддержку, в которой они нуждаются, чтобы заботиться о своих детях и удовлетворять их потребности.

Консультативная служба здравоохранения отмечает, что родители подростков часто являются последней группой, которую рассматривают как ресурс, тем не менее они чаще, чем любая другая группа взрослых, становятся первыми, кому доверяет ребенок или молодой человек (Консультативная служба здравоохранения 1994). В последние годы повысился профиль «вовлечения», и организации NHS разработали стратегии вовлечения общественности и пациентов (ВОП). Это принимает различные формы, включая наем пользователей услуг и лиц, осуществляющих уход, которые вносят свой вклад в планирование, реализацию и оценку деятельности организации.

Что мы подразумеваем под родительским участием?

Важно обсудить, что мы подразумеваем под вовлечением родителей и опекунов. В то время как большинство детей и молодых людей живут с членами семьи, некоторые находятся под опекой местных властей. В этой главе термин «опекун» используется для обозначения взрослого, несущего ответственность за ребенка или молодого человека. Это может включать родительскую ответственность или более общую ответственность за благополучие или благосостояние ребенка. Конечно, у многих детей и молодых людей есть родители и опекуны. Сюда входят те, кто находится в учреждениях временного ухода или живет вдали дома в больнице. Такой уход обеспечивается взрослым в роли заместителя родителей.

Важно понимать, что вовлечение само по себе не является конкретным видом деятельности. Скорее, это процесс, который относится к ряду различных вмешательств, которые различаются по частоте и интенсивности в зависимости от рассматриваемой проблемы.

Почему важно вовлекать родителей?

Несмотря на то, что важно четко сформулировать согласие и конфиденциальность, необходимо, чтобы специалисты и другие взрослые использовали любую возможность для надлежащего привлечения родителей, где бы ни жил или получал услуги их ребенок или подросток. Это связано с тем, что большинство детей и подростков живут с одним или обоими родителями, и вовлечение их в заботу о детях в той или иной мере является вопросом здравого смысла. Кроме того, в крупномасштабном исследовании жизненного опыта молодых людей поддержка со стороны семьи была определена как ключ к общему благополучию (Prince's Trust 2009).

Исследования здоровья и благополучия детей показывают, что у британской молодежи одни из худших отношений с родителями в Европе (ЮНИСЕФ 2007). При исследовании 100 молодых людей, госпитализированных в больницу после эпизода самоповреждения, 47 процентов определили серьезные разногласия с родителями в течение предыдущих 24 часов как главную причину их самоповреждения (Kerfoot 1988). Это говорит о том, что отношения молодого человека со своими родителями или опекунами могут быть напрямую связаны с их суицидальным или самоповреждающим поведением. Следовательно, участие родителей, вероятно, будет необходимо для понимания и решения связанных с этим трудностей.

В главе 5 подчеркивается важность сбора информации из различных источников. Это должно помочь профессионалу сформулировать свое понимание суицидального поведения или самоповреждения у молодого человека. Родители и опекуны обычно знают своих детей гораздо лучше, чем специалисты, и часто имеют свое мнение о том, с чем связано самоповреждение или суицидальное поведение их сына или дочери. Родители также могут предоставить историю развития ребенка, которая иногда имеет решающее значение для определения того, когда у молодого человека начались трудности и как они развивались. Несмотря на вопросы конфиденциальности, важно узнать их мнение.

Как мы можем должным образом привлечь родителей и опекунов?

Несмотря на очевидные принципы, которые обсуждались до сих пор, в многочисленных отчетах подчеркивается, что участие родителей зачастую организовано крайне неадекватно. Слишком часто родители исключаются из профессионального ухода и решений о лечении на самом базовом

уровне. И это несмотря на четкие сообщения в исследованиях и программных документах о том, что участие родителей имеет ключевое значение.

Некоторые организации пытались разрешить эту ситуацию, публикуя стратегии вовлечения и поддержки родителей на всех уровнях планирования и предоставления услуг. Сила родителей (Parent Power) — это родительский план Теймсайда, направленный на расширение возможностей родителей уязвимых детей, включая тех, кто склонен к суициду или причинению себе вреда. Признавая, что некоторым родителям требуется дополнительная поддержка, у стратегии есть ключевые приоритеты, включая эмоциональное здоровье и благополучие.

Сила Теймсайда, стратегия Силы родителей и план действий

- 1 Во всех планах услуг для детей и подростков и их семей должно быть указано, как в них будут включены родители и какую поддержку они получат.
- 2 Службы признают свою роль в поддержке родителей, отображая свое положение в системе поддержки родителей, чтобы отразить различные уровни поддержки, которые требуются родителям.
- 3 Поддержка родителей будет разработана и предоставлена для удовлетворения их потребностей.
- 4 Родители узнают о том, что им доступно.
- 5 Разработайте местную модель проведения курсов для родителей и неформальной поддержки.
- 6 Подготовьте квалифицированный и знающий персонал для оказания качественной поддержки родителям.
- 7 У родителей есть возможность влиять на услуги для детей и молодежи.
- 8 Поддержка и участие родителей адекватно финансируются.
- 9 Поддержка и участие родителей отслеживаются и оцениваются.

(Стратегическое партнерство для детей и молодых людей Теймсайда,
Thameside Children and Young People Strategic Partnership, 2008)

Достижение баланса

Людам, причиняющим себе вред, следует разрешить, если они того желают, находиться в сопровождении члена семьи, друга или адвоката во время оценки или процесса лечения (NICE 2004a). Действительно, многие дети и молодые люди хотят, чтобы их родители присутствовали, особенно во время первоначальной оценки. Однако молодым людям всегда должна быть предоставлена возможность говорить в одиночку. Это сделано для сохранения конфиденциальности и позволяет обсуждать вопросы и проблемы, которые напрямую связаны с членами семьи и отношениями.

Время, проведенное наедине с собой, очень важно, так как есть некоторые вещи, которые вы не хотели бы говорить в присутствии родителей. Вы можете бояться говорить определенные вещи, так как это может вызвать споры, когда вы вернетесь домой.

Лорен, 17 лет

Некоторые услуги разработаны и организованы таким образом, что родители напрямую участвуют в процессе оценки и лечения или терапии. Например, в специализированных центрах CAMHS (службы психического здоровья для детей и подростков в Великобритании) родители обычно присутствуют, по крайней мере, на некоторых начальных оценках, а в некоторых случаях и на последующих сеансах лечения. Хотя с молодым человеком могут проводиться индивидуальные занятия или групповая работа, могут быть организованы занятия для родителей, или работа может включать в себя семейную терапию, встречи с частью или со всей семьей.

Всегда важно внимательно изучить взгляды на обмен информацией. Если ребенок или подросток не хочет, чтобы его родители или опекуны участвовали в принятии решений по поводу его самоповреждения, необходимо приложить все усилия, чтобы полностью понять причины этого. Не для оказания давления давление на ребенка или молодого человека с целью вытащить информацию, которой они не хотят делиться, а для того, чтобы узнать, можно ли предпринять какие-либо шаги для устранения причин, по которым молодой человек может не желать участия своих родителей или опекунов. Это требует тщательного баланса между запросом и уважением к частной жизни, и на молодых людей никогда не следует оказывать давление при принятии решений, касающихся родителей и опекунов.

Когда родители отказываются участвовать

Не всегда молодые люди решают, что они не хотят, чтобы их родители были вовлечены. Иногда родители сами предпочитают не участвовать в процессе и отказываются сотрудничать с молодым человеком или специалистом, который просит их внести свой вклад в процесс оценки или терапии. Возможно, это и неудивительно, но исследования показали, что молодые люди, родители которых отказываются сотрудничать, с большей вероятностью повторяют самоповреждение. Отказ разрешить молодому человеку вернуться домой после лечения в больнице по поводу самоповреждения или отказ убрать лекарства из легкодоступного места – оба фактора риска для дальнейшего самоповреждения. Иногда это может быть первоначальная реакция родителей, поскольку им трудно справиться со своими собственными чувствами и ставить потребности своего ребенка на первое место. В других случаях такое нежелание сотрудничать представляет собой серьезный сбой в воспитании ребенка, и иногда необходимо проинформировать социальные службы, которые могут принять участие в процессе.

Педиатр и детский психоаналитик Дональд Винникотт (Donald Winnicott) ввел термин «достаточно хорошая мать» для обозначения того, кто обеспечивает безусловную любовь, заботу и стабильность для своего ребенка. Это включает в себя физическое и эмоциональное воспитание и защиту, такие как тепло и похвала, для того чтобы их ребенок вырос в здорового, защищенного взрослого. «Достаточно хороший» родитель контрастирует с нереалистичным и бесполезным представлением об «идеальной матери» (Winnicott 1965). Подавляющее большинство родителей считаются «достаточно хорошими» и способны удовлетворить потребности своего ребенка. Однако некоторым приходится нелегко, и, возможно, они не получили того, что они считают достаточно хорошим воспитанием. У них может быть идея, что они хотят быть другими, но последовательное воплощение этих идей в жизнь может быть затруднено.

Совместное обсуждение трудных ситуаций

Родители часто беспокоятся о том же, что и молодой человек. Например, они могут быть обеспокоены своим плохим настроением в течение некоторого времени или переживать, что дружеские отношения становятся напряженными. Возможно, они вместе думали о помощи или, возможно, уже обращались за помощью в специализированные службы. В других случаях родители могут совершенно не знать о самоповреждении своего ребенка или о его суицидальных намерениях. Они могут выразить удивление или огорчение по поводу того, что все казалось нормальным. Олдершоу (Oldershaw, 2008) описывает, как родители и молодые люди иногда разделяют двойственное отношение к поиску помощи, вместе надеясь, что проблемы разрешатся сами собой.

Важно собрать воедино информацию, предоставленную молодым человеком и его родителями или опекунами. Это поможет разобраться как в самоповреждении, так и в основных факторах. Если рассказы родителей о самоповреждении очень похожи на рассказы молодых людей, это может свидетельствовать о том, что они поддерживают друг с другом тесные, заботливые отношения. Однако часто это не так, и рассказы могут существенно отличаться. Молодой человек мог некоторое время демонстрировать свое горе, но родитель мог этого не замечать. Нередко молодые люди скрывают свои переживания и самоповреждение. Действительно, судя по всему, самоповреждение могло произойти «ни с того ни с сего», а не в контексте других проблем, о которых родители могли знать.

Молодых людей часто можно поддержать, чтобы они привлекли своих родителей к пониманию и решению проблемы причинения себе вреда. Это не обязательно должна быть ситуация по принципу «все или ничего». Они могут согласиться обсудить вместе основные вопросы, такие как предупреждающие признаки того, что они испытывают трудности, или стратегии, помогающие обеспечить их безопасность, но сделать некоторые исключения в обмене информацией. Например, они могут считать, что вещи, которые они хотят сохранить в тайне, малозначимы или не имеют никакого отношения к текущей ситуации. Например, они могут курить или вступать в сексуальные отношения и требовать сохранения конфиденциальности этой информации.

Иногда молодые люди соглашаются, что их родители должны знать о нанесении себе вреда, но не хотят, чтобы они знали, как давно это происходит. В других случаях они могут согласиться только на минимальное участие, которое может включать знание о том, что их сын или дочь посещают сеансы терапии, чтобы поговорить с кем-то. Иногда молодые люди вообще отказываются от участия родителей, даже если их проинформируют о том, что они получают помощь или нуждаются в ней.

Как могут себя чувствовать родители

Важно работать с последствиями самоповреждения для родителей, опекунов и других членов семьи. Наблюдать или осознавать, что ребенок причиняет себе вред и подвергает свою жизнь риску, может быть очень неприятно для окружающих. Руководящие принципы NICE (Национального института охраны здоровья и совершенствования медицинской помощи Великобритании) по самоповреждению советуют профессионалам оказывать эмоциональную поддержку и помощь, если это необходимо, родственникам или опекунам людей, которые причинили себе вред (NICE 2004a).

Помимо получения дополнительной информации, которая поможет составить более полную картину причинения себе вреда или суицидального поведения, важно дать родителям возможность выразить свои чувства и изучить, как это может повлиять на выздоровление молодого человека. Гнев, самообвинение и беспомощность были описаны как реакция родителей на самоповреждение их сына или дочери (Raphael et al. 2006). Взгляды родителей на самоповреждение их ребенка широко не публиковались. Одно исследование пришло к выводу, что родители часто замечают признаки самоповреждения на раннем этапе, но нуждаются в дополнительной помощи и поддержке, чтобы справиться с ними (Oldershaw 2008).

Бирн и др. (Byrne et al., 2008) провели исследование для выявления потребностей в поддержке родителей и опекунов молодых людей, которые причинили себе вред. Фокус-группы выделили следующие темы как важные:

- поддержка
- информация о самоповреждении
- навыки для родителей
- работа с будущими инцидентами
- связь
- отношения
- дисциплина.

Восьминедельная группа для родителей под названием SPACE была создана на основе исследования, направленного на рассмотрение этих ключевых тем (Byrne et al. 2008).

Другое исследование, в котором участвовали родители молодых людей, посещающих CAMHS, для поддержки при повторяющихся самоповреждениях, показало, что родители испытывали чувства шока, разочарования, вины, страха, печали и чувства потери (Oldershaw et al. 2008). Исследователи обнаружили, что родители получили пользу от советов и поддержки, индивидуальной или групповой, чтобы помочь им справиться с самоповреждением ребенка. Они отметили, что даже те, кто ранее знал о самоповреждении и осознавал проблемы, изо всех сил пытались примириться и управлять поведением своего собственного ребенка.

Эту амбивалентность необходимо обсудить вместе с другими родительскими чувствами, чтобы

помочь и поддержать родителя и оказать как можно более полезное влияние на молодого человека. Например, непосещение приемов может быть связано как с амбивалентностью родителей, так и с неуверенностью самого ребенка или молодого человека.

Шок и страдание

Выслушать человека, который находится в расстроенных чувствах, даже для профессионалов может быть чрезвычайно сложной и неприятной задачей, и именно поэтому существуют профессиональные системы, такие как клиническое наблюдение. Несомненно, самоповреждение или суицидальное поведение сына или дочери может быть очень травмирующим для родителей. Родители часто бывают опустошены, когда их ребенок причиняет себе вред в результате передозировки или самоповреждения, например порезов или ожогов. Часто их естественная реакция – желание защитить и взять ситуацию под контроль. Однако иногда это может быть контрпродуктивным.

Я не могу поверить, что моя дочь сделала это, мысль о том, что она режет себя, заставляет меня плакать. Я воспитывала ее, чтобы защитить от вреда, и теперь это происходит.

Энджи

Как бы трудно это ни было, важно, чтобы родители или опекуны с пониманием и поддержкой относились к самоповреждению ребенка. Это непростая задача, и некоторые родители просто не могут справиться с тем, что кто-то, кого они любят, причиняет себе вред. Отношения родителей со своим ребенком отличаются от отношений профессионала с ребенком, и родители часто нуждаются в поддержке, чтобы оставаться спокойными и справляться со своими чувствами огорчения и горя. Это необходимо для того, чтобы они были полезны, а не усугубляли ситуацию.

Беспомощность

Родители часто сообщают, что чувствуют себя бессильными, беспомощными и неспособными контролировать ситуацию, когда их ребенок причиняет себе вред. В исследовании Рафаэля (Raphael, 2006) родители выразили обеспокоенность по поводу того, как справиться со своим ребенком после выписки из больницы, и были обеспокоены возможностью будущих инцидентов. Некоторым родителям трудно ставить потребности ребенка выше собственных. Стремление сына или дочери к самоповреждению может резонировать с прошлым опытом родителей и вызывать сильные негативные чувства. Например, прошлый опыт издевательств или жестокого обращения может вновь пробудить в родителях или опекунах чувство беспомощности, бессилия и потери контроля.

Родители многое узнали о том, как быть родителями, на собственном опыте детства и заботы своих родителей. Некоторым полезно поразмышлять о том, как они были воспитаны. Это позволяет им рассматривать альтернативы, вносить коррективы и пересматривать или анализировать стратегии воспитания. Родителям важно осознавать свои собственные проблемы и отделять их от проблем сына или дочери. Осознание этих процессов означает, что родители могут учитывать их, а часто достаточно осознания того, что это разные люди в разных обстоятельствах.

Чувство беспомощности может повлиять на поведение родителей и их вмешательство, они будут чувствовать себя парализованными. Многие описывают ощущение, что они «будто ходят по яичной скорлупе» или «находятся в заложниках», и опасаются устанавливать ограничения и границы. В результате они чувствуют себя бессильными, тревожными и обеспокоенными. Эти опасения могут усугубляться отсутствием информации и поддержки со стороны некоторых специалистов здравоохранения. Однако установление соответствующих правил и обеспечение постоянных границ, создающих чувство безопасности, защищенности и сдерживания, являются важной частью роли родителей в отношении молодого человека, который склонен к самоубийству или причиняет себе вред. Но для некоторых родителей или опекунов это не так просто, как кажется, и им может потребоваться профессиональная поддержка.

Исключение

Некоторые молодые люди не хотят, чтобы их родители принимали участие, а другие хотят лишь минимального участия. Хотя осознанные решения молодых людей необходимо уважать, родители

могут чувствовать себя изолированными и задаваться вопросом, что беспокоит их сына или дочь. Как мы уже говорили ранее, при переходе от детства ко взрослой жизни происходит переход от зависимости к независимости, при этом все большее значение придается группе сверстников, а не родителям или опекунам. Часто это может включать полное отстранение родителей от всего личного и частного.

Мы также слышали, что многие молодые люди по-прежнему неоднозначно относятся к участию родителей, и некоторые из них нуждаются в заверениях, что их родители доступны для таких разговоров, даже если они, возможно, не хотят признавать это. Следовательно, участие родителей и опекунов следует рассматривать как эволюционный процесс. Опять же, это делается не для того, чтобы убедить молодых людей поделиться информацией, которую они не хотят разглашать, а для того, чтобы признать, что юность — это переходный период, и молодые люди часто меняют свое мнение.

Родителей можно успокоить, услышав, что их попытки поддержать сына или дочь не являются чем-то необычным. Бывает полезно услышать, что игнорирование в течение нескольких часов подряд или роль источника всех проблем в мире — это нормальная ситуация в процессе воспитания подростка. Нет ничего необычного в том, что подростки проводят часы в одиночестве в своих комнатах или погружаются в кибер мир, или используют дом как гостиницу, приходя поесть и ожидая исполнения любых своих прихотей. Вполне понятно, что родители молодых людей, которые причиняют себе вред, часто с этим борются. Очевидно, что они по-прежнему должны заботиться о своем ребенке физически, но, столкнувшись с самоповреждением, которое обычно является признаком стресса, они исключаются эмоционально.

Молодые люди — не эксперты в решении проблем. Они все еще экспериментируют с разными путями их решения и развитием отношений и иногда ошибаются. В отличие от взрослых, на их стороне нет большого жизненного опыта, и здесь родители могут поддержать их. Родителей часто успокаивает, когда они слышат, что изоляция может быть совершенно нормальным явлением.

Выбор Керри

Керри, 15 лет, приняла десять таблеток парацетамола после экзаменов и ссоры со своим парнем. Она сама вызвала скорую помощь и была госпитализирована. Родители Керри уехали на выходные, а она осталась дома со своим 19-летним братом.

Никто из ее семьи не знает о передозировке, и Керри непреклонна, она не хочет, чтобы они знали. По состоянию здоровья она годна к выписке.

Специалист и Керри обсуждают причины, по которым Керри не хочет, чтобы ее родители знали о передозировке, и почему специалист считает, что ее родители должны знать — Керри живет со своими родителями, они заботятся о ней, они помогают ей решать проблемы в школе с экзаменами и поддержали ее во время расставания с бойфрендом.

Керри говорит, что чувствует себя глупо и подорвала доверие родителей. Она говорит, что передозировка была импульсивной. Она сообщает, что никогда раньше не делала ничего подобного и непреклонна в том, что больше не причинит себе вреда. Она хочет, чтобы никто не знал, и теперь просто хочет жить своей жизнью.

Суммируя все факторы вместе, результаты оценки риска показывают, что Керри находится в низком риске дальнейшего самоповреждения или самоубийства.

В таких ситуациях, как у Керри, специалисты всегда должны стараться привлечь родителей к уходу за их дочерью или сыном, поскольку это признано лучшей практикой вовлечения молодых людей и семей или опекунов. Хотя дилемма, связанная с выбором Керри, существует, в большинстве случаев молодых людей, занимающихся самоповреждением, можно убедить признать важность поддержки со стороны ответственного взрослого и согласиться с тем, что родители должны быть вовлечены в процесс.

Однако, когда молодой человек отказывается от участия родителей, специалистам необходимо:

- a. Оценить, является ли ребенок или молодой человек компетентным или способным к самостоятельным действиям. Это обсуждается далее в главе 11.
- b. Провести индивидуальную оценку рисков и потребностей, которая может указывать на низкий, средний или высокий риск дальнейшего самоповреждения, а затем разработать надежный план управления ситуацией. Это обсуждается в главах 5 и 6.
- c. Подумать о благополучии ребенка или молодого человека. Если есть опасения по поводу безопасности и считается, что молодому человеку угрожает значительный вред, то конфиденциальность может быть нарушена независимо от того, насколько дееспособен молодой человек.

Часто у таких дилемм нет однозначных решений. Для специалистов важно сбалансировать право молодых людей на конфиденциальность с принципом участия родителей в здоровье и благополучии своего ребенка. Это делается в контексте безопасности и благополучия ребенка. Хотя многие родители знают закон и могут оценить права своего ребенка, понятно, когда некоторые из них находят эту ситуацию сложной и считают, что имеют право знать, что происходит с их сыном или дочерью. Эти вопросы обсуждаются далее в главе 11.

Вовлечение родителей в управление рисками

Обсуждения и решения относительно участия родителей всегда должны происходить в контексте терапевтических отношений между молодым человеком и специалистом. Это создает основу для доверия, честности и уважения, благодаря которой часто можно достичь сотрудничества и согласия.

Однако есть исключения в отношении степени сотрудничества, ограничений конфиденциальности и обстоятельств, при которых право молодого человека на конфиденциальность может быть нарушено. Здесь риски отказа от обмена информацией считаются слишком высокими, а сохранение конфиденциальности может привести к значительному ущербу. Благополучие ребенка превыше всего, поэтому необходимо четко разъяснить подростку границы конфиденциальности.

На практике это означает, что, если человек безопасно причиняет себе вред и вряд ли может причинить себе какой-либо значительный вред, его конфиденциальность может не нарушаться. И напротив, существуют обстоятельства, при которых у молодого человека, который активно склонен к суициду, может быть нарушено его право на конфиденциальность, и информирование других, включая родителей или опекунов, необходимо как часть плана управления рисками.

Если молодой человек точно планирует покончить жизнь самоубийством, участие его родителей или опекунов имеет решающее значение. Это необходимо для минимизации рисков, обеспечения безопасности молодого человека и, по возможности, решения основных проблем, чтобы помочь уменьшить суицидальные чувства. Мнения родителей по этому поводу, а также мнения молодого человека и специалистов занимают центральное место. Необходимо реализовать письменный план работы с ситуацией, и, если риски при управлении в сообществе считаются слишком высокими, план может предусматривать госпитализацию в стационар.

Помочь сохранить безопасность молодого человека

Родители должны играть ключевую роль в обеспечении безопасности ребенка или подростка. Чем больше беспокойства по поводу риска и безопасности, тем больше вероятность того, что родители должны быть полностью вовлечены. План работы с ситуацией после самоповреждения ставит своей главной целью безопасность. Родители должны участвовать в снижении риска дальнейшего самоповреждения, и это будет включать в себя распознавание признаков стресса, общение и специальные меры, такие как безопасное хранение лекарств. Это один из наиболее эффективных способов снизить риск дальнейшего самоповреждения или самоубийства.

В рекомендациях NICE (Национального института охраны здоровья и совершенствования медицинской помощи) по самоповреждению указано, что начальное лечение должно включать в себя информирование лиц, осуществляющих уход, о необходимости убрать все лекарства или

другие средства самоповреждения, доступные ребенку или молодому человеку, который причинил себе вред (NICE 2004a). Родителям также может потребоваться быть более бдительными, необязательно находиться с молодым человеком 24 часа в сутки, но проверять, все ли с ним в порядке, и регулярно наблюдать за ним.

Работа с напряженной ситуацией

Некоторые молодые люди могут рассказать своим родителям или опекунам, что им тяжело. Это может включать заявления о том, что они чувствуют себя небезопасно, или словесные выражения о мыслях и чувствах. Однако иногда требуется поддержать родителей, чтобы они осознали, что молодым людям нелегко выразить словами свои страдания. Здесь могут быть разработаны и согласованы другие способы коммуникации.

Некоторым молодым людям нравится использовать креативные идеи, такие как системы светофоров - вывешивать красный, желтый или зеленый цвет на двери спальни, чтобы показать, все ли в порядке или родителям нужно беспокоиться. Спортивным молодым людям может понравиться футбольная аналогия с использованием красных и желтых карточек, предупреждающих родителей о том, что они нарушили правила или теряют контроль. Для разных молодых людей работают разные системы, и не имеет значения, какая именно используется, если форма общения понятна всем участникам.

Передозировка лекарств

Мы слышали, что подавляющее большинство молодых людей, переживших передозировку, сделали это импульсивно, почти не обдумывая заранее. Часто проблемы накапливаются, молодые люди чувствуют себя подавленными и, столкнувшись с доступностью таблеток, совершают этот поступок. Это одна из нескольких причин, по которым мы не рекомендуем использовать термин «преднамеренно». Часто молодые люди не принимают взвешенного решения о причинении себе вреда, и многие верят, правильно или ошибочно, что таблетки не причинят им вреда. В таких обстоятельствах отсутствие легкого доступа к лекарствам и другим средствам самоповреждения может быть профилактической мерой. Как убедительно выразилась Энн:

Если бы только не было таблеток, я все еще была бы тем же человеком, что и раньше. Вместо этого я всегда буду человеком, который принял передозировку. Мне придется жить с этим всю оставшуюся жизнь.

Энн, 14 лет

Многие родители и молодые люди видят, что такой подход – дело здравого смысла, и соглашаются ограничить доступ к лекарствам в рамках плана работы с ситуацией. Однако специалисты и родители иногда оспаривают логику такого подхода, утверждая, что молодой человек может пойти в магазин и купить таблетки, если захочет. Это действительно так, но похоже, что большинство из них не будет этого делать. Причиной может быть поздняя ночь, или нежелание выходить на улицу, или нежелание тратить свои деньги на таблетки. При наличии препятствий они могут предпочесть заняться чем-то другим. Могут позвонить другу, поиграть за компьютером или послушать музыку, и при этом тяжелый момент может пройти.

Некоторые родители утверждают, что молодой человек должен научиться брать на себя ответственность. Опять же, это правда, но мы должны признать, что многим молодым людям трудно это сделать, поэтому они и занимаются самоповреждением в первую очередь. Такая оценка родителей может отражать их отношение к самоповреждению своего ребенка. Например, они могут злиться на молодого человека и чувствовать, что хотят его наказать. Им может быть трудно показать им свою заботу, хотя зачастую это именно то, что нужно молодому человеку во время стресса.

Порезы

Ограничить доступ к острым предметам сложнее. Молодые люди используют разные вещи, чтобы порезаться, включая бритвы, ножницы, ножи, битое стекло, лезвия точилки для карандашей и осколки пластика. Принцип минимизации вреда следует обсудить с родителями и опекунами, а также с самими молодыми людьми. Нереально и нецелесообразно убирать все острое из дома или

из окружающей среды, в которой живет молодой человек. Однако могут быть определенные предметы, которые молодой человек использует для самоповреждения, и их удаление поможет противостоять любому побуждению порезаться.

Следует также обратить внимание на то, где обычно происходит самоповреждение. Например, если молодой человек обычно режется в своей спальне, имеет смысл не держать там бритвы.

Однако мы знаем от некоторых молодых людей, которые много раз и в течение длительного времени наносили себе порезы, что важно иметь под рукой что-то чистое и неиспользованное другими людьми. Это может быть предпочтительнее, чем найти и использовать что-то грязное, например, осколок битого стекла, и использовать этот предмет в отчаянии. Поэтому, как бы странно это ни показалось родителям, опекунам и некоторым специалистам, удаление всех острых предметов, даже если это было возможно, может быть не самым безопасным делом.

Быть рядом

Просто общение с молодым человеком само по себе является профилактикой. В идеале родители должны иметь возможность поговорить с сыном или дочерью о мыслях и чувствах, но это не всегда возможно. Общение может быть затруднено, и как молодые люди, так и взрослые могут не справляться со своими ролями в отношениях между родителями и детьми, когда требуется эмоциональная поддержка.

Родители нередко не знают, как решать сложные вопросы со своими детьми. Многим нужна поддержка специалистов для выработки стратегии и уверенности в эффективном общении, а для некоторых этот процесс может быть чрезвычайно трудным. Однако просто пребывание рядом с молодыми людьми, занимающимися повседневными делами, может быть достаточным и содержательным само по себе. Часто ночью, когда молодой человек остается один, не с друзьями или менее отвлечен, он более уязвим для самоповреждения.

Иногда, когда молодые люди признаются родителям, описываемые ими заботы и проблемы могут показаться родителям не такими серьезными. Например, их сын или дочь могут говорить о том, что чувствуют себя уродливыми или глупыми, или не вписываются в коллектив в школе. Так же, как важно успокоить их и сказать, насколько они особенные, также полезно посочувствовать тому, насколько плохо чувствует себя молодой человек. Это делается для того, чтобы принять и подтвердить то, что они чувствуют, и не отвергать их.

Помощь родителям

Недавнее исследование показало, что молодые люди, которые живут в неполной семье, подвергаются повышенному риску повторения самоповреждения (Anderson et al. 2009). Причины этого до конца не изучены. Хотя возможно, что молодые люди испытывают чувство утраты или отторжения, родители могут также чувствовать себя менее поддерживаемыми и более напряженными в своей родительской роли.

Есть несколько ключевых вопросов, которые важны для родителей, когда ребенок склонен к суициду или причиняет себе вред. Не в последнюю очередь это попытка понять, почему они вообще причинили себе вред, и это обсуждалось в предыдущих главах. Также есть желание сохранить их в безопасности. Еще один важный вопрос - потребность в поддержке для себя. Хотя они могли получать поддержку в процессе оценки и лечения, поддержка группы сверстников часто бывает чрезвычайно полезной.

Группы поддержки родителей

Поддержка родителей — это любая деятельность или средство, направленное на предоставление информации, советов и поддержки родителям и опекунам, чтобы помочь им в воспитании своих детей. Несмотря на отсутствие регулярной информации, растет понимание того, что группы поддержки родителей могут играть важную роль в поддержке молодых людей, склонных к суициду или самоповреждениям. Группы поддержки могут помочь родителям и опекунам почувствовать себя менее изолированными и предоставить возможность выразить такие чувства, как вину, стыд, гнев и горе. Это происходит на форуме, который обеспечивает поддержку со стороны других родителей, которые могут оказаться в похожих обстоятельствах. Доступность групп поддержки

родителей зависит от места проживания людей.

FLASH (Families Learning about Self-Harm, Семьи, узнающие о причинении себе вреда) в Беркшире — это пример специализированной родительской группы, предназначенной для родителей и опекунов детей старше 11 лет. Это партнерство между специалистами CAMHS (служба психического здоровья для детей и подростков в Великобритании) и универсальными службами, обеспечивающими раннее вмешательство, поддержку родителей и руководство для семей, в которых есть дети, которые причиняют себе вред (Massie 2008).

Письменная информация

Письменная информация может быть полезной для привлечения и, следовательно, вовлечения родителей и опекунов, а также самих молодых людей. Например, можно разработать листовки, информирующие родителей об услугах, на которые они и их ребенок могут рассчитывать. Письменная информация также может указывать на доступные им варианты выбора, в том числе связанные с полом терапевта, местом проведения и моделями лечения или терапии. Должны быть доступны листовки с объяснением самоповреждения. Также доступны некоторые национальные документы, включая Truth Hurts (Правда ранит), которое включает приложение для родителей (Mental Health Foundation и Camelot Foundation 2006).

Устная и письменная обратная связь

Мы видели, что участие родителей и опекунов в принятии решений об уходе и лечении часто имеет решающее значение для поддержки молодых людей, склонных к самоубийству и причиняющих себе вред. Существуют различные способы получения обратной связи от родителей и опекунов, и используемый метод будет зависеть от того, что было согласовано относительно обмена информацией и на каком этапе поддержки или лечения находится молодой человек.

Несмотря на проблемы с согласием, постоянная устная обратная связь во время курса терапии может быть полезна для анализа баланса родительского участия и, возможно, фокуса работы. Это, как правило, конкретные вопросы, возможно, о частоте занятий, содержании или желании привлечь другого члена семьи, например, тетю, дядю или бабушку с дедушкой.

Если родители или опекуны непосредственно участвовали в уходе и лечении своего сына или дочери, полезно получить письменный отзыв об их впечатлениях от услуги. Это делается для того, чтобы специалисты могли проанализировать, чувствуют ли родители и опекуны, что к ним прислушиваются, что их мнение учитывается и что они были должным образом вовлечены в процесс.

Письменный отзыв может помочь определить темы, которые могут положительно повлиять на развитие и улучшение услуг. Например, родители и опекуны часто подчеркивают необходимость письменной информации, такой как листовки о самоповреждении, информации о фармакологических методах лечения и любых доступных им группах поддержки родителей. Другие сообщают о своем опыте стигматизации при обращении за психиатрическими услугами. Они рассказывают о том, как трудно бывает приходить на прием, не зная, чего ожидать, и беспокоясь, что их сын или дочь окажутся в неблагоприятном положении после обращения за услугами по охране психического здоровья. Письменные отзывы могут быть полезны при выявлении пробелов в предоставлении услуг и их устранении в сотрудничестве с родителями и опекунами, менеджерами и уполномоченными.

Другие ресурсы для родителей

RAPYRUS, британская благотворительная организация, занимающаяся предотвращением самоубийств среди детей, подростков и молодых людей, предлагает ряд ресурсов, полезных как для родителей, так и для специалистов. Их публикация «Не только крик о помощи (Not Just a Cry for Help)» предлагает следующие рекомендации, которые могут помочь родителям и опекунам. Они призывают родителей быть БДИТЕЛЬНЫМИ (ALERT):

- Спрашивайте молодых людей о том, как они себя чувствуют (A)
- Слушайте их (L)
- Сочувствуйте им (E)

- Успокаивайте их (R)
- Попробуйте оказать поддержку (T)

Они также советуют родителям и опекунам не ПАНИКОВАТЬ (PANIC):

- Не принижать молодых людей или не делать того, что может ухудшить их самочувствие (P)
- Не отказываться от них или не отвергать любым другим способом (A)
- Не ворчать и не вторгаться в их пространство (N)
- Не игнорировать то, что произошло (I)
- Не критиковать их действия (C).

Еще один полезный ресурс – «Помощь под рукой (Help is at Hand)», разработанный Хавтоном и Симкиным (Hawton and Simkin, 2008) в сотрудничестве с PAPYRUS, Samaritans и другими ключевыми организациями. Его цель – помочь людям, потерявшим близких в результате самоубийства и других внезапных травм. Книга предлагает как практическую, так и эмоциональную поддержку, и в некоторых областях были созданы группы, использующие книгу в качестве шаблона для групповой работы.

Виртуальная поддержка

Подобно детям и молодым людям, родители и опекуны должны иметь возможность получать поддержку разными способами. Некоторые предпочитают поддержку семьи и друзей, а другим нужна поддержка специалиста. Конечно, многим требуется как формальная, так и неформальная поддержка. Также растет количество виртуальных ресурсов для молодых людей, которые причиняют себе вред, и их родителей или опекунов.

Parentline Plus — это национальная благотворительная организация, которая работает для родителей и вместе с ними. Они осознают, что семейная жизнь может быть сложной задачей, и помогают родителям стараться изо всех сил. Они предлагают поддержку по электронной почте, доску сообщений онлайн-сообщества и небольшие телефонные группы, а также индивидуальную групповую работу в некоторых районах страны. Все сотрудники - родители, многие - волонтеры. Их линия гласит: «Мы здесь, потому что инструкции не включены».

Родительское психическое здоровье

Проблемы с психическим здоровьем испытывает каждый четвертый взрослый, и многие из них являются родителями. В зависимости от тяжести симптомов, проблемы с психическим здоровьем могут негативно сказаться на воспитании детей. Важно, чтобы родители с проблемами психического здоровья получали соответствующие услуги по уходу и поддержке, которые им необходимы для выполнения своей родительской роли. Некоторые родители причиняют себе вред, и многие пытались покончить с собой. Некоторые злоупотребляют наркотиками и алкоголем, что также может пагубно сказаться на воспитании детей.

Специалиста CAMHS иногда просят помочь ребенку, чей родитель или опекун причиняет себе вред (Wright and Richardson 2003). Это требует тесного сотрудничества между CAMHS и службами для взрослых, а защита детей должна быть в центре всех вмешательств. Дети в этой ситуации могут ненадлежащим образом выполнять роль «младшего опекуна», и благополучие ребенка всегда должно иметь первостепенное значение. Как и в случае с молодыми людьми, родителям может потребоваться время, чтобы признать, что у них есть проблемы с психическим здоровьем, и согласиться на получение помощи.

Выводы

Воспитание детей часто называют самой трудной работой в мире, которая дается без всякой подготовки. В некоторых обстоятельствах родители могут изо всех сил пытаться удовлетворить свои собственные потребности, и поэтому им труднее удовлетворить эмоциональные и психологические потребности своих детей. Когда молодой человек причиняет себе вред, требования могут быть еще выше. Родители молодых людей, склонных к суициду или самоповреждению, неизменно нуждаются в поддержке, и, если им ее оказать, это может помочь улучшить долгосрочные результаты для их ребенка.

В рамках помощи детям и молодым людям, которые причиняют себе вред, мы обычно должны поощрять участие родителей. В большинстве случаев это довольно просто, но в некоторых случаях это может не соответствовать интересам молодого человека. Например, некоторые родители не способны поставить потребности ребенка выше своих собственных, или неоднократно нарушали доверие или подводили ребенка. В этих условиях мы должны прислушиваться к молодым людям. Может случиться так, что по мере развития рабочих и терапевтических отношений они могут рассматривать минимальное участие родителей, объем которого может постепенно увеличиваться в зависимости от обстоятельств и их отношений с родителями в это время.

9 Пути предоставления услуг и оказания помощи

Основные положения:

- Профессионалы, которые работают с детьми и подростками, сталкиваются с самоповреждением в различной обстановке, как в условиях пребывания пациентов в закрытых учреждениях, так и в условиях жизни в семье. Сюда входят школы, учреждения здравоохранения, учреждения социального обеспечения и тюрьмы. Важно, чтобы профессионалы могли распознать самоповреждение и гарантировать детям и подросткам доступ к помощи со стороны нужных лиц или служб в нужные сроки.
- Многим молодым людям, наносящим себе повреждения, требуется только поддержка со стороны базовых служб, другим нужно обследование или лечение, которое осуществляют специалисты или специализированные службы. Навыки и умения, необходимые для профессиональных психологов и других взрослых людей, работающих в универсальных или общих службах, отличаются от тех, которые необходимы специалистам в области помощи людям, занимающимся самоповреждением.
- Способы, которые позволяют молодым людям получить помощь и поддержку, должны быть четко определены и согласованы между всеми заинтересованными сторонами. Они должны также быть легко доступны и понятны для всех медицинских работников и других взрослых, которые работают с молодыми людьми, наносящими себе повреждения.
- Индивидуализированные вмешательства для подростков с самоповреждением обеспечивают специалисты CAMHS, проводящие обследование и лечение детей и подростков со сложными, стойкими или серьезными нарушениями психического здоровья. Кроме того, эти специалисты консультируют медицинских работников и персонал первичных служб, которым приходится сталкиваться с детьми и подростками с суицидальными намерениями или склонностью к самоповреждению.
- Важно, чтобы медицинские работники и другие взрослые, которые работают с молодыми людьми, наносящими себе повреждения, были соответствующим образом обучены. Несмотря на консультирование, многие медицинские работники и другие взрослые, работающие с детьми и подростками, по-прежнему плохо понимают поведение, связанное с самоповреждением.
- Оказание помощи и лечение детей и подростков, наносящих себе повреждения, может быть эмоционально очень затратным для работающих с ними взрослых. Организации, оказывающие психологическую помощь при поведении, связанном с самоповреждением, должны следить за тем, чтобы персонал получал постоянную поддержку, и за ним велось бы наблюдение.

Введение

Полный диапазон ресурсов и вмешательств, необходимых детям и подросткам, наносящим себе повреждения, охватывает сферу действия многих организаций и служб. Однако самую весомую роль играют органы здравоохранения, включая службы травматологии и неотложной помощи, а также психиатрической помощи. Те, кто занимается самоповреждением, часто в период кризиса обращаются в медицинские учреждения, и у них возможны самые разные эмоции, включая сильную тревогу, уныние и гнев. Поэтому им часто требуется помощь не только со стороны служб, занимающихся соматическими проблемами, но и служб психиатрической помощи.

Однако поддержку детям и подросткам, которые занимаются самоповреждением, оказывают не только учреждения здравоохранения. Другие государственные и некоммерческие службы также вносят важный вклад. В этой главе обсуждаются вмешательства в рамках первичной и специализированной медицинской помощи для молодых людей со склонностью к

самоповреждению, и рассматриваются роли и обязанности основных работников по месту жительства и в медицинских учреждениях. Обсуждается надлежащая практика в области направления к специалистам, процедур госпитализации и выписки.

Роль отделений травматологии и неотложной помощи

Многие дети и подростки, которые сталкиваются с системой здравоохранения после самоповреждения, попадают в отделения травматологии и неотложной помощи (Crawford 1998). Это необходимо для обследования и лечения и для госпитализации в терапевтические и хирургические отделения, если им требуется срочное лечение или восстановление. Помимо устранения немедленных терапевтических или хирургических последствий самоповреждения, нужно также перед выпиской оценить риск.

Согласно оценкам, ежегодно около 19 000 детей младше 16 лет госпитализируются после попытки самоубийства (Hawton et al. 1996). При оценке в течение года было найдено, что более 60 000 подростков и молодых людей в возрасте 12–24 лет попадали в отделения неотложной помощи после самоповреждения, и более половины были госпитализированы (Hurry and Storey 1998). Высказывались опасения относительно качества обследования и помощи со стороны персонала отделений неотложной помощи людям с самоповреждением (O'Dwyer et al. 1991; Pritchard 1995; Clark et al. 2000), что отчасти стало причиной разработки рекомендаций NICE по самоповреждению.

Сами молодые люди жалуются на то, что многие работники отделений травматологии и неотложной медицины, как и другой медицинский персонал, осуждают их, неконструктивно критикуют и не желают понять (Social Care Institute for Excellence 2005). Цитата ниже описывает опыт, с которым столкнулся в отделении травматологии и неотложной медицины подросток 16 лет.

Рекомендации NICE

Новейшая версия рекомендаций NICE по самоповреждению сосредоточена на первых 48 часах после того, как ребенок или подросток после самоповреждения поступает в больницу. Необходимо добиться того, чтобы было проведено высококачественное физикальное, психологическое и социальное обследование. Крайне важно, что существуют протоколы и рекомендации, согласованные между приемными отделениями больниц и специалистами CAMHS. Поэтому потребности молодых людей, которые нанесли себе повреждения, будут оцениваться, включая оценку самоповреждения или риска самоубийства в будущем. Однако несмотря на разработанные NICE и профессиональными организациями стандарты, качество таких протоколов и степень сотрудничества и совместной работы между педиатрическими и психиатрическими организациями в Великобритании сильно колеблется.

Мой опыт пребывания в отделении неотложной помощи

Чаще всего самоповреждение в конечном счете приведет вас в отделение неотложной помощи, со всеми тамашними заботливыми врачами и медсестрами (прошу прощения у всего персонала таких отделений и так далее – это мой личный опыт, и я понимаю, что вас всех (примерно, как и тех, кто наносит себе повреждения) не надо красить одной краской).

Профессионально образованные, сострадательные – ты ожидаешь хоть здесь найти какую-то теплоту и понимание. Ожидаешь того же внимания, как и все, кто входит в красные двери в полную народа приемную. При всех травмах, которые требуют лечения, должна оказываться одинаково качественная помощь, независимо от того, как эта травма получена. Однако же вы считаете, что поскольку мы сами являемся причиной такой травмы, мы должны либо сами «с ней разбираться», либо получать кое-как оказанную помощь и наказания, лишь напоминающие лечение.

Отправят ли восвоюси страдающего ожирением, неспортивного мужчину с инфарктом, оттого что он «сам до этого довел»?

Я слышала истории о ранах, которые зашивают без, очевидно, «необязательной» анестезии, поскольку вы думаете, что мы «не чувствуем боли». Когда раньше в том же году я пыталась

покончить с собой с помощью передозировки, мне померили давление при поступлении, а потом заперли в комнате, пока за мной не приехали психиатр и мои родители. Единственным контактом с персоналом стало, когда мою кровать отодвинули от стены, потому что я стала биться в нее головой. Это привело к сотрясению мозга, довольно заметной шишке, которую тоже не осмотрели, и угрозы вызвать службу охраны и полицию, когда я выбралась на дорогу перед больницей, и меня насильно унесли обратно в палату.

Я, конечно, понимаю, что персонал отделений неотложной помощи перегружен, и принимают то, что в возбужденном и депрессивном состоянии, в котором я была, еще и усиленном таблетками, я, возможно, была воспринята как источник хлопот и неприятностей, но я себя не контролировала.

Мне было очень плохо, а они на два часа заперли меня в комнате. Мой опыт совершенно точно не был единичным, но чем-то из ряда вон выходящим не было и по-настоящему сочувственное и заботливое отношение, с которым я сталкивалась в другие разы в других отделениях неотложной помощи.

Мой врач общей практики, например, всегда очищал и зашивал мои раны, когда я не в состоянии была добраться до отделения неотложной помощи в больнице. И разговаривал со мной. Он никогда не высказывал оценочных суждений, и, хотя я иногда жалуюсь на кое-что из того, что он высказывает, он был со мной на протяжении всей этой передрыги и пожертвовал своим временем, чтобы мне помочь.

Положительный опыт

Отделение неотложной помощи – зачастую первое, с чем сталкивается ребенок или подросток после самоповреждения. Лечение физических повреждений с бережным, не стигматизирующим и не осуждающим подходом – важный первый шаг к тому, чтобы побудить пациента обратиться в службы психологической помощи (NSPCC 2009). К детям и молодым людям, которые обратились в отделения неотложной помощи больниц после самоповреждения, нужно подходить с тем же вниманием, уважением и соблюдением личной тайны, как и в случае любого другого пациента. Это не зависит от видимых целей самоповреждения, и медицинские работники должны полностью учитывать возможный стресс, который испытывают молодые люди (NICE 2004a).

Приоритетность

Чтобы гарантировать, что у детей и подростков проводится оценка самоповреждения, и они имеют доступ к соответствующему лечению, NICE рекомендует использовать процесс сортировки по приоритетности. Существуют различные модели сортировки, включая Австралийскую шкалу сортировки по приоритетности (Australian Triage Scale, ATS), которую можно использовать для оценки клинического риска и срочности лечения. Врачи и медицинские сестры, занимающиеся сортировкой детей и подростков, должны уметь оценивать проблемы с психическим здоровьем и быстро реагировать на них, в особенности это касается детей и подростков с самоповреждением. Детей и подростков надо также обследовать и лечить в отдельной детской зоне отделения неотложной помощи (NICE 2004a). Это делается для того, чтобы гарантировать, что помощь и лечение соответствуют возрасту, и что дети и подростки чувствуют, что к ним хорошо относятся.

Королевская коллегия психиатров (Royal College of Psychiatrists, RCP) выпустила сборник отчетов, посвященный ведению детей и подростков с самоповреждением (RCP 1998). Среди прочего RCP рекомендует госпитализировать детей и подростков с самоповреждением в больницу общего профиля, поскольку годичная частота повторного самоповреждения у подростков, которых не госпитализируют, выше (Hawton and Fagg 1992). Выписка из больницы и направление в специализированные службы должны опираться на общую оценку психосоциальных потребностей и риска.

Как направлять детей в специализированные службы?

Мы слышали, что большинство детей и подростков, которые наносят себе повреждения, не попадают в поле зрения профессиональных служб, и лишь незначительное меньшинство

обследуют специалисты по поведению, связанному с самоповреждением. Однако важно упомянуть, что не все молодые люди, которые добираются до специализированных служб, находят их приемлемыми или полезными (Young et al. 2007).

Специализированные вмешательства для детей и подростков с самоповреждением проводят профессионалы на ярусах 2, 3 или 4 схемы CAMHS. Специалисты CAMHS занимаются обследованием и лечением детей и подростков со сложным, упорным или серьезным самоповреждением. Кроме того, они консультируют медицинских работников и персонал первичных служб, которым приходится сталкиваться с детьми и подростками с суицидальными намерениями или склонностью к самоповреждению (Wright and Richardson 2003).

Ярусная модель предоставления услуг

В обзорном отчете Консультационной службы здравоохранения (1995), «Плечом к плечу» подробно описаны характеристики CAMHS в национальном масштабе, с разделами, посвященными эпидемиологии, оценке потребностей, принципам обслуживания и порядку предоставления услуг. Отчет способствовал общенациональному принятию сокращения CAMHS и его схемы деятельности, состоящей из четырех ярусов, помог распространить важную мысль о том, что психическое здоровье детей и подростков касается каждого.

Ярусная модель CAMHS оказания помощи представляет собой общую схему, на основе которой внедряются, регулируются и оказываются услуги психиатрической помощи детям и подросткам с психическими проблемами и заболеваниями (Health Advisory Service 1995). Эта схема в настоящее время является предпочтительной моделью планирования и оказания психиатрической помощи детям, что часто включает помощь при самоповреждении. Хотя эта схема существует уже почти 15 лет, те, кто пользуется ею, внедряет ее и оказывает помощь, часто неверно ее понимают (см. рисунок 9.1).

Ярус 1

Родители и работники первичных служб, с которыми сначала сталкивается ребенок, обычно первыми распознают самоповреждение. Сюда входят врачи общей практики, учителя, врачи при диспансеризациях и школьные медсестры. Ярус 1, который иногда называют общими, базовыми или первичными службами, – это те места, где дети ежедневно получают заботу, образование или медицинские услуги. Они включают школы, врачебные практики общего профиля и дом ребенка, и люди в этих случаях должны обладать общими представлениями о самоповреждении и знать, как направить ребенка в службы первичной помощи или для более специализированного обследования.

Профессионалы яруса 1 чаще всего сталкиваются с молодыми людьми, наносящими себе повреждения, в контексте сложностей, связанных с межличностным общением, например, при травле или проблемах в семье. Обнаружение самоповреждения может дать возможность профессионалам яруса 1 поместить поведение ребенка или подростка в контекст и позволяет им и далее помогать этой уязвимой группе молодых людей. Чтобы профессионалы яруса 1 наиболее эффективно откликались на нужды детей и подростков, которые занимаются самоповреждением, им требуются подготовка и поддержка. Эта подготовка может быть наиболее эффективной там, где чаще сталкиваются с детьми и подростками, занимающимися самоповреждением. Как мы видели ранее, это включает детей, которые находятся под опекой, детей, которые подвергались насилию, и детей и подростков, которые находятся в режимных учреждениях.

Согласно рекомендациям NICE по самоповреждению, работники первичной помощи должны оценивать неотложные физические и психические потребности детей и подростков, которые наносили себе повреждения в предшествующие 48 часов (NICE 2004a). В случае самоотравления работники первичной помощи должны направить пациента в отделение неотложной помощи. Такое направление может быть показано и при других формах самоповреждения, например, при нанесении себе порезов. Направление ребенка или подростка в отделение неотложной помощи зависит от тяжести самоповреждения, его частоты и намерений пациента при этом.

Большинством детей с психическими проблемами будут заниматься профессионалы ярусов 1 и 2

Ярус 1 Действия на уровне первичной помощи, оказываемые профессионалами CAMHS, которые не являются специалистами, в сферах здравоохранения, образования, социального обеспечения и ювеноальной юстиции. Сюда входит поддержка психического здоровья, раннее выявление психических проблем и, в некоторых случаях менее тяжелых психических нарушений (например, нарушения сна, приступы ярости, проблемы с поведением дома или в школе, переживание утраты), а также лечение
Специалисты Врачи, проводящие диспансеризации, медсестры при медицинских практиках, школьные медсестры, работники программы SureStart, врачи общей практики, персонал общественных организаций, работники организаций по работе с молодежью, учителя, персонал проекта «Здоровые школы», социальные работники, персонал службы поддержки семьи

Ярус 2 Отдельные профессионалы, работающие сравнительно независимо от других служб, но связанные между собой в единую сеть. Они обучают и консультируют работников яруса 1, ведут выездную работу по выявлению сложных, тяжелых или стойких психических нарушений и направляют детей и подростков в специализированные службы CAMHS ярусов 2 или 3
Специалисты Клинический психолог, педагог-психолог, детский и подростковый психиатр, YOT, патронажная медсестра, работник первичной психиатрической службы, участковый педиатр, больничный педиатр

Большинством детей с психическими проблемами будут заниматься профессионалы ярусов 1 и 2

Ярус 3 Специализированные междисциплинарные команды по работе с детьми и подростками
Специалисты Психиатры, медсестры с психиатрической специализацией, психологи, социальные работники, специалисты по семейной терапии и другие специалисты, занимающиеся обследованием и лечением детей и подростков со сложными, стойкими или тяжелыми психическими нарушениями. Обследование для направления на ярус 4. Поддержка и обучение профессионалов яруса 2 и консультации профессионалов яруса 1.

Ярус 4		
Специализированные междисциплинарные команды по работе с детьми и подростками. Детские и подростковые отделения могут получать также поддержку трудотерапевтов, логопедов и речевых терапевтов и арт-терапевтов, которые специализируются в арт-терапии, использующей изобразительное творчество, музыку, театр или игровую терапию.		
Больничные детские и подростковые отделения, дневные стационары	Команды интенсивной терапии на дому/кризисные выездные службы	Амбулаторные службы по расстройствам пищевого поведения, нейropsychиатрическим проблемам, сексуальному насилию, ОКР и т. д.

Рисунок 9.1 Многоярусная модель оказания помощи в рамках системы CAMHS Консультационной службы Министерства здравоохранения (1995) (взято из McDougall (2006))

Иногда направление в отделение неотложной помощи не производится, так как по оценке работника первичного звена риск низок, и потребности ребенка можно соответствующим образом удовлетворить без этого. Если первичные работники подозревают, что ребенок или подросток наносит себе повреждения, они должны обсудить это с коллегой в специализированной команде CAMHS. Результатом может стать формальная консультация и направление ребенка/подростка для обследования специалистами CAMHS (Armstrong 2006).

Ярус 2

Действия в рамках яруса 2 ведут профессионалы с дополнительным обучением или опытом в области психического здоровья детей и подростков. Роль профессионала 2 яруса – провести непосредственную оценку или лечение отдельных детей и молодых людей с менее сложными проблемами, чем те, которые требуют участия профессионалов ярусов 3 или 4, и обеспечить поддержку, советы и обучение для профессионалов яруса 1, выполняющих базовые действия. Иногда профессионалы яруса 2 поддерживают молодых людей, которые наносят себе повреждения, помогая им научиться простейшим вмешательствам, часто сосредоточенным на эмоциональной регуляции и формированию альтернатив самоповреждению в качестве компенсаторных механизмов при стрессе.

Профессионалы, работающие в рамках служб 1 и 2 ярусов, должны быть в состоянии связаться со специалистами CAMHS. Это относится к случаям, когда они опасаются, что ребенку или подростку, с которым они работают, может быть нужно полное междисциплинарное обследование или специализированное лечение вследствие их суицидального или связанного с самоповреждением поведения. Молодых людей с неоднократным самоповреждением всегда надо направлять к специалистам CAMHS яруса 3 для обследования. Может быть необходимо также направление в социальные службы, согласно параграфу 47 (Защита детей) или параграфу 17 (Ребенок в беде) Закона о детях от 1989 г., если имеются значительные опасения относительно функционирования семьи и благополучия ребенка или подростка.

Ярус 3

Службы 3 яруса представляют собой специализированные междисциплинарные команды, которые проводят комплексную оценку, лечение и консультации детей и подростков со сложными, стойкими или тяжелыми психическими нарушениями и заболеваниями. Во многих случаях в службы CAMHS уровня 3 направляют детей и подростков с суицидальным поведением или с самоповреждением (McDougall and Crocker 2001). Команды уровня 3 обычно включают в себя медсестер, психиатров, психологов, специалистов по семейной терапии, социальных работников и психотерапевтов. Они проводят различную терапию детей и подростков с суицидальным поведением или самоповреждением, в том числе индивидуальную и групповую терапию.

Службы CAMHS уровня 3 обычно проводят специализированную оценку связанного с самоповреждением и суицидального поведения, используя дежурство по очереди. Это означает, что врачи могут обследовать ребенка или подростка в кризисном состоянии, и время ожидания при этом сведено к минимуму.

Ярус 4

Иногда молодые люди страдают весьма сложными, серьезными или тяжело протекающими психическими расстройствами, которые не могут успешно или эффективно лечиться на ярусе 3 Службы охраны психического здоровья детей и подростков. Услуги, предоставляемые на ярусе 4, являются высокоспециализированными третичными услугами, оказываемыми Службой охраны психического здоровья детей и подростков. К ним относится лечение детей и подростков в больницах, оказание специализированных услуг по лечению расстройств пищевого поведения и оказание услуг судебно-медицинским отделением Службы охраны психического здоровья детей и подростков, а также межведомственные услуги – такие, как медицинское обслуживание на дому, работа отделений по оказания помощи по месту проживания и групп по борьбе с кризисными состояниями. Доказательная база для 4 яруса собирается на ранней стадии развития заболевания

(McDougall et al., 2007 г.).

Госпитализация в связи с наличием проблем с психическим состоянием

Подавляющее большинство молодых людей, которые наносят себе вред, проходят лечение не в больницах. К факторам, которые принимаются во внимание при рассмотрении возможности госпитализации, относится наличие сильных суицидальных наклонностей, вызванных психиатрическим заболеванием, и поведение, сопряженное с высокой степенью риска, которые не могут быть надежно купированы членами семьи или с помощью услуг, предоставляемых по месту проживания.

Большинство госпитализаций в больничные учреждения, осуществляемых в рамках 4 яруса, происходит «неформально». Это значит, что либо ребенок или молодой человек соглашается лечь в больницу и принять помощь, касающуюся его проблем с психическим состоянием, либо такое согласие дает его родитель. Это важно, поскольку готовность принять помощь обуславливает более высокие результаты для этой группы пациентов. В других случаях, когда молодой человек не признает, что он нуждается в госпитализации, и не соглашается с ней, а опасность его состояния такова, что он не может оставаться дома, может быть применен Закон о психическом здоровье от 1983 г., который предусматривает принуждение к госпитализации и позволяет госпитализировать молодых людей вопреки их желанию. Эта ситуация подробнее описывается в Главе 11.

Отделения больниц, в которых осуществляется оценка состояния и лечение молодых людей, которые наносят себе вред или склонны к самоубийству, должны иметь четко сформулированную и упорядоченную программу лечения, а также располагать персоналом, способным проявлять терпение и принимать на себя терапевтически риски. К таким рискам относится способность принимать решение о выписке молодых людей, которые продолжают подвергаться опасности причинения себе вреда или совершения самоубийства, если госпитализация оказалась неэффективной или привела к обострению желания молодого человека наносить себе вред.

В чем заключаются опасности госпитализации?

Целью помещения в учреждение, в котором осуществляется лечение детей или подростков, имеющих проблемы с психическим здоровьем, обычно не является избавление от причинения себе вреда как такового, а заключается в максимальном уменьшении связанных с ним опасностей или лечении дополнительных сопутствующих психических заболеваний таких, как психоз или депрессия. В самом деле, некоторые люди заявляют, что госпитализация молодых людей, наносящих себе вред, зачастую может оказываться неэффективной или даже ухудшать их состояние. Медики иногда пытаются остановить причинение молодыми людьми себе вреда. Такие попытки, связанные с лишением пациентов физической свободы, могут создавать ситуацию, вызывающую у молодых людей желание причинять себе вред.

Кроме этого, теория социального заражения, о которой говорилось в этой книге выше, позволяет предположить, что некоторые молодые люди могут подражать поведению, связанному с причинением вреда, других людей. В Правилах Национального института совершенствования здравоохранения и медицинского обслуживания, касающихся депрессии у детей и молодых лиц, содержится предупреждение о том, что впечатлительный ребенок или молодой человек с высокой степенью склонности к причинению себе вреда, подвержен опасности того, что его дисфункциональное поведение еще более усилится или что он начнет следовать стратегиям копирования даже в тех случаях, когда квалифицированный опытный персонал открыто борется с такими потенциальными сложностями (Национальный центр сотрудничества в области психического здоровья, 2005 г.).

Таким образом, важно уделять особое внимание разным молодым людям, находящимся в учреждении, где проходят лечение дети или подростки, одновременно. Наблюдение за молодыми людьми, которые наносят себе вред, и их лечение вместе с молодыми людьми, которые могут находиться в острой стадии психоза, может приносить вред. Это связано с тем, что к каждой из этих групп применяются разные стратегии лечения. Молодые люди, которые наносят себе вред, зачастую нуждаются в деятельности, подразумевающей большую нагрузку, они часто принимают

участие в групповой деятельности. Наоборот, молодые люди, страдающие психозом, зачастую нуждаются в том, чтобы окружающая их обстановка не содержала большого количества раздражителей, и в индивидуальном лечении (Cotgrove et al. 2007 г.).

Управление переходом из подросткового во взрослый возраст

Многие молодые люди, причиняющие себе вред, перестают делать это без вмешательства специалистов. Есть молодые люди, которые выздоравливают с помощью взрослых, которые понимают их и могут им помочь. Однако некоторым молодым людям продолжает требоваться непрерывная помощь в том, что касается причинения ими себе вреда, в тот момент, когда они перестают быть подростками и становятся взрослыми людьми. Хотя некоторые молодые люди спокойно переживают переход от лечения их как подростков к лечению их как взрослых, у других подростков этот процесс вызывает тревогу и стресс. В результате их состояние, связанное с причинением себе вреда, может ухудшаться.

Вызывает беспокойство тот факт, что в различных отчетах подтверждается, что меры, предпринимаемые во время перехода молодых людей, которые причиняют себе вред, из подросткового во взрослое состояние, зачастую плохо сформулированы, ведут к возникновению кризисной ситуации и определяются в зависимости от конкретной ситуации (Singh, 2009 г.). К таким отчетам относится документ под названием «Вверх тормашками» – трехлетнее исследование, проведенное Благотворительным фондом по изучению проблем психического здоровья, в ходе которого были опрошено 45 молодых людей в возрасте от 16 до 25 лет. В отчете об этом исследовании говорится, что молодые люди считают, что ни медицинское обслуживание, предоставляемое детям, ни обслуживание, предоставляемое взрослым, не соответствуют их потребностям, возникающим во время перехода (Smith и Leon, 2001 г.).

Исследование показывает, что многие молодые люди не получают помощи в связи с ненадлежащим раздробленным характером психиатрической помощи, а также неразвитостью обслуживания, оказываемого пациентам, и переходов от получения психиатрической помощи, оказываемой детям, к получению психиатрической помощи, оказываемой взрослым (Pugh et al., 2006 г.). Специализированные услуги для молодых людей в возрасте 16-19 лет доступны не во всех регионах страны; в связи с этим многие молодые люди не могут получить доступ к ним (McDougall et al., 2009 г.).

Молодым людям, причиняющим себе вред, требуется помощь не только при переходе от получения помощи, оказываемой детям, к получению помощи, оказываемой взрослым. Существуют подтвержденные документально данные о том, что переход из начальной в среднюю школу или время, когда молодой человек заканчивает институт и начинает трудовую деятельность, могут вызывать стресс у многих детей и молодых людей. Во время такого перехода индивидуальная помощь, оказываемая учителем, уменьшается, а требования, предъявляемые более широкой группой сверстников, возрастают. Причинение вреда зачастую является следствием сложностей, с которыми дети и молодые люди сталкиваются и борются.

Инновационные услуги

Хотя сведения о том, что оказание специализированных услуг тем, кто причиняет себе вред, приводит к уменьшению количества рецидивов, отсутствуют, было установлено, что они позволяют снизить потребность в госпитализации (Kapur et al. 2002 г.; Taylor et al. 2006 г.). Например, оказанием специализированной помощи молодым людям, причиняющим себе вред, занимается Служба помощи подросткам, причиняющим себе вред, в Глазго. Она осуществляет быстрые вмешательства, оказывая помощь по месту проживания с использованием КБТ.

Кроме этого, специализированную помощь оказывает Оксфордская группа по диалектической поведенческой терапии детей. Существует также инициатива в области развития, осуществляемая Национальным научным фондом, которая нацелена на оказание помощи детям со сложными потребностями, в т.ч. детям, причиняющим себе вред, и детям с суицидальными наклонностями, которых трудно вовлечь во взаимодействие со специалистами. Целью этого проекта является оказание помощи молодым людям, причиняющим себе вред, которая направлена на изменение их образа жизни и избежание госпитализации (Massie, 2008 г.).

Еще одним примером организации, оказывающей нестандартные услуги, является Ноттингемская группа по оказанию помощи лицам, причиняющим себе вред, которую возглавляет медсестра-консультант; эта Группа осуществляет наблюдение в больничных условиях и предпринимает дополнительные меры по отношению к молодым людям, причиняющим себе вред.

Хартлпульская служба помощи лицам, причиняющим себе вред

Еще одной инновационной структурой является Хартлпульская служба помощи лицам, причиняющим себе вред. Эта служба финансируется в рамках инициатив по развитию, осуществляемых на основании Национальной программы по защите детства и направленных на обеспечение психологического комфорта и психического здоровья; в ее рамках осуществляется сотрудничество между специалистами Службы охраны психического здоровья детей и подростков и службами помощи детям, и предоставляются услуги по раннему вмешательству школьникам и молодым людям, причиняющим себе вред. Эта инициатива использует возможности, имеющиеся у школ, для оказания помощи при причинении себе вреда, реагировании на него и управлении им. Ее целью также является расширение доступа к медицинскому обслуживанию до того, как молодой человек войдет в состояние кризиса, а также уменьшение количества молодых людей, находящихся в отделениях травматологии и скорой помощи.

Эта группа и местные больницы совместно разработали соответствующие протоколы. Если молодой человек поступает в отделение травматологии и скорой помощи с признаками причинения себе вреда и, если ему не исполнилось 16 лет, он направляется в педиатрическую палату. Если такому человеку исполнилось 16 лет, рекомендуется госпитализировать его, но некоторые молодые люди отказываются от госпитализации и принимают решение уйти домой. В этом случае на следующий день его посещают сотрудники Службы охраны психического здоровья детей и подростков.

Хартлпульская служба также разработала Метод оценки степени уязвимости, который используется школьными учителями для распознавания поведения, которое вызывает опасения, в т.ч. с нанесением порезов, и борьбы с этим поведением. Эта служба еще не анализировала данные тех лиц, состояние которых было оценено с помощью этого метода, но интересно то, что анализ его потребностей не показал серьезных различий в поведении девочек и мальчиков, наносящих себе вред (Massie, 2008 г.).

Протоколы, касающиеся причинения вреда

Задачей протокола является повышение качества помощи, рекомендаций и консультативных услуг, оказываемых лицами, которые работают с молодыми людьми, причиняющими себе вред.

В протоколах, касающихся причинения себе вреда, особое внимание уделяется клиническим вмешательствам и обслуживанию пациентов; в них приводятся стандарты по оценке состояния, наблюдению и лечению (Национальный институт совершенствования здравоохранения и медицинского обслуживания, 2004а).

В большинстве протоколов, касающихся причинения себе вреда, суммируются различные виды оказания услуг пациентам, формулируются критерии направления пациентов к специалистам и определяются функции и обязанности лиц, контактирующих с молодыми людьми, которые причиняют себе вред. Большинство протоколов, касающихся причинения себе вреда, представляют собой соглашения между несколькими учреждениями. Зачастую в них указывается отправная точка или место получения обслуживания, устанавливаются пороговые значения для получения доступа к лечебным мероприятиям и указываются признаки, при наличии которых, возможно, необходимо обратиться в другое учреждение, например, в связи с серьезностью состояния или опасностями, связанными с причинением молодым человеком себе вреда. В Таблицах 9.2 и 9.3 приведено два примера протоколов, касающихся причинения себе вреда. Важно, чтобы способы получения медицинского обслуживания молодыми людьми были четкими и разрабатывались в рамках соглашений между несколькими ведомствами и планами получения помощи детьми.

Стандарты качества

Королевский колледж психиатров опубликовал стандарты качества для врачей, главное внимание в которых уделяется повышению качества медицинского обслуживания людей, причиняющих себе вред (Королевский колледж психиатров, 2006 г.). Разработка этих стандартов финансировалась Фондом здравоохранения; они создавались совместно с целым рядом профессиональных союзов и организаций, в т.ч. Британской ассоциацией неотложной медицинской помощи, Колледжем неотложной медицинской помощи, Королевским Колледжем по уходу за больными и Национальным центром по сотрудничеству в области психического здоровья. Были также проведены консультации с лицами, располагающими информацией о тех, кто пользуется медицинским обслуживанием. Задачей этих стандартов является оказание помощи сотрудникам отделений скорой помощи, службы скорой помощи, психиатрических отделений и системе первичной медико-санитарной помощи. Эти стандарты качества, касающиеся пациентов со склонностью причинения себе вреда, основываются на требованиях Министерства здравоохранения (2006 г.); они содержат четкие ссылки на основные стандарты Комиссии, основное внимание в которых уделяется стандартам медицинского обслуживания, которое ожидают получить все пациенты.

Телефоны доверия

В 2017 г. ChildLine получила более полумиллиона звонков; помощь получили свыше 175 000 детей. Более 6 000 звонивших рассказывали о причинении себе вреда; многие из них уже пользовались услугами государственного здравоохранения, но их потребности не были удовлетворены в полной мере (Национальное общество по предупреждению жестокого обращения с детьми, 2009 г.). Такая ситуация демонстрирует потребность в существовании телефонов доверия для детей и молодых людей, находящихся в кризисной ситуации. В отчете по итогам проведения национального расследования, посвященного причинению вреда молодыми людьми, было высказано предположение о том, что телефоны доверия могут быть общедоступным способом оказания помощи, поскольку с их помощью может оказываться последовательная консультативная помощь без морализаторства; кроме этого, звонящий может осуществлять определенную степень контроля (Фонд психического здоровья и Благотворительный фонд Камелот, 2006 г.). Однако существуют те, кто критикует службы доверия, заявляя, что они не могут заменить помощь, оказываемую в формате личных встреч.

Межведомственный алгоритм ведения пациента, причинившего себе вред, который применяется в г. Дербя		
Ребенок или молодой человек говорит вам, что он причинил себе вред или что его посещали мысли о самоубийстве.		Ребенок или молодой человек говорит вам, что он причинил себе вред или что его посещали мысли о самоубийстве.
Если причинение себе вреда произошло в течение 2 прошедших суток и заключалось в проглатывании какого-либо предмета, нанесении глубоких порезов, приеме большого количества прописанного лекарства или пропуске его приема	Если причинение себе вреда произошло более чем за двое суток и заключалось в проглатывании какого-либо предмета, нанесении глубоких порезов, приеме большого количества прописанного лекарства или пропуске его приема	- Определите, с кем лучше всего поговорить ребенку или молодому человеку. Если такая ситуация происходит не в первый раз, обеспечьте, чтобы ребенком или молодым человеком занимался один и тот же человек - Продемонстрируйте желание поговорить с ребенком или молодым человеком о причинении
Ребенок или молодой человек должен быть	Обратитесь к кому-либо из приведенного ниже списка:	

направлен в отделение скорой помощи больницы • Обсудите эту ситуацию с руководителем или подстраховывающим вас коллегой • Обеспечьте поддержку • Подумайте о том, чтобы связаться с родителем или опекуном • Составьте документ в соответствии с процедурой учреждения	• К лечащему врачу • На Прямую линию Государственной службы здравоохранения • В отделение травматологии и скорой помощи • В отделение детской травматологии и скорой помощи	им себе вреда • Попробуйте не оценивать его поступок • Постарайтесь услышать его и понять его чувства • Не торопите ребенка или молодого человека • Соблюдение конфиденциальности: сообщите ему, кому вы передадите информацию, и каким образом она будет передана • Оцените ситуацию применительно к факторам безопасности, психического здоровья, сопутствующих обстоятельств, опасности и способности к выздоровлению на основании Общей оценочной структуры • Существует ли проблема управления опасностями, требующая незамедлительного решения? Если существует, обратитесь к руководителю и подумайте о возможности консультации с подстраховывающим коллегой, представителями Службы охраны психического здоровья детей и подростков или социальной защиты • Считаете ли вы, что причинение себе вреда связано с жизненной ситуацией ребенка? Если вы так считаете, обсудите эту ситуацию с подстраховывающим коллегой и сообщите о ней в социальную защиту. • Считаете ли вы, что молодой человек психически болен? Если это так, подумайте о срочном направлении молодого
--	--	---

		человека к специалисту из Службы охраны психического здоровья детей и подростков • При необходимости обсудите ситуацию с руководителем, подстраховывающим коллегой или школьной медсестрой • Рассмотрите возможность обращения к родителю или опекуну • Составьте документ в соответствии с процедурой учреждений
--	--	--

Схема 9.2. Межведомственный план ведения лица, причинившего себе вред, в г. Дерби

Источник: Межведомственный протокол, касающийся лица, причинившего себе вред, составленный при участии г. Дерби

Схема 9.3. План ведения пациента при причинении им себе вреда, используемый в графстве Ноттингемшир и городе Ноттингеме

План ведения пациента при причинении им себе вреда, используемый в графстве Ноттингемшир и городе Ноттингеме

Что делать, если вы имеете дело с молодым человеком, причинившим себе вред

Ярус 1 Медицинское обслуживание общего характера	Ярус 2 Адресное медицинское обслуживание	Ярус 3 Медицинское обслуживание с привлечением специалиста	Ярус 4 Медицинское обслуживание с привлечением узкого специалиста
Причинение вреда, характеризующееся низким уровнем опасности Несерьезное, незначительное причинение вреда в условиях стабильного социального контекста. Наличие определенных признаков эмоциональной стабильности, выполняющей свои функции надлежащим образом. Отсутствие свидетельств наличия суицидальных наклонностей. Существование сообществ, оказывающих надлежащую поддержку. Неоднократные случаи причинения себе вреда, вызывающие серьезное беспокойство	Более частое или более серьезное причинение вреда. Более серьезные факторы, вызывающие стресс, более слабые стратегии преодоления трудностей и перепады психического состояния. Наличие социального анамнеза, который наблюдается наряду с проблемами психического состояния в диапазоне от небольших до умеренных, например, депрессии или эмоциональной травмы.	Непрерывно повторяющиеся случаи причинения себе серьезного вреда Более трудные, более частые случаи причинения вреда, характеризующиеся высоким риском – проблемы, связанные со стремлением к уединению, употреблением наркотиков, суицидальными наклонностями. Наличие социального анамнеза наряду с проблемами психического состояния в диапазоне от умеренных до серьезных, например, депрессии или эмоциональной травмы. Условия жизни, не обеспечивающие поддержку и защиту.	Суицидальное поведение, характеризующееся высокой степенью опасности Опасения, связанные с серьезным расстройством психического состояния, при котором опасность не может быть устранена в домашних условиях.
Какие действия вам следует предпринять?			
Содействуйте здоровым способам выражения эмоций. Поговорите с молодым человеком, в идеале задействуйте родителей.	Продолжайте работать с молодым человеком, собирайте информацию, привлечите людей, окружающих молодого человека.	Работайте с молодым человеком по согласованному плану, обратитесь за осуществлением клинического надзора и помощью к	Оцените психическое состояние и суицидальное поведение и разработайте план по управлению ими. И перейдите на Уровень 3

Предоставьте информацию для самопомощи, ознакомьте со стратегиями по преодолению трудностей. Если ситуация ухудшается, обратитесь за консультациями и помощью к специалистам Уровня 2 и направлению к врачу-специалисту с помощью Общей оценочной структуры.	Оценивайте и контролируйте опасность. В случае ухудшения ситуации информируйте молодого человека – может потребоваться дополнительная поддержка, проведение консультаций, совместная работа или направление к врачу-специалисту из Уровня 3 через единую точку доступа. Проконсультируйтесь с сотрудниками Группы по борьбе с причинением себе вреда или Группы по борьбе с эмоциональными расстройствами (Уровень 3).	мультидисциплинарной комиссии. В случае ухудшения ситуации рассмотрите возможность осуществления оценки состояния специалистами Уровня 4.	после уменьшения опасности и завершения оценки состояния и лечения.
Доступные услуги и помощь...			
Медицинское обслуживание общего характера Школьная медсестра, специалисты по работе с молодежью, Лечащий врач, Школы, Личный консультант по связям, Организация Base 51 – психологическая помощь, Организация Speak Easy	Адресное медицинское обслуживание MALTS, DEHWT; Благотворительный фонд «Compass»; LD или Отдел раннего вмешательства Службы охраны психического здоровья детей и подростков Участковые педиатры; Группы по вопросам молодежной преступности	Медицинское обслуживание с привлечением специалиста Команда помощи при самоповреждениях; EDT (группа эмоциональных расстройств); H2H («Лицом к лицу»); CLA («Дети под опекой»)	Медицинское обслуживание с привлечением узкого специалиста Взрослое отделение
Отслеживайте и документируйте проблемы, добивайтесь надлежащего надзора и участия линейного руководителя.			
В СЛУЧАЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ НЕМЕДЛЕННО НАПРАВЬТЕ МОЛОДОГО ЧЕЛОВЕКА К ВРАЧУ ИЛИ В ОТДЕЛЕНИЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНИЦЫ Молодые люди младше 16 лет, обратившиеся в отделение неотложной помощи по поводу самоповреждения, будут госпитализированы и пройдут оценку CAMHS уровня 3. 16- и 17-летние будут обследованы Службой охраны психического здоровья взрослых и направлены в CAMHS (EDT) для последующего наблюдения.			

Таблица 9.1 Данные в сокращенном виде из Стандартов качества для медицинских работников Королевского колледжа психиатров

Стандарт	Критерий
Должны существовать надлежащим образом подготовленные детские медсестры или доктора для обеспечения того, чтобы:	• Молодые люди, которые причинили себе вред, были осмотрены надлежащим образом подготовленными детскими медсестрами • Состояние молодых людей, которые причинили себе вред, было оценено надлежащим образом подготовленными детскими докторами или медсестрами • Молодые люди, которые причинили себе вред, прошли лечение, осуществляемое надлежащим образом подготовленными докторам или медсестрами
Молодым людям должны быть созданы условия и предоставлена информация, которая учитывает их возрастные особенности:	• Молодые люди должны быть осмотрены, их состояние должно быть оценено, и они должны получать лечение в отдельном помещении отделения скорой помощи, предназначенном для детей • Письменные документы, предоставляемые молодым людям, должны быть составлены с учетом их возрастных особенностей
Молодые люди, причинившие себе вред, должны находиться в больнице в обстановке, в которой учитываются их возрастные особенности:	• Дети и молодые люди, причинившее себе вред, должны быть помещены на ночь в педиатрическое отделение • Состояние детей и молодых людей должно быть оценено на следующий день для принятия решения о выписке или продолжении лечения • В зависимости от возраста ребенка, ситуации в семье, времени получения медицинского обслуживания, вопросов обеспечения безопасности, а также физического и психического состояния ребенка должны быть рассмотрены альтернативные виды размещения. К ним относится госпитализация при необходимости в психиатрическое отделение больницы для детей и подростков • В случае поступления молодого человека младше 14 лет может быть рассмотрена возможность его помещения в палату для подростков, если имеется такая плата и молодой человек выражает такое желание. • Педиатр как правило должен нести всю ответственность за лечение и медицинское наблюдение за детьми и молодыми людьми, которые были госпитализированы в педиатрическое отделение после причинения себе вреда
Оценка состояния и лечение молодых людей должны осуществляться при условии получения соответствующего согласия:	• После госпитализации ребенка или молодого человека, которые причинил себе вред, госпитализировавшие его сотрудники должны получить согласие родителей или другого взрослого, несущего за него юридическую ответственность, на осуществлении оценки психического состояния ребенка или молодого человека
Медики, контактирующие с молодым человеком,	• Оценки психической дееспособности и получения

причинившим себе вред, в отделении скорой помощи, должны пройти обучение касающееся:	согласий
Сотрудники Службы охраны психического здоровья детей и подростков, участвующие в оценке состояния и лечении детей и молодых людей, причинивших себе вред, должны:	• Ознакомления с концепцией компетентности Гиллика • Обеспечения безопасности уязвимых детей • Распознавания издевательств и насилия • Проблем соблюдения конфиденциальности, имеющих отношение к детям и молодым людям • Применения Закона о психическом здоровья, Закона о психической дееспособности и Закона о детях • Оценки уровня риска молодых людей • Работать непосредственно с детьми и молодыми людьми, а также членами их семей и опекунами после причинения ими себе вреда • Осуществлять регулярное наблюдение • Консультироваться со старшими коллегами
Должна быть осуществлена надлежащая оценка состояния детей и молодых людей, госпитализированных в педиатрическое отделение:	• Обследование всех детей и молодых людей, причинивших себе вред, должно осуществляться медицинскими работниками, имеющими опыт обследования детей и подростков • Обследование должно включать в себя полное обследование семьи, ее социального положения и вопросов защиты ребенка
Молодым людям, причинившим себе вред, (а также их опекунам) должна быть предложена соответствующая консультативная помощь и лечение:	• На начальном этапе оказания медицинской помощи родителям или опекунам сообщается о необходимости убрать из открытого доступа все имеющиеся лекарства или другие средства причинения себе вреда • Если молодые люди причиняли себе вред несколько раз, можно предложить им принять участие в работе группы психотерапии совместно с другими молодыми людьми, которые неоднократно причиняли себе вред. Такая терапия должна состоять как минимум из шести сеансов. Может быть также предложено продлить период групповой терапии. Решение о продолжительности терапии должно приниматься совместно пациентом и врачом.

В Великобритании существует благотворительная организация «ПАПИРУС», задачей которой является предотвращение самоубийств и укрепление психического здоровья и психологического благополучия. Ее члены оказывают поддержку тем, кто испытывает суицидальные наклонности, переживает депрессию или эмоциональное расстройство, в частности, подросткам и молодежи. У этой организации имеется конфиденциальный Телефон доверия, с помощью которого она оказывает поддержку, консультативную помощь и предоставляет информацию молодым людям, а также членам их семей, друзьям и медицинским работникам.

Являются ли рекомендации, касающиеся работы с самоповреждениями, эффективными?

Важно помнить, что правила не могут заменить знания, опыт и навыки медицинских работников.

Скорее, они дополняют их положительный опыт; подобно всем правилам, они действуют в определенных пределах. По всей видимости, мало кто сомневается в том, что использование клинических правил, параметров и протоколов как правило позволяет улучшить клиническую практику (Hill и Taylor, 2001 г.). Такие правила, подобно инструкциям, которые были опубликованы Национальным центром по сотрудничеству от имени Национального института совершенствования здравоохранения и медицинского обслуживания, были разработаны на основании эмпирических данных, клинического консенсуса специалистов и мнений тех, кто пользуется услугами врачей. Они содержат стандарты и принципы, касающиеся положительного опыта и разработанные на основании наиболее достоверных имеющихся данных.

Анализ протоколов лечения молодых людей, причинивших себе вред, показал, что при оказании многих видов медицинского обслуживания не используются рекомендации по применению положительного опыта (Dorer, 1998 г.). Эти выводы соответствуют информации, приводимой в исследовании Армстронга 1995 г., который изучал оказание медицинской помощи молодым людям, причинившим себе вред. В этом исследовании сотрудникам девяти отделений больниц и шести врачам общего профиля задавались вопросы о направлении к врачам-специалистам и правилах лечения. Исследование позволило выяснить, что сотрудники всего четырех отделений действуют в соответствии с официальными правилами.

В настоящее время существуют общенациональные правила; оба исследования, о которых говорилось выше, проводились более десяти лет назад. За последние десять лет были выпущены важные руководства; в настоящее время существуют стандарты качества. Таким образом, можно надеяться на то, что качество медицинской помощи улучшается и что молодые люди получают более качественное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинскими работниками. Вместе с тем, информация, полученная от молодых людей, которая представлена в этой книге, позволяет сделать вывод о том, что предстоит решить еще много проблем.

Обучение

Исполняя свои обязанности, все медицинские работники несут ответственность за обеспечение устойчивости психического здоровья и благополучие своих пациентов. Важно, чтобы медицинские работники и другие взрослые, которые работают с молодыми людьми, причиняющими себе вред, прошли надлежащую подготовку. Несмотря на наличие руководств, многие медицинские работники и другие взрослые, которые работают с детьми и молодыми взрослыми, недостаточно разбираются в таком вопросе, как причинение себе вреда.

В рекомендациях Национального института охраны здоровья и совершенствования медицинской помощи, посвященных причинению себе вреда, указывается на необходимость подготовки медицинского персонала и приводится несколько рекомендаций и случаев успешной медицинской практики (Национальный институт охраны здоровья и совершенствования медицинской помощи, 2004а). Повышение компетентности врачей и совершенствование их подходов к лечению является основой для улучшения качества медицинского обслуживания, уменьшения заболеваемости и снижения уровня смертности, вызванного причинением себе вреда. В этих рекомендациях говорится, что клинический и неклинический персонал, который контактирует с людьми в различных ситуациях, должен пройти соответствующую подготовку, позволяющую им понимать людей, причинивших себе вред, и осуществлять наблюдение за ними (Национальный институт охраны здоровья и совершенствования медицинской помощи, 2004а).

В частности, отделения скорой помощи больниц должны обеспечивать подготовку, направленную на оценку психического состояния и предварительное решение проблем психического состояния, всех сотрудников, работающих в таких отделениях. Кроме этого, психиатрические службы и отделы скорой помощи должны регулярно проводить обучающие программы, целью которых является подготовка всех медицинских работников, которые обследуют или лечат людей, причинивших себе вред.

В ходе общенационального исследования, посвященного причинению себе вреда молодыми людьми, выяснилось, что медицинские работники, преподаватели и работники социальных служб

не проходят подготовку и не получают рекомендаций, которые необходимы им для оказания помощи молодым людям, которые причиняют себе вред (Фонд психического здоровья и Благотворительный фонд «Камелот», 2006 г.). В отчете о проведении этого исследования говорилось о том, что комплексная стратегия, касающаяся причинения себе вреда, требует как широкой общей нацеленности на обеспечение положительного самочувствия пациентов, так и наличие информации и подготовки и осуществления вмешательств, учитывающих состояние конкретных людей.

Помимо формальной подготовки, посвященной оценке и управлению поведением, которое характеризуется причинением себе вреда, и суицидальным поведением, много можно узнать, работая вместе с опытными коллегами и перенимая их опыт, а также нарабатывая навыки, работая под контролем наставника.

Наставничество

Работа с молодыми людьми, которые имеют суицидальные наклонности или причиняют себе вред, является сложной, эмоционально затратной областью. Чрезвычайно важно, чтобы все медицинские работники и другие взрослые получали помощь, и чтобы их работа осуществлялась под контролем наставника (Best, 2005 г.). Во время обследования молодых людей, причиняющих себе вред, и работы с ними важнейшей частью успешного лечения является обсуждение проблем с коллегами. Существует потребность в наличии как формальных, так и неформальных структур, с помощью которых можно получить помощь, а также потребность в регулярном клиническом надзоре. Такая практика позволяет врачу проанализировать влияние работы на свои чувства, но также способствует формированию высококачественных клинических оценок и клинической практики. Практика показывает, что в тех случаях, когда молодой человек не может справиться со своими эмоциями, очень важно, чтобы врачи были в состоянии справляться со своими.

Lyон (1997 г.) предполагает, что медицинские работники, которые лечат молодых людей, причиняющих себе вред или имеющих суицидальные наклонности, сталкиваются с тремя опасностями (см. Таблицу 9.2).

Таким образом, важно, чтобы опасности, с которыми сталкиваются медицинские работники при лечении молодых людей, имеющих суицидальные наклонности или причиняющих себе вред, распознавались, управлялись и устранялись. Чрезвычайно важно, чтобы были определены и поддерживались границы деятельности медицинских работников, чтобы последние осознавали свои реакции на молодых людей, находящихся в тяжелом положении, и чтобы организации располагали системами, обеспечивающими наставничество, предоставление помощи и подготовку.

Поддержка

Иногда молодые люди, которые имеют суицидальные наклонности или причиняют себе вред, не хотят, чтобы их родители участвовали в решении их проблем, или не считают их участие полезным. Бывают случаи, когда родители сами не участвуют в решении проблем своих детей или не разбираются в них. Так или иначе, молодые люди оказываются в положении, когда они чувствуют себя одинокими, и поддержка в такой ситуации может им помочь. Это не означает, что оказание поддержки заменяет участие родителей в решении проблем. Несмотря на то, что поддержка может оказываться различными типами людей, как правило, она оказывается волонтерами или людьми, получающими оплату за свою работу, которые обладают навыкам выслушивания и обсуждения проблем.

Таблица 9.2 Проблемы, с которыми сталкиваются медицинские работники (заимствовано в сокращенном виде из Lyon, 1997 г.)

Проблема	Причина
Врач может сталкиваться с	Молодые люди зачастую противодействуют взрослым в процессе формирования их личностей. В момент переживания

противодействием	быстрого изменения себя и разлада внутри себя молодые люди могут иногда вступать в конфронтацию и конфликтовать с медицинскими работниками
Помощь врача может быть отвергнута	Молодые люди, испытывающие страдания, не могут удержаться, чтобы не повторить то, что происходило с ними с прошлым. Если ранее они подвергались насмешкам или если к их проблемам относились несерьезно, они могут начать отвергать помощь. Иногда, чем больше они доверяют взрослому, тем большее беспокойство они испытывают. В этой ситуации врач должен действовать последовательно и осторожно, но не навязчиво.
Врач может начать принимать чрезмерное участие в жизни пациента	Молодые люди с нестабильным психическим состоянием могут испытывать подозрения и отказываться от установления контакта с врачами. Они могут нуждаться в доверии, понимании и душевной теплоте. Иногда при общении с молодыми людьми, которые имеют суицидальные наклонности или причиняют себе вред, бывает трудно сохранить дистанцию. Поддерживая доверительные тесные отношения, врач легко может попасть в ситуацию, при которой он может почувствовать, что является единственным человеком, способным решить проблемы молодого пациента. Врачи часто попадают в такие ситуации; они поддаются соблазну пойти на сближение с пациентом, такой опыт иногда является для них травматичным.

Их задача заключается в том, чтобы с уважением выслушивать людей, которым они оказывают поддержку, обеспечивать их право на получение доступа к информации, медицинскому обслуживанию и соответствующим возможностям (Благотворительная организация «Майнд», 2009 г.) Джо оказывает поддержку тем молодым людям, которые находятся в больницах (см. текст ниже).

Чем я занимаюсь, оказывая поддержку – Джо

Моему сыну было 15 лет, когда он попал в психиатрическое отделение больницы, и в течение короткого периода времени жизнь нашей семьи резко изменилась. Я навещала сына, присутствовала на консилиумах, посвященных планам его лечения, тратила много времени на поиски информации, попытки повысить уровень знаний и понимания проблем психического здоровья; одновременно с этим я пыталась обеспечить нормальную жизнь своей дочери, которой в тот момент был всего один год.

В конце концов, я потеряла работу, муж ушел от меня, и мне пришлось продать наш дом. Я не знала, к кому обратиться, друзья и члены нашей семьи, по всей видимости, не знали, как на это реагировать, в то время я не знала ни одного человека, который находился бы в подобных обстоятельствах. Я никогда не чувствовала себя такой одинокой. В тот момент мой сын практически сдался, и я думала о том, как мы справимся с этой ситуацией. Подростковое отделение выделило нам семейного врача; она выслушивала нас и давала нам возможность избавиться от всех наших страхов и чувства безысходности. Она помогла нам лучше понять, какими услугами мы можем воспользоваться; это позволило мне получить поддержку, которая удовлетворяла потребности моего сына. Коротко говоря, она давала нам надежду.

В конце концов, мой сын вернулся домой. Я испытала огромное облегчение, но в связи с тем, что он находился в больнице так долго, нам пришлось вернуться к основам. Нам оказывала невероятную поддержку Служба охраны психического здоровья детей и подростков, и я могу с огромной радостью сказать, что на данный момент состояние моего сына значительно улучшилось.

Хотя этот опыт был для нашей семьи чрезвычайно травматичным, за это время мы также многому

научились. Я приобрела обширные знания о предоставляемых услугах; я узнала о сложностях, с которыми сталкиваются молодые люди, пытаюсь их получить. Я никогда не забуду, как это важно, когда кто-то тебя выслушивает, и чего мы добились благодаря этому. Я знала, что хочу отплатить чем-то за оказанную нам помощь, мне очень хотелось каким-либо образом участвовать в такой работе. Поэтому я решила начать оказывать поддержку молодым людям, испытывающим проблемы с психическим здоровьем.

Сейчас я регулярно встречаюсь с молодыми людьми, постепенно выстраивая отношения, основанные на доверии, и пытаюсь решить их проблемы. Вскоре я поняла, что причинение себе вреда является проблемой, которая носит повторяющийся характер. Молодые люди, которым я оказываю поддержку, говорят, что оно помогает им избавиться от напряжения и боли в ситуации, когда они считают, что их никто не слышит и не понимает, что они чувствуют. Я считаю, что выслушивание, оказание поддержки, предоставление информации и побуждение молодых людей к тому, чтобы они рассказывали о своих проблемах, помогает им получать индивидуальное наблюдение и услуги, которые им нужны. Поддержка помогает молодым людям решать их проблемы и способствует их личностному росту и выздоровлению.

Отзывы, которые я получила в связи с оказанием поддержки, были положительными. Приведенные ниже отзывы были оставлены родителями и молодыми людьми, которым оказывалась поддержка.

«Я считаю, что оказание поддержки очень помогло мне и моей дочери. Мы получили серьезную поддержку, когда поняли, что человек, не являющийся врачом, обладал профессиональным пониманием того, что происходит».

«Бесценная услуга, прекрасно иметь возможность говорить с кем-то, кто был в похожей ситуации, чувствуя, что есть надежда, даже когда ты находишься в подавленном состоянии».

«Здорово, когда есть кто-то, кто может тебя выслушать; это помогло снять напряжение и позволило мне решать проблемы вместо того, чтобы терзать себя».

«С Джо так легко говорить, это здорово, потому что ты чувствуешь себя комфортно и уверенно, рассказывая о своих проблемах».

«Джо не спеша выслушивает, она понимает меня и очень сильно мне помогает. Она помогает мне общаться с другими сотрудниками и получать то, что я хочу и заслуживаю».

«Человек, оказывающий мне поддержку, помог мне подать заявление на получении пособий; я не знала, что имею право их получать. Это помогло мне выбираться из дома, когда я вернулась домой».

Выводы

Модели оказания помощи, лечения и обслуживания по возможности должны основываться на фактическом материале и принятых правилах, в которых содержатся современные клинические рекомендации. Различные правила помогают врачам, заведующим отделений и руководителям медицинских учреждений планировать, предоставлять и оценивать услуги, направленные на борьбу с причинением себе вреда. Вместе с тем, слишком часто медицинское обслуживание, которое получают дети и члены их семей, не основано на современных клинических рекомендациях.

В Великобритании в правилах, опубликованных Национальным институтом охраны здоровья и совершенствования медицинской помощи, описываются научно обоснованные вмешательства и модели оказания медицинской помощи, о которых известно, что они приносят положительные результаты. Врачи и другие лица должны обращаться к этим современным клиническим рекомендациям на всем протяжении процесса обследования и лечения.

10 Профилактика самоубийств и самоповреждающего поведения

Приоритетное направление работы системы общественного здравоохранения

Основные положения:

- Самоповреждения, причиняемые молодыми людьми самим себе, определяет экономический спрос на услуги по охране здоровья и социальной помощи. Стратегии общественного здравоохранения, ориентированные на универсальные меры по предотвращению и сокращению числа случаев, связанных с самоповреждением детей и молодежи, могут обеспечить снижение нагрузки для педиатрических, психологических и социальных служб в будущем.
- Профилактика самоповреждающего поведения и суицидов требует всесторонних комплексных усилий с участием детей и молодежи, семей и сообществ, школ и средств массовой информации. Не существует единого подхода, который был бы эффективным в решении крупномасштабной универсальной проблемы.
- Вмешательства в учебных заведениях дают возможность улучшить результаты работы с детьми и молодыми людьми, которые причиняют себе вред, за счет развития эмоциональной стабильности, содействия благополучию и обеспечения своевременного вмешательства. Школьные специалисты занимают ключевые позиции в поддержке молодых людей, которые причиняют себе вред или склонны к суициду, и направляют тех, кому может потребоваться заключение эксперта или лечение, в специализированные службы.
- Молодые люди, которые наносят себе повреждения, а также их родители и опекуны, братья, сестры и друзья страдают от стигматизации. Подобно тому, как стресс может накапливаться у молодого человека, у которого нет необходимого источника поддержки, также может негативно повлиять на его система социальных взаимоотношений. Ослабление социального порицания, вызванного самоповреждением, должно быть ключевой частью всего, что мы делаем как работники здравоохранения.
- Крайне важно проводить кампании по повышению степени информированности, признанию и пониманию причин самоповреждающего поведения, если сотрудники помогающих профессий и широкая общественность хотят добиться хороших результатов при работе с молодыми людьми, причиняющими себе вред.
- Существует несколько учебно-методических комплексов, которые помогут медицинским работникам улучшить свои знания и стать более квалифицированными для проведения обследования молодых людей, причиняющих себе вред, и при работе с ними.
- В настоящее время появляется все больше онлайн-ресурсов для детей и молодых людей, причиняющих себе вред. В то время как многие сосредотачиваются на выздоровлении, советах и поддержке и предлагают уделять особое внимание положительным сообщениям, касающимся самоповреждения, другие способствуют обмену негативными сообщениями и пропагандируют неразумные способы причинения вреда самому себе.

Актуальность

Число случаев самоповреждения и попыток самоубийства неуклонно возрастает, начиная с 1960-х годов, и в настоящее время представляет собой серьезную угрозу здоровью общества (Центры по контролю и профилактике заболеваний, 1992; Шмидтке и др., 1996; Хавон и др., 1996; Керфут, 2000; Фокс и Хавтон, 2004). И это справедливо не только для западного общества; исследования в

развивающихся странах также показали, что причинение вреда самому себе достигает масштабов эпидемии и является приоритетным направлением деятельности в системе общественного здравоохранения во всем мире (Эддлестон и др. 1998).

Самоубийство – основная причина смерти среди молодых людей (Уиндфур, 2008), и мы ранее наблюдали, что молодые люди, причиняющие себе вред, представляют особую группу риска, наиболее склонную к суициду в дальнейшем (Хаутон 1992). Высокий процент случаев самоповреждающего и суицидального поведения часто является результатом войны, бедности, нарушения прав человека, социальных лишений и отсутствия возможностей для молодых людей.

В то время как некоторые страны внедрили национальные стратегии профилактики самоубийств, основанные на рекомендациях ООН и ВОЗ, многие этого не сделали, и профилактика самоубийств не определена как четко сформулированный приоритет в области здравоохранения (Уиндфур 2009).

Эмоциональное здоровье и благополучие британских детей и молодежи

Стратегии укрепления психического здоровья направлены на поощрение позитивного отношения к психическому здоровью, а не на выявление нарушений, болезней или недостатков. Это делается с целью развития таких компонентов эмоционального здоровья и благополучия, как самооценка, навыки разрешения конфликтов и способность противостоять проблемам взросления и справляться с ними. Однако, хотя было обнаружено, что комплексные, многомерные программы, основанные на самооценке, оказывают положительное влияние на эмоциональное здоровье и благополучие молодых людей, их влияние на сокращение числа самоповреждений и самоубийств еще предстоит доказать (Национальная служба здравоохранения, Агентство по развитию в области здравоохранения 2004).

Несмотря на убедительные доказательства, в рамках политики Великобритании следует уделять больше внимания укреплению психического здоровья и вмешательству на ранних этапах. В случае самоповреждающего поведения меры поддержки и лечебные мероприятия на ранней стадии, вероятно, будут более эффективными и менее дорогостоящими, чем те, которые потребуются в течение дальнейшей жизни, если будет упущена возможность для профилактики и раннего вмешательства.

Как известно, с подростковым возрастом часто бывает трудно справиться даже в самых благоприятных обстоятельствах. Однако в одном из новейших исследований утверждается, что британские подростки – одни из самых несчастных в мире (UNICEF 2007). Согласно отчету, Великобритания находится в нижней трети в пяти из шести категорий, из-за чего британские дети более несчастны и чувствуют себя менее любимыми, чем дети почти любой из самых богатых стран мира.

Инвестирование ради экономии

Эмоциональное здоровье и благополучие детей и молодежи должны вызывать серьезную озабоченность у мировых лидеров. Будущее процветание нашей планеты и ее жителей зависит, прежде всего, от будущего благополучия наших детей. В последних отчетах о национальной политике в отношении детей и научных исследованиях подчеркивается необходимость раннего вмешательства для предотвращения проблем в детстве (Министерство здравоохранения, 2004; Дело о детях и новые экономические принципы, 2009; Ганнелл и др., 2009).

Неспособность помешать отрицательной траектории развития детей ложится бременем на экономику в будущем из-за долгосрочных требований к психиатрическим службам для взрослых, социальным службам, всестороннему первичному медицинскому обслуживанию и системе уголовного правосудия. В современных финансовых условиях, как никогда важно, чтобы соответствующие услуги оказывались детям и молодежи с первого раза. По прогнозам Королевского фонда, затраты на услуги по охране психического здоровья увеличатся с 22,5 млрд фунтов стерлингов в 2007 году до, как минимум, 32,6 млрд фунтов стерлингов к 2026 году. Если мы добавим потерю доходов и расходы, которые ложатся на другие агентства, эта цифра будет еще выше.

В отчете «Поддержка будущего», подготовленном организацией «Дело о детях и новые экономические принципы», предполагается, что расходы экономики Великобритании, связанные с неспособностью сохранить семью, злоупотреблением психоактивными веществами и наличием психических расстройств, могут стоить целых 4 триллиона фунтов стерлингов за два десятилетия («Дело о детях и новые экономические принципы» 2009). Мы знаем, что все это представляет собой потенциальные факторы риска для появления самоповреждающего поведения и самоубийства. Далее в отчете говорится, что вмешательство на ранних этапах с целью предотвращения психосоциальных проблем способно сэкономить экономике Великобритании 486 миллиардов фунтов стерлингов за 20 лет. Рекомендуется перейти на систему общественной эффективности инвестиций, которая помогает службам осознать создаваемую ими социальную и экономическую выгоду и управлять ею («Дело о детях и новые экономические принципы», 2009).

Как можно решить эту проблему?

Общеизвестно, что крайне трудно вычислить тех молодых людей, которые наносят себе вред, а затем убивают себя (Капур и др. 2004b). Исследования за последние несколько десятилетий обычно длились от пяти до десяти лет после вмешательства. Более ранние исследования имели гораздо более длительную продолжительность, но в них могут отсутствовать важные изменения эпидемиологических факторов в статистике случаев самоповреждения и завершенных самоубийств (Хаутон и Каталани, 1987).

Социально-экономические факторы, такие как бедность и плохое образование, а также связанные с ними проблемы, такие как злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами, насилие в семье и психические заболевания, которые в совокупности становятся причиной самоповреждений, являются глобальными приоритетами профилактической работы. Недопущение этих негативных последствий и вмешательство в раннем детстве может снизить количество случаев самоповреждения во взрослом возрасте.

Данные ВОЗ демонстрируют, что факторы, препятствующие самоповреждению и самоубийству молодых людей, включают эффективные навыки выживания, позитивные группы сверстников, навыки разрешения конфликтов, хорошую самооценку, академические достижения и возможности для участия в значимой деятельности (ВОЗ, 2000b). Эти факторы тесно связаны с результатами исследования «Каждый ребенок имеет значение» (Министерство образования и профессиональной подготовки, 2003).

Последнее десятилетие стало свидетелем растущего интереса к программам ранней профилактики с целью недопущения той траектории развития, которая приводит к негативным последствиям для детей и семей. В настоящее время существует стремительно расширяемая база данных, показывающая, что стратегии поощрения, предотвращения и вмешательства в детстве могут помешать развитию проблем и расстройств в дальнейшем в подростковом и взрослом возрасте. Наше понимание эпидемиологических и социальных факторов, связанных с самоповреждающим поведением и самоубийствами, становится все более сложным (Хаутон, 2005).

Профилактика суицидов

Предупреждение самоубийств и самоповреждающего поведения – непростая задача. Тем не менее, достоверные исследования показывают, что это возможно, но требует серии скоординированных действий. ВОЗ предложила сосредоточить внимание на обеспечении оптимальных условий для воспитания наших детей и молодежи посредством эффективного лечения психических расстройств и контроля факторов риска в окружающей среде (ВОЗ, 2000b).

Некоторые европейские страны определили самоубийство как серьезную проблему системы общественного здравоохранения и создали центры профилактики суицида, которые проводят исследования и предоставляют данные для политики и планирования в области здравоохранения. Центры профилактики самоубийств обычно располагаются при университетах и проводят обширные исследования для нескольких местоположений.

Одним из самых известных центров профилактики самоубийств в Великобритании является

Национальное конфиденциальное расследование самоубийств и убийств людьми с психическими заболеваниями (NCI / NCISH), базирующееся в Манчестере. Он создан с целью снизить уровень самоубийств путем изучения всех случаев самоубийства людей, обращающихся за психиатрической помощью. Другой ключевой организацией является Оксфордский центр исследований самоубийств, где работают Кит Хоутон и его команда.

Национальные стратегии

В Великобритании был разработан ряд долгосрочных стратегий. Хотя большинство из них не направлены непосредственно на предотвращение самоповреждений, многие рассматривают проблемы и факторы, которые часто в совокупности приводят к самоповреждающему поведению среди молодых людей. Некоторые из комплексных стратегий применимы к Великобритании, тогда как другие определяются спецификой территории. Кроме того, некоторые из них включают специальные планы для молодежи и групп повышенного риска, например, для детей, оставшихся без попечения родителей.

Англия

Национальная структура службы (НСС) для детей, молодежи и охраны материнства — это десятилетняя программа, направленная на обеспечение долгосрочного и стабильного улучшения здоровья детей (Министерство здравоохранения, 2004). НСС устанавливает стандарты и определяет модели обслуживания детей во всех учреждениях Национальной службы здравоохранения и учреждениях социальной помощи. НСС включает пять основных стандартов, которые уделяют первоочередное внимание привлечению детей и семей, межведомственной работе, компетентному комплектованию персоналом и способам ухода. Кроме того, существует шесть специфических стандартов, ориентированных на детей и молодых людей с особыми потребностями.

Национальная структура службы для детей, молодежи и охраны материнства

Стандарт 1:	Содействие здоровью и благополучию, выявление потребностей и своевременное вмешательство
Стандарт 2:	Поддержка родителей
Стандарт 3:	Услуги, ориентированные на детей, молодых людей и семью
Стандарт 4:	Вступление во взрослую жизнь
Стандарт 5:	Защита и содействие благополучию детей и молодежи
Стандарт 6:	Заболевшие дети и молодежь
Стандарт 7:	Дети в больнице
Стандарт 8:	Дети- и подростки-инвалиды, а также лица со сложными потребностями
Стандарт 9:	Психическое здоровье и психологическое благополучие детей и молодежи
Стандарт 10:	Лекарственные средства для детей и молодежи
Стандарт 11:	Охрана материнства

НСС не рассматривает конкретно самоповреждающее поведение, но большинство стандартов содержат маркеры надлежащей практики, которая должна применяться медицинскими работниками в их повседневной работе с молодыми людьми, родителями и опекунами.

Стандарт 7: Дети в больнице

Данный стандарт обращает внимание на необходимость всем штатным сотрудникам обладать навыками выявления и борьбы с самоповреждающим поведением. В нем также говорится, что все больницы, осуществляющие прием и лечение детей и молодежи, должны иметь политику и механизмы взаимодействия для борьбы с передозировками и самоповреждающим поведением, включая нанесение себе увечий и попытки самоубийства. Далее в стандарте уточняется, что

персонал должен уделять особое внимание обеспечению надлежащего медицинского и психического обслуживания молодых людей со склонностями к самоповреждению и суициду в отделениях неотложной помощи, данные которых свидетельствуют о том, что их потребностями часто пренебрегают.

Стандарт 9: Психическое здоровье и психологическое благополучие детей и молодежи

Данный стандарт касается психического здоровья и психологического благополучия детей и молодежи. Сюда входят стандарты в отношении общих договоренностей о сотрудничестве между межведомственными службами (Министерство здравоохранения, 2004).

Потребность в способности выявлять самоповреждающее поведение и определять виды поддержки для молодых людей медицинскими работниками, также указывается в правительственной стратегии по охране здоровья детей и молодежи «Здоровая жизнь, светлое будущее» (Министерство здравоохранения, 2009 г.).

Профилактика суицида

Снижение уровня смертности от самоубийств было определено в качестве приоритетной задачи в официальном документе правительства «Спасая жизни: наша более здоровая нация» (Министерство здравоохранения, 1999 г.), в котором ставилась цель снизить уровень смертности от самоубийств и неустановленных травм как минимум на одну пятую к 2010 г. Действия по достижению этой цели были позже изложены в Национальной стратегии предотвращения самоубийств в Англии (Министерство здравоохранения, 2002 г.).

Агентство по развитию здравоохранения опубликовало научно доказанный инструктаж на тему эффективности стратегий профилактики самоубийств и суицидального поведения среди молодежи (Национальная служба здравоохранения 2002). Он был опубликован от имени Научно-исследовательской группы в области общественного здравоохранения Великобритании и Ирландии и содержит все соответствующие систематические обзоры, обобщения и метаанализы, касающиеся самоубийств среди молодых людей.

В рамках местных советов по защите прав детей (МСЗПД) комиссии по рассмотрению детской смертности должны учитывать случаи смерти детей и молодежи в каждом районе и определять уроки, которые можно извлечь для предотвращения серьезных случаев самоповреждения и самоубийств в будущем (Правительство Ее Величества 2008 г.).

Шотландия

Каждый десятый из миллиона детей, живущих в Шотландии, имеет проблемы с психическим здоровьем, которые препятствуют повседневной жизни. Во многих случаях это подразумевает причинение себе вреда (Институт общественного здравоохранения Шотландии, 2003). Уровень самоубийств среди людей старше 14 лет в Шотландии снизился на 12,5% за последнее десятилетие (Samaritans, 2008) (см. Таблицу 10.1).

Таблица 10.1. Число самоубийств в 2006 г. (согласно Samaritans, 2008 г.)

Страна	Количество смертей	Доля на 100 000 человек старше 14 лет.
Англия	4191	10
Уэльс	300	12
Шотландия	765	18
Северная Ирландия	291	21
Ирландская Республика	409	12
Всего по Великобритании	5576	11
Великобритания и Республика Ирландия всего	5985	9

«Выбери жизнь» — это государственная программа, направленная на улучшение психического

здоровья и благополучия населения Шотландии (Правительство Шотландии 2002). Она включает стратегию и план действий по предотвращению самоубийств и предоставляет совместное межведомственное руководство, касающееся детей и молодежи. Эта стратегия составляет ключевую часть работы Национальной программы улучшения психического здоровья и благополучия в Шотландии, которая была запущена в 2001 году. Помимо других приоритетных задач она включает снижение уровня самоубийств в Шотландии на 20 процентов к 2013 году. Руководство, выпущенное в рамках проекта «Выбери жизнь», направлено на повышение осведомленности и определяет главные роли и обязанности профильных ведомств, поддерживающих детей и молодых людей, причиняющих себе вред. Выделяют три основные приоритетные задачи:

1. Поддержка и улучшение координированных действий местных ведомств по разработке и реализации муниципальных комплексов мероприятий, направленных на предотвращение самоубийств.
2. Поощрение и поддержка инновационных муниципальных волонтерских служб, инициатив районного масштаба и организованной самопомощи, которые способствуют предотвращению самоубийств в районных окрестностях и местных сообществах.
3. Разработка и внедрение региональных программ обучения.

Правительство Шотландии также опубликовало книгу «На пути к психическому процветанию Шотландии», в которой выделены шесть основных приоритетных задач в области оздоровления, включая необходимость сокращения числа самоубийств и случаев самоповреждения.

На пути к психическому процветанию Шотландии

1. Психически здоровые дети, младенцы и молодежь
2. Психическое здоровье в старческом возрасте
3. Психически здоровые сообщества
4. Психически здоровая трудовая деятельность и карьера
5. Снижение распространенности самоубийств, случаев причинения себе вреда и общих проблем психического здоровья
6. Повышение качества жизни людей, страдающих психическими расстройствами и психическими заболеваниями

(Исполнительный орган Шотландии 2008)

Еще одна перспективная инициатива – «Укрепление своих сильных сторон». Этот документ был совместно опубликован Шотландским центром развития психического здоровья и Фондом Камелота и направлен на повышение уровня информированности и распространение знаний среди молодых людей из общин меньшинств и склонных к причинению себе вреда (Шотландский центр развития психического здоровья и Фонд Камелота, 2005 г.). Проект нацелен на молодых людей в возрасте от 16 до 25 лет из темнокожих и этнических меньшинств (ТЭМ), включая молодых беженцев и просителей убежища, которые причиняют себе вред или подвержены риску самоповреждения.

План действий «Поговори со мной»

- Помочь людям быть довольными собой
- Обеспечить своевременное принятие мер
- Реагировать на кризисы в жизни людей.
- Заниматься последствиями самоубийств и самоповреждающего поведения
- Проводить больше исследований и получать более точную информацию
- Работать со СМИ для обеспечения деликатного освещения проблем психического

здоровья и самоубийств.

- Ограничить доступ к вещам, которые могут быть использованы для совершения самоубийства.

Другие инициативы в области общественного здравоохранения в Шотландии включают «Передышку» – телефон доверия для молодых людей с плохим настроением или страдающих депрессией, где им могут дать совет и обеспечить поддержку, а также помочь получить соответствующую помощь и услуги по уходу.

Уэльс

В Уэльсе проживает более полумиллиона детей, и они составляют примерно пятую часть всего населения (Welsh Office 1997). Уровень самоубийств среди молодых людей в Уэльсе выше, чем в Англии, но ниже, чем в Шотландии или Северной Ирландии (Правительство Ассамблеи Уэльса 2008) (см. Таблицу 10.1). «Поговори со мной» — это валлийский национальный план действий по сокращению числа самоубийств и самоповреждения, в котором особое внимание уделяется детям и молодежи. Приоритетные направления, указанные в этом плане действий, перечислены ниже (Правительство Ассамблеи Уэльса 2008).

Ирландская Республика

Количество самоубийств в Ирландии резко возросло в 1990-е годы, и этот рост произошел в основном за счет молодых людей (Каллен 2006). Однако за последнее десятилетие в Ирландской Республике наблюдалось наибольшее снижение уровня самоубийств: на 14,5% – среди людей старше 14 лет (Самаритэнс 2008) (см. Таблицу 10.1). Некоторые утверждали, что это отчасти связано с сильным экономическим подъемом в Ирландии после продолжительного спада в 1980-х гг. и периода бурного роста в 1990-х гг.

Другими факторами, которые считаются важными, являются рост мультикультурализма и снижение влияния католической церкви (Нолан и др. 2001). В отчете Каллена (2006) об освещении и отношении к самоубийствам в ирландских печатных СМИ говорится, что предотвращению самоубийств исторически не уделялось первоочередного внимания в Ирландии. На профилактику самоубийств было выделено значительно меньше средств, чем на повышение осведомленности о безопасности дорожного движения несмотря на то, что в результате дорожно-транспортных происшествий погибло меньше людей, чем по причине самоубийства.

Отчет Национальной рабочей группы по самоубийствам (Министерство здравоохранения и охраны детства, 1998 г.) помог задать курс деятельности в области профилактики суицида. Этот отчет посвящен не исключительно детям и подросткам, но заложил основы профилактики самоубийств среди молодых людей. После публикации этого отчета была сформирована Национальная группа по изучению самоубийств и было учреждено Национальное управление по профилактике суицида под эгидой Министерства здравоохранения.

Также был опубликован ряд ключевых отчетов о здравоохранении в контексте профилактики суицида в Ирландии. В том числе был опубликован отчет «Самоубийства в Ирландии: проблема каждого» (Suicide in Ireland: Everyone's Problem), в котором был перечислен ряд сопутствующих факторов (Bates 2005).

Северная Ирландия

Больше четверти населения Северной Ирландии — дети младше 18 лет (Управление статистики и исследований Северной Ирландии, 2002 г.). Однако доступно очень мало надежных эпидемиологических данных по самоповреждению и суицидальному поведению у детей. В часто упоминаемые научные исследования с участием 10 000 детей, которые были опубликованы Управлением по национальным статистическим исследованиям (Green et al. 2005), не включали детей из этой части королевства.

В исследовании здоровья и благополучия (Министерство здравоохранения, социального обеспечения и общественной безопасности, 2001 г.) изучали население Северной Ирландии в целом. Исследование показало, что люди, живущие в Северной Ирландии, подвергаются большему

рisku нарушения психического здоровья, чем люди из Англии и Шотландии (Министерство здравоохранения, социального обеспечения и общественной безопасности, 2001 г.). Отчасти это связано с большим количеством людей с низким социально-экономическим статусом, продолжающимися гражданскими проблемами и более высокой распространенностью психических нарушений у взрослых (Ассоциация психического здоровья Северной Ирландии и Центр психического здоровья Сейнсбери, 2004 г.).

Профилактика самоубийства стала одной из ключевых областей стратегии и плана действий Северной Ирландии по укреплению психического здоровья (Министерство здравоохранения, социального обеспечения и общественной безопасности, 2003 г.). В 2006 году Министерство здравоохранения, социального обеспечения и общественной безопасности запустило программу Protect Life («Защити жизнь»). Это пятилетняя стратегия и план действий Северной Ирландии по профилактике самоубийств до 2011 года. В соответствии с этой стратегией, каждый Совет по здравоохранению и социальному обеспечению должен разработать местный план действий Protect Life с учетом потребностей детей и молодежи.

Хотя распространенность психических расстройств в Англии, Уэльсе и Шотландии в целом аналогичная, в Северной Ирландии самый высокий уровень самоубийств в Великобритании: 21 человек на 100 000 молодых людей старше 14 лет. Это на 111 процентов больше, чем в 1997 г. (Samaritans 2008) (см. Таблицу 10.1).

Профилактика самоповреждения

Меры, направленные на уменьшение или устранение самоповреждения, изучались в основном среди молодых взрослых людей. По детям и подросткам было проведено меньше исследований, и мы не можем с уверенностью экстраполировать результаты, полученные для взрослых, на более молодые возрастные группы (Livesey 2009).

В последние годы было проведено несколько крупных систематических обзоров программ всеобщей или первичной профилактики, в основном направленных на улучшение эмоционального здоровья и психологического благополучия (Harden et al. 2003; Wells et al. 2003; Edwards 2003). Некоторые из этих обзоров включают выборочные или указанные программы по профилактике самоповреждения и самоубийств.

Что мы понимаем под профилактикой?

Профилактика самоповреждения включает универсальные или первичные вмешательства, направленные на устранение способствующих самоповреждению факторов и улучшение здоровья и благополучия детей и молодежи в целом. Эти меры включают развитие эмоциональной устойчивости и здоровых психологических стратегий преодоления трудностей.

Вторичная профилактика направлена на снижение распространенности самоповреждения и включает раннее выявление молодых людей из группы риска и принятие предупредительных мер. Это включает в себя разработку систем поддержки, чтобы молодые люди могли получить доступ к помощи, если сами не в состоянии справиться с трудностями.

Третичная профилактика подразумевает поддержку тех, кто уже борется с самоповреждением, и часто ассоциируется с минимизацией вреда. Она может включать подходы к сокращению повторных эпизодов и стратегии минимизации самоповреждения.

В соответствии со стратегией правительства по охране здоровья детей Healthy Lives, Brighter Futures («Здоровый образ жизни, светлое будущее»), необходимо, чтобы специалисты, работающие с детьми, могли распознавать молодых людей, которые наносят себе повреждения, и предлагать им поддержку (Министерство здравоохранения, 2009 г.).

Инновационные подходы

Не проводились исследования того, какие меры действительно предотвращают самоповреждение среди молодых людей. На момент написания этой книги было начато крупное многоцентровое исследование, которое будет продолжаться до 2016 г. В исследовании семейной терапии для

борьбы с самоповреждением (Self Harm Intervention Family Therapy, SHIFT) примут участие около 800 молодых людей в возрасте от 11 до 17 лет и члены их семей. Это исследование будет одним из самых крупных и подробных в своем роде. Исследователи будут изучать, как семья может помочь молодому человеку более эффективно справляться с кризисами и эмоциональными ситуациями благодаря вовлечению в терапию всей семьи с фокусом на отношениях, ролях и паттернах коммуникации между ее членами.

В исследование SHIFT будут включать молодых людей, которые наносили себе повреждения более одного раза и которым потребовалась госпитализация для лечения нанесенных повреждений, хотя молодых людей с диагнозом тяжелой депрессии и других серьезных психических нарушений в исследование включать не будут. Это исследование финансируется программой оценки технологий для здравоохранения Национального института медицинских исследований и проводится Лидским университетом и Национальной службой здравоохранения г. Лидс. Еще шестнадцать организаций будут проводить набор молодых людей и проводить сессии семейной терапии по месту их проживания.

Цель таких проектов, как Manchester и Salford Self Harm — отследить общие характеристики самоповреждения в местных популяциях, оценить эффективность оказываемых услуг и собрать на местном уровне доказательные данные для развития стратегий оказания услуг и обучения.

Вмешательства на уровне школы и колледжа

Нарушения психического здоровья встречаются у каждого пятого ребенка и подростка (Фонд охраны психического здоровья, 1999 г.; Британская медицинская ассоциация, 2003 г.). Диагноз психического расстройства ставят примерно каждому десятому ребенку в возрасте 5–15 лет в Англии, Шотландии и Уэльсе (Green et al. 2005).

Таким образом, в общеобразовательной школе среднего размера с 1000 учеников, у целых 50 человек будет депрессия, от 10 до 20 будут испытывать тревогу и от 5 до 10 будут иметь расстройство пищевого поведения (YoungMinds 1999). Это явно доказывает, что дети и молодые люди сталкиваются с большими трудностями, и многие в попытке справиться с ними наносят себе повреждения.

Школы и колледжи — неотъемлемый элемент оказания помощи детям в восстановлении эмоционального здоровья и благополучия. Дети и подростки проводят в школе больше времени, чем в любой другой среде (ВОЗ, 1997 г.). Одной из рекомендаций по результатам Национального исследования (National Inquiry) было указание, что директора школ играют решающую роль в формировании стратегий по улучшению психического здоровья школьников, и что они должны признать необходимость повышать осведомленность всей школы о психических и эмоциональных проблемах.

Большая часть детей и подростков, которые наносят себе повреждения, являются школьниками и студентами, и поэтому такой подход несет в себе большой положительный потенциал. По результатам Национального опроса, молодым людям важно, чтобы поддержку в случае самоповреждения им оказывали психологи, а не учителя. Центр изучения суицида Оксфордского университета и организация Samaritans рекомендуют школам принимать более активное участие в решении этих проблем, аргументируя это тем, что профилактика должна проводиться на уровне местного сообщества, в идеале — в школе.

Что могут сделать школы?

Работающие в школах специалисты, в том числе школьные медсестры, школьные психологи, координаторы программ по специальным потребностям в образовании (Special Educational Needs Coordinators, SENCO), логопеды, менторы, ассистенты обучающихся, сотрудники, обеспечивающие пастырскую поддержку, и школьные психологи, играют ключевую роль в поддержке учеников и студентов в реализации их потенциала. Эмоциональное здоровье и благополучие — основа национальной образовательной программы и санитарно-просветительской работы.

Школьные специалисты, в том числе учителя и медсестры, часто первыми замечают, что молодой

человек может наносить себе повреждения. Они находятся в самом удобном положении для оказания поддержки молодым людям и направления тех, кому может понадобиться обследование или лечение, в специализированные службы психического здоровья детей и подростков (Child and Adolescent Mental Health Services, CAMHS) или в службы, специализирующиеся на самоповреждении.

Если бы в школе можно было с кем-нибудь поговорить, возможно, я бы не почувствовал потребность в самоповреждении.

Стратегии борьбы с травлей в школе и общешкольный подход к поддержанию эмоционального здоровья и благополучия, по-видимому, оказывают благоприятный эффект, но их результативность в отношении самоповреждения еще не оценивали. Имеются доказательства того, что целенаправленные вмешательства на уровне отдельных молодых людей с риском самоубийства могут быть эффективнее общешкольного подхода или вмешательства на групповом уровне (Thompson et al. 2000). В некоторых частях страны ChildLine в сотрудничестве со школами запустила проект CHIPS (ChildLine in Partnership with Schools). Этот проект помогает школам внедрять системы поощрения взаимной поддержки детей и молодых людей.

Национальные стратегии

Благодаря развитию комплексных программ, универсального подхода и целенаправленных вмешательств уполномоченные по вопросам образования и специалисты в школах могут уделять внимание улучшению эмоционального здоровья и благополучия во всех аспектах разработки и внедрения образовательной программы.

В настоящее время нет доказательных данных по направленным на детей и молодых людей универсальным способам профилактики суицида посредством образовательной программы (Управление по развитию здравоохранения NHS, 2002 г.). В рамках национальной программы здравоохранения Национальный институт охраны здоровья и совершенствования медицинской помощи (NICE) разработал рекомендации по поддержанию эмоционального здоровья и благополучия в начальной школе (NICE, 2008 г.). Хотя в рекомендациях самоповреждение не упоминается напрямую, школам предлагается уделять внимание таким областям, как решение проблем, навыки преодоления стресса, разрешение конфликтов и понимание чувств. Многим молодым людям, которые наносят себе повреждения, все эти аспекты повседневного функционирования даются с трудом (McAuliffe et al. 2006).

Наиболее важные программы по улучшению психического здоровья в школах — проекты SEAL и TaMHS с государственным финансированием.

SEAL

Программа Social and Emotional Aspects of Learning (SEAL, социальные и экономические аспекты обучения) (Министерство образования и профессиональной подготовки, 2005a) — одна из национальных программ по улучшению здоровья в школах (National Healthy Schools Program, NHSP) (Министерство образования и профессиональной подготовки, 2005b). SEAL представляет комплексный подход к развитию эмоциональных и социальных навыков, необходимых для эффективного обучения, а также социального и психологического благополучия. Эта программа охватывает многие аспекты, которые обычно тяжело даются людям, наносящим себе повреждения, в том числе умение дружить и ладить с другими людьми, справляться с травлей и изменениями.

Помимо вклада образовательной программы в развитие у детей навыков решения социальных проблем и работы с эмоциями как средства профилактики самоповреждения, суицидальных мыслей и поведения, необходимо развивать и общешкольные подходы к профилактике самоповреждения. Для некоторых детей школа — часть проблемы. Беспокойство, связанное с успеваемостью, оценками и отношениями с одноклассниками, занимает очень высокое место в списке стрессовых факторов у детей (Morris 2008). Кроме того, результаты исследований позволяют предположить, что значимое меньшинство школьников не ощущают, что в школе можно получить поддержку, и считают, что лишь немногие учителя готовы оказать ученикам своевременную или эффективную помощь, если они испытывают тревогу, грусть или беспокойство по личным причинам.

или из-за других людей (Morris 2008).

TaMHS

Проект Targeted Mental Health in Schools (TaMHS, целенаправленное улучшение психического здоровья в школах) финансируется Департаментом по делам детей, школ и семей. Его цель — трансформация поддержки, которая оказывается детям в возрасте 5—15 лет для улучшения психического здоровья. В дополнительных материалах рассказано, как распознать самоповреждение в школах и что делать в этом случае. Необходимы основанные на доказательствах рекомендации для специалистов по психическому здоровью, которые работают с детьми и подростками, наносящими себе повреждения (Wolpert et al. 2006). Доказано, что вмешательства на уровне школы могут повысить осведомленность о проблеме и улучшить отношение к молодым людям, наносящим себе повреждения. Но такие вмешательства не способствуют тому, чтобы представители группы риска — молодые люди и люди, уже наносившие себе повреждения, — чаще обращались за помощью (Wolpert et al. 2006).

Обучение и поддержка для сотрудников школ

Несмотря на стремление правительства улучшить обучение работающих с детьми специалистов по вопросам психического здоровья детей (Department of Health 2004) и очень высокий уровень контакта учителей с детьми и молодыми людьми, которые наносят себе повреждения, обучение по вопросам самоповреждения и нарушений психического здоровья для учителей и других сотрудников школ в целом не проводится (Gowers et al. 2004).

Кроме того, преподавателям и другим сотрудникам школ и колледжей часто нужна помощь специалистов по психическому здоровью при работе с учащимися, наносящими себе повреждения. При выполнении своих обязанностей по улучшению психического здоровья и адекватному реагированию на суицид и самоповреждение школы могут опереться на опыт внешних служб и организаций посредством консультаций и получения совета (Morris 2008). Кроме того, поскольку многие молодые люди, наносящие себе повреждения, обращаются за поддержкой к друзьям, необходимо улучшить схемы и системы поддержки одноклассников и одноклассников, например, посредством обучения студентов-менторов поддержке других учащихся в трудных ситуациях.

Стигматизация

Общество все шире признает, что стигматизация — серьезная проблема для многих людей с нарушениями психического здоровья и людей, наносящих себе повреждения. Влияние стигмы начали признавать, когда Эрвинг Гоффман в 1963 г. опубликовал книгу *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* («Стигма: заметки об управлении испорченной идентичностью»). В этой книге он проследил истоки стигматизации в Древней Греции, когда на лоб людей «с плохой репутацией», таких как предателей, или на лоб животного или раба для обозначения принадлежности наносили клеймо или видимую отметку. Однако только несколько лет назад начались общественные кампании по улучшению понимания психического здоровья и оспариванию стигматизации.

See Beyond the Label

Группа YoungMinds опубликовала комплексный учебник *See Beyond the Label* («Видеть больше, чем ярлык») который помогает специалистам разрабатывать эффективные службы поддержки молодых людей, наносящих себе повреждения. Он дает возможность подумать над нашим отношением к самоповреждению и понять, почему дети и молодые люди так поступают. Это руководство опирается на обратную связь от молодых людей и напоминает специалистам, что:

- молодые люди редко просят о помощи напрямую;
- они чаще решаются поговорить с другом, нежели с родителями или специалистами;
- они хотят избежать чрезмерной реакции взрослых;
- они не хотят, чтобы о них говорили как о наносящих себе повреждения.

Группа YoungMinds также поощряет специалистов и сотрудников школ искать пути истребления стигмы, обычно связанной с проявлениями психических нарушений, и обеспечивать вовлечение молодых людей, наносящих себе повреждения, в разработку, внедрение и оценку местных протоколов на случай самоповреждения (YoungMinds 2006). Обучение преследует четыре основных цели:

- дает всем нам возможность подумать о нашем отношении к самоповреждению;
- улучшает понимание того, почему дети и молодые люди наносят себе повреждения;
- позволяет найти способы бороться со стигматизацией выражений психических нарушений; и
- обеспечивает вовлечение молодых людей, наносящих себе повреждения, в разработку, внедрение и оценку местных протоколов на случай самоповреждения.

Стигма и семья

Стигма влияет не только на молодого человека. Родители, братья, сестры и друзья молодого человека, наносящего себе повреждения, также часто страдают от негативного отношения и поведения. Родители могут быть не уверены, рассказывать ли другим членам семьи и друзьям о том, что ребенок наносил себе повреждения, или держать это в тайне. Как у молодого человека может накапливаться стресс в отсутствие подходящего источника поддержки, так и родители и лица, осуществляющие уход за детьми, могут сталкиваться с трудностями при отсутствии системы поддержки.

Цель кампании Time to Change («Время меняться») в Великобритании — покончить с дискриминацией на основании психического здоровья путем проведения различных мероприятий и показа фильмов, хотя эта кампания и не направлена только на детей и молодых людей, которые наносят себе повреждения. В кампанию Time to Change привлекают знаменитостей и публичных личностей, которые готовы рассказывать о собственном опыте психических заболеваний и нарушений (www.time-to-change.org.uk/home).

Некоторые страны предпринимают попытки избавиться от стигматизации и проводят кампании, аналогичные проводимым в Великобритании. Во всей Шотландии была запущена кампания See Me («Смотри на меня») с использованием телевидения, радио и рекламы на автобусных остановках. Эта кампания призвана повысить осознанность и улучшить понимание проблемы самоповреждения у представителей различных культур, живущих в Шотландии. В частности, кампания направлена на проблему самоповреждения у представителей африканских национальностей и других этнических меньшинств (www.seemescotland.org.uk). В проекте Just Like Me («Прямо как я») в рамках кампании See Me детям и молодым людям с помощью анимации и мультфильмов рассказывают об эффектах стигмы и борьбе с ней. На сайте Just Like Me представлены истории молодых людей, которые наносили себе повреждения, (www.justlikeme.org.uk).

Кроме того, национальная благотворительная организация Rethink проводит кампанию против стигматизации в Северной Ирландии с 2007 г. В рамках этой кампании проводится реклама по телевидению, радио и на автобусах. Также несколько молодых людей, которые обращались с этой проблемой к специалистам, прошли обучение в качестве добровольцев для общения со СМИ и поделились своими историями и опытом с местными и национальными СМИ.

Схема работы со стигматизацией

Gale в 2007 г. разработал модель вмешательств для борьбы со стигматизацией детей, молодых людей и их семей. Эту модель внедрили в CAMHS и в службах для детей в целом (см. Рисунок 10.1).

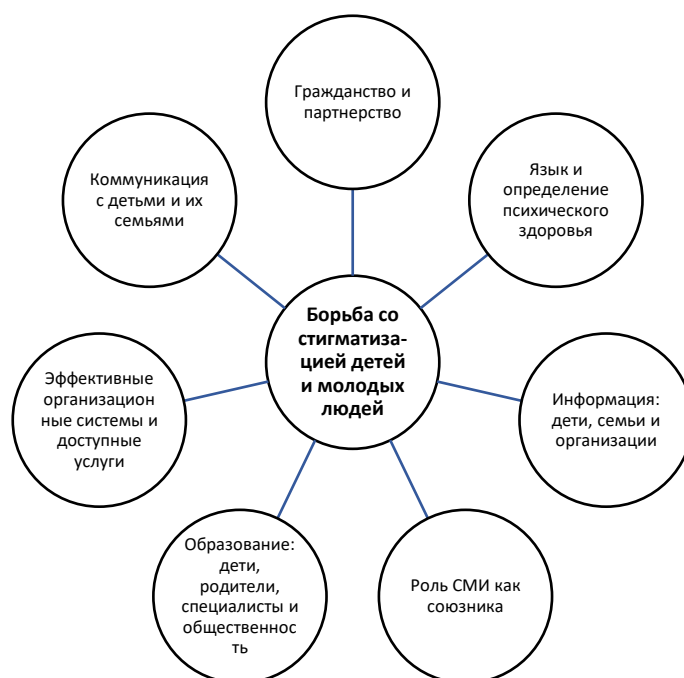


Рисунок 10.1. Схема работы со стигматизацией (Gale 2007)

СМИ, социальные сети и самоповреждение

В контексте обсужденных выше индивидуальных факторов, дети и молодые люди живут в обществе с высоким ожиданием быстрого удовлетворения и быстрых решений. Молодые люди растут в культуре, в которой люди не готовы ждать удовлетворения желаний и потребностей. Возникает все больше возможностей получить мгновенный доступ как к материальным благам, таким как дома, отдых, одежда и музыка, благодаря кредитам и круглосуточным магазинам, так и средствам связи благодаря электронной почте, мессенджерам, социальным сетям и мобильным телефонам.

Сегодня в распоряжении молодых людей целый мир технологий. Подростки используют интернет для социализации и общения больше, чем люди любого другого возраста (Lenhart et al. 2001; Gross 2004). В мировой сети процветают сообщества и издания, посвященные самоповреждению, а также другому порицаемому и скрываемому поведению (Norris et al. 2006; Biddle et al. 2008).

Возможно, наиболее широко известные примеры — движения Pro Ana и Pro Mia, которые представляют нервную анорексию и нервную булимию как образ жизни, нежели как расстройства пищевого поведения. Интернет может быть особенно привлекателен для молодых людей, которые отличаются застенчивостью, социофобией или замкнутостью, или чувствуют себя изолированными (Subrahmanyam et al. 2004). Это вызвано тем, что интернет дает возможность с относительно малым риском найти людей с такими же истинными или мнимыми отличиями от большинства (McKenna and Green 2002). Одна из таких групп — молодые люди, которые наносят себе повреждения. Мобильные телефоны, электронная почта, мессенджеры и социальные сети обладают большим потенциалом как для предотвращения, так и для распространения самоповреждения.

Если учитывать, что многие молодые люди, наносящие себе повреждения, неохотно доверяются взрослым и обратятся к другу с вероятностью в три раза больше, чем к специалисту (Mental Health Foundation и Camelot Foundation, 2006 г.), потенциал социальных сетей еще предстоит раскрыть. Однако важно, чтобы молодые люди не были поставлены в положение, в котором они могут получить доверительные сообщения о самоповреждении в отсутствие эффективной системы поддержки (Fortune et al. 2005). Поскольку дети обращаются за советом к друзьям, им нужна помощь не только в том, чтобы справиться со своими эмоциональными проблемами, но и в поддержке друзей в стрессовой ситуации. Создание систем поддержки ровесников, дружеской поддержки и менторства в школах — полезный шаг в этом отношении (Morris 2008).

Сайты о самоповреждении приносят вред или пользу?

Есть доказательства того, что молодые люди, наносящие себе повреждения, часто находят благодаря сайтам эмпатию и понимание, ощущение принадлежности к сообществу и способы справиться с социальным и психологическим стрессом. Это помогает им чувствовать себе понятыми и менее изолированными (Baker and Fortune 2008). Требуется дальнейшее изучение этой пользы, также потенциальных рисков, связанных с такими сайтами, потому что дети и молодые люди все чаще прибегают к их помощи.

В разговорах со специалистами молодые люди, наносящие себе повреждения, выделяют два типа сайтов. Первые ведут специалисты, вторые — люди, наносящие себе повреждения. Анонимность и отсутствие личного контакта помогает молодым людям достаточно откровенно говорить о самоповреждении, что может негативно сказаться на уязвимых молодых людях и побудить их имитировать такое поведение. Часто эти обсуждения проходят без контроля родителей или опекунов.

Установление границ в интернете остается на усмотрение молодых людей, которые могли не достичь достаточного уровня зрелости, чтобы самим накладывать ограничения на нездоровые отношения. Часто встречается и проблема травли, как в случае нападений на случайных «harry slapping» («радостное избиение», вероятно для повышения собственного социального статуса в группе) через текстовые сообщения, о которых несколько лет назад рассказывали по национальным телеканалам. По результатам национального опроса была рекомендована более широкая реклама надежных сайтов среди молодых людей, чтобы они могли получать максимально компетентные советы. Ранее в этой книге обсуждалась роль СМИ в создании положительного отношения к самоповреждению и суициду.

В интересном исследовании Whitlock и соавт. изучали использование молодыми людьми, склонными к самоповреждению, интернета для преодоления трудностей (Whitlock et al. 2006). Авторы по данным из блогов и форумов изучили, как подростки получают информацию о самоповреждении и делятся ей. Это наблюдательное исследование показало, что онлайн-доступ явно обеспечивал социальную поддержку изолированным в других ситуациях подросткам, но авторы сделали вывод, что он также позволяет нормализовать и поощрять самоповреждение и поведение с потенциальным летальным исходом у молодых людей, которые уже наносят себе повреждения и ищут альтернативные способы справляться со стрессом (Whitlock et al. 2006).

Мессенджеры

Молодые люди, наносящие себе повреждения, часто сообщают о своих потребностях и намерениях по мобильному телефону. Развитие и повышение доступности мобильных технологий изменило характер коммуникации молодых людей с членами семьи и друзьями и способы получения поддержки. Мобильные телефоны есть у большинства молодых людей, и почти все они всегда держат телефон при себе. По результатам общения с молодыми людьми в целом, многие не могут и подумать о том, чтобы выключить телефон и быть недоступными, даже ночью.

Для молодых людей, наносящих себе повреждения, текстовые сообщения и электронные письма часто являются критическими средствами связи или призыва о помощи. Эти сообщения могут показать получателю, что друг нуждается в поддержке в стрессовой ситуации. Некоторые утверждают, что мы рискуем создать культуру, в которой молодые люди все меньше способны подождать, сдерживать свои чувства и что-то сделать для решения проблемы самостоятельно, прежде чем обращаться за помощью. Проект PAPYRUS опубликовал рекомендации для родителей и опекунов по помощи детям в безопасном и ответственном использовании интернет-пространства или для родителей и опекунов, которые переживают насчет возможной депрессии или суицидальных мыслей у ребенка (PAPYRUS 2008).

Модернизация электронного доступа к услугам

Некоторые молодые люди, наносящие себе повреждения, находятся в парадоксальной ситуации. В этой эре развития технологий связи они чувствуют себя более изолированными и в меньшей степени готовы обсуждать свои трудности при личном общении. Недавний отчет YouthNet подчеркивает, насколько молодым людям важны современные технологии. Они считают, что 82%

молодых людей хотя бы раз использовали интернет для получения информации и совета, а также использовали несколько разных способов доступа в интернет. Это дает ключевую возможность оказания услуг различными способами, в том числе более удобными детям и молодым людям.

Несколько благотворительных организаций, включая Samaritans, попытались ответить на это путем «электронной дружеской поддержки», обеспечивая молодым людям доступ к услугам специалистов напрямую через интернет. В Великобритании некоторые службы CAMHS постарались адаптировать свои способы коммуникации под потребности молодых людей в двадцать первом веке. Они пытались улучшить доступ к услугам и вовлеченность молодых людей с помощью текстовых сообщений, электронной почты и мессенджеров. Однако это не широко распространенный подход, и эффективность такого изменения стратегии коммуникации еще предстоит оценить.

Образовательные программы по самоповреждению и суициду

При соответствующей подготовке медицинские работники и другие лица могут научиться раннему и точному выявлению самоповреждения и риска самоубийства (Horowitz et al. 2001). Доступно несколько образовательных программ повышения осведомленности и улучшения навыков специалистов по оценке и работе с молодыми людьми, которые наносят себе повреждения. Два примера — ASIST и STORM.

ASIST

Тренинг по практическим навыкам вмешательства для предотвращения самоубийства (Applied Suicide Intervention Skills Training, ASIST) — это программа обучения «первой помощи» при риске суицида, разработанная в Канаде. Он подходит для специалистов и неспециалистов и представляет собой двухдневную интерактивную программу по управлению риском суицида. Цель ASIST — подготовить персонал к распознаванию факторов риска суицида и развить навыки вмешательства во время кризиса. Программа направлена на изменение отношения к самоповреждению и использование ресурсов, доступных в местных сообществах. Тренинг ASIST успешно проводится в ряде стран мира. Он признан Министерством здравоохранения Англии и утвержден Правительством Шотландии в качестве национальной программы обучения предотвращения суицида.

STORM

Обучение управлению рисками на основе навыков (Skills Based Training on Risk Management, STORM) — это образовательная программа по предотвращению самоубийств, которая может использоваться как часть общей стратегии предотвращения самоубийств в государственных и некоммерческих организациях. Обучение можно проводить как в форме коротких модулей, так и за один или два полных дня. Программа охватывает оценку, действия в кризисной ситуации, предотвращение кризисов и решение проблем при работе с людьми с потенциальным риском суицида. Есть также отдельный вариант этой программы для детей и молодых людей. Кураторы программы — специалисты, неспециалисты или люди, обращавшиеся за помощью из-за этой проблемы, которые были обучены проводить тренинг каскадным способом.

Выводы

Снижение суицидального поведения, как смертельного, так и несмертельного, является частью программы Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех». Однако существует серьезная нехватка информации о том, какие методы лечения или профилактические стратегии эффективны для молодых людей, наносящих себе повреждения (ВОЗ, 1997). Осведомленность о мерах профилактики низкая. Кроме того, относительно мало эмпирических исследований по лечению суицидальных наклонностей среди подростков. Требуются дальнейшие исследования для определения долгосрочных последствий самоповреждения у молодых людей и для обоснования решений в области стратегической политики и планирования.

Кампании по повышению осведомленности, признания и понимания нанесения себе повреждений

имеют решающее значение для того, чтобы специалисты, оказывающие помощь и поддержку, и широкая общественность могли улучшить исходы для молодых людей, наносящих себе повреждения (McDougall and Brophy, 2006). Многие молодые люди, которые наносили себе повреждения, испытывают отвержение, жестокое обращение и травмы, а также сталкиваются со стигматизацией при обращении за помощью. Это недопустимо в современных службах помощи и поддержки.

В организациях, службах и профессиональных группах, работающих с детьми и молодежью, следует разрабатывать инновационные подходы к профилактике и вмешательствам. Вовлечение молодых людей с помощью искусства, средств массовой информации и социальных сетей — вот несколько способов, которыми специалисты могут помочь изменить ситуацию.

11 Нанесение самоповреждений. Правовые рамки.

Основные положения

- При работе с детьми и подростками, которые склонны к нанесению самоповреждений, специалистам важно знать правовые рамки своей деятельности. Независимо от сферы своей практики, специалисты должны знать законодательство прав человека, прав ребенка и закон о психическом здоровье. Также специалистам необходимо понимать как эти законы взаимодействуют.
- Любой ребенок или подросток, который причиняет себе физический вред, имеет право на неприкосновенность личной жизни, достойное и уважительное отношение к нему. Несмотря на существование этих принципов, подростки зачастую сообщают, что их мнение не учитывается при принятии решений, не соблюдается их право на неприкосновенность личной жизни и конфиденциальность. Они также сообщают, что специалисты не относятся к ним с достоинством и уважением.
- Дети имеют право на защиту от всех видов насилия. Специалисты и организации, в которых они работают, должны защищать детей от всех видов физического и психологического насилия, причинения им телесных повреждений, жестокого или пренебрежительного обращения, а также защищать детей от совершения самоубийства или нанесения самоповреждений.
- Оценка дееспособности является важным этапом до назначения обследования или лечения детей или подростков, которые наносят себе физический вред. Дееспособность ребенка определяется его психологической зрелостью и осознанностью, а не его возрастом. Это означает, что дети могут принимать лишь некоторые решения относительно назначения курса лечения.
- Права детей и подростков о сохранении конфиденциальности должны строго соблюдаться. Специалисты сферы здравоохранения должны иметь четкое понимание своих обязательств по сохранению конфиденциальности, и любые ограничения таких обязанностей должны быть разъяснены ребенку или подростку, который способен на осознанное понимание ситуации.
- Специалисты могут быть обеспокоены, что распространение информации о суицидальном поведении подростка или о нанесении самоповреждений может нарушить их право на конфиденциальность. Особенно это касается ситуаций, в которых важно учитывать и мнение подростка и его родителей. Несмотря на то, что специалистам крайне важно иметь практическое знание соответствующей законодательной базы, беседа с подростком и его родителями о проблемах часто может быть полезной и не обязательно ведет к нарушению конфиденциальности пациента.

Введение

Решения, принимаемые по уходу и лечению детей и подростков, зачастую могут быть сложными, поэтому специалистам сферы здравоохранения крайне важно понимать законодательные рамки своей работы. В течение последних нескольких лет законы, касающиеся детей и подростков, претерпели некоторые изменения. Были внесены поправки в «Закон о детях» (1989, Великобритания), «Закон о психическом здоровье» (1983, Великобритания), а также в Основные положения «Закона о дееспособности» (2005, Великобритания), касающиеся подростков 16 и 17 лет. Также были внесены поправки в «Закон о домашнем насилии, преступлениях и потерпевших» (2004, Великобритания).

При работе с детьми и подростками, склонными к самоубийству или нанесению самоповреждений, специалистам сферы здравоохранения и других сфер крайне важно понимать поправки к этим

законам об уходе и лечении таких пациентов.

Данная глава предназначена для того, чтобы осветить рекомендации для медицинских работников касательно правовых вопросов ухода и лечения детей и подростков, которые наносят себе физический вред. Она разъясняет закон, а также предоставляет практическое руководство по решению трудных вопросов, которые возникают в повседневной работе. К ним относятся затруднительные ситуации, касающиеся конфиденциальности, права на согласие и несогласие. В целях данной главы термин «лечение» относится к педиатрическим, психиатрическим, психологическим психотерапевтическим вмешательствам. Читателям необходимо принять во внимание ряд вопросов, изложенных в данной главе для того, чтобы понять, как сочетаются различные правовые основы.

Некоторые специалисты, например, медсестры и врачи, исполняют обязанности по уходу за пациентами, закрепленные в их трудовых инструкциях и в кодексах профессиональной практики. Эти обязанности обеспечивают безопасность детей и подростков. Работники сферы здравоохранения ведут свою практику в культуре рассмотрения споров в суде, и их обязанности ухода за пациентами должны осуществляться при более широкой ответственности, чтобы дать детям и подросткам возможность полностью раскрыть свой потенциал (2003, Министерство образования и профессиональной подготовки, Великобритания).

Права человека и дети

Специалисты, которые работают с детьми в различных областях, должны знать законодательство прав человека. Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод, Конвенция ООН по правам ребенка, Закон о правах человека (1998, Великобритания) охватывают все вопросы законодательства по правам человека.

Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод (ЕКПЧ)

ЕКПЧ была одобрена Советом Европы в 1950 году и вступила в силу в 1953 году. Она предназначена для того, чтобы придать обязательную силу гарантии различных прав и свобод, содержащихся в Декларации прав человека ООН, принятой несколькими годами ранее.

Конвенция ООН по правам ребенка

Конвенция ООН по правам ребенка — это первый имеющий юридическую силу международный инструмент, который включает полный спектр прав человека. В 1989 году мировые лидеры пришли к согласию, что для детей необходимо создать отдельный закон, так как человек до 18 лет нуждается в особом обращении и защите. Мировые лидеры также хотели, чтобы в мире официально признали, что дети наделены правами человека наравне со взрослыми (Harbour 2008).

Конвенция ООН по правам ребенка устанавливает ряд гражданских, политических, социально-экономических и культурных прав, которые распространяются на детей и подростков. Помимо нескольких важных статей в законе, существует два основополагающих принципа, на которые особое внимание стоит обратить специалистам, которые работают с детьми и подростками:

1. Необходимо учитывать наилучшие интересы и взгляды ребенка;
2. Решения, касающиеся детей и подростков, должны приниматься с учетом развивающихся способностей ребенка. Это означает, что по мере взросления и обретения большей самостоятельности, взгляды и желания ребенка должны иметь больший вес в процессе принятия решений.

Статья 19 Конвенции ООН по правам ребенка предоставляет детям право на защиту от всех форм насилия. Государства должны принимать меры по защите детей от всех форм физического и психологического насилия, жестокого или пренебрежительного обращения, а также по предотвращению совершения самоубийства или нанесения тяжких самоповреждений. Эти мероприятия важны при рассмотрении стратегий уменьшения вреда для ребенка, о которых ранее шла речь в данной книге.

Закон о правах человека

Закон о правах человека был одобрен в 1998 году и вступил в силу в 2000 году. Он предусматривает права, закрепленные в Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод, во внутреннем законодательстве Великобритании. Таким образом, государственные органы, организации и специалисты должны учитывать права человека в работе с детьми и подростками. Ниже приведен список статей, включенных в Закон о правах человека, из которых Статья 1 приведена из Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод. Статья 2 (Статья 1 в Законе о правах человека) Конвенции закрепляет перед государством прямое обязательство по защите права на жизнь человека.

Появление законодательной базы о правах человека привело к большему признанию того, что дети и подростки имеют права и возможности и зачастую могут принимать решения самостоятельно.

Права человека (статьи)

1. Право на жизнь;
2. Защита от пыток, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания;
3. Защита от рабства и принудительного труда;
4. Право на свободу и безопасность;
5. Право на справедливое судебное разбирательство;
6. Защита от имеющих обратную силу законов при совершении уголовных преступлений;
7. Неприкосновенность частной и семейной жизни;
8. Свобода мысли, совести и вероисповедания;
9. Свобода самовыражения;
10. Свобода собраний и ассоциаций;
11. Свобода вступления в брак и создания семьи;
12. Свобода от дискриминации.

Права ребенка

Закон о детях (1989, Великобритания) — это главный законодательный документ, регулирующий благосостояние всех детей в возрасте до 18 лет. В Закон о детях были внесены изменения с момента его первого вступления в силу, прежде всего добавлением «Закона об усыновлении и детях» (2002, Великобритания) и «Законом о детях» (2004, Великобритания). Однако первоначальный Закон остается актуальным и используется по сей день. Закон о детях объединяет положения частного и общественного права в единую законодательную базу, касающуюся детей. Таким образом, совершается попытка соблюдать баланс между правами детей, ответственностью обоих родителей перед своим ребенком и обязанностью государства вмешиваться в ситуации, затрагивающие благополучие ребенка (Министерство по делам детей, школ и семьи Великобритании, 2008).

Соблюдение прав

По мере взросления ребенка и подростка и обретения им большей самостоятельности, учащается их участие в процессе принятия решений. Независимо от возраста ребенка, важно давать ему как можно больше информации и вводить в курс ситуации. Дети должны получать четкую и подробную информацию в формате, понятном их возрастным особенностям и уровню развития.

Дети и подростки, склонные к нанесению самоповреждений, как и любой другой ребенок, имеют право на неприкосновенность личной жизни, достойное и уважительное отношение к нему. Несмотря на существование этих принципов, закрепленных в законодательстве о правах человека,

подростки зачастую сообщают, что их мнение не учитывается при принятии решений, не соблюдается их право на неприкосновенность личной жизни и конфиденциальность. Они также не чувствуют, что специалисты относятся к ним с достоинством и уважением. Такая практика недопустима. Специалисты должны работать над собой в данном направлении. Некоторые подростки считают, что не были осведомлены о своих правах:

«Нам нужно давать больше информации о праве выбора. О том, что присутствие родителей необязательно, если это то, чего нам хочется».

Кейси, 16 лет

Компетентность, дееспособность и согласие

Конвенция ООН по правам ребенка и Закон о детях (1989) дает детям право на участие в принятии решений. Таким образом, специалисты сферы здравоохранения обязаны предоставить детям и подросткам любую необходимую информацию для обеспечения их полноценного участия в процессе принятия решений. Однако это не обязательно означает, что ребенок должен принимать окончательное решение, и это право может быть оспорено с помощью Закона о согласии (Lansdown 2000).

При работе с детьми и подростками, которые склонны к нанесению самоповреждений, специалистам сферы здравоохранения зачастую необходимо рассматривать вопросы согласия и несогласия. Например, может возникнуть ситуация, когда подросток отказывается входить в карету скорой помощи и ехать в чрезвычайной ситуации. В качестве альтернативы, подросток может попросить не рассказывать его родителям о том, что произошло.

Принятие правильных решений об уходе и лечении не всегда является простым. Специалисты, работающие с детьми и подростками, иногда могут не сходиться во мнении или принимают неправильные решения из-за недостатка знаний в данной области. Подростки утверждают, что для них важна ясность в отношении конфиденциальности и их согласия (Фонд психического здоровья и Фонд «Камелот», 2006). Таким образом, важно, чтобы специалисты сферы здравоохранения тщательно обдумывали юридические последствия любого принимаемого ими решения.

Компетентность и дееспособность

Оценка дееспособности является важным этапом до назначения обследования или лечения детей или подростков, которые наносят себе физический вред. Дееспособность ребенка определяется его психологической зрелостью и осознанностью, а не его возрастом. Это означает, что дети могут принимать лишь некоторые решения относительно назначения курса лечения.

Человек, способный давать свое согласие, должен:

- в общих чертах понимать методы, цели и причины назначаемого лечения;
- понимать основные преимущества, риски и альтернативы назначаемого лечения;
- понимать возможные последствия при отказе от назначаемого лечения;
- проанализировать представленную информацию, чтобы принять взвешенное решение;
- сделать свой выбор, не основанный на внешнем давлении или вторичной выгоде.

Согласие детей и подростков до 16 лет

Согласие на медицинское лечение, данное детьми или за детей, может быть сложным моментом и требует соблюдения баланса между сохранением принципа правовой автономии ребенка и одновременным обеспечением защиты их физического и психического здоровья.

В рамках законодательства Великобритании, дети и подростки имеют различные права в разном возрасте (Whotton 2002). Дети или подростки до 16 лет могут давать свое согласие на лечение, если они считаются дееспособными. Для того, чтобы согласие было действительным, оно должно быть

дано ребенком на основании собственной воли, также ребенку или подростку должна быть предоставлена вся соответствующая информация.

Дееспособность. Случай Гиллик

В 1980 году Министерство здравоохранения и социального обеспечения Великобритании выпустило руководство по услугам в сфере планирования семьи. В руководстве было сказано, что в определенных ситуациях врач может на законных основаниях выписать противозачаточные средства девочке до 16 лет без согласия ее родителей.

Спустя пять лет, в 1985 году, выпущенное руководство Министерства здравоохранения и социального обеспечения было оспорено в суде Викторией Гиллик, матерью пяти девочек в возрасте младше 16 лет. Судья Лесли Скарман по данному делу разрешил, что «право родителей определять будет ли назначено какое-либо лечение их детям, не достигшим 16 лет, заканчивается, когда ребенок достигает достаточного уровня развития и понимания, который позволяет ему в полной мере осознавать то, что ему предлагается». Впоследствии тест Гиллик на дееспособность стал широко известен. Следствием данного теста стало то, что у дееспособного ребенка в возрасте до 16 лет появилось право давать свое согласие на лечение без необходимости согласия родителей (Harbour 2008).

Также, в процессе разбора дела Виктории Гиллик, Лорд Фрейзер изложил практические рекомендации, которые могут определить дееспособность ребенка. В них четко изложено, что для определения дееспособности, ребенок младше 16 лет должен обладать достаточным уровнем понимания и развития, который позволит ему в полной мере осознавать, что ему предлагается (NSPCC 2008b). Эти рекомендации также часто называют «Постановлением Фрейзера».

Однако степень дееспособности может варьироваться в зависимости от предлагаемого решения. Ребенок или подросток может быть способен принять одно решение, но не способен принять другое. Таким образом, любая оценка способности ребенка или подростка давать свое согласие должна нести в себе индивидуальный подход. В частности, согласие на что-то одно (например, экспертиза о нанесении самоповреждений) не обязательно означает согласие на что-то другое (например, согласие на психологическое лечение при нанесении самоповреждений). Степень дееспособности также может колебаться в особенности при наличии у ребенка психического расстройства, поэтому согласие на принятие решений по курсу лечения должно рассматриваться с особым вниманием.

Согласие подростков 16 и 17 лет

Оценка компетентности подростков 16 и 17 лет, их способности принимать решения, а также давать согласие на лечение имеет свои особенности. В Законе о психической дееспособности (2005, Великобритания) закреплено, что все люди старше 16 лет имеют право на автономность и независимое принятие решений, если не будет доказано, что дееспособность определенного человека находится на низком уровне. При низких показателях дееспособности подростка, принятие решений может производиться от их имени в соответствии с правовыми положениями, изложенными в Законе.

Лечение без согласия

В определенных ситуациях детям и подростками может быть назначен уход и лечение без их согласия. Именно в ситуациях, когда отсутствует достаточный уровень дееспособности, в рамках закона может назначаться жизненно необходимое лечение или лечение для предупреждения серьезных последствий для здоровья. Также существуют обстоятельства, когда «Закон о психическом здоровье» (1983) может быть использован для проведения лечения против воли подростка.

По данным исследований, подростки, которым против их согласия был назначен курс лечения тяжелых расстройств пищевого поведения, позже выразили благодарность за такое решение (Faith 2002). Предполагается, что дети и подростки с суицидальными наклонностями могут быть одинаково благодарны за предпринятые меры против их воли (Leighton 2007).

Закон о психической дееспособности: оценка дееспособности

За исключением ситуаций, когда применяется «Закон о психическом здоровье», идея психической дееспособности является центральной при принятии решений о назначении лечения для ребенка или подростка, который не дает на него свое согласие. Закон о психической дееспособности (2005) обеспечивает правовую основу для взрослого человека, который не способен самостоятельно принимать решений. Данный Закон обычно не распространяется на детей в возрасте до 16 лет. Однако существует два исключения:

- Опекунский суд может принимать решения касательно имущества или финансов ребенка, если тот не способен принимать такие решения самостоятельно, а также не имеет возможности принимать финансовые решения по достижении 18-летнего возраста;
- Правонарушения, связанные с жестоким или пренебрежительным обращением по отношению к недееспособному лицу, также включают пострадавших моложе 16 лет.

Основные положения Закона о психической дееспособности распространяются на подростков 16 и 17 лет. В Законе изложено несколько основополагающих принципов:

- предполагается, что человек дееспособен, если не доказано обратное;
- к человеку нельзя относиться как к неспособному принять решение, если были безуспешны все предпринятые шаги, нацеленные на помощь ему в принятии решения;
- к человеку нельзя относиться как к неспособному принять решение только потому, что он может принять неразумное решение;
- действия и решения, предпринятые на основании настоящего Закона, должны действовать в наилучших интересах человека.

Обладать способностью к принятию решения означает обладать способностью понимать информацию, оценивать эту информацию и принимать взвешенное решение.

Считается, что человек обладает недостаточной дееспособностью, если он не способен выполнить один или несколько следующих критериев:

- понимать информацию, которая ему предоставлена;
- анализировать представленную информацию, чтобы принять решение;
- воспользоваться информацией, чтобы принять решение;
- вербально или невербально сообщить о своем решении.

Лица, ответственные за уход и лечение подростка в возрасте 16-17 лет, который неспособен дать свое согласие, обычно имеют защиту от ответственности, если лицо, выполняющее действия, предприняло все необходимые шаги для установления того, что подросток недееспособен (2009, Национальный институт психического здоровья, Англия).

При оценке наилучших интересов подростка, лицо, обеспечивающее уход или лечение, должно проконсультироваться с теми, кто имеет непосредственное отношение к уходу за подростком, а также с теми, кто непосредственно заинтересован в его благосостоянии, включая родителей подростка. Уход за подростком должен осуществляться с осторожностью, дабы незаконным образом не нарушить его права на конфиденциальность. При наличии разногласий касательно ухода, лечения или защите благосостояния подростка в возрасте 16-17 лет, возможно разрешение дела в Суде по семейным делам или в Опекунском суде.

Законодательство о психическом здоровье

Закон о психическом здоровье (1983) относится прежде всего к обстоятельствам, при которых лиц с психическими расстройствами могут принудительно направлять на обследования и назначать лечение без их согласия. Большая часть положений Закона распространяется на лиц всех возрастов, однако, в нем также содержатся положения, касающиеся ухода и лечения детей и подростков.

Специалисты, работающие с детьми и подростками, должны иметь практические знания Закона о психическом здоровье, в который в 2007 году было внесено девять ключевых поправок, применимых к детям и подросткам (см. Таблицу 11.1).

Таблица 11.1. Девять ключевых изменений в «Законо о психическом здоровье» (1989).

Описание изменения	
1	Упрощено единое определение психического расстройства
2	Упразднен критерий на способность к излечению, введен критерий на определение соответствующего лечения;
3	Добавлено необходимое условие о том, чтобы все соответствующие возрасту услуги были доступны для всех госпитализированных пациентов в возрасте до 18 лет;
4	Расширен список групп специалистов, выполняющих определенные роли;
5	Добавлено право пациента обращаться в суд с просьбой об отстранении близкого родственника;
6	Добавлено право доступа к защите в случае принудительных действий;
7	Добавлены гарантии для пациентов, находящихся на электросудорожной терапии;
8	Добавлено право на лечение под контролем во внебольничной среде для того, чтобы позволить пациенту, находящемуся на принудительном лечении, получать медицинскую помощь во внебольничной среде;
9	Добавлено право рассмотрения спора в трибунале по психическому здоровью при неличной подаче заявления пациентом.

В Законе о психическом здоровье (2007) приводится пять основополагающих принципов из Кодекса профессиональной практики. Они помогают специалистам применять Закон о психическом здоровье и Кодекс профессиональной практики в определенных ситуациях. Основополагающие принципы являются следующими:

- цель;
- минимум ограничений;
- уважение;
- участие;
- результативность, эффективность и беспристрастность.

Специалисты должны учитывать и следовать советам, содержащимся в Кодексе профессиональной практики, или уметь обосновать невозможность применения данных советов. Глава 36 Кодекса касается детей и подростков. Помимо основополагающих принципов, она содержит некоторые ключевые факторы, которые необходимо учитывать при рассмотрении вопроса использования Закона о психическом здоровье. К ним относится принцип благосостояния, учет принципа «наилучших интересов» и необходимость привлечения детей и подростков к принятию решений о назначении лечения.

Какие конкретно изменения касаются детей и подростков?

Основные изменения, затрагивающие детей и подростков, касаются услуг, оказываемых им с учетом возрастной специфики, согласия на лечение, о котором говорилось ранее, а также электросудорожной терапии.

Учреждения с учетом возрастной специфики

Национальная программа по охране здоровья детей, подростков и материнства подразумевает

доступ к надлежащей медицинской помощи в учреждениях, соответствующих их возрасту и уровню развития для детей и подростков, направленных в медицинские учреждения для лечения психических расстройств (2004, Министерство здравоохранения).

Раздел 31 Закона о психическом здоровье (2007) вносит изменения в Закон о психическом здоровье (1983) в части необходимости создания в больницах подходящих условий с учетом потребностей пациентов, не достигших 18 лет, направленных на лечение психических расстройств. Это требование изложено в разделе 131А Закона о психическом здоровье (1983), оно относится к пациентам, находящимся как на принудительном, так и на добровольном лечении. Благоприятная среда, соответствующая специфике возраста пациента, содержит в себе не только расположение палат в больнице, но также условия размещения, персонал больницы — все это необходимо юным пациентам для их личного, социального и общего развития во время пребывания в больнице (McDougall et al. 2009).

Для всех детей в возрасте до 16 лет и для большинства подростков в возрасте 16-17 лет, которым требуется стационарное психиатрическое лечение, наиболее подходящей средой будет учреждение, соответствующее их возрасту. Однако подростки в возрасте 16-17 лет могут направляться на лечение в психиатрические отделения для взрослых, если эта среда будет удовлетворять их потребностям. В исключительных случаях, когда подросток не может быть размещен в специализированном учреждении, соответствующем его возрасту, допускается отдельное размещение в палате для психиатрического лечения взрослых пациентов, если такое решение поддерживает служба психического здоровья детей и подростков в Великобритании. Чтобы определить подходит ли юному пациенту среда больницы, необходимо проконсультироваться со специалистами, имеющими опыт в области лечения психических расстройств детей и подростков.

Рамки родительского контроля

Обновленный Кодекс профессиональной практики к Закону о психическом здоровье вводит концепцию «рамки родительского контроля». Она гласит, что в определенных обстоятельствах родители могут давать согласие от имени своего ребенка, если данное решение оказывается в рамках родительского контроля.

Однако четких правил относительно того, что может входить в рамки родительского контроля, не существует. Каждый случай необходимо рассматривать индивидуально в свете определенных обстоятельств. Следует принимать во внимание такие факторы, как потенциальное влияние решения на ребенка или подростка, возраст и уровень зрелости пациента, характер предлагаемого лечения, согласие ребенка или подростка на проведение такого лечения. Все это должно рассматриваться, чтобы определить попадает ли принимаемое решение в рамки родительского контроля или же остается за их пределами.

Кодекс профессиональной практики устанавливает следующие принципы для помощи специалистам в определении рамок родительского контроля:

- учитывает ли решение, которое принимает родитель, способы адекватного воспитания ребенка и права человека?
- есть ли какие-либо предпосылки к тому, что родитель не действует в лучших интересах своего ребенка?

Чем меньше уверенности у специалиста, что ответ на поставленный вопрос будет положительным, тем больше вероятность, что рассматриваемое решение будет выходить за пределы рамок родительского контроля.

Целесообразным может быть привлечение суда для разрешения спорной ситуации, в которой родители отказываются дать свое согласие на лечение для ребенка, которое врач считает необходимым. Также в случаях, когда существуют опасения по поводу безопасности ребенка при негативной способности родителей действовать в наилучших интересах своего ребенка.

Отказ и неотложная помощь при нанесении самоповреждений

В Законе о детях (1989) оговариваются обстоятельства, при которых ребенок может отказаться от медицинского осмотра, обследования или лечения. Из положений Закона следует, что, несмотря на любое решение суда, ребенок, обладающий достаточным пониманием, чтобы принять осознанное решение о назначении лечения, может отказаться от медицинского осмотра, обследования или проведения лечения. Однако иногда родители могут дать согласие от имени ребенка, о чем будет приведена информация ниже.

Важно отметить, что в редких случаях суд может отменить такой отказ, если сочтет, что это ущемляет наилучшие интересы ребенка. Существует несколько обстоятельств, при которых отказ ребенка или подростка от жизненно необходимого лечения, может быть отменен. Пациент может не до конца осознавать последствия своего решения, он может действовать под негативным влиянием другого человека, его эмоциональное расстройство может повлиять на его мнение, либо поведение пациента показывает, что он начал колебаться относительно своего решения, если при этом изначально самостоятельно обратился за экстренной помощью (NICE 2004a).

В случае возникновения чрезвычайной ситуации, угрожающей жизни ребенка, врач может назначать лечение без согласия пациента, руководствуясь законом. Это касается ситуаций, когда необходимо немедленно совершать действия для спасения жизни ребенка, либо для дальнейшей защиты от серьезного вреда. В таких случаях лечение должно быть адекватным и ограничиваться действиями по устранению чрезвычайной ситуации. В соответствии с заявлением судебных органов, любые сомнения во врачебных действиях следует разрешать в пользу сохранения жизни ребенка или предотвращения серьезных рисков и необратимых последствий для его здоровья. Неотложное лечение при нанесении самоповреждений осуществляется только при физических угрозах здоровью, например, реанимационные мероприятия после остановки сердца, вызванной сильной передозировкой веществами, либо проведение операции для спасения жизни ребенка после нанесения самоповреждений.

Конфиденциальность и обмен информацией

Цель обмена информацией заключается в том, чтобы предоставить подросткам, причиняющим себе физический вред или же склонным к самоповреждениям или самоубийству, необходимую помощь и поддержку. Крайне важны заинтересованность в обмене информацией и четком взаимодействии между организациями, если подростки подвержены серьезному риску нанесения самоповреждений или совершения самоубийства. Однако при этом необходимо учитывать право подростка на сохранение конфиденциальности, которое может быть нарушено только при особых условиях.

Право на конфиденциальность распространяется на детей и подростков. В случаях, когда ребенок или подросток может принимать решение касательно использования и распространения информации, которую он предоставил конфиденциально, необходимо уважать интересы детей и подростков так же, как интересы взрослых (2009, Национальный институт психического здоровья, Англия).

Можно ли нарушить право на конфиденциальность?

Право ребенка или подростка на сохранение конфиденциальности может ограничиваться в определенных ситуациях, однако это возможно только исходя из принципа служебной необходимости, а именно при подозрении риска возникновения серьезного вреда для здоровья или риска совершения насилия. В таком случае опасения по поводу безопасности ребенка или подростка оправдывают раскрытие конфиденциальной информации без чье-либо согласия (2006a, Министерство образования и профессиональной подготовки, Великобритания).

Например, если врачу становится известно о намерениях ребенка или подростка по совершению самоубийства, то эта информация может быть раскрыта без согласия, даже если ребенок или подросток является дееспособным. Важно помнить, что любые решения, касающиеся раскрытия информации о ребенке или подростке без их согласия, всегда должны быть соизмеримы защите его потребностей (2006b, Министерство образования и профессиональной подготовки,

Великобритания).

Министерства здравоохранения Великобритании предоставило свои рекомендации касательно сохранения конфиденциальности для специалистов сферы здравоохранения. Сотрудники, которые работают в сфере здравоохранения, обязаны соблюдать правила Кодекса профессиональной практики по вопросам конфиденциальности (2003b, Министерство здравоохранения Великобритании).

Что подростки думают о праве сохранения конфиденциальности?

Подростки зачастую не хотят раскрывать информацию о нанесении самоповреждений из-за страха, что их право на конфиденциальность может быть нарушено. И их можно в этом понять. Анонимный опрос CASE, в котором приняли участие 30 000 подростков 15-16 лет, показал, что 70% подростков причиняло себе физический вред на каком-то этапе своей жизни (Madge et al. 2008).

Это показывает, что конфиденциальность важна для подростков, которые склонны к самоповреждениям. Вывод проведенного опроса CASE ранее был подтвержден качественным исследованием Le Surf и Lynch (1999). Ученые поставили перед собой задачу понять восприятие и отношение подростков к психотерапии. Необходимость конфиденциальности подчеркивалась неоднократно. Такая необходимость часто связана ощущением уязвимости от обращения к психологической помощи, а также с глубоким чувством стыда.

Исследования и опросы подтверждают, что подростки зачастую не хотят, чтобы кто-то узнал о том, что они получают психологическую помощь из-за причинения себе физического вреда. Многие специалисты обмениваются историей случая, прошлым пациента и другой личной информацией, и ребенок или подросток просто не знает, насколько людям известны конфиденциальные подробности. У них часто возникает ощущение, что в их личную жизнь вторгаются и нарушают границы (Edwards 2007). Поэтому специалистам крайне важно четко понимать пределы конфиденциальности и особые обстоятельства, при которых информация может быть передана третьей стороне.

В руководстве для врачей, составленном Национальным обществом предупреждения жестокого обращения с детьми Великобритании, указано, что строгие требования к отчетности должны соблюдаться с учетом пожеланий и интересов юных пациентов (NSPCC 2009). Это порождает ряд нравственных, этических и юридических проблем для специалистов, работающих с детьми и подростками, склонными к самоповреждениям, так как интересы каждого пациента должны учитываться. Например, если подросток настаивает, чтобы его родители не узнали о факте нанесения самоповреждений, а также о наличии серьезного вреда для здоровья, врачи оказываются в крайне трудной ситуации. Для того, чтобы принять взвешенное решение, необходимо задать себе три вопроса:

1. *В чем заключаются мои нравственные и этические обязательства?*
Какое решение будет правильным, а какое неправильным?
2. *В чем заключаются мои обязательства по договору?*
Что мой работодатель предписывает мне делать и что не делать?
3. *В чем заключаются юридические обязательства?*
Что закон предписывает мне делать и что не делать?

Мнение специалистов о сохранении конфиденциальности

Вопросами конфиденциальности, использования и передачи информации обеспокоены не только дети и подростки. Специалисты сферы здравоохранения также обеспокоены тем, что распространение информации может нарушить право пациентов на сохранение конфиденциальности. Особенно это касается ситуаций, в которых важно учитывать мнение подростка и его родителей.

Несмотря на то, что специалистам крайне важно иметь практическое знание соответствующей законодательной базы, беседа с подростком и его родителями о проблемах часто может быть

полезной и не обязательно ведет к нарушению конфиденциальности пациента.

Условия конфиденциальности могут быть соблюдены, если лицо, запрашивающее или предоставляющее информацию, не раскрывает никакой личной подробной информации, которую родители или опекун в любом случае не знали бы на законных основаниях (2009, Национальный институт психического здоровья, Англия).

Ответственность и участие родителей

В Законе о детях (1989) дается определение ответственности родителей — это все права, обязанности, полномочия, ответственность и влияние, которые по закону родитель имеет в отношении ребенка и его имущества. При рассмотрении вопросов ухода и лечения ребенка, который причиняет себе физический вред, должно быть установлено лицо (или лица), несущие родительскую ответственность. Их мнение должно быть изучено и принято к сведению.

Кто наделен ответственностью родителей?

Обычно, но не во всех случаях, лицо, на которое возложена родительская ответственность, является родителем ребенка или подростка. Тем не менее, важно установить кто именно несет родительскую ответственность, разделена ли она между двумя родителями или с местными органами власти.

Во-первых, это является важным моментом, так как ответственное лицо (или лица) могут дать согласие на лечение ребенка. Это право включает в себя разрешение на госпитализацию ребенка при нанесении самоповреждений. Во-вторых, законодательство прав ребенка определяет, что вовлечение лиц, на которых возложена родительская ответственность, является рекомендуемой практикой, даже если родитель или опекун не дает своего согласия на лечение ребенка.

Мать ребенка автоматически наделена родительской ответственностью при условии, что ребенок не был усыновлен другим лицом.

Отец ребенка несет родительскую ответственность в случаях, если:

- состоял в официальном браке с матерью ребенка на момент рождения ребенка;
- принимает на себя родительскую ответственность и его имя указано в свидетельстве о рождении ребенка;
- заключает с матерью ребенка договор о родительской ответственности;
- принимает на себя родительскую ответственность по решению суда.

Отчим или мачеха может принимать на себя родительскую ответственность по распоряжению суда, а также после усыновления или удочерения ребенка, становления законным опекуном в соответствии с положениями Закона о детях (1989).

Местные органы власти также могут взять на себя родительскую ответственность за ребенка. Это происходит на основании решения суда об установлении опеки и, с некоторыми ограничениями, на основании постановления о предоставлении защиты. Однако местные органы власти не принимают на себя родительскую ответственность, если ребенок был добровольно размещен в семью (2009, Национальный институт психического здоровья, Англия).

Общая ответственность родителей

Если родительскую ответственность несет более одного человека, каждый имеет право действовать самостоятельно, без участия второго родителя, для выполнения своих обязательств. Например, это означает, что специалисты сферы здравоохранения могут на законных основаниях предоставлять лечение ребенку или подростку при согласии одного родителя, даже если оба родителя несут ответственность.

Лицо, которое не несет родительскую ответственность, но заботится о ребенке, имеет право в сложившихся обстоятельствах содействовать обеспечению его благосостояния. Можно ли считать такое содействие разумным зависит от острой необходимости и степени серьезности ситуации. О

целесообразности такого содействия стоит также проконсультироваться с родителем, на которого возложена родительская ответственность (2009, Национальный институт психического здоровья, Англия). Такой порядок действий помогает специалистам принимать решения в экстренных ситуациях, когда необходимо назначение лечения при нанесении ребенком самоповреждений.

Выводы

Законодательство в отношении детей и подростков, склонных к причинению себе физического вреда, является многогранным и сложным механизмом. Специалисты сферы здравоохранения должны иметь возможность консультироваться с юристом по всем затруднительным вопросам, чтобы не выходить за рамки закона. Все специалисты, работающие с детьми и подростками, должны четко понимать свои должностные обязанности и знать правовую базу, касающуюся ухода и лечения детей и подростков.

Разработанные Национальным институтом психического здоровья Англии (2009) практические рекомендации для врачей по правовым вопросам ухода и лечения детей и подростков с психическими расстройствами помогают специалистам сориентироваться в сложной правовой среде, в которой они работают с детьми и подростками, склонными к самоубийству и нанесению самоповреждений.

Вопросы конфиденциальности следует открыто обсуждать с детьми и подростками. В ситуациях, когда необходимо нарушить конфиденциальность, следует вести себя уважительно и откровенно по отношению к ребенку. Обычно обязанность специалиста защищать ребенка от серьезного вреда сильнее обязанности сохранять конфиденциальность. Однако к каждому случаю должен быть индивидуальный подход.