

**РАЗВИТИЕ КОГНИТИВНЫХ НАВЫКОВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ С ЦЕЛЬЮ
ПРЕОДОЛЕНИЯ АУТОАГРЕССИВНЫХ ПАТТЕРНОВ ПОВЕДЕНИЯ**

Исагулова Е.Ю.

Исагулова Елена Юрьевна

клинический психолог, соискатель, кафедра клинической психологии и психологической помощи; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», Набережная реки Мойки, 48, Санкт-Петербург, 191186, Россия. Тел.: 8 (812) 571-25-69.

E-mail: 9477877@gmail.com

Аннотация

Пациенты с аутоагрессивным поведением (ААП) образуют гетерогенную популяцию. В связи с этим на сегодняшний день существует потребность в психотерапевтических вмешательствах, которые давали бы терапевтам возможность адаптировать план лечения к потребностям конкретного пациента. В моделях психологической помощи ААП рассматривается, как правило, в русле комплексного подхода в совокупности с другими психологическими проблемами, например детской травмой. Коррекция ААП осуществляется в рамках проведения комбинированной терапии, сочетающей медикаментозные и поведенческие методы, с учетом специфики возможных поведенческих, личностных или аффективных расстройств и нарушений психического развития.

В данной статье анализируются когнитивно-поведенческие теории аутоагрессивного поведения: когнитивно-поведенческая теория М. Linehan (1993; разработанная с целью сокращения паттернов ААП у пациентов с пограничным расстройством личности), специфическая когнитивная теория М.С. Berk и др. (2004) и когнитивно-поведенческая теория М. Rudd и др. (2001). Эти теории сравнивают различные подходы к сущностным аспектам в лечении ААП: доверительные отношения пациент-терапевт, построение навыков регуляции эмоций, когнитивная перестройка при нарушении поведенческих паттернов. Обзор этих теорий дал возможность сравнить различные подходы к сущностным аспектам ААП и уточнить связанные с этим специфические терапевтические методы.

Рассматриваются вопросы развития когнитивных навыков с целью преодоления аутоагрессивных паттернов как неотъемлемой части комплексной модели психокоррекционной терапии ААП в подростковом возрасте. Разработан двухэтапный тренинг на основе когнитивной терапии, включающий коррекцию заблуждений и стереотипов поведения и мышления, а также на формирование более эффективных паттернов поведения, системы ценностей и овладения адекватными способами выражения агрессии. Второй этап тренинга направлен на снижение тревожности и включает в себя различные приемы ауторелаксации. На каждом из этапов кроме указанных форм и методов работы использовались мини-лекции диалогического характера с целью активизации мотивации к дальнейшей работе, расширению сферы представлений и знаний подростков относительно содержания и особенностей ААП.

Ключевые слова: подросток; аутоагрессивное поведение; аутоагрессивные паттерны; когнитивная терапия; психотерапия.

УДК 159.922.7

Библиографическая ссылка

Исагулова Е.Ю. Развитие когнитивных навыков в подростковом возрасте с целью преодоления аутоагрессивных паттернов поведения // Медицинская психология в России. – 2020. – Т. 12, № 1. – С. 9. doi: 10.24412/2219-8245-2020-1-9

Поступила в редакцию: 01.02.2020 Прошла рецензирование: 26.02.2020 Опубликована: 15.03.2020

Введение

Проблема ААП личности, являясь предметом внимания многих исследователей в различных областях науки о человеке, приобрела особенную остроту в современных условиях социальных трансформаций. Растущий уровень распространения ААП, и особенно среди подростков, является важной проблемой как в сфере здравоохранения, так и в сфере медицинской психологии [10; 11]. Так, по данным ЮНИСЕФ, увеличилось количество ААП в виде суицидов среди подростков в возрасте 15—24 лет — во всем мире в 2 раза, в России — в 3 раза [11; 16].

Исследования показывают, что основным фактором риска завершённого суицида является самоповреждение. По данным M.J. Marttunen et al., у 1/3 самоубийц в анамнезе зарегистрированы случаи самоповреждающего поведения [31].

Самоповреждающее поведение, по оценке специалистов, характерно для разных возрастных и социальных групп и наблюдается в общей популяции и в клинических выборках [34]. Исследователи отмечают рост проявлений самоповреждающего поведения в подростковой среде, что объясняется спецификой взросления современных подростков, обусловленной интенсивным развитием коммуникационно-информационных технологий, усилением социального интереса к культурно-санкционированным формам рискованного поведения (например, к модификациям тела), появлением новых форм психопатологии [13; 30]. Привычка к самоповреждению как к способу преодоления эмоционального дискомфорта в подростковом возрасте часто предопределяет трудности при межличностном взаимодействии и переживании стресса у взрослых.

Целью настоящего исследования является развитие когнитивных навыков в подростковом возрасте, направленных на преодоление аутоагрессивных паттернов поведения.

Анализ различных источников [4; 6] показывает, что длительное время к ААП относили только такие феномены, как суициды, парасуициды и суицидальные мысли, много авторов вообще отождествляли суицидальное и ААП, фактически ставя между ними знак равенства. Несуицидальные же проявления саморазрушающего поведения считали ситуационно обусловленной аутодеструкцией без аутоагрессивной «подоплеки» [5]. Впоследствии содержание понятия ААП расширилось и приобрело сегодняшнее значение. К ААП также стали относить самоунижения, самообвинения, чувство злости и чувство отвращения и ненависти к себе (психологическая аутоагрессия); реальные действия, которые вызывают боль, страдания и представляют угрозу своей жизни (физическая аутоагрессия); имплицитные аутоагрессивные действия различного типа (алкоголизм, наркомания, переедание или анорексия, рискованное сексуальное поведение, травматические виды спорта, провоцирующее поведение и др.) [2].

Изучение ААП в целом исходит из основных тенденций клинической психологии и определяется следующим понятием, предложенным Э. Шнейдманом: «ААП — действия, направленные на нанесение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью» [14, с. 18]. Оно включает в себя широкий спектр явлений, таких как социальные нормы поведения, психологические аспекты, проблемы социализации детей и подростков, вопросы половой идентичности, адаптации и саморегуляции, а также различные виды социальных патологий, проблемы людей с посттравматическими стрессовыми расстройствами и агрессивным поведением. Фактически ААП является разновидностью девиантного поведения, поскольку оно представляет собой систему поступков личности, отклоняющихся от общепринятой нормы (нормы психического здоровья, права, культуры, морали и т.д.) [12; 17].

Единой теории, которая объясняет природу ААП, на сегодняшний день не существует. Можно говорить лишь об отдельных теоретических концепциях, среди которых (по основным причинам возникновения ААП) условно выделяют четыре основные: физиологическая, психопатологическая, психологическая и социальная [1; 7]. При этом существует понятие «аутоагрессивный паттерн поведения»,

подразумевающий сложный личностный комплекс, который действует и проявляется на разных уровнях, поскольку аутоагрессия не является обособленной чертой характера или свойством личности [13, с. 155]. В структуре аутоагрессивного паттерна поведения выделяют 4 субблока [2]:

- ✓ характерологический (аутоагрессия имеет множественную систему связей с некоторыми характерологическими особенностями личности: уровень аутоагрессии положительно коррелирует с интроверсией, педантичностью, депрессивностью, невротичностью и отрицательно — с демонстративностью личности);
- ✓ самооценочный (чем выше аутоагрессия личности, тем ниже самооценка собственных когнитивных способностей, собственного тела, собственных способностей, самостоятельности, автономности поведения и деятельности);
- ✓ интерактивный (аутоагрессия связана со способностью (неспособностью) к успешной социальной адаптации личности, с успешностью (неуспешностью) межличностного взаимодействия в микросоциуме. Аутоагрессия — это низкая самооценка и непринятие себя, которая порождает трудности социально-психологического характера, связанные с установлением контактов и осуществлением продуктивного общения, что фиксируется на поведенческом уровне в высоких показателях застенчивости и низких показателях общительности);
- ✓ социально-перцептивный (наличие аутоагрессии связано с особенностями восприятия других людей).

Известно, что ААП предшествуют неблагоприятные события в жизни пациентов. По данным исследования, у пациентов с ААП такие события происходили в четыре раза чаще в период за полгода до инцидента, чем у участников контрольной группы [5]. Данные подтверждаются другими исследованиями [6]. Однако несмотря на то, что стрессогенные события чаще приводят к парасуицидальному поведению, чем к иным расстройствам личности, не все пациенты, пережившие такие события, впоследствии практикуют парасуицид. За последние 30 лет XX в. значительно возросла роль социальных факторов, ведущих к ААП у подростков. К таким факторам относится ослабление семейных уз в результате возросшего количества разводов, что совпало с тенденцией более раннего вступления во взрослую жизнь у молодёжи и столкновения с сопутствующими трудностями. Доказано, что отсутствие поддержки со стороны близких людей в период стресса может приводить к депрессии [11].

Период возникновения первых эпизодов ААП позволяет предположить, что в его формировании играют роль различные факторы, с которыми сталкиваются молодые люди в процессе психического созревания, например сложности адаптации в обществе и установления межличностных отношений. Сложная взаимообусловленность внутренних задач, которые приходится решать подростку, и давления со стороны общества может приводить к случаям ААП у психически уязвимых индивидов [1; 9].

В большинстве случаев подростки практикуют ААП без намерения убить себя. К. Hawton обнаружил, что только треть из 50 обследованных после актов самоповреждения подростков намеревались умереть, в то время как 42% высказали незаинтересованность в результате, а четверть сообщили, что не хотели таким образом закончить свою жизнь [34]. Несмотря на то что в некоторых случаях подростки указывают на собственные суицидальные намерения, акты самоповреждения обычно не приводят к смерти. Возможно, указание на суицидальные намерения при ААП является запросом на признание действия социально приемлемым или на получение помощи от социальных структур. По результатам исследования, подростки, совершающие ААП без суицидальных намерений, «имели расстройства социального поведения, испытывали влияние острых проблем и хотели, чтобы помощь была им оказана немедленно. Они могли быть импульсивными, их эмоции и мотивы поведения были нестабильны, но в будущее они смотрели с оптимизмом». В то же время подростки, вовлеченные в ААП с

суицидальными намерениями, были «подавлены, одиноки, смотрели в будущее без надежды и меньше выражали запрос о помощи» [20, с. 47].

В качестве наиболее частого объяснения акту ААП подростки описывали невыносимую ярость, чувство изолированности или желание выйти из болезненной ситуации, что позволяет увидеть причину ААП в отсутствии навыков переживания нежелательных событий. Эти чувства могут возникать по причине отсутствия коммуникации внутри семьи и психологической дестабилизации в результате разрыва отношений с родителями или партнерами [4].

Одним из основных вопросов в связи с вышесказанным является развитие когнитивных навыков в подростковом возрасте с целью преодоления аутоагрессивных паттернов поведения методом когнитивной терапии.

При лечении хронически суицидальных больных, у которых было диагностировано пограничное расстройство личности, М. Linehan обнаружила важный недостаток в стандартных когнитивных и поведенческих методах лечения: они были направлены почти исключительно на то, чтобы помочь пациентам измениться, на их мысли, чувства и поведение. Такой подход был не особенно полезен: пациенты часто чувствовали себя неправильно понятыми и отказывались от лечения. В виду этого М. Linehan разработала интенсивную программу лечения под названием диалектическая поведенческая терапия (DBT) [22]. Основной идеей диалектической психотерапии является гипотеза о том, что в основе пограничного расстройства личности является неспособность больного контролировать свои негативные эмоции. Поскольку главной проблемой пациентов, страдающих пограничным расстройством личности, является эмоциональная неустойчивость и крайне интенсивные эмоциональные реакции на стресс, DBT включает в себя развитие определенных навыков, помогающих контролировать негативные эмоции и вести себя оптимальным способом [23]. Пациентам рекомендуется развивать бдительность, непредвзятое отношение к событиям, а также к собственным эмоциям и познаниям. Согласно DBT, это осознанное отношение имеет решающее значение для предотвращения импульсивного настроения, зависимого поведения и связанного с ним ААП [20; 35; 37].

Результаты тематических исследований DBT у подростков являются многообещающими. Большое количество исследований продемонстрировало эффективность DBT в снижении как количества, так и тяжести эпизодов ААП, а также в улучшении общего и социального функционирования [24; 27; 37]. В исследовании среди пограничных пациентов с сопутствующим ААП терапия приводила к более значительному снижению уровня ААП по сравнению с обычным лечением [26; 28]. После лечения отмечено снижение агрессивного поведения и улучшение адаптивной регуляции эмоций [25].

В рамках когнитивно-поведенческого подхода М.S. Berk et al. разработали когнитивную терапию Бека для краткосрочной терапии (10 сеансов) ААП. Так как лечение фокусируется на повторении ААП, все вопросы, поднятые пациентом, обсуждаются с точки зрения их отношения к поведению, причиняющему вред самому себе. Когнитивная модель депрессии, детально разработанная М.S.. Berk et al. [18], показывает, что фактором склонности к депрессии является наличие у личности соответствующих «схем», связанных с негативным опытом из детства или пережитыми травматическими событиями — своего рода негативными убеждениями. Депрессивное мышление не обязательно является причиной депрессии, но оно всегда является частью депрессии — или она более эндогенная или экзогенная по происхождению [29]. Наличие самих симптомов депрессии вторично подвергается когнитивно-перцептивным ошибкам и порождает новый круг негативных мыслей. В соответствии с такой моделью депрессии и согласно общей концепции когнитивной терапии КПТ сосредоточена прежде всего на том, что критическим фокусом психотерапевтических вмешательств является изменение мышления пациента, его способа восприятия себя и своей жизненной ситуации [18]. Критическим местом «прорыва» с целью «вырваться» из злокачественного лабиринта депрессии, собственно избавление от тенденции к негативному

восприятию действительности и потока негативного мышления, которое предопределяет аффективные симптомы и поведенческие изменения. Это происходит вместе с работой со схемами и убеждениями пациента, а также с вмешательствами по изменениям в сфере поведения [3; 19].

Лечение включает в себя такие мероприятия, как многоступенчатый кризисный план и детальную когнитивную концептуализацию иррациональных негативных убеждений. Исследование показывает, что лечение может эффективно уменьшить повторение ААП [18; 21].

M. Rudd et al. (2001) разработал суицид- и ААП-специфическое когнитивно-поведенческое лечение для более широкого круга пациентов. Их подход к ААП близок к подходу M.S. Berk et al. в том, что именно само ААП является основной целью лечения, без подхода к нему как к вторичному по отношению к лежащему в основе психиатрическому заболеванию. В теории, предложенной M. Rudd, так называемый «суицидальный режим» состоит из суицидальных когниций, смешанных аффектов, поведения, связанного со смертью, и физиологических реакций. По данным M. Rudd, когниции, связанные с самоубийством, характеризуются безнадежностью, которая включает в себя основные убеждения в нелюбви, беспомощность и плохую переносимость страданий [36]. Из этой теории вытекают способы управления симптомами, перестройка системы убеждений пациента и развитие таких навыков, как межличностная самоуверенность, терпимость к неблагоприятию и проблемам. Еще одним характерным элементом этой теории является развитие сильного терапевтического альянса. Хотя это специфическое лечение не было до конца изучено, в целом когнитивная и КПТ, направленные на когнитивную реструктуризацию личности, представляются перспективными в успешном лечении ААП.

Специфическое направление КПТ представляет схема-терапия, которая была разработана в конце прошлого века американским психотерапевтом J.E. Young [38]. В этой модели схемы являются внутренними тематическими конструктами, которые отражают и организуют знания, прежде всего о себе, и человеческие отношения, приобретенные в результате жизненного опыта, в частности раннего детства. Они отвечают тому, что в теории привязанности J. Bowlby называют внутренними рабочими моделями, и эти конструкты составляют структуру личности человека и проявляются в сфере чувств, мыслей, поведения, телесно-двигательных паттернов [20].

Тренинг развития когнитивных навыков, направленный на преодоление аутоагрессивных паттернов поведения, в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии необходим, когда решение проблем требует умений, отсутствующих в поведенческом репертуаре индивида, т.е. когда даже в идеальных условиях (поведению не мешают страхи, конфликтующие мотивы, нереалистичные представления) индивид не может продемонстрировать соответствующее поведение [8; 15].

Разработанный тренинг развития когнитивных навыков

С учетом указанных условий направление тренинга рекомендуется разбивать на два этапа.

Первый этап должен быть направлен на понимание подростком самого себя, собственных заблуждений и стереотипов поведения и мышления, а также на формирование более эффективных паттернов поведения, системы ценностей и овладения адекватными способами выражения агрессии. При этом на первом этапе каждый раз важно создавать деловую, доверительную атмосферу с целью выявления тех подростков, которые не готовы к такой работе и оказывают психологическое сопротивление. Для таких подростков рекомендуется проведение специальной работы по обеспечению их «открытости» для дальнейшей психотерапии (через индивидуальную работу, которая направлена на выявление проблемы — причины скованности и низкой открытости; через групповую работу, которая способствует большему сближению участников).

Пока подростки не овладели навыками быстрой перестройки автоматических мыслей в рациональные, наиболее целесообразными на данном этапе представляются такие методы и формы работы, как «ледоколы» («Диффузия», «Комплимент», «Улыбка другу»), групповые дискуссии («Определение своего предназначения в жизни», «Определения причины агрессии» и др.).

Второй этап направлен на снижение тревожности и соответственно включает в себя различные приемы ауторелаксации (дыхательные упражнения, аутотренинг). К таким упражнениям относятся: «Привет солнцу», «Релаксация» и «Волшебная птица». Все вышеупомянутые упражнения выполняются под музыкальное сопровождение мелодий, которые предназначены для медитаций. На данном этапе осуществляется «возвращение умения расслабляться», которое у многих тревожных подростков не развито; наблюдение и освобождение от зажимов в мышцах в ходе выполнения упражнений; обучение «жизни в альфа-ритме».

На каждом из этапов кроме указанных форм и методов работы рекомендуется использовать также мини-лекции диалогического характера, в которых информация подается таким образом, чтобы активизировать мотивацию к дальнейшей работе, расширить сферу представлений и знаний подростков относительно содержания и особенностей ААП, рекомендуется также использовать упражнения в виде ролевых игр, когда, например, происходит создание критической ситуации, из которой нужно найти выход.

При определении содержания программы предотвращения ААП, в том числе развития когнитивных навыков преодоления аутоагрессивных паттернов поведения у подростков, работа по предупреждению ААП осуществляется по следующим составляющим:

- ✓ когнитивная, предусматривающая содействие осведомленности подростков о причинах склонности к ААП, формирование у них правильных жизненных ценностей и смыслов;
- ✓ аффективная, направлена на снижение тревожности, актуализацию потребности в самопознании, саморазвитии, саморегуляции и самоконтроле;
- ✓ поведенческая, предусматривающая формирование навыков асертивного поведения, эффективных приемов общения.

Программа тренинга рассчитана на 75 часов и состоит из четырех взаимосвязанных модулей.

- I модуль «Подготовительный. Освоение техник релаксации» направлен на создание благоприятной атмосферы в группе участников, определение приоритетов, снижение тревожности и эмоциональной нестабильности, формирование позитивного отношения к себе, овладение приемами ауторелаксации.
- II модуль «Адекватные способы выражения агрессии» предусматривает изучение подростками собственных мотивов агрессивного и аутоагрессивного поведения, снижение чувства вины и обиды, формирование позитивного мышления.
- III модуль «Жизненные ценности и смысл жизни» направлен на формирование ценностей здорового образа жизни, гуманистических, духовных, определение своего предназначения.
- IV модуль «Навыки асертивного поведения» обеспечивает содействие формированию асертивного поведения, снижению ригидности поведения, овладению эффективными приемами общения, развитию умения планировать свои действия и жизнь в целом на основе понимания себя и стремления к самосозданию.

В рамках тренинга предусмотрено использование методов индивидуальной самостоятельной работы подростка, в частности домашних заданий (написать письмо обидчику, составить сказку о выполнении желания и др.) и индивидуальных заданий, которые подростки выполняют в течение тренинга: сказкотерапии (сказка «Моя жизнь»), рисования мандал, упражнений-визуализаций («Выставка», «Галерея» и др.) с последующим обсуждением их результатов.

Заключение

Предложенный тренинг по развитию когнитивных навыков преодоления аутоагрессивных паттернов поведения в рамках комплексной модели коррекции пограничного расстройства личности с аутоагрессивным поведением у подростков с учетом основополагающих принципов психологической коррекции паттернов ААП в подростковом периоде, базирующихся на ее комплексности, последовательности, дифференцированности и своевременности, может способствовать преодолению аутоагрессивных паттернов поведения у подростков.

Перспективы дальнейших исследований. Нами запланирована апробация и оценка эффективности работы по проведению психологической коррекции с применением разработанного тренинга по развитию когнитивных навыков преодоления аутоагрессивных паттернов поведения в рамках комплексной модели коррекции пограничного расстройства личности с аутоагрессивным поведением у подростков.

Литература

1. Алёхин А.Н. Психические расстройства в практике психолога. – СПб.: Сенсор, 2009. – С. 82–84.
2. Банников Г.С., Кошкин К.А. Кризисные состояния у подростков (пресуицидальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи) // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – Т. 4, № 2 (19). – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 30.01.2020).
3. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности / пер. с англ. – СПб.: Питер, 2019. – С. 321–324.
4. Бруг А.В. Клинико-психологическое исследование подростков с рецидивами суицидных попыток: дис. канд. мед. наук. – СПб., 2008. – 176 с.
5. Дворникова И.Н., Куренкова Е.В. Особенности аутоагрессивного поведения подростков в современном обществе // Молодой ученый. – 2014. – № 21 (1). С. 86–88.
6. Зайченко А.А. Самоповреждающее поведение // Вызовы эпохе в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики: материалы III Всероссийской научно-практической конференции (Казань, 22–23 ноября 2007 г.). – Казань: Новое знание, 2007. – С. 381–386.
7. Зверева Н.В., Казьмина О.Ю., Каримулина Е.Г. Патопсихология детского и юношеского возраста. – М.: Академия, 2008. – С. 128–132.
8. Ипатов А.В. Подросток: от саморазрушения к саморазвитию. Программа психологической помощи: монография. – СПб.: Речь, 2011. – С. 86–92.
9. Конева О.Б. Социально-психологические аспекты дезадаптации личности // Вестник Челябинского государственного университета. – 2012. – № 19 (273). – С. 75–79.
10. Лактионова А.И. Жизнеспособность и социальная адаптация подростков. – М.: ИП РАН, 2017. – С. 128–129.
11. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалеева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 3–10.
12. Погодин И.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты. Учебное пособие. – М.: Флинта, 2011. – С. 220–223.

13. Польская Н.А. Модели коррекции и профилактики самоповреждающего поведения // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24, № 3. – С. 110–125.
14. Психологическая энциклопедия / под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбах. – 2-е изд. – СПб: Питер, 2006. – С. 336–337.
15. Селигман М. Как научиться оптимизму: Измените взгляд на мир и свою жизнь. – М.: Альпина Паблишер, 2013. – С. 218–221.
16. Смертность российских подростков от самоубийств. Доклад ЮНИСЕФ / А.Е. Иванова, Т.П. Сабгайда, В.Г. Семенова [и др.]. – М.: БЭСТ-принт, 2011. – С. 21–22.
17. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. – М.: Смысл. 2001. – С. 278–282.
18. A cognitive therapy intervention for suicide attempters: An overview of the treatment and case examples / M.S. Berk, G.R. Henriques, D.M. Warman [et al.] // Cognitive and Behavioral Practice. – 2004. – Vol. 11, № 3. – P. 265–277.
19. Beck A.T. Dysfunctional problem solving in borderline personality disorder // Cognitive Therapy Today, 8. – Available at: <http://www.beckinstitute.org/Feb03/index.html> (accessed 18 December 2003).
20. Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. III: Loss, Sadness and Depression. – New York: Basic Books, 1980. – P. 156–158.
21. Cognitive-Behavioral Families Treatment for Suicide Attempt Prevention: A Randomized Controlled Trial / J.R. Asarnow, J.L. Hughes, K.N. Babeva [et al.] // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. – 2017. – Vol. 56, № 6. – P. 506–514.
22. Cognitive behavioral treatment of chronically parasitic borderline patients / M.M. Linehan, H.E. Armstrong, A. Suarez [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 1991. – Vol. 48, № 12. – P. 1060–1064.
23. Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985–1995 / K. Hawton, J. Fagg, S. Simkin [et al.] // Journal of Adolescence. – 2000. – Vol. 23, № 1. – P. 47–55.
24. Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up / S.F. McMain, T. Guimond, D.L. Streiner [et al.] // The American journal of psychiatry. – 2012. – Vol. 169, № 6. – P. 650–661.
25. Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT-A) für männliche Jugendliche mit Symptomen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung / J. Heider, A. Fleck, C. Peteler [et al.] // Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. – 2017. – Vol. 66, № 2. – P. 104–120.
26. Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation / S. Raj, S.A. Sachdeva, R. Jha [et al.] // Asian Journal of Psychiatry. – 2019. – Vol. 39, № 1. – P. 58–62.
27. Empirically supported treatment: recommendations for a new model / D.F. Tolin, D. McKay, E.M. Forman [et al.] // Clinical Psychology: Science and Practice. – 2015. – Vol. 22, № 4. – P. 317–338.
28. Feasibility of a randomised controlled trial of remotely delivered problem-solving cognitive behaviour therapy versus usual care for young people with depression and repeat self-harm: lessons learnt (e-DASH) / K. Sayal, J. Roe, H. Ball [et al.] // BMC Psychiatry. – 2019. – Vol. 19, № 1. – P. 42.
29. Gøtzsche P.C., Gøtzsche P.K. Cognitive behavioral therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review // J R Soc Med. – 2017. – Vol. 110, № 10. – P. 404–410.
30. Kissil K. Attachment-based family therapy for adolescent self-injury // Journal of Family Psychotherapy. – 2011. – Vol. 22, № 4. – P. 313–327.
31. Marttunen M.J., Aro H.M., Longvist J.K. Adolescence and suicide: A review of psychological autopsy studies // European Child and Adolescent Psychiatry. – 1993. – Vol. 2, № 1. – P. 10–18.
32. Nasution R.A., Keliat B.A., Wardani I.Y. Effect of Cognitive Behavioral Therapy and Peer Leadership on Suicidal Ideation of Adolescents in Bengkulu // Comprehensive Child and Adolescent Nursing. – 2019. – Vol. 42, № 1. – P. 90–96.

33. Prevalence and Clinical Differences of Suicidal Thoughts and Behaviors in a Community Sample of Youth Receiving Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety / N.M. McBride, C. Johnco, A. Salloum [et al.] // *Child Psychiatry and Human Development*. – 2017. – Vol. 48, № 5. – P. 705–713.
34. Psychosocial interventions for self-harm in adults / K. Hawton, K.G. Witt, T.L.T. Salisbury [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2016. – Available at: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012189/full> (accessed 20 January 2020).
35. Reviewing mindfulness-based interventions for suicidal behavior / M. Chesin, A. Interian, A. Kline [et al.] // *Arch Suicide Res*. – 2016. – Vol. 20, № 4. – P. 507–527.
36. Rudd M.D., Joiner T., Rajab M.H. *Treating Suicidal Behaviour: An Effective Time-Limited Approach*. – New York, NY: The Guilford Press, 2001. – 274 p.
37. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder / M.M. Linehan, K.A. Comtois, A.M. Murray [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 2006. – Vol. 63, № 7. – P. 757–766.
38. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. – New York, NY: The Guilford Press. – 2006. – P. 178–179.

The development of cognitive skills in adolescence in order to overcome auto-aggressive behavior patterns

Isagulova E.Yu.¹
E-mail: 9477877@gmail.com

¹ *Herzen State Pedagogical University of Russia*
48 Moyka Embankment, St. Petersburg, 191186, Russia
Phone: +7 (812) 571-25-69

Abstract

Patients with self-injurious behavior form a heterogeneous population. Therefore today there is a need for psychotherapeutic interventions that give therapists the ability to tailor the treatment plan to the needs of a particular patient. In models of psychological assistance the AARP is considered generally in line with the integrated approach in conjunction with other psychological problems, such as childhood trauma. Correction of AAP is part of a combination therapy, combining drug and behavioral methods taking into account specificity of possible behavioral, personality, or affective disorders and disorders of mental development.

This article examines the cognitive behavioral theory of autoaggressive behavior (AAB): cognitive-behavioral theory of M. Linehan (1993; designed to reduce patterns of AAB in patients with borderline personality disorder), specific cognitive theory of M.S. Berk et al. (2004) and cognitive-behavioral theory of M. Rudd et al. (2001). These theories compare the different approaches to the essential aspects in the treatment of AAB: the trust relationship of patient-therapist, building skills, emotions regulation, cognitive restructuring for violation of behavioral patterns. An overview of these theories gave an opportunity to compare different approaches to the essential aspects of AAB and clarify the related specific therapeutic techniques.

Discusses the development of cognitive skills to overcome self-injurious patterns, as part of an integrated model of psycho-correction therapy AAB in adolescence. Developed a two-stage training based on cognitive therapy, including correction of misconceptions and stereotypes of behavior and thinking, and on formation of more effective patterns of behavior, system of values and mastery of appropriate ways of expressing aggression. The second phase of the training is aimed at reducing anxiety and includes various methods of autorelease. At each stage in addition to these forms and methods of work used mini-lectures dialogic nature with the objective of enhancing motivation for further work and expand ideas and knowledge of adolescents regarding the content and characteristics of the AAB.

Key words: adolescent; auto-aggressive behavior; auto-aggressive patterns; cognitive therapy; psychotherapy.

For citation

Isagulova E.Yu. The development of cognitive skills in adolescence in order to overcome auto-aggressive behavior patterns. *Med. psihol. Ross.*, 2020, vol. 12, no. 1, p. 9. doi: 10.24412/2219-8245-2020-1-9 [in Russian, abstract in English].