

## ПСИХОТЕРАПИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО КРИЗИСНОГО СОСТОЯНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ: АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ И МЕТОДОВ

Г.С. Банников<sup>1,2</sup>, О.В. Вихристюк<sup>2</sup>, Л.А. Гаязова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России  
<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»

Суицидальное поведение несовершеннолетних является серьезной медико-социальной проблемой во всем мире. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) смертность вследствие суицида составляет примерно 800 тысяч человек ежегодно. При этом в возрастной группе подростков 15–19 лет суицид стоит на третьем месте среди ведущих причин смерти [10]. На сегодняшний день Россия является активным участником программы ВОЗ по предотвращению самоубийств, пилотные проекты по ее внедрению уже осуществляются в российских регионах. Специальное внимание уделяется профилактике подростковых суицидов [3, 11, 13–15, 20]. Тем не менее, ситуация пока остается тревожной: в 2019 году наша страна заняла третье место в мире по числу самоубийств, а количество завершенных суицидальных попыток среди несовершеннолетних граждан России в период с 2017 по 2018 год увеличилось почти на 14%, достигнув в 2018 году 788 случаев [7].

В специальной литературе отмечается, что несовершеннолетние, в особенности старшие подростки 15–18-летнего возраста, относятся к группе особого риска по возникновению суицидальных намерений и суицидальной активности [2, 8, 13, 18, 20, 29, 33, 34]. Данная ситуация обуславливает необходимость проведения дальнейшей исследовательской работы, направленной как на выявление предикторов суицидального поведения, разработку профилактических программ, так и на создание и эмпирическую валидизацию терапевтических интервенций, адресованных подросткам в состоянии суицидального кризиса.

На сегодняшний день основная часть эмпирических исследований по проблематике суицидального поведения несовершеннолетних посвящена выявлению факторов, которые лежат в его основе [5–6, 9, 13, 15, 20, 21, 30, 34, 35].

Зарубежные ученые выделяют в качестве ключевых социально-средовые, личностные, клинические и биологические факторы. Среди социально-средовых детерминант суицидального поведения в первую очередь называют физическое и/или сексуальное насилие, которому подросток подвергался в детстве [15, 20, 21, 30, 34], буллинг со стороны сверстников [15, 20], академический стресс, вызванный высокими требованиями и высокой конкуренцией в школьной среде [20, 21].

К личностным факторам риска подросткового суицида относят импульсивность, перфекционизм, хроническую безнадежность, социальную тревожность, дефицитарность стратегий совладающего поведения [21, 34, 35].

В отношении влияния психических расстройств на возникновение суицидальных паттернов зарубежными авторами приводятся данные, согласно которым 80–90% подростков, пытавшихся покончить жизнь самоубийством или умерших в результате самоубийства, имели психическое расстройство в анамнезе [20]. Чаще всего суицидальные попытки фиксируются при расстройствах настроения, расстройствах тревожного спектра, расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также при нарушениях сна [20, 34].

Новым направлением исследований за рубежом является изучение связи нейрофизиологических особенностей подростков с различными аспектами суицидальности. Выявлено, что недостаточная или чрезмерная активация в развивающемся мозге подростка таких нейронных сетей, как сеть пассивного режима работы мозга (СПРМ), центральная исполнительная сеть (ЦИС) и сеть выявления значимости (СВЗ) может обуславливать нарушения эмоциональной регуляции и процесса принятия решений, особенно в условиях неопределенности и стресса. Предполагается, что вследствие этих нарушений

подросток будет испытывать затруднения в реалистичной оценке стрессовой ситуации и в адаптации к ней, воспринимая суицид в качестве допустимого сценария преодоления проблемы [15, 20].

В исследованиях российских ученых выявлен целый комплекс личностных, семейных, интерперсональных и социальных факторов, повышающих вероятность суицидального поведения несовершеннолетних. Среди личностных факторов с наиболее высоким рискогенным потенциалом выделяются высокий уровень социальной тревожности, перфекционизм [13], черты пограничного и нарциссического типов личности [4], акцентуации циклоидного, меланхолического и неврастенического типа [6], дезадаптивные копинг-стратегии «избегание-бегство» и «вентиляция эмоций» [3, 13], сниженный эмоциональный интеллект, дефицитность когнитивных стратегий регуляции эмоций, преобладание дисфункциональных эмоциональных схем [9].

В группу семейных факторов, детерминирующих суицидальное поведение несовершеннолетних, включают насилие и жестокое обращение с ребенком в семье, дисфункциональность родителей (прежде всего, непредоставление адекватной родительской заботы) и родительский перфекционизм, выражающийся в трансляции ребенку установки о недопустимости промаха и ошибки [13].

Интерперсональные факторы суицидального риска в данной возрастной группе представлены различными формами школьной дезадаптации, дефицитностью социальных связей, травлей со стороны сверстников (буллинг) [5, 13].

К социальным факторам риска суицида в детском и подростковом возрасте отечественные исследователи относят воспитание в условиях интернатного учреждения, высокий уровень употребления алкоголя и наркотиков среди российских подростков, а также посещение несовершеннолетними интернет-ресурсов, пропагандирующих различные формы самоповреждений [13].

Достаточное внимание в работах российских авторов уделяется и клиническим факторам суицидального поведения несовершеннолетних. Прежде всего, к ним относят расстройства аффективного спектра, предполагающие сочетание различных вариантов тревожной и депрессивной симптоматики [8, 13].

В отличие от детерминант суицидального поведения несовершеннолетних вопросы психотерапии детей и подростков, оказавшихся на грани суицида или совершивших попытку суицида, мало отражены в научных источниках. Более того, мы не обнаружили ни одной отечественной публикации, в которой были бы освещены результаты разработки или адаптации какой-либо терапевтической интервенции, предназначенной для несовершеннолетних в состоянии суицидального кризиса. В связи с этим представляется необходимым изучить зарубежный опыт

применения различных терапевтических стратегий в системе медицинской помощи подросткам, совершившим суицидальную попытку и/или демонстрирующим суицидальные намерения.

Таким образом, **целью** настоящего исследования стала идентификация лучших психотерапевтических практик, предназначенных для пациентов детского и подросткового возраста в состоянии суицидального кризиса, и определение основных условий эффективности антисуицидальной терапии несовершеннолетних.

## Материалы и методы

Мы провели поиск отечественных и зарубежных научных источников в поисковых системах eLibrary (рассматривались только рецензируемые научные издания), Pubmed, Medline по ключевым словам «суицид, несовершеннолетние», «суицид, подростки», «суицид, психотерапия» («suicide, children», «suicide, adolescents», «suicide, teens», «intervention, suicide»). Глубина научного поиска – 10 лет, с 2010 по 2020 годы. Из полученного списка работ – 211 публикаций – были отобраны статьи, содержащие данные об экспериментальной проверке рассматриваемых в них терапевтических интервенций. При этом предпочтение отдавалось публикациям, содержащим результаты рандомизированных контролируемых исследований (РКИ). Мы также включили в итоговый перечень статей ряд отечественных и зарубежных статей, раскрывающих содержательные характеристики суицидального поведения несовершеннолетних и/или сущность тех или иных психотерапевтических методов, техник, технологий, применяемых в ситуации суицидального кризиса. После систематизации отобранных публикаций и удаления статей, дублирующих данные одних и тех же исследований, список источников был окончательно откорректирован и составил 34 статьи, которые далее были подробно проанализированы в соответствии с целями нашего теоретического исследования.

В работе использовались методы теоретического анализа: аналитическое сравнение, систематизация и обобщение научно-исследовательских и научно-методических отечественных и зарубежных публикаций по проблеме эффективности психотерапии несовершеннолетних, переживающих состояние суицидального кризиса.

## Результаты и их обсуждение

Понятие «суицидальный кризис» впервые было сформулировано представителями когнитивного подхода в психотерапии и определяется как аффективное состояние, характеризующееся наличием явных, остро переживаемых суицидальных намерений, реализуемых в попытке суицида [35]. Данная позиция в понимании суицидального кризиса разделяется и отечественными учеными [1, 2, 12].

Проведенный анализ литературных источников показал, что доминирующий в настоящее время взгляд на терапию суицидального кризиса предполагает постепенный отказ от традиционной модели медицинской помощи в пользу личностно-ориентированных психотерапевтических подходов [2, 12, 20, 26, 35].

Швейцарский исследователь К. Michel [26] отмечает, с его точки зрения, принципиальную ошибку традиционной модели: рассмотрение факторов риска (а это, прежде всего, психические расстройства, подтвержденные психиатрическим диагнозом) в качестве причин суицида. В рамках данной модели «суицидальный человек – это пассивное существо, ведомое психиатрическим расстройством, а не человек с индивидуальной биографией, собственным внутренним миром, эмоциональной жизнью, жизненными целями и уязвимыми местами». Между тем, факторы риска суицида не идентичны его причинам. Они повышают вероятность суицидальной активности, но, как правило, не являются ее триггерами, подчеркивает ученый. В связи с этим, он предлагает отдавать предпочтение стратегии лечения, в основе которой будет лежать целенаправленное изучение специфического нарратива пациента, определение места суицидального поступка в биографическом контексте с последующим выявлением субъективных оснований для продолжения жизни.

Именно умело выстроенный, основанный на эмпатии раппорт и является, с точки зрения К. Michel, главной особенностью психотерапевтических практик, показавших свою эффективность в качестве средств помощи пациентам в состоянии суицидального кризиса. К таким практикам он относит когнитивно-бихевиоральную терапию (Cognitive behavioral therapy – CBT), диалектическую бихевиоральную терапию (Dialectical behavior therapy – DBT), терапию, основанную на ментализации (Mentalization-Based Treatment – MBT) и краткую программу интервенции после попытки суицида – (Attempted Suicide Short Intervention Program – ASSIP) [26].

Действительно, терапевтические интервенции, отмеченные К. Michel, имеют на сегодняшний день статус доказательных практик, эффективных в лечении пациентов с суицидальным поведением [12, 18, 25]. Однако их валидизация проведена на выборках пациентов взрослого возраста, как правило, старше 18 лет, что не дает основания «автоматически» считать перечисленные методы адекватными для применения в терапии несовершеннолетних.

Зарубежные исследователи обращают внимание на то, что до сих пор существует дефицит РКИ, проведенных с привлечением репрезентативных выборок детей и подростков с суицидальным поведением [34, 36]. Тем не менее, определенные результаты уже получены и представлены как в публикациях материалов оригинальных исследований [16, 17, 24,

23, 31], так и в нескольких систематических обзорах и мета-анализах [20, 29, 34, 36].

G.S. Diamond и соавт. [16] сообщают о результативности применения в лечении подростков с суицидальным поведением модели семейной терапии, основанной на теории привязанности (Attachment-based family therapy – ABFT). В рандомизированном контролируемом исследовании авторы доказали, что ABFT снижает как интенсивность мыслей о самоубийстве, так и частоту проявления самоповреждающих, в том числе суицидальных, поведенческих паттернов, за счет улучшения семейных отношений, особенно отношений привязанности в диаде родитель–ребенок. При этом нарушения привязанности рассматриваются как источник суицидальности подростка, а восстановление привязанности достигается путем сочетания еженедельных терапевтических сессий в трех разных форматах: индивидуальная терапия с подростком, семейная терапия, консультирование родителей. Длительность такого курса ABFT составляет три месяца [16].

C. Esposito-Smythers и соавт. [17] разработали модель интегрированной когнитивно-бихевиоральной терапии (Integrated cognitive-behavioral therapy – I-CBT) и адаптировали ее для применения с подростками в состоянии суицидального кризиса. Данная интервенция предполагает комплексную проработку дисфункциональных способов мышления, эмоционального реагирования и поведения и включает сессии индивидуальной и семейной терапии, а также родительский тренинг. Полный курс лечения составляет 12 месяцев: первые 6 месяцев сессии проводятся еженедельно, следующие 3 месяца – один раз в две недели, а далее следует 3-х месячный период поддерживающего лечения с одной очной сессией в месяц. Экспериментальное исследование, проведенное на выборке из 40 подростков, в анамнезе которых были попытки суицида и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, показало, что подростки, прошедшие курс I-CBT, в отличие от их сверстников из контрольной группы, получавших стандартное лечение, на протяжении длительного времени после завершения терапии (18 мес.) значительно реже совершали новые попытки самоубийства.

Ограничением приведенного исследования является специфика выборки: все подростки имели диагноз расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ. Таким образом, положительный эффект I-CBT может не распространяться на несовершеннолетних с суицидальным поведением, не имеющих указанного сопутствующего диагноза [17].

Следующим методом, демонстрирующим эффективность в терапии подростков, переживающих суицидальный кризис, является диалектическая бихевиоральная терапия, специализированная версия которой, адаптированная к особенностям подростко-

вого возраста (DBT-A), была разработана в 1997 году [27]. Метод сфокусирован на проработке дезадаптивных паттернов, связанных с импульс-контролем и межличностными взаимодействиями. Полный курс DBT-A включает индивидуальную психотерапию с подростком с привлечением родителей на отдельные сессии, групповой тренинг навыков для подростков, родительский тренинг, а также терапевтическую поддержку по телефону (в случае необходимости). Оценке эффективности данной интервенции посвящено несколько экспериментальных исследований [23, 24, 32]. В целом, в США и ряде европейских стран на сегодняшний день DBT-A получила статус доказательной практики в терапии суицидальных подростков, при этом снижение суицидальности было обнаружено в двух или более независимых РКИ [23].

Единственным на сегодняшний день мета-анализом, посвященным непосредственно исследованию эффективности терапевтических интервенций в лечении подростков с суицидальным поведением, является работа D.Ougrin и соавт. [29]. Приведенные в ней результаты позволяют определить перечень наиболее состоятельных психотерапевтических практик, адекватных проблематике суицидального кризиса у несовершеннолетних. Авторами было проанализировано девятнадцать РКИ с участием 2 176 подростков в возрасте до 18 лет. Предметом мета-анализа выступали психотерапевтические и психосоциальные интервенции, фармакологические схемы лечения не рассматривались. В целом, был изучен широкий спектр терапевтических методов различной теоретической принадлежности. В исследовании были включены методы индивидуальной и групповой терапии, адаптированные непосредственно к проблематике подросткового возраста; интервенции, ориентированные на работу с семьей; различные технологии психологической и психосоциальной поддержки (группы встреч, тренинги навыков, родительские тренинги и т.п.).

В результатах мета-анализа мы находим подтверждение эффективности интервенций, о которых уже говорилось выше: это диалектическая поведенческая терапия (DBT) и когнитивно-поведенческая терапия (CBT). Наряду с ними авторы называют в качестве доказательной практики еще один метод – терапию, основанную на ментализации (MBT). Однако в отношении последнего метода необходимо отметить, что его эффективность оценивалась на выборках подростков с диагнозом пограничного расстройства личности, у которых не было выявлено суицидальных намерений, а отмечались паттерны несуицидального самоповреждающего поведения [29]. Таким образом, мы не можем рассматривать данный результат как имеющий непосредственное отношение к целям нашего обзора.

За пять лет, прошедших с момента публикации мета-анализа D.Ougrin и соавт. [29], появились

новые исследования, отражающие результаты научного поиска в области эффективных стратегий терапии суицидального кризиса у несовершеннолетних. Прежде всего, заслуживает внимания метод комплексной оценки и управления суицидальностью (Collaborative Assessment and Management of Suicidality – CAMS), разработанный специалистами из США [20].

Центральным элементом CAMS является использование формы суицидального статуса (Suicide Status Form – SSF) – диагностического инструмента, позволяющего проводить динамическую оценку состояния пациента и координировать терапию в зависимости от полученных результатов. При этом в качестве ключевого аспекта эффективности CAMS рассматривается отношение к пациенту как к со-субъекту диагностического и последующего терапевтического процессов. Пациенту отводится активная роль в определении его собственных «суицидальных триггеров», то есть тех проблематичных аспектов жизни, которые актуализируют состояние суицидального кризиса. В рамках стандартного использования CAMS именно суицидальные факторы, определяемые пациентом, систематически становятся мишенями терапии в ходе оказания ему клинической помощи [20].

Учитывая экспериментально подтвержденную эффективность CAMS на выборках взрослых пациентов с суицидальным поведением, многие клиницисты в США предпринимают попытки использования данного метода в работе с подростками и даже с детьми еще более младшего возраста [28, 33]. Первые результаты являются весьма многообещающими и свидетельствуют о том, что у подростков, участвующих в программе лечения с применением CAMS, отмечается значительное снижение интенсивности суицидальных намерений и уменьшение симптомов депрессии [20].

На сегодняшний день разработаны и проходят апробацию специализированные версии CAMS, одна из которых предназначена для подростков, а вторая – для детей в возрасте до 12 лет: «CAMS-4Teens» и «CAMS-4Kids», соответственно. В основе обеих версий лежат те же принципы, которые определяли разработку исходного варианта CAMS для взрослых: 1) эмпатия (empathy), 2) сотрудничество (collaboration), 3) честность, прозрачность (honesty), 4) сфокусированность на суицидальной проблематике (suicide-focus) [20].

Авторы детской и подростковой адаптаций CAMS подчеркивают, что они уделяют особое внимание обеспечению возможности создавать «обучающие моменты» в процессе взаимодействия с юными пациентами. Например, обсуждение с врачом различных формулировок, включенных в SSF, помогает подростку сформировать более точный лексический набор, чтобы точнее описать свой суицидальный опыт. Клиницист, использующий CAMS, следует за

подростком, признавая в качестве основных мишеней работы те индивидуализированные суицидальные триггеры, которые, с его помощью, определил сам подросток.

В настоящее время продолжается обсуждение и доработка контента «CAMS-4Teens» и «CAMS-4Kids» с тем, чтобы привести эти версии в максимальное соответствие с возрастными особенностями детей и подростков. Особенное внимание уделяется таким возрастнo-специфичным рискогенным факторам суицида, как отношения с родителями, использование социальных сетей и буллинг [20].

Опыт клинического применения CAMS выявил, что одна из самых больших проблем использования этой программы с детьми и подростками – вовлечение родителей в терапевтический процесс [28]. Специалисты из США подчеркивают, что участие родителей не только является юридически обязательным, но и имеет решающее значение для успешных результатов лечения. При этом если родители занимают позицию обвинения и/или агрессивной самозащиты, либо ведут себя отстраненно и не проявляют заинтересованности в содержательных аспектах лечения, вероятность достижения положительных результатов заметно снижается. Отмечается, что данные оценки SSF ребенка должны быть переданы родителям на совместной встрече, на которой присутствует как врач, так и юный пациент, чтобы помочь родителям лучше понять причины суицидальности своего ребенка.

Также очень важно, чтобы родители были ознакомлены с «планом безопасности» (CAMS Stabilization Plan – CSP), разрабатываемым в рамках CAMS для их ребенка, потому что именно родители, как правило, могут помочь в реализации стратегий совладания с суицидальными переживаниями, перечисленными в CSP. В некоторых случаях целесообразно привлекать родителей к участию в разработке CSP, в зависимости от предпочтений и потребностей ребенка. Наконец, совершенно необходимо, чтобы родители были осведомлены о суицидальных триггерах, которые назвал их ребенок, и о том, что именно эти триггеры станут мишенями терапии в рамках CAMS.

Отмечается, что при определении этических аспектов ознакомления родителей с SSF и CSP их ребенка, важно учитывать фактический возраст юного пациента, его индивидуальные особенности, специфику выполнения родителями их функций и семейную ситуацию в целом. Именно учет всей совокупности этих факторов позволит выбрать наиболее подходящий к каждому конкретному случаю вариант сотрудничества в триаде «пациент–врач–родитель». В любом случае, при принятии клинических решений в рамках CAMS основной приоритет должен быть отдан соблюдению интересов пациента [20].

Наряду с CAMS, перспективным направлением является уже упомянутый нами метод ASSIP, подробно представленный K. Michel [26], но как отме-

чалось выше, вопрос эффективности его применения в подростковой популяции пока остается открытым.

В качестве отдельной исследовательской проблемы зарубежными учеными рассматривается влияние вида терапевтического вмешательства на вовлеченность подростков с суицидальным поведением в процесс лечения, их приверженность лечению (комплаентность) [29, 36]. В ряде публикаций авторы акцентируют внимание на том факте, что в клинической практике нередки случаи отказа подростков и их родителей от участия в предложенной им терапевтической программе. И даже если полного отказа не происходит, весьма распространены нарушения сеттинга со стороны пациентов по причинам, связанным с низкой заинтересованностью в лечении и/или с недостаточным доверием как к врачам, так и к предлагаемым процедурам [36].

Результаты мета-анализа 12 РКИ, включавших в общей сложности 1 255 подростков с суицидальным и несуйцидальным самоповреждающим поведением, в возрасте от 10 до 18 лет, показали, что во всех рассматриваемых случаях специализированная психотерапия, независимо от ее теоретической ориентации, характеризуется более высокой комплаентностью подростков по сравнению с традиционным лечением. Авторы объясняют данные результаты тем, что в отличие от традиционного лечения, сосредоточенного на постановке диагноза и транслирующего пациенту отношение к нему, как к человеку, который плохо ориентируется в происходящем и нуждается во внешнем контроле, специализированные психотерапевтические интервенции основаны на сотрудничестве с пациентом, на проявлении интереса к его жизненной ситуации, эмоциональным переживаниям, индивидуальному опыту. Кроме того, подавляющее большинство рассмотренных в мета-анализе терапевтических практик (различные варианты КБТ, ДБТ, АБФТ, семейная психотерапия) включали сотрудничество с родителями подростков, а в ряде случаев – привлечение родителей к терапевтическому процессу напрямую (напр., семейная психотерапия) [36]. Из этого можно сделать вывод о том, что участие родителей является неотъемлемым фактором эффективности любых терапевтических вмешательств, осуществляемых в отношении подростков с суицидальным поведением.

В связи с проблемой вовлеченности подростков, переживающих суицидальный кризис, в процесс лечения, ряд авторов актуализирует вопрос о целесообразности использования в качестве вспомогательного терапевтического средства информационно-коммуникационных технологий (ИКТ). S.N.V.Yuan и соавт. [36] отмечают, что игнорирование той роли, которую играют в жизни подростков современные ИКТ, интернет, социальные сети на сегодняшний день, может стать серьезным упущением, недопустимым для любой терапевтической практики.

Несмотря на то, что в настоящее время отсутствуют публикации, информирующие научное сообщество о результатах экспериментальной оценки эффективности применения кибер-технологий в лечении подростков с суицидальным поведением, начинают появляться работы, свидетельствующие о возрастании исследовательского интереса к этой проблемной области. В частности, опубликованы результаты апробации специализированных приложений для смартфонов, созданных с целью повышения эффективности «планов безопасности» подростков, имеющих суицидальную попытку в анамнезе [22, 19]. Авторы приведенных исследований сообщают о том, что реализация «планов безопасности» с помощью мобильных устройств повышает вовлеченность подростков в антисуицидальную терапию и способствует улучшению навыков совладания с суицидальным кризисом.

Подводя итоги проведенного анализа научных источников, отметим, что наименее исследованными областями по рассматриваемой нами проблеме является эффективность фармакотерапии в лечении подростков, переживающих суицидальный кризис, а также действенность помощи, получаемой по телефону доверия несовершеннолетними с суицидальными намерениями либо совершившими суицидальную попытку. По данным вопросам в настоящее время нет опубликованных РКИ, а исследования эффективности указанных видов помощи в лечении взрослых пациентов дали противоречивые результаты [15, 20].

### Заключение

Современные исследования свидетельствуют о том, что обязательным условием эффективности антисуицидальной терапии несовершеннолетних является способность врача проявить эмпатию и увидеть суицидальность глазами юного пациента, воспринимая его как равноправного участника диагностического и терапевтического процесса.

К терапевтическим интервенциям с экспериментально подтвержденной эффективностью в лечении несовершеннолетних, переживающих суицидальный кризис, на сегодняшний день относят адаптированные к возрастным особенностям детей и подростков варианты когнитивно-поведенческой терапии (CBT), диалектической бихевиоральной терапии (DBT), а также терапии, основанной на теории привязан-

ности (ABFT). В США получены многообещающие результаты относительно терапевтического потенциала подростковой версии программы комплексной оценки и управления суицидальностью (CAMS), но экспериментальных данных, позволяющих рассматривать ее в качестве доказательной практики, пока недостаточно. Такие методы, как краткая программа интервенции после попытки суицида (ASSIP) и терапия, основанная на ментализации (MBT), подтвердили свою эффективность в терапии суицидального кризиса у взрослых и в настоящее время апробируются на подростковых выборках.

Независимо от теоретической ориентации, все интервенции, показавшие свою эффективность в терапии несовершеннолетних, переживающих состояние суицидального кризиса, определяют в качестве задачи первостепенной важности разработку индивидуализированного «плана безопасности», то есть системы средств для совладания с суицидальным кризисом. Подчеркивается, что эффективность «плана безопасности» зависит от степени вовлеченности самого подростка в его создание и реализацию. Для решения этой проблемы предлагается использовать ИКТ, в частности, специализированные мобильные приложения.

Одним из ключевых аспектов эффективности антисуицидальной терапии детей и подростков, по сравнению со взрослыми, является активное вовлечение родителей и опекунов в терапевтический процесс посредством организации и проведения адресных консультаций, тренинга родительских навыков, а также семейных терапевтических сессий, направленных на проработку конфликтов в семье и нарушений в детско-родительской коммуникации.

Результаты проведенного обзорно-аналитического исследования могут использоваться для совершенствования протоколов кризисной помощи несовершеннолетним, совершившим попытку суицида. При этом отметим, что адаптация лучших зарубежных доказательных практик к потребностям российского здравоохранения должна осуществляться гибко и избирательно. Альтернативным вариантом может стать разработка оригинальной модели суицидального поведения несовершеннолетних, включающей в себя не только комплекс антикризисных терапевтических интервенций, но и систему мер по диагностике факторов риска и превенции суицида в данной возрастной группе.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г., Калашникова О.Э. Клинико-психологическое исследование самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 8. С. 65–77.
2. Банников Г.С., Вихристюк О.В., Галынкер И. Новый подход в диагностике суицидального поведения: обзор зарубежных источников // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 1. С. 8–24.
3. Банников Г.С., Вихристюк О.В., Федунина Н.Ю. Применение технологии выявления факторов риска развития суицидального поведения среди подростков и молодежи // Психологическая наука и образование. 2018. Т. 23. № 4. С. 91–101.
4. Банников Г.С., Павлова Т.С., Вихристюк О.В. Скрининговая диагностика антивитаальных переживаний и склонности к импульсивному, аутоагрессивному поведению у подростков (предварительные результаты) // Психологическая наука и образование psyedu.ru Электронный журнал. 2014. № 1. [http://psyedu.ru/journal/2014/1/Bannikov\\_Pavlova.phtml](http://psyedu.ru/journal/2014/1/Bannikov_Pavlova.phtml)
5. Воликова С.В., Нифонтова А.В., Холмогорова А.Б. Школьное

- насилие (буллинг) и суицидальное поведение детей и подростков // Вопросы психологии. 2013. № 2. С. 24–31.
6. Герасимова О.Ю., Семченко Л.Н., Никонов А.С. Психологические особенности суицидального поведения в подростковом возрасте // Девиантология. 2019. № 1. С. 30–36.
  7. «Крик о помощи»: почему подростки не хотят жить // Газета. Ru [Электронный ресурс]. URL: <https://www.gazeta.ru/social/2019/04/25/12321139.shtml>
  8. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Банников Г.С. Самоповреждающее поведение подростков: дефиниции, эпидемиология, факторы риска и защитные факторы. Сообщение I // Суицидология. 2019. Т. 10. № 4. С. 16–46.
  9. Польская Н.А. Эмоциональная регуляция у подростков с суицидальными попытками и самоповреждениями // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. Т. 1. С. 191–193.
  10. Россия реализует стратегию ВОЗ по предотвращению самоубийств // Новости ООН UN News] [Электронный ресурс]. URL: <https://news.un.org/ru/story/2020/09/1385502>
  11. Федунина Н.Ю., Вихристюк О.В., Банников Г.С. Практики осознанности в профилактике суицидального поведения подростков (обзор зарубежных исследований) // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2019. № 2. С. 121–144.
  12. Холмогорова А.Б. Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 144–163.
  13. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра // Медицинская психология в России. Электронный научный журнал. 2012. № 2. [http://www.medpsy.ru/mpj/archiv\\_global/2012\\_2\\_13/nomer/nomer11.php](http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer11.php)
  14. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior // J. Child Psychol. Psychiatr. 2006. Vol. 47. P. 372–394.
  15. Cha C.B. et al. Annual research review: Suicide among youth – Epidemiology, (potential) etiology, and treatment // J. Child Psychol. Psychiatr. 2018. Vol. 59. P. 460–482.
  16. Diamond G.S. et al. Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr. 2010. Vol. 49. P. 122–131.
  17. Esposito-Smythers C. et al. Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: A randomized trial // J. Consulting Clin. Psychol. 2011. Vol. 79. P. 728–739.
  18. Henriques G., Beck A.T., Brown G.K. Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters // Am. Behav. Sci. 2003. Vol. 46. P. 1258–1268.
  19. Jeong Y.W., Chang H.J., Kim J.A. Development and Feasibility of a Safety Plan Mobile Application for Adolescent Suicide Attempt Survivors // CIN: Computers, Informatics, Nursing. 2020. Vol. 38. P. 382–392.
  20. Jobes A.D. et al. The potential use of CAMS for suicidal youth: building on epidemiology and clinical interventions // Children’s Health Care. 2019. Vol. 48. P. 444–468.
  21. Lanzillo E.C., Horowitz L.M., Pao M. Suicide in Children // Suicide prevention: A practical guide for the practitioner / T. Falcone, J.T.Mitchell (Eds.). 2018. P. 73–107.
  22. Larsen J.L.S., Frandsen H., Erlangsen A. MYPLAN – A Mobile Phone Application for Supporting People at Risk of Suicide. Crisis // J. Crisis Intervent. Suicide Prevention 2016. Vol. 37. P. 236–240.
  23. McCauley et al. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial // JAMA Psychiatry (Chicago, Ill.). 2018. Vol. 75. P. 777–785.
  24. Mehlum L. et al. Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up // J. Am. Academy Child Adolesc. Psychiatry. 2016. Vol. 55. P. 295–300.
  25. Méndez-Bustos P. et al. Effectiveness of Psychotherapy on Suicidal Risk: A Systematic Review of Observational Studies // Front. Psychol. 2019. Vol. 10. P. 277.
  26. Michel K. People who attempt suicide need a specific therapy // Suicidology 2020. Vol. 11. P. 51–65.
  27. Miller A.L. et al. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents // J. Psychiatr. Practice. 1997. Vol. 3. P. 78–86.
  28. O’Connor S.S. et al. Applying the collaborative assessment and management of suicidality (CAMS) to suicidal adolescents // Int. J. Behav. Consultation Therapy. 2014. Vol. 9. P. 53–58.
  29. Ougrin D. et al. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2015. Vol. 54. P. 97–107.
  30. Rajalin M., Hirvikoski T., Jokinen J. Family history of suicide and exposure to interpersonal violence in childhood predict suicide in male suicide attempters // J. Affect. Dis. 2013. Vol. 148. P. 92–97.
  31. Rathus J.H., Miller A.L. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents // Suicide Life-Threatening Behav. 2002. Vol. 32. P. 146–157.
  32. Rathus J.H., Miller A.L. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents // Suicide and Life-Threatening Behavior. 2002. Vol. 32, N 2. P. 146–157.
  33. Ridge-Anderson A., Keyes G.M., Jobes D.A. Understanding and treating suicidal risk in young children // Practice Innovations. 2016. N 1. P. 3–19.
  34. Rufino K.A., Patriquin M.A. Child and adolescent suicide: contributing risk factors and new evidence-based interventions // Children’s Health Care. 2019. Vol. 48. P. 345–350.
  35. Wenzel A., Brown G.K., Beck A.T. Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications. Washington: American Psychological Association, 2009. 377 p.
  36. Yuan S.N.V., Kwok K.H.R., Ougrin D. Treatment Engagement in Specific Psychological Treatment vs. Treatment as Usual for Adolescents with Self-Harm: Systematic Review and Meta-Analysis // Front. Psychol. 2019. Vol. 10. P. 104.

## ПСИХОТЕРАПИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО КРИЗИСНОГО СОСТОЯНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ: АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ И МЕТОДОВ

Г.С. Банников, О.В. Вихристюк, Л.А. Гаязова

Настоящее исследование посвящено анализу современных подходов к терапии суицидального кризиса у несовершеннолетних и определению основных условий ее эффективности. **Материалы и методы.** Проведен поиск научных источников на электронных ресурсах eLibrary, Pubmed, Medline по ключевым словам «суицид, несовершеннолетние», «суицид, подростки», «суицид, психотерапия». После систематизации отобранных статей список публикаций составил 34 источника, которые далее были проанализированы в соответствии с целями исследования. **Результаты.** Показано, что современные подходы к терапии суицидального кризиса у несовершеннолетних ориентированы на построение терапевтического альянса с юным пациентом и создание условий для переосмысления им поступка суицидальной направленности с последующим выявлением субъективных оснований для продолжения жизни. К терапевтическим интервенциям с экспериментально подтвержденной эффективностью в лечении несовершеннолетних, переживающих суицидальный кризис, на сегодняшний день относят адаптированные к возрастным особенностям детей и подростков варианты когнитивно-поведенческой терапии (CBT), диалектической бихевиоральной терапии (DBT) и терапии, основанной на теории привязанности (ABFT).

Значительным терапевтическим потенциалом также обладают такие интервенции, как программа комплексной оценки и управления суицидальностью (CAMS), краткая программа интервенции после попытки суицида (ASSIP) и терапия, основанная на ментализации (MBT). Данные интервенции подтвердили свою эффективность в качестве методов терапии суицидального кризиса у взрослых и в настоящее время апробируются на подростковых выборках. Независимо от теоретической ориентации, все интервенции, показавшие свою эффективность в антисуицидальной терапии несовершеннолетних, уделяют особое внимание разработке системы средств по совладанию с суицидальным кризисом («плану безопасности») и вовлечению родителей юных пациентов в терапевтический процесс. **Выводы.** Лучшие зарубежные практики могут быть адаптированы к потребностям российского здравоохранения и стать основой для создания модели суицидального поведения несовершеннолетних, включающей в себя как комплекс антикризисных терапевтических интервенций, так и систему мер по диагностике факторов риска и превенции суицида в данной возрастной группе.

**Ключевые слова:** суицид, несовершеннолетние, суицидальный кризис, психотерапия.

## MODERN PSYCHOLOGICAL APPROACHES TO THE THERAPY OF SUICIDAL CRISIS IN CHILDREN AND TEENS

G.N. Bannikov, O.V. Vihristuk, L.A. Gayazova

The present study is devoted to the analysis of modern approaches to the treatment of suicidal crisis in children and teens and to the identification of the conditions that determine the effectiveness of therapeutic interventions. **Materials and methods.** Data sources were identified by searching the eLibrary, Pubmed, Medline databases. The terms used were («suicide, children», «suicide, adolescents», «suicide, teens», «intervention, suicide»). After systematization of the selected papers and reviews, 34 articles were included in the final list of publication. These articles were further analyzed in accordance with the study aim. **Results.** It has been shown that modern approaches to the therapy of suicidal crisis in children and teens are focused on building a therapeutic alliance with a juvenile patient and creating conditions for rethinking his suicide action with the subsequent identification of subjective grounds for continuing life. The therapeutic interventions with experimentally proven efficacy in the treatment of children and teens in the state of suicidal crisis currently include cognitive behavioral therapy (CBT), dialectical behavior therapy (DBT) and attachment-based family

therapy (ABFT). These therapeutic programs were adapted to the age needs of juvenile patients. The following interventions also have significant therapeutic potential: collaborative assessment and management of suicidality (CAMS) and mentalization-based treatment (MBT). They have been shown to be effective as interventions for suicidal crisis in adults and currently are being tested in juvenile samples. Regardless of theoretical orientation, all interventions that have shown their effectiveness in anti-suicidal therapy of children and teens pay special attention to the development of a system of safety strategies for coping with a suicidal crisis (“safety plan”) as well as the engagement of juvenile patients’ parents in the therapeutic process. **Conclusions.** The best foreign practices can be adapted to the needs of Russian healthcare system and become the basis for creating a model of suicidal behavior in children and teens, which includes both a set of anti-crisis therapeutic interventions and effective suicide risk assessment tools.

**Key words:** suicide, children and teens, suicidal crisis, therapeutic interventions.

---

**Банников Геннадий Сергеевич** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник клинической профилактической суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, старший научный сотрудник ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»; email: bannikov68@mail.ru

**Вихристюк Олеся Валентиновна** – кандидат психологических наук, проректор по воспитательной и социально-психологической работе ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»; email: vikhristukov@mgppu.ru

**Гаязова Лариса Альфисовна** – кандидат психологических наук, И.О. руководителя Центра экстренной психологической помощи по науке ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»; email: gayazoval@mgppu.ru