



# 7

## Методы лечения подростков, склонных к самоповреждению

### Ключевые положения

- База данных, полученных в ходе исследований, которая подтверждала бы надежность каких-либо конкретных методов лечения детей и подростков, склонных к самоповреждению и суициду, в настоящее время крайне ограничена.
- Несмотря на ограниченность базы знаний, которой мы располагаем в настоящее время, к числу возможных вариантов лечения относятся индивидуальные психологические интервенции, поведенческие техники, лекарства, предназначенные для решения сопутствующих проблем психического здоровья, а также семейная терапия и групповая психотерапия.
- Ключом к успеху всегда является честное и открытое сотрудничество с подростками и их семьями. Положительные результаты могут принести обмен точками зрения, а также разработка и согласование совместных планов решения проблем. Напротив, одностороннее принятие решений и патерналистские интервенции вряд ли способны привести к успеху.
- Индивидуальная терапия с подростками, склонными к самоповреждению, часто основывается на принципах кризисного вмешательства, характерными особенностями которого являются кратковременность, интенсивность и сфокусированность на текущих трудностях.
- Несмотря на малое количество проведенных исследований, существует достаточно надежная база данных, полученных в ходе исследований групповой терапии; эта база данных указывает на то, что групповая терапия позволяет снизить вероятность повторения самоповреждений.
- Интервенции семейного типа, являясь важной составляющей терапии или лечения, редко бывают эффективны сами по себе. К тому же, интервенции семейного типа нельзя применять как универсальное

средство для всех детей и подростков, особенно если речь идет подростках старших возрастов.

- Стратегии мультимодального лечения, направленные на поддержку подростков, склонных к самоповреждению, фокусируются на выработке социальных навыков, навыков решения проблем и поведения, целью которого является получение помощи.
- Программы лечения в Соединенном королевстве, рассчитанные на подростков, характеризуются большим разнообразием и предусматривают разные формы консультирования, индивидуальной и групповой терапии и стратегии решения проблем, однако в настоящее время мы не располагаем достаточными свидетельствами, которые указывали бы на то, что какая-то из этих программ является самой эффективной.

## Введение

Ключом к успеху всегда является честное и открытое сотрудничество с подростками и их семьями. Положительные результаты могут принести обмен точками зрения, а также разработка и согласование совместных планов решения проблем. Напротив, одностороннее принятие решений и патерналистские интервенции вряд ли способны привести к успеху. Прежде чем приступить к проведению какой-либо терапевтической работы с подростками, склонными к самоповреждению, необходимо выработать доверительные терапевтические отношения, создать атмосферу понимания и принятия. Это является частью процесса вовлечения, обсуждавшегося в предыдущих главах.

## Перспективные методы лечения

Главной целью вмешательства специалиста, оказывающего помощь детям и подросткам, склонным к самоповреждению или суициду, является предотвращение самоубийства, снижение повторяемости самоповреждений и решение проблем, совокупное действие которых приводит к самоповреждающему или суицидальному поведению. Вторичными целями являются улучшение психологического и социального функционирования и повышение качества жизни подростков.

Возможными вариантами лечения являются психологические интервенции, поведенческие техники, лекарства, предназначенные для решения сопутствующих проблем психического здоровья, а также семейная терапия и групповая психотерапия. Психическое состояние подростка, обращающегося за помощью к специалисту, может быть достаточно сложным и связанным с целым комплексом проблем, порождаемых средой, в которой живет этот подросток, а также межличностными и внутриличностными трудностями. Несмотря на наличие многих разных стратегий, применяемых для лечения подростков, мы не располагаем достаточным количеством фактов, которые позволяли бы сделать вывод об эффективности или неэффективности таких стратегий.

Хорошо задокументированы случаи несогласия на лечение: Крейтман [Kreitman, 1979] сообщает о согласии на лечение менее чем половины подростков, совершивших намеренное самоповреждение. Для такого несогласия на лечение может быть множество причин, однако нам мало известно о влиянии тех или иных стратегий на согласие подростков и детей, совершивших самоповреждения, пройти курс лечения.

## Индивидуальные терапии

Индивидуальные терапии обычно фокусируются на психологических факторах, сочетание которых обуславливает и поддерживает самоповреждающее или суицидальное поведение. Такими психологическими факторами могут быть тревожность или депрессия, импульсивность или затруднения с решением проблем. Главная цель большинства индивидуальных психологических терапий заключается в том, чтобы люди научились адаптировать свои точки зрения, а также вырабатывать альтернативные копинговые стратегии и способы выражения своих чувств [Social Care Institute for Excellence, 2005].

Существует много разных форм индивидуальной терапии. Решение о том, какой именно подход следует использовать, зависит от состояния развития ребенка, базы данных, наработанной в ходе исследования результатов практического применения того или иного подхода, и конкретных пожеланий ребенка, его семьи или опекунов. Экспрессивные терапии, такие как игровая или музыкальная терапия, могут подходить для детей младшего возраста, тогда как подросткам старшего возраста могут больше подходить разговорные терапии, такие как КПТ или семейная терапия.

Дети с низким IQ или с заметными трудностями рецептивной речи и нарушениями социального поведения вряд ли получают пользу от разговорной терапии. Креативные терапии зачастую имеют психодинамическую основу и могут использоваться как в индивидуальном, так и в групповом вариантах. Большую пользу некоторым детям может приносить использование экспрессивных или креативных средств, таких как живопись, музыка или танцевальная терапия [Nation, 2003].

Индивидуальная терапия с подростками, склонным к самоповреждению, зачастую основывается, по крайней мере вначале, на принципах кризисной интервенции. Кризисная терапия или терапия решения проблем, чаще всего бывает кратковременной, интенсивной и сфокусированной на текущих трудностях. Ряд фактов указывают на то, что терапия решения проблем обеспечивает снижение повторяемости самоповреждений в послелечебные периоды, хотя масштабы такого эффекта невелики [Department of Health, 2003b].

Индивидуальная терапия существенно различается в зависимости от типа поддержки, которая требуется конкретному подростку. Большинство специалистов, как правило, придерживается собственной модели понимания дистресса и приверженности какому-то определенному виду реагирования. Такие интервенции могут быть разными, начиная с консультирования и заканчивая более структурированными стратегиями когнитивно-поведенческого типа. Консультанты обычно не дают советы и не рассказывают подростку, как ему следует решать свои проблемы. Когнитивно-поведенческие терапевты придерживаются более директивного и предписывающего стиля, давая подростку советы относительно решения его проблем.

## **Когнитивные терапии**

Когнитивные интервенции призваны изменить негативные представления подростка путем выявления взаимосвязи между мыслями, чувствами и поведением подростка. Вначале терапевт помогает подростку уяснить разные аспекты его базовых представлений, убеждений и негативных мыслей, а затем и изменить их [Woolley, 2006]. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) — это обособленное, ограниченное по времени, структурированное психологическое лечение. КПТ основывается на понимании когниций как главного детерминанта поведения и настроения человека [Fonagy, 2003].

Интервенции направлены на таргетирование и изменение ошибочных когний с целью изменения эмоций и поведения. Устранение представлений и убеждений, подвергшихся негативному искажению, улучшает функционирование копинговых механизмов. КПТ-интервенции и стратегии решения проблем используются все чаще по отношению к подросткам, склонным к самоповреждению, и их применение по отношению к подросткам оказалось достаточно эффективным [Wood et al., 1996; Harrington et al., 1998a; Rohde, 2005]. Однако объектами большинства исследований, призванных оценить результаты и эффективность КПТ, были подростки старшего возраста и взрослые, тогда как исследований, которые оценивали результаты и эффективность КПТ по отношению к подросткам младшего возраста и детям, было проведено гораздо меньше.

Некоторые факты позволяют предположить, что когнитивно-поведенческие терапии достаточно эффективны с точки зрения противодействия суицидальному поведению [Salkovskis et al., 1990]. Колко и Брент [Kolko and Brent, 1988] продемонстрировали, что у 80% подростков, принимавших участие в программе лечения путем сочетания когнитивной и межличностной терапии, наблюдалась ремиссия суицидального поведения. Исследование, проведенное Либерманом и Экманом [Lieberman and Eckman, 1981], о котором мы упоминали выше, сравнивало метод поведенческой терапии с инсайт-ориентированной терапией в отношении взрослых. Результаты сравнения оказались относительно позитивными для обеих групп. Однако ни одно из исследований не включало дополнительные средства лечения (например, антидепрессанты), которые могли бы применяться к участникам этих исследований.

### **Мануально-ассистируемая когнитивная терапия**

Мануально-ассистируемая когнитивная терапия (Manual Assisted Cognitive Therapy — МАСТ) была разработана Эвансом и коллегами как кратковременная, когнитивно-ориентированная и проблемно-сфокусированная терапия, состоящая из пяти сессий, которые должны быть проведены в течение трех месяцев после эпизода самоповреждения; как вариант, возможно проведение еще двух бустерных сессий в течение шести месяцев [Evans et al., 1999]. Факты свидетельствуют о том, что МАСТ в какой-то мере способствует снижению склонности к совершению актов самоповреждения и суицида у взрослых [Fagin, 2006; Weinberg et al., 2006]. Однако

исследования эффективности МАСТ в отношении подростков младше 18 лет не проводились.

### ***Терапия решения проблем***

Терапия решения проблем — это краткосрочный курс психологического лечения депрессии, который базируется на принципах КПТ [Huband et al., 2007]. Однако количество проведенных исследований в отношении детей и подростков весьма невелико, поскольку большинство исследований проводились со взрослыми. Техники решения проблем побуждают подростка заново вырабатывать у себя ощущение автономности. Терапия решения проблем как краткосрочная психологическая интервенция широко используется в качестве одной из форм кризисной интервенции после совершения подростком самоповреждения или покушения на самоубийство [Hawton and Kirk, 1989].

Посредством процесса, осуществляемого совместно с клиентом, терапевт формирует отношения взаимной поддержки, посредством которых терапевт вместе с клиентом продумывают шаги, необходимые для того, чтобы приступить к решению проблем. При проведении когнитивной терапии терапевт может помогать клиенту распознавать и переосмысливать негативные когниции, которые препятствуют конструктивным действиям клиента.

Подобно многим подходам индивидуальной терапии, психотерапевтические интервенции призваны исследовать чувства, мысли и опыт. Корни текущих проблем рассматриваются как следствие каких-то прошлых событий. Психотерапия часто предусматривает более интенсивные, регулярные встречи и очень часто растягивается на более продолжительный период. Чтобы побудить подростка использовать разные средства коммуникации, могут применяться ролевые игры, игровая терапия и другие креативные терапии.

### ***Диалектическая поведенческая терапия***

Диалектическая поведенческая терапия (ДПТ) является единственным методом лечения, доказавшим свою эффективность в деле снижения склонности к самоповреждению среди людей, страдающих пограничным расстройством личности. Ранее в этой книге мы упоминали о том, что пограничное расстройство личности и склонность к самоповреждению во все необязательно сопутствуют друг другу, однако для некоторых людей,

страдающих пограничным расстройством личности, самоповреждение является копинговой стратегией. Разные рандомизированные контролируемые испытания (РКИ) показали, что те, кто прошел курс ДПТ, менее склонны к суицидальному мышлению и самоповреждению, а также реже оказываются в больнице после самоповреждения [Koerner and Dimeff, 2000; Dimeff et al., 2002].

В рекомендациях NICE относительно самоповреждения говорится, что люди, склонные к самоповреждению и страдающие пограничным расстройством личности, могут получить несомненную пользу от применения ДПТ [NICE, 2004a]. ДПТ также упоминается как эффективный способ лечения в рекомендациях NICE относительно лечения лиц, страдающих пограничным расстройством личности [National Collaborating Centre for Mental Health, 2009].

### **Что представляет собой ДПТ**

ДПТ — это когнитивно-поведенческая психотерапия, базирующаяся на биосоциальной теории, авторами которой являются Марша Линехан и ее коллеги из Клиники поведенческих исследований и терапии (Behavioural Research and Therapy Clinics) в США. ДПТ была впервые использована для лечения хронически парасуицидальных паттернов поведения у взрослых женщин. Хотя ДПТ изначально была задумана как амбулаторный способ лечения, она зарекомендовала себя как эффективный способ лечения и в других контекстах, в том числе в стационарных лечебных учреждениях и в практике судебной медицины [Barley et al., 1993; Linehan et al., 1999; Bohus et al., 2001].

ДПТ чаще всего используется, чтобы помочь людям, страдающим пограничным расстройством личности, совладать со своей тягой к самоповреждению. Это достигается выработкой самоосознания, снижением импульсивности, а также путем эмоционального регулирования и позитивных копинговых стратегий. ДПТ включает программу индивидуальной и групповой терапии, обучение социальным навыкам и доступ к кризисному управлению по телефону. ДПТ адаптирована для использования подростками, особенно теми, кто прибегает к повторному самоповреждению [Miller et al., 2007].

Линехан описывает особенности пограничного расстройства личности с точки зрения “дисрегуляции”. Это означает, что люди нередко испытывают проблемы с чувством собственного Я и зачастую описывают свое



состояние, ссылаясь на чувства опустошенности, нереальности и “отрезанности”. Терапевты, работающие в Клинике поведенческих исследований и терапии, описывают дисрегуляцию в когнитивных, аффективных, поведенческих и межличностных терминах (табл. 7.1). Люди, страдающие пограничным расстройством личности, эмоционально уязвимы. Им могут быть присущи нереалистичные цели и ожидания, а вследствие своей неспособности достичь таких целей у них может возникать озлобление или чувство собственной никчемности.

Из-за чрезмерных эмоциональных реакций люди, страдающие пограничным расстройством личности, нередко ведут беспорядочный образ жизни. Пытаясь совладать с нестерпимыми чувствами стресса, они могут совершать необдуманные, импульсивные поступки (например, покушение на самоубийство, самоповреждение). ДПТ помогает людям, страдающим пограничным расстройством личности, отказаться от деструктивных, самоповреждающих или угрожающих их жизни поступков и улучшить качество их жизни в целом.

ДПТ основывается на биосоциальной теории, согласно которой пограничное расстройство личности возникает в результате воспитания эмоционально уязвимой личности в “уничижительном окружении” [Linehan, 1993a]. Линехан определяет эмоционально уязвимую личность как личность, автономная нервная система которой чрезмерно реагирует на стресс и слишком медленно возвращается к своему нормальному состоянию. Уничижительное окружение — это среда, в которой эмоциональные реакции ребенка игнорируются значительными другими (например, родителями).

Как следует из ее названия, ДПТ делает акцент на диалектике, а также исходит из того, что абсолютная истина невозможна. Подросткам внушают мысль о сложности окружающей их действительности, пытаются убедить их в том, что противоположные точки зрения и взгляды неизбежны, однако можно (и нужно) пытаться совместить их. При проведении ДПТ отношения сотрудничества между клиентом и терапевтом считаются важным условием успеха лечения. Самым фундаментальным из всех диалектических принципов является принятие подростка таким, каков он есть. Контекстом такого принятия является оказание помощи подростку в его стремлении добиться позитивных перемен, жить в ладу с этими переменами и выработать недеструктивные копинговые стратегии.

**Таблица 7.1.** Критерии *DSM-IV*, позволяющие диагностировать пограничное расстройство личности

Аффективная дисрегуляция	Нестабильное настроение, которое может быть эпизодическим, интенсивным и связанным с тревожностью или раздражительностью. Обычно это длится два-три часа, а в редких случаях — более нескольких дней. Гнев, который может быть интенсивным, неуместным или плохо контролируемым. Это может проявляться в виде вспышек раздражительности, озлобления или рукоприкладства
Поведенческая дисрегуляция	Потенциально самодеструктивная импульсивность по меньшей мере в двух областях функционирования. Это может включать сексуальное поведение, употребление наркотиков или переедание. Не включено суицидальное или самоповреждающее поведение. Включены периодически повторяющиеся суицидальные жесты или угрозы самоповреждающего поведения
Межличностная дисрегуляция	Попытки избежать отвержения, которое может быть реальным или воображаемым. Нестабильные и интенсивные межличностные отношения, характеризующиеся крайностями обесценивания и идеализации
Самодисрегуляция	Нарушение самоидентичности и представлений о самом себе, а также хроническое чувство опустошенности
Когнитивная дисрегуляция	Кратковременные параноидальные идеи, связанные со стрессом, или чрезмерные диссоциативные симптомы

Диалектические стратегии, используемые в ДПТ, дают возможность подростку и терапевту сбалансировать изменения и принятие, а также снизить вероятность того, что подросток “зациклится” на каких-то мыслях и поступках. Терапевты пользуются помощью супервизоров, которые входят в состав консультационных групп терапевтов. Такой подход позволяет повысить терапевтические возможности и предотвратить “выгорание”.

### **Четыре стадии ДПТ**

Подростки, у которых наблюдается развитие пограничного расстройства личности, нередко испытывают множественные межличностные проблемы; к тому же, им бывает трудно совладать со стрессовыми и конфликтными ситуациями. Решить, с чего начать, зачастую бывает трудно

как для самого подростка, так и для терапевта. Поэтому выработка единого мнения относительно того, на чем и когда следует сосредоточиться, является одной из первых задач в ДПТ. Это решается посредством иерархии лечения, состоящей из четырех стадий (табл. 7.2). Долечebная стадия фокусируется на оценивании, принятии обязательства и ориентации. Задача заключается в том, чтобы оценить мотивацию к изменениям и поставить достижимые цели.

**Таблица 7.2.** Иерархия ДПТ-лечения, состоящая из четырех стадий

Стадия терапии	Задачи, решаемые на этой стадии
Долечebная	Оценивание, принятие обязательства и ориентация
1	Суицидальное поведение; поведение, которое создает помехи терапии; и поведение, которое ухудшает качество жизни
2	Посттравматический стресс
3	Чувство собственного достоинства и индивидуальные цели лечения

Стадия 1 фокусируется на суицидальном поведении, поведении, которое создает помехи терапии, и поведении, которое ухудшает качество жизни. Стадия 2 решает проблему посттравматического стресса. Стадия 3 фокусируется на чувстве собственного достоинства и индивидуальных целях лечения. Прежде чем перейти к следующей стадии, обеспечивается контроль над таргетированными паттернами поведения, работа с которыми проводится на текущей стадии. Это достигается с помощью ряда терапевтических стратегий, которые включают проверку и решение проблем.

## ***Индивидуальная терапия***

Успех ДПТ во многом зависит от отношений между подростком и терапевтом. ДПТ — это терапия, основанная на сотрудничестве; она требует высокой мотивированности как подростка, так и терапевта. Сессии терапии проводятся еженедельно, причем эти сессии структурируются исходя из записей в карточке-дневнике подростка, который используется для мониторинга таргетированных паттернов поведения, интенсивности эмоций, испытываемых подростком, и новых навыков, усвоенных им (табл. 7.3).

**Таблица 7.3.** Пример карточки-дневника для подростка

<b>КАРТОЧКА-ДНЕВНИК</b>	
Фамилия: .....	
Начало недели: .....	
День недели	
	Пон Вт Ср Чт Пт Сб Вс
<i>*Сильные желания</i>	
Самоповреждение	0–5
Самоубийство	0–5
Другое	0–5
<i>Эмоции</i>	
Моральное страдание	0–5
Печаль	0–5
Стыд	0–5
Гнев	0–5
Страх	0–5
Другое	0–5
<i>Поступки</i>	
Самоповреждение	0–5
Другое	0–5
<i>*Навыки</i>	
<i>*Сильные желания</i>	
0	нет сильных желаний
5	очень сильные желания
<i>*Использование навыков</i>	
0	не думал об использовании
1	думал об использовании, не использовал, не хотел использовать их
2	думал об использовании, не использовал, хотел использовать их
3	испытывал, но не мог использовать их
4	испытывал, смог использовать их, но не помогло
5	испытывал, смог использовать их, помогло
6	не испытывал, использовал их, не помогло
7	не испытывал, использовал их, помогло

Если подросток совершает самоповреждения в период между следующими друг за другом сессиями, то он должен выполнить так называемый “анализ цепочки событий”, т.е. подробный анализ событий, цепь которых привела к самоповреждению. Такой анализ помогает выявить вероятные дополнительные (и непредвиденные) обстоятельства, которые вызвали дезадаптивные поступки, последовавшие за этим. В период между сессиями подросткам обеспечивается поддержка по телефону со стороны их индивидуального терапевта. Цель заключается в том, чтобы поддержать подростка в применении им адаптивных навыков, усвоенных во время сессий индивидуальной терапии.

### **Группа отработки навыков**

Подростки, проходящие курс ДПТ, также проходят программу обучения навыкам, состоящую из четырех модулей. Эти модули используются для того, чтобы помочь подростку регулировать свои эмоции и поступки (табл. 7.4). Хотя модуль “майндфулнесс” всегда выполняется первым, последующие модули (“эффективность межличностных отношений”, “регулирование эмоций” и “устойчивость к дистрессу”) могут выполняться в любой последовательности. Последний модуль, который называется “Движение срединным путем” (Walking the Middle Path), предназначен специально для подростков.

**Таблица 7.4.** Группа обучения навыкам ДПТ

Модуль 1	Майндфулнесс
Модуль 2	Эффективность межличностных отношений
Модуль 3	Регулирование эмоций
Модуль 4	Устойчивость к дистрессу
Модуль 5	Движение срединным путем (подростки)

Концепция “майндфулнесс” является центральным пунктом ДПТ. Майндфулнесс — это ваша способность контролировать собственное сознание, не позволяя своему сознанию контролировать вас [Linehan, 1993b]. Подростки учатся различать то, что Марша Линехан называет рациональным сознанием, эмоциональным сознанием и мудрым сознанием. Рациональное сознание изображается как логичное, разумное и сфокусированное (здоровое, “холодное” мышление). Напротив, эмоциональное

сознание обуславливается текущими чувствами. “Горячие” мысли вызывают эмоции, человек утрачивает способность к логическому мышлению, а реальность предстает перед ним в искаженном виде. Мудрое сознание объединяет в себе рациональное и эмоциональное сознание, добавляя к ним интуитивное знание, что дает возможность мудрому сознанию отличать истинное от ложного. Выработывая у себя навыки майндфулнесс, подростки учатся сосредоточиваться на текущем моменте, вместо того чтобы думать о прошлых или будущих событиях.

Второй модуль фокусируется на повышении эффективности межличностных отношений. Это дает возможность подросткам быстро разрешать конфликтные ситуации и вырабатывать у себя чувство собственного достоинства. Они учатся уважительно и убедительно доносить до других свои желания и потребности. Они также учатся говорить “нет” в ответ на неразумные и необоснованные требования.

В третьем модуле подростки вырабатывают у себя умение регулировать свои эмоциональные реакции. Это предполагает способность распознавать, правильно обозначать и управлять сильными эмоциями, такими как досада и гнев. К подросткам постепенно приходит понимание, что полный эмоциональный контроль недостижим в принципе и что проявление эмоций — это нормальная составляющая нашей жизни.

Четвертый модуль обучения навыкам фокусируется на устойчивости к дистрессу. Зачастую наблюдается связь между неспособностью устоять перед сильными эмоциями и импульсивным поведением, которое может быть направлено на снижение непереносимого дистресса. Во время прохождения этого модуля подростки вырабатывают у себя навыки совладания с тревожностью или чувством огорчения, не прибегая при этом к импульсивным решениям, например самоповреждению.

## ***Движение срединным путем***

ДПТ адаптирована к особенностям подросткового возраста (DBT-A). Цель такой адаптации заключается в оказании помощи подросткам и их семьям, переживающим трудности этого переходного возраста от детства ко взрослой жизни и пытающимся совладать со стрессами и напряженностями межличностных отношений в семье. Пятый модуль навыков был разработан с целью обучения подростков и их родителей концепциям диалектики, валидации и подкрепления.

## **Обучение навыкам поведения в семье**

Понимая, что подростки, совершающие самоповреждения, зачастую проживают вместе со своими родителями или опекунами, Алекс Миллер и коллеги разработали программу группового обучения навыкам поведения в семье для подростков, а также их родителей или опекунов [Miller et al., 2007]. Эта программа обучения навыкам поведения в семье, рассчитанная на 24 недели, предполагает выполнение еженедельных домашних заданий и перенос полученных навыков на реальные жизненные ситуации.

## **Мультисистемная терапия**

Мультисистемная терапия (МСТ) представляет собой научно-обоснованный метод лечения, разработанный в США. МСТ — это интенсивное лечение семейного типа в домашних условиях, сочетающее в себе семейную и когнитивную поведенческие стратегии с привлечением ряда других служб поддержки семьи. Типичная МСТ-интервенция длится от четырех до шести месяцев, причем клиентам предоставляется возможность обращаться к терапевту за помощью в любое время суток, семь дней в неделю. Количество подростков, параллельно обслуживаемых каждым из МСТ-терапевтов за определенный период времени, составляет от трех до пяти человек. Предполагается, что терапевт организует свой рабочий график таким образом, чтобы его пациенты могли обратиться к нему за помощью в удобное для них время.

Практика применения МСТ показала, что такая терапия позволяет снизить число покушений на самоубийство среди детей и подростков. Подростки, обратившиеся за помощью в момент психиатрического кризиса, были случайным образом распределены на две группы. К одной из групп применялась МСТ, а члены другой группы были госпитализированы [Ниеу et al., 2004]. Индексы покушений на самоубийство, суицидального мышления, депрессивного аффекта и родительского контроля оценивались до лечения, через четыре месяца после начала лечения и через год после завершения лечения. Оказалось, что МСТ проявила себя как более эффективный метод лечения, чем госпитализация, с точки зрения сокращения числа покушений на самоубийство, а ослабление симптомов со временем оказалось более заметным у подростков, которые прошли курс МСТ. Но поскольку исследуемая группа включала психотических и агрессивных подростков, а также подростков, склонных к суициду или

самоповреждению, данная популяция не вполне соответствовала исследуемому исходу лечения [Social Care Institute for Excellence, 2005].

## **Семейная терапия**

Поскольку дети воспитываются в семьях (или альтернативных семьях), решения многих проблем можно найти в семейном контексте. Семейная терапия основывается на принципах системного или контекстуального подхода [Woolley, 2006]. Хотя двумя самыми распространенными видами терапии являются стратегическая семейная терапия и структурная семейная терапия, используются и другие техники, например нарративная терапия, психообразовательная терапия, поведенческая терапия, а также миланская семейная терапия. В стратегической семейной терапии используются такие техники, как оспаривание жестких или отсутствующих границ, нарушение семейного равновесия в результате временного объединения с одним членом семьи против остальных членов семьи, а также постановка “домашних заданий”, призванных восстановить иерархические структуры [Asen, 2002].

Рандомизированные контролируемые испытания показали, что семейная терапия в отношении подростков, склонных к самоповреждению, не менее эффективна, чем другие интервенции [Senior, 2003]. Однако поскольку семейная дисфункция и плохие отношения являются предикторами затяжных проблем, было бы логично предположить полезность семейной интервенции наряду с применением других методов лечения. Ряд фактов указывают на наличие связи между семейной дисфункцией и плохими отношениями между членами семьи, с одной стороны, и склонностью к самоповреждению подростков, воспитывающихся в такой семье, с другой стороны [Kerfoot et al., 1995; Kerfoot et al., 1996; Harrington 2001; Chitsabesan et al., 2003].

Во многих книгах и статьях, посвященных лечению подростков, склонных к суициду, также указывается, что семейная терапия (или вовлеченность семьи) является важной составляющей лечения. Во многих книгах и статьях часто упоминается о семейной дисфункции и о недостаточном понимании членами семьи суицидального поведения. Некоторые авторы настаивают на необходимости “дидактической интервенции”, т.е. на применении психообразовательного подхода, который помогает родителям понять дилемму, которую зачастую приходится решать подросткам.



Харрингтон и коллеги [Harrington et al., 1998b] использовали кратковременную семейную интервенцию, сфокусированную на преодолении таких трудностей, как неудовлетворительные коммуникации, а также трудностей с решением проблем. Семейные терапевты могут работать с семьей в целом или с частью семьи, например с матерью и дочерью. Однако во многих случаях, когда семья не согласна с лечением или недостаточно мотивирована к участию в лечении, проведение семейной терапии существенно усложняется. Колко и Brent [Kolko and Brent, 1988] указывают на важность сочетания индивидуальных психотерапий и семейных системных подходов при лечении подростков, склонных к суициду.

В настоящее время одна из команд в г. Лидс планирует проведение SHIFT-испытания (Self-Harm Intervention Family Therapy — интервенция по методу семейной терапии в случае самоповреждений). Это крупномасштабное испытание 12-недельной программы мануализированной семейной терапии, в котором задействовано несколько центров. Цель такого испытания заключается в предотвращении повторений самоповреждения (более подробное обсуждение приведено в главе 10). Несмотря на наличие большого числа фактов, указывающих на наличие связи между семейной дисфункцией и самоповреждениями, семейная терапия лишь в редких случаях оказывается эффективной как единственный метод лечения. К тому же, семейную терапию не рекомендуется применять ко всем без исключения подросткам, склонным к суициду, особенно когда речь идет о подростках более старшего возраста.

### ***Кратковременная терапия, сфокусированная на решениях***

Кратковременная терапия, сфокусированная на решениях (Brief Solution Focused Therapy — BSFT), имеет своей целью выработку решений, а не решение проблем [Iverson, 2002]. Небольшое число исследований продемонстрировали позитивные результаты применительно к детям и подросткам [Zimmerman et al., 1996; Lethem, 1994; Rhodes and Ajmal, 2004]. Цель BSFT заключается в том, чтобы добиваться перемен и вырабатывать у подростков понимание, почему произошли эти перемены. Иверсон [Iverson, 2002] полагает, что с помощью шкалы от 1 до 10 можно отслеживать достигнутые улучшения и находить объяснения причин, которые привели к таким улучшениям. Сравнение разных рейтингов, полученных на основе ответов

подростков и их родителей (или опекунов), может быть полезно для понимания семейных отношений, уяснения восприятия членами семьи трудностей, с которыми они сталкиваются, а также для понимания копинговых стилей в данной семье.

## **Групповое лечение**

Групповая терапия основывается на предположении, что трудности, с которыми сталкиваются дети, возникают в некой сети отношений и в конкретном социальном контексте. Отношения рассматриваются как часть некоего динамичного и изменяющегося процесса. Дети и подростки имеют возможность обсуждать проблемы, солидаризироваться с другими и излагать свои стратегии разрешения конфликтных ситуаций и избавления от дистресса [Woolley, 2006].

Групповая терапия используется для лечения достаточно широкого круга проблем, испытываемых подростками [Scheidinger and Aronson, 1991]. Однако она редко использовалась в отношении подростков, склонных к самоповреждению. Практика использования программы групповой терапии для подростков, склонных к повторному самоповреждению, показала, что групповая терапия более эффективна (по сравнению с традиционными методами лечения), когда применяется для снижения числа случаев повторного самоповреждения [Wood et al., 2001]. Большинство методов лечения, применявшихся до настоящего времени, фокусировались на индивидуальной терапии. В какой-то мере это может объясняться нежеланием составлять группы из людей, склонных к суициду, из опасения социального заражения или подражания самоповреждению, совершаемому другими. Кроме того, существовала и такая проблема, как отсутствие соответствующей подготовки у терапевтов, которые могли бы проводить групповую терапию.

Хотя психотерапевты иногда рекомендуют не включать в состав групп людей, склонных к суициду, мы не располагаем фактами, которые указывали бы на то, что групповая терапия может приносить вред. Подросткам, как правило, нравится быть в компании подобных себе, и практика показывает, что подростки, склонные к самоповреждению, идентифицируют себя друг с другом и нередко объединяются в тайные, завуалированные группы. В результате развития и широкого распространения социальных сетей и прочих интернет-ресурсов появляется все больше виртуальных

групп подростков, склонных к самоповреждению. Однако их влияние на рост числа самоповреждений до сих пор остается неизвестным [WHO, 2000a; Whitlock et al., 2006].

Информация, получаемая нами от подростков, указывает на то, что большинству из них групповое лечение кажется более привлекательным: подростки описывают много позитивных моментов, в частности у них ослабляется чувство собственной изолированности и усиливается ощущение своей принадлежности к обществу. Подобно многим другим терапиям, групповая терапия может использоваться в сочетании с другими методами лечения. В рекомендациях NICE относительно лиц, склонных к самоповреждению [NICE, 2004a], указывается, что подросткам может предлагаться эволюционная групповая психотерапия. Аналогично, обнадеживающие результаты показало применение групповой диалектической поведенческой терапии к подросткам, склонным к суициду, в США [Miller et al., 2007]. Оба эти метода лечения предполагают использование групповой программы в дополнение к применению других подходов.

## Психофармакологические интервенции

При лечении склонности к самоповреждениям могут применяться психотропные препараты, особенно при наличии симптомов, свидетельствующих о коморбидности, таких как тревожные состояния и психоз, а также при наличии депрессивной симптоматики. Однако лечение детей и подростков с помощью психоактивных лекарственных препаратов является весьма спорным вопросом. Применение лекарственных препаратов в отношении подростков, склонных к суициду, — весьма рискованное дело, если принять во внимание высокий уровень токсичности и фатальные последствия применения некоторых лекарственных препаратов в случае их передозировки. Реттерсол [Rettorsol, 1993] сообщает о росте числа передозировок антидепрессантов как одного из методов совершения самоубийства. Рейнольдс и Мацца [Reynolds and Mazza, 1993], с другой стороны, продемонстрировали эффективность применения антидепрессантов для снижения склонности к суициду у взрослых людей.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), такие как флуоксетин, часто применяются для лечения подростков, поскольку у таких СИОЗС наблюдается меньше побочных эффектов, а их передозировки менее опасны для жизни подростка. Однако систематический

обзор, выполненный Уиттингтоном [Whittington et al., 2004], показал, что, за исключением флуоксетина, СИОЗС влекут за собой более высокую степень риска, чем пользу для детей и подростков. В рекомендациях NICE относительно депрессии у детей и подростков указывается, что состояние лиц, которым предписан прием какого-либо антидепрессанта, должно строго отслеживаться на предмет проявлений у них суицидального поведения, враждебности или стремления к самоповреждению [National Collaborating Centre for Mental Health, 2005].

Несмотря на наличие некоторых фактов в поддержку использования флупентиксола, которые приведены в систематическом обзоре интервенций в случае повторных самоповреждений у взрослых [Hawton et al., 1998b], в настоящее время отсутствуют какие-либо данные в поддержку использования флупентиксола для лечения подростков. Поскольку целесообразность внутримышечных инъекций подросткам антипсихотических препаратов с замедленным выделением в кровь представляется еще более спорной, чем использование пероральных антидепрессантов, применение таких препаратов редко рассматривается как передовой метод лечения склонности к самоповреждению у подростков, если, конечно же, самоповреждение не сопутствует психозу [Pryjmachuk and Trainor, в печати].

Рандомизированное контролируемое испытание, недавно проведенное в Манчестере и Кембридже [Goodyer et al., 2007], не выявило каких-либо преимуществ КПТ в сочетании с СИОЗС-антидепрессантами по сравнению с использованием самих по себе СИОЗС. Это исследование вызвало очередной всплеск дискуссий среди клиницистов и ученых, причем на сей раз в фокусе дискуссий оказалось сочетание медикаментозных (антидепрессанты) и психологических методов лечения детей и подростков [Cotgrove, 2007; Timimi, 2007].

## **Дополняющие терапии**

В настоящее время мы не располагаем фактами, которые подтверждали бы положительное влияние дополняющих терапий на самоповреждающее и суицидальное поведение. Нередко приходится слышать о том, что массаж, медитация, ароматерапия и гомеопатия облегчают стресс, а креативные терапии, такие как занятия живописью, музыкой или танцами, помогают человеку самовыразиться, изложить свои мысли и чувства и канализировать дистресс [SANE, 2007].

## Выводы

Оценивание и лечение склонности к самоповреждению и суициду у подростков является малоизученной областью как в Соединенном королевстве, так и в США. Был предпринят ряд исследований с целью изучения эпидемиологических факторов и показателей риска, однако в нашем распоряжении пока еще очень мало надежных фактов относительно эффективности тех или иных методов лечения.

В этой главе мы осветили несколько методов индивидуального лечения, вселяющих некоторые надежды. Хотя за последние десять лет мы стали свидетелями значительного увеличения интервенций, в настоящее время как в Соединенном королевстве, так и в США отсутствует какой-либо стандартный метод лечения, который обладал бы заметными преимуществами по сравнению с остальными методами. Однако совершенно понятна необходимость проведения высококачественных лонгитюдных исследований с подростками, склонными к самоповреждению и суициду. Предпринимая интервенции, эффективность которых не подтверждается результатами научных исследований и которые не приводят к улучшению состояния детей и подростков, мы понапрасну расходует время и деньги.