

СТРАТЕГИИ И МЕТОДЫ ОКАЗАНИЯ КРИЗИСНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
ПОДРОСТКАМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ  
И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

К.А. КОШКИН, Г.С. БАННИКОВ, Т.С. ПАВЛОВА

НИЛ «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической помощи» ЦЭПП МГППУ,  
ул. Сретенка, д.29, г. Москва, Россия, 127051, e-mail: [dr.koshkin@gmail.com](mailto:dr.koshkin@gmail.com)

**Аннотация:** Оказание эффективной помощи несовершеннолетним в кризисных ситуациях является комплексной задачей для специалистов разных специальностей. С целью установления закономерностей оказания кризисной психологической помощи подросткам с антивитальными переживаниями и аутоагрессивным поведением в зависимости от этапа развития кризисного состояния обследовано 60 подростков, обратившихся за помощью к психотерапевту в медицинские и психологические службы г. Москвы. Из них 24 юноши и 36 девушек. Средний возраст составил  $15,7 \pm 6$  лет. Анализ полученных данных позволил выделить три группы подростков, различающихся по личностным характеристикам, особенностям реагирования в травматической ситуации и структуре проявлений суицидальных маркеров, антивитальных и аутоагрессивных тенденций: сензитивно-шизоидная/нарциссическая (25%), эмоционально неустойчивая/пограничная (45%), депрессивная/обсессивно-компульсивная (30%). Рассмотрены три этапа развития кризисного состояния: острый, подострый и хронический. В зависимости от актуального этапа прохождения кризисного состояния описаны стратегии психологического вмешательства. Предложенная структура оказания психотерапевтической помощи несовершеннолетним в кризисных ситуациях позволяет не систематизировать структурно-динамические особенности различных этапов оказания психотерапевтической помощи, но и увеличивает вероятность благоприятного прогноза за счет единого направления усилий разных специалистов.

**Ключевые слова:** этапы прохождения кризисной ситуации, антивитальные переживания, аутоагрессивное поведение подростков, суицидальные маркеры, стратегии и методы оказания кризисной психологической помощи.

STRATEGIES AND TECHNIQUES OF PROVIDING CRISIS PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO  
ADOLESCENTS DEPENDING ON PSYCHOLOGICAL STATE AND PERSONALITY  
CHARACTERISTICS

K.A. KOSHKIN, G.S. BANNIKOV, T.S. PAVLOVA

Center for urgent psychological assistance MSUPE Moscow Psychiatry Research Institute, Russian Federation  
Sretenka Str., 29, Moscow, Russia, 127051, e-mail: [dr.koshkin@gmail.com](mailto:dr.koshkin@gmail.com)

**Abstract.** The provision of effective assistance to minors in crisis situations is a complex task for specialists of different specialties. To define the patterns of providing crisis psychological assistance to adolescents with anti-vital experiences and self-injurious behavior depending on the stage of development of crisis states, 60 adolescents (24 boys and 36 girls, the average age was  $15.7 \pm 6$  years) were examined by a therapist in medical and psychological services in Moscow. Analysis of the obtained data allowed to identify three groups of adolescents differing in personal characteristics, the peculiarities of response in a traumatic situation and structure of manifestations of suicidal markers, anti-vital and auto-aggressive trends: sensitive-schizoid/narcissistic (25%), emotionally unstable/borderline (45%), depressive/obsessive-compulsive (30%). Three stages of development of crisis states are considered: acute, sub-acute and chronic. Depending on the actual stage of the crisis state the authors described the strategies of psychological intervention. The proposed structure of providing psychological assistance to minors in crisis situations allows to organize the structural and dynamic features of various stages of rendering psychiatric assistance, but also increases the likelihood of a favorable prognosis due to the unified efforts of different specialists.

**Key words:** stages of a crisis situation, anti-vital experiences, self-injurious behaviour, suicidal markers, strategies and methods of providing psychological crisis assistance.

**Актуальность.** Оказание эффективной помощи несовершеннолетним в кризисных ситуациях является комплексной задачей для специалистов разных специальностей [9, 13, 16, 17]. Отсутствие единого

**Библиографическая ссылка:**

Кошкин К.А., Банников Г.С., Павлова Т.С. Стратегии и методы оказания кризисной психологической помощи подросткам в зависимости от психологического состояния и личностных особенностей // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-12. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5312.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17078

основания для деятельности ведет к ослаблению совместных усилий и, как следствие, к ослаблению эффективности вмешательства и уменьшению вероятности благоприятного исхода [2, 7, 11, 12].

Кризисная психологическая помощь подразумевает наличие у человека «кризисного состояния» [8], которое определяется как «психическое (психологическое) состояние человека, внезапно пережившего субъективно значимую и тяжело переносимую психическую травму (вследствие резкого изменения образа жизни, внутриличностной картины мира) или находящегося под угрозой возникновения психотравмирующей ситуации» [1].

Актуальный личностный профиль, микросоциальное окружение (семья, ровесники и т.д.) детерминируют стрессовые, кризисные ситуации [6]. То есть такие обстоятельства, в которых данная личность оказывается несостоятельной по ресурсам и/или по возможным усилиям [10, 15]. Следует оговориться особо, что имеются в виду не обстоятельства непреодолимой силы, а такие, которые разрешимы в принципе. В соответствии с этим требуется наладить доступ к ресурсам доступными усилиями конкретной личности в определенных обстоятельствах [17, 19]. Для наибольшей эффективности психотерапевтическая работа должна осуществляться в трех форматах [18], дополняющих друг друга и, одновременно обладающими специфическими особенностями и возможностями: индивидуальном, групповом и семейном.

Консультирование и психотерапия, вне зависимости от указанного выше формата, различается также на разных этапах оказания помощи [16, 22]. Выделение этапов связано с интенсивностью и остротой сложившейся кризисной ситуации, обуславливающих первоочередные задачи оказания помощи. Острый этап характеризуется декомпенсацией и по параметру личностных ресурсов и по параметру доступных возможностей использования ресурсов: у человека нет «ни сил, ни средств» справиться с ситуацией. Подострый этап отличается от острого несостоятельностью личности по одному из параметров – либо не хватает ресурсов, либо недостаточны возможности использования ресурсов. Хронический этап выявляется компенсированной недостаточностью ресурсов и/или усилий личности: например, имеющиеся личностные ограничения нивелируются ресурсами и усилиями семейной системы или группой ровесников.

**Цель исследования** – установление закономерностей оказания кризисной психологической помощи подросткам с антивитальными переживаниями и аутоагрессивным поведением в зависимости от этапа развития кризисного состояния.

**Основные методы исследования:** клинико-психопатологический (карта суицидального риска), анамнестический, катамнестический, экспериментально-психологический, статистический. Для дифференцированной оценки кризисного состояния необходимо учитывать следующие маркеры пресуицидального состояния [3, 4].

1. Смысловая составляющая пресуицидального состояния. Характеризуется переживаниями безнадежности, беспомощности, ненужности, восприятие себя как бремени для семьи, друзей, утраты смысла жизни, чувством вины.

2. Когнитивная составляющая пресуицидального состояния. Сужение, ригидность восприятия с ограничением использования интеллектуальных возможностей, амбивалентность, ограничение мыслительной деятельности, описывается как «смятение», суженное мышление по типу «тоннельного видения».

3. Витальная составляющая пресуицидального состояния. Психалгия, часто называемая «душевной болью», «невыносимой психической болью».

4. Субпсихотическая составляющая пресуицидального состояния. Переживание интенсивного страха, подавленности перед внутренней дезинтеграцией, сумасшествием, ощущение «невозможности контролировать ни свои чувства, ни жизнь».

5. Эмоционально-поведенческая составляющая пресуицидального состояния. Отражает агрессивные, аутоагрессивные, часто антисоциальные тенденции, нестабильность, импульсивность эмоциональных реакций.

Для выявления устойчивого поведенческого паттерна подростка использован Опросник личностных расстройств PDQ-IV [21]. *Personality Disorders Questionnaire IV* состоит из 99 вопросов и учитывает 12 шкал, соответствующих 12-ти личностным расстройствам в DSM-IV, а также две шкалы достоверности. По содержанию опросник представляет набор поведенческих паттернов (практически дословно отражающих критерии личностных расстройств), характерных для того или иного расстройства личности, и может рассматриваться как метод полуструктурированного интервью. Вопросы являются конкретными, понятными и недвусмысленными. В России опросник был стандартизирован в ФГБУ Московском НИИ психиатрии Минздрава Российской Федерации в 1995-1998 гг.

**Результаты и их обсуждение.** Исходя из выделенных нами «суицидальных маркёров» [5, 14] нами были проанализированы кризисные состояние 60 подростков обратившихся амбулаторно за помощью в медицинские и психологические учреждения г. Москвы. Проанализированы особенности семьи, личности и структура кризисных состояний. Из них 24 юноши и 36 девушек. Средний возраст составил 15,7±6 лет. По результатам проведенного исследования группа из 60 подростков была разделена на три

---

**Библиографическая ссылка:**

Кошкин К.А., Банников Г.С., Павлова Т.С. Стратегии и методы оказания кризисной психологической помощи подросткам в зависимости от психологического состояния и личностных особенностей // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-12. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5312.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17078

подтипа, каждый из которых описывает определенную структуру личности: подтип А – с наиболее ярко представленными сензитивно-шизоидными чертами, подтип В – с эмоционально-неустойчивыми, пограничными чертами, подтип С – с депрессивными, обсессивно-компульсивными чертами. Каждый из выделенных подтипов обладал особенным биопсихосоциальным профилем, обуславливающим особенности по параметрам ресурсов и усилий. Эти особенности указывают на характерные ситуации затруднения удовлетворения потребностей и, следовательно, дают возможность для фокусированного психотерапевтического вмешательства на разных этапах развития кризисной ситуации.

**Подтип А. Сензитивно-шизоидные/нарциссические** составил 25,0% от выборки. Пациенты с расстройствами личности составили 80,0%, с ситуационными реакциями декомпенсации у акцентуированной личности – 13,40%, с расстройствами аффективного спектра, в сочетании с акцентуацией характера, достигали 6,60%.

*Причины декомпенсации* – отвержение, невозможность достигнуть поставленной цели. *Клинические проявления:* безнадежность, злость, болезненные ощущения в теле, страх сойти с ума.

*Антивитальные переживания:* нежелание жить, обесценивание жизни.

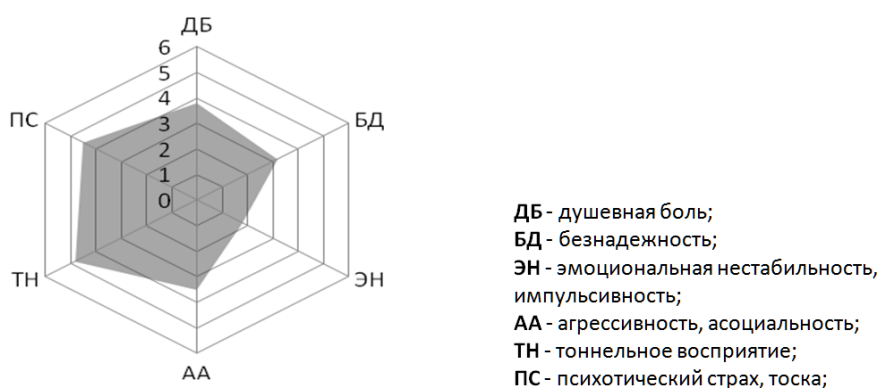


Рис. 1. Суицидальные маркеры у подростков с ведущим сензитивно-шизоидным, паранойяльным, нарциссическим паттерном поведения

Подростки, отнесенные к данному подтипу, характеризовались сочетанием высокой чувствительности, ранимости с холодностью, отстраненностью, замкнутостью. Достаточный ресурс чувствительности, эмоциональности, основанный на самовлюбленности, придает им высокую уязвимость в межличностных отношениях, и требует существенных усилий для того чтобы быть реализованным, что придает межличностному взаимодействию избыточное значение. Трудности раскрытия придают этим усилиям большое значение, которое не разделяется другими. Это несогласие со стороны других расценивается как отвержение, порождающее необходимость увеличения межличностной дистанции и увеличения объема усилий при каждой следующей попытке.

Семьи этих подростков характеризовались высокой ригидностью и разобщенностью членов семьи [20]. Характер кризисной ситуации – отвержение, в данном случае развивающимся по следующему сценарию: попытка удовлетворить потребность в близости, привязанности реализуется через навязывание своей значимости, вызывающей отвержение со стороны других.

*Острый этап* кризисной ситуации свидетельствует о том, что подросток лишился ресурсов, и нет возможности их восстановить, так как паттерны поведенческих усилий оказались дисфункциональны в возникших обстоятельствах. В индивидуальной терапии требуется обеспечить достаточный ресурс безусловного принятия со стороны терапевта. На данном этапе эмпатии следует предпочесть доброжелательный ненавязчивый интерес. В семейной терапии требуется укрепление параметра адаптивности и увеличение параметра сплоченности, за счет привлечения членов семьи к обсуждению сложившейся ситуации. Чрезвычайно важно избегать всех форм скрытого отвержения. В групповой терапии важно обеспечить подростку пространство и время чтобы высказаться, однако, групповой формат, публичность могут чрезвычайно смущать и препятствовать коммуникации. Уместно при необходимости воспользоваться техниками, позволяющими опосредованно выражать свои чувства и при этом не привлекать избыточного внимания. Например, с помощью арт-терапии.

*Подострый этап* характеризуется высокой необходимостью в близости, выраженной в форме обиды на отвержение, страха, тоски, раздражении. Эти переживания являются отражением невозможно-

#### Библиографическая ссылка:

Кошкин К.А., Банников Г.С., Павлова Т.С. Стратегии и методы оказания кризисной психологической помощи подросткам в зависимости от психологического состояния и личностных особенностей // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-12. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5312.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17078

сти приложить усилия для достижения желаемого. В индивидуальной терапии важно достичь рефрейминга переживаний невозможности усилий. То есть перевести переживания из ограничивающих усилий в усилия развивающие межличностную ситуацию. В семейной терапии, продолжая поддерживать обсуждение семейной ситуации, побуждать семью вырабатывать концепцию случившегося, разделяемую всеми членами семьи. В групповом формате – опосредовано, через работу с другими членами группы вводить уважительное и внимательное отношение к негативным чувствам других людей, как к межличностным ориентировочным сигналам.

**Подтип В. Эмоционально-неустойчивые/пограничные.** 45,0% от выборки.

Расстройства личности были диагностированы в 55,5% наблюдений, ситуационные реакции декомпенсации у акцентуированной личности – 18,50%, расстройства аффективного спектра в сочетании с акцентуацией характера достигали 26,0% наблюдений. *Причины декомпенсации* – несчастная любовь, трудности в межличностных отношениях, отвержение.

*Патогенез* – усиление размытости границ «Я».

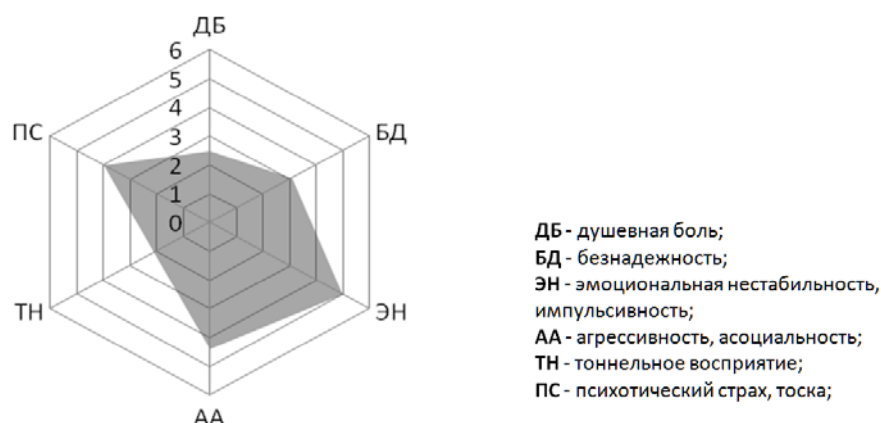


Рис. 2. Суицидальные маркеры у подростков с эмоционально-неустойчивыми (пограничными), импульсивными паттерном поведения

Подвижность, высокая изменчивость психических процессов, присущая данному подтипу, определяют нестабильность ресурса при относительно высоких возможностях приложения усилий. Недостаточность механизмов совладания с имеющимися ресурсами приводит к нарастанию внешнего регулирующего давления со стороны окружающих. Делегирование регулирующих функций окружающим приводит к ослаблению возможностей усилий по внутренней регуляции, которые, в свою очередь, оказываются все более недостаточными по отношению к интенсивности ресурсов. Семьи этих подростков отличались чрезмерной гибкостью и чувствительностью к изменению внешних или внутренних обстоятельств, что приводило к хаотичному устройству семьи. Непредсказуемость влияния обстоятельств на членов семьи способствовала высокому уровню межличностной дистанции, разобщенности. Характер кризисной ситуации, связанный с недостаточностью самоидентичности, находящейся проявления в сложных межличностных отношениях и приводящей к ситуации отвержения. Желание обрести целостную картину себя через отношение значимых других лишь увеличивают неопределенность и напряжение, которые, в свою очередь, приводят к разрыву.

*Острый этап* определяется возрастанием ресурса возбуждения, интенсификация которого приводит к еще большей внутриличностной разобщенности, несвязанности, то есть ресурсом невозможно пользоваться. Эти обстоятельства, при недостаточности регулирующего ресурса, приводят к увеличению импульсивности. В индивидуальной терапии на этом этапе требуется вернуть ресурс возбуждения в более связанное состояние. В этой ситуации терапевту следует намерено обеднить характер взаимодействия. Следует стремиться к стабильному, монотонному, когнитивно ясному контакту. На данном этапе терапевту следует реализовывать позицию доброжелательного, внимательного и надежного человека. В семейной терапии на этом этапе в первую очередь следует работать над сеттингом. То есть семье следует педантично следовать режиму и правилам во время приема психотерапевта. Подобное настойчивое и неукоснительное следование правилам выполняет важную терапевтическую функцию – способствует уменьшению выраженности хаотичности и непоследовательности взаимоотношений внутри семьи. В формате групповой терапии следует работать над расширением возможностей для вербализации переживаний, возможностью замещения какого-либо действия его словесным описанием. Возможна тренировка по увеличению временного интервала между переживанием и высказыванием, между переживанием и действием.

**Библиографическая ссылка:**

Кошкин К.А., Банников Г.С., Павлова Т.С. Стратегии и методы оказания кризисной психологической помощи подросткам в зависимости от психологического состояния и личностных особенностей // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-12. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5312.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17078



*Подострый этап* характеризуется, в общем, большей связанностью ресурса возбуждения, вместе с тем, выдвигает на первый план необходимость укрепления способности к регулируемому усилию. Недостаточность регулирующего усилия переживается как раздражение, зависть, вина, презрение, беспокойная необходимость в получении оценивающей реакции окружающих. Индивидуальная терапия должна быть направлена на признание существующих объективно ограничений в личностном и социальном плане, принятие переживаний, связанных с этими ограничениями. В семейной терапии на этом этапе, при тщательном соблюдении сеттинга, требуется работа на усиление и признание внутрисемейной иерархии, выработке и выполнению семейных правил, регулирующих какие-либо аспекты совместной жизни. В групповой терапии следует тщательно соблюдать групповые правила и нормы, доброжелательно не оставляя без внимания нарушения. Следует вырабатывать способность выносить отличающиеся формы поведения, отличные точки зрения.

**Подтип С. Депрессивные/обсессивно-компульсивные** (30,0% от выборки). Расстройства личности были выявлены у 5,6% обследованных подростков, ситуационные реакции декомпенсации у акцентуированной личности у 27,70%, расстройства аффективного спектра в сочетании с акцентуацией характера в 66,70%.

*Причины декомпенсации* – потеря значимого объекта (реального или символического), унижения, несправедливость.

*Клинические проявления:* снижение самооценки, пессимистическое видение будущего, при усугублении или неразрешении ситуации наблюдается развитие, антивитаальных переживаний, чувства «душевной боли».

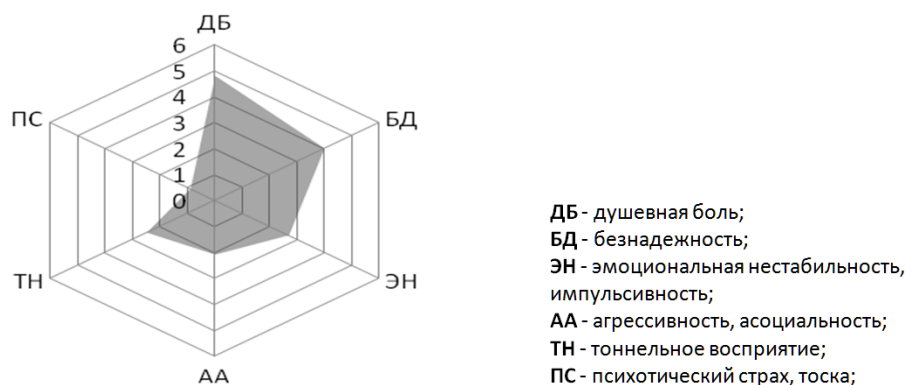


Рис. 3. Суицидальные маркеры у подростков с тревожно-депрессивным паттерном поведения

Недостаточная оценка своих ресурсов обеспечивается действием стабильного обесценивающего ресурса в результате которого и это же служит источником идеализации внешних ресурсов и предпочтении их своим. Постоянная необходимость в ресурсах другого обеспечивается собственной гиподинамичностью, проявления которой придают чрезвычайную ценность возможностям значимого другого, пассивно обязывая его еще к большей ответственности и еще меньшему расчету на собственные ресурсы. Семьи этих подростков характеризовались крайне бедным потенциалом изменения, наряду с выраженным размыванием межличностных границ как между членами семьи, так и между подсистемами. В общем виде можно сказать об отсутствии в этих семьях культуры горизонтальных отношений. Члены семьи по отношению к друг другу могут находиться лишь в вертикальных отношениях. Характер кризисной ситуации связан с угрозой потери или потерей связи с внешним сильным ресурсом, обеспечивающим содержание и смысл жизни.

*Острый этап.* Характеризуется нарастанием беспомощности в стандартной ситуации. Усилия тратятся на подавление собственных ресурсов, собственных возможностей. Это подавление обеспечивает несостоятельность и обращение этой несостоятельностью для привлечения внешних ресурсов. Однако усилия, сдерживающие ресурсы, оказываются несостоятельными и их проявление приобретает характер обесценивания для источника внешнего ресурса, что переживается подростком как потеря смысла, вина, безнадежность и проявляется идеями собственной малоценности, ничтожности. В индивидуальной терапии на этом этапе важна поддержка усилий подростка по переосмыслению случившегося и выработка перспективного взгляда на будущее. В этой ситуации полезно использовать уже имеющийся механизм опоры на другого, в данном случае на терапевта. Подросток не может отказаться от выполнения рекомендаций значимого другого, однако выполнение этих рекомендаций дисквалифицирует его привычный

**Библиографическая ссылка:**

Кошкин К.А., Банников Г.С., Павлова Т.С. Стратегии и методы оказания кризисной психологической помощи подросткам в зависимости от психологического состояния и личностных особенностей // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-12. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5312.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17078

уклад жизни. В семейной терапии терапевтическим фактором является четкое выстраивание межличностных границ и доброжелательное их соблюдение. Члены семей подростков подобного типа стремятся к коалиционному соглашению со специалистом, основное содержание которого заключается в признании и обеспечении гипофункциональности подростка. В групповой терапии следует способствовать активным проявлениям подростка. В частности, побуждая его говорить одним из первых, лишая его таким образом возможности пассивно присоединиться к кому-либо другому.

*Подострый этап.* На этом этапе собственный ресурс по-прежнему связан обесценивающим усилием. Привычная несамостоятельность подростка побуждает других занять привычную обеспечивающую позицию, которая, как правило, после кризиса, стремится к еще большему укреплению. В индивидуальной терапии от терапевта требуется доброжелательно выносить затруднения и несостоятельность подростка, по возможности сопереживать, но не подменять своей деятельностью, активностью. Особенное внимание следует акцентировать на выработку связи между усилием и результатом. Между количеством попыток и изменением результата. Также требуется наработка процессуальных навыков, то есть способности участвовать в каком-либо процессе без ориентации на результат. В семейной терапии основное усилие психотерапевта будет связано с необходимостью перерабатывать возрастающее обесценивание со стороны членов семьи. В групповой терапии требуется стимулировать активные проявления подростка, побуждая его к открытой прямой коммуникации с другими участниками.

*Хронический этап.* Отдаленность и протяженность этого этапа определяют с одной стороны универсальность психотерапевтической работы для выделенных подтипов, с другой – требуют все большей индивидуализации. Особенности механизмов личностной адаптации приводят к компенсированному, но недостаточному уровню удовлетворения. Индивидуальная работа включает в себя работу с устойчивыми внутриличностными конфликтами в экспрессивной технике, направленной на увеличение уровня интегрированности личности и уровнем используемых психологических защит. В семейной терапии требуется приложение усилий по выработке наиболее сбалансированных сочетаний показателей гибкости и сплоченности с учетом актуального этапа жизненного цикла семьи. В групповой терапии следует стремиться к возможности регуляции межличностной дистанции без потери отношений с другим.

#### **Выводы:**

1. Выделены три группы подростков, различающиеся по личностным характеристикам, особенностям реагирования в травматической ситуации и структуре проявлений антивитаальных и аутоагрессивных тенденций: сензитивно-шизоидная/нарциссическая (25%), эмоционально неустойчивая/пограничная (45%), депрессивная/обсессивно-компульсивная (30%).

2. Для каждой группы предложена своя стратегия оказания психотерапевтической помощи в зависимости от структурных характеристик личности, семьи и этапа прохождения кризисной ситуации.

Предложенная структура оказания психотерапевтической помощи несовершеннолетним в кризисных ситуациях позволяет не только системно идентифицировать структурно-динамические особенности различных этапов оказания психотерапевтической помощи, но и дает возможность организации преемственности деятельности специалистов, увеличение вероятности благоприятного прогноза за счет единого направления усилий разных специалистов.

#### **Литература**

1. Амбрумова А.Г., Полеев А.М. Неотложная психотерапевтическая помощь в суицидологической практике: Методические рекомендации М., 1986.
2. Атаянц Н.Г. Психологический анализ конфликтных ситуаций в школе. Диссертация на соискание ученой степени. Северная Осетия, 2003.
3. Банников Г.С. Психологические маркеры пресуицидального состояния // Человеческий капитал. Научно-практический журнал. 2012. N 10-11 (N 46). С. 240–243.
4. Банников Г.С. Кошкин К.А. Кризисные состояния у подростков (пресуицидальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи) // Медицинская психология в России. 2013. 2 (19). URL: [http://mprj.ru/archiv\\_global/2013\\_2\\_19/nomer/nomer18.php](http://mprj.ru/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer18.php)
5. Банников Г.С., Павлова Т.С., Вихристюк О.В. Скрининговая диагностика антивитаальных переживаний и склонности к импульсивному, аутоагрессивному поведению у подростков (предварительные результаты) // Электронный журнал «Психологическая наука и образование psyedu.ru». 2014. №1. URL: [http://www.psyedu.ru/journal/2014/1/Bannikov\\_Pavlova.phtml](http://www.psyedu.ru/journal/2014/1/Bannikov_Pavlova.phtml)
6. Березин В.Ф. Психическая адаптация и тревога. Психические состояния. Сост. и общая редакция Л.В. Куликова. СПб.: Питер, 2001. 512 с.
7. Волкова А.Н. Психолого-педагогическая поддержка детей суицидентов // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 1998. №2. С. 36–43.
8. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: Учебник. СПб.: Питер, 2007.

#### **Библиографическая ссылка:**

Кошкин К.А., Банников Г.С., Павлова Т.С. Стратегии и методы оказания кризисной психологической помощи подросткам в зависимости от психологического состояния и личностных особенностей // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-12. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5312.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17078

9. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. М.: Академический проект, 1999. 256 с.
10. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни: Дис. на соискание степени доктора психол. наук. Кострома, 2005.
11. Малкина-Пых И.Г. Кризисы подросткового возраста. М.: Изд-во Эксмо, 2009.
12. Осипова А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. 315 с.
13. Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия. Сост. А.Е.Тарас, К.В.Сельчонок. М.: АСТ, Мн.: Харвест, 2001. 480 с.
14. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр, 2005. 376 с.
15. Хазова С.А. Совладающее поведение одаренных старшеклассников // Психологический журнал. 2004. №5. С. 59–69.
16. Bratter T. The psychotherapist as advocate: Extending the therapeutic alliance with adolescents // Journal of Contemporary Psychotherapy 1977, №8(2), P 119–126.
17. Hanna F.J., Hunt W.P. Techniques for psychotherapy with defiant, aggressive adolescents // Psychotherapy. 1999. № 36. P. 56–68.
18. Holmbeck G., Updegrave A. Clinical-developmental interface: Implications of developmental research for adolescent psychotherapy // Psychotherapy. 1995. №32(1). P. 16–33.
19. Kazdin A. E. Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1991. № 59. P 785–798.
20. Olson D.H., & Gorall, D.M. Circumplex model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed.) Normal family processes (3 Ed.). New York. Guilford Press, 2003. P. 514–547.
21. Reich J: Instruments measuring DSM-III and DSM-III-R personality disorders // Journal of Personality Disorders. 1987. 1(3). P. 220–240.
22. Rubenstein A. Interventions for a scattered generation: Treating adolescents in the nineties // Psychotherapy. 1996. № 33(3). P. 353–360.
23. Sommers-Flanagan J., Sommers-Flanagan R. Psychotherapeutic techniques with treatment resistant adolescents // Psychotherapy. 1995. № 32. P. 131–134.

#### References

1. Ambrumova AG, Poleev AM. Neotlozhnaya psikhoterapevticheskaya pomoshch' v suitsidologicheskoy praktike: Metodicheskie rekomendatsii. Moscow; 1986. Russian.
2. Atayants NG. Psikhologicheskii analiz konfliktnykh situatsiy v shkole. Dissertatsiya na soiskanie uchenoy stepeni. Severnaya Osetiya; 2003. Russian.
3. Bannikov GS. Psikhologicheskie markery presuitsidal'nogo sostoyaniya. Chelovecheskiy kapital. Nauchno-prakticheskiy zhurnal. 2012;10-11(N 46):240-3. Russian.
4. Bannikov GS, Koshkin KA. Krizisnye sostoyaniya u podrostkov (presuitsidal'nye markery, osobennosti lichnosti, strategii krizisnoy psikhoterapevticheskoy pomoshchi). Meditsinskaya psikhologiya v Rossii. 2013;2(19): URL: [http://mprj.ru/archiv\\_global/2013\\_2\\_19/nomer/nomer18.php](http://mprj.ru/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer18.php) Russian.
5. Bannikov GS, Pavlova TS, Vikhristyuk OV. Skringovaya diagnostika antivital'nykh perezhivaniy i sklonnosti k impul'sivnomu, autoagressivnomu povedeniyu u podrostkov (predvaritel'nye rezultaty). Elektronnyy zhurnal «Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie psyedu.ru». 2014;1: URL: [http://www.psyedu.ru/journal/2014/1/Bannikov\\_Pavlova.phtml](http://www.psyedu.ru/journal/2014/1/Bannikov_Pavlova.phtml) Russian.
6. Berezin VF. Psikhicheskaya adaptatsiya i trevoga. Psikhicheskie sostoyaniya. Sost. i obshchaya redaktsiya L.V. Kulikova. SPb.: Piter; 2001. Russian.
7. Volkova AN. Psikhologo-pedagogicheskaya podderzhka detey suitsidentov. Vestnik psikhosotsial'noy i korrektsionno-reabilitatsionnoy raboty. 1998;2:36-43. Russian.
8. Karvasarskiy BD. Psikhoterapiya: Uchebnik. Spb.: Piter; 2007. Russian.
9. Kochyunas R. Osnovy psikhologicheskogo konsul'tirovaniya. Moscow: Akademicheskii proekt; 1999. Russian.
10. Kryukova TL. Psikhologiya sovladayushchego povedeniya v raznye periody zhizni [dissertation]. Kostroma; 2005. Russian.
11. Malkina-Pykh IG. Krizisy podrostkovogo vozrasta. Moscow: Izd-vo Eksmo; 2009. Russian.
12. Osipova AA. Spravochnik psikhologa po rabote v krizisnykh situatsiyakh. Rostov-na-Donu: Fe-niks; 2006. Russian.
13. Psikhologiya ekstremal'nykh situatsiy: Khrestomatiya. Sost. A.E.Taras, K.V.Sel'chonok. Moscow: AST, Mn.: Kharvest; 2001. Russian.

---

#### Библиографическая ссылка:

Кожкин К.А., Банников Г.С., Павлова Т.С. Стратегии и методы оказания кризисной психологической помощи подросткам в зависимости от психологического состояния и личностных особенностей // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-12. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5312.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17078

14. Starshenbaum GV. Suitsidologiya i krizisnaya psikhoterapiya. Moscow: Kogito-Tsentr; 2005. Russian.
15. Khazova SA. Sovladayushchee povedenie odarennykh starsheklassnikov. Psikhologicheskiy zhurnal. 2004;5:59-69. Russian.
16. Bratter T. The psychotherapist as advocate: Extending the therapeutic alliance with adolescents. Journal of Contemporary Psychotherapy. 1977;8(2):119-26.
17. Hanna FJ, Hunt WP. Techniques for psychotherapy with defiant, aggressive adolescents. Psychotherapy. 1999;36:56-68.
18. Holmbeck G, Updegrove A. Clinical-developmental interface: Implications of developmental research for adolescent psychotherapy. Psychotherapy. 1995;32(1):16-33.
19. Kazdin AE. Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1991;59:785-98.
20. Olson DH, & Gorall, DM. Circumplex model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed.) Normal family processes (3 Ed.). New York. Guilford Press; 2003.
21. Reich J. Instruments measuring DSM-III and DSM-III-R personality disorders. Journal of Personality Disorders. 1987;1(3):220-40.
22. Rubenstein A. Interventions for a scattered generation: Treating adolescents in the nineties. Psychotherapy. 1996;33(3):353-60.
23. Sommers-Flanagan J, Sommers-Flanagan R. Psychotherapeutic techniques with treatment resistant adolescents. Psychotherapy. 1995;32:131-4.

---

**Библиографическая ссылка:**

Кошкин К.А., Банников Г.С., Павлова Т.С. Стратегии и методы оказания кризисной психологической помощи подросткам в зависимости от психологического состояния и личностных особенностей // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-12. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5312.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17078