

青少年自杀意念及行为的家庭治疗

陈建玲, 刘漪

上海交通大学医学院附属精神卫生中心儿少科, 上海 200030

摘要: 在全球范围内, 自杀是一个严重的公共卫生问题。因此, 对自杀意念和行为的有效预防和干预是至关重要的。认知行为治疗、人际心理治疗及支持性心理治疗对于改善青少年自杀意念和行为有积极的作用, 但是青少年工作者常常不只与青少年一人进行工作, 往往还需要纳入其家人、照料者以及其他相关人员。本文综述基于家庭的青少年自杀意念和行为的有效干预方法。

关键词: 家庭治疗; 认知行为治疗; 辩证行为治疗; 自杀; 自伤

中图分类号: R749 **文献标识码:** A **文章编号:** 1008-6579(2024)03-0307-05 **doi:** 10.11852/zgetbjzz2023-0802

Family therapy of suicidal ideation and behavior in adolescents

CHEN Jianling, LIU Yi

Department of Child and Adolescent, Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University

School of Medicine, Shanghai 200030, China

Corresponding author: LIU Yi, E-mail: liuyi539@163.com

Abstract: Suicide is a serious public health problem worldwide. Therefore, effective prevention and intervention of suicidal ideation and behavior is essential. Cognitive behavioral therapy, interpersonal psychotherapy, and supportive psychotherapy have positive effects on improving suicidal ideation and behavior in adolescents. Actually, adolescent workers often work with more than one adolescent, it is often also necessary to work with their families, caregivers and other relevant individuals. This article reviews the intervention methods of family-based effective intervention on suicidal ideation and behavior of adolescents.

Keywords: family therapy; cognitive behavior therapy; dialectical behavior therapy; suicide; self-injury

在全球范围内, 自杀是一个严重的公共卫生问题。研究发现, 19.8%~24.0% 的青少年有自杀意念, 17.2% 的青少年有非自杀性自伤, 3.1%~8.8% 的青少年有自杀企图^[1-2]。自杀是 15~29 岁人群的第四大死因, 青少年的精神卫生问题得不到解决, 后果会延续到成年期, 损害身心健康, 并限制成年后生活质量。因此, 对青少年自杀意念和行为的有效预防和干预至关重要。

目前的研究提示, 自杀风险与以下因素相关^[3-5]: 1) 认知能力受损, 例如解决问题的能力差、认知歪曲、非辩证思维等; 2) 生物学因素, 例如创伤性脑损伤、严重的躯体疾病等; 3) 环境因素, 例如可获得的致命手段、长期遭受压力、接触到他人自杀等; 4) 社会因素, 例如恋爱关系问题、财务问题、消极的养育方式、高度冲突的家庭环境、焦虑和回避型依恋模式等。尤其是疏忽或缺乏感情控制、不安全依恋和压力性生活事件是自杀行为的显著危险因素,

而父母的照顾和安全感是自杀行为的保护因素^[6]。因此, 家庭干预和提高应对技能可能是青少年自杀预防干预的基本目标。

大量研究数据表明, 心理治疗-尤其是辩证行为治疗、认知行为治疗、人际心理治疗及支持性心理治疗对于改善青少年自杀意念和行为有积极的作用^[7-11]。尽管家庭治疗并未被写进治疗指南里, 但是从事青少年心理健康的工作者常常不会只针对青少年一人, 往往还需要纳入其家人、照料者以及其他相关人员。以往的研究发现, 有家庭成分的治疗方法对治疗青少年自杀意念和行为是有效的, 尤其是以下三个共同要素^[11]: 1) 家庭技能培训, 2) 家长教育和培训, 3) 个人技能培训。

研究发现, 针对青少年的自杀意念及行为的干预措施, 以下方法被认为是有效的^[12-14]: 父母-青少年认知行为疗法 (Parent-Adolescent Cognitive Behavioral Therapy, PA-CBT), 整合认知行为疗法

基金项目: 上海市自然科学基金 (20ZR1448400); SMHC 临床研究中心项目 (CRC2019ZD01)

作者简介: 陈建玲 (1981-), 女, 河南人, 主治医师, 博士学位, 主要研究方向为儿童青少年情绪和行为障碍。

通信作者: 刘漪, E-mail: liuyi539@163.com

(Integrated Cognitive Behavioral Therapy, I-CBT), 以及聚焦家庭的门诊认知行为疗法 (Family-Focused Outpatient Cognitive Behavioral Therapy, F-CBT)、基于家庭的危机干预 (Family-Based Crisis Intervention, FBCI)、基于依恋的家庭治疗 (Attachment-Based Family Therapy, ABFT)、青少年安全替代方案 (Safe Alternatives for Teens and Youths, SAFETY)、辩证行为治疗 (Dialectical Behavior Therapy, DBT) 联合家庭训练、资源型青少年父母计划 (Resourceful Adolescent Program for Parents, RAP-P) 和青少年提名的支持小组 (Youth-Nominated Support Teams, YST)。本文就基于家庭的青少年自杀意念和行为的有效干预的方法作一综述。

1 以认知行为疗法为基础的干预措施

以认知行为疗法 (cognitive behavior treatment, CBT) 为基础的干预措施通常使用个人会谈来关注技能建设, 以增强应对策略, 减少未来自杀行为的可能性, 如问题解决、认知重组、情感调节和表达、沟通技巧和建立健康的支持网络。目前没有确凿证据证明 CBT 是一种对自杀行为有效的治疗方法。然而, 研究表明个人和家庭认知行为治疗相结合已被证明是有效的。PA-CBT、I-CBT 以及 F-CBT 这三种干预措施中的每一项都对青少年和父母采用了 CBT 方法, 其依据的理论基础是 CBT 理论。

1.1 父母-青少年认知行为疗法 (PA-CBT) 在 PA-CBT 中, 青少年和父母被分别分配给自己的治疗师, 治疗包括对父母和青少年的单独治疗以及联合家庭治疗。家长课程与青少年课程均学习相同的技能, 使用基本相同的格式, 以便在父母和青少年之间更好地进行关于技能的沟通。个别课程结束时, 会有家庭联合课程。课程初始时包括父母和青少年之间的积极评论, 以及对所学技能的回顾。在课程结束时, 给家长和青少年分配一项个性化的“家庭作业”任务, 以促进对特定的 CBT 技能的练习^[15]。Spirito 等^[16] 比较了 PA-CBT 与青少年单独 CBT (adolescent only CBT, AO-CBT) 在治疗符合抑郁障碍诊断的青少年及其父母 (父母曾经或目前符合抑郁障碍诊断标准) 中的疗效, 结果发现在急性治疗和维持治疗期间, 两组青少年和父母的自杀观念均有所减轻, 并且在随访期间两组的自杀观念都保持在较低水平。在维持治疗 (24 周) 结束时, PA-CBT 比 AO-CBT 能更有效地减少父母-青少年双方的抑郁情绪, 且对父母抑郁情绪的改善最大。在 PA-CBT 中, 青少年对项目满意度的评分较低, 这表明一些青

少年在被要求与父母一起参与治疗时对治疗持消极态度。

1.2 整合认知行为疗法 (I-CBT) I-CBT 是个人课程、家庭课程和家长培训课程的组合, 治疗师根据青少年的需求来选择主题^[17]。CBT 必须针对这类青少年和家庭常见的适应不良行为和信念, 包括认知扭曲以及糟糕的应对模式、沟通和养育技能。每个家庭都分配两名治疗师, 一名单独与青少年合作, 另一名与父母合作。这两位治疗师通常都会参加家庭会谈。在治疗开始时, 所有家庭成员都接受心理教育和安全规划。该治疗包括 4 个核心技能课程 (解决问题、认知重组、行为激活和影响调节), 所有家庭都接受这些课程, 以及一系列补充技能 (例如, 加强社会支持、链分析)。课程有共同的组成部分, 包括安全签到、坚持服药、家庭作业审查、议程设置、新技能介绍/技能练习、议程讨论、家庭作业任务。在急性 (6 个月) 治疗阶段, 青少年每周参加会谈, 父母每周或每两周参加会谈。在持续 (3 个月) 治疗阶段, 青少年每两周参加 1 次会谈, 父母每两周或每月参加一次会谈。在维持治疗阶段 (3 个月), 青少年每月参加会谈, 父母根据需要来判断是否每月参加会谈。Hinckley 等^[17] 研究提示 I-CBT 是一种有循证依据的干预, 应该作为抑郁伴物质使用障碍 (substance use disorders, SUDs) 青少年的一线治疗。Van 等^[18] 对成人注意缺陷多动障碍 (attention deficit hyperactivity disorder, ADHD) 伴 SUDs 的患者进行研究, 结果发现 I-CBT 比单独 CBT 在改善 ADHD 伴 SUDs 患者的 ADHD 症状方面更有优势, 而在改善物质使用障碍方面两者无显著差异。

1.3 聚焦家庭的门诊认知行为疗法 (F-CBT)

F-CBT 是 I-CBT 的改进改编, 包括行为激活、问题解决、认知重构、情绪调节、放松训练、动机访谈、链分析、自信心训练、增加社会支持、紧急情况应对、关注青少年的积极行为、家庭沟通、情绪辅导、痛苦忍受、健康的生活方式、创伤叙述、暴露 (焦虑)、自杀意见评估等模块。在青少年的课程中更加注重情绪调节、身体健康、创伤和焦虑应对, 并在家长培训课程中增加了家长自我照料和情绪辅导^[19]。Esposito 等^[19] 对 147 名青少年及其家人分别使用 F-CBT 或强化常规治疗 (Enhanced Treatment-As-Usual, E-TAU), 结果发现虽然 F-CBT 与减少自杀次数或非自杀性自伤有关, 但 E-TAU 也显示出同样强的效果。该研究指出, 在治疗刚开始时, 增加 F-CBT 的频次会使治疗更有效。

2 基于家庭的危机干预(FBCI)

危机干预通常在自杀事件发生后立即进行或在治疗过程中进行。在各种治疗模式中,这些会谈都有明确和类似的目标:减少当前的风险并产生一个安全计划。危机会谈总是与下面列出的至少一个治疗内容相配合,以巩固干预措施:1)与有自杀倾向的人个别谈话;2)家庭培训课程;3)家庭心理教育课程;4)家庭联合会谈^[6]。FBCI 的理论基础来自认知行为、叙事和系统家庭治疗。FBCI 是一种紧急精神医学干预措施,旨在使有自杀倾向的青少年在一次急诊就诊中充分稳定下来,以便他们可以与家人一起安全回家。FBCI 将 CBT 与系统家庭疗法相结合,采用社会学习理论,将自杀行为概念化为适应不良的应对方式,还采用了家庭系统理论,将自杀危机重构为家庭紧急情况,并强调家庭是一组相互依存的个体。FBCI 包括与父母和青少年分别进行一次简短的会谈,以及与双方一起进行一次简短的联合会谈^[20-21]。单独会谈的重点是听取最近一次自杀事件的故事,以听取需要什么来增强未来危机的安全性;然后,联合会谈帮助家庭达成对问题的统一看法,改善沟通,制定安全计划,并解决安全方面的潜在问题。在完成 FBCI 后,社工再次咨询指导精神科医生,以获得患者能够安全回家的共识。只有当患者、家属、精神科医生和社工同意这是对青少年的最佳处置时,青少年才会离院回家。Wharff^[21]等对 142 名自杀青少年(年龄 13~18 岁)及其家人随机接受 FBCI 或 常规治疗(treatment as usual, TAU),FBCI 治疗组与 TAU 治疗组相比,出院后接受门诊随访的可能性更大,家庭赋能水平更高,两组患者都未出现完全自杀的案例。提示 FBCI 是在临床处理自杀青少年时,替代传统急诊护理的一种可行模式。

3 青少年安全替代方案(SAFETY)

SAFETY 是在门诊环境中采用以 CBT 为基础的方法并结合系统性原则的干预措施^[12]。该项目以社会生态理论为理论基础,把人类成长的社会环境(如家庭、机构、团体、社区等)看作是一种社会性的生态系统,认为人生来就有与环境 and 他人互动的能力。治疗的结构采用了安全金字塔的结构,它描述了针对青少年和父母的每个金字塔水平的治疗目标和模块。这个金字塔从底层到塔尖分别为:1)基于安全设置的原则,通过限制使用危险品等安全设置方法和增加安全设置的时间;2)促进与安全人员

的互动——加强父母的倾听、确认和自我照顾,以增加他们的孩子转向他们而不是自杀行为的可能性,并加强安全的社会联系;3)鼓励安全活动和行动;4)用安全思维模式逆转不断升级的自杀意念引发的循环;5)安全压力反应,加强安全情绪调节和痛苦容忍度。在 SAFETY 开始阶段,青少年(用于技能建设)和父母(用于心理教育和技能建设)分别进行单独的技能训练,然后进行家庭联合训练,共同练习预防自杀行为的技能^[22]。Asarnow 等^[12]研究中,11~18 岁的 35 名自杀未遂青少年参加了为期 12 周的 SAFETY 计划试验,结果在 3 个月的治疗后评估中,在自杀行为、无望感、青少年和父母抑郁以及青少年社会适应性方面有显著改善,在 3 个月和 6 个月时分别各有 1 名患儿有自杀未遂行为,提示有过自杀未遂的患儿可能有多次尝试自杀的风险。

4 辩证行为疗法联合家庭训练

DBT 联合家庭训练是 DBT 与家庭训练相结合的方法。这一类别的大多数研究都运用了青少年辩证行为疗法(dialectical behavior therapy for adolescents, DBT-A)^[23]。治疗时间从 16 周到 6 个月不等,包括对青少年的个体治疗(如果需要,父母也参与其中)和对家庭成员的多家庭技能培训小组。重点是正念、痛苦忍受、辩证思维、情绪调节、人际效能。父母被训练为教练,目标是这种教练将有助于减少家庭中的家庭功能障碍^[24-25]。此种方法目前的证据水平和推荐程度都很高,目的是减少自动行为和获得情绪调节技能,容忍挫折和重建一个有价值的生活方式。Mccauley 等^[23]将年龄在 12~18 岁之间,曾有过自杀企图(3 次及以上自我伤害事件、自杀念头)的 173 名参与者分别给予 DBT 或个体和团体支持治疗(individual and group supportive therapy, IGST),结果发现在改善自杀企图和非自杀性自伤方面,DBT 在随访 1 年后优势明显,而在治疗 6~12 个月期间 DBT 组和 IGST 组无显著差异。同样, Kothgassner 等^[24]对 DBT-A 在改善青少年自伤方面的文献进行综述,指出 DBT-A 在减轻青少年自伤和自杀企图方面有小至中等的效果。

5 基于依恋的家庭治疗(ABFT)

以依恋理论为基础的个人会谈帮助青少年了解什么破坏了他们对父母的信任,并让青少年准备好与他们的父母谈论这个问题^[26]。ABFT 的基本假设是,不良的依恋关系、高冲突、严厉的批评和低情感协调会导致身体或情感上的忽视、虐待和遗弃。

这种消极的家庭环境抑制了儿童发展内部和人际关系的应对技能。依恋失败可以得到解决,父母可以成为更好的照顾者,青少年可以重建与父母的信任和沟通。ABFT 的改良版本是针对女同性恋、男同性恋和双性恋年轻人的 ABFT-LGB (ABFT for Lesbian, Gay, & Bisexual Youth, ABFT-LGB)^[1, 27-28]。它们完全采用了系统性的方法,在问题的概念化和与来访者的互动方面都注重家庭系统的整体性和循环性。ABFT 的干预是基于 5 个任务,任务 1 是关系改释,任务 2 是青少年联盟,任务 3 是父母/照顾者联盟,任务 4 是依恋任务,任务 5 是自主性促进。ABFT 并不针对所谓的问题进行干预和管理,而是重在揭示破坏信任的生活事件或创伤过程中的体验和家庭互动模式,以便重新建立安全的家庭基础。ABFT-LGB 是一个经过修改的 ABFT 方法,提倡用更多的时间与照料者一起工作,处理他们的失望、痛苦、愤怒和对青少年性别身份的恐惧,提高照料者对青少年性别身份的微妙而无效的反应的觉察。Diamond 等^[29]发现 ABFT 对青少年抑郁症状及自杀观念有显著改善作用,尤其是对有创伤的患者,改善作用更明显,而这一点在 CBT 治疗中没有发现。Russon 等^[27]报道了 1 例 14 岁的性别认同障碍的男性青少年在经过 ABFT 治疗后,与家人关系、同伴关系、问题解决能力改善,自杀风险减轻。然而,由于该案例中的家人能够接受患儿的性别认同障碍,而对于那些家人不知道自己子女有性别认同障碍或者家人不接受自己子女有性别认同障碍的家庭是否有效,还需要进一步验证。

6 资源型青少年父母计划和青少年提名的支持小组

资源型青少年父母计划 (Resourceful Adolescent Program for Parents, RAP-P) 和青少年提名的支持小组 (Youth-Nominated Support Teams, YST)^[30-31]干预措施的证据支持来自于准实验研究或单一的随机对照试验。RAP-P 是一个针对父母的互动式心理教育项目,提供有关自杀风险、压力管理技巧、青少年发展、促进青少年自尊以及如何平衡青少年的独立和依恋需求的信息。Pineda 等^[32-33]对 48 名有自杀行为的青少年及其父母,分别给予 RAP-P 和常规治疗,结果 RAP-P 组比常规治疗组家庭功能有更大改善、青少年自杀行为和精神症状的更大减少有关。YST 是对那些被青少年提名的父母之外的、自己认识的、关心他们的成年人 (可以是老师、亲戚、或者邻居) 进行心理教育干预,目的是在青少年周围搭起一个支持网络。King 等^[30]在过

去 4 周内曾出现自杀念头 (经常或有自杀计划)、自杀企图或两者兼有的 13~17 岁青少年,分别给予常规治疗和 YST,通过全国死亡指数 (national Death Index, NDI) 数据来评估患儿住院后 11~14 年的生存率,结果在 448 名参与者中,常规治疗组有 13 名死亡,YST 组有 2 名死亡,提示对自杀青少年进行 YST 干预与降低死亡率有关。

7 有家庭成分的治疗方法

家庭培训课程:包括培训家庭成员成为自杀者的家庭教练或修复可能导致自杀风险的家庭动态所需的技能。这些课程通常一次只针对一个家庭成员或家庭系统,也有一些干预措施使用了多家庭小组。在家庭培训课程中,家庭成员经常学习或回顾自杀者在个人课程中学习的相同技能。其他时候,家庭成员学习额外的技能,针对其作为教练的具体角色,如促进健康的冲突解决,改善家庭沟通、应急管理和行为契约。家庭心理教育课程与培训课程不同,它们更多的是以讲座和讨论为基础,目的是增加家庭成员的知识,而不为家庭成员提供实践机会,或产生关于如何将信息转化为可实时使用的技能的具体讨论,主题通常包括自杀风险如何发展,识别警告信号,自尊在青少年发展中的作用,以及压力管理在养育中的作用。家庭联合会谈,是自杀者和家庭成员都参加的会谈,他们一起回顾和/或练习新技能,有时这些会谈是在自杀者和家庭成员分别参加他们自己的会谈之后进行的^[34-35]。Miklowitz 等^[36-37]对父母患有双相障碍的高危青少年家庭分别进行家庭培训 (为期 4 个月,共 12 次的心理教育、沟通培训和解决问题技能培训) 和常规加强照护,结果发现进行家庭培训组缓解期持续时间更长,家庭技能训练可以有效地抑制高危青少年的自杀念头和行为,两组在情绪症状持续时间上无显著差异。

家庭因素既可以是青少年自杀的风险因素,又可以是保护因素。调动家庭资源的干预措施是一个有希望和前途的方向。家庭干预从改变自杀倾向青少年的关系背景出发来改变其内在心理,而 CBT 和 DBT 则主要针对青少年改善面对逆境时的应对和复原能力。上述干预措施虽然显示出对自杀意念和行为有效,但几乎所有的研究都使用常规治疗或略微增强的常规治疗作为对照。未来研究需要纳入以个人为基础的循证干预措施,来比较以家庭为基础的自杀干预的有效性。此外,未来还需要在保持一种治疗理论的同时,有一种方法能够将目前有成功治疗作用的最佳元素结合起来,以便形成手册,供患

者个人或社区治疗师使用。如果没有一个明确的理论方法来指导针对家庭相互作用的干预措施,就很难确定哪些家庭成分发生的改变是有效的。

参考文献

- [1] Dobias MO, Chen SO, Fox KO, et al. Brief interventions for self-injurious thoughts and behaviors in young people: A systematic review[J]. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2023, 26(2):482-568.
- [2] Fox KR, Huang XO, Guzm NO, et al. Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research[J]. *Psychol Bull*, 2020, 146(12):1117-1145.
- [3] Krynska KA, Andriessen KA. Perspectives on family-based suicide prevention and postvention[J]. *Psych Open*, 2022, 8(4):e127.
- [4] Frey LM, Hunt QA. Treatment for suicidal thoughts and behavior: A review of family-based interventions[J]. *J Marital Fam Ther*, 2018, 44(1):107-124.
- [5] Wasserman DA, Carli V, Iosue M, et al. Suicide prevention in childhood and adolescence: A narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions[J]. *Asia Pac Psychiatry*, 2021, 13(3):e12452.
- [6] Alvarez XA, Castellano CA, Villar FA, et al. Family factors related to suicidal behavior in adolescents[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2022, 19(16):9892.
- [7] Dardas LA, Xu H, Franklin MS, et al. Cognitive behavioural therapy and medication for treatment of adolescent depression: A network meta-analysis[J]. *Behav Cogn Psychother*, 2023, 51(3):230-245.
- [8] Kanine RA, Bush ML, Davis M, et al. Depression prevention in pediatric primary care: Implementation and outcomes of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training[J]. *Child Psychiatry Hum Dev*, 2023, 54(1):96-108.
- [9] Bian C, Zhao WW, Yan SR, et al. Effect of interpersonal psychotherapy on social functioning, overall functioning and negative emotions for depression: A meta-analysis[J]. *J Affect Disord*, 2023(320):230-240.
- [10] Glenn CA, Esposito EC, Porter AA, et al. Evidence base update of psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth[J]. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2019, 48(3):357-392.
- [11] Harris LM, Huang X, Funsch KM, et al. Efficacy of interventions for suicide and self-injury in children and adolescents: A meta-analysis[J]. *Sci Rep*, 2022, 12(1):12313.
- [12] Asarnow JR, Berk JL, Hughes NL, et al. The safety Program: A treatment-development trial of a cognitive-behavioral family treatment for adolescent suicide attempters[J]. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2015, 44(1):194-203.
- [13] Lifshitz C, Tsivi N, Bar KE, et al. Emotional processing in attachment-based family therapy for suicidal adolescents[J]. *Psychother Res*, 2021, 31(2):267-279.
- [14] Courtney DB, Watson P, Krause KR, et al. Predictors, moderators, and mediators associated with treatment outcome in randomized clinical trials among adolescents with depression: A scoping review[J]. *JAMA Netw Open*, 2022, 5(2):e2146331.
- [15] Mndez JA, Snchez HN, Garber JA, et al. Psychological treatments for depression in adolescents: More than three decades later[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2021, 18(9):4600.
- [16] Spirito A, Wolff LM, Seaboyer LJ, et al. Concurrent treatment for adolescent and parent depressed mood and suicidality: Feasibility, acceptability, and preliminary findings[J]. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2015, 25(2):131-139.
- [17] Hinckley JD, Riggs P. Integrated treatment of adolescents with co-occurring depression and substance use disorder[J]. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2019, 28(3):461-472.
- [18] Van EK, Vedel E, Kramer FJ, et al. Integrated cognitive behavioral therapy for ADHD in adult substance use disorder patients: Results of a randomized clinical trial[J]. *Drug Alcohol Depend*, 2019(197):28-36.
- [19] Esposito SC, Wolff JC, Liu RT, et al. Family-focused cognitive behavioral treatment for depressed adolescents in suicidal crisis with co-occurring risk factors: A randomized trial[J]. *J Child Psychol Psychiatry*, 2019, 60(10):1133-1141.
- [20] Virk FA, Waive J, Berry CA. A rapid review of emergency department interventions for children and young people presenting with suicidal ideation[J]. *BJPsych Open*, 2022, 8(2):e56.
- [21] Wharff EB, Ginnis KB, Ross AM, et al. Family-based crisis intervention with suicidal adolescents: A randomized clinical trial[J]. *Pediatr Emerg Care*, 2019, 35(3):170-175.
- [22] Babeva KN, Klomhaus AM, Sugar CA, et al. Adolescent suicide attempt prevention: Predictors of response to a cognitive-behavioral family and youth centered intervention[J]. *Suicide Life Threat Behav*, 2020, 50(1):56-71.
- [23] Mccauley E, Berk MS, Asarnow JR, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial[J]. *JAMA Psychiatry*, 2018, 75(8):777-785.
- [24] Kothgassner OA, Goreis AX, Robinson KA, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis[J]. *Psychol Med*, 2021, 51(7):1057-1067.
- [25] Asarnow JR, Berk MS, Bedics J, et al. Dialectical behavior therapy for suicidal self-harming youth: Emotion regulation, mechanisms, and mediators[J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2021, 60(9):1105-1115.
- [26] Panesar BA, Soni D, Khan MI, et al. National suicide management guidelines recommending family-based prevention, intervention and postvention and their association with suicide mortality rates: Systematic review[J]. *B J Psych Open*, 2022, 8(2):e54.

(下转第 316 页)

- et al. Parent-child bed-sharing: The good, the bad, and the burden of evidence[J]. *Sleep Med Rev*, 2017, 32(4): 4-27.
- [29] MacFarlane ME, Thompson JMD, Wilson J, et al. Infant sleep hazards and the risk of sudden unexpected death in infancy[J]. *J Pediatr*, 2022, 245(6): 56-64.
- [30] Moon RY, Carlin RF, Hand I. Sleep-related infant deaths: Updated 2022 recommendations for reducing infant deaths in the sleep environment[J]. *Pediatr*, 2022, 150(1): 1-22.
- [31] Yu X, Miao L, Zhu J, et al. Social and environmental risk factors for unintentional suffocation among infants in China: A descriptive analysis[J]. *BMC Pediatr*, 2021, 21(1): 465-474.
- [32] Massare BA, Irvin CN, Hicks SD. Increased sleep latency and decreased sleep duration are associated with elevated risk of bed sharing among mother-infant dyads[J]. *Clinical Pediatr*, 2023, 24(6): 1-6.
- [33] Mason GM, Holmes JF, Andre C, et al. Bedsharing in early childhood: Frequency, partner characteristics, and relations to sleep[J]. *J Genet Psychol*, 2021, 182(4): 269-288.
- [34] Yang YT, Zou JJ, Wei Q, et al. A longitudinal study of the effects of bed-sharing experience in infancy on sleep outcomes at 2 years old[J]. *J Pediatr*, 2022, 245(6): 142-148.
- [35] Chandrasegaran B, Devikittu, Ananthakrishnan S. Pattern and profile of co-sleeping in school-aged children[J]. *Indian Pediatr*, 2022, 59(3): 250-251.
- [36] Baddock SA, Galland BC, Bolton DP, et al. Hypoxic and hypercapnic events in young infants during bed-sharing[J]. *Pediatr*, 2012, 130(2): 237-244.
- [37] McKenna JJ, McDade T. Why babies should never sleep alone: A review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding[J]. *Pediatr Respir Rev*, 2005, 6(2): 134-152.
- 收稿日期: 2023-05-31 修回日期: 2023-09-11 本文编辑: 王悦

收稿日期:2023-05-31 修回日期:2023-09-11 本文编辑:王悦

(上接第 311 页)

- [27] Russon JA, Smithe L, Simpson S, et al. Demonstrating attachment-based family therapy for transgender and gender diverse youth with suicidal thoughts and behavior: A case study[J]. *Fam Process*, 2022, 61(1):230-245.
- [28] Sullivan SA, Spears AP, Mitchell EL, et al. Family treatments for individuals at risk for suicide[J]. *Crisis*, 2023, 44(1):49-60.
- [29] Diamond G, Diamond GM, Levy S. Attachment-based family therapy: Theory, clinical model, outcomes, and process research[J]. *J Affect Disord*, 2021(294):286-295.
- [30] King CA, Arango A, Kramer A, et al. Association of the youth-nominated support team intervention for suicidal adolescents with 11-to 14-year mortality outcomes: Secondary analysis of a randomized clinical trial[J]. *JAMA Psychiatry*, 2019, 76(5):492-498.
- [31] Tran T, La N, Nguyen H, et al. Validation of the coping self-efficacy scale: Vietnamese version for adolescents[J]. *BMC Psychology*, 2022, 10(1):59.
- [32] Pineda J, Dadds MR. Family intervention for adolescents with suicidal behavior: A randomized controlled trial and mediation analysis[J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2023, 62(1):1-10.
- [33] Bello I, Rodr GA, Quintero J. Suicidal and self-harm behavior in adolescents, an unsolved problem: A comprehensive review[J]. *Actas Esp Psiquiatr*, 2023, 51(1):10-20.
- [34] Panesar BA, Soni D, Khan MA, et al. National suicide management guidelines with family as an intervention and suicide mortality rates: A systematic review protocol [J]. *BMJ Open*, 2020, 10(7):e034694.
- [35] Weinstein SM, Cruz RA, Isaia AR, et al. Child-and family-focused cognitive behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: Applications for suicide prevention [J]. *Suicide Life Threat Behav*, 2018, 48(6):797-811.
- [36] Miklowitz DJ, Schneek CD, Walshaw PD, et al. Effects of family-focused therapy vs enhanced usual care for symptomatic youths at high risk for bipolar disorder: A randomized clinical trial[J]. *JAMA Psychiatry*, 2020, 77(5):455-463.
- [37] Miklowitz DJ, Merranko JA, Weintraub MJ, et al. Effects of family-focused therapy on suicidal ideation and behavior in youth at high risk for bipolar disorder[J]. *J Affect Disord*, 2020, 275:14-22.
- 收稿日期:2023-08-10 修回日期:2023-10-21 本文编辑:王悦

收稿日期:2023-08-10 修回日期:2023-10-21 本文编辑:王悦