

Кризисные состояния абонентов Телефона доверия: вопросы диагностики и психологической помощи

Г.С. Банников,

кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения суицидологии, Московского научно-исследовательского института психиатрии, заведующий лабораторией «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической помощи» Центра экстренной психологической помощи, ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет», Москва, Россия, bannikovgs@mgppu.ru

А.В. Ермолаева,

руководитель сектора дистанционного консультирования «Детский телефон доверия» Центра экстренной психологической помощи, ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет», Москва, Россия, ermolaevaav@mgppu.ru

В последние годы на Телефоны доверия значительно возросло количество звонков от людей, находящихся в кризисном состоянии, часто – с суицидальными тенденциями. Поэтому особенно важно, чтобы консультант Телефона доверия обладал навыками быстрого распознавания кризисного состояния и умением оперативно выстраивать стратегию кризисного консультирования. Описываемое в статье исследование было посвящено изучению структуры кризисного состояния абонентов Телефона доверия с помощью разработанной «Карты кризисного состояния». Предметом исследования явилось кризисное состояние личности абонентов, обращающихся за психологической помощью. Проверялось предположение, что стратегии и методы психологической помощи напрямую связаны с особенностями кризисного состояния. Было изучено кризисное состояние 70 абонентов. Из них 59 лиц женского пола (от 12 до 66 лет) и 11 лиц мужского пола (от 11 до 40 лет). Средний возраст у женщин составил 34,5, у мужчин – 23,4. Общий средний возраст составил 28,65 лет. В результате исследования был составлен портрет личности типичного абонента Телефона доверия. Показаны возможные стратегии ведения консультирования.

Ключевые слова: кризисное состояние, Телефон доверия, пресуицидальное состояние, профиль кризисного состояния, стратегии кризисной психологической помощи.

Для цитаты:

Банников Г.С. Ермолаева А.В. Кризисные состояния абонентов Телефона доверия: вопросы диагностики и психологической помощи [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2013. №4. URL: http://psyedu.ru/journal/2013/4/Bannikov_Ermolaeva.phtml (дата обращения: дд.мм.гггг)

Bannikov G.S., Ermolaeva A.V. Crisis states of Helpline subscribers: issues of diagnosis and psychological care. Jelektronnyj resurs «Psihologicheskaja nauka i obrazovanie psyedu.ru», E-journal «Psychological Science and Education psyedu.ru», 2013. no. 4. Available at: http://psyedu.ru/journal/2013/4/Bannikov_Ermolaeva.phtml (Accessed dd.mm.yyyy)

Телефонная помощь возникла более 40 лет в Лондоне. Основным поводом для ее создания послужили участвовавшие случаи самоубийств. «Самаритяне» – первая служба, стремившаяся оказывать кризисную психологическую помощь как по телефону, так и в очном контакте. В 1959 г. был создан международный центр информации для организаций, занимающихся кризисным консультированием, а в 1960 г. – проведена первая встреча работников неотложной помощи со штаб-квартирой в Женеве. Была образована Международная федерация служб телефонной экстренной помощи (IFOTES), которая более 30 лет координирует и поддерживает работу служб неотложной телефонной помощи в более чем 20 странах мира. Российская ассоциация «Телефоны экстренной психологической помощи» (РАТЭПП) учреждена 7 июня 1991 г. В 1994 г. РАТЭПП стала действительным членом IFOTES, а в 1995 г. – действительным членом IASP (Международная ассоциация предупреждения суицидов).

Первый в Советском Союзе Телефон доверия был открыт в 1982 г. в Москве. Его основателем стала профессор Айна Григорьевна Амбрумова. В 1987 г. приказом Совета Министров СССР было развернуто создание социально-психологических служб, включая Телефон доверия, во всех крупных городах страны. Основной задачей службы Телефона доверия являлась профилактика суицидального поведения у практически здоровых людей и людей с пограничными психическими расстройствами, так как по результатам 15-летних исследований, проводившихся во Всесоюзном научно-методическом Центре, чаще всего именно у них в возрасте 20–29 лет регистрировались различные формы аутоагрессивного поведения.

Именно тогда были заложены основные принципы кризисного телефонного консультирования [1]. Подробно были описаны острые суицидоопасные реакции у практически здоровых людей. Выделены характерные их проявления в аффективной, когнитивной, поведенческой сферах, нарушение личностной идентификации, а также периоды острых суицидальных реакций. Было показано, что стратегии оказания кризисной помощи напрямую связаны с типами суицидальных реакций. Разработанный в те годы научно-методологический подход к анализу суицидоопасных реакций может быть применим и в изучении кризисных состояний у подростков. В настоящее время такие исследования практически не ведутся ни у нас в стране, ни за рубежом.

Актуальность проблемы видна из статистики кризисных обращений, поступивших в сектор дистанционного консультирования Детский телефон доверия (ДТД) Центра экстренной психологической помощи ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет» в 2010–2013 г. (табл. 1)

Т а б л и ц а 1

Доля обращений абонентов ДТД с кризисным состоянием от общего количества кризисных обращений за 2010–2013 гг.

Категория обращений	Количество	Процент
Травматические ситуации, насилие (физическое, психологическое, сексуальное)	477	33
Деликвентное поведение, бродяжничество	55	4
Суицидальные мысли, намерения, текущий суицид	281	20
Кризисное состояние	637	43

Итого:	1450	100
--------	------	-----

К кризисным звонкам в ДТД относятся следующие категории по кодификатору:

1. все звонки при условии наличия кризисного состояния;
2. звонки с суицидальной направленностью (суицидальные мысли, намерения, текущий суицид, самоповреждения);
3. звонки по тематике: физическая травма / насилие; психическая травма / насилие; травма, полученная в результате террористической атаки; сексуальное насилие / изнасилование; физическое насилие в семье; психическое насилие в семье; инцесты; смерть близких; неудовлетворение значимых потребностей ребенка / подростка;
4. звонки по тематике: делинквентное поведение, уход ребенка из дома, бродяжничество.

Главной и наиболее важной составляющей кризисного состояния является наличие суицидальных тенденций, представляющих собой континуум от антивитаальных переживаний к наличию устойчивых суицидальных мыслей, далее к суицидальным намерениям и суицидальным действиям [2;10].

Цель телефонной терапии – остановить дальнейшее развитие кризисного состояния, тем самым предотвратить возможное покушение на самоубийство [1].

В рамках представленного суицидального континуума на основании анализа литературы и собственного опыта работы нами были выделены **пресуицидальные маркеры**, охватывающие когнитивные, смысловые, эмоциональные, поведенческие **составляющие кризисного состояния**, которые в процессе телефонного консультирования необходимо распознать и с их учетом построить беседу.

Смысловая составляющая. Характеризуется переживаниями безнадежности, беспомощности [3; 6], утраты смысла жизни, чувством вины. Особенно серьезную угрозу для подросткового возраста представляют переживания своей брошенности, ненужности, восприятия себя как бремени для семьи, окружающих. Сюда можно отнести «нарушение переживания ценности жизни», «экзистенциальный вакуум», когда не хватает ощущения полноты жизни, «содержания жизни» [2; 3; 4; 7; 9; 12; 15;19].

Когнитивная составляющая. Сужение, ригидность восприятия с ограничением использования интеллектуальных возможностей, амбивалентность, ограничение выбора вариантов поведения, обычно доступных сознанию данного человека в конкретной ситуации, суженное мышление по типу «тоннельного видения», по принципу: «Все – или ничего». Важной составляющей является сужение мотивационной сферы, отсутствие страха боли и смерти [2; 8; 13; 14; 20].

Витальная составляющая. Психалгия, часто называемая «душевной болью», «невыносимой психической болью». «Страдание самоубийцы, – пишет Э. Шнейдман, – прежде всего и состоит в *неистовой психической боли, над которой утрачен всякий контроль*; порой в своих глубинах оно скрывает такой избыток боли, что человек, парализованный ею, не в состоянии совершить даже самоубийство» [14, с. 54; 2].

Эмоционально-поведенческая составляющая. Может проявляться сочетанием агрессии, аутоагрессии, бегства или мести, страха, злости и асоциального поведения. Особое место в пресуицидальном состоянии подростка занимает сочетание эмоциональной нестабильно-

сти, импульсивности (ослабленный контроль над переживаниями) и агрессивности [2; 5; 16; 17; 18; 21].

Субпсихотическая составляющая. Переживание интенсивного страха, подавленности перед внутренней дезинтеграцией, сумасшествием, ощущение невозможности контролировать свои чувства, ни жизнь [5; 8; 20].

Выделенные триггеры пресуицидального психологического состояния были использованы при разработке «Карты кризисного состояния».

Целью проведенного нами исследования стало изучение структуры кризисного состояния абонентов Телефона доверия. Изучались личностные особенности абонентов Телефона доверия, анализировались травматические события и вырабатывались механизмы их преодоления. В ходе работы применялись клинико-психологический и статистический методы исследования.

Мы исходили из предположения, что стратегии и методы психологической помощи напрямую связаны с особенностями кризисного состояния.

Нами была разработана и апробирована «**Карта кризисного состояния**», которая включала в себя оценку:

- эмоциональной, смысловой, когнитивной, поведенческой, соматической сфер;
- личностных особенностей (классификация МКБ-10);
- типов кризисных ситуаций (насилие, смерть близких);
- способов преодоления кризисных ситуаций (конфронтация, обвинение себя и др.).

После каждого звонка, носящего кризисный характер, консультантом заполнялась «Карта кризисного состояния», включающая в себя ряд характеристик, описывающих ситуацию, и изменения состояния абонента в процессе телефонного консультирования. При необходимости регулярно осуществлялась супервизия.

Результаты исследования по «Карте кризисного состояния» абонента

Было изучено кризисное состояние 70 абонентов. Из них 59 лиц женского пола (от 12 до 66 лет) и 11 мужского (от 11 до 40 лет). Средний возраст у женщин составил 34,5 у мужчин – 23,4. Общий средний возраст составил 28,65 лет.

Кризисное состояние абонентов в целом можно рассматривать в рамках ситуационно обусловленных тревожно-депрессивных реакций в структуре, где на первое место выходят тревожные переживания, ситуационная подавленность, эмоциональная нестабильность. В ряде наблюдений на первый план в кризисном состоянии наряду с переживаниями подавленности, безрадостности, ощущениями душевной боли выходили идеи вины, мысли о смерти, чаще навязчивого характера, желание умереть, имеющее пассивный, нестойкий характер.

Эмоциональная составляющая кризисного состояния была представлена переживаниями безнадежности на тревожно-депрессивном фоне, интенсивных ситуационно обусловленных страхов, при практически полном отсутствии переживаний безразличия, апатии (рис. 1).

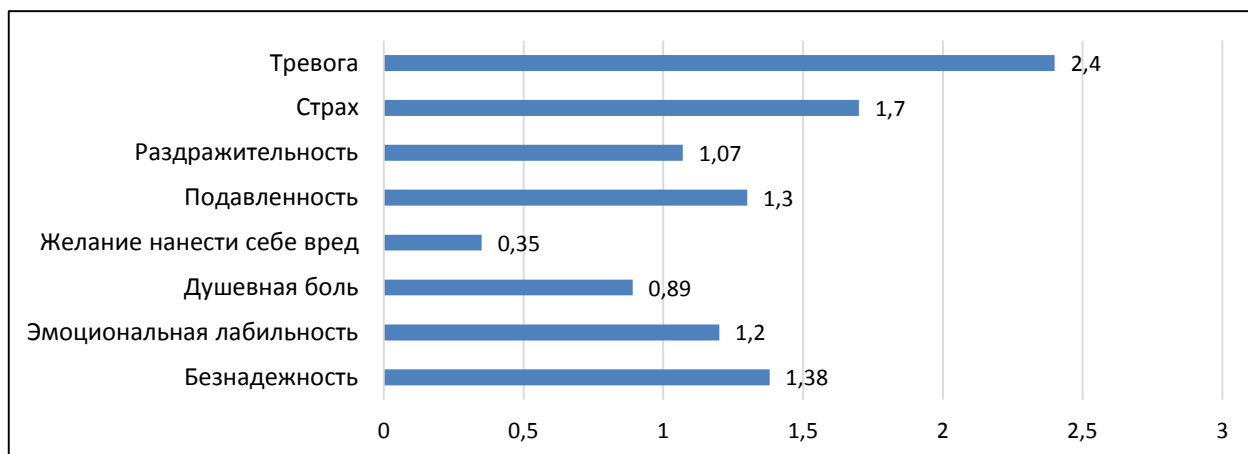


Рис. 1. Эмоциональная составляющая структуры кризисного состояния

Когнитивная составляющая кризисного состояния характеризовалась преобладанием идей, связанных с обвинением окружающих, негативным взглядом на себя, свое настоящее и будущее, идеями вины, невыраженными, пассивными мыслями о смерти (рис. 2).

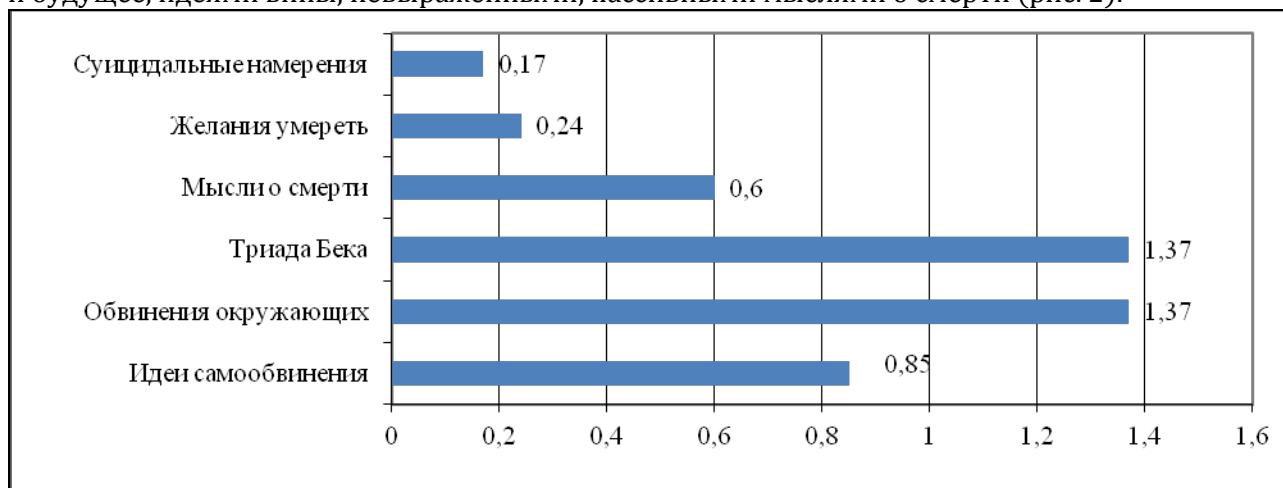
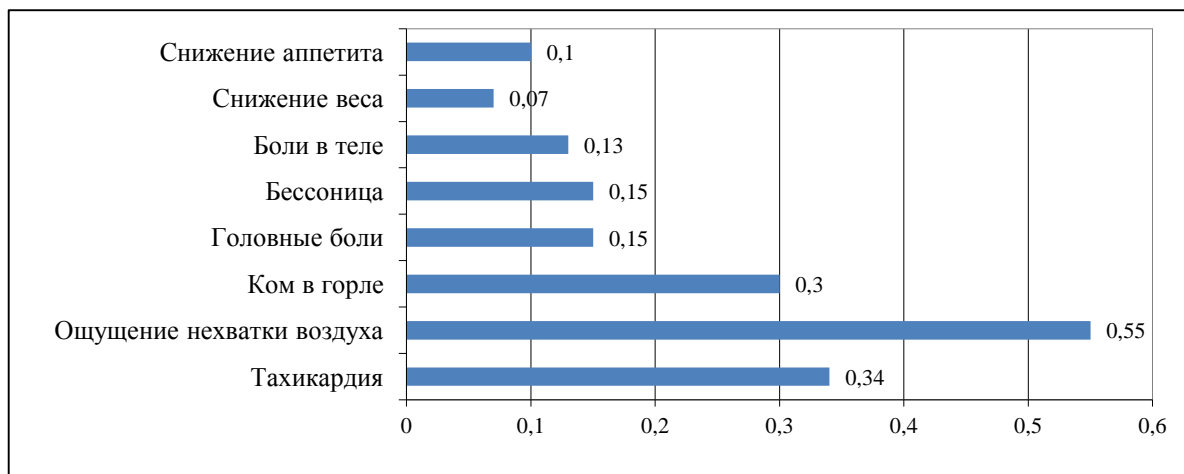


Рис. 2. Когнитивная составляющая структуры кризисного состояния

Среди витальных проявлений кризисного состояния в беседе обращали на себя внимание соматовегетативные реакции: ощущение нехватки воздуха, ком в горле, учащенное сердцебиение (рис. 3).



P

Рис. 3. Соматическая составляющая структуры кризисного состояния

Личностные особенности абонентов Телефона доверия характеризовались преобладанием тревожно-мнительных, зависимых черт, таких как склонность перекладывать на других ответственность за большую часть принимаемых решений, страх одиночества, переживание своей беспомощности, некомпетентности при отсутствии поддержки от значимого другого, высокая уязвимость в межличностных отношениях, склонность к постоянным сомнениям, часто заниженная самооценка, тревога «по пустякам» и т. д. (рис. 4).

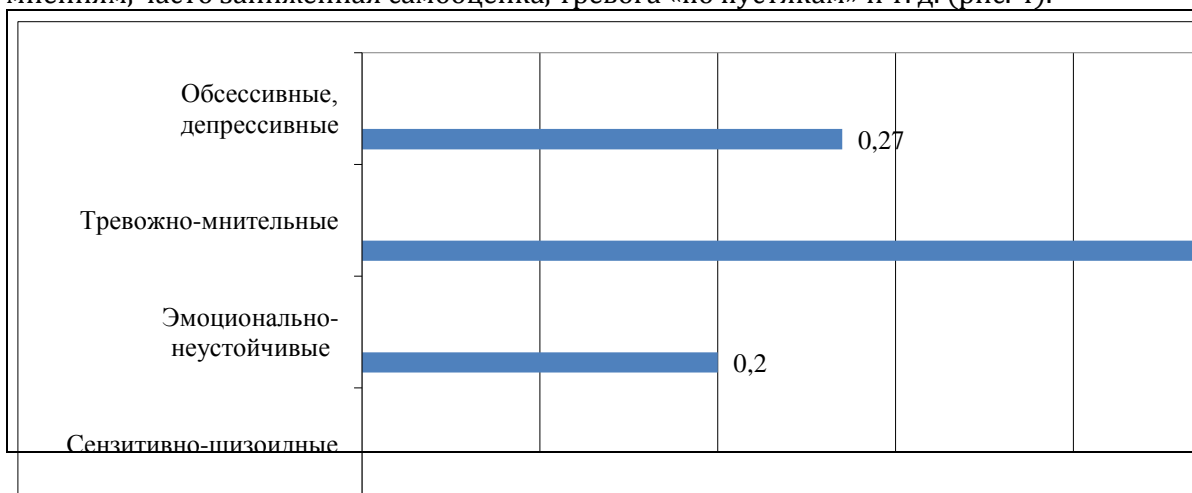


Рис. 4. Личностные особенности абонентов

Анализ травматических ситуаций выявил преобладание различных форм насилия, смерти близких, конфликтных отношений в семье, способствующих формированию кризисных состояний (рис. 5).

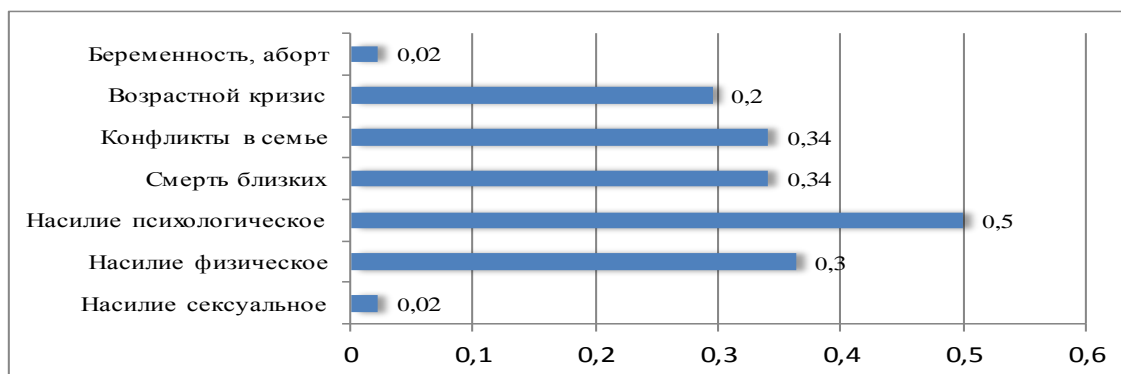


Рис. 5. Характер травматических ситуаций

Абоненты, обращающиеся на Телефон доверия, как правило, прибегали к активным способам преодоления кризисных ситуаций, таким как поиск поддержки, самоконтроль, планирование разрешения ситуации (рис. 6).

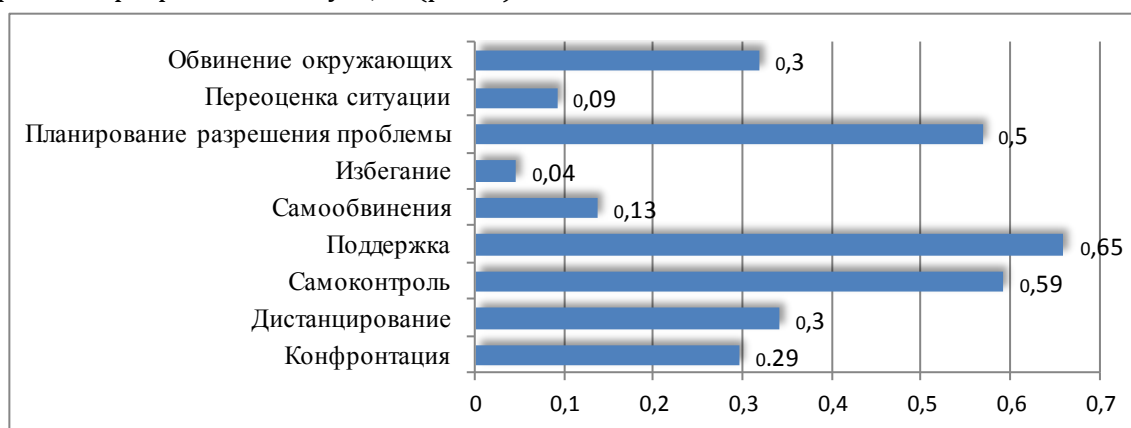


Рис.6. Способы преодоления кризисных ситуаций

Взяв за основу результаты исследования, мы рассмотрели типичный портрет абонентов, обращающихся на ДТД за кризисной психологической помощью, а так же те рекомендации, которые помогут консультанту в процессе беседы.

Обобщенный портрет абонента ДТД, находящегося в кризисном состоянии (женщины): преимущественно молодые женщины, ученицы старших классов с тревожно-мнительными чертами, находящиеся в ситуации потери значимого другого, конфликтов в семейной сфере, и с отчетливо выраженными проявлениями депрессии.

Усредненный пресуицидальный профиль: характерны антивитаальные переживания – безнадежности, бессмысленности, переживание себя как бремени для окружающих, своей ненужности, при усугублении или длительной неразрешенности ситуации наблюдалось

развитие витального компонента тоскливого аффекта (душевной боли) (рис. 7).

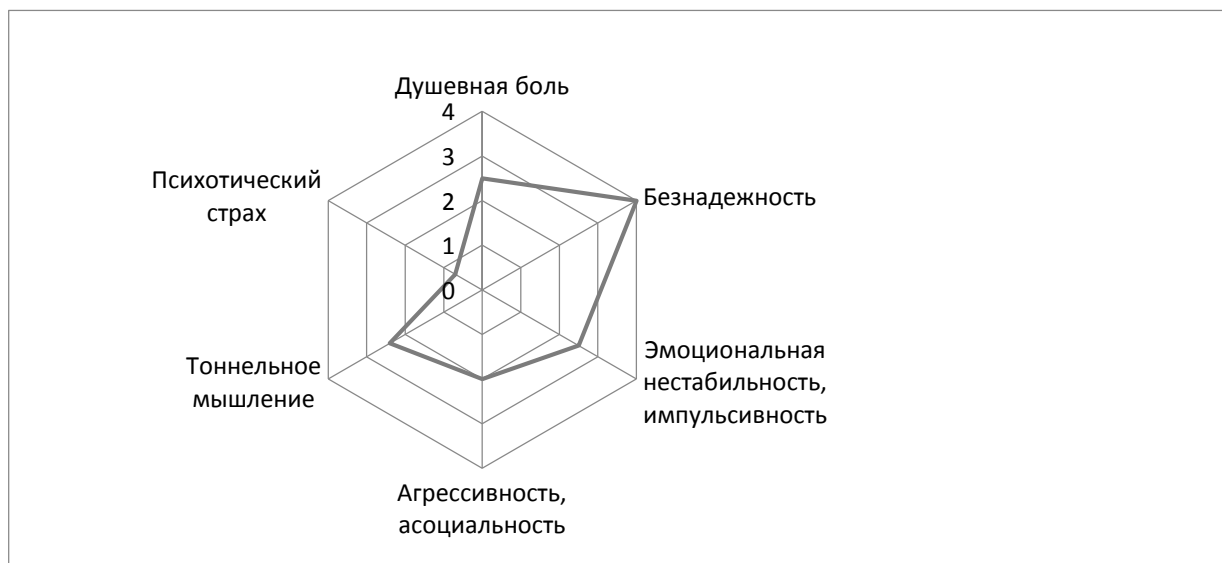


Рис. 7. Профиль кризисного состояния у женщин

Психическое состояние у абонентов было психологически понятно и связано с характером ситуации и личностными особенностями. Наблюдались простые эмоциональные феномены: тревога, тоска, раздражительность, переживания безнадежности, своей ненужности.

Ожидание от беседы: конструктивная установка с ожиданием эмоциональной, информационной поддержки.

Оценка суицидального риска: опасность развития суицидальных тенденций заключалась в «зависании» в травмирующей ситуации с сохранением интенсивности негативных переживаний при субъективном ощущении невозможности что-либо изменить.

Стратегия психологического консультирования: цель – переструктурирование травматического опыта с выходом на адаптивную модель поведения.

Направления работы:

1. установление доверительных отношений;
2. переформулирование первоначального запроса;
3. работа с личностными защитами, рассмотрение неопробованных способов решения кризисной ситуации;
4. выявление и коррекция неадаптивных установок;
5. активация терапевтической установки.

Обобщенный портрет абонента ДТД, находящегося в кризисном состоянии (мужчины): Ученики средних и старших классов с сензитивными-шизоидными чертами и грандиозным чувством собственной важности, потребностью в восхищении, с конфликтами в межличностных отношениях и отчетливо выраженными проявлениями личностных акцентуаций.

Усредненный пресуицидальный профиль: характерен страх перед нарастающими неконтролируемыми изменениями в психике в сочетании с ригидностью мышления и раздражением перед невозможностью справиться со своим состоянием (рис. 8).

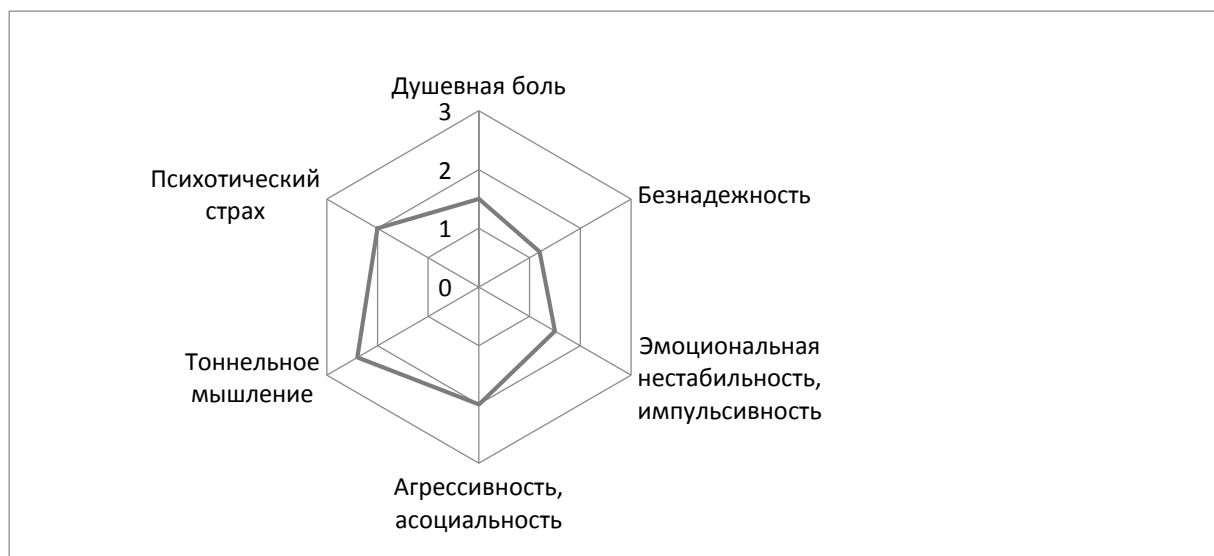


Рис. 8. Профиль кризисного состояния у мужчин

Особенности психического состояния трудно объяснить только характером травмирующей ситуации. В разговоре на первый план выходят индивидуальные личностные характерологические заострения. Отношение к ситуации, в которой находятся абоненты, может быть хаотично-беспорядочным, навязчивым, сверхценным. Возможна манипуляторная установка – использование консультанта для воздействия на «значимого другого».

Оценка суицидального риска: нарастающие ощущения своей «измененности», сопровождающиеся интенсивной тревогой, утратой смысла жизни, содержательно не связанные с травмирующей ситуацией, ощущение враждебности мира приводит к развитию устойчивых суицидальных мыслей и намерений.

Стратегия психологического консультирования: цель – развитие критичности к своему состоянию и повышение мотивации к обращению за помощью к специалистам.

Направления работы:

1. снижать у абонента чувство неопределенности, информируя его о его состоянии;
2. в качестве причин состояния называть те, которые выдвигает сам абонент, или житейские;
3. подчеркивать, что состояние обратимо, если обратиться к специалисту;
4. рекомендации давать простые, связанные с привычными действиями.

Консультант должен помнить, что любая информация может быть истолкована исходя из болезненного состояния позвонившего.

Полученные в результате исследования данные позволили нам сформулировать следующие **предварительные выводы**.

1. Структура кризисного состояния у большинства обращающихся на Телефон доверия соответствует ситуационно обусловленным тревожно-депрессивным реакциям.

2. Наиболее часто на Телефон доверия обращаются молодые женщины с тревожно-мнительными чертами характера, сталкивающиеся с конфликтами, психологическим насилием в семье, имеющие копинг-стратегии, направленные на поиск социальной поддержки.
3. Выявлен и описан среднестатистический портрет абонента мужского и женского пола с суицидальными тенденциями, обращающегося на Телефон доверия.
4. Структура кризисного состояния, причины обращения и особенности личности различаются в зависимости от пола.
5. Стратегии и методы психологической помощи (алгоритм) напрямую связаны с особенностями кризисного состояния.
6. Полученные результаты имеют значение как для теории, так и для практики, поскольку анализ кризисных состояний с их последующей типологизацией во взаимосвязи с личностными особенностями и характером травмирующего события позволит создать алгоритм действий консультанта Телефона доверия, повысит эффективность оказываемой помощи.

Литература

1. *Амбрумова А.Г., Полеев А.М.* Неотложная психотерапевтическая помощь в суицидологической практике: Метод. рекомендации. М.: Министерство здравоохранения РСФСР, 1986. 25 с.
2. *Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А.* Диагностика суицидального поведения: Метод. рекомендации. М.: НИИ психиатрии МЗ РФ, 1980. 48 с.
3. *Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г.* Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003. 304 с.
4. *Дюркгейм Э.* Самоубийство: Социологический этюд/ Под ред. В.А. Базарова. М.: Мысль, 1994. 399 с.
5. *Кернберг О.Ф.* Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. М.: Класс, 2001. 464 с.
6. Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А. Бека, А. Фримена. СПб.: Питер, 2002. 544 с.
7. *Ленгле А.* Дотянуться до жизни. Экзистенциальный анализ депрессии. М.: Генезис, 2010. 128 с.
8. *Меннингер К.* Война с самим собой. М.: Эксмо-Пресс, 2000. 480 с.
9. *Павлов И.П.* Самоубийство – великая печаль русской жизни // Медицинская газета. 1999, 28 мая. С. 28.
10. Психотерапевтическая энциклопедия /Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2002. 1024 с.
11. *Старшенбаум Г.В.* Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр, 2005. 376 с.
12. *Франкл В.* Человек в поисках смысла / Под общ. ред. Л.Я. Гозмана, Д.А. Леонтьева. М.: Прогресс, 1990. 368 с.
13. *Хензелер Х.* Вклад психоанализа в проблему суицида // Энциклопедия глубинной психологии. М.: Когито-Центр, МГМ, 2001. С.88–102.

14. *Шнейдман Э.* Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001. 132 с.
15. *Ясперс К.* Общая психопатология / Пер. с нем. Л.О. Акопяна. М.: Практика, 1997. 1056 с.
16. *Farberow N.* Prevention and therapy in crisis // Suicide and Attempted Suicide . Stockholm: Nordiske Bokhandelus. Forlang. 1972. P. 303–316.
17. *Leenaars, A.A., Lester D.* Testing the cohort size hypothesis of suicide and homicide rates in Canada and the United States // Archives of Suicide Research. 1996. № 2. P. 43–54.
18. *Maris R.* Pathways to suicide: A survey of self-destructive behaviour. Baltimore, MD: John Hopkins University Press, 1981. 100 p.
19. The interpersonal theory of suicide / Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C., Braithwaite S.R., Edward A., Joiner Jr., T.E. // Psychological Review. 2010. Vol. 117(2). P. 575–600.
20. *Ringel E.* Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften Entwicklung. Magdeburg: Klotz . Wien, Diisseldorf: Maudrich, 1953. P.19.
21. *Zilboorg G.* Considerations on suicide, with particular reference to that of the young // American Journal of Orthopsychiatry. 1937. Vol. 7. № 1. P. 15–31.

Crisis states of Helpline subscribers: issues of diagnosis and psychological care

G.S. Bannikov,

PhD in Medicine, Senior Research Assistant, Department of Suicidology, Moscow Research Institute of Psychiatry, Head of Laboratory "Scientific and methodological support of emergency psychological aid", Center for Emergency Psychological Aid, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russian Federation, bannikovgs@mgppu.ru

A.V. Ermolaeva,

Head of Sector for remote consultation "Children's Helpline", Center for Emergency Psychological Aid, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russian Federation, ermolaevaav@mgppu.ru

In recent years, the number of calls to the Helpline from people who are in crisis state, often with suicidal tendencies, has increased significantly. It is therefore particularly important that a helpline counselor had instant recognition skills of crisis state and the ability to quickly build a strategy for crisis counseling. The study described in the article was focused on crisis state structure of helpline subscribers using developed "Crisis state maps". The subject of the study was the critical state of the individual subscribers seeking psychological help. We tested the assumption that the strategies and methods of psychological assistance are directly related to the features of crisis. We studied crisis state in 70 subscribers. Of these, 59 were females (12 to 66 years old) and 11 males (11 to 40 years old). The average age of women was 34,5 years, of men – 23,4 years. The overall average age was 28,65 years. The study result was the portrait of typical helpline subscriber personality. We show the possible strategies of counseling.

Keywords: crisis state, helpline, pre-suicidal state, crisis state profile, strategies of psychological aid in crisis.

References

1. *Ambrumova A.G., Poleev A.M.* Neotlozhnaia psikhoterapevticheskaiia pomoshch' v suitsidologicheskoi praktike: Metod. rekomendatsii. Emergency assistance in a suicide psychotherapeutic practice: Method. recommendations. Moscow: Ministerstvo zdravookhraneniia RSFSR, 1986. 25 p.
2. *Ambrumova A.G., Tikhonenko V.A.* Diagnostika suitsidal'nogo povedeniia: Metod. rekomendatsii. [Diagnosis of suicidal behavior: Method. recommendations]. Moscow.: NII psikiatrii MZ RF, 1980. 48 p.
3. *Bek A., Rash A., Sho B., Emeri G.* Kognitivnaia terapiia depressii [Cognitive therapy for depression.]. S-Petersburg: Piter, 2003. 304 p.
4. *Diurkgeim E.* Samoubiistvo: Sotsiologicheskii etiud [Suicide: A sociological study] Pod red. V.A. Baza-rova. Moscow: Mysl', 1994. 399 p.
5. *Kernberg O.F.* Tiazhelye lichnostnye rasstroistva. Strategii psikhoterapii. [Severe personality disorders. strategies of psychotherapy] Moscow: Klass, 2001. 464 p.

6. Kognitivnaia psikhoterapiia rasstroistv lichnosti [Cognitive therapy for personality disorders] Pod red. A. Beka, A. Frimena. SPb.: Piter, 2002. 544 p.
7. *Lengle A.* Dotianut'sia do zhizni. Ekzistentsial'nyi analiz depressii.[Reach to life. Existential analysis of depression] Moscow: Genezis, 2010. 128 p.
8. *Menninger K.* Voina s samim soboi [War with itself.]. Moscow: Eksmo-Press, 2000. 480 p.
9. *Pavlov I.P.* Samoubiistvo – velikaia pechal' russkoi zhizni [Suicide - a great sadness Russian life] Meditsinskaia gazeta. 1999, 28 maia. P. 28.
10. Psikhoterapevticheskaia entsiklopediia [Psychotherapeutic encyclopedia]. Pod red. B.D. Karvasarskogo. S-Petersburg: Piter, 2002. 1024 p.
11. *Starshenbaum G.V.* Suitsidologii i krizisnaia psikhoterapiia [Suicidology and crisis psychotherapy]. Moscow: Kogito-Tsentr, 2005. 376 p.
12. *Frankl V.* Chelovek v poiskakh smysla [Man 's Search for Meaning] Pod obshch. red. L.Ia. Gozmana, D.A. Leont'eva. Moscow: Progress, 1990. 368 p.
13. *Khenzeler Kh.* Vklad psikhoanaliza v problemu suitsida Entsiklopediia glu-binnoi psikhologii.[Contribution of psychoanalysis to the problem of suicide. Encyclopedia of depth psychology]. Moscow: Kogito-Tsentr, MGM, 2001. P.88–102.
14. *Shneidman E.* Dusha samoubiitsy [Soul suicide]. Moscow: Smysl, 2001. 132 p.
15. *Iaspers K.* Obshchaia psikhopatologiiia [General Psychopathology]. Per. p. nem. L.O. Akopi-ana. Moscow: Prak-tika, 1997. 1056 p.
16. *Farberow N.* Prevention and therapy in crisis // Suicide and Attempted Suicide . Stockholm: Nordiske Bokhandelus. Forlang. 1972. P. 303–316.
17. *Leenaars, A.A., Lester D.* Testing the cohort size hypothesis of suicide and homicide rates in Canada and the United States// Archives of Suicide Research. 1996. № 2. P. 43–54.
18. *Maris R.* Pathways to suicide: A survey of self-destructive behaviour. Baltimore, MD: John Hopkins University Press, 1981. 100 p.
19. The interpersonal theory of suicide / Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C., Braithwaite S.R., Edward A., Joiner Jr., T.E. // Psychological Review. 2010. Vol. 117(2). P. 575–600.
20. *Ringel E.* *Der Selbstmord.* Abschluß einer krankhaften Entwicklung. Magdeburg: Klotz . Wien, Diisseldorf: Maudrich, 1953. P.19.
21. *Zilboorg G.* Considerations on suicide, with particular reference to that of the young // American Journal of Orthopsychiatry. 1937. Vol. 7. № 1. P. 15–31.