

# ОПЫТ ОБСУЖДЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОЙ ТЕМАТИКИ В АМБУЛАТОРНОЙ ГРУППЕ ПОДДЕРЖКИ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

О.М. БОЙКО\*,  
ФГНБУ НЦПЗ, Москва, Россия,  
olga.m.boyko@gmail.com

М.В. МАКЛИН\*\*,  
ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия,  
masha.maklin@gmail.com

С.Н. ЕНИКОЛОПОВ\*\*\*,  
ФГНБУ НЦПЗ, Москва, Россия,  
enikolopov@mail.ru

## Для цитаты:

*Бойко О.М., Маклин М.В., Ениколопов С.Н.* Опыт обсуждения суицидальной тематики в амбулаторной группе поддержки людей, страдающих психическими заболеваниями // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 2. С. 92—103. doi: 10.17759/cpp.2018260206

\* *Бойко Ольга Михайловна*, научный сотрудник отдела медицинской психологии, ФГНБУ НЦПЗ, Москва, Россия, e-mail: olga.m.boyko@gmail.com

\*\* *Маклин Мария Владимировна*, кандидат психологических наук, медицинский психолог отделения реабилитации, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия, e-mail: masha.maklin@gmail.com

\*\*\* *Ениколопов Сергей Николаевич*, кандидат психологических наук, заведующий отделом медицинской психологии, ФГНБУ НЦПЗ, Москва, Россия, e-mail: enikolopov@mail.ru

Представлен опыт обсуждения суицидальной тематики в группе поддержки людей, страдающих психическими заболеваниями. Проведен анализ влияния суицидальных проявлений на участников группы и ведущих, обсуждены основные подходы к работе с суицидальными проявлениями и ограничения, связанные с работой в группе и наличием психических заболеваний у участников. Выделены цели, встающие перед специалистами при актуализации суицидальной тематики в групповом формате: предотвращение совершения самоубийства и формирования синдрома эмоционального выгорания у ведущих. В соответствие с этим сформулированы задачи: повышение уровня компетентности ведущих в отношении работы с суицидальными проявлениями, уточнение выраженности суицидального поведения и степени риска, предотвращение «нормализации» суицидального поведения, выявление личной мотивации суицидального поведения, обнаружение взаимосвязи между силой суицидальных тенденций и состоянием психического здоровья, работа над повышением комплаентности.

**Ключевые слова:** суициальные проявления, психические заболевания, группа поддержки.

Суицидальное поведение часто встречается при психических заболеваниях, особенно сопровождающихся депрессивной симптоматикой. По данным Д.Б. Анискина, распространенность суицидов среди психически больных, состоящих на диспансерном учете, более чем в два раза выше общепопуляционной [1].

Амбулаторная группа поддержки — часть лечебно-профилактической программы, опирающейся на биопсихосоциальный подход, имеющий доказанное антисуицидальное значение [8]. Ее работа включает обсуждение текущих проблем каждого участника [15]. Такой формат исключает возможность выбора темы ведущими, что, при достаточном уровне доверия в группе, повышает вероятность обсуждения суицидальной тематики. Игнорирование данной темы, если она заявлена, приведет к росту уровня напряжения и снижению доверия в группе, что резко отрицательно скажется на продуктивности ее работы и может привести к отказу участников от дальнейшего посещения. Не объясняемый ведущими и от этого непонятный участникам отказ от столь эмоционально значимой темы, будучи воспринятым как отвержение, повышает уровень тревожности и снижает уровень доверия к ведущим, как со стороны автора запроса, так и у других участников. В то же время обсуждение этой темы, будучи правильно проведенным, помогает человеку сблизиться с другими людьми, преодолеть ощущение замкнутости, отверженности, одиночества, а также снизить уровень тревоги и дисфории [15, с. 98], а ведущим дает возможность диагностировать наличие суицидальных тенденций у других участников.

Вместе с тем актуализация суицидальной тематики в ходе групповой работы, являясь стрессовым фактором, увеличивает вероятность появления у ведущих симптоматики психологического выгорания, и повышение уровня информированности о целях и способах работы с ней является одним из условий его предотвращения. Суицидальная проблематика может сопровождаться контрпереносной реакцией, когда у ведущих (как у родных, так и у персонала) «появляется желание, чтобы невозможно трудный пациент “исчез”» [6, с. 328], что приводит к неосознаемому игнорированию суицидального риска. К одной из разновидностей такой реакции можно отнести и распространенное отношение к суицидальным проявлениям как к исключительно истерической феноменологии. Такое поведение и его потенциально трагические последствия можно контролировать, зная о его возможности.

Сталкиваясь в ходе ведения группы поддержки с предъявлением в качестве запроса для обсуждения суицидальной проблематики, мы обнаружили отсутствие согласованных рекомендаций в отношении работы с ней именно для групповой работы с людьми, страдающими психическими заболеваниями. В связи с этим, с опорой на анализ литературы, был разработан план работы с суицидальными проявлениями в групповом формате, направленной на снижение вероятности совершения самоубийства участниками группы, с описанием задач, реализация которых необходима для достижения данной цели.

Общие меры, не специфичные для групповой работы, по поводу которых согласны сторонники всех психотерапевтических направлений, включают в себя необходимость предупреждения близких пациента и его лечащего врача-психиатра, если с ними есть контакт [4; 6; 10]. Для того чтобы это не рассматривалось участником группы как нарушение конфиденциальности, необходимо заранее, перед началом работы группы, со всеми обсудить возможность контакта с лечащим врачом и/или родственником в том случае, если, с точки зрения ведущих, состояние участника требует вмешательства. Честное объяснение данной ситуации помогает сохранить доверие к ведущим, без которого невозможна продуктивная работа группы поддержки. Также ведущим необходимо заранее решить для себя вопрос о возможности продолжать работу с участником, чья суицидальная мотивация является истинной, когда имеется желание прекратить жизнь. В случае положительного ответа важно продумать, на каких условиях работа может продолжиться. К таковым может быть отнесено выполнение условия о внеплановом посещении своего лечащего врача-психиатра с предоставлением ведущим справки об этом. Это же может быть решением ситуации, когда у ведущих нет контакта ни с родственниками участника, ни с его лечащим врачом-психиатром.

Непосредственные действия в ситуации обнаружения суицидальных тенденций зависят от подхода, которого придерживается специалист. Сторонники кризисного психологического консультирования предлагают следующие меры: обеспечение круглосуточной доступности психологической помощи, вплоть до разрешения обращаться к специалисту вне зависимости от времени суток [10], и подписание антисуицидального контракта, согласно которому участник обязуется не предпринимать антивитальных действий по отношению к себе в ходе работы, а при возникновении суицидального побуждения обратится за помощью. К сожалению, такой контракт не дает абсолютной гарантии превенции суицида, а напротив, по мнению некоторых исследователей, создает ложное ощущение надежности у специалиста и усиливает ощущение одиночества у пациента. Согласно нидерландскому исследованию, с 23% людей, совершивших суицид, был заключен антисуицидальный контракт. Часть исследователей предлагают использовать вместо него «договор о рефлексии» (обязательство взять паузу и еще раз подумать над ситуацией, возможно, вместе со специалистом) [12], а другие — «планирование ответа в кризисе» («написание на каталожной карточке шагов, направленных на идентификацию индивидуальных предупредительных знаков, а также стратегий совладания, социальной поддержки и профессиональных служб, которые следует привлечь в случае кризиса» [16, цит. по: 9, с. 163]). Психодинамический подход предлагает при выявлении суицидального риска сообщить о его наличии родственникам клиента, подчеркнув, что полностью гарантировать отсутствие суицида невозможно никогда, поэтому необходимо относиться к нему как к признаку смертельно опасного заболевания, которое может обостриться и убить человека в любой момент, а также реалистично описать возможность и ограничения предлагаемого психотерапевтического вмешательства. О. Кернберг считает необходимым установление и соблюдение границ в работе, к нарушению которых относит и возможность круглосуточного доступа к психотерапевту [6].

Были выделены задачи, специфичные для групповой работы с людьми, страдающими психическими заболеваниями, при актуализации суицидальной тематики.

1. Оценка суицидального риска, уточнение выраженности суицидальной феноменологии, уровня его летальности и наличия протективных антисуицидальных факторов [4; 10; 14].

2. Предотвращение «нормализации» суицидального поведения — восприятия его как закономерного и оправданного выхода из ситуации, способа достижения целей [3].

3. Выявление личной мотивации суицидальных тенденций у всех участников, которые сообщают об их актуальности, и помощь в нахождении

других, социально приемлемых и доступных, способов удовлетворения тех потребностей, которые стоят за ними у каждого, работа над автоматизацией и увеличением их представленности в поведении [2; 5; 6; 7; 11].

4. Выявление взаимосвязи усиления суицидальных тенденций с ухудшением психического состояния, поддержание/формирование приверженности лечению и обсуждение возможности усиления медикаментозной поддержки в период ухудшения состояния [1; 2; 8].

Рассмотрим подробнее каждую из этих задач.

### **Оценка степени выраженности суицидальной феноменологии и уровня ее летальности**

Данная оценка необходима для планирования дальнейшего вмешательства. Суицидальное поведение по степени выраженности разделяется на мысли, намерения, планы и действия. Если суицидальные мысли считаются условно нормативным явлением, то намерения, планы и предпринимаемые действия — нет. Перечисляя факторы суицидального риска, необходимо отметить, что переносить данные, полученные на общепопуляционной выборке, без исследования именно когорты психически больных, не всегда обоснованно [14, с. 124]. Так, хотя мужской пол традиционно считается одним из факторов риска [8], исследование выборки самоубийц, состоявших на учете у психиатра, показало, что распространенность суицидов среди психически больных женщин несколько выше, чем среди мужчин [1].

Суицидальный риск оценивается по наличию суицидальных попыток в анамнезе, детализированного плана совершения антивитаальных действий, аффективного антивитаального поведения, злоупотребления ПАВ, а также социальной, в том числе и семейной, дезадаптации, трудностей в трудоустройстве в соответствии с имеющейся квалификацией, реальной или ожидаемой утраты (отношений, статуса, функций, значимого человека, финансового положения), тяжелых конфликтов в ближайшем окружении, суицидального поведения у значимых лиц, тяжело и потенциально инвалидизирующего заболевания [4; 10].

Также фактором риска является нереалистичность представлений о смерти. При сочетании с субъективным ощущением времени, как обратимого и бесконечного, это может провоцировать суицидальные попытки, имеющие в основе несуйцидальные намерения, что требует отдельного обсуждения в ходе работы [13]. Если мотивацией к совершению суицида не является именно прекращение жизни, то важно уточнить насколько человек понимает и отдает себе отчет в окончательности и бесповоротности смерти.

К протективным антисуицидальным факторам относят: наличие антисуицидальных мировоззренческих установок (отрицательное отношение к самоубийству у общества или религии, которую исповедует больной), чувство долга перед семьей, детьми, специалистом, с которым сложились отношения доверия, страх смерти, страх боли, боязнь перед неизвестностью, инстинкт самосохранения, а также ряд факторов, накладывающих моральный запрет на суициды.

### **Предотвращение «нормализации» суицидального поведения**

Неудача в выполнении данной задачи может спровоцировать распространение суицидального поведения среди участников. Успешная работа требует установления и поддержания эмоционального контакта с человеком, предъявляющим суицидальные тенденции как запрос для текущего обсуждения. Это приводит к возникновению дилеммы: как поддержать клиента, но не выразить этим одобрение его поведению. Она решается за счет выражения поддержки именно переживаниям человека с одновременным четким обозначением того, что психолог не является сторонником суицида как способа разрешения волнующей его ситуации.

Для реализации данной задачи необходимо подробно обсудить ситуацию, в которой возникает суицидальный импульс, и переживания, связанные с ней. В случае наличия суженного «туннельного восприятия» есть смысл использовать методику Э. Шнейдмана «10 неподходящих решений», когда человеку предлагается представить 10 вариантов разрешения текущей ситуации, которые ему не подходят, проранжировать их по степени неприемлемости от 1 до 10, а затем обсудить, что именно не устраивает в каждом из них и найти наименее неприятный вариант [14].

При выявлении стереотипного возникновения суицидальных побуждений в определенных психотравмирующих ситуациях может быть полезно использование техники «планирования ответа» [16, цит. по: 9]. Также важно обсуждение представлений участников о последствиях суицидального поведения для близких: они часто преуменьшаются, и осознание того вреда, который суицид в действительности принесет, помогает в предотвращении «нормализации» суицидального поведения [2]. В рамках этой же задачи идет и работа по развенчанию стереотипных представлений о *нормальном* поведении и *нормальной* реакции в ответ на неудачи.

Зачастую, за счет меньшего столкновения с реальной жизнью и отношениями и большого количества надежд и фантазий, у людей, страдающих психическими заболеваниями, есть ожидания собственных сверхвысоких и быстрых достижений [5]. И столкновение с фрустрацией

актуализирует принцип «все или ничего». В этом контексте становится важной работа, направленная на повышение осведомленности о нормативности фрустрации в человеческой жизни, эмоциональное принятие данного факта и «появление внутренней возможности отступления в субъективно непреодолимой ситуации», успешнее проходящая при сформированных отношениях доверия с ведущими [7, с. 55].

Одним из способов становится самораскрытие ведущих с рассказом о ситуациях, подходящих под предъявляемую пациентом, в которых они испытывали стыд, бессилие, гнев, и т. д., и вынуждены были примиряться с несопадением реальности и собственных желаний. Одновременно с этим необходимо признать, что переживания, испытываемые когда что-то не получается, очень неприятны, и помочь освоить культурные способы совладания с ними.

### **Работа с мотивацией суицидального поведения**

Эта работа включает в себя три этапа.

На *первом этапе* предусмотрено выявление личной мотивации и смысла суицидального поведения у всех, кто сообщает о его актуальности. По смыслу выделяют три типа суицидального поведения: истинный (направленный на достижение смерти), аффективный (суицидальные действия совершаются под влиянием текущего аффективного состояния) и демонстративный. Описаны следующие мотивы суицидального поведения: призыв (известный в мировой литературе как крик о помощи, где основным смыслом является привлечение к себе внимания окружающих); протест (активная реакция против сложившейся ситуации); парасуицидальная пауза (необходимость дать себе хотя бы короткий отдых в ситуации конфликта); избегание страдания (необходимость выхода из невыносимой ситуации); самонаказание (стремление к наказанию себя как виновного в создавшемся положении); отказ (желание умереть, прекратить существование) [7]; переживание радости от осознания мощи суицидального импульса [6]; желание сохранить представления о себе или мире, не соответствующие реальному положению дел [11]; желание взбодриться [12].

На *втором этапе* исследуются возможности удовлетворения фрустрированной потребности, лежащей в основе суицидальной активности, так как не каждую потребность можно удовлетворить в желаемой степени и в том виде, в котором человек это себе представляет.

На *третьем этапе* оказывается помощь в нахождении других, социально приемлемых и доступных, способов удовлетворения тех потребностей, которые стоят за суицидальным поведением у каждого участ-

ника, с проведением работы над их автоматизацией и увеличением их представленности в поведении. Также оказывается помощь в проживании процесса скорби по нереалистичным представлениям и потребностям, удовлетворение которых желаемыми для пациента способами невозможно.

### **Формирование приверженности лечению**

Это необходимая задача, так как правильно подобранная и принимаемая фармакотерапия способна стабилизировать состояние пациента и предупреждать усиление тревожной, депрессивной и психотической симптоматики, зачастую являющейся причиной актуализации суицидального поведения [6].

Выполнение этой задачи включает следующее.

1. Повышение критичности участников к собственным психопатологическим проявлениям. Для этого требуется помощь в опознавании и отслеживании проявлений имеющегося психического заболевания. В контексте обсуждаемой проблематики важно вместе с участниками группы проследить взаимосвязь между изменением психического состояния и появлением/нарастанием суицидальных тенденций. Данная задача является объективно сложной, важной и не всегда полностью выполнимой в работе с людьми, страдающими психическими заболеваниями, так как требует признания человеком не только наличия у себя психического заболевания, но и ограничений, с ним связанных, и потерь, им нанесенных (работоспособность, продуктивность когнитивных функций и т. д.) [11]. Следовательно, одним из фокусов групповой работы становится помощь в переживании скорби по несостоявшимся надеждам, мечтам и представлениям о себе и мире.

2. Поддержание конструктивного настроя на сотрудничество с врачом включает в себя: помощь в принятии амбивалентных переживаний по поводу зависимости от врача, поиск тех областей, которые сам пациент может контролировать, того, что можно оптимизировать, и выявление испытываемых в связи с этим сложностей. Некоторые из них могут быть обусловлены дефицитом социальных навыков (когда пациент не может сказать врачу о чем-то тревожащем из-за неловкости, неумения общаться, незнания того, что жаловаться можно и это нормально). Другие связаны со страхом перед возможной госпитализацией или усилением фармакологической поддержки и тревогой перед возникновением/усилением побочных действий принимаемых препаратов вследствие этого в случае, если врач узнает об актуальной суицидальной проблематике [8].

## Выводы

Таким образом, конструктивное обсуждение суицидальной тематики в амбулаторной группе поддержки людей, страдающих психическими заболеваниями, требует компетентности ее ведущих в отношении работы с суицидальными проявлениями. Необходимо уметь определять степень выраженности и уровень риска суицидальных проявлений. Одна из основных целей работы — предотвращение «нормализации» суицидального поведения, выявление его личной мотивации, обнаружение взаимосвязи между силой суицидальных тенденций и состоянием психического здоровья, а также работа над формированием и укреплением приверженности лечению.

Описанные мишени работы могут помочь специалисту не только эффективнее работать при столкновении с суицидальными тенденциями у участников группы поддержки, но и, за счет большего понимания своих возможностей и ограничений в этой ситуации, снижают риск профессионального выгорания.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Анискин Д.Б.* Самоубийство как социально-психиатрическая проблема: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1997. 25 с.
2. *Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г.* Когнитивная терапия депрессии: пер. с англ. СПб.: Питер, 2003. 289 с.
3. *Борисоник Е.В., Любов Е.Б.* Клинико-психологические последствия суицида для семьи жертвы // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 25—41. doi: 10.17759/cpp.20162403003
4. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Под ред. Д. Вассерман. М.: Смысл, 2005. 310 с.
5. *Вулис Р.* Если ваш близкий страдает душевной болезнью: пер. с англ. М.: Нолидж, 1998. 192 с.
6. *Кернберг О.* Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии: пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 464 с.
7. *Конончук Н.В.* О психологическом смысле суицидов // Психология экстремальных ситуаций / Под ред. К.В. Сельченка, А.Е. Тараса. М: АСТ; Минск: Харвест, 2002. С. 52—55.
8. *Любов Е.Б., Носова Е.С.* Суицидальное поведение в начале психических расстройств: отчаяние и надежда // Суицидология. 2017. Т. 8. № 2. С. 28—31.
9. Прогноз и превенция самоповреждений и суицидов // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 3. С. 153—169. doi: 10.17759/cpp.2017250311
10. *Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И.* Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб.: Речь, 2007. 256 с.
11. *Стайнер Дж.* Психические убежища. Патологические организации у психотических, невротических и пограничных пациентов: пер. с англ. М.: «Когито-Центр», 2010. 237 с.

12. Суицидальный пациент [Электронный ресурс] // Международные новости психиатрии от Елены Можяевой. URL: <http://psypharma.ru/ru/novosti/mezhdunarodnye-novosti-psihiatrii-ot-eleny-mozhaevoy/suicidalnyy-pacient#> (дата обращения: 10.05.2018).
13. Тиано С., Мэнор И., Вэнсан М. Желание умереть и желание совершить самоубийство у подростка — последовательное желание или два разных феномена? // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2005. Т. 2. № 2. С. 19—21.
14. Шнейдман Э. Душа самоубийцы: пер. с англ. М.: Смысл, 2001. 315 с.
15. Ялом И. Стационарная групповая психотерапия: пер. с англ. М.: Эксмо, 2011. 476 с.
16. Bryan C.J., Mintz J., Clemens T.A., Leeson B., Burch T.S., Williams S.R., Maney E., Rudd M.D. Effect of crisis response planning vs. contract for safety on suicide risk in U.S. Army soldiers: A randomised clinical trial // Journal of Affective Disorders. 2017. Vol. 212. P. 64—72. doi:10.1016/j.jad.2017.01.028

## THE EXPERIENCE OF DISCUSSING SUICIDAL TOPICS IN AN OUTPATIENT SUPPORT GROUP FOR PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS

O.M. BOIKO\*,  
Mental Health Research Center, Moscow, Russia,  
olga.m.boyko@gmail.com

M.V. MAKLIN\*\*,  
Mental Health Research Center, Moscow, Russia,  
masha.maklin@gmail.com

S.N. ENIKOLOPOV\*\*\*,  
Mental Health Research Center, Moscow, Russia,  
enikolopov@mail.ru

### For citation:

Boiko O.M., Maklin M.V., Enikolopov S.N. The Experience of Discussing Suicidal Topics in an Outpatient Support Group for People with Mental Disorders. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2018. Vol. 26, no. 2, pp. 92—103. doi: 10.17759/cpp.2018260206. (In Russ., abstr. in Engl.).

\* *Boiko Olga Mikhailovna*, Research associate of Medical Psychology Department, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, e-mail: olga.m.boyko@gmail.com

\*\* *Maklin Mariya Vladimirovna*, Ph.D. in Psychology, Medical psychologist of Department of Rehabilitation, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, e-mail: masha.maklin@gmail.com

\*\*\* *Enikolopov Sergei Nikolaevich*, Ph.D. in Psychology, Chief of Medical Psychology Department, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, e-mail: enikolopov@mail.ru

The article reviews the experience of discussing suicidal topics at the support group for people with mental illness. We analyze the influence of suicidal manifestations on the group leaders and participants and discuss the main approaches to work with suicidal manifestations and the limitations set by the group and its participants' mental disorders. We formulate the following goals, which emerge when suicidal topics arise in a support group: preventing suicide and preventing the formation of the syndrome of emotional burnout among the leaders. The tasks necessary to reach the goals are described: increasing the competence level of the group leaders with regards to suicide manifestations, clarifying the severity of suicidal behavior and risk, preventing suicidal behavior from becoming a common response, identifying personal motivation for suicidal behavior, detecting the relationship between the power of suicidal tendencies and the state of mental health and improving compliance. We discuss the ways of fulfilling these tasks and limitations associated with them.

**Keywords:** suicide, mental disorders, support group.

## REFERENCES

1. Aniskin D.B. Samoubiistvo kak sotsial'no-psikhiatricheskaya problema: Avtoref. diss. kand. med. nauk. [Suicide as social-psychiatric problem: Ph. D. (Medicine) Thesis]. Moscow, 1997. 25 p.
2. Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G. Kognitivnaya terapiya depressii [Cognitive Therapy of Depression]. Saint Petersburg: Piter, 2003. 289 p. (In Russ.).
3. Borisonik E.V., Lyubov E.B. Kliniko-psikhologicheskie posledstviya suitsida dlya sem'i zhertvy [Clinical and Psychological Consequences for the Families of Suicide Victim]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2016. Vol. 24 (3), pp. 25—41. doi:10.17759/cpp.20162403003. (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Wasserman D. (ed.). *Naprasnaya smert': prichiny i profilaktika samoubiistv [Suicide: An Unnecessary Death]*. Moscow: Smysl, 2005. 310 p.
5. Woolis R. Esli vash blizkii stradaet dushevnoi bolezn'yu [When Someone You Love Has A Mental Illness]. Moscow: Nolidzh, 1998. 192 p. (In Russ.).
6. Kernberg O. Tyazhelye lichnostnye rasstroistva: strategii psikhoterapii [Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies]. Moscow: Nezavisimaya firma "Klass", 2001. 464 p.
7. Kononchuk N.V. O psikhologicheskom smysle suitsidov [Psychological meaning of suicidal behavior]. In Sel'chenok K.V., Taras A.E. (eds.). *Psikhologiya ekstremal'nykh situatsii [The Psychology of Extreme Situations]*. Moscow: AST; Minsk: Kharvest, 2002, pp. 52—55.
8. Lyubov E.B., Nosova E.S. Suitsidal'noe povedenie v nachale psikhicheskikh rasstroistv: otchayanie i nadezhda [Suicidal Behavior at The Beginning of The Mental Disorders: Despair vs. Hope]. *Suitsidologiya [Suicidology]*, 2017. Vol. 8 (2), pp. 28—31.
9. Prognoz i preventsiya samopovrezhdenii i suitsidov [Prognosis And Prevention Of Self-Injuries And Suicides]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2017. Vol. 25 (3), pp. 153—169. doi:10.17759/cpp.2017250311. (In Russ., abstr. in Engl.).

10. Romek V.G., Kontorovich V.A., Krukovich E.I. Psikhologicheskaya pomoshch' v krizisnykh situatsiyakh [Psychological assistance in crisis]. Saint Petersburg: Rech', 2007. 256 p.
11. Steiner J. Psikhicheskie ubezhishcha. Patologicheskie organizatsii u psikhoticheskikh, nevroticheskikh i pogranichnykh patsientov [Psychic retreats. Pathological Organizations in Psychotic, Neurotic and Borderline Patients]. Moscow: "Kogito-Tsentr", 2010. 237 p. (In Russ.).
12. Suitsidal'nyi patsient [The suicidal patient] [Elektronnyi resurs] // *Mezhdunarodnye novosti psikiatrii ot Eleny Mozhaevoy* [International news of psychiatry from Elena Mozhaeva]. Available at: <http://psypharma.ru/ru/novosti/mezhdunarodnye-novosti-psihatrii-ot-eleny-mozhaevoy/suicidalnyy-pacient#> (Accessed 10.05.2018).
13. Tiano S., Menor I., Vensan M. Zhelanie umeret' i zhelanie sovershit' samoubiistvo u podrostka — posledovatel'noe zhelanie ili dva raznykh fenomena? [Are the desire to die and the desire to commit suicide one consistent desire or two different phenomena?]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [Review of psychiatry and medical psychology named after V.M. Bekhterev], 2005. Vol. 2 (2), pp. 19—21.
14. Shneidman E. Dusha samoubiitsy [The Suicidal mind]. Moscow: Smysl, 2001. 315 p. (In Russ.).
15. Yalom I. Statsionarnaya gruppovaya psikhoterapiya [In-patient Group Psychotherapy]. Moscow: Eksmo, 2011. 476 p. (In Russ.).
16. Bryan C.J., Mintz J., Clemens T.A., Leeson B., Burch T.S., Williams S.R., Maney E., Rudd M.D. Effect of crisis response planning vs. contract for safety on suicide risk in U.S. Army soldiers: A randomised clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 2017. Vol. 212, pp. 64—72. doi:10.1016/j.jad.2017.01.028