

МАРГОШИНА ИННА ЮРЬЕВНА

*кандидат психологических наук, доцент кафедры прикладной конфликтологии и девиантологии
Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы,
inna_che@rambler.ru*

MARGOSHINA INNA

*Ph.D (psychology), associate professor, department of applied conflictology and deviantology,
Saint-Petersburg state institute of psychology and social work*

ГРАЧЕВА ВЕРА НИКОЛАЕВНА

*старший преподаватель кафедры прикладной конфликтологии и девиантологии
Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы,
v.gracheva2010@yandex.ru*

GRACHEVA VERA

*senior lecturer department of applied conflictology and deviantology,
Saint-Petersburg state institute of psychology and social work*

УДК 159.97:616.89(075.8)

**ТЕХНОЛОГИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ
СУИЦИДАЛЬНЫХ КЛИЕНТОВ**

TECHNOLOGIES OF SUICIDAL CLIENTS COUNSELING

Аннотация. В рамках направления научной деятельности Кафедры прикладной конфликтологии и девиантологии СПбГИПСР в этой статье рассматриваются основные технологии оказания психологической помощи суицидальным клиентам.

Abstract. The research was conducted within the framework of the Department of psychology of deviant behavior and applied conflictology scientific studies. The present paper analyzes basic technologies of providing psychological assistance to suicidal clients.

Ключевые слова: суицид, поддерживающая кризисная терапия, интегрированные модели психологической помощи.

Keywords: suicide, supporting crisis therapy, integrated model of psychological care.

Феномен суицида (самоубийства) принято рассматривать как крайнюю форму саморазрушения человека. По данным немецкого издания «Берлинер Моргенпост», Россия на 2010–2011 годы занимает второе место по числу самоубийств в мире [6]. При этом отсутствует полная статистика так называемых попыток или незавершенных суицидов, число которых в сотни раз превышает количество действий с летальным исходом [9]. Данное обстоятельство указывает на высокую степень социально-психологической дезинтеграции общества, в связи с чем проблема оказания психологической помощи суицидальным клиентам имеет высокое социальное значение.

Эффективность оказания психологической помощи людям с суицидальной тенденцией находится в тесной связи с пониманием природы суицида и комплекса причин (факторов), запускающих каждый конкретный суицидальный случай.

Феномен суицида в психологии принято соотносить с дистрессом, психологическим кризисом, оказывающим негативное воздействие на организм, дезорганизирующее деятельность и поведение. Уровень эмоционального напряжения, в независимости от интенсивности и скорости накопления, в конечном счете может дойти до так называемой «точки невозврата», где риск антивитального деструктивного выхода из кризиса ввиду тяжелых эмоциональных страданий очень высок.

В отечественной суицидологии самоубийство является формой социально-психологической дезадаптации личности [1; 2; 7; 10; 11], где на внешнем уровне патологизируется продуктивность социального функционирования человека, а на внутреннем уровне развивается психопатологическая симптоматика в виде астении, депрессии, дисфории. Совокупность данных уровней включена в динамику суицидальных фаз: predispositional

(зарождение суицидальных тенденций) и суицидальную (реализация покушения на жизнь).

Предиспозиционная фаза включает следующие характеристики суицидального поведения [2], в динамике своей образующие острый хронический прецедент: антивитальные переживания (жалобы на невыносимость жизни); пассивные суицидальные мысли (фантазии на тему своей смерти вообще); суицидальные замыслы (разработка плана самоубийства); суицидальные намерения (присоединение к плану волевого компонента, готовность к самоубийству).

Выделяются два типа пресуицидального периода: 1) аффективно-напряженный — время перехода от замыслов к действию короткое, высокая интенсивность эмоциональных переживаний; 2) аффективно-редуцированный, к которому относятся эмоционально «холодные», астенические, гипотимные разновидности поведения, когда пресуицидальный период носит прогнозированный характер — «пассивное согласие на смерть» [2].

Суицидальная фаза включает: а) суицидальную попытку (целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью); обратимая фаза (затухание суицидальных тенденций); необратимая фаза (суицидальный конфликт актуален); б) завершённый суицид.

При учете характера оказания психологической помощи, стоит обратить внимание на суицидальный конфликт находящихся в эпицентре всей динамики суицидальных состояний. Конфликт может быть детерминирован фрустрированной потребностью, интрапсихического (внутриличностного), интерперсонального характера. Как справедливо отмечает С. А. Игумнов, «для выбора адекватной коррекции важно, что конфликт может подвергаться генерализации, трансформации, переносу» [8, с. 112]. При генерализации конфликта происходит расширение границ, связанных с локальным источником первоначального конфликта, в пределах тех же сфер. Трансформация конфликта знаменует собой расширение зоны противоречий. При трансформации первичный конфликт становится основой для возникновения вторичного конфликта уже в другой сфере. Перенос конфликта представляет собой учет изменений направления конфликтной реакции с истинного агента на замещающий его объект из другой сферы отношений.

Среди индивидуально-психологических факторов, повышающих суицидальный риск, называются следующие: психологическая ригидность и тревожность; эмоциональная лабильность, патологическая чувствительность и уязвимость к эмоциональному стрессу, апатия, противоречивый стиль разрешения конфликтов, сочетающий ригидность и импульсивность, бегство и недоверие к другим в ситуации фрустрации; неполноценность коммуникативных навыков, неустойчивое и неразвитое представление о себе, слабость психологической защиты, утрата ценности жизни и смысловых ориентиров; эгоцентризм, пессимистическая установка на перспективы выхода из кризиса, склонность к аутоагрессии, психологическая зависимость, восприятие окружающего

мира как равнодушного, непредсказуемого, а другого человека — как условия собственной жизни [1; 11; 12; 13]. Психологическая помощь учитывает не только данные патогенные факторы, но и противоположные им саногенные факторы, препятствующие развитию риска самоубийства.

Э. Шнейдман выделил десять общих черт, характеризующих психологическую специфику суицида [15].

I. Суицид как поиск решения. «Цель каждого суицида состоит в поиске разрешения проблемы, стоящей перед человеком и причиняющей ему интенсивные страдания. Чтобы понять причину самоубийства, нужно прежде всего знать проблемы, решить которые он предназначен» [15, с. 354].

II. Попытка прекратить сознание невыносимой душевной боли. Э. Шнейдман рассматривает суицид как своеобразную копинг-стратегию, при которой индивид таким деструктивным способом пытается разрешить актуальный жизненный конфликт.

III. Стимул суицида-невыносимая психическая боль — метаболь (боль, от ощущения боли). Учет того положения включен в основу оказания психологической помощи суицидальному клиенту: «снижьте интенсивность страдания — подчас весьма незначительно — и человек выберет жизнь» [15, с. 354].

IV. Неудовлетворенные психологические потребности. По мнению Шнейдмана: «Встречается множество бессмысленных смертей, но никогда не бывает бессмысленных и безосновательных самоубийств. Удовлетворите фрустрированные потребности, и суицид не возникнет» [15, с. 354].

V. Беспомощность и безнадежность. Э. Шнейдман определяет следующий принцип психологической помощи: «Для уменьшения интенсивности летальных тенденций следует предпринять меры по снижению эмоционального напряжения и волнения, что, в свою очередь, повлечет за собой их дезактуализацию» [15, с. 355].

VI. Амбивалентное отношение к суициду. Для суицидальных клиентов типично состояние, при котором они, с одной стороны, стремятся свести счеты с жизнью, а с другой стороны, нуждаются в спасительной помощи со стороны окружающих». Самоубийство может расцениваться как последний «крик о помощи».

VII. Сужение когнитивной сферы. При суициде наблюдается резкое снижение продуктивности мышления до его дихотомичности: или все или ничего. «В реальности, как оказывается, наоборот, важно противодействовать именно сужению мыслей суицидального человека, предпринимая попытку раздвинуть психические шторы и увеличить число вариантов выбора за пределы только двух» [15, с. 356].

VIII. Эгрессия (бегство из зоны бедствия). Здесь суицид рассматривается как предельное окончательное бегство человека от жизни. Поэтому задача консультанта — «захлопнуть выходы», не дать возможности реализовать такой уход.

IX. Сообщение о своем намерении — прямая или скрытая коммуникация при суициде.

«Печально и парадоксально, что общим коммуникативным действием при самоубийстве является не вражда, ярость или разрушение и даже не уход от других людей внутрь себя, а именно сообщение о своих суицидальных намерениях. Все люди, работающие сегодня в области суицидологии, знают о характерных признаках такого сообщения как вербальных, так и невербальных. Их распознавание является незаменимым способом превенции суицидов» [15, с. 357].

Х. Стил суицидального поведения детерминирован поведенческими моделями, уже повторяющимися в прошлом человека. Э. Шнейдман указывает, что «можно найти глубокие соответствия в стиле и характере поведения человека в течение всей жизни. Необходимо вернуться к предыдущим состояниям душевного волнения, оценить способность человека переносить психическую боль, наличие у него тенденций к суженному или дихотомическому мышлению, попытаться найти уже использовавшиеся парадигмы бегства» [15, с. 358]. Учет этих положений позволяет определить характер оказания психологической помощи суицидальным клиентам.

В настоящее время в связи с существующим разнообразием психотерапевтических подходов в коррекции аутодеструктивного поведения более уместно говорить о часто применяемой интегрированной кризисной поддерживающей модели оказания психологической помощи суицидальным клиентам, в качестве базисных элементов которой можно выделить когнитивно-бихевиоральный, психодинамический, системный и телесно-ориентированные методы.

В рамках кризисной модели в силу того, что одной из существенных особенностей личности суицидальных клиентов является импульсивность, значимым в процессе оказания психологической помощи суицидентам является «установка на ограничение» [13]. В терапевтический контракт с клиентом включается запрет на непосредственное отреагирование им внезапных самодеструктивных и других импульсов в действии. Подобная установка имеет значение для появления у клиентов способности к отсрочке в реализации желаний и аффектов, терпения, умения переносить «невыносимые» переживания.

Ключевую роль во всех видах психологической помощи суицидентам играют такие положения, как: эмпатия со стороны специалиста, установление «рабочих отношений в системе взаимодействия «психолог-клиент»; выполнение всех условий контракта с обеих сторон, в том числе и соблюдение ритма и режима «лечебных» встреч, выполнение клиентом тех или иных психотерапевтических техник. Эти обязательства представляют собой составную часть заботы и внимания со стороны специалиста и альтернативу внутренней неопределенности и неустойчивости [12].

Среди основных задач поддерживающей терапии можно выделить: предоставление рекомендаций, необходимых для уменьшения меры неопределенности, смягчения мощных эмоциональных реакций, ненавязчивый более реалистичный пересмотр высказываний пациента, готовность хвалить его за реальные достижения, предоставление

«мягких» интерпретаций, помогающих прояснить причины актуальных конфликтов, укрепление его психологических защит.

В качестве примера поддерживающей кризисной терапии приведем когнитивно-бихевиоральный подход Г.В. Старшенбаума (1987) [14], в настоящее время широко распространенный в отечественной суицидологии. В рамках данной модели процесс оказания психологической помощи суицидальным клиентам состоит из трех основных этапов: кризисной поддержки, кризисного вмешательства, повышения уровня социально-психологической адаптации.

На этапе *кризисной поддержки* специалистом в отношении суицидента осуществляются следующие психокоррекционные «шаги»:

Шаг 1. Прежде всего психологу-консультанту необходимо установить терапевтический контакт, цель которого — создание доверительных безопасных отношений с клиентом, благодаря которым клиент бы вышел из эмоциональной изоляции с надеждой на помощь.

Шаг 2. Далее акцентируется внимание на раскрытие суицидоопасных переживаний клиента, где материал, не имеющий прямого отношения к суицидоопасной ситуации, игнорируется при помощи избирательного выслушивания. В процессе беседы следует обращать пристальное внимание на факторы суицидального риска: одиночество, наличие хронических (в особенности инвалидизирующих) заболеваний, потеря близкого человека в недавнем прошлом, наличие предшествовавших суицидальных попыток и т.п. [14].

Шаг 3. Мобилизация адаптивных навыков проблемно-решающего поведения включается путем активизации антисуицидальных факторов как ресурсов личности. Сюда входит повышение самооценки, активизация положительных переживаний прошлых достижений.

Шаг 4. Заключение терапевтического договора предусматривает определение кризисной проблемы в понятных словах для клиента и оформление с ним письменного соглашения о кризисной ориентации терапии и сроках ее происхождения, разделение ответственности за результат совместной работы с поощрением клиента возможности самостоятельно контролировать свои суицидальные тенденции и отвечать за принятие решений и их выполнение.

Следующий этап — *кризисное вмешательство* [13]. Его цель — реконструкция микросоциальной сферы клиента. Этот этап включает следующие «шаги»:

Шаг 1. Рассмотрение ранее неопробованных способов решения проблемы. Здесь весьма эффективной может быть групповая работа или семейное консультирование, так как возможность контактировать с группой, получать от нее положительную обратную связь помогает нормализовать клиенту микросоциальную адаптацию.

Шаг 2. Выявление неадаптивных психологических установок, блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса и их коррекция. При коррекции акцентируется внимание на важности такой ценности, как собственная жизнь.

Шаг 3. Активизация терапевтической установки клиента, мотивация его на постановку новых целей, помогающих достичь самореализации, ощущения собственной значимости.

Заключительный этап — повышение уровня социально-психологической адаптации. Этот этап осуществляется тогда, когда решение кризисной проблемы требует расширения адаптационных возможностей индивида. На данном этапе осуществляются опробование и закрепление новых способов решения проблемы и коррекция ряда неадаптивных личностных черт, таких как потребность в чрезвычайно тесных эмоциональных взаимоотношениях, доминирование в системе ценностей любовных отношений, недостаточная роль профессиональной сферы, низкая компенсационная способность к компенсации в ситуациях фрустрации и т.д.

Из зарубежных моделей подобного плана можно привести в качестве примера диалектической когнитивно-бихевиоральной терапии клиентов с риском суицида американского психолога Марши Линехан (Linehan M.) [16]. Цель данной терапии — коррекция искаженных представлений о себе и других людях, о межличностных отношениях; в качестве методов предлагается широко использовать диалектический (всесторонний и целостный) анализ проблемы, убеждающий и конфронтрующий диалог, который помогает увидеть частную проблему в более широком контексте, во взаимодействии полярностей и противоположностей. Этими методами достигается не только более целостное понимание проблемной ситуации; в конечном итоге пациент становится готовым к выбору более конструктивного (а не деструктивного по отношению к себе) способа решения проблемы; он обучается новому сбалансированному, толерантному и принимающему отношению к миру.

В целом, в модели когнитивно-поведенческой терапии суицидентов фокусом работы на ранних стадиях является поиск ошибок в установках и суждениях, лежащих в основе суицидального импульса, систематическое исследование доводов в пользу жизни и смерти. Обращается внимание на необходимость соблюдения принципа непрерывности терапии, обеспечения преемственности содержания отдельных сессий путем продолжения обсуждения определенных вопросов на последующей сессии, что повышает связность внутреннего мира пациента, помогает отсрочить реализацию суицидальных намерений.

Психодинамические модели оказания психологической помощи суицидентам базируются на положении о пограничном типе личности таких клиентов, характеризующихся дефицитностью, фрагментированностью в структуре «Я», потребностью в суррогатно-манипулятивном общении с другими, используя их в качестве объектов для восполнения собственной пустоты и удовлетворения эмоции. И если в поддерживающей терапии почти не принимаются во внимание переносные и контрпереносные переживания, то анализ и проработка трансфера-контртрансфера является

центральным направлением в рамках современной психоаналитической терапии. Особое внимание в психодинамической коррекции уделяется многочисленным бессознательным «ловушкам» со стороны суицидентов, их склонность возлагать ответственность за свою жизнь и смерть на других, вызывая интенсивные контрпереносные чувства у специалиста [12; 13].

Следующий пример — модель интегративной терапии суицидальных клиентов, предложенная Е.Т. Соколовой и Ю.А. Сотниковой [13, с. 112]. Эта модель включает в себя когнитивно-бихевиоральные и психодинамические методы. Здесь главным условием эффективной терапевтической работы с суицидентами является «помощь в повышении способности к интеграции смутных, сверхнасыщенных негативным аффектом состояний, ассоциированных с отношением к себе и другим, через содействие их вербальной экспрессии, символизации, рефлексии и самоконтролю» [13, с. 113]. При этом уже на первых этапах работы специалист должен быть готов с пониманием, терпением и сочувствием встретиться с мощным сопротивлением пациента, которое обусловлено действием примитивных защит, основанных на расщеплении. В процессе коррекции у пограничного клиента, которым является суицидент, очень быстро актуализируется модель первичных отношений с объектом, при которых проявляется, с одной стороны, спутанность границ и чрезмерная зависимость (как защита от тревожной установки «оказаться не нужным»), а с другой — возникновение деструктивной агрессии при малейшей фрустрации потребности в слиянии или угрозе поглощения со стороны Другого (специалиста), которого именно так воспринимает суицидент. Здесь специалисту важно акцентировать внимание на своем контрпереносе, чтобы «нутром» испытать действие примитивных защитных механизмов и соответствующих манипуляций с тем, чтобы проникнуть в «заклоченные» в них неосознаваемые «метакоммуникативные» послания отчаянного страха и призыва о помощи и воссоздать саморазрушительный внутренний диалог пациента, встроиться в него в качестве сочувствующего и безопасного Другого.

Путем воображаемого вживания в регрессивные страхи пациента терапевт становится способным временно взять на себя часть его невыносимых состояний, используя методы контейнирования (способность выдерживать напряжение, инстинктивные импульсы со стороны клиента) и холдинга (организовать отношения, аналогичные «хорошему родительствованию» (по D. Winnicot) [13]. Важно, чтобы невербальные знаки понимания, поддержки и утешения (только и доступные пациенту на инициальном этапе терапии) постепенно и осторожно обретали свое вербальное оформление и символическое значение в совместно-разделенном пространстве отношений сотрудничества. Лейтмотивом терапевтического сопровождения становится помощь в восстановлении разорванной связности внутреннего мира, в том числе временной связанности в восприятии собственной жизни

как индивидуально, «авторски» проживаемого пути, восстановление прерванных разрушенных связей (привязанностей) с другими людьми, окружающей реальностью, а также обсуждение всего спектра разнообразных способов «прерывания» жизни в широком контексте разрыва связи с собой и другими [13, с. 113].

В консультативной кризисной помощи суицидентам применяется и методы краткосрочной системной семейной терапии, где наиболее эффективным, на наш взгляд, является метод семейных расстановок, разработанный немецким психотерапевтом Бертом Хеллингером примерно в начале 80-х годов XX века. Метод расстановки вобрал в себя опыт многих школ психотерапии, ключевыми из которых стали — психодрама, гештальт-терапия, семейная терапия. Основным положением системной терапии является понятие образца (или «паттерна»), то есть устойчивой стратегии поведения, когда-то возникшей, закрепившейся в генетической памяти «родового (морфического) поля» семьи, и время от времени повторяющееся и воспроизводящееся как в одном поколении семьи, так и в последующих.

Подобным «образцом» может являться суицидальная попытка одного человека, которая может повторяться у других членов его семьи как в рамках нынешней системы, так и передаваясь через поколения, актуализируя «семенные переплетения», где для достижения своеобразного гомеостаза в семенной системе другие члены вынуждены повторять этот «суицидальный» образец, что едва ли конструктивно для личности, для ее развития и совершенствования. Прервать такой патологизирующий процесс работы образца помогает метод системной расстановки [3]. При процедуре расстановки специалист («расстановщик») предлагает клиенту настроиться на свое ощущение и расставить замещающие фигуры значимых членов семьи и себя в пространстве семейного поля. Если расстановка происходит в группе, то семейные фигуры выбираются клиентом из числа участников. Если индивидуально, то семейные фигуры могут быть символично заменены какими-нибудь предметами или фигурами кукол. При этом клиент взаимодействует с фигурами, концентрируясь на своих ощущениях об отношениях, все дальше продвигаясь к обнаружению локуса деструктивного суицидального образца, навязанного ему родовой системой. Когда образец найден, то клиент осознает, что освободился от его деструктивной нагрузки, освободив ранее недоступный мощный жизненный ресурс, направленный на улучшение динамики физического и психического самочувствия.

Телесно-ориентированная модель в работе с суицидентами базируется на положении о взаимосвязи психических и физических процессов организма. Телесные процессы влияют на характер мышления и эмоциональный фон и наоборот. При этом нарушение психического самочувствия локализуется в соматических «зажимах», проявляющихся в виде нарушения естественности в дыхании и движении тела человека [4]. Здесь

суицид является доказательством того, что душевные страдания настолько сильны, что разрушают даже телесный «алгический» порог, и человек избавляется от невыносимой психической боли, путем физического самоуничтожения. Таким образом, цель работы с суицидентом в парадигме телесно-ориентированной модели заключается в формировании нового телесного опыта: освобождении тела клиента от хронических зажимов, восстановлении природного ритма и глубины дыхания, развития навыков релаксации и способности получать удовольствие от телесных ощущений.

Телесно-ориентированная модель кризисного вмешательства при суициде наиболее активно представлена трансперсональной психотерапией, которая работает с мощным психотерапевтическим потенциалом измененных состояний сознания, при помощи которых можно проникнуть в глубинные пласты бессознательного опыта, трансцендентно пережить травмы перинатального периода, отработать нереализованные желания.

Трансперсональная техника базируется на переключении фокуса внимания суицидента на некие «высшие», духовные категории, возможность другого способа понимания ситуации. Выделяются три основных уровня переживаний пациентов в период лечебных сессий: 1) переживания на биографическом уровне, начинающиеся с сенсорных ощущений с последующим переходом на эмоциональное отреагирование своих конфликтов, проблем; 2) перинатальный уровень с ярко, аффективно окрашенными переживаниями психического и физического порядка, в той или иной мере повторно воспроизводящий опыт субъекта, отражающий источник психосоматических, характерологических и других проблем личности; 3) трансперсональный уровень с необычным, расширенным переживанием реальности, принимающим нередко экстатические формы (идентификация с другими людьми, отождествление себя с животными, растениями, неживой природой, трансцендирование пространства и времени [5]).

Основным методом переключения внимания и достижения подобных переживаний является медитация. Она включает в себя дыхательные и двигательные техники, актуализирующие измененное состояние сознания, и позволяет клиенту на фоне аффективного подъема добиться инсайта и выработать новые поведенческие паттерны.

Таким образом, специфика личностной структуры суицидальных клиентов детерминирована глубинным травматичным опытом. Его коррекция требует длительного времени. Но всегда нужно учитывать принцип интегрированности при оказании психологической помощи таким клиентам. Он включает в себя, с одной стороны, постепенное движение от краткосрочной поддерживающей терапии к долгосрочным стратегиям изменения; а с другой — интегрированное использование разноплановых моделей и методов коррекции, объединяя когнитивно-поведенческие, психодинамические, системные и телесно-ориентированные техники.

1. Амбрумова А. Г. Психология самоубийства // Соц. и клин. психиатрия. — 1996. — №4. — С. 14–20.
2. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Суицид, как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные проблемы суицидологии. Труды Московского НИИ психиатрии. — М.: Наука, 1978, Т. 82. — С. 6–28.
3. Грачева В. Н. Практика использования системных расстановок по Берту Хеллингеру в решении психологических и социальных проблем // Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения: материалы международной научно-практической конференции 21–22 апреля 2011 года. — СПб.: СПбГИПСР, 2011. — С. 61–92.
4. Грачева В. Н. Практика использования телесно-ориентированной терапии в деятельности практического психолога // Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения: материалы международной научно-практической конференции 22–23 апреля 2010 года. — СПб.: СПбГИПСР, 2010 — С. 29–32.
5. Гроф С. Надличностное видение: Целительные возможности необычных состояний сознания. — М.: АСТ, 2002. — 237 с.
6. Динкевич М. Россия заняла второе место в мире по количеству самоубийств. [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.vesti.ru/doc.html?id=597501&cid=520//>. Дата обращения 11.10.2011.
7. Змановская Е. В. Девиантология (психология отклоняющегося поведения) — М.: Академия, 2008. — 288 с.
8. Игумнов С. А. Основы психотерапии детей и подростков. — М.: Ин-т психотерапии, 2001. — 176 с.
9. Мягков А. Ю., Смирнова Е. Ю. Структура и динамика незавершенных самоубийств // Социологические исследования. — 2007. — №3. — С. 89–97.
10. Платонов Ю. П. Краткий курс социальной психологии. — СПб.: Речь, 2008. — 160 с.
11. Погодин И. А. Психология суицидального поведения. — Минск: Тесей, 2005. — 208 с.
12. Соколова Е. Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных расстройствах. Ч. 1. — М.: Аргус, 1995. — С. 27–206.
13. Соколова Е. Т., Сотникова Ю. А. Проблема суицида: клинико-психологический ракурс // Вопросы психологии. — 2006. — №2. — С. 103–115.
14. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. — М.: Когито-Центр, 2005. — 376 с.
15. Шнейдман Э. Десять общих черт самоубийств и их значение для психотерапии / Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. — М.: Когито-Центр, 2001. — С. 353–359.
16. Linehan M., Kehrler C. Borderline personality disorder // Barlow D. H. Clinical handbook of psychological disorders. N.Y.L: The Guilford Press, 1993. — P. 396–441.