

общей редакции профессора Бова А. А. Минск, 2013.

2. Бова, А. А., Трегубов С. Е. / Отечный синдром: подходы к диагностике и лечению. // Минск, 2013.

3. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН 2012 г. (четвертый пересмотр).

4. Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности. Национальные рекомендации. Минск, 2010.

5. Напалков, Д. А. Патогенез и возможности современного лечения отечного синдрома при хронической сердечной недостаточности. Кардиология Коллоквиум 07/09.

чени в стационаре. Мн. «Компэл». 2010.

8. Суворова, Г. Ю. Дифференциальный диагноз отечного синдрома и асцита в клинике внутренних болезней. – М. МГМСУ, 2004. – 92 с.

9. Суворова, Г. Ю., Мартынов А. И. Отечный синдром, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение. – М. «ГЭОТАР-Медиа». 2009. – 224 с.

10. Архив внутренней медицины «Специальный выпуск». Г. П. Арутюнов, Ю. Н. Беленков, В. Ю. Мареев. Назначение мочегонных препаратов при СЗЖ в амбулаторной практике. 2013.

Поступила 21.03.2014 г.

А. П. Гелда, А. Н. Нестерович ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ В ПЕРИОД СУИЦИДАЛЬНОГО КРИЗИСА

ГУ «РНПЦ психического здоровья»

В статье представлен обзор современных представлений о кризисном вмешательстве в ситуациях переживаемых индивидуумами суицидоопасных состояний. Дано определение суицидогенного кризиса, представлены основные его характеристики, а также правила поведения и практические рекомендации для персонала клиник, контактирующего с пациентами, совершившими суицидальную попытку. Описаны различные стратегии кризисной интервенции, реализованные в практическом здравоохранении в отношении лиц, находящихся в психотравмирующей суицидоопасной ситуации, в том числе в лечебно-профилактических учреждениях Республики Беларусь.

Ключевые слова: суицидогенный кризис, суицид, кризисное вмешательство.

A. P. Gelda, A. N. Nestsiarovich THERAPEUTIC INTERVENTIONS IN SUICIDAL CRISIS

The article provides an overview of the current concepts of crisis intervention in states associated with high risk of suicide. The definition of suicide crisis and its key characteristics are given as well as conventional rules of acting and practical recommendations for clinic staff dealing with patients who committed suicide attempt. Various strategies of crisis intervention introduced in health care practice for persons experiencing psychotraumatic situations are described, including health care institutions of the Republic of Belarus.

Key words: suicide crisis, suicide, crisis intervention.

Неуклонное увеличение в большинстве стран мира частоты самоубийств и покушений на самоубийство, что «наносит значительный ущерб здоровью общества, общественному порядку и экономике», определяет актуальность проблемы, характеризующейся необходимостью изучения особенностей суицидального поведения, разработкой действенных мер его профилактики и оказания адекватной и эффективной медико-психологической помощи лицам с аутоагрессивным суицидальным поведением на всем протяжении переживания ими суицидоопасного кризисного состояния, а именно: на начальном этапе формирования кризисной ситуации (пресуицидный период), на этапах раннего и отдаленного постсуицидального периода [2, 6, 11, 16, 29].

Состояния суицидогенного кризиса представляют собой сложную задачу для специалистов психологического и психиатрического профиля, осуществляющих терапевтическую интервенцию. Высокая степень персональной ответственности специалиста обусловлена в таких ситуациях значительным риском возможного летального исхода и невозможностью точно предсказать действия клиента (пациента), который находится в состоянии фрустрации, эмоционального напряжения

и чаще всего не способен ясно излагать собственные переживания и делать логические умозаключения. В состоянии суицидогенного кризиса (в том числе после совершенной попытки суицида) индивид зачастую испытывает такие чувства, как отчаяние, чувство беспомощности, стыд, злость; он может быть подозрительным, проявлять защитные реакции, демонстрировать враждебность, кроме того, в подобном состоянии часто снижена концентрация внимания, нарушена способность принимать решения и усваивать новую информацию [1, 5]. Отмечается «ригидность» мышления, ограничивающая понимание альтернативных способов решения ситуации. По данным Y. A. Bergmans и P. Links (2002), в группе лиц, совершивших суицидальную попытку (парасуицид), большинство (81%) имели умеренный и высокий уровень алекситимии [10].

Само понятие «кризис», по определению K. Slaiuku (1990), включает такие ключевые критерии, как временный характер нарушений, состояние «огорчения» («upset»), охватывающее тревогу, депрессивный синдром, а также короткие реактивные психозы, состояние «дезорганизации», включая когнитивную, эмоциональную и поведенческую сферы, и неспособность индивида справиться

ся с фрустрирующей ситуацией с помощью обычных для него методов решения проблем. Важным свойством кризиса является создаваемый им потенциал для радикального позитивного или негативного исхода: наиболее опасен негативный исход, при котором индивид лишает себя жизни, разрушает отношения с близкими, теряет свое имущество; однако возможен и позитивный исход, если индивид открывает новые способы справляться с ситуацией и обнаруживает новые источники поддержки [27].

A. Freeman и G. Fusco (2000) различают два типа пациентов, испытывающих кризис: первый тип лиц переживает травматические жизненные обстоятельства, причиненные другими людьми либо вызванные природными катастрофами; другой тип – лица, для которых просыпаться по утрам и встречаться «лицом к лицу» с реальной жизнью уже несет угрозу кризиса из-за особой предрасположенности к нему [17]. Для обоих типов пациентов предложены разные схемы когнитивно-поведенческой терапии.

Суицидоопасные состояния требуют не только своевременности профессионального вмешательства, но и достаточного по времени мониторинга, поскольку после купирования клинически очевидных нарушений поведения и эмоций, длительно неизменной остается неразрешившаяся жизненная ситуация, приведшая к парасуициду, а также сформировавшиеся и «закрепившиеся» в ней психопатологические паттерны (восприятия, мышления и реагирования). Зачастую первый этап кризисного вмешательства проводится в условиях отделений неотложных состояний или в приемном покое клиники и предворяется неприятным опытом «доставки» пациента бригадой скорой медицинской помощи либо сотрудниками правоохранительных органов. В этих условиях ключевым является владение медицинским персоналом необходимыми навыками для того, чтобы корректно, эффективно и минимально травматично оказать первую помощь пациенту.

Значительное количество литературы посвящено прицельной оценке поведения персонала клиник в ситуации контакта с лицом, совершившим суицидальную попытку. Особое внимание уделяется ситуациям повторного поступления пациента в клинику и эмоциональной стороне возникающего в этом случае взаимодействия со специалистом. Y. A. Bergmans с соавт. [8] в своей обзорной статье фокусируются на этическом аспекте межличностной коммуникации врач-пациент и предвосхищают такие нежелательные реакции специалиста, как недовольство, раздражение, гнев, нетерпение, осуждение. Авторы отмечают, что подобные негативные проявления служат для индивида подтверждением не принимающего отношения окружающих и подкрепляют суицидоопасные установки, усиливая чувства вины, стыда, злости, осознание собственной «никчемности», что затрудняет комплаенс и резко снижает эффективность терапевтического взаимодействия.

Практические рекомендации относительно беседы с парасуицидентом в приемном покое клиники, согласно Y. A. Bergmans с соавт. [8], сводятся к следующему:

- обращаться к пациенту по имени, давая ему возможность осознать границы собственного «я» и сохранить ощущение стабильности системы «я-мир»;

- все контактирующие лица должны представиться пациенту, назвав свое имя, должность и действия, которые они намерены совершить в дальнейшем. Любые перемещения, процедуры и манипуляции, а также причины и сроки вынужденного ожидания должны сопровождаться кратким разъяснением. Это позволит снизить уровень тревоги, сохранить ощущение контроля над ситуацией и способствует установлению доверительного отношения к медперсоналу;

- организовать ожидание пациентом специалиста в спокойной обстановке, по возможности вдали от других поступающих, однако не оставлять его без наблюдения;

- в процессе беседы задавать преимущественно простые, ясные и конкретные вопросы с возможностью выбора и произносить их медленно, отделяя каждую мысль во времени. Избегать сложных и открытых вопросов. Это поможет придать пациенту чувство уверенности в себе через способность принимать решения и упростит коммуникацию с ним;

- следует поощрять пациента озвучивать свои потребности, предоставляя ему простой выбор – стоять или сидеть, поговорить сейчас или потом, войти в кабинет или остаться в коридоре;

- важно убедить пациента в правильности того, что в подобной ситуации он либо его родственники обратились за медицинской помощью;

- не отпускать пациента до того момента, пока не снизится уровень эмоциональной заряженности («crisis-de-escalation»).

Сам алгоритм кризисного вмешательства предлагается следующий [8]: 1) определить интенсивность наблюдаемых патологических проявлений (тревоги, агитации, депрессии и др.); 2) спросить пациента о его чувствах. Назвать наблюдаемые физические проявления и попытаться дать им интерпретацию, предполагая лежащие в их основе чувства; 3) отметить «нормальность» переживаний пациента, когда уместно подметить, например: «я бы испытал то же, что и вы, если бы оказался в подобной ситуации», или: «люди часто чувствуют отчаяние, когда теряют что-то»; 4) определить значимых для пациента людей, могущих оказаться полезными как в период «кульминации» кризиса, так и после его «утихания»; 5) приближаться к основной жизненной проблеме, с которой пациент связывает свое состояние, однако не сразу, а постепенно, после того, как снизится интенсивность эмоций. Слишком быстрое погружение в болезненную для пациента тему может вызвать усиление фрустрации и повторный риск суицида.

После купирования острых психопатологических проявлений, ассоциированных с состоянием суицидального кризиса, необходимо обеспечить длительную психотерапевтическую поддержку клиента (пациента), направленную на решение проблем, лежащих в основе его саморазрушающего поведения. Распространенной проблемой на пути успешного лечения лиц, совершивших суицидальную попытку, является их амбивалентность по отношению к терапии и частые «уходы» от лечения [28]; это объясняется тем, что пациенты не считают, что их проблема относится к сфере психиатрии либо медицины вообще [23]. Поэтому важной задачей кризисной интервенции является психообразование с разъясне-

нием пациенту механизмов развития суицидоопасных состояний, демонстрации связи озвученных им субъективных переживаний и симптомов депрессии, информированием о существующих методах лечения и пр.

Многие авторы отмечают, что объективно оценить эффективность различных стратегий кризисной интервенции чрезвычайно трудно вследствие относительно низкой распространенности завершенных суицидов [13, 19–20]. Так, D. Gunnell и S. Frankel подсчитали, что если вероятность совершения суицида в определенной группе риска составляет 2,8%, то необходима выборка в 45000 субъектов для демонстрации снижения суицидального риска на 15% при использовании той или иной методики интервенции [21]. По этой причине в научных исследованиях, изучающих эффективность кризисных вмешательств, выборка часто представлена лицами, совершившими повторные суицидальные попытки, – данный тип поведения встречается чаще и проявляет выраженную ассоциацию с завершенными суицидами [12]. Исследования, в которых в качестве критерия для оценки исхода лечения используются повторные суицидальные попытки, характеризуются малым размером выборки. Поэтому немногие исследователи смогли определить клинически и статистически значимые эффекты стратегии кризисной интервенции [13].

Тем не менее, существуют несколько продольных исследований, показавших достоверно меньшую частоту повторных парасуицидов в группах лиц, проходивших курс поддерживающей антисуицидальной психотерапии на регулярной основе [14, 22, 26]. В качестве примера долгосрочной поддерживающей интервенции, нацеленной на предупреждение повторной попытки суицида у лиц, предпринявших суицидальные действия, можно привести исследование норвежских суицидологов Н. Johannessen с соавт. [12]: после оказания первичной медицинской помощи в соматическом стационаре и оценки риска суицида, часть пациентов направляется в психиатрический стационар, где с ними работает «команда предотвращения суицида» («community suicidal prevention team»). Другая (большая) часть пациентов направляется в амбулаторную службу психиатрической помощи, где аналогичная команда, состоящая из психологов, специально обученных медсестер и социальных работников, организывает мониторинг состояния пациента в течение года. При этом медсестра осуществляет визиты на дом, оказывая «первую психологическую помощь» пациенту, контролируя прием медикаментов и посещения участкового психиатра, поддерживая его мотивацию к лечению, консультирует в развитии навыков решения проблем и активизирует сеть его социальных контактов, обеспечивая всестороннюю поддержку.

Пятишаговая программа когнитивно-поведенческой терапии по A. Freeman и F. Dattilio (2000) в ситуациях суицидального кризиса направлена на оценку ресурсов пациента и генерацию дополнительных вариантов способов мышления, восприятия и поведения с развитием навыков решения проблем [18]. Она включает следующие этапы:

1. Постановка плана и целей терапевтической интервенции, установление доверительного контакта. На данном этапе важно выработать не осуждающее от-

ношение к пациенту, проявлять эмпатию через активное слушание, «отзеркаливание» позы, жестов и голоса пациента, поддержание зрительного контакта, а также необходимо мониторировать реакции пациента, и при этом рекомендуется сохранять постоянство стиля (модуляции голоса, скорость речи) и установить, если необходимо, границы дистанции.

2. Оценка серьезности кризисной ситуации, тяжести состояния пациента, опасности его для себя и окружающих. Оценивается уровень импульсивности и имеющиеся факторы риска суицида. Суицидальное поведение, угрозы или мысли должны определять более «жесткую» тактику ведения пациента, направленную в сторону госпитализации (при необходимости вплоть до принудительной госпитализации).

3. Оказание помощи пациенту в оценке и мобилизации собственных сил и ресурсов. Определение «сети поддержки»: семья, друзья, церковь, работодатели, группы поддержки, спонсоры, «горячая линия» и др. Допускается привлечение к первым терапевтическим сессиям членов данной сети поддержки. Определение иррациональных либо спорных убеждений индивида («не могу ничего сделать правильно», «никто меня не любит», «нет никакой надежды» и др.), их обсуждение и модификация. Воспроизведение примеров удачного решения проблем из прошлого опыта пациента. Можно предложить пациенту представить, как его авторитеты могли бы справиться с его ситуацией.

4. Совместная работа по созданию позитивного плана действий. Всесторонний анализ существующих стратегий копинг-поведения пациента и выработка тактики нового адаптивного поведения, направленного на решение проблем. Разработка простых и ясных шагов действий в случае возникновения суицидальных мыслей, лучше записанных на бумаге. Визуализация пациентом ситуации благополучного решения проблемы и успешного преодоления кризиса.

5. Испытание (проверка) новых идей и стратегий поведения. Пациент совместно с терапевтом оценивает, насколько понятны, удобны и эффективны выбранные способы адаптации. Важно получить обратный ответ пациента, оценить его отношение к реализации разработанного плана на практике.

Когнитивно-поведенческой терапии преодоления суицидального кризиса уделяется особое внимание как наиболее перспективному направлению оказания специализированной медико-психологической помощи лицам, переживающим психотравмирующую суицидоопасную ситуацию. Существует много методик антисуицидальной когнитивно-поведенческой терапии, в частности, с такими базисными положениями, как развитие навыков идентификации дисфункциональных мыслей и их устранения (замены на новые), постановка реалистичных целей и достижение их по небольшим шагам, практика нового поведения, включая развитие активного слушания, позитивного эмоционального реагирования и выработку поведенческой тактики «делать привычные вещи по-новому», а также предлагаются конкретные, ориентированные на преодоление суицидоопасных ситуаций релаксационные тренинги и пр. [3, 5–7, 25].

K. Ginnis с соавт. (2013) предложена семейно-ориентированная модель кризисной интервенции, разработанная специально для подростков: ее особенностью является то, что она направлена на совместную работу подростка и его родителей с целью достичь одинакового видения суицидогенной ситуации и понимания причин аутоагрессивного поведения. Модель включает когнитивно-поведенческую терапию, психообразовательную программу, планирование лечения, создание «терапевтической готовности» и разработку «плана безопасности» [15].

Интересна модель кризисной интервенции для подростков «Virginia Satir», фокусирующаяся на личностном росте индивида через доступ к «жизненной энергии» [24]. Данный метод основан на личностной модели «метафорического айсберга» («PersonalIceberg Metaphor») [9, 24] и предполагает, что суицидальное поведение является нарушением лишь одного из восьми «доменов» (слоев) личностной структуры, при этом нарушения отмечаются и на других уровнях:

- на уровне «я» («духовного ядра личности» «источника жизненной силы»): утрата у индивида связи с самим собой, потеря способности осмысления происходящего;
- на уровне эмоций: обида, печаль, страх, тревога, вина, растерянность, а также гнев, злость, ярость;
- на уровне «чувств к чувствам»: подросток может испытывать чувства стыда, вины или беспомощности по отношению к первоначально возникшим у него чувствам;
- на уровне стремлений: неудовлетворенность «базовых» потребностей человека таких, как любовь, чувство собственной значимости, потребность принадлежать кому-то, быть связанным с другими, быть принятым и признанным другими, осмысленность происходящего, рост и свобода;
- на уровне ожиданий: завышенные и нереалистичные ожидания, часто навязанные значимыми другими (например, родителями);
- на уровне восприятия и убеждений («perception and beliefs»): ложные установки типа «у меня нет выбора», «никто не способен меня понять», «мои потери буду продолжать и дальше» и др.;
- на уровне стратегий копинга: плакатный стиль (заниженная самооценка), обвинительный стиль (завышенные ожидания индивида от мира), «superreasonable» стиль (фиксирование на информации, деталях ситуации и изоляция от мира), безразличный стиль (отсутствие чувства принадлежности себе или другим, ощущение внутреннего «хаоса», боли и повышенной чувствительности, высокая степень импульсивности и спонтанности).

«Мишенями» данного типа интервенции являются четыре основные цели: 1) поднятие самооценки индивида, 2) прощрение лучшего (более адаптивного) выбора, 3) повышение уровня ответственности и 4) облегчение связи с окружающим миром. Рекомендации включают следующие шаги: определить особенности самовосприятия подростка («что вы знаете о себе?», «кто вы на самом деле?»), помочь ему осознать и принять собственные стремления и желания, а также мотивы к жизни, определить ожидания относительно себя и других, их обоснованность и реалистичность. Необходимо подкреплять чувство собственной значимости пациента, позитивные мысли относительно самого

себя, углубить уровень его самопознания и самопринятия. Определить внутренние ресурсы личности, показать значимость опыта успешного решения проблем в прошлом как источника силы, достичь осознания факта обладания внутренними ресурсами и силами даже в тяжелой ситуации. Ключевым моментом является «выбор жизни», а также развитие способности быть искренним и честным в действиях и словах.

Согласно рекомендациям ВОЗ (1999), специализированная медико-психологическая помощь лицам с аутоагрессивным суицидальным поведением должна оказываться на всех этапах развития экстремального суицидоопасного кризисного состояния [2]. В практическом здравоохранении Республики Беларусь применяется одобренная Министерством здравоохранения методика кризисной терапии лиц в психотравмирующей суицидоопасной ситуации в раннем постсуицидальном периоде (в первую неделю после совершенного самопокушения), представляющая собой вариант интенсивной краткосрочной психотерапии, структурировавший в единую реадaptационную программу элементы рациональной, когнитивной и позитивной психотерапии [4]. Данная модель интенсивной краткосрочной психотерапии представлена алгоритмизированной поэтапно-этапной структурой и включает четыре ежедневные сессии длительностью 1,5–3 часа в условиях ургентного отделения многопрофильной клиники.

По решению целевых задач все сессии являются антикризисными и программно направленными на деактуализацию суицидальных переживаний, редукцию суицидальных интенций и формирование позитивных установок (путей) разрешения кризисной ситуации. Первые две сессии целевыми задачами определяют процедуру суицидодиагностики, создание основ позитивного психотерапевтического диалога, опосредованный самоидентифицирующий анализ сути суицидогенного конфликта и личностных нерациональных требований и желаний и личностных качеств, сопряженных с возникновением и развитием конфликта, с последующим опосредованным осознанием и вербализацией позитивных установок на изменение личноcтно дестабилизирующих факторов в конфликтных ситуациях контактирования с окружающей социальной средой. Достижение поставленных задач осознания пациентом внутреннего смысла суицидоопасной проблемы достигается с помощью следующих приемов: указание на аналогичность ситуации и переживаний у других людей и приведение примеров успешного разрешения проблем другими, а также самим пациентом в прошлом (акцент при этом делается на детальное уточнение адаптивных способов разрешения конфликтной ситуации пациентом и имевшихся форм внешней поддержки, с обязательным подкреплением личных успехов и достижений по преодолению жизненных трудностей); структурирование и этапность развития суицидоопасной ситуации с прояснением соответствующих причинно-следственных связей, выделением «узловых» моментов конфликта и их аналитический разбор (при этом терапевт побуждает пациента к изменению позиции по отношению к рассматриваемой проблеме); выделение значимых людей из ближайшего окружения; вербализация паци-

ентом собственных антисуицидальных ресурсов и анализ личного вклада пациента в развитие конфликтной ситуации; также проводится анализ желаний и требований пациента, в том числе составление конкретного списка претензий к противоположной стороне конфликта, анализ его обоснованности и сопоставление с «встречными» претензиями – это позволяет пациенту взглянуть на проблему со стороны и повышает уровень ее критического осмысления.

Третья-четвертая сессии целевыми задачами определяют опосредованный самоидентифицирующий анализ подлинного содержания и мотивов суицидогенного конфликта с окружающим социумом или с самими собой, опосредованную самоидентификацию пути или путей (форм, способов) разрешения конфликтной ситуации и реконструкции системы взаимоотношений с социальным окружением (перепрофилирование жизненных позиций, установок, убеждений), а также осознанную вербализацию установки на рациональное преодоление данной кризисной ситуации и на активацию антисуицидальных ресурсов. Решение поставленных задач активизации антисуицидальных внутренних и внешних ресурсов пациента, вербализации рационального выхода из кризиса и принятие им конкретных решений достигается с помощью следующих приемов: исследование дезадаптивных взаимоотношений с социальным окружением и их вербализация с перепрофилированием в позитивные личностно приемлемые, исследование возможных альтернатив разрешения конфликтной ситуации и их вербализация, выбор рационального выхода из кризиса с принятием конкретного плана действий, формирование соответствующей мотивации заключения контракта на дальнейшее сотрудничество со специалистами системы здравоохранения.

Таким образом, вне зависимости от конкретного сценария антисуицидальных программ терапевтической интервенции стратегии кризисного вмешательства имеют ряд общих основополагающих составляющих, направленных на критическое и объективное осмысление пациентом суицидогенной ситуации, повышение уровня самопознания и общей информированности, мобилизацию внутренних сил и ресурсов, коррекцию дезадаптивных когнитивных паттернов и позитивное подкрепление чувства собственной значимости. Очевидно, что важным аспектом суицидального кризиса является его потенциал для позитивных изменений в жизни индивида, и роль специалиста определяется умением эффективно задействовать имеющиеся личностные ресурсы для позитивной антисуицидальной «трансформации».

Литература

1. Амбрумова, А. Г. Психология самоубийства / А. Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Т. 4, № 1. – С. 14–19.
2. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. – ВОЗ, Копенгаген, 1999. – С. 55–60.
3. Купирование кризисных состояний в условиях специализированного стационара. Методические рекомендации / А. Б. Орданская [и др.]. – Москва, 1986. – 21 с.
4. Кризисная терапия лиц в психотравмирующей суицидоопасной ситуации. Инструкция по применению / Ф. М. Гайдук [и др.]. – Минск: БГМУ, 2007. – 20 с.
5. Лалицкий, М. А. Суицидальное поведение / М. А. Лалицкий, С. В. Ваулин. – Смоленск: СГМА МЗ РФ, 2000. – 156 с.
6. Старшенбаум, Г. В. Групповая психотерапия пациентов с суицидоопасными реакциями / Г. В. Старшенбаум // Комплексные исследования в суицидологии. – Москва: НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1986. – С. 196–203.
7. Терапия и реабилитация лиц с ситуационными реакциями и психогенными депрессиями, совершивших суицидальную попытку. Методические рекомендации / И. В. Полякова, А. Г. Амбрумова. – Москва, 1988. – 20 с.
8. Advances in Crisis Management of the Suicidal Patient: Perspectives from Patients / Y. A. Bergmans, A. L. Brown, A. S. Caruthers // Curr. Psychiatr. Repor. – 2007. – Vol. 9. – P. 74–80.
9. Banmen, J. Invitational training: Satir's systemic brief therapy / J. Banmen. – Bellingham, WA: Unpublished video, 1997.
10. Bergmans, Y. A. description of a psychosocial/psychoeducational intervention for persons with recurrent suicide attempts / Y. A. Bergmans, P. Links // Crisis. – 2002. – Vol. 23. – P. 156–160.
11. Bille-Brahe, U. Conduites suicidaires des adolescents: la situation en Europe / U. Bille-Brahe, A. Schmidke // Adolescents et suicide. – Paris: Masson, 1995. – P. 18–38.
12. Chain of care for patients who have attempted suicide: a follow-up study from Baerum / N. Johannessen [et al.] – BMC Public Health. – 2011. – Vol. 11. – P. 81.
13. Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition / K. Hawton [et al.] – Br. Med. J. – 1998. – Vol. 317. – P. 441–447.
14. Effect of a Suicide Prevention Centre for young people with suicidal behaviour in Copenhagen / M. Nordentoft [et al.] – Eur. Psychiatry. – 2005. – Vol. 20. – P. 121–128.
15. Family-Based Crisis Intervention in the Emergency Department: A New Model of Care / K. Ginnis [et al.] – J. Child. Fam. Stud. Springer Science+Business Media New York, 2013.
16. Foster, T. Mental disorders and suicide in Northern Ireland / T. Foster, K. Gillespie, R. McClelland // Brit. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 170, N 5. – P. 447–452.
17. Freeman, A. Treating high-arousal patients: Differentiating patients in crisis and crisis-prone patients / A. Freeman, G. Fusco // Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention (2nd ed.) / F. Dattilio & A. Freeman (Eds.). – New York: Guilford Press, 2000. – P. 27–58.
18. Freeman, A. Introduction / A. Freeman, F. Dattilio // Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention (2nd ed.) / F. Dattilio & A. Freeman (Eds.). – New York: Guilford Press, 2000. – P. 1–23.
19. Goldney, R. D. Suicide prevention is possible: A review of recent studies / R. D. Goldney // Arch. Suicid. Res. – 1998. – Vol. 4. – P. 329–339.
20. Goldney, R. D. Suicide prevention: a pragmatic review of recent studies / R. D. Goldney // Crisis. – 2005. – Vol. 26. – P. 128–140.
21. Gunnell, D. Prevention of suicide: aspirations and evidence / D. Gunnell, S. Frankel // Brit. Med. J. – 1994. – Vol. 311. – P. 226–230.
22. Hvid, M. Preventing repetition of attempted suicide – I. Feasibility (acceptability, adherence and effectiveness) of a Baerum model like aftercare / M. Hvid, A. G. Wang // Nord. J. Psychiatry. – 2009. – Vol. 63. – P. 148–153.
23. Kreitman, N. Reflections on the management of parasuicide / N. Kreitman, A. E. Philip // Brit. J. Psychiatry. – 1979. – Vol. 115. – P. 746–747.
24. Lum, W. Youth suicide intervention using the Satir model / W. Lum, J. Smith, J. Ferris // Contemporary Family Therapy, Vol. 24 (1). – Human Sciences Press, Inc., 2002.
25. Pokorny, A. D. Prediction of suicide in psychiatric patients: report of a perspective study / A. D. Pokorny // Arch. Gen. Psychiatry. – 1983. – Vol. 40. – P. 249–257.
26. Psychological and psychosocial interventions after attempted suicide: an overview of treatment studies / U. Hepp [et al.] // Crisis. – 2004. – Vol. 25. – P. 108–117.
27. Slaiku, K. Crisis intervention (2nd ed.) / K. Slaiku. – Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 1990.
28. Van Heeringen, K. The management of non-compliance with outpatient after-care in suicide attempters: a review / K. Van Heeringen // Ital. J. Suicidology. – 1992. – Vol. 2. – P. 79–83.
29. WHO/Euro multicenter Study on parasuicide. Facts and figures / Eds. U. Bille - Brache. – World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999. – 99 p.

Поступила 24.04.2014 г.