

КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ПСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 19.04.2015 № 324
г. ПСКОВ

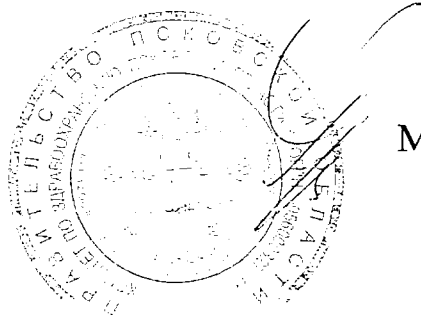
Об утверждении
методических рекомендаций

С целью оптимизации мер, способствующих снижению смертности среди детей и подростков от суицидов, для улучшения осведомленности сотрудников медицинских и образовательных организаций,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить «Методические рекомендации по профилактике суицида среди детей и подростков в образовательных учреждениях».
2. Главным врачам медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению – организовать исполнение методических рекомендаций.
3. Рекомендовать временно исполняющему обязанности Председателя Комитета по образованию Псковской области А.Д. Ермакову ознакомить с данными методическими рекомендациями сотрудников образовательных учреждений и их исполнение.
4. Контроль за исполнением данного приказа возложить на заместителя Председателя Комитета Н.П. Рагозину.

Председатель Комитета



М.В.Гаращенко

Методические рекомендации

**по профилактике суицида среди детей и подростков в
образовательных учреждениях**

Псков, 2023 г.

Комитет по здравоохранению Псковской области

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Псковской области
«Псковский областной клинический центр
психиатрии и наркологии»



Методические рекомендации
по профилактике суицида среди детей и подростков
в образовательных учреждениях

Псков, 2023 г.

Составители:

М. Н. Миронов

Главный врач

ГБУЗ ПО «Псковский областной клинический центр психиатрии и наркологии», главный внештатный врач – психиатр Комитета по
Здравоохранению Псковской области

Е. В. Мельникова

Заведующая патопсихологической лабораторией

ГБУЗ ПО «Псковский областной клинический центр психиатрии и наркологии», главный внештатный медицинский психолог
Комитета по Здравоохранению Псковской области

Под редакцией

Председателя Комитета по здравоохранению Псковской области

М. В. Гаращенко

Методические рекомендации посвящены одной из актуальных тем современной психологии – детскому и подростковому суициду. В них рассматриваются теоретические и практические вопросы данной проблемы, раскрываются типы, динамика развития и причины суицидального поведения, а также профилактика суицидов, оптимизация межличностных отношений в школе и направления работы специалистов образовательных организаций по профилактике депрессий и суицидального поведения.

Данные методические рекомендации адресованы педагогам-психологам, социальным педагогам, педагогическим работникам общеобразовательных организаций, организаций среднего профессионального образования и коррекционных образовательных организаций.

Методические рекомендации по профилактике суицида среди детей и подростков в образовательных учреждениях

Содержание:

1. Введение.
2. Понятие суицида.
3. Типы суицидального поведения.
4. Динамика развития суицидального поведения.
5. Причины суицида.
6. Факторы, препятствующие возникновению суицидального поведения у подростков.
7. Профилактика суицидов
8. Оптимизация межличностных отношений в школе
9. Направления работы специалистов (педагога-психолога, психотерапевта) по профилактике депрессии и суицидов

Суициды встречаются во всех возрастных группах – у детей, подростков, взрослых и пожилых людей.

Самоубийства не предопределяются гендерными признаками.

В последнее время наблюдается тенденция роста суицидов и смертей, которые могут быть расценены как суицид, в том числе, среди детей и подростков. Проведенные анализы показывают, что деструктивные поведенческие проявления у несовершеннолетних вызваны, в том числе, и проблемами, возникающими по месту их обучения, однако, зачастую, первые признаки такого поведения остаются без внимания. Поэтому, одним из факторов успешного противостояния суицидам является осведомленность населения о данной проблеме.

Понятие суицида.

Суицид – умышленное самоповреждение со смертельным исходом (лишение себя жизни).

Психологический смысл суицида чаще всего заключается в отреагировании аффекта, снятии эмоционального напряжения, ухода от той ситуации, в которой волей-неволей оказывается человек. Люди, совершающие суицид, обычно страдают от сильной душевной боли и находятся в состоянии стресса, а также чувствуют невозможность справиться в одиночку со своими проблемами.

Суицидальное поведение – это проявление суицидальной активности в виде мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения.

Суицидальное поведение встречается как в норме (без психопатологии), так и при психопатиях, и при акцентуациях характера – в последнем случае оно является одной из форм девиантного поведения при

острых аффективных или патохарактерологических реакциях.

Суицидент – человек, совершивший попытку суицида, либо демонстрирующий суицидальные наклонности.

Типы суицидального поведения.

Различают следующие типы суицидального поведения:

Демонстративное поведение

- В основе этого типа суицидального поведения лежит стремление подростка обратить внимание на себя и свои проблемы, показать, как ему трудно справляться в жизненными ситуациями. Это своего рода просьба о помощи. Как правило, демонстративные суицидальные действия совершаются не с целью причинить себе реальный вред или лишиться себя жизни, а с целью напугать окружающих, заставить их задуматься над проблемами подростка, «осознать» свое несправедливое отношение к нему. При демонстративном поведении способы суицидального поведения чаще всего проявляются в виде порезов вен, отравления неядовитыми лекарствами, изображения повешения.

Аффективное суицидальное поведение

- Суицидальные действия, совершенные под влиянием ярких эмоций, относятся к аффективному типу. В таких случаях подросток действует импульсивно, не имея четкого плана своих действий. Как правило, сильные негативные эмоции - обида, гнев, - затмевают собой реальное восприятие действительности и подросток, руководствуясь ими, совершает суицидальные действия.

При аффективном суицидальном поведении чаще прибегают к попыткам повешения, отравлению токсичными и сильнодействующими препаратами.

Истинное суицидальное поведение

- Истинное суицидальное поведение характеризуется продуманным планом действий. Подросток готовится к совершению суицидального действия. При таком типе суицидального поведения подростки чаще оставляют записки, адресованные родственникам и друзьям, в которых они прощаются со всеми и объясняют причины своих действий. Поскольку действия являются продуманными, такие суицидальные попытки чаще заканчиваются смертью.

При истинном суицидальном поведении чаще прибегают к повешению или к прыгиванию с высоты.

Самоубийство - слишком противоестественный и кардинальный шаг, поэтому решение на его совершение вызревает не мгновенно. Ему, как правило, предшествует более или менее продолжительный период переживаний, борьбы мотивов и поиска выхода из создавшейся ситуации.

Динамика развития суицидального поведения.

Первая стадия - стадия вопросов о смерти и смысле жизни.

Прежде чем совершить суицидальное действие в большинстве случаев наблюдается период, который характеризуется снижением адаптационных способностей (это может проявляться в снижении успеваемости, уровня интересов, ограничении общения, повышенной

раздражительности, эмоциональной неустойчивости и т.д.).

В этот период формируются собственно суицидальные мысли, которые могут проявляться в виде заявлений о том, что «надоела такая жизнь», «вот бы уснуть и не проснуться», возникновением интереса к проблемам жизни и смерти и т.д. На этой стадии у подростка возникают пассивные мысли о лишении себя жизни, самоубийстве.

Эта стадия также характеризуется представлениями, фантазиями и размышлениями о своей смерти, но не на тему лишения себя жизни. Примером являются высказывания типа: «Чем так жить, лучше умереть», «Хочется уснуть и не проснуться» и т. При этом значение таких высказываний недооценивается или воспринимается в демонстративно-шантажном аспекте. Почти каждый, кто всерьез думает о самоубийстве, так или иначе, дает понять окружающим о своем намерении. Самоубийства, часто, не возникают внезапно, импульсивно, непредсказуемо или неизбежно. Они являются последней каплей в чаше постепенно ухудшающейся адаптации. Иногда это будут едва уловимые намеки; часто же угрозы являются легко узнаваемыми.

Очень важно, что большинство тех, кто совершает самоубийства, ищут возможности высказаться и быть выслушанными. Однако очень часто они не встречают человека, который их выслушает.

Вторая стадия — это суицидальные замыслы.

Это активная форма проявления желания покончить с собой, она сопровождается разработкой плана реализации суицидальных замыслов, продумываются способы, время и место совершения самоубийства. У

подростков отмечаются высказывания о своих намерениях.

Третья стадия - суицидальные намерения и собственно суицидальная попытка.

Происходит присоединение к замыслу о суициде сформированного решения (установки) и волевого компонента, побуждающего к непосредственному осуществлению внешних форм суицидальных поведенческих актов.

Период от возникновения мыслей о самоубийстве до попыток их осуществления называется пресуицидом. Длительность его может исчисляться минутами (острый пресуицид) или месяцами (хронический пресуицид). При острых пресуицидах возможно моментальное проявление суицидальных замыслов и намерений сразу, без предшествующих ступеней.

После попытки суицида наступает период, когда к ребенку относятся с повышенным вниманием и заботой. В этот период маловероятно повторение суицидальных действий. По истечении трех месяцев взрослые, видя, что ребенок внешне спокоен, не высказывает мыслей о суициде и не пытается повторить попытку, перестают внимательно относиться к ребенку и уделять ему должное внимание, начинают вести привычный для них образ жизни, т.к. считают, что ребенок преодолел кризис и с ним все в порядке. Но, если ситуация, приведшая ребенка к суицидальному действию, не была проработана совместно со взрослыми, ребенок все еще находится под угрозой совершения повторной суицидальной попытки. И в тот момент, когда взрослые перестают волноваться за состояние ребенка, как отмечает ряд исследователей, и совершаются повторные попытки суицида.

Поэтому необходимо на протяжении длительного времени наблюдать за ребенком, оказывать ему поддержку, беседовать с ним и проводить иные профилактические действия.

Причины суицида.

Сообщения о желании умереть появляются без всякой внешней провокации, обычно носят характер угрозы близким. В этих случаях попытки самоубийства предпринимаются в отсутствии взрослых, втайне от них и в дошкольном, и в младшем школьном возрасте носят в основном по-детски наивный характер. Дети пытаются голодать, подолгу сидят в ванне с холодной водой, дышат через форточку морозным воздухом, едят снег или мороженое, чтобы простудиться и умереть.

Причинами суицидов в детском и подростковом возрасте может быть следующее:

1. Несформированное понимание смерти. В понимании ребенка смерть не означает бесповоротное прекращение жизни. Ребёнок думает, что всё можно будет вернуть назад. У подростков понимание и осознание страха смерти формируется не раньше 18 лет.

2. Отсутствие идеологии в обществе. Подросток в обществе "без родины и флага" чаще испытывает ощущения ненужности, депрессии.

3. Ранняя половая жизнь, приводящая к ранним разочарованиям. При этом возникает ситуация, по мнению подростка, не совместимая с представлением "как жить дальше" (потеря любимого, наступление нежеланной беременности и т.д.), т.е. происходит утрата цели. Суицидальное поведение у подростков часто объясняется тем, что молодые люди, не имея жизненного опыта, не

могут правильно определить цель своей жизни и наметить пути ее достижения.

4. Дисгармония в семье.

5. Саморазрушаемое поведение (алкоголизм, наркомания, криминализация общества).

6. В подавляющем большинстве случаев суицидальное поведение в возрасте до 15 лет связано с реакцией протеста, особенно частым источником последних являются нарушенные внутрисемейные, внутришкольные или внутригрупповые взаимоотношения. Но основной причиной является, как правило, неблагополучие в семье. Однако это «неблагополучие» имеет не внешний, но содержательный характер: в первую очередь нарушены родительско-детские отношения. Роль «последней капли» играют школьные ситуации, поскольку школа — это место, где ребенок проводит значительную часть своего времени.

7. Депрессия также является одной из причин, приводящих подростка к суицидальному поведению.

Многие из черт, свидетельствующих о суицидальности, сходны с признаками депрессии. Ее основным симптомом является потеря возможности получать удовольствие и испытывать наслаждение от тех вещей в жизни, которые раньше приносили счастье. Поступки и настроение как бы выдыхаются и становятся безвкусными. Психика лишается сильных чувств. Человеком овладевает безнадежность, вина, самоосуждение и раздражительность. Заметно ослабевают двигательная активность или, наоборот, возникают приступы громкой, быстрой, порой беспрестанной речи, наполненные жалобами, обвинениями или просьбами о помощи. Часто бывают нарушения сна или волнообразная усталость. Соматические признаки тревоги проявляются

дрожанием, сухостью губ и учащенным дыханием. Появляются ничем не обусловленные соматические нарушения в виде болей в голове, боку или животе.

Люди, страдающие депрессией, постоянно ощущают свою нежеланность, греховность и бесполезность, в силу чего приходят к заключению, что жизнь не имеет смысла. Психогенные причины депрессии часто связаны с потерей: утратой друзей или близких, здоровья или каких-либо привычных вещей (например, места привычного жительства). Она может наступить в годовщину утраты, причем человек может не осознавать приближающейся даты.

Важно помнить, что почти всегда можно найти физиологическое и психологическое объяснение депрессии. Депрессия не обязательно обозначает, что человек находится в состоянии психоза или испытывает суицидальные намерения.

Подавляющее большинство людей, испытывающих депрессивные состояния, не утрачивают связей с реальностью, заботятся о себе и далеко не всегда поступают на стационарное лечение. Однако, когда они решаются на попытку самоубийства, ими овладевает отчаяние. Несмотря на это, существует достаточно «нормальных» людей с депрессивными переживаниями, которые не заканчивают жизнь самоубийством.

К «группе риска» по суициду относятся подростки:

- с нарушением межличностных отношений, “одиночки”;
- злоупотребляющие алкоголем или наркотиками, отличающиеся девиантным или криминальным поведением, включающим физическое насилие;

- с затяжным депрессивным состоянием;
- сверхкритичные к себе подростки;
- страдающие от недавно испытанных унижений или трагических утрат, от хронических или смертельных болезней;
- фрустрированные несоответствием между ожидавшимися успехами в жизни и реальными достижениями;
- страдающие от болезней или покинутые окружением подростки;
- из социально-неблагополучных семей - уход из семьи или развод родителей;
- из семей, в которых были случаи суицидов.

Признаки эмоциональных нарушений, лежащих в основе суицида:

- потеря аппетита или импульсивное обжорство, бессонница или повышенная сонливость в течение, по крайней мере, последних дней,
- частые жалобы на соматические недомогания (на боли в животе, головные боли, постоянную усталость, частую сонливость),
- необычно пренебрежительное отношение к своему внешнему виду,
- постоянное чувство одиночества, бесполезности, вины или грусти,
- ощущение скуки при проведении времени в привычном окружении или выполнении работы, которая раньше приносила удовольствие,
- уход от контактов, изоляция от друзей и семьи, превращение в
- человека «одиночку»,

- нарушение внимания со снижением качества выполняемой работы,
- погруженность в размышления о смерти,
- отсутствие планов на будущее,
- внезапные приступы гнева, зачастую возникающие из-за мелочей.

Суицидальными подростками, в целом, часто руководят амбивалентные чувства. Они испытывают безнадежность, и в то же самое время надеются на спасение.

Признаки готовящегося самоубийства:

О возможном самоубийстве говорит сочетание нескольких признаков.

1. Приведение своих дел в порядок — раздача ценных вещей, упаковывание. Человек мог быть неряшливым, и вдруг начинает приводить все в порядок. Делает последние приготовления.
2. Прощание. Может принять форму выражения благодарности различным людям за помощь в разное время жизни.
3. Внешняя удовлетворенность — прилив энергии. Если решение покончить с собой принято, а план составлен, то мысли на эту тему перестают мучить, появляется избыток энергии. Внешне расслабляется — может показаться, что отказался от мысли о самоубийстве. Состояние прилива сил может быть опаснее, чем глубокая депрессия.
4. Письменные указания (в письмах, записках, дневнике).
5. Словесные указания или угрозы.
6. Вспышки гнева у импульсивных подростков.
7. Бессонница.

Возможные мотивы:

- Поиск помощи - большинство людей, думающих о самоубийстве, не хотят умирать. Самоубийство рассматривается как способ получить что-либо (например, внимание, любовь, освобождение от проблем, от чувства безнадежности).
- Безнадежность - жизнь бессмысленна, а на будущее рассчитывать не приходится. Потеряны всякие надежды изменить жизнь к лучшему.
- Множественные проблемы - все проблемы настолько глобальны и неразрешимы, что человек не может сконцентрироваться, чтобы разрешить их по одной.
- Попытка сделать больно другому человеку - «Они еще пожалеют!».
- Иногда человек считает, что, покончив с собой, унесет с собой проблему и облегчит жизнь своей семье.
- Способ разрешить проблему - человек рассматривает самоубийство как показатель мужества и силы.

Факторы, препятствующие возникновению суицидального поведения у подростков.

Антисуицидальные факторы личности — это сформированные положительные жизненные установки, жизненная позиция, комплекс личностных факторов и психологические особенности человека, а также душевные переживания, препятствующие осуществлению суицидальных намерений.

К ним относятся:

- эмоциональная привязанность к значимым родным и близким;
- выраженное чувство долга, обязательность;

- концентрация внимания на состоянии собственного здоровья, боязнь причинения себе физического ущерба;
- учет общественного мнения и избегание осуждения со стороны окружающих, представления о позорности самоубийства и неприятие (осуждение) суицидальных моделей поведения;
- убеждения о неиспользованных жизненных возможностях;
- наличие жизненных, творческих, семейных и других планов, замыслов;
- наличие духовных, нравственных и эстетических критериев в мышлении;
- психологическая гибкость и адаптированность, умение компенсировать негативные личные переживания, использовать методы снятия психической напряженности.
- наличие актуальных жизненных ценностей, целей;
- проявление интереса к жизни;
- привязанность к родственникам, близким людям, степень значимости отношений с ними;
- уровень религиозности и боязнь греха самоубийства;
- планирование своего ближайшего будущего и перспектив жизни;
- негативная проекция своего внешнего вида после самоубийства.

Чем большим количеством антисуицидальных, жизнеутверждающих факторов обладает человек, в частности подросток, чем сильнее его «психологическая защита» и внутренняя уверенность в себе, тем прочнее его антисуицидальный барьер.

Профилактика суицидов.

За любое суицидальное поведение ребёнка в ответе взрослые!

Ко всем намекам на суицид следует относиться со всей серьезностью. Не может быть никаких сомнений в том, что крик о помощи нуждается в ответной реакции помогающего человека, обладающего уникальной возможностью вмешаться в кризис одиночества.

Профилактика депрессий у подростков является важной для профилактики суицидов.

В профилактике депрессий у подростков важную роль играют родители. Как только у подростка отмечается сниженное настроение, и другие признаки депрессивного состояния - необходимо сразу же, немедленно, принять меры для того, чтобы помочь ребенку выйти из этого состояния.

Во-первых, необходимо разговаривать с ребенком, задавать ему вопросы о его состоянии, вести беседы о будущем, строить планы. Эти беседы обязательно должны быть позитивными. Нужно «внушить» ребенку оптимистический настрой, вселить уверенность, показать, что он способен добиваться поставленных целей. Не обвинять ребенка в «вечно недовольном виде» и «брюзгливости», лучше показать ему позитивные стороны и ресурсы его личности. Не надо сравнивать его с другими ребятами – более успешными, бодрыми, добродушными. Эти сравнения усугубят и без того низкую самооценку подростка. Можно сравнить только подростка - сегодняшнего с подростком- вчерашним и настроить на позитивный образ подростка- завтрашнего.

Во-вторых, заняться с ребенком новыми делами. Каждый день узнавать что-нибудь новое, делать то, что никогда раньше не делали. Внести разнообразие в

обыденную жизнь. Записаться в тренажерный зал или хотя бы завести привычку делать утреннюю гимнастику, прокладывать новые прогулочные маршруты, съездить в выходные на увлекательную экскурсию, придумывать новые способы выполнения домашних обязанностей, посетить кинотеатр, выставки, сделать в доме генеральную уборку. Можно завести домашнее животное – собаку, кошку, хомяка, попугаев или рыбок. Забота о незащищенном существе может мобилизовать ребенка и настроить его на позитивный лад.

В-третьих, подростку необходимо соблюдать режим дня. Необходимо проследить за тем, чтобы он хорошо высыпался, нормально питался, достаточно времени находился на свежем воздухе, занимался подвижными видами спорта. Депрессия – психофизиологическое состояние. Необходимо поддерживать физическое состояние подростка в этот период.

В-четвертых, обратиться за консультацией к специалисту – психологу, психотерапевту. Поскольку причинами суицидов среди подростков являются, в том числе, и нарушения межличностных отношений в школе, необходимо принять меры по формированию классных коллективов, нормализации стиля общения педагогов с учащимися, оптимизации учебной деятельности учащихся, вовлечению учащихся в социально-значимые виды деятельности, организации школьного самоуправления, формированию установок у учащихся на самореализацию в социально-одобряемых сферах жизнедеятельности (культуре, спорте, искусстве, науке и др.). Взаимоотношения с учащимися должны строиться на основе уважения, убеждения, спокойном, доброжелательном тоне общения.

Для предотвращения суицидов у детей учителя могут сделать следующее:

- вселять у детей уверенность в свои силы и возможности;
- внушать им оптимизм и надежду;
- проявлять сочувствие и понимание;
- осуществлять контроль за поведением ребенка, анализировать его отношения со сверстниками.

Формальное отношение части классных руководителей к своей работе выражается в незнании ситуации, в которой находится ребенок, отсутствии контроля за посещаемостью и успеваемостью ребенка. Все это не позволяет вовремя оказать учащемуся необходимую помощь, организовать соответствующую работу.

Администрации школ необходимо направить пристальное внимание и установить контроль за стилем общения учителей с учащимися в целях предотвращения случаев оскорбления, унижения, психологического и физического насилия со стороны педагогов.

Направления работы школьных психологов и социальных работников по профилактике депрессии и суицидов:

- провести с ребенком работу по снятию негативных эмоций, которые у него копятся,
- помочь разобраться в чувствах и отношениях подростка с окружающими,
- обучить социальным навыкам и умениям преодоления стресса,
- оказать подростку социальную поддержку,

- при необходимости включить подростка в группу социально- психологического тренинга,
- провести психокоррекционные занятия по повышению самооценки подростка, развитию адекватного отношения к собственной личности, эмпатии,
- провести лекции для учителей и родителей, что такое суицид, как выглядит депрессивный подросток: ведь классическое представление о том, что это ребенок с грустными глазами, не всегда соответствует действительности. Депрессивным может оказаться как раз тот, кто выпивает, смолит папироску и хамит маме.

Для предотвращения суицидальных попыток при наличии суицидального поведения школьному психологу необходимо:

- снять психологическое напряжение в психотравмирующей ситуации,
- уменьшить психологическую зависимость от причины, повлекшей суицидальное поведение,
- формировать компенсаторные механизмы поведения,
- формировать адекватное отношение к жизни и смерти,
- при малейшем подозрении на психическую патологию у ребенка надо обязательно проконсультироваться у психиатра. Без ведома родителей этого делать нельзя, но обсудить ситуацию со специалистом психолог имеет право.

Если есть подозрение, что у ребенка депрессия, нужно всячески стараться объяснить родителям, чем они рискуют, если оставят ребенка без помощи.

Чтобы подросток не счел психолога предателем, нужно сказать примерно следующее: «Твое состояние, возможно, связано с тем, что ты в последнее время не можешь самостоятельно справляться со своими проблемами. По

поводу этого нам нужно обязательно получить квалифицированную консультацию, а по правилам эту консультацию нельзя получить без ведома родителей. Давай подумаем вместе, как мы родителей в эту ситуацию будем включать». Если же у подростка проблемы с родителями, это вопрос каждого отдельного случая.

Литература

- Акопов Г. В. и др. (ред.) Методы профилактики суицидального поведения. – Самара-Ульяновск, 1998.
- Александровский Ю. А. Познание человека. О психиатрии и не только: монография – М., 2015.
- Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупреждение самоубийств. – М., 1980.
- Амбрумова А. Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. – М., 1980.
- Всемирная организация здравоохранения. Основные сведения о самоубийстве, 2019.
- Всероссийский центр изучения общественного мнения. Счастье в России: мониторинг. – 2018.
- Гишинский Я.И. Самоубийство как социальное явление. Проблемы борьбы с девиантным поведением. – М., 1989.
- Голант М., Голант С. Если тот, кого вы любите, в депрессии. Помоги себе - помоги другому. М.: Институт психотерапии, 2001.
- Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд – М., 1994
- Конанчук Н.В. Первый психотерапевтический контакт после суицида. Психогигиена и психопрофилактика. – Л., 1983.
- Леонгард К. Акцентуированные личности. – Ростов-на-Дону: Феликс, 1997.
- Литвак М.Е., Мирович М.О. Как преодолеть острое горе. – Ростов-на-Дону: Феликс, 2000.
- Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства. – М.: Смысл, 2000.
- Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения. Российский психиатрический журнал. – 2010.

Положий Б.С. Клинико-социальные характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки. Российский психиатрический журнал. – 2008.

Пурич-Пейякович Й., Дуньич Д. Й. Самоубийство подростков. – М., 2000.

Сидоров П. И. Клиническая психология - М.: ГЭОТАР-Медия, 2010.

Старшенбаум Г. В. Формы и методы кризисной психотерапии. Методические рекомендации. – М., 1987.

Службы экстренной помощи и телефоны доверия

1. УМВД РФ по Псковской области Управление по контролю за оборотом наркотиков – тел. 8(8112)59-22-33.
2. Дежурная часть УМВД России по Псковской области – тел. 8(8112)66-16-49.
3. Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав при администрации г. Пскова – тел. 8(8112)29-01-50; 8(8112)29-01-51.
4. Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав при администрации г. Великие Луки – тел. 8(81153)3-09-52.
5. ГБУЗ ПО «Псковский областной клинический центр психиатрии и наркологии» - тел. 8(8112) 56-60-16.
6. Телефонная линия «Ребенок в опасности»: тел. 8(911) 362-27-78.
7. Единый «телефон доверия» ГУ МЧС России по Псковской области – тел. 8(8112)79-99-99.
8. «Телефон доверия» Управление ФСБ по Псковской области – тел. 8(8112)66–22–66.
9. Независимый социальный женский центр, Псковская областная общественная организация – тел. 8(8112)75–45–45.
10. МБОУ «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» г. Пскова – тел. 8(8112)57-37-46, 8(8112)73-80-24.
11. ГБУ Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Призма – тел. 8(8112) 72-70-72.
12. Псковский городской молодежный центр – тел. 8(8112)56-44-44.
13. Государственное учреждение социального обслуживания «Областной центр семьи»:

- Отделение социально-психологической помощи - тел.: 8 (8112) 75-47-15

- Служба социальной реабилитации несовершеннолетних – тел.: 8 (8112) 72-42-32.

14. ГБУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики –

тел. 8(8112) 20-16-85.

15. Психологическая служба АНО «Центр МОИ» - VK
<https://vk.com/centre60>.

ДЛЯ ЗАМЕТОК