

ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ПСИХОЛОГИИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

АКСЮТА АННА ВЛАДИМИРОВНА

*аспирант Северо-Западного института управления Российской Академии народного хозяйства
и государственной службы при Президенте Российской Федерации,
beta83@mail.ru*

ANNA AKSYUTA

*Postgraduate Student, North-West Institute of Management of the Russian Federation Presidential
Academy of National Economy and Public Administration*

УДК 159.9

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

MODERN TRENDS IN PSYCHOLOGICAL PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOUR OF ADOLESCENTS

АННОТАЦИЯ. В статье суммирован обширный материал, касающийся суицидального поведения подростков. Рассматриваются общие понятия, мотивация и характерные проявления суицидального поведения у подростков. Анализируются возможности профилактики суицидов и кризисная помощь. Определены особенности кризисной терапии, проводимой с пациентами, находящимися в состоянии депрессии и суицида.

ABSTRACT. The article summarizes extensive materials relating to suicidal behavior of adolescents. General concepts, motivation, and features of the manifestation of suicidal behavior in adolescents, suicide prevention, and crisis counseling, features of crisis therapy with patients in depression and suicidal state.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: суицид, самоубийство, депрессия, кризис, профилактика, подростковый возраст.

KEYWORDS: suicide, depression, crisis, prevention, adolescence.

На современном этапе развития нашей страны, наряду с позитивными изменениями, происходит также обострение социальных проблем, одной из которых является рост числа самоубийств среди молодежи. Суицидальное поведение — это не только крик о помощи, это в какой-то степени ответ на глубинные переживания, признание своей растерянности перед тем, что для человека по-настоящему актуально и что он по тем или иным обстоятельствам не в состоянии разрешить. Психологи из разных стран практически единодушны в том, что: причинами подростковых самоубийств становятся не экономические факторы, социальные или бытовые стрессы, как нередко бывает с взрослыми людьми, а процессы, связанные с отношениями в семье, школе, кругу друзей и общее положение дел в стране и даже в мире. Юность бескомпромиссна, она не понимает наших взрослых «игр», ей не нравится, что «истина где-то там». Вот поэтому-то именно подросток так легко порой впадает в депрессию. Жизнь для него уже пуста и бесполезна, раз она столь несовершенна [8].

Согласно определению ВОЗ (1982), «суицид — акт самоубийства с фатальным исходом; покушение на самоубийство — аналогичный акт, не имеющий фатального исхода». В докладе о состоянии

здравоохранения в мире в 2001 году («Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда») говорится, что «самоубийство есть результат сознательных действий со стороны определенного человека, полностью осознающего или ожидающего летального исхода», и что «самоубийство является сегодня одной из основных проблем общественного здравоохранения».

Определение самоубийства, включающее важнейший критерий отграничения этого феномена от сходных с ним явлений, было дано уже в классическом труде французского социолога Э. Дюркгейма «Самоубийство» (1897; русский перевод — 1912). «Самоубийством называется каждый смертный случай, который непосредственно или посредством является результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если этот последний знал об ожидавших его результатах. Покушение на самоубийство — это вполне однородное действие, но только не доведенное до конца». Более простое и четкое определение дал современный суицидолог Морис Фарбер (*M. Farber*): «Самоубийство — сознательное, намеренное и быстрое лишение себя жизни» [6, с. 17].

Самые древние сведения о самоубийстве мы можем найти в мифах — одного из первых способов

отражения мира человека. Там есть и описания многочисленных ужасных существ, в которых превращались самоубийцы после смерти. Первыми формами самоубийств были так называемые ритуальные самоубийства. С распространением христианства отношение к самоубийствам резко изменилось. Самоубийство всеми христианскими конфессиями рассматривается как тяжкий грех. Официальная позиция христианских теологов вплоть до настоящего времени основывается на постулатах Фомы Аквинского (Томмазо Аквината) [5, с. 250]. С данной точки зрения, самоубийство является: противоестественным, аморальным, греховным.

В начале XX века австрийский психиатр Зигмунд Фрейд создал первую психологическую теорию суицида. В ней он подчеркнул роль агрессии, направленной на самого себя. Американский психиатр Карл Меннингер (*Karl Menninger*) детально разработал идеи Фрейда. Он предположил, что все суициды имеют в своей основе три взаимосвязанные бессознательные причины: это месть/ненависть (желание убить), депрессия/безнадежность (желание умереть) и чувство вины (желание быть убитым). Американский психолог, считающийся пионером современной теории суицида, Эдвин Шнейдман (*Edwin Schneidman*) описал несколько ключевых характеристик суицида. Сюда включены чувство невыносимой душевной боли, чувство изолированности от общества, ощущение безнадежности и беспомощности, а также мнение, что смерть является единственным способом решить все проблемы. Психотерапевты когнитивной школы, изучающие процесс обработки человеком информации, говорят в таком случае о негибком мышлении («жизнь ужасна, альтернатива ей только смерть»), которое ведет к невозможности выработки решений. Согласно психологам, многие суициды символизируют крик о помощи, представляют собой усилия с целью привлечения внимания к своим проблемам [3].

Обычно самоубийство рассматривается как феномен социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциальных конфликтов. Под суицидальным поведением понимаются различные формы активности людей, обусловленные стремлением лишить себя жизни и служащие средством разрешения личностного кризиса, возникшего при столкновении личности с препятствием на пути удовлетворения ее важнейших потребностей. На фоне острого эмоционального состояния кризис достигает такой интенсивности, что человек не может найти правильного выхода из сложившейся ситуации [11, с. 165].

Биологическими детерминантами риска развития кризисных состояний и суицидального поведения у подростков являются генетическая предрасположенность к суициду, аномалии серотонинергической системы головного мозга и нарушение функциональной асимметрии мозга. Это говорит о том, что в свете заявленной проблемы особое внимание следует уделять подросткам, у которых близкие родственники совершили попытку самоубийства или покончили с собой; подросткам, испытывающим трудности в постановке долгосрочных целей, склонным к агрессии и имеющим низкий

фон настроения; подросткам, обнаруживающим усиление леволатеральных признаков в моторной и сенсорной сферах. Однако наличие биологических детерминант само по себе без социально-средового воздействия не приводит к суицидальному поведению. Следовательно, их обнаружение у подростка является необходимым, но недостаточным основанием для отнесения его к «группе риска».

Среди наиболее значимых социально-психологических факторов, повышающих вероятность совершения самоубийства у подростков, можно выделить влияние тяжелых стрессовых событий, таких, как потеря близкого человека, распад семьи, пережитое физическое или сексуальное насилие, социальная депривация в связи с заключением в тюрьму, приобретенные физические отклонения, внебрачная беременность до совершеннолетия. К этому добавляются факторы семейного неблагополучия, связанные с отсутствием родителей, воздействием СМИ, влиянием референтной группы, наличием опыта суицидального поведения. Между влиянием тяжелых жизненных событий и возникновением кризисного состояния, детерминирующего суицид, существует тесная связь. Многими исследователями (Т. Джойнер, М. Д. Рудд; М. В. Зотов; А. И. Подольский, О. А. Идобаева, П. Хейманс) отмечается переживание подростками негативных событий за год до возникновения суицидального поведения и депрессии. Импульсивное парасуицидальное поведение проявляется в большинстве случаев как непосредственная реакция на ситуацию межличностного конфликта, вызывающую у индивида интенсивные негативные переживания (*Simon T. P.* и др.). Подростки с импульсивными парасуицидами не думают о возможном летальном исходе и не представляют последствий своего поведения. Внешние средовые воздействия оказывают значительное влияние на их поведение. Любое изменение ситуации, актуального эмоционального состояния, а также трудности реализации суицидальных действий могут привести к тому, что подросток «забывает» о своих намерениях (*М. Уильямс (Williams J. M. G.), Л. Поллок (Pollock L. R.)*) [4].

В детском возрасте суицидальное поведение очень редко может быть связано с психическими заболеваниями, в подавляющем большинстве это ситуационно-личностные реакции, в первую очередь реакция оппозиции. Известный российский социолог Я. И. Гилинский предполагает, что суицидальное поведение подростков соотносится с определенной группой мотиваций: острыми конфликтами в учебной, трудовой, семейно-бытовой и интимно-личностных сферах. Повышенное чувство справедливости, незащищенность, эмоциональность, незакаленность в житейских бурях приводят подростков к экстремальным реакциям, включая суицидальные попытки.

Слово «превенция» (профилактика) происходит от латинского *praeventio* — предшествовать, предвосхищать. Знание социальных и психологических предвестников суицида может помочь нам понять и предотвратить его. «Почему он устремил свою силу и ум на разрушение этой силы и этого ума?» — этот вопрос задают почти все, кто был знаком с жертвой самоубийства.

Социологи рассматривают самоубийство как барометр социального напряжения. Психологи интерпретируют его как реакцию давления на личность. Однако те и другие согласны, что самоубийство совершается, если у человека появляется чувство утраты приемлемого пути к достойному существованию. Вместе с тем далеко не каждый, у кого нарушены связи с обществом или возникли неудачи на работе, становится самоубийцей. Не существует какой-либо одной причины, из-за которой человек лишает себя жизни. Предрасполагающие факторы также различны, не выявлено и единого причинного фактора суицида.

«Если бы я только знал, что она замышляла самоубийство! Я просто не мог и подумать, что произойдет такое несчастье!» — восклицают близкие. И все же почти каждый, кто всерьез думает о самоубийстве, так или иначе дает понять окружающим о своем намерении. Самоубийства не происходят внезапно, импульсивно, непредсказуемо или неизбежно. Они являются последней каплей в чаше постепенно ухудшающейся адаптации. Среди тех, кто намеревается совершить суицид, от 70 до 75% тем или иным образом раскрывают свои стремления. Иногда это едва уловимые намеки; часто же угрозы легко узнаваемы. Надо сказать, что 3/4 тех, кто совершает самоубийства, посещают своих врачей до этого по какому-либо поводу в течение ближайших месяцев. Они ищут возможности высказаться и быть выслушанными. Однако очень часто врачи и семья не слушают их [10].

Комплексный медико-социальный подход к профилактике суицидального поведения в группе лиц подросткового возраста был предложен челябинскими исследователями.

1. Необходима разработка государственных мер поддержки семьи на экономическом, правовом, социальном уровне.

2. При воспитании детей и подростков нужно предоставлять возможность самостоятельности. Делегирование прав подросткам необходимо сочетать с формированием у них чувства ответственности за свои действия и высоким уровнем контроля за выполнением задания.

3. Следует обеспечить поддержку подростков на этапе перехода к самостоятельной жизни.

4. В качестве альтернативы сложившейся ситуации поиска детьми самостоятельного заработка, зачастую криминогенного характера, предоставлять возможность подросткам участвовать в системе трудовой деятельности с обязательным реальным стимулированием по результатам труда.

5. В осуществлении образовательных задач школы должен быть дифференцированный, гуманистический, индивидуальный подход, с акцентированием внимания на внеклассных мероприятиях, поиском новых форм организации свободного времени.

6. Нужно создать условия экономической заинтересованности предприятий, компаний; организаций в оказании помощи в проведении мероприятий по обеспечению индивидуального творчества, физического здоровья детей; увеличить выделение бюджетных средств на организацию детского досуга, максимально вовлекать детей в организованный детский отдых.

7. Важно способствовать созданию программ для детей и юношества на телевидении и радио, проектов в прессе (с психолого-педагогическим и юридическим контролем за содержанием информации в СМИ).

8. Школьному психологу, участковому педиатру, психиатру, психотерапевту необходимо вести работу по выявлению суицидальных тенденций с выделением «группы риска» по этому фактору. Повышенную медико-социальную коррекцию проводить в случаях обнаружения депрессивной, психопатоподобной симптоматики, суицидальных тенденций и наследственной суицидальной отягощенности.

9. Целесообразно открытие в городах кабинета психолого-педагогической поддержки для подростков, отделения социально-психологической помощи при кризисных состояниях, создание молодежных объединений «анонимных наркоманов, алкоголиков».

10. Необходимо улучшить взаимодействие между специалистами различных служб, оказывающих психолого-психотерапевтическую помощь подросткам.

11. В процессе подготовки и усовершенствования специалистов особое внимание стоит уделить вопросам превенции суицидальных тенденций.

12. Требуется обеспечить условия, чтобы подросток, совершивший суицидальные действия, был обязательно осмотрен психиатром или психотерапевтом с проведением ему адаптационно-корректирующей терапии в рамках закона (Приказ МЗ РФ № 245 от 02.07.1992).

13. Должны быть разработаны единые требования к оформлению следственных материалов дела с целью получения полной и достоверной информации [5, с. 301].

Для профилактики суицидов важно своевременное выявление депрессий у подростков. Существенную роль в этом играют родители. Как только у подростка отмечается сниженное настроение, заметны другие признаки депрессивного состояния, нужно незамедлительно принимать меры, помогать ребенку. Необходимы также усилия по формированию дружных классов коллективов, нормализации стиля общения педагогов с учащимися, оптимизации учебной деятельности, вовлечению учащихся в социально значимые виды деятельности, школьное самоуправление, а также по выработке установок у учащихся на самореализацию в социально одобряемых сферах жизнедеятельности (культуре, спорте, искусстве, науке и др.).

В системе профилактических мер по предупреждению самоубийств у лиц с пограничными расстройствами и практические здоровых важнейшее место занимают психотерапевтические воздействия; во многих случаях они являются единственно эффективным видом помощи пациентам, находящимся в суицидоопасных состояниях [7, с. 3].

Кризисная психотерапия — это набор психотерапевтических приемов и методов, направленных на помощь людям в состоянии социально-психологической дезадаптации, обусловленной реакцией на тяжелый стресс, и предназначенных для предотвращения саморазрушительных форм поведения,

в первую очередь попыток самоубийства (суицидальных попыток).

Тактика кризисной терапии предполагает исследование значения стрессора для пациента, обеспечение необходимой социальной и микро-социальной поддержки, проявление сочувствия, побуждение к поиску альтернативных путей решения проблемы. При преобладании тревоги возможно применение релаксации и гипноза. Может понадобиться вмешательство в виде суггестии, переубеждения, изменения окружающей среды, госпитализации. Свой классический труд «Война с самим собой» Карл Меннингер завершает терапевтическими рекомендациями. Прежде всего он советует разъяснить суициденту механизмы его саморазрушительного поведения. Затем необходимо противопоставить его сознательные намерения и подсознательную мотивацию. Кризисный пациент, как правило, утрачивает смысл жизни, но вместо поиска ее нового смысла отказывается от жизни вообще. Задачи кризисной терапии не ограничиваются эмоциональной и социальной поддержкой, хотя бы потому, что это может укрепить манипулятивные мотивы суицидального поведения. Основной целью кризисной терапии является использование пластичности коннотативной сферы суицидента, т. е. его готовности отказать от старой системы смыслов и ценностей и выработать новые. Соответственно стратегия кризисной терапии заключается в создании психологических условий для личностного роста пациента [9, с. 39].

Есть несколько маркеров суицидального состояния:

- высказывания о нежелании жить: «было бы лучше умереть», «не хочу больше жить», «я больше не буду ни для кого проблемой», «тебе больше не придется обо мне волноваться», «мне нельзя помочь»;
- фиксация на теме смерти в литературе и живописи, частые разговоры об этом, сбор информации о способах суицида и их соотношении;
- активная предварительная подготовка к выбранному способу совершения суицида (например, сбор таблеток, хранение отравляющих веществ);
- сообщение друзьям о принятии решения о самоубийстве (прямое и косвенное); косвенные намеки на возможность суицидальных действий, например, помещение своей фотографии в черную рамку, появление среди сверстников с петлей на шее из подручных средств;
- стойкая тяга к прослушиванию грустной музыки и песен;
- раздражительность, угрюмость, подавленное настроение, проявление признаков страха, беспомощности, безнадежности, отчаяния; чувство одиночества (меня никто не понимает, я никому не нужен), сложности контролирования эмоций, внезапная смена эмоций (то эйфория, то приступы отчаяния);
- негативные эмоции, связанные с нарушением (блокированием) удовлетворения потребности в безопасности, уважении, независимости (автономности), накануне и в день совершения самоубийства возможно спокойствие;

- угроза нарушению позитивной социальной идентичности «я», «мое окружение», потеря перспективы будущего;

- необычное, нехарактерное для данного человека поведение, в том числе более безрассудное, импульсивное, агрессивное, аутоагрессивное, антисоциальное; несвойственное стремление к уединению, снижение социальной активности у общительных людей и, наоборот, возбужденное поведение и повышенная общительность у малообщительных и молчаливых; возможно злоупотребление алкоголем, психоактивными веществами;

- стремление к рискованным действиям, отрицание проблем;

- снижение успеваемости, пропуск занятий, невыполнение домашних заданий;

- приведение в порядок дел, примирение с давними врагами;

- символическое прощание с ближайшим окружением (раздача личных вещей, фото, подготовка и выставление ролика, посвященного друзьям и близким); дарение другим вещей, имеющих большую личную значимость;

- попытка уединиться: закрыться в комнате, убежать и скрыться от друзей (при наличии другихстораживающих признаков) [2, с. 7].

При разработке мер профилактики суицидов у подростков нужно иметь в виду следующее:

1. Разница между истинным и демонстративно-шантажным суицидальным поведением в подростковом возрасте условна. Следует все суицидальные мысли и попытки ребенка рассматривать как реальную угрозу его жизни и здоровью. Как правило, суицидальные угрозы и намерения реализуются депрессивными подростками в истинные покушения на самоубийства.

2. Чем меньше возраст подростка, тем острее протекают депрессивные состояния.

3. Депрессия сама по себе не содержит суицидальных тенденций, они появляются под действием конфликтных ситуаций, если не приняты адекватные меры помощи.

4. Психологические переживания часто переоцениваются подростками и недооцениваются взрослыми.

5. В структуре депрессивного состояния есть симптомы, наличие которых должно насторожить человека, общающегося с подростком, так называемые маркеры суицидального состояния.

6. При депрессивных состояниях у подростков всегда высок риск повторений, что требует обязательной профилактической работы.

Поскольку подростки часто страдают от одиночества и невозможности излить душу, при проведении беседы с подростком, размышляющим о суициде, рекомендуется: внимательно его выслушать; спокойно и доходчиво расспросить о тревожащей ситуации и о том, какая помощь ему необходима; не осуждать ребенка и не выражать удивление по поводу услышанного, даже самых шокирующих высказываний; не спорить и не настаивать на том, что его беда ничтожна, что ему живется лучше других; не сравнивать его проблемы с проблемами других подростков, это заставляет ребенка ощущать себя еще

более ненужным и бесполезным; постараться развеять романтически-трагедийный ореол представлений подростка о собственной смерти; стремиться вселить в подростка надежду; она должна быть реалистичной и направленной на укрепление его сил и возможностей. Проведение кризисной терапии требует высокопрофессионализма и определенной деликатности. Ошибки, которые вольно или невольно совершает психотерапевт, могут стоить жизни его пациенту.

Кризисная терапия может осуществляться в индивидуальной, семейной и групповой формах, однако приоритет должен быть отдан индивидуальной. Проводится в стационарах и амбулаторных условиях, а также на дому или по телефону.

В кризисной терапии выделяют несколько этапов вмешательства:

1. Начальный — беседа, установление контакта, оценка суицидального риска.
2. Второй этап направлен на овладение ситуацией, формирование в сознании пациента картины психотравмирующей ситуации, ее структурирование, преодоление исключительности ситуаций.
3. Третий этап заключается в планировании действий, необходимых для преодоления кризиса.
4. Этап коррекции суицидальных установок.
5. Завершение терапии.

Сочетание микросоциальных (социально-психологических) причин и психологических особенностей личности подростка, обуславливающих суицидальные формы реагирования на трудные обстоятельства, предполагает индивидуализацию работы, особенно с детьми группы риска. Предупреждение побуждений к самоубийству и повторных суицидальных попыток у подростков — задача специалистов, осуществляющих психолого-педагогическую и коррекционную работу с детьми. Для создания системы профилактики суицидов у подростков необходимо соблюдение принципа комплексного взаимодействия специалистов, а именно: учителей, воспитателей, психологов, социальных работников, медиков, сотрудников комиссии по делам несовершеннолетних, родителей. Такое взаимодействие способствует более эффективной работе в области профилактики и предотвращения повторных суицидов среди подростков. Организация социальной работы по борьбе с суицидом осуществляется по двум основным направлениям:

- профилактика самоубийств;
- реабилитация и адаптация суицидентов и их окружения.

Профилактика самоубийств в России и других странах реализуется посредством создания специализированных суицидологических служб: телефонов доверия, кабинетов социально-психологической помощи, кризисных отделений [1, с. 45].

Принято различать первичную, вторичную и третичную профилактику. Первичное звено направлено на все общество и имеет своей целью профилактику факторов суицидального риска. Задачами являются

- профилактика алкоголизма и наркомании;
- диагностика групп суицидального риска;
- организация регулярного мониторинга тревожности и депрессии;

- коррекция семейных взаимоотношений и профилактика социального неблагополучия;
- информирование о деятельности психологических служб.

Основной акцент должен делаться на мерах первичной, превентивной профилактики, направленной на поддержание и развитие условий, способствующих сохранению физического, личностного и социального здоровья, и на предупреждение неблагоприятного воздействия. Первичная профилактика является массовой и наиболее эффективной. Она основывается на комплексном системном исследовании влияния условий и факторов социальной и природной среды на здоровье населения. К мероприятиям первичной профилактики относятся меры, которые могут быть направлены либо на исключение влияния суицидопровоцирующих факторов, либо на повышение устойчивости человека к неблагоприятным факторам. Первичная профилактика должна проводиться со всеми детьми. В самом начале ее проведения необходимо выяснить степень информированности о суициде у подростков. Конструктивная первичная профилактика служит предупреждению девиантного поведения, способствует формированию здоровой личности подростка, создает стойкие желательные установки. Вторичное звено — это помощь непосредственно суицидентам. Целью является предотвращение суицидальных действий, снятие острого кризиса. Третичная профилактика включает реабилитацию суицидента после выведения его из критического состояния, а также помощь родственникам, являющимся представителями группы суицидального риска.

В качестве чрезвычайно важного метода терапии и коррекции суицидального поведения выступает экзистенциальная психотерапия, включающая логотерапию. Ключевой целью экзистенциальной психотерапии считается обретение человеком утраченного смысла жизни. Процедура консультирования включает в себя совместные размышления психолога и пациента на тему смысла жизни с целью нахождения чего-то, что могло бы заполнить «экзистенциальный вакуум». Делается попытка доказать и убедить клиента в том, что даже «страдание может иметь смысл, если оно меняет человека к лучшему».

Кризисная терапия должна носить комплексный характер. Это воздействие на личность индивида с целью разрешения его экзистенциальных проблем и одновременно повышения уровня адаптации. На данном этапе осуществляется опробование и закрепление новых способов решения проблем и коррекция ряда неадаптивных личностных черт. Методами терапии могут быть коммуникативный тренинг, ролевой тренинг, психодрама и аутогенная тренировка. Проигрывание роли значимого другого помогает подростку лучше понять мотивы поведения партнера и, исходя из этого, строить отношения с ним. Рассмотрение неопробованных способов решения проблемы, как правило, включает поиск лиц из ближайшего окружения, с которыми подросток мог бы сформировать новые, необходимые ему высокозначимые отношения, облегчающие ему микросоциальную адаптацию.

По словам В. Франкла, «мы должны во что бы то ни стало довести до сознания человека, решившегося на самоубийство, что самоубийство не может разрешить никакую проблему. Мы должны показать ему, как похож он на шахматиста, который, получив тяжелую позицию, сметает с доски все фигуры. Этим он не решает

шахматную проблему. Тем более в жизни ни одна проблема не решается путем того, что жизнь отбрасывают. Человек, который выбирает добровольную смерть, нарушает правила игры жизни. Эти правила не требуют ведь от нас, чтобы мы любой ценой побеждали, но требуют, чтобы мы никогда не прекращали борьбу» [5, с. 309].

1. Алимова М. А. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция. Барнаул, 2014. 100 с.
2. Баников Г. С., Вихристюк О. В., Миллер Л. В. и др. Методические рекомендации (памятка) психологам образовательных учреждений по выявлению и предупреждению суицидального поведения среди несовершеннолетних. М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2013. 40 с.
3. Берман А. Суицид — общие теории и предотвращение/пер. К. Брежнева [Электронный ресурс] // Русский медицинский сервер. Режим доступа: <http://www.rusmedserv.com/psychsex/suicide.shtml> (дата обращения: 14.04.2015).
4. Васильченко М. В. Социально психологические детерминанты суицидального поведения подростков [Электронный ресурс] // Прикладная психология и психоанализ: электронный научный журнал. 2012. № 3. Режим доступа: <http://ppip.idnk.ru/index.php/component/content/article/10-2011-02-24-12-27-14-3-2012/238-5489> (дата обращения: 09.04.2015).
5. Егоров А. Ю., Игумнов С. А. Клиника и психология девиантного поведения. СПб.: Речь, 2010. 398 с.
6. Ефремов В. С. Основы суицидологии. СПб.: Диалект, 2004. 480 с.
7. Неотложная психотерапевтическая помощь в суицидологической практике: Метод. рекомендации/М-во здравоохранения РСФСР; сост. А. Г. Амбрумова, А. М. Полеев. 1986. 26 с.
8. Рачковская Т. В. Нарушения привязанности как фактор риска суицидального поведения. Актуальность проблемы, профилактика, лечение [Электронный ресурс] // Детская психиатрия и психология. Режим доступа: <http://psihologos.akkupunktura.ru/?p=2032> (дата обращения: 10.04.2015).
9. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр, 2005. 376 с.
10. Суицид. О мерах профилактики суицида среди детей и подростков [Электронный ресурс] // Сайт Факультета психолого-педагогического менеджмента. Режим доступа: <http://centercep.ru/stati/8-klinicheskaya-psihologiya-i-psihoterapiya/132-suicid-o-merah-profilaktiki-suicida-sredi-detey-i-podrostkov.html> (дата обращения: 14.04.2015).
11. Шнейдер Л. Б. Девиантное поведение детей и подростков. М.: Академический проспект; Трикста, 2005. 336 с.

References

1. Alimova M. A. *Suitsidalnoye povedeniye podrostkov: diagnostika, profilaktika, korrektsiya* [Suicidal behaviour of adolescents: diagnostics, prevention, correction]. Barnaul, 2014. 100 p. (In Russian).
2. Bannikov G. S., Vikhristyuk O. V., Miller L. V., Sinitsyna T. Yu. *Metodicheskiye rekomendatsii (pamyatka) psikhologam obrazovatelnykh uchrezhdeniy po vyyavleniyu i preduprezhdeniyu suitsidalnogo povedeniya sredi nesovershennoletnikh* [Guidelines (memo) for psychologists of educational institutions on detection and prevention of suicidal behaviour among minors]. Moscow: Moscow City Psychological and Pedagogical University Publ., 2013. 40 p. (In Russian).
3. Berman A. L. *Suicide*. Microsoft Encarta 98: Encyclopedia. [Rus. ed.: Berman A. L. *Suitsid — obshchiey teorii i predotvrashcheniye*. Brezhneva K. (ed.). Available at: <http://www.rusmedserv.com/psychsex/suicide.shtml> (accessed 14.04.2015)].
4. Vasilchenko M. V. *Sotsialno psikhologicheskiye determinanty suitsidalnogo povedeniya podrostkov* [Social and psychological determinants of suicidal behaviour of adolescents]. *Prikladnaya psikhologiya i psikhoanaliz — Applied Psychology and Psychoanalysis*, 2012, 3 (in Russian). Available at: <http://ppip.idnk.ru/index.php/component/content/article/10-2011-02-24-12-27-14-3-2012/238-5489> (accessed 09.04.2015).
5. Yegorov A. Yu., Igumnov S. A. *Klinika i psikhologiya deviantnogo povedeniya* [Clinic and psychology of deviant behaviour]. St. Petersburg.: Rech Publ., 2010. 398 p. (In Russian).
6. Yefremov V. S. *Osnovy suitsidologii* [Foundations of Suicidology]. St. Petersburg: Dialekt Publ., 2004. 480 p. (In Russian).
7. *Neotlozhnaya psikhoterapevticheskaya pomoshch v suitsidologicheskoy praktike: Metodicheskiye rekomendatsii* [Emergency psychotherapeutic assistance in suicidological practice: Guidelines]. Ambrumova A. G., Poleev A. M. (eds.). Moscow: Ministry of Health of the Russian Socialist Federative Soviet Republic Publ., 1986. 26 p. (In Russian).
8. Rachkovskaya T. V. *Narusheniya privyazannosti kak faktor riska suitsidalnogo povedeniya. Aktualnost problemy, profilaktika, lecheniye* [Violations of attachment as a risk factor of suicidal behaviour. The urgency of the problem, prevention, treatment]. *Detskaya psikhatriya i psikhologiya — Child Psychology and Psychiatry* (in Russian). Available at: <http://psihologos.akkupunktura.ru/?p=2032> (accessed 10.04.2015).
9. Starshenbaum G. V. *Suitsidologiya i krizisnaya psikhoterapiya* [Suicidology and crisis psychotherapy]. Moscow: Kogito-Tsentr Publ., 2005. 376 p. (In Russian).
10. *Suitsid. O merakh profilaktiki suitsida sredi detey i podrostkov* [Suicide. Measures of suicide prevention among children and adolescents] (in Russian). Available at: <http://centercep.ru/stati/8-klinicheskaya-psihologiya-i-psihoterapiya/132-suicid-o-merah-profilaktiki-suicida-sredi-detey-i-podrostkov.html> (accessed 14.04.2015).
11. Shneyder L. B. *Deviantnoye povedeniye detey i podrostkov* [Deviant behaviour of children and adolescents]. Moscow: Akademicheskii prospect Publ., Triksta Publ., 2005. 336 p. (In Russian).