

**Психологиялық-  
педагогикалық  
зерттеулер**

**Психолого-  
педагогические  
исследования**

**Psychological-  
pedagogical  
research**

УДК 37.018.7

П. Митева

Бургаский свободный университет, Болгария, г. Бургас

**Самоубийство – зов о помощи  
(Социально-педагогическая работа  
с детьми и подростками с риском суицида)**

Самоубийство является значимой социальной проблемой, к сожалению, часто недооцениваемой как комплексный феномен. Проблема самоубийства, кроме медицины и психиатрии, является и объектом социальных наук.

Задаются экзистенциальные вопросы, такие, как: “Что заставляет людей покончить свою жизнь?”, “Какие чувства испытывают люди, прибегшие к самоубийству?”, “Возможно ли при получении поддержки остановить попытку самоубийства?”, “Как окружающая среда влияет на решение о самоубийстве?” и другие.

В статье речь не идет о теоретических основах и понятиях, связанных с определением самоубийства. Она ограничивается только обозначением проблематики, актуальной для детей и подростков, потенциальных самоубийц.

Актуальные самоубийства (suicid) и попытки самоубийства различны, но оба состояния в науке интерпретируются как кризис идентичности. Среди стран с самым высоким „индексом самоубийства» являются Германия, Швейцария, Финляндия, Норвегия, Китай, Япония и др.

В статье приведен краткий обзор понятия, рискованные факторы поведения, приводится возраст понимания причин смерти и эмоциональных проявлений у ребенка (после 7 лет), приводятся некоторые элементы из программы предотвращения суицида, приведены параметры оценки суицидального поведения; шаги краткосрочной интервенции; рекомендации психологу, социальному педагогу при работе с ребенком / подростком совершившим попытку самоубийства.

Рекомендуются психиатрическое интервью и оценка врача в каждом конкретном случае попытки суицида. Работа в междисциплинарной команде – ведущая. После оценки врача проводится консультативная работа, которая является краткосрочной (в кризисных ситуациях) до уточнения рисков и долгосрочных форм консультирования и терапии.

Метод консультирования при суициде – чаще всего это кризисная интервенция. В статье комментируется актуальность проблемы с точки зрения социальной практики, биологических симптомов суицидального поведения, его оценка, а так же практика по профилактике и консультированию.

**Ключевые слова:** самоубийство, метод консультирования, социальные практики, суицидальное поведение детей, подростков.

P. Miteva

**Suicide – a call for help  
(Socio-pedagogical work with children and adolescents, with the risk of suicide)**

Suicide is a significant social problem, unfortunately, is often underestimated as a complex phenomenon. The problem of suicide, except medicine and psychiatry are the object of the social Sciences. We define exis-

tential questions, such as „What compels people to end his own life?“, „What feelings испытывают people, прибегающие to commit suicide?“, „Is it possible, in obtaining the support to stop a suicide attempt?“, „How the environment affects the decision to commit suicide?“ and others.

In this article we are not talking about theoretical bases and concepts associated with the definition of suicide. It is limited to only the designation of the issues relevant to children and adolescents, potential suicide bombers.

Actual suicide (suicid) and suicide attempts are different, but both States in science interpreted as a crisis of identity. Among the countries with the highest „index of suicide» are Germany, Switzerland, Finland, Norway, China, Japan and others.

The article provides a brief overview of concepts, risk factors of conduct, given the age of the understanding of the causes of death and emotional manifestations of a child (after 7 years), are some of the elements of a programme for the prevention of suicide, the parameters of assessment of suicidal behaviour; steps short-term intervention; the recommendation of a psychologist, social pedagogue when working with a child / teenager committed suicide attempt. It is recommended that a psychiatric interview and evaluation of the physician in each specific case of suicide attempts. Work in an interdisciplinary team – leading. After evaluation by a physician is carried out Advisory work, which is a short-term (in crisis situations) to clarify the risks and long-term forms of counselling and therapy. Method of consultation in suicide – often a crisis intervention. The article commented on the relevance of the problem from the point of view of social practices, biological symptoms of suicidal behavior, its assessment, as well as practice on prevention and counselling.

**Keywords:** suicide, a method of counseling, social practices, suicidal behavior in children, adolescents.

П. Митева

### Өзін-өзі өлтіру – көмекке шақыру

#### (Суицидті мінез-құлықты балалар және жасөспірімдермен әлеуметтік жұмыс)

Өзін-өзі өлтіру – кешенді бағаланбайтын феномен ретінде әлеуметтік мәні бар өзекті мәселе. Өзін-өзі өлтіру тәжірибесі медицина және психиатрия саласынан басқа әлеуметтік ғылымдардың нысаны болып табылады. Мақалада суицидтік мінез-құлықтың биологиялық ерекшеліктері мен әлеуметтік тәжірибе тұрғысынан мәселенің өзектілігі қарастырылады.

Өзін-өзі өлтіру әлеуметтік мәселеде мәні бар кешенді көрініс болып саналады. Сондай-ақ мақалада экзистенциалды сұрақтар қойылады: «Өзіне қол жұмсауда адамды не итермелейді?», «Өзін өлтіруде адам қандай сезімде болады?», «Қолдау бар кезінде өзін-өзі өлтіруді алдын алуға бола ма?», «Өзін өлтіру мәселесін шешуде қоршаған орта қалай әсер етеді?» және тағы басқа.

Мақалада өзін-өзі өлтіру анықтамасына қатысты теориялық түсініктерге мәлімет беріледі. Бұл өзін-өзі өлтіруші және балалар мен жасөспірімдер арасында өзекті мәселе ретінде қарастырылады.

Өзін-өзі өлтіруге талпыныс және өзін-өзі өлтіру мәселесі (suicid) екеуі де ғылымда дағдарыс негізінде қарастырылады. „Өзін-өзі өлтіру индексі” жоғары болып саналатын елдердің қатарына Германия, Швейцария, Финляндия, Норвегия, Қытай, Жапония және т.б. жатады.

Мақалада тәуекелділік факторлар, ұғымдарға қысқаша шолу, балада (7 жастан жоғары) эмоционалды көріністер мен өлім себептерін түсіну мәліметтері беріледі. Суицидтің алдын алу бойына бағдарламалардан кейбір элементтер, оны бағалау көрсеткіштері, психологқа ұсыныс, әлеуметтік педагогке бала немесе жасөспіріммен өзін-өзі өлтіру бару барысында жұмыс жасауы керек.

Суицид болған нақты жағдайларда дәрігерлердің бағалауы мен психиатрлық әңгімелесулері ұсынылады. Дәрігердің бағалауынан кейін кеңес беру жұмыстары жүргізіледі, онда қысқа мерзімді және ұзақ мерзімді кеңес беру формалары мен терапиялар түрі нақтытылады (дағдарыс жағдайларында).

Суицид кезінде кеңес беру әдістері әдетте дағдарыстық интервенция болып табылады. Мақалада әлеуметтік тәжірибе көзқарасынан суицидтік тәртіпке баға беріліп, алдын алу мен кеңес беру тәжірибесі беріледі.

**Түйін сөздер:** өзін-өзі өлтіру, кеңес беру әдістері, әлеуметтік тәжірибе, суицидті мінез-құлықты балалар және жасөспірімдер.

## Введение

Самоубийство является социальной проблемой, которую обсуждают разные научные дисциплины и направления – социология, философия, психология, педагогика, медицина и психиатрия, право, социальные науки и т.д. Латинское *sui cadere* означает “убить самого себя”. Это добровольный, осознанный акт, в результате которого человек или другое живое существо прерывает свою собственную жизнь (см. <http://bg.wikipedia.org/>). Один из самых известных исследователей самоубийств, французский социолог Эмиль Дюркгейм определяет его как “исключение из общества”, “отсутствие чувства идентичности с социальной группой”, “отсутствие интеграции” (Дюркгейм, 1999) [1]. Психоаналитическая парадигма рассматривает такое поведение как «агрессию направленную во внутрь». Вклад Зигмунда Фрейда связывается с изучением агрессивных импульсов и их связь с автоагрессией, как импульс-заместитель, который провоцирует желание покончить с собой. Эта точка зрения связана с ощущением так называемым “принципом удовольствия” и разрушительного воздействия инстинкта смерти (Танатос), постоянно противодействующему инстинкту жизни (Ерос), особенно в пожилом возрасте. Глубоко обсуждается и роль потери значимого объекта (смерть или разлука с любимым объектом), а так же разграничение печали и меланхолии, амбивалентности чувств и их связь с Я-конструктом (Фрейд, 2001) [2].

## Современная наука о суицидальном поведении (обзор)

С точки зрения психологических мотивов, частые суицидные действия – это “крик о помощи” (Маджирова, 2005: с. 312-319) [3]. Современная наука располагает достаточными аргументами для рассмотрения суицидального поведения как результат биологического, социального и психиатрического состояния.

Какие бы не были причины самоубийства, будь то у детей или взрослых, социальные науки придают исключительное значение этой проблеме. Задаются экзистенциальные вопросы, такие, как “Что заставляет людей покончить свою жизнь?”, “Какие чувства испытывают люди, прибегшие к самоубийству?”, “Возможно ли при получении поддержки остановить попытку само-

убийства?”, “Как окружающая среда влияет на решение о самоубийстве?” и другие.

В статье речь не идет о теоретических основах и понятиях, связанных с определением самоубийства. Она ограничивается только обозначением проблематики, актуальной для детей и подростков, потенциальных самоубийц. Актуальные самоубийства (suicid) и попытки самоубийства различны, но оба состояния в науке интерпретируются как кризис идентичности (см. Энциклопедия психологии и поведенческих наук, 2008: 1089) [4].

Интерес ученых к суицидальному поведению детей и подростков в современном мире неуклонно растет. Он спровоцирован их многократным увеличением, особенно в быстроразвивающихся индустриальных обществах. Предполагается, что высокий уровень стресса является важным фактором уязвимости подростков к самоубийству (см. Димитров, 2007) [5]. Странами с самым высоким «индексом самоубийства» являются Германия, Швейцария, Финляндия, Норвегия, Китай, Япония и др. Немецкие исследователи подчеркивают влияние и злоупотреблений, в том числе наркотиков (см. Брониш, 2000) [6]. Исследование феномена «суицид» предполагает отслеживание некоторых основных моментов: ответы на вопросы “Каковы факторы риска суицидального поведения?”, “Какими средствами дети и подростки кончают свою жизнь?”, “Какое их представление о смерти?” и т.д.

**Рисковые факторы поведения**, связанные с попыткой самоубийства охватывают широкий круг вопросов. Биологические симптомы при суицидном поведении показывают пониженный уровень гормонов серотонина и допамина, а также наследственные психические заболевания (см Маджирова, 2005) [3].

Наиболее часто обсуждаемые факторы связывают с: психическими расстройствами (90-95% из случаев) – депрессия, наркомания, шизофрения, расстройства личности; неудачные попытки самоубийства; соматические заболевания (хирургические интервенции, неизлечимые болезни, сильные боли); семейное положение (разведенные и вдовы, неполные семьи); религия (дает надежду и смысл в жизни, хотя некоторые религии оправдывают этот акт); возраст (количество случаев увеличивается с возрастом, особенно после 65 лет); пол (мужчины чаще

реализуют самоубийство); профессиональные факторы (безработица, у высокого социального статуса риск выше); безнадежность и т.д.

Выбор средств для совершения самоубийства также разнообразен и зависит от пола, возраста, наличия ресурсов, социально-культурных условий жизни, психиатрического состояния ребенка / подростка, мотивов и т.д. Наиболее опасны случаи, при которых используется огнестрельное оружие (особенно у ребят). Девушки чаще применяют лекарственные средства, отравления газом, утопление. Дело в том, что лица женского пола чаще практикуют действия самоубийства, но у мужчин они более успешны (относится как к детям, так и ко взрослым). Часто в превенции и консультации суицида ставится вопрос о взглядах детей и молодых людей на смерть. Известно, что до 4-5 лет дети не проявляют признаков понимания смерти. Риски поведения также ограничены. Едва после 5 лет “смерть связывается с мукой и скорбью” (см. Димитров, 2007:76) [5]

**Понимание причин смерти** и эмоциональные проявления появляются после 7 лет. Предполагается, что до этого возраста вероятность самоубийства является исключением. В начальном школьном возрасте интерес у детей о смерти увеличивается, но в большинстве случаев это воспринимается как что-то внешнее, распространяющееся только на посторонних людей. Между тем безрассудные действия и рискованное поведение являются фактом, хотя все еще и отсутствует осознанный мотив самоубийства. Подростковый возраст связан с очень яркими изменениями во всех сферах личности. Также известен как „кризисный период“ в жизни человека, в котором ставятся экзистенциальные вопросы о идентичности и смысле жизни. Этот период жизни насыщен не только изменениями, связанными с развитием, но и изменениями в личных отношениях, осознанием и столкновением с реальностью, доходящим до отчаяния, трудности ответов на вопросы в повседневной жизни, распространенной в современном мире “Игры со смертью” и “ставки” (см. там же). Картина усиливается влиянием личностных особенностей этого возраста (депрессия, гиперактивность, низкий самоконтроль, психопатология), а также наличие заболеваний, являющихся предпосылками к мотивам самоубийства. Актуальные факторы: тяжелая утрата, разлука / неудача в интимных отношениях, злоупотребление наркотиками, алкоголем,

нежелательная беременность, проблемы в семье и т.д. Неуспехи в школе и тревоги занимают значительное место в детском суициде. Неудовлетворенность в этой сфере от взаимоотношений со сверстниками и взрослыми переживается очень негативно и мотивирует действия самоубийства. Суицидная проблематика у детей и подростков носит специфический характер и требует специального профессионального вмешательства. Все чаще говорится о роли превенции при агрессивном поведении в данном возрасте.

### **Профилактика суицидного поведения**

*Некоторые элементы из программы предотвращения суицида имеют следующее содержание:* раннее выявление и скрининг основных стрессоров в среде детей и подростков, оценка риска самоубийства, использование кризисной интервенции; поственционные программы помощи ребенку после попытки самоубийства; образовательные программы в системе школьного образования; взаимодействие в сети с другими учреждениями, интересующиеся этой проблемой; исследование причин суицида; работа с семьей и т.д.

Несмотря на озабоченность исследователей и повышенного внимания общественности к этой проблеме, превантивная работа еще не достигла желаемого эффекта. Особый интерес представляет профессиональное вмешательство в чрезвычайные случаи суицидального поведения. Одним из первых шагов является оценка подростков.

**Оценка суицидального поведения осуществляется специалистом и включает некоторые из следующих вопросов:**

1. Имя и возраст ребенка.
2. Актуальное эмоциональное состояние.
3. Поведенческие симптомы и наличие суицидальных идей.
4. Наличие суицидальных намерений.
5. Существование плана самоубийства.
6. Оценка степени смертности планированного средства самоубийства.
7. Были ли публичные разговоры о самоубийстве?
8. Существует ли история суицидальных мыслей и опытов?
9. Было ли обращение за помощью до данного момента и какое?
10. Какой ресурс у ребенка – круг друзей, семья, школа, социальный статус и т.д.?

Мероприятия по реальным рискам самоубийств напрямую связаны с оценкой. В зависимости от серьезности проблемы, принимаются адекватные меры в каждом конкретном случае. В медицинской (психиатрической) практике и в параллельном или последующем самоубийстве, подход разграничивается с точки зрения целей, которые они перед собой поставили. Рекомендуется психиатрическое интервью и оценка врача в каждом конкретном случае попытки суицида. Работа в междисциплинарной команде – ведущая. После оценки врача проводится консультативная работа, которая является краткосрочной (в кризисных ситуациях) до уточнения рисков и долгосрочных форм консультирования и терапии.

Краткосрочные вмешательства, направленные на разъяснение проблемы „здесь и сейчас“. Имеется ввиду предоставления немедленной психологической поддержки детям, информирование и поддержка родителей, оказание поддержки свидетелям или лицам, близким к ребенку (друзья, одноклассники), ответы на вопросы средствами массовой информации и институциями, планирование дальнейших действий и т.д.

### Шаги краткосрочной интервенция

Краткосрочная интервенция концентрируется на основных шагах и вопросах:

- установление первоначального контакта;
- создание доверительных отношений с клиентом (детей, молодежи);
- оценка суицидального риска (см. Каплан 2002: 55) [7];
- оценка эмоционального состояния и поведения;
- откровенные разговоры о суициде (прямые вопросы – о суицидальных мыслях и их документация. Например: Как часто вы думаете о самоубийстве? Есть ли у вас конкретный план самоубийства? Доступны ли ресурсы для самоубийства?
  - внимательное наблюдение и серьезное восприятие тревог и рассказов человека (чувство безнадежности);
  - уважение чувств и переживаний самоубийцы, признание его прав принятия этого решения, но и изучение возможных альтернатив самоубийства – расширение перспектив настоящей ситуации (без оспаривания решения самоубийства);

- вопросы о проектах в будущем: Представляет ли себе человек способ, который мог бы улучшить/изменить ситуацию?

- переговоры о “переносе решения”;
- оценка ресурса (см. Димитров, 2007);
- при отказе ребенка от сотрудничества ищется поддержка родителей и родственников, с которыми он находится в фидуциарных отношениях.

**Важный момент в консультации детей с суицидальным поведением** – это распознавание так называемых сигнальных предупреждений (warning signs). Предупредительные сигналы долавливаются при хорошем понимании факторов и мотивов самоубийства (самым высоким риском являются психические расстройства). Запланированные в деталях опыты и основанные на злоупотреблении наркотиков и медикаментов попытки самоубийства, требуют особого внимания со стороны специалистов. Им нужна своевременная госпитализация, а оказания паллиативных и мотивационных бесед и консультаций с самого начала являются неуместными и неприемлемыми. Известны описанные Эрика Маркуса (1996) ранние предупреждающие признаки, которые в большей степени копируют знакомые факторы. Они могут быть дополнены конкретно другими словесными знаками, суждениями, угрозами («Я не вижу смысла жить», «нет смысла», «я не хочу жить», «Я не буду вас больше беспокоить», «Я всегда терплю неудачу», «Я виноват» и т.п.). письменные тексты и записки взрослым, описание в дневнике ребенка (см. Димитров, 2007). Стереотипы поведения видны и распознаваемы – резкие изменения в питании, одежде, привычке спать, отказ от своего хобби или парадоксальное очевидное позитивное изменение внешнего вида – от пренебрежения к подготовке к «прощанию с жизнью», невозможность составления проектов на будущее, изоляция, интерес к оружием, огню и т.д.. (См. <http://www.icp-bg.com/samoub.php>).

Суицидальное поведение у детей и подростков в мировом масштабе ставит перед профессионалами вопросы не только эффективной профилактики, но и **улучшение практики консультирования**. Современные подходы требуют помощь и поддержку не только “жертве”, но и свидетелям суицидального кризиса. Эти подходы систематизируются в трех областях: “пре-

венция”, “вмешательство”, “поственция” (Clark, 1987) [8]. Иван Димитров цитирует интересные для психологов и социальных работников программы о превенции, которые предшествуют суицидальным интервенциям – Ш. Росс (1985), Д. Шаффер (1988), Сависки (1988) и другие. Актуальные из них – рекомендации для скрининговых исследований суицидального риска среди учащихся и использование специализированных тестов и методик для отдельных случаев рискованного поведения (Димитров, 2007). Эксперты все чаще останавливаются на копинг-стратегиях для борьбы со стрессом в среде и умениями распознавать признаки угрозы потенциального самоубийцы. После краткосрочного кризисного вмешательства применяется продолжительная помощь жертвам для их реинтеграции. Рекомендуется немедленное вмешательство, если есть подозрения о повторе опыта, использование прямых вопросов о чувствах, мыслях и намерениях. Избегаются акценты на тему смерти и вины. Они обычно замещаются темами по обучению самоконтролю, навыкам борьбы со стрессом и автоагрессивным поведением. Все более популярны для детей программы, изучающие новые умения, выдвигающие фиксации проблем и неумений (Фурман, 2007) [9]. Кроме как с ребенком суицидом, консультации проводятся с целой группой/классом одноклассников в форме целенаправленной групповой работы. Можно использовать технику «дебрийфинг» по индикации и оценке социального работника/психолога. Эксперты рекомендуют стимулировать свободное выражение эмоций, использовать проективные методики (рисование, арт-терапия, музыкальная терапия, групповая игра на барабанах – drum circle). Неприемлемо «молчание» и «закрытие» проблемы, обвинение одну из сторон (школу, семью) и других.

#### **Рекомендации психологу, социальному педагогу при работе с ребенком / подростком, совершившим попытку самоубийства**

Ниже перечислены некоторые рекомендации консультанту (психологу, социальному педагогу и работнику) при работе с ребенком / подростком, совершившим попытку самоубийства.

*Поведение специалиста обычно следует определенному алгоритму и логике, например:*

1. Не оставлять человека одного.

2. Убираются опасные предметы.

3. Оценивается текущее состояние.

4. Выслушивается с сочувствием, поддерживается достоинство потерпевшего.

5. Получение неотложной помощи у специалистов.

6. Обеспечивается поддержка близким – при наличии депрессии и вне амбулаторном лечении суицида.

7. Размещение в лечебное заведение (госпитализация) – при наличии суицидальных мыслей и признаков психоза, тяжелой депрессии и безнадежности.

8. Делается оценка и в не интоксикированном состоянии – при злоупотреблении психоактивных веществ.

9. Подписывается соглашение с детьми и подростками о „запрете суицидального поведения или информирования взрослых“, если возникнет такое (см. Каплан 2002: 56).

10. Чаще всего подход связан с пониманием самоубийства как „крика о помощи“, а не категоричным желанием „уйти из жизни“.

При работе с детьми самое важное это укрепление доверия, терпения и уважения. Хорошо если перед встречей специалист был настроен эмоционально и остерегался критического настроя и укора. Место встречи определяется состоянием ребенка. Важным аспектом является представление нашего имени и положения. Дети, как и взрослые, рассчитывают на конфиденциальность отношений. Соответствующие вопросы предрасполагают детей и помогают создать доверие. Это вопросы, которые показывают интерес к его личности, например: “Какое его любимое занятие”, “чего он больше всего любит делать” и т.д. Так как в подобных случаях дети беспокойны, напряжены, то мы можем им дать небольшие (безопасные) предметы, которые они могут взять в руки, – камешки, бумагу, резинку, пластилин или лист и краски, чтобы они нарисовали что-нибудь по своему выбору, даже если они чиркают. При знакомстве с ребенком – НЕ спешите! Используйте свое воображение, чтобы “найти точку соприкосновения” с ним. Подходит использование игр, которые снижают стресс. Важно знать: дети отличаются по восприятию, по которому переживают стресс – они не всегда могут говорить о своих чувствах (см. Richman, 2002: 32-60) [10].

**Интересны основные акценты „неправильных и nereкомендуемых“ действий консультирующих к суицидальным проблемам, таких, как:**

- шокированный, потрясенный, возмущенный консультирующий;
- поощрение вины;
- попытка взять силой „оружие“ суицида;
- обещание полной конфиденциальности;
- аргументы и споры против самоубийства;
- недооценивание проблемы;
- прерывания и задержки консультаций в связи с „нехваткой времени“ и т.д. (см. Barrett, 1985) [11].

Исследования показывают, что рассказ о своих проблемах и получение полной информации в вопросах жизни и смерти (соответствующей возрасту и поносимостью ребенка) очень полезны для борьбы со стрессом. Важным является и возможность специалиста супервизии и реакции на напряжение при работе с детьми и подростками, которые прибегли к попытке самоубийства. Социальная работа с суицидами является частью кризисной интервенции и требует специальной подготовки. Психотерапевтическое вмешательство применяется, когда это необходимо только после медицинских процедур и чрезвычайной кризисной интервенции. Оно направлено на: опыты суицида; заявленное

желание и намерение самоубийства; не заявленное, но надежно планированное самоубийство. Выбор схемы лечения определяется типом попытки самоубийства либо спровоцированными обстоятельствами. Среди известных терапевтических методов: когнитивная терапия (коррекция суицидальных мыслей адекватной психиатрической обработкой); инсайт-ориентированные методы (опыт понимания); психоаналитические методы (поиск неосведомленных факторов), семейная психотерапия (Иванов, 2009: 381-390) [12].

### **Заключение**

Самоубийство в детском и подростковом возрасте чрезвычайно тревожный феномен в профессиональной практике. Трудности в применении достаточно эффективных подходов исходит от комплексного характера проблемы. С одной стороны – потребность в квалифицированных медицинских кадрах, психологах, социальных педагогах и социальных работниках; интеграция и связь между ними. С другой стороны – личность суициданта и необходимость привлечения семьи и учреждений, как фактор, способствующий перемене. Роль профилактики в этом возрасте дополняет потребность единого комплексного подхода к сохранению жизни и здоровья наших детей.

### **Литература**

- 1 Дюркем, Е. Самоубийство. Социологическо изследване. – С., 1999.
- 2 Фрейд, З. Печаль и меланхолия. – В кн.: Суицидология – прошлое и настоящее /сост. А. Н. Моховиков. М.: Когито-Центр. 2001.
- 3 Маджирова, Н. Практическо ръководство по психиатрия. Пл., 2005 с. 312-319.
- 4 Енциклопедия психология и поведенческа наука. – С., 2008.
- 5 Димитров, Ив. Деца и юноши в криза. – С., 2007.
- 6 Брониш, Т. Самоубийство. – С., 2000.
- 7 Каплан, Х., Б. Седок. Спешна психиатрия. – С., 2002.
- 8 Clark, C. The Center for Suicide Research and Prevention: – Suicide Research Digest, 1:1:7, 1987.
- 9 Фурман, Б. Методът детски умения. – С., 2007.
- 10 Ричмън, Н. Общуването с децата. Как да помогнем на децата да се справят с условията на тежък стрес. – С., 2002.
- 11 Barrett, T. Youth in crisis: Seeking solutions to self – destructive behavior. Longmont, CO: Sopies West, 1985.
- 12 Иванов, Ив. Приложна психотерапия, том втори. – Р., 2009.
- 13 <http://bg.wikipedia.org/>
- 14 <http://www.icp-bg.com/samoub.php>.

### Reference

- 1 Durkheim E. Suicide: a Sociological study. – M., 1994.
- 2 Freud Z. Sadness and melancholy. – In the book: Suicidologos – past and present. / Ed. by A.N. Mohovikov. – M., 2001.
- 3 Madzhirova N. A Practical guide to psychiatry, 2005. – P. 312-319.
- 4 Encyclopediapsychology and behavioral science. – 2008.
- 5 Dimitrov I. Children's and youthful crises. 2007.
- 6 Bronish T. Suicide. 2000.
- 7 Kaplan H., Sedok B. Fast psychiatry. 2002.
- 8 Clark, C. The Center for Suicide Research and Prevention: – Suicide Research Digest, 1:1:7, 1987.
- 9 Furman B. Methods of children's skills, 2007.
- 10 Richman, N. Communicating with children. How to help children cope with a severe stress. S. 2002.
- 11 Barrett, T. Youth in crisis: Seeking solutions to self – destructive behavior. Longmont, CO: Sopies West, 1985.
- 12 Ivanov, Iv. Applied psychotherapy. V.2. – 2009.
- 13 <http://bg.wikipedia.org/>
- 14 <http://www.icp-bg.com/samoub.php>.