

Профилактика суицида в подростковой и молодежной среде: размышляя над опытом западных моделей

И. Б. Бовина,

*доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник Центра экстренной психологической помощи Московского городского психолого-педагогического университета
innabovina@yandex.ru*

Анализируются различные профилактические и превентивные программы в области суицида, которые действуют в ряде западных стран. Рассматриваются различные меры, реализуемые под эгидой Всемирной организации здравоохранения, а также в рамках деятельности Европейского альянса против депрессии. Вслед за Дж. Хенденом предлагается говорить о трех типах профилактики суицида: первичной, вторичной и третичной. Первичная профилактика охватывает популяцию в целом – профилактика суицида заключается в продвижении ценности здоровья и жизни. Такой вид профилактики адресован широкой аудитории, в том числе группам подростков и молодежи. Вторичная профилактика нацелена на тех людей, кто уже предпринимал попытки совершить суицид, ибо наличие попыток является весомым признаком, позволяющим предсказывать последующие попытки. Третичная профилактика адресована близкому окружению суицидента, она преследует цель – помочь близкому окружению суицидента пережить это событие, использовать адекватные способы совладания с трагической ситуацией.

Ключевые слова: профилактика суицида, рост числа суицидов, эффективность профилактических мер.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), суицид является одной из двадцати ключевых причин смертности во всем мире. Ежегодно по этой причине умирает примерно 1 млн человек. Образность этому показателю придает несколько иная форма его выражения: каждые 40 с на планете совершается один суицид [27].

Можно говорить о преобладании этой причины смертности в определенных половозрастных группах [21]. Так, например, по показателям, соответствующим фламандской части Бельгии, в 1991 г. показатель смертности от суицида превысил 15,5 случаев на 100 000 жителей, а в 2004 г. – 18 случаев (соответственно 26,43 % случаев у мужчин и 9,87%

у женщин). При этом в 2004 г. суицид был второй причиной смертности в группе молодежи в возрасте от 15 до 24 лет, а также первой причиной в группе мужчин в возрасте от 30 до 39 лет, а также в группе женщин [3]. На протяжении последних четырех с половиной десятилетий специалистами ВОЗ был зафиксирован повсеместный рост смертности от суицидов, причем в различных возрастных группах [27]. А по замечанию М. Сильвермана [22], реальные показатели уровня суицида в США в два раза выше по сравнению с официальными цифрами, ибо существует проблема с констатацией смерти в случае суицида.

Все сказанное выше, несомненно, свидетельствует о глобальности этой проблемы общественного здоровья, о ее мировом масштабе [26; 27], а также указывает на ее серьезность и острую необходимость разработки мер, которые позволили бы каким-то образом изменить сложившуюся тенденцию.

Сразу стоит отметить, что разработка профилактических и превентивных программ в области общественного здоровья – крайне сложная задача [10]. Это объясняется, в частности, отсроченностью последствий проблемного поведения, а также тем, что имеется возможность использовать целую палитру средств (нереалистичный оптимизм, различные стратегии сравнения, атрибутивные процессы, выработка соответствующих социальных представлений в отношении угрозы и пр.,) которые позволяют человеку понизить степень опасности собственного поведения и защититься от угрозы на символическом уровне, без реального изменения поведения [1; 2; 15].

В случае же превентивных программ в области суицида имеет место дополнительная специфика. С одной стороны, можно говорить о том, что совершение суицида связано с целым рядом взаимодействующих факторов – от социокультурных, до психосоциальных и биологических¹. Успехи нейробиологических исследований позволяют говорить о возможностях выявления биологической основы суицидального поведения². С другой –

¹ Так, среди факторов исследователи выделяют: процессы, связанные с метаболизмом серотонина, особенности автобиографической памяти (запоминание специфических событий), негативные жизненные события, безнадежность, депрессивность, аффективные расстройства, дефицит навыков, необходимых для решения межличностных проблем, суицидальные попытки и саморазрушающее поведение в целом, развод родителей, насилие над детьми, семейное насилие, буллинг, безработицу, экономический кризис и пр. [5; 7; 24]. И этот список не является полным и исчерпывающим. Важнее говорить о том, какова иерархия этих факторов, как они взаимодействуют друг с другом.

² Однако можно ли утверждать, что у человека, имеющего эту биологическую составляющую, нет шансов на то, чтобы не совершить суицид, да и можно ли представить себе на секунду человека, которому станет известно, что у него «нет шансов на выживание»? Конечно же, попытка изучить «мозг суицидента» удобна в том случае, если речь идет о медикаментозном вмешательстве как способе предотвращения суицида. Однако необходимо учитывать, что требуется уточнение – медикаментозная стратегия оправдывает себя в возрастной группе после 64 лет, однако повышает риск суицида в группе до 25 лет. Кроме того, сама эта биологическая предрасположенность преломляется через социокультурный контекст, а этот факт игнорируется когнитивными нейронауками [22].

есть основания говорить (по мнению М. Сильвермана [22]) о необходимости достижения консенсуса в отношении ключевых понятий, которые используют специалисты в данной области, ибо это позволило бы демографам, социологам, психологам, нейробиологам и другим специалистам быть эффективными при разработке превентивных мер. Кроме того, превентивные программы, разрабатываемые в области здоровья, основываются на той или иной модели, которая позволяет прогнозировать изменения поведения. Ситуация с разработкой программ, направленных на предотвращение суицида, усложняется и тем, что, несмотря на значительное количество исследований, ученые по-прежнему пытаются ответить на вопрос о том, как соотносятся мысли о суициде, интенция к его совершению и собственно его совершение. По оценкам Шведского национального совета по предотвращению суицида, соотношение между суицидом, попытками суицида и мыслями о суициде примерно таково: 1: 10: 100 [18]. Несомненно, что интенция является важным конструктом для предсказания суицида, а имеющиеся попытки суицида только делают этот конструкт более сильным, а значит – точнее предсказывают поведение.

В то же самое время стоит учитывать, что эта пропорция изменяется в различных возрастных группах. Как уже подчеркивалось, суицидальное поведение связано с таким показателем, как возраст. В частности, мысли о суициде значительно чаще возникают у подростков³ и молодежи – это объясняется психологическими процессами, которые соответствуют данной возрастной группе. Кроме того, по заключениям экспертов из Шведского национального совета по предотвращению суицида, две трети тех людей, которые совершают суицид, высказывают интенции до его совершения – осознано или неосознанно [18]. Поэтому от понимания того, какие мысли о суициде можно рассматривать как сигнал об опасности, а какие – нет и как эти мысли соотносятся с поведением, зависит успешность предотвращения суицида или его попытки.

Опубликовано довольно много классификаций мыслей о суициде. Например, на основе проспективного исследования мыслей о суициде на выборке подростков в возрасте от 14 до 18 лет (N=1700) П. Левинсон с коллегами [18] предложил различать: мысли о смерти; желание быть мертвым; мысли о причинении себе вреда или об убийстве себя; план суицида. Другой вариант предложили В.Мавреа и Т.Устан: мысли о смерти; желание смерти; мысли о суициде [18]. Очевидно, что точность определения позволяет осуществлять точные измерения, а значит, делать более аккуратные предсказания и основывать на этом превентивные действия.

³ В исследовании, проведенном на дублинских школьниках в возрасте 13–14 лет, было показано, что по их самоотчетам мысли о суициде появлялись у них в промежутке от 10 до 14 лет [25].

Вместе с тем, если еще раз посмотреть на пропорцию, предложенную Шведским советом, то станет понятно, что интенция является более точным критерием предсказания поведения, нежели мысли о суициде. При этом в идентичности соотношения интенции к действию и мыслей о суициде можно усмотреть некоторую парадоксальность. Дело в том, что мысли о суициде и интенция к действию являются конструктами одного и того же – когнитивного, внутреннего – уровня, в то время, как само поведение и интенция к его выполнению – конструкты различных уровней – когнитивного и поведенческого, а этот переход – от внутреннего к внешнему – довольно *драматичен* в психологии.

Итак, если попытаться некоторым образом обобщить опыт различных программ и кампаний в области здоровья, то можно заметить, что исследователи способны сформулировать рекомендации, скорее, относительно мер, которые не стоит предпринимать, к которым не стоит прибегать, чем, относительно тех мер, которые эффективны и дают желаемые результаты [10]. Кроме того, серьезность сложившейся ситуации и необходимость реагировать соответствующим образом способствовали тому, что появилось значительное число различных профилактических программ, при этом вопрос об их эффективности до сих пор остается открытым [13]. И тем не менее рассмотрение имеющегося опыта крайне важно для формулирования ряда рекомендаций при создании превентивных и профилактических программ.

Направляя фокус нашего внимания на различные профилактические и превентивные программы, существующие на настоящий момент, стоит отметить, что на международном уровне под эгидой ВОЗ⁴ действует одна из них. В рамках этой глобальной программы можно говорить о существовании как мер, предполагающих психологическую основу, так и мер, которые такой основы не предполагают. В качестве примера последних можно привести рекомендации, согласно которым предлагается контролировать различные средства, которые могут быть доступным людям, планирующим суицид, – будь то лекарственные средства⁵, бытовые предметы, доступ на крыши зданий и пр. [19]

Одно из основных предназначений программы по предотвращению суицида в рамках ВОЗ – повлиять на научное сообщество и на население всего мира с целью продвижения

⁴ Существует даже Всемирный день предотвращения суицида. Он отмечается 10 сентября. Как и в рамках других программ (например, Всемирного дня по борьбе со СПИДом и др.), действия не ограничиваются только одним днем, но объединяют ряд мер, которые реализуются в течение всего года. В 2012 г. отмечалось десятилетие этой акции: в 2002 г. Международная ассоциация предотвращения суицида совместно с Всемирной организацией здравоохранения организовали первый Всемирный день предотвращения суицида.

⁵ Заметим, что в ряде европейских стран контролируется, например, дозировка лекарственных препаратов в одной упаковке.

идеи о том, что суицид можно предотвратить. По сути, сопряженной задачей здесь является оказание влияния на политическом уровне, ибо никакие усилия специалистов в области общественного здоровья не могут быть эффективными, если решение проблемы не подкрепляется соответствующими политическими решениями [3].

В качестве другой глобальной задачи программы ВОЗ в области суицида можно назвать воздействие на общественное мнение. Эта мера позволила бы повысить уровень осознания опасности суицида и необходимости предпринять соответствующие действия.

Наконец, к еще одной задаче, на разрешение которой направлены усилия программы ВОЗ и партнеров (ряда ассоциаций, в частности – Международной ассоциации по предотвращению самоубийств), можно отнести разработку и реализацию ряда мер по отношению к людям, которые уже предпринимали попытки суицида. Здесь речь идет как о создании кризисных центров, так и о лечении депрессии, а также алкоголизма и наркомании⁶. Кроме того, речь идет о разработке и реализации мер, направленных на социальную поддержку людей с суицидальными мыслями и попытками.

В США действуют так называемые скрининговые программы для выявления и лечения депрессии. В фокус внимания таких программ попадают подростки [25].

В рамках действий Европейского альянса против депрессии [11] существуют аналогичные программы, реализующиеся в различных регионах семнадцати европейских стран.

Европейский альянс разрабатывает и предпринимает меры на четырех уровнях:

- 1) работа с терапевтами и педиатрами. Цель – обучение этой профессиональной группы тому, как опознать депрессию и выявить суицидальные тенденции в ситуации взаимодействия с пациентами;
- 2) разработка и реализация кампаний по информированию различных групп населения. Информационная кампания предполагает разработку видеоматериалов, рекламных постеров и Интернет-сайтов, ориентированных на соответствующие целевые аудитории. Главная задача здесь – повысить информированность людей о лечении депрессии, снизить стигматизацию людей, страдающих депрессией;
- 3) работа с представителями групп риска. Она предполагает раздачу подросткам, а также людям, предпринявшим попытку суицида, так называемых «карт скорой помощи», гарантирующих незамедлительное

⁶ Есть основания рассматривать алкоголизм, наркоманию, попытки суицида в одном ряду, говоря о саморазрушающем поведении. Более того, есть и эмпирические данные, свидетельствующие в пользу этого теоретического положения [14; 18; 25].

получение профессиональной помощи в кризисных центрах. Кроме того, в рамках этого направления оказывается профессиональная помощь самостоятельным группам поддержки;

- 4) обучающие программы для представителей ряда профессиональных групп (в частности – различного рода социальных работников и консультантов, полиции, религиозных деятелей и пр.). Их предназначение – просвещать эти группы в отношении того, что такое депрессия. В рамках этого же направления разрабатываются специальные меры, ориентированные на родителей и учителей. Их цель – обеспечить этих социальных агентов, оказывающихся рядом с детьми и подростками, информацией о причинении себе вреда и о суицидальном поведении. Наконец, в рамках данного направления разрабатываются рекомендации для представителей средств массовой коммуникации относительно того, как освещать случаи суицида, что позволило бы предотвратить так называемый «имитирующий суицид» [11; 16;17].

ВОЗ также выступает за более взвешенное освещение случаев суицида в средствах массовой коммуникации [27].

Среди мер, рассчитанных на подростков в качестве целевой группы, можно отметить программы, разработанные для проведения в школах. Основная цель таких программ – повышение самооценки подростков, развитие у них навыков по совладанию с кризисными ситуациями, обучение подростков стратегиям по принятию решений, улучшению коммуникативных навыков. Важность именно такого рода образовательных интервенций определяется тем, что трудности подростков, на которые ориентированы указанные меры, являются факторами совершения суицида [7].

Заметим, что выполнение многих из задач, указанных выше, предполагает знание социально-психологических закономерностей, ибо речь идет об изменении мнения и поведения, о формулировании стратегии влияния на различные группы, а также о замерах эффективности программ.

В 2005 г. в рамках европейской конференции под эгидой ВОЗ по проблемам психического здоровья было решено предпринимать действия в двух направлениях [12]:

- 1) организация групп помощи, создание телефонов доверия и сайтов – как мера, способствующая снижению суицида;

- 2) выявление специфических групп риска. Разработка палитры групп риска позволяет определять соответствующие факторы и разрабатывать стратегии соответствующих мер по предотвращению и профилактике суицида.

Наряду с глобальными задачами, сформулированными ВОЗ и разрешаемыми под эгидой этой международной организации, существуют национальные, региональные и городские программы, которые также направлены на разработку мер для профилактики суицида. В данной статье мы сосредоточимся на анализе опыта ряда западных профилактических программ и превентивных акций, уделяя внимание как содержательным, концептуальным, так и организационным моментам.

Говоря о профилактике, стоит отметить, что программы, адресованные подросткам и молодежи, – разнятся [8; 11; 12; 27]. Обращение к подростковой среде предполагает учет специфики возраста этой целевой группы; программы же, адресованные молодежи, совпадают с теми, что обращены к взрослой целевой группе. Реализация программ, предназначенных для подростковой аудитории, имеет некоторые организационные преимущества. Дело в том, что с подростками взаимодействуют различные группы взрослых (родители, учителя, социальные работники, представители различных ассоциаций и пр.), таким образом, палитра потенциальных социальных агентов воздействия на подростка значительно шире, чем на молодежь.

С достаточной долей условности и формальности можно обозначить следующие виды профилактики⁷: первичная, вторичная, третичная [12].

В случае *первичной* профилактики речь идет об общей популяции, и тогда профилактика суицида заключается в продвижении ценности здоровья и жизни. Такой вид профилактики адресован широкой аудитории, в том числе группам подростков и молодежи. Сюда же, по мысли Дж.Хендена, можно отнести различные образовательные программы в школах, а также на рабочих местах, направленные на повышение осведомленности о суициде [12].

Вторичная профилактика нацелена на тех людей, кто уже предпринимал попытки совершить суицид, ибо наличие попыток является весомым признаком, позволяющим предсказывать последующие попытки [7; 21]. Основная цель, которая преследуется здесь, – помочь клиенту найти выход из кризисной ситуации, преодолеть дистресс, в котором он

⁷ Мы понимаем, что существующее многообразие программ по профилактике и предотвращению суицида среди различных групп населения, а особенно среди подростков и молодежи, реализуемых на международном, национальном, региональном и городском уровнях, едва ли возможно описать, обращаясь к указанным видам профилактики. Тем не менее, идея сегментации целевой аудитории таким образом имеет свои плюсы, ибо меры воздействия в каждом случае преследуют различные цели.

находится [12]. Такого рода интервенции как раз и должны осуществляться в кризисных центрах, посредством телефона доверия. Здесь же речь может идти о тренинговых программах, адресованных тем, кто имеет опыт попыток суицида.

В качестве примера можно рассмотреть программу, предложенную Ч. Хеннигом с коллегами [12]. Основная идея этой программы заключается в том, чтобы обучить подростков навыкам распознавания симптомов суицида среди своих сверстников, а также соответствующей интервенции. После обучения подростки демонстрировали свою уверенность в том, что суицид не может быть рассмотрен как приемлемый выход из ситуации. Важность такого рода программы, как утверждают исследователи, объясняется тем фактом, что половина подростков, имеющих попытки суицида, заявили о том, что они не обращались за помощью к специалистам, но предпочли бы, скорее, рассказать о случившемся своему другу.

Кроме того, второй тип профилактики предполагает обращение за помощью к специалистам в рамках различных психотерапевтических подходов. Так, Дж. Хенден предлагает различать: 1) клиенто-центрированный подход К. Роджерса; 2) когнитивно-поведенческий подход Дж. Бека; 3) рационально-эмотивную поведенческую терапию А. Эллиса; 4) психоаналитический подход К. Менингер; 5) транзактный анализ Дж. Ортона; 6) экзистенциальную логотерапию В. Франкла; 7) психотерапевтический подход, сфокусированный на решении, С. де Шазера [12].

Третичная профилактика адресована близкому окружению суицидента, ее цель – помочь близкому окружению суицидента пережить это событие, использовать адекватные способы совладания с трагической ситуацией. Здесь же, по мысли Дж. Хендена, можно также фокусировать внимание на средствах, с помощью которых был совершен суицид, на роде деятельности жертвы, на ее психологическом портрете и пр. [12; 20; 23]

В организационном плане любопытным может показаться опыт французских коллег, согласно которому посредством сети Интернет предпринимается мониторинг различных сайтов (блогов, чатов, форумов). В фокусе внимания – подростки и молодежь, которые, с точки зрения специалистов, высказывают интенции к совершению суицида. На основе определения IP-адреса предпринимается интервенция, что позволяет, в итоге, спасти человека от реализации задуманного.

Подведем некоторые итоги нашего краткого рассмотрения различных аспектов профилактических программ.

Итак, разработка профилактических мер и превентивных программ в области суицида по-прежнему остается одним из приоритетных направлений деятельности как

представителей ряда научных дисциплин (суицидология, психология, социология и др.), так и специалистов, взаимодействующих с подростками и молодежью. Существование сложного комплекса причин, по которым люди совершают суицид, затрудняет разработку действенных мер по предотвращению суицида.

Очевидно, что эффективность профилактических и превентивных мер подразумевает не только дальнейшее теоретическое осмысление проблемы и эмпирическую проверку теоретических положений, но и выработку междисциплинарного подхода. Именно такой подход позволил бы понять всю сложность взаимодействия биологических, психологических и социальных причин суицида. Также в рамках междисциплинарного подхода можно было бы планировать комплексные меры на различных уровнях профилактики (первичном, вторичном, третичном). При этом крайне важно, чтобы программы, направленные на предотвращение суицида, основывались на какой-то определенной модели изменения поведения, без чего, как неоднократно подчеркивалось специалистами, вопрос о воздействии рекомендаций по-прежнему будет оставаться открытым [6; 12; 20].

Литература

1. *Березина Е.Б.* Содержание и структура обыденных представлений о болезнях в молодежной среде: Дис. ... канд. психол. наук. М., 2011.
2. *Бовина И.Б.* Социальные представления о здоровье и болезни: структура, динамика, механизмы: Дис. ... д-ра психол. наук. М., 2009.
3. *Anderson N.L., Crowther J.H.* Using the experiential avoidance model of non-suicidal self-injury: understanding who stops and who continues// Archives of Suicide Research. 2012. Vol. 16. № 2.
4. *Andriessen K.* Comment améliorer le soutien aux endeuillés après suicide ? Expériences issues du programme national pour les endeuillés après suicide en Flandres belges // Perspectives Psy. 2008. Vol. 47. № 4.
5. *Bae S., Ye R., Chen S., Rivers P.A., Singh K.P.* Risky behaviors and factors associated with suicide attempt in adolescents// Archives of Suicide Research. 2005. Vol. 9. № 2.
6. *Bellanger M., Jourdain A.* Evaluation des résultats des programmes régionaux de santé en France : le cas des PRD de prévention du suicide// Santé publique. 2006. Vol.18. № 4.
7. *Bursztein C., Apter A.* Adolescent suicide// Current Opinion in Psychology. 2008. Vol. 22. № 1.

8. *Conner K.R., Duberstein P.R., Eric Y.C., Caine D.* Reactive aggression and suicide: theory and evidence//Aggression and Violent Behavior. 2003. № 8.
9. *Cousteaux A.-S., Pan Ke Shon J.-L.* Is ill-being gendered? Suicide, risk for suicide, depression and alcohol dependence// Revue française de sociologie. 2010. Vol.51. № 5.
10. *Durif-Bruckert C.* Le transfert des savoirs de santé vers le grand public: complexité méthodologique et enjeux psychosociaux// //Les savoirs du quotidien/ Sous la dir. V.Haas. Rennes, 2006.
11. European Alliance Against Depression : www.eaad.net/enu/3699/php
12. *Henden J.* Preventing Suicide: the Solution Focused Approach. N.Y., 2008.
13. *Hennig C.W., Crabtree C.R., Baum D.* Mental health CPR: peer contracting as a response to potential suicide in adolescents// Archives of Suicide Research. 1998. Vol. 4. № 2.
14. *Houck C.D., Hadley W., Lescano C.M., Pugatch D., Brown L.K.* Project SHIELD study group. Suicide attempt and sexual risk behavior: relationship among adolescents// Archives of Suicide Research. 2008. Vol. 12. № 1.
15. *Joffe H.* Risk and «the Other». Cambridge, 1999.
16. *Martin G.* Media influence to suicide: the search for solutions// Archives of Suicide Research. 1998. Vol. 4. № 1.
17. *Martin G.* The influence of television suicide in a normal adolescent population// Archives of Suicide Research. 1996. Vol. 2. № 2.
18. *McAuliffe C.M.* Suicidal ideation as an articulation of intent: a focus for suicide prevention// Archives of Suicide Research. 2002. Vol. 6.
19. *McPhedran S., Baker J.* Suicide prevention and method restriction: evaluating the impact of limiting access to lethal means among young Australians// Archives of Suicide Research. 2012. Vol. 16. № 2.
20. *Mishara B.L., Houle J.* Le role des proches dans la prevention du suicide// Perspectives Psy. 2008. Vol. 47. № 4.
21. *O'Connor R., Platt S., Gordon J.* Introduction// International Handbook of Suicidal Prevention: Research, Policy, and Practice/ Eds. by R.C. O'Connor, S. Platt, J. Gordon. Oxford, 2011.
22. *O'Sullivan M., Fitzgerald M.* Suicidal ideation and acts of self-harm among Dublin school children // Journal of Adolescence. 1998. Vol. 21.
23. *Rossier Y.* Le débat suisse sur les organisations d'aide au suicide // Etudes. 2012. T. 416. № 2.
24. *Rossow I., Moan I.S.* Parental intoxication and adolescent suicidal behavior// Archives of Suicide Research. 2012. Vol. 16. № 1.

25. *Silverman M.M.* Challenges to classifying suicidal ideation, communication, and behavior// International Handbook of Suicidal Prevention: Research, Policy, and Practice/ Eds. by R.C. O'Connor, S. Platt, J. Gordon. Oxford, 2011.
26. *Takahashi Y, Hirasawa H, Koyama K.* Restriction of suicide methods: a Japanese perspective// Archives of Suicide Research. 1998. Vol. 4. № 1.
27. WHO: Mental health: suicide prevention (SUPRE). 2012. URL: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html/

Prevention of suicide among adolescents and young people: reflecting on the experience of Western models

I.B. Bovina,

*Doctor of Psychology, Leading Research Associate, Center for Emergent Psychological Aid, Moscow State University of Psychology and Education
innabovina@yandex.ru*

We analyze various preventive and proactive suicide programs, which operate in a number of Western countries. We consider various measures implemented under the auspices of the WHO, as well as in the framework of the European Alliance Against Depression. Following J. Henden, we discuss three types of suicide prevention: primary, secondary and tertiary. Primary prevention covers the population as a whole – suicide prevention is to promote the value of health and life. This type of prevention is addressed to a wide audience, including teenagers and young adults groups. Secondary prevention is aimed at those who have attempted to commit suicide, because the presence of attempts is a significant feature that allows to predict next attempts. Tertiary prevention is addressed to suicider's close circle, it aims at help the suicider's relatives to survive this event, use the appropriate ways of coping with the tragic situation.

Keywords: suicide prevention, increasing number of suicides, effectiveness of preventive measures.

References

1. *Berezina E.B.* Soderzhanie i struktura obydenykh predstavlenii o boleznyah v molodezhnoi srede: Dis. ... kand. psihol. nauk. M., 2011.
2. *Bovina I.B.* Social'nye predstavleniya o zdorov'e i bolezni: struktura, dinamika, mehanizmy: Dis. ... d-ra psihol. nauk. M., 2009.
3. *Anderson N.L., Crowther J.H.* Using the experiential avoidance model of non-suicidal self-injury: understanding who stops and who continues // Archives of Suicide Research. 2012. Vol. 16. № 2.
4. *Andriessen K.* Comment améliorer le soutien aux endeuillés après suicide ? Expériences issues du programme national pour les endeuillés après suicide en Flandres belges // Perspectives Psy. 2008. Vol. 47. № 4.

5. *Bae S., Ye R., Chen S., Rivers P.A., Singh K.P.* Risky behaviors and factors associated with suicide attempt in adolescents// Archives of Suicide Research. 2005. Vol. 9. № 2.
6. *Bellanger M., Jourdain A.* Evaluation des résultats des programmes régionaux de santé en France : le cas des PRD de prévention du suicide// Santé publique. 2006. Vol.18. № 4.
7. *Bursztein C., Apter A.* Adolescent suicide// Current Opinion in Psychology. 2008. Vol. 22. № 1.
8. *Conner K.R., Duberstein P.R., Eric Y.C., Caine D.* Reactive aggression and suicide: theory and evidence// Aggression and Violent Behavior. 2003. № 8.
9. *Cousteaux A.-S., Pan Ke Shon J.-L.* Is ill-being gendered? Suicide, risk for suicide, depression and alcohol dependence// Revue française de sociologie. 2010. Vol.51. № 5.
10. *Durif-Bruckert C.* Le transfert des savoirs de santé vers le grand public: complexité méthodologique et enjeux psychosociaux// //Les savoirs du quotidien/ Sous la dir. V.Haas. Rennes, 2006.
11. European Alliance Against Depression : www.eaad.net/enu/3699/php
12. *Henden J.* Preventing Suicide: the Solution Focused Approach. N.Y., 2008.
13. *Hennig C.W., Crabtree C.R., Baum D.* Mental health CPR: peer contracting as a response to potential suicide in adolescents// Archives of Suicide Research. 1998. Vol. 4. № 2.
14. *Houck C.D., Hadley W., Lescano C.M., Pugatch D., Brown L.K.* Project SHIELD study group. Suicide attempt and sexual risk behavior: relationship among adolescents// Archives of Suicide Research. 2008. Vol. 12. № 1.
15. *Joffe H.* Risk and «the Other». Cambridge, 1999.
16. *Martin G.* Media influence to suicide: the search for solutions// Archives of Suicide Research. 1998. Vol. 4. № 1.
17. *Martin G.* The influence of television suicide in a normal adolescent population// Archives of Suicide Research. 1996. Vol. 2. № 2.
18. *McAuliffe C.M.* Suicidal ideation as an articulation of intent: a focus for suicide prevention// Archives of Suicide Research. 2002. Vol. 6.
19. *McPhedran S., Baker J.* Suicide prevention and method restriction: evaluating the impact of limiting access to lethal means among young Australians// Archives of Suicide Research. 2012. Vol. 16. № 2.
20. *Mishara B.L., Houle J.* Le rôle des proches dans la prévention du suicide// Perspectives Psy. 2008. Vol. 47. № 4.
21. *O'Connor R., Platt S., Gordon J.* Introduction// International Handbook of Suicidal Prevention: Research, Policy, and Practice/ Eds. by R.C. O'Connor, S. Platt, J. Gordon. Oxford, 2011.

22. *O'Sullivan M., Fitzgerald M.* Suicidal ideation and acts of self-harm among Dublin school children // Journal of Adolescence. 1998. Vol. 21.
23. *Rossier Y.* Le débat suisse sur les organisations d'aide au suicide // Etudes. 2012. T. 416. № 2.
24. *Rossow I., Moan I.S.* Parental intoxication and adolescent suicidal behavior// Archives of Suicide Research. 2012. Vol. 16. № 1.
25. *Silverman M.M.* Challenges to classifying suicidal ideation, communication, and behavior// International Handbook of Suicidal Prevention: Research, Policy, and Practice/ Eds. by R.C. O'Connor, S. Platt, J. Gordon. Oxford, 2011.
26. *Takahashi Y, Hirasawa H, Koyama K.* Restriction of suicide methods: a Japanese perspective// Archives of Suicide Research. 1998. Vol. 4. № 1.
27. WHO: Mental health: suicide prevention (SUPRE). 2012. URL:
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html/