

УДК 377+159.9.07

Г.А. Касен*, П.Т. Абдуллаева

Казахский национальный университет им. аль-Фараби, Республика Казахстан, г. Алматы

*E-mail: Gulmira.Kasen@kaznu.kz

**К вопросу разработки научно-обоснованных принципов профилактики
проблем суицида среди молодежи**

В статье теоретически обобщены проблемы профилактики суицида среди молодежи. Также на основе изучения принципиальных позиций в области профилактики суицида научно обоснованы принципы профилактики проблем суицида среди молодежи.

В частности, рассмотрены вопросы профилактики суицидальной проблематики в обществе, ее принципы, основные аспекты и типы существующих социально-профилактических мероприятий.

Авторы на основе проведенного анализа опыта зарубежных стран и стран СНГ по профилактике суицида и внедрению антисуицидальных программ приходят к выводу, что во многих странах до недавнего времени ответственность за распознавание признаков и симптомов самоубийства было исключительной прерогативой специалистов в области психического здоровья, и только в последнее время были предприняты усилия для обучения других специалистов эффективно реагировать на суицидальное поведение (включая специалистов первичной медицинской помощи, операторов горячей линии, учителей и т.д.). В разделе статьи, посвященной обобщению опыта зарубежных стран и стран СНГ по профилактике суицида, авторы приходят к выводу, что накопленный за рубежом и на постсоветском пространстве опыт, можно использовать в качестве положительных примеров для разработки антисуицидальных программ.

Обозначив специфику профилактики суицидов среди молодежи и проанализировав имеющиеся в суицидологии и психологии принципы профилактики суицидов, авторы предлагают и научно обосновывают современные научно-обоснованные принципы профилактики проблем суицида среди молодежи: принцип обратимости; принцип консолидации усилий; принцип отторжения и принцип витализации сознания.

Принцип обратимости авторы обосновывают теоретическим положением, доказывающим, что любой процесс обратим, если еще не запущен. Принцип консолидации усилий обуславливается тем, что на современном этапе много внимания уделяется деятельности образовательных учреждений в сфере охраны здоровья (физического и психического) детей и подростков, но вместе с тем, необходима консолидация усилий школы (вуза) и семьи.

Принцип отторжения авторами обосновывается тем, что позитивные факторы отторгают негативные при создании определенных условий и проведении целенаправленной педагогической работы. При этом под позитивными факторами (их еще называют антисуицидальным барьером) подразумеваются отдельные личностные установки (переживания), препятствующие формированию суицидального поведения или реализации суицидальных действий.

Принцип витализации сознания, по мнению авторов основан на механизме витальной активности личности. При формулировке принципа витализации сознания авторы основывались на разработанном в 30-х годах С. Рубинштейном основном принципе единства сознания и деятельности, согласно которому психика и сознание, формируясь в деятельности, в деятельности и проявляются. В соответствии с этим положением суицидальное поведение тесно связано с анти- или авитальностью сознания.

Также при разработке принципа витализации сознания авторы опирались на естественно-научную теорию витализма, по которой предполагается, что органические вещества могут создаваться только в растительных или животных организмах, потому что в них действует жизненная сила (только под ее влиянием могут образовываться сложные органические вещества). Поэтому главным аспектом витализации сознания, по их мнению, является укрепление жизненной силы человека.

Ключевые слова: суицид, превенция суицида, принципы профилактики, позитивное мышление.

G.A. Kassen, P.T. Abdullayeva

To the question on elaboration of evidence-based principles of prevention at the problem of suicide among young people

In article attempts of theoretical generalization of the problems of the prevention of suicide among young people. Also based on the study of fundamental positions in the field of suicide prevention, scientifically grounded principles of prevention of the problem of suicide among young people.

Particularly the prevention of suicidal problems in society, its principles, the basic aspects and types of existing socio-preventive measures.

The authors on the basis of the analysis of the experience of foreign countries and CIS countries on the prevention of suicide and to introduce anti-suicide programs come to the conclusion that in many countries until recently responsible for the recognition of signs and symptoms of suicide was the exclusive prerogative of experts in the field of mental health, and only in recent times, efforts were made to train other professionals to effectively respond to suicidal behavior (including specialists of primary medical aid, the hot line operators, teachers, etc). In the article generalizes the experience of foreign countries and CIS countries on the prevention of suicide, the authors come to the conclusion that gained abroad and in the post-Soviet space experience, can be used as positive examples for the development of anti-suicide programs.

In outlining the specifics of the prevention of suicide among young people and analyzing the available suicidology and psychology principles suicide prevention, the authors offer and scientifically examine modern scientific principles of prevention of the problem of suicide among young people: the principle of reciprocity; consolidate efforts; the exclusion principle and the principle of vital activity consciousness.

The principle of reciprocity, the authors justify the theoretical position, proving that any process is reversible, if not started yet. The principle of consolidation of efforts due to the fact that at the present stage much attention is paid to the activities of educational institutions in the sphere of health care (physical and psychological) of children and adolescents, however, necessary to consolidate the efforts of school (high school) and family.

The principle of exclusion authors substantiated by the fact that the positive factors reject negative under certain conditions and conducting a purposeful pedagogical work). However, positive factors (also called antisocially barrier) represents a separate personal installation (experiences) that prevent the formation of suicidal behavior or implementation of suicidal acts. The principle of vital activity consciousness, according to the authors based on the mechanism of the vital activity of the individual. In the formulation of the principle of vital activity consciousness authors were based on the developed in the 30-ies S. Rubinstein main principle of the unity of consciousness and activity, according to which the psyche and consciousness forming in the activity, activity and manifested. In accordance with this provision, suicidal behavior is closely associated with the anti – or vital activity consciousness.

Also, the design principle of vital activity consciousness, the authors relied on the natural-scientific theory of vital activity, which suggests that organic matter can only be created in plant or animal organisms, because they are subjected to the vitality (only under its influence can be formed complex organic substances). Therefore, the main aspect of vital activity consciousness, in their opinion, is to strengthen the vitality of man.

Keywords: suicide prevention suicide prevention principle, positive thinking.

Г.А. Касен, П.Т. Абдуллаева

Жастар арасындағы суицид мәселесінің алдын алудың ғылыми негізделген ұстанымдарын өңдеу мәселесі

Мақалада жастар арасындағы суицидтің алдын алу мәселелеріне теориялық тұрғыдан талдау жасалған. Сондай-ақ суицидтің алдын алу саласында негізді ұстанымдарды зерттеу арқылы жастар арасындағы суицид мәселесінің алдын алу принциптері ғылыми тұрғыдан негізделген.

Атап айтқанда, қоғамдағы суицид мәселесінің негізгі принциптері мен әлеуметтік алдын алу шараларының түрлері қарастырылған.

Мақала авторлары суицид мәселесінің алдын алу мен суицидке қарсы бағдарламаларды енгізу бойынша шетел мен ТМД елдерінің тәжірибесіне жүргізілген талдау негізінде осы уақытқа дейін көптеген елдерде өзіне-өзі қол жұмсау белгілерін тану жауапкершіліктері психикалық денсаулық саласындағы мамандардың ерекше құзыреттіліктеріне кірген және соңғы уақытта суицидтік мінез-құлыққа тез арада зер салу үшін (алғашқы медициналық көмек көрсетуші мамандар мен төтенше желі операторлары, мұғалімдерді қосқанда) басқа да мамандарды оқыту қолға алынғандығын анықтаған. Мақаланың шетел мен ТМД елдерінің тәжірибесін жинақтауға арналған бөлімінде авторлар шетел мен посткеңестік кеңістіктегі жинақталған оң тәжірибені суицидке қарсы бағдарламаларды әзірлеу үшін қолдануға болады деген тұжырым жасайды.

Жастар арасындағы суицид әрекеттерінің алдын алу ерекшеліктерін атап көрсетіп, сондай-ақ суицидтану мен психологияда бар алдын алу принциптерін талдай отырып, авторлар жастар арасындағы суицид мәселесінің алдын алудың қазіргі заманғы ғылыми негізделген қағидаларын, атап айтқанда, қайтымдылық қағидасын, күш біріктіру қағидасын, тартып алу қағидасы мен сананың витализмі қағидасын ғылыми тұрғыдан дәлелдейді.

Қайтымдылық қағидасын түсіндіруде авторлар кез келген үдерістің қайтымды екендігін дәлелдейтін теориялық ережеге сүйенеді. Күшті біріктіру қағидасы қазіргі кезеңде балалар мен жасөспірімдердің (дене және психикалық) денсаулық сақтау саласындағы білім беру мекемелерінің қызметіне көп назар аударылатындығына байланысты. Сонымен қатар мектеп (ЖОО) пен отбасының күшін де біріктіру қажет.

Тартып алу қағидасын авторлар белгілі бір жағдай жасау мен мақсатты педагогикалық жұмыстар жүргізген кезде позитивтік факторлар келеңсіз (жағымсыз) факторларды тартып алатындығын түсіндіреді. Осы ретте позитивтік факторлар (оларды суицидке қарсы тосқауыл деп атайды) деп суицидтік мінез-құлықтың қалыптасуына немесе суицидтік әрекеттің жүзеге асуына кедергі келтіретін жекелеген тұлғалық мақсатты (күйзелісті) білдіреді.

Авторлардың пікірінше, сананың витализмі тұлғаның виталдық белсенділігі механизміне негізделген. Сананың витализмі қағидасын тұжырымдауда авторлар 30-жылдардағы С. Рубинштейннің ашқан сана мен қызметтің бірлігі қағидасына сүйенген, осы қағида бойынша қызметте қалыптасушы психика мен сана қызметте көрініс табады. Осы қағидаға сәйкес суицидтік мінез-құлық сананың қарсы немесе авиталдылығымен тығыз байланысты.

Сонымен қатар сананың витализмі қағидасын әзірлеуде авторлар витализмнің ғылыми-жаратылыстық теориясына сүйенген. Осы теория бойынша органикалық заттар өсімдік немесе жануарлар ағзасында пайда болады, өйткені оларда өмірлік күш бар (соның әсерінен күрделі органикалық заттар түзіледі). Авторлардың ойынша, сана витализмінің негізгі қыры адамның өмірлік күшін нығайту болып табылады.

Түйін сөздер: суицид, суицид превенциясы алдын-алу ұстанымдары, позитивті ойлау.

Введение

За последние 45 лет прошлого столетия средний мировой показатель суицидов возрос на 60% [1]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2000 г. 1 млн. человек совершили суициды; по прогнозам, к 2020 г. в результате суицидов будет погибать уже 1,5 млн. человек [2]. По заявлению официального представителя ВОЗ, «самоубийство является главной проблемой духовного здоровья общества. Однако эту проблему можно решить, если общественность уделит ей больше внимания и правительства стран мира покажут, что намерены бороться с этим явлением» [1].

По сведениям Казахстанского Радио «Азат-тык», в Казахстане в последнее десятилетие число самоубийств составило 52-53 на 100 тысяч населения. В списке самых депрессивных регионов, где больше всего совершаются суициды, приводятся Южно-Казахстанская область, Актау, Северный Казахстан, а также город Караганда.

По информации комитета по правовой статистике и спецотчетам генпрокуратуры Казахстана, только за девять месяцев 2010 года зафиксировано 2359 самоубийств. В течение шести месяцев 2011 года в Казахстане было зарегистрировано

340 попыток и случаев суицида среди несовершеннолетних, из них 211 – покончили жизнь самоубийством.

В целом, по данным Министерства образования и науки Республики Казахстан, в 2009 г. покончили с жизнью 202 подростка, в 2010 – 237, в 2011 – 249. Статистика за 2012, 2013 гг. не обнародованы, и, по-видимому, прогнозы неутешительны.

Исследования показывают, что вполне серьезные мысли о том, чтобы покончить с собой, возникают у каждого пятого подростка. С годами суицид «молодеет»: о нем думают, пытаются покончить с собой и кончают совсем еще дети. В возрастной динамике резкий рост суицидов наблюдается после 13 лет. У подростков значительно чаще, чем среди взрослых, наблюдается так называемый «эффект Вертера» – самоубийство под влиянием чьего-либо примера.

Необходимость борьбы суицидальными проистешествиями вытекает, прежде всего, из абсолютной ценности человеческой жизни, трагической бессмысленности гибели людей.

С точки зрения социологии, самоубийство – одна из моделей так называемого девиантного поведения, область социальной патологии, наряду с наркоманией, проституцией, преступностью и алкоголизмом. Убивая себя, человек отка-

зывается признавать, что он часть окружающего мира, и тем самым привлекает к своей персоне, пусть посмертно, пристальное внимание того самого социума, которым столь решительно пренебрег.

В связи с этим разработка научно-теоретических основ решения проблем суицида в Казахстане и формирование в молодежной среде позитивной адаптации к жизни является приоритетным направлением оздоровления общества и целью профилактики социально-патологических движений в молодежной среде.

Сейчас в обществе много делается по предотвращению проблемы суицидов, но в силу скрытых намерений потенциальных суицидантов и экстренности возникающих решений очень сложно разработать специальную программу, на наш взгляд, надо идти от обратного: повсеместно внедрять программы, формирующие антисуицидальные тенденции – позитивное мышление, оптимистический настрой, веру в будущее и т.п.

С 1960 года существует Международная ассоциация по предотвращению самоубийств (МАПС) – интернациональная организация, ставящая своей главной целью предотвращение суицида по всей планете. Основателями Международной ассоциации по предотвращению самоубийств являются Эрвин Рингел и Норман Фарбер, которые, по роду своей деятельности, были знакомы со статистическими данными, согласно которым, от самоубийств погибает больше людей, чем из-за всех войн и насильственных убийств вместе взятых.

10 сентября объявлен Всемирным днем борьбы с суицидом, он отмечается по инициативе МАПС и при поддержке Всемирной организации здравоохранения. По истечении времени всем стало ясно, что решить эту проблему в рамках одного дня не только невозможно, но и опасно, т.к. суицидов не становится меньше. Наоборот, в прекрасные солнечные дни «золотой» осени или весны суициды «динамизируются», обостряясь проблемами несостоявшегося учебного года (при провале на ЕНТ), неразделенной любви (особо остро ощущающейся на фоне красоты природы и любвеобильности окружающих) и т.п.

На сегодняшнем этапе по рекомендации МАПС, во многих городах мира и нашей страны были созданы службы предупреждения самоубийств. Это новая форма организации медицинской и социально-психологической помощи

людям, нуждающимся в квалифицированном совете или медикаментозном лечении. Службы ориентированы на широкие круги населения и, в первую очередь, на лиц, испытывающих состояние психологического кризиса, людей, подверженных влиянию стрессогенных факторов и являющихся потенциально суицидоопасными. Сотрудники ассоциации оказывают посильную помощь выжившим при попытке суицида, а также людям, так или иначе пострадавшим от суицидального поведения.

Сегодня проблема подростковых суицидов рассматривается на государственном уровне. Принята и работает Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Салауатты Қазақстан» [3] на 2011-2015 годы.

В 2012 году стало известно, что Восточный Казахстан станет пилотным регионом проекта по предотвращению суицидов среди несовершеннолетних. Отечественные медики, педагоги совместно с международными экспертами намерены разработать модель профилактики самоубийств [4]. Полное название проекта – межведомственный план действий по предупреждению суицидов на 2012-2015 годы. Он разработан специалистами двух министерств Казахстана – образования и здравоохранения.

В реализации программы примут участие областной департамент по защите прав детей, управления образования, здравоохранения, Центр поддержки семьи и детства Усть-Каменогорска и другие. В том числе международные эксперты по охране детства, представители детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ).

Сейчас Министерство образования и науки с помощью отдела суицидологии Республиканского центра психиатрии, психотерапии и наркологии готовит уникальную методику тестирования школьников на склонность к суициду. В завуалированной форме будут проверять школьников там, где отмечается всплеск детских самоубийств. Это Восточно-Казахстанская, Южно-Казахстанская, Акмолинская и Карагандинская области. Затем проблему изучат в других регионах [5].

Однако ведомство не рассматривает анкетирование или тестирование в качестве серьезной меры предупреждения детских суицидов. Бывший министр образования и науки РК Б.Т. Жумагулов, прежде всего, призывал «не

смаковать» эту тему, а подойти к ней с научной точки зрения: изучить проблему и попытаться ее искоренить [5]. Новый глава ведомства еще не приступал к изучению данной проблемы по причине недавности назначения и возникновения еще более сложных проблем в системе образования.

Профилактика суицидальной проблематики в обществе, ее принципы, основные аспекты и типы существующих социально-профилактических мероприятий

С помощью профилактических мер можно устранять социальные проблемы личности или группы лиц в период зарождения проблематики, тем самым создавая основу для снижения темпов прироста проблемного поля социума. Самой доступной по методам и формам работы, популярной в плане использования различных мер и широкого круга специалистов является социальная профилактика.

В общем виде социальную профилактику можно представить как совокупность государственных, общественных, социально-медицинских и организационно-воспитательных мероприятий, направленных на предупреждение, устранение или нейтрализацию основных причин и условий, вызывающих различного рода социальные отклонения негативного характера и другие, социально неблагоприятные отклонения в поведении или социальном статусе индивида. Ее целью является создание предпосылок для формирования социально-приемлемого поведения индивидов, стабильного взаимодействия индивида и социума.

Под профилактикой также можно подразумевать научно обоснованные и своевременно предпринимаемые действия, направленные на предотвращение возможных физических, психологических или социокультурных коллизий у отдельных индивидов и групп риска; сохранение, поддержание и защиту нормального уровня жизни и здоровья людей; содействие индивидам в достижении поставленных целей и раскрытие их внутренних потенциалов.

Социальная профилактика основывается на ряде принципов:

- системности, подразумевающим выявление комплекса причин социальной проблемы, создание максимального количества условий для урегулирования возникающих проблем и исполь-

зование в профилактической работе всей совокупности доступных форм и методик работы;

- превентивности, означающем предупредительный характер предпринимаемых действий;

- оптимальности, предполагающем объективное выявление степени актуальности той или иной проблемы для клиента;

- активизации собственных сил человека, означающем субъектный характер участия клиента в профилактических мероприятиях.

Первичная профилактика является наиболее массовой, неспецифической, использующей преимущественно педагогическое, психологическое и социальное влияние.

Вторичная профилактика представляет собой комплекс мероприятий, направленных на реабилитацию и социальную адаптацию лиц, уже имеющих незначительный опыт суицидального поведения. Это могут быть подростки группы риска, социально-неблагополучные семьи. Главной целью здесь является формирование мотивации на изменение поведения.

Третичная профилактика в этом случае будет комплексом мероприятий, направленных на социальную адаптацию лиц, имеющих выраженные социальные и психологические проблемы, ее задача будет состоять в создании поддерживающей и развивающей среды.

Это может быть организация социально-поддерживающих и терапевтических сообществ, реализация локальных и территориальных программ, а также программ на рабочих местах, создание групп самопомощи и многие другие мероприятия.

Типы социально-профилактических мероприятий разнообразны. Исходя из стадий предупредительного воздействия, они могут быть определены как:

- нейтрализующие;
- компенсирующие;
- предупреждающие воздействие обстоятельств, способствующих социальным отклонениям;

- устраняющие эти обстоятельства;
- мероприятия по осуществлению последующего контроля за проведенной профилактической работой и ее результатами.

В отчете о научно-исследовательской работе «Региональный аспект исследования суицидов среди подростков» [6], проводимой в рамках Государственного контракта на выполнение

научно-исследовательских работ для государственных нужд города Москвы (под руководством начальника отдела экологических и социальных проблем психического здоровья, доктор медицинских наук, профессора Б.С. Положего) отмечается, что профилактика (превенция) суицидов представляет собой систему мер, направленных на предупреждение различных проявлений суицидального поведения, в том числе, первичных и повторных суицидальных действий. В соответствии с современной терминологией ВОЗ, авторами работы выделяется 4 уровня суицидологической профилактики:

- 1) универсальный: направлен на предупреждение возникновения суицидального поведения в общей детско-подростковой популяции;
- 2) селективный: ориентирован на предупреждение возникновения суицидального поведения у детей и подростков с повышенным риском его развития;
- 3) антикризисный: предусматривает купирование суицидального состояния в пресуицидальном и раннем постсуицидальном периодах;
- 4) индикативный: включает в себя меры, направленные на предупреждение повторных суицидальных действий у лиц, совершивших покушение на самоубийство, а также меры в отношении ближайшего окружения суицидентов (родные, близкие) по выработке у них адекватного отношения к случившемуся, и стратегии поведения, предупреждающей повторные суицидальные действия.

К числу основных аспектов профилактической работы с суицидальным молодым человеком относятся:

- 1) когнитивный, включающий все психические процессы, связанные с познанием: ощущение, восприятие, представление, память, мышление, воображение и т.д.;
- 2) эмоциональный, включающий в себя различные моральные чувства и эмоциональные состояния;
- 3) деятельностно-практический, или поведенческий, предлагающий определенную направленную деятельность человека в социальной практике.

С учетом этих аспектов будут разработаны универсальные принципы профилактики проблем суицида среди молодежи. Но предварительно обратимся к широко применяющимся на практике принципам профилактики, разработанным в суицидологии [7]:

- принцип ценности личности, включающий в себя ценность каждого участника процесса образования;
- принцип уникальности личности – признание индивидуальности каждого участника образовательного процесса;
- принцип приоритета личностного развития, заключающийся в том, что обучение является не самоцелью, а средством развития личности каждого ребенка;
- принцип ориентации на зону ближнего развития каждого обучающегося;
- принцип эмоционально-ценностных ориентаций учебно-воспитательного процесса.

Анализ и обобщение зарубежных и отечественных источников в области суицидологии, психологии, медицины и др. наук, рассматривающих суицид с точки зрения различных наук, позволяет сделать вывод о том, что суицид представляет собой интегративный результат воздействия различных социальных, психологических и патопсихологических факторов, а его генезис определяется их соотношением. Вместе с тем, кроме различных факторов риска (часто упоминаемых в медицинских и психологических трудах), существуют и защитные факторы, которые способствуют профилактике суицидального поведения, достоверно снижая риск самоубийства. Именно эти факторы могут стать основой для разработки современных научно-обоснованных принципов профилактики проблем суицида среди молодежи.

Анализ опыта зарубежных стран и стран СНГ по профилактике суицида и внедрению антисуицидальных программ

Во многих странах Европы, даже имеющих низкий уровень самоубийств, существуют государственные программы по профилактике суицидов, и на это выделяются значительные средства. Опыт Дании и Венгрии (стран – «суицидальных рекорсменов» 80-х годов XX века) показал высокую эффективность разработанных в этих странах программ предотвращения суицидов [8].

В развитых странах проблему роста самоубийств пытаются решить на государственном уровне. В Японии при правительстве организован штаб по предупреждению самоубийств, там разработан специальный сайт, адресованный тем, кто испытывает психологические

затруднения, их семьям, друзьям и сослуживцам, и содержащий обучающий курс по улучшению атмосферы на рабочем месте и поддержке психологического здоровья японцев.

На улицах японских городов активисты общественных организаций раздавали брошюры и листовки с рекомендациями по диагностике депрессивного состояния членов семьи. В Финляндии, Норвегии, Швеции, Австралии и Новой Зеландии разработаны комплексные национальные стратегии, направленные на сокращение самоубийств, особенно успешные – в Нидерландах и Соединенном Королевстве.

В Эстонии, Франции, Канаде и США созданы менее глобальные национальные программы. Профилактика суицидов должна быть непрерывной и последовательной, поскольку психологические стрессы среди молодых людей, связанные с детскими невзгодами, отсутствием социальной поддержки, финансовыми трудностями, хроническими заболеваниями и высоким уровнем потребления алкоголя, часто весьма стойки.

Для стран с низким и средним уровнем дохода оказались неэффективными краткосрочные образовательные вмешательства и последующие контакты для предотвращения самоубийств в течение полутора лет после выписки подростков из отделения неотложной помощи в снижении последующих попыток самоубийства.

Эффективные меры молодежных программ многих стран затрагивают всех подростков. При этом подросток рассматривается с различных точек зрения: психологического и физиологического благополучия, межличностных отношений, жизненной ситуации и планов на будущее, экономической ситуации, условий жизни, здорового образа жизни и проведения досуга.

Многие анализируемые профилактические программы могут привести к позитивным изменениям в психологических и поведенческих установках, успеваемости и способности к обучению, что, в свою очередь, способствует профилактике проблем с психическим здоровьем [9]. Однако практики отмечают, что среди программ по охране психического здоровья редко можно найти комплексные программы подготовки для осуществления контроля самоубийств [10].

В результате практической деятельности по предотвращению самоубийств в мире разработано большое количество эффективных программ и методик, которые помогли добиться существенных результатов во многих странах.

Информация о современной практике и эффективных мерах укрепления психического здоровья сгруппирована в интерактивном ресурсе для молодежи стран ЕС – Компас психического здоровья [11]. Компас психического здоровья включает в себя базу данных с алгоритмами современных практик [12], которая представляет собой структурированный выбор инструментов укрепления психического здоровья в различных условиях, в том числе в школе.

Многие мероприятия развитых стран направлены на улучшение жизненных или социальных навыков детей и подростков в целях справиться со стрессом и улучшить личные отношения с окружением. Этот вид вмешательства в основном применяется в школах. Программа «The Friends Programme» [13] используется в школах и медицинских учреждениях Австралии, Новой Зеландии, Канады, Великобритании, Ирландии, Германии, Финляндии, Нидерландов, США, Мексики, Норвегии и Португалии, она является одной из ведущих школьных программ профилактики тревоги, которая помогает детям в возрасте 7-11 и подросткам в возрасте 12-16 лет справиться с чувством страха, беспокойством и депрессией путем повышения устойчивости и самоуважения, обучения когнитивным и эмоциональным навыкам в простом, но четко структурированном формате. Когнитивно-поведенческая коррекция этой программы включает в себя десять сессий для ребенка и три сессии для родителей.

Очень интересен превентивный опыт Германии, немецкая тренинговая программа «Coolness training» [14] направлена на молодых людей, которые стали изгоями в своей социальной среде, имеют риск вовлечения в правонарушения с применением насилия и риск стать социальными маргиналами. Тренировки направлены на улучшение социальной компетенции (например, обучение способам урегулирования конфликтов), содействие деэскалации насилия и поощрение действий по предотвращению насилия другими лицами.

Финская программа «Time Out! Getting Life Back on Track» [15] является примером эффективной, целесообразной и перспективной всесторонней поддержки. Для юношей Программа предлагает личного советника, работающего в муниципальных учреждениях социальной и медицинской помощи, вместе с которым обсуждаются планы на будущее и текущую жизненную

ситуацию, возникшие проблемы с психическим здоровьем, злоупотреблением психоактивными веществами и общее благополучие. Участвующие в Программе юноши получают поддержку и помощь. Советник также поощряет использование других социальных и медицинских услуг, когда это необходимо.

Программы, направленные на изменение поведения и обучение стратегиям решения проблем, приводят к снижению суицидальных тенденций среди школьников, улучшению идентификации эго и жизненных навыков. Программы, направленные на повышение уровня знаний и социальную поддержку, более эффективны в снижении факторов риска самоубийств и повышении защитных факторов среди студентов [16].

В ряде стран разработана специфическая процедура отслеживания необходимости суицидальной интервенции при Телефонах психологической помощи. В консультациях по телефону, помимо консультанта, участвуют супервизор службы, сотрудники полиции, телефонной компании и мобильной помощи [17]. Постороннее вмешательство определяется необходимостью спасения жизни человека. В задачи консультанта входит оперативно получить сведения об адресе абонента, выяснить, не одинок ли он, есть ли желание получить помощь. Эти данные сообщаются супервизору службы, который информирует «Службу спасения» и полицию. Ее сотрудники связываются с местным отделением телефонной компании для определения номера абонента. На место суицида выезжает команда в составе полицейских и сотрудников службы мобильной кризисной помощи [18]. Разработан эффективный алгоритм компьютерного анализа возможности повторной попытки суицида на основе предсмертной записки, что поможет ускорить принятие решения об актуальных методах кризисной помощи в процессе беседы [19].

Ряд программ для молодежи работают с использованием сети Интернет, так как большинство детей и подростков предпочитают Интернет реальному общению. В Швеции веб-тренеры предоставляют свою помощь молодым людям через Интернет [20].

В Словении интернет программа «THAT IS ME» направлена на предоставление подросткам информации и оказание им помощи в решении проблем путем получения советов от постоянно доступной команды 30 экспертов.

За рубежом существует несколько центров

поддержки интернет-аддиктов (лиц, подверженных компьютерной зависимости). В Рунете на сегодняшний день есть Служба Анонимной помощи пользователям Интернета, предлагающая психологическую поддержку он-лайн с помощью ICQ – сетевого аналога службы неотложной телефонной помощи и «Виртуальной психологической службы» [21].

Во многих странах до недавнего времени ответственность за распознавание признаков и симптомов самоубийства было исключительной прерогативой специалистов в области психического здоровья. Последнее время были предприняты усилия для обучения других эффективно реагировать на суицидальное поведение, включая специалистов первичной медицинской помощи, операторов горячей линии, учителей и т.д. [22]. Разработаны алгоритмы работы добровольцев с детьми, попавшими в кризисную ситуацию, определены требования к специалистам, оказывающим экспресс психологическую помощь людям, пережившим трагедию.

Многие программы, будучи направлены на улучшение психического здоровья детей и подростков, а также их воспитание, сосредоточены на всем населении. Было выявлено, что программы консультирования равных (сверстников, ровесников) улучшают знания учащихся о факторах суицидального риска, о том, как звонить в кризисный центр или горячую линию и как порекомендовать другу обратиться к консультанту. Несмотря на то, что только около четверти учащихся рассказывают взрослым, что у их друга возникла идея суицида, вовлечение родителей является действенной мерой профилактики.

Школьное обучение должно способствовать развитию у детей анитисуцидальных барьеров: выраженную эмоциональную привязанность к близким; родственные обязанности; чувство общественного долга, понятие о чести, дружеские привязанности; зависимость от общественного мнения, особенно от мнения товарищей; представление о трусости, позорности суицида; наличие планов, определяющих цель в жизни. Следует учитывать, что все эти факторы формируются годами, поэтому работа по выстраиванию анитисуцидальных барьеров должна вестись планомерно на протяжении всей сознательной жизни ребенка. Ведущая роль в этом направлении, безусловно, принадлежит родителям. Но их необходимо этому научить, что вполне по силам специалистам служб социально-психологического

сопровождения образовательных учреждений.

Для развития конструктивного отношения к жизни все дети должны вовлекаться в творческую деятельность: заниматься в спортивных секциях, посещать музыкальные или художественные школы, культурно-исторические клубы и т.д.

Хотя, по данным ЮНИСЕФ, Россия занимает первое место по количеству суицидов среди подростков и молодежи (например, в США быт тревогу в связи с тем, что каждый год там предпринимают попытки самоубийства примерно 2000 подростков, у нас же это число в два раза больше), в стране по свидетельству исследователей [23], до сих пор отсутствуют масштабные программы профилактики суицидального поведения у подростков и молодежи. Важнейшей частью таких программ должны стать профилактика и своевременное выявление расстройств аффективного спектра у школьников и студентов, включающих как клинические состояния в виде депрессивных и тревожных расстройств, так и субклинические состояния эмоциональной дезадаптации. Не менее важно наличие специальных служб и профессионалов, которые способны оказать высококвалифицированную помощь детям, находящимся в состоянии дезадаптации, а также (что нередко еще более важно) провести необходимую работу с родителями и педагогами.

По данным Росстата, в 2010 году в России 23,4 случая на 100 тысяч населения, а в 2012 году показатель смертности уменьшился до 20,8. Однако Россия все еще продолжает находиться в группе стран с высоким уровнем суицидов. Тем не менее в России [24] и во многих развитых странах бывшего Союза, начиная со второй половины 90-х годов XX века, особое внимание уделяется профилактике детского и подросткового суицида.

Деятельность кризисной службы в этих странах определяется приказами о специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением. Определены структура и взаимодействие структурных единиц специализированной суицидологической службы.

При этом в еще в 1980-х годах в России существовала следующая структура суицидологической службы. Первичное звено – врач-суицидолог при студенческой поликлинике и при городском (областном) психоневрологическом диспансере. Основная его задача – оказание кон-

сультативной и лечебно-диагностической помощи суицидентам и лицам, находящимся в состоянии психологического кризиса, суицидальной предрасположенности и осуществление преемственности с кабинетом социально-психологической помощи и кризисным стационаром. Основным недостатком – помощь только тем пациентам, которые сами обратились к специалистам.

Следующее звено – кабинет социально-психологической помощи [25]. Он расположен вне стен психиатрических лечебных учреждений – традиционно при одной из поликлиник. В штат его входят: врач психиатр-психотерапевт, клинический (медицинский) психолог, социальный работник и медицинская сестра. Кабинет оказывает лечебно-диагностическую (психотерапевтическую, психокоррекционную), психопрофилактическую и социально-правовую помощь. В кабинет социально-психологической помощи суициденты обращаются самостоятельно, по направлению врача-суицидолога или сотрудников Телефона Доверия, что также позволяет охватить лишь малую часть из числа подростков, нуждающихся в социально-психологической помощи.

Третье звено – кризисный стационар [26], он, как правило, организуется на 20 коек (для городов с населением свыше 300 тыс. человек) и размещается на базе одной из соматических больниц. Основная задача – оказание стационарной лечебно-диагностической, психотерапевтической, социальной и правовой помощи суицидентам и лицам, находящимся в состоянии психологического кризиса или суицидальной предрасположенности. В кризисный стационар пациенты поступают по направлению врача-суицидолога, специалистов кабинета социально-психологической помощи или (реже) сотрудников Телефона доверия. Но все же, по утверждению исследователей социальной сферы, силами сотрудников психологических и кризисных центров в России нельзя решить имеющиеся проблемы оказания квалифицированной помощи детям «группы риска» [27].

Телефон доверия – наивысшее звено суицидологической службы [28]. Он организуется в основном городах с населением свыше 500 тыс. человек, работает круглосуточно. В штате врачи-психиатры, врачи-психотерапевты, клинические (медицинские) психологи. Задача Телефонов доверия – убедить позвонившего отложить свое намерение о самоубийстве и обратиться к психологу.

На практике работники служб психологической помощи по телефону часто выполняют и большее количество функций центров преодоления кризисов (образовательную), организует консультации специалистов для кризисных клиентов, проводят поственционную работу, участвуют в работе мобильных команд преодоления кризисов [29]. Такая ситуация свидетельствует, что существующая организация кризисной службы в России не в достаточной мере отвечает потребностям общества. О недостаточном объеме социально-психологической помощи в России свидетельствует также статистический факт резкого снижения числа «Телефонов доверия» в Центрах медицинской профилактики с 2977 в 2008 году до 320 в 2009 году при росте числа обращений населения по ним с 50771 до 616996, соответственно. Как итог – практически во всех материалах по фактам попыток несовершеннолетних покончить жизнь самоубийством отсутствуют какие-либо сведения о психологической реабилитации и помощи.

Первичным звеном в оказании психологической помощи во многих странах бывшего соцлагеря является школьная психологическая служба. В России она действует во взаимодействии с психолого-медико-педагогическими консультациями и центрами социально-психологической и педагогической реабилитации Министерства образования России. Методологическая база оказания такой комплексной социально-психологической и социально-реабилитационной помощи разработана слабо. Число медицинских специалистов в этих учреждениях, ориентированных в социально-психиатрическом направлении, катастрофически мало.

Первичная антиалкогольная и антинаркотическая профилактическая работа сегодня сдвигается в более младшую возрастную группу, в школу и семью, что также не имеет достаточного методического обеспечения. Сегодня, по отметке исследователей, нужно развитие круглосуточной службы преодоления кризисов, в которой работают профессиональные специалисты психического здоровья (психиатры, психологи, психотерапевты, социальные работники) и добровольные консультанты (иногда называемые парапрофессионалами). Также исследователями отмечается необходимость изучения влияния клинических, социальных и этнокультурных факторов на аутоагрессивное (суицидальное) поведение детей в разных регионах России, создание областных

антисуицидальные медико-психолого-социальных центров профилактической и реабилитационной направленности для детей школьного возраста.

В Республике Беларусь накоплен достаточный опыт по профилактике суицидов. Если с 1990 по 1995 год в Беларуси отмечалось 35,3% суицидов на 100000 населения, то с 1996 по 2010 г. в стране держится стойкая тенденция к снижению уровня суицидов (на 27,1%) [28].

По поручению Совета Министров Республики Беларусь Министерством здравоохранения совместно с заинтересованными ведомствами был разработан Комплексный план по профилактике суицидального поведения на 2009-2012 годы. Мероприятия плана включали повышение эффективности взаимодействия государственных органов, общественных объединений и организаций различной межведомственной подчиненности по вопросам профилактики суицидов; мероприятия по повышению информированности населения о деятельности служб, подразделений государственных органов, общественных объединений, религиозных организаций, принимающих участие в оказании различной помощи лицам, попавшим в сложные жизненные ситуации; координацию деятельности психологических служб организаций Министерства образования, Министерства здравоохранения, Министерства труда и социальной защиты в выявлении психологических проблем среди всех возрастных групп населения и предоставлении своевременной помощи.

Как видим, накопленный за рубежом и на постсоветском пространстве опыт позволяет использовать положительные примеры и применять подходы, прошедшие тестирование в реальных условиях.

Научное обоснование принципов профилактики, основанных на анти-суицидальных факторах

Особенности проявлений суицидов в детском и подростковом возрасте, своеобразие психологии и уровней социализации детей и подростков, особенности психопатологических состояний, а также позитивный и негативный опыт стран по внедрению антисуицидальных программ обуславливают специфику профилактики суицидов среди молодежи.

В связи с этим и с учетом уже имеющихся в

суицидологии и психологии принципов профилактики суицидов мы предлагаем современные научно обоснованные принципы профилактики проблем суицида среди молодежи:

- принцип обратимости;
- принцип консолидации усилий;
- принцип отторжения;
- принцип витализации сознания и др.

Остановимся подробнее на обосновании разработанных нами принципов профилактики суицидов.

Принцип обратимости основан на том положении, что любой процесс обратим, если еще не запущен. Мы предполагаем, что в подростковом сознании суицид часто имеет не истинные завершённые формы, а замыслы, мысли, попытки. Это, скорее, демонстративно-шантажное поведение, его можно предотвратить, если научить школьника «взрослым» стратегиям поведения. Большинство самоубийц, как правило, хотели вовсе не умереть, а только достучаться до кого-то, обратить внимание на свои проблемы, позвать на помощь. У подростков, так же, как и у взрослых, общей причиной суицида является социально-психологическая дезадаптация, но для них это не тотальные нарушения (крах смысла жизни, профессиональный кризис), а нарушения общения с близкими.

Выяснение истинных мотивов суицидального поведения – сложная задача. Тем не менее их систематизация и анализ дают серьезный материал для суицидологической диагностики и профилактики. Принцип обратимости создает возможности для предотвращения появившихся суицидальных намерений, если налажена своевременная психолого-педагогическая диагностика замыслов, намерений и желаний обучающихся, в том числе «завуалированная» (возможно применение проективно-ассоциативных анкет, разработанных нами в рамках I этапа выполнения искомого проекта).

Принцип консолидации усилий вытекает из того, что в образовательном учреждении обучающийся проводит зачастую больше времени, чем в семейной среде, поэтому степень влияния данного микросоциума на развитие, здоровье и поведение ребенка или подростка трудно переоценить. На современном этапе много внимания уделяется деятельности образовательных учреждений в сфере охраны здоровья (физического и психического) детей и подростков. Но вместе с тем необходима консолидация усилий школы (вуза) и семьи.

Принцип отторжения (позитивные факторы отторгают негативные при создании определенных условий и проведении целенаправленной педагогической работы). Позитивные антисуицидальные факторы личности (их еще называют антисуицидальным барьером) – это отдельные личностные установки (переживания), препятствующие формированию суицидального поведения или реализации суицидальных действий.

Данный принцип мы объясняем тем, что предпосылкой суицида может быть апатия, социальная депривация, неверие в личные перспективы, снижение творческой и физической активности в результате психической травмы; но наличие психотравмирующей ситуации не всегда является достаточным условием для суицида, вторая составляющая – личностные особенности суицидента; если работать с личностью потенциального суицидента в направлении развития противоположных суицидальному поведению предпосылок, то можно добиться значительных результатов.

Согласно Е.М. Вроно [21], для подростков с суицидальным поведением характерны следующие черты:

- импульсивность;
- эмоциональная неустойчивость;
- эксплозивность (взрывчатость);
- повышенная внушаемость;
- несамостоятельность мышления.

Позитивными чертами личности, помогающими в качестве факторов противостояния суицидальному поведению, могут стать: уравновешенность, эмоциональная стабильность, независимость суждений, самостоятельность и позитивность мышления, которые легко сформировать с помощью элементов НЛП и социально-психологического тренинга. Также в качестве позитивных факторов, очень сильно влияющих на формирование антисуицидальных установок, являются поддержка семьи, общественное осуждение, эмоциональная привязанность к значимым близким, гиперответственность, наличие творческих планов, боязнь физического страдания и т.д. [31].

Принцип витализации сознания (основан на механизме витальной активности личности).

При формулировке принципа витализации сознания мы основывались на разработанном в 30-х годах Рубинштейном основном принципе единства сознания и деятельности. Согласно данному принципу психика и сознание,

формируясь в деятельности, в деятельности и проявляются. Деятельность и сознание – это не две разные стороны обращенных аспектов, они образуют органическое единство (но не тождество). В соответствии с этим положением суицидальное поведение тесно связано с анти- или авитальностью сознания. По исследованиям Ю.Р. Вагина [30] авитальная активность – это активность индивида, направленная на снижение и (или) прекращение собственного социального и биологического функционирования, при аффективных расстройствах является главной опасностью для жизни человека.

При разработке принципа витализации сознания мы также опирались на естественно-научную теорию витализма, по которой предполагается, что органические вещества могут создаваться только в растительных или животных организмах, потому что в них действует жизненная сила (только под ее влиянием могут образовываться сложные органические вещества). Поэтому главным аспектом витализации сознания является укрепление жизненной силы человека. В целом витализация сознания предполагает развитие на сознательном уровне противоположной витальной активности индивида, проявляющейся в позитивном взгляде на жизнь, активной жизненной позиции, ярком выражении любви к Жизни, оптимистическом настрое, умении противостоять жизненным трудностям и т.д.

Заключение

Множественность разнонаправленных факторов риска обуславливает возможность предотвращения большинства самоубийств. В суицидологии установлено, что ни один фактор риска не может являться достаточной причиной самоубийства без комбинации с другими факторами. Требуется всесторонняя поддержка молодого человека с грузом накопленных проблем, а не коррекция только одного симптома или проблемного поведения.

Вместе с тем разработка профилактических мер и превентивных программ в области суицида по-прежнему остается одной из приоритетных направлений деятельности как представителей ряда научных дисциплин (суицидология, психология, психиатрия, социология и др.), так и специалистов, взаимодействующих с подростками и молодежью.

Все разработанные и теоретически обоснованные нами принципы профилактики суицидов (принцип обратимости; принцип консолидации усилий; принцип отторжения и принцип витализации сознания) будут учтены нами (также как и имеющиеся в психологии суицидологии принципы профилактики суицидального поведения) при разработке системы психолого-педагогической профилактики суицидов в воспитательно-образовательном процессе школы.

Литература

- 1 Алексеева, С.И. Социальные, этнические и личностные аспекты суицидальной активности населения [Электронный ресурс] / С.И. Алексеева, Р.И. Горохова.–Режим доступа: www.iriss.ru/attach_download?object_id=000150071347&attach_id=000444
- 2 Глобализация в российском обществе: сб. научных трудов / отв. ред. И.И. Елисеева. – СПб.: Нестор-История, 2008. – 538 с.
- 3 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Салауатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы // Астана. – 2010.
- 4 <http://www.np.kz/engine/print>.
- 5 http://www.np.kz/engine/print.php?newsid=8116&news_page=1
- 6 Региональный аспект исследования суицидов среди подростков: отчет о НИР / ФГБУ «Государственный Научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского». – М., 2012. – 121 с.
- 7 Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / под ред. Этьенна Г. Круга; пер. с англ. – М.: Изд-во «Весь Мир», 2003. – 376 с.
- 8 Patel V., Thara R. Meeting the mental health needs of developing countries: NGO innovations in India. – New Delhi: Sage, 2003. – P. 5.
- 9 <http://www.medbookaide.ru/books/fold1002/book2109/p22.php>
- 10 ProMenPol (<http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=promenpol.en> // http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/mental_health_compass_en.htm).
- 11 Программа «The Friends Programme» // <http://www.friendsinfo.net/>
- 12 Немецкая тренинговая программа «Coolness training» // <http://www.coolness-training.de/>.
- 13 Финская программа «Time Out! Getting Life Back on Track» // <http://info.stakes.fi/aikalisa/EN>.

- 14 France K. Crisis intervention. A Handbook of Immediate Person-to-Person Help. 2-nd ed. – USA, Illinois, Springfield: Charles Thomas Publisher, 1990. – 262 p.
- 15 Pestian J., Nasrallah H., Matykiewicz P., Bennett A., Leenaars A. Suicide Note Classification Using Natural Language Processing: A Content Analysis // *Biomed Inform Insights*. 2010. – 2010(3). – P. 19-28.
- 16 Soares-Lindberg M. Fryshuset Natvandrare (web coaches) // Presentation in the thematic conference «Promotion of mental health and well-being of children and young people-Making it happen», 29-30.9.2009. – Stockholm, Sweden, 2009. – p.3-18.
- 17 Braddick F., Carral V., Jenkins R., & Jane-Llopis E. Child and Adolescent Mental Health in Europe: Infrastructures, Policy and Programmes. – Luxembourg: European Communities, 2009. – P. 11.
- 18 Полукордене К. Психологические кризисы и их преодоление: основные знания о превенции, интервенции и поственции кризисов и самоубийств. Практическое руководство. – Вильнюс, 2003. – 69 с.
- 19 Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges. WHO report. – World Health Organization, 2008. – 191 p.
- 20 Вроно Е.М. Несчастливые дети – трудные родители: Наблюдения детского психиатра. – М.: Семья и школа, 1997. – С. 21.
- 21 Кондратенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А. Общая психотерапия. – М.: Ин-т Психотерапии, 2003. – 458 с.
- 22 Callahan J. Negative effects of school suicide postvention program – a case example // *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. – 1996. – Vol. 17, № 3. – P. 27.
- 23 Телефон доверия. Служба экстренной психологической помощи для подростков и молодежи / Сер.: Государственная молодежная политика в Российской Федерации. – М.: Ин-т молодежи, 1999. – 205 с.
- 24 Гишинский Я., Румянцева Г. Основные тенденции динамики самоубийств в России (<http://www.narcom.ru/ideas/socio/28.html>)
- 25 Шадура А. Телефонная история с прологом и эпилогом, или записки психолога экстренной психологической помощи // *Школьный психолог*. – 2005. – № 17.
- 26 Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. – М.: Смысл, 1999. – 410 с.
- 27 Сабгайда Т.П., Павлов Н.Б. Возможность оценки результативности медицинской профилактики на основе данных статистической отчетности // *Социальные аспекты здоровья населения. Информационно-аналитический вестник*. – 2011. – № 1(17) // <http://vestnik.mednet.ru/content/view/260/30/>.
- 28 Вострокнутов Н.В. Клинико-социальные проблемы детей и подростков в современном обществе и междисциплинарное взаимодействие специалистов различных социальных практик // *Материалы региональной научно-практической конференции «Воспитательный процесс формирования личности молодого человека. Междисциплинарный опыт в снижении риска эмоционально-поведенческих расстройств»*. – Белгород, 2009. – С. 24.
- 29 Голан Н. Вмешательство в кризисную ситуацию // *Энциклопедия социальной работы: в 3 т.* – М., 1994. – Т. 1. – С. 110-116.
- 30 Вагин Ю.Р. Авитальная активность (злоупотребление психоактивными веществами и суицидальное поведение у подростков). – Пермь: Изд-во ПРИПИТ, 2001. – 292 с.
- 31 Митева П. Самоубийство – зов о помощи (социальная работа с детьми и подростками по суицидам) // *Вестник КазНУ. Серия «Педагогические науки»*. – 2013. – №1. – С. 75-82.

References

- 1 Alekseeva, S.I. Social, ethnic and personal aspects of suicidal activity of the population [Electronic resource]/ S.I. Alekseeva, R.I. Gorokhova. – Mode access: www.iriss.ru/attach_download?object_id=000150071347&attach_id=000444
- 2 Globalization in Russian society: collection of scientific works / executive editor I.I. Eliseeva. – SPb.: Nestor-Story, 2008. 538 p.
- 3 The state program of development of health of the Republic of Kazakhstan «Salawati Kazakhstan» on 2011 – 2015 // Astana. – 2010.
- 4 <http://www.np.kz/engine/print>.
- 5 http://www.np.kz/engine/print.php?newsid=8116&news_page=1
- 6 Regional aspect in the study of suicide among adolescents: a research report / V.P. Serbsky State Scientific center of social and forensic psychiatry named. – M, 2012. – 121 p.
- 7 Violence and its impact on health. The report on the situation in the world / edited by Etienne G. Krug, translated from English. – M: Publishing house « whole world», 2003. – 376 p.
- 8 Patel V., Thara R Meeting the mental health needs of developing countries: NGO innovations in India. – New Delhi: Sage, 2003. – R.5.
- 9 <http://www.medbookaide.ru/books/fold1002/book2109/p22.php>
- 10 ProMenPol (<http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=promenpol.en> // http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/mental_health_compass_en.htm).

- 11 The Program «The Friends Programm» // <http://www.friendsinfo.net/>
- 12 German training program «Coolness training» // <http://www.coolness-training.de/>.
- 13 The Finland programm «Time Out! Getting Life Back on Track» // <http://info.stakes.fi/aikalisa/EN>.
- 14 France K. Crisis intervention. A Handbook of Immediate Person-to-Person Help. 2-nd ed. – USA, Illinois, Springfield: Charles Thomas Publisher, 1990. – 262 p.
- 15 Pestian J., Nasrallah H., Matykiewicz P., A. Bennett, Leenaars A. Suicide Note Classification Using Natural Language Processing: A Content Analysis // *Biomed Inform Insights*. 2010. 2010(3). – P. 19-28.
- 16 Soares-Lindberg M. Fryshuset Natvandrare (web coaches) // Presentation in the thematic conference «Promotion of mental health and well-being of children and young people-Making it happen, 29-30.9.2009. Stockholm, Sweden, 2009. – p. 3-18.
- 17 Braddick F., Carral V., R. Jenkins, & Jane-Llopis E. Child and Adolescent Mental Health in Europe: Infrastructures, Policy and Programmes. – Luxembourg: European Communities, 2009. – 11 p.
- 18 Polukordiene K. Psychological crises and how to overcome them: basic knowledge about the prevention, intervention and postvention crises and suicides. A practical guide. – Vilnius, 2003. – 69 p.
- 19 Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges. WHO report. – World Health Organization, 2008. – 191 p.
- 20 Vrono E.M. Unhappy children is difficult parents: observations of a child psychiatrist. – M: Family and school, 1997. – P. 21.
- 21 Kondratenko V.T., Donskoi D.I., Igumnov S.A. General psychotherapy. – M: Institute of psychotherapy, 2003. – 458 p.
- 22 Callahan J. Negative effects of school suicide postvention program – a case example // *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. – 1996. – Vol. 17, № 3. – P. 27.
- 23 The telephone hotline. Emergency psychological assistance to teenagers and youth / Series: The state youth policy in the Russian Federation. – M: Institute of young people, 1999. – 205 p.
- 24 Gilinsky Ya, Rumyantseva G. Main trends in the dynamics of suicides in Russia (<http://www.narcom.ru/ideas/socio/28.html>)
- 25 Shadura A. Phone history with a prologue and epilogue, or notes psychologist emergency psychological assistance the School psychologist. – 2005. – № 17.
- 26 Mohovikov A.N. Telephone counseling. – M: Meaning, 1999. 410 p.
- 27 Sabgaida T.P., Pavlov N.B. Opportunity assessment of the effectiveness of health prevention on the basis of statistical reporting / Social aspects of health of the population. Information-analytical Bulletin. – 2011. – № 1(17) // <http://vestnik.mednet.ru/content/view/260/30/>.
- 28 Vostroknutov N.V. Clinical and social problems of children and adolescents in modern society and interdisciplinary collaboration of experts from different social activity // Materials of the regional scientific-practical conference «Educational process of formation of the personality of the young person. Interdisciplinary experience in reducing the risk of emotional and behavioral disorders. – Belgorod, 2009. – 24 p.
- 29 Golan N. Intervention in crisis situations // *Encyclopedia of social work: in 3 volume, 1994. – Volume 1. – P. 110-116.*
- 30 Vagin Yu.R. Anti-Vital activity (substance abuse and suicidal behavior in adolescents. Perm, 2001. – 292 p.
- 31 Miteva P. Suicide – call for help (social work with children and teenagers suicide) // *Bulletin of KazNU. Series «Pedagogical Sciences»*. – 2013. – №1 (38). – P.75-82.