

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

НУО «КАЗАХСТАНСКО-
РОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ
город АЛМАТЫ



**Профилактика суицидов у лиц подросткового возраста
в системе общеобразовательных и средних
специальных учебных заведений
(учебно-методическое пособие)**



Алматы-2021

Авторы:

Джайнакбаев Н.Т. – д.м.н., профессор, ректор НУО «КазРосмедуниверситет».

Ешимбетова С.З. – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и неврологии НУО «КазРосмедуниверситет».

Рахменшеев С.К. – PhD, директор КГП на ПХВ «Центр психического здоровья» г. Алматы.

Жолдыбаева Ж.С. – магистр медицины, заместитель директора по лечебной работе КГП на ПХВ «Центр психического здоровья» г. Алматы.

Худаир Ж.Р. – магистр общественного здравоохранения, старший врач КГП на ПХВ «Центр психического здоровья» г. Алматы.

Джайнакбаев Н.Т., Ешимбетова С.З., Рахменшеев С.К., Жолдыбаева Ж.С., Худаир Ж.Р. «Превенция суицидов у лиц подросткового возраста в системе общеобразовательных и средне-специальных учебных заведений». Учебно-методическое пособие. – Алматы, 2021, 61 с.

ISBN 978-601-7441-45-6

Рецензенты:

1. Сарсембаев К.Т. - профессор кафедры психиатрии, наркологии и неврологии НУО «КазРосмедуниверситет», д.м.н.
2. Зулфикарова Э.Т.- к.м.н., заведующая кафедрой психиатрии, психотерапии и наркологии АО «КазМУНО».

Проблема суицидов детей и подростков занимает ведущее место как в зарубежной, так и в отечественной психиатрии. В данном учебном методическом пособии отражены основные вопросы превенции суицидов подростков в практической деятельности врача-психиатра, что будет способствовать совершенствованию службы охраны психического здоровья. При составлении методического пособия использовались данные по превенции самоубийств на основе зарубежного и отечественного опыта. В пособии также даны рекомендации по проведению клинического интервью пациентов подросткового возраста и оценки их суицидального риска для психиатров, медицинских и клинических психологов.

Методические рекомендации предназначены для использования в учебных программах медицинских ВУЗов и постдипломного медицинского образования, а также для практикующих врачей психиатров, психотерапевтов и медицинских и клинических психологов.

© **Джайнакбаев Н.Т., Ешимбетова С.З., Рахменшеев С.К., Жолдыбаева Ж.С., Худаир Ж.Р. 2021**

жап автор

Перечень обозначений и сокращений

УОЗ – Управление общественного здоровья

УО – Управление образования

ДП – Департамент полиции

РНПЦПЗ – Республиканский научно-практический центр психического здоровья

ЦФЗОЖ – Центр формирования здорового образа жизни

ЦПЗ – Центр психического здоровья

МЦЗ – Молодежный центр здоровья

МО – медицинские организации

СМИ – средства массовой информации

ВОП – врачи общей практики

НПО – неправительственные общественные организации

ВОЗ- Всемирная организация здравоохранения

ООН- Организация объединенных наций

ИИС

О	МЕББМ Қазақстан-Ресей Медициналық университеті. Кітапхана
№	
У	НУО Қазақстанско-Российский Медицинский университет. Библиотека
№	49863

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Содержание проблемы и необходимость её решения программами по превенции суицидов 5

Теоретическая часть

Мифы и факты о самоубийстве 8

Классификация суицидального поведения 9

Особенности суицидального поведения у детей и подростков 12

Профилактика суицидов на основе зарубежного опыта 17

Практическая часть

Стратегия по профилактике суицидов среди лиц подросткового возраста по г. Алматы 24

Основные действия суицидальной превенции для учащихся образовательных учреждений 28

Научная часть

Превенция психических и поведенческих расстройств у подростков (по материалам г. Алматы) 29

Методы исследования 31

Особенности микросредовых средовых факторов подростков воспитанников детских домов 37

Результаты сравнительного анализа психодиагностических исследований подростков 38

Результаты клинического обследования подростков 42

Психо-коррекция и профилактика аффективных нарушений и превенция суицида подростков, воспитанников детских домов 44

Дидактическая часть

Программа превентивных мероприятий для общеобразовательных учреждений 48

Программа превентивных мероприятий для средне-специальных учебных заведений 53

Заключение 57

Список использованной и рекомендуемой литературы 58

СОДЕРЖАНИЕ ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДОВ И НЕОБХОДИМОСТЬ ЕЁ РЕШЕНИЯ ПРОГРАММАМИ ПО ПРЕВЕНЦИИ

Проблема суицидов является одной из наиболее острых проблем в большинстве стран мира. Это обусловлено высокой, а в ряде стран все увеличивающейся частотой самоубийств, их растущей долей в структуре смертности населения - женщин, молодежи, граждан трудоспособного возраста. За последние 50 лет показатели распространенности, суицида



увеличились на общемировом уровне на 60%. По причине суицида каждый год умирает более миллиона человек. Это выражается общим мировым показателем 16 человек на тыс. населения и ставит суицид на десятое место среди ведущих причин смерти в мире в возрастной категории от 15 до 44 лет. Из международных исследований известно, что ежедневно более 1000 молодых людей пытаются совершить суицид. В течение последнего десятилетия частота суицидов у них возросла почти в 4 раза. Самоубийства являются второй по частоте причиной смерти в молодости. Новые статистические данные показывают, что наибольшая их частота наблюдается в возрасте от 15 до 24 лет, причем за прошедшие 30 лет.

Учеными прогнозируется, что к 2020 году количество самоубийств в мире вырастет до 1,5 млн. в год, самоубийства станут глобальной проблемой, так как суицид выйдет на второе место в мире по причине смертности, обойдя рак и уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям.

Самоубийство выступает одним из важных индикаторов состояния и развития общества, эффективности политических, экономических и социальных преобразований. ВОЗ относит Казахстан к числу стран с «высоким и очень высоким» числом самоубийств - где число самоубийств варьируется в диапазоне от 21 до 31 случая на 100 тысяч человек. В эту же категорию включены показатели по Литве, Латвии, России, Белоруссии и Украине.

Самоубийство – это серьезная проблема общественного здоровья. С каждым годом, проблема самоубийств приобретает все более глобальный характер, а суицидальные попытки все чаще становятся формой поведения, к которой прибегает человек в той или иной кризисной ситуации. Профилактика суицидов и контроль их распространенности нелегко решаемые задачи. Самые новейшие исследования показывают, что предотвращение самоубийств включает в себя целый ряд мер, таких как создание более благоприятных условий для развития и воспитания детей и молодежи, применение эффективных методов лечения психических расстройств, а также контроль факторов риска окружающей среды. Распространение информации

о способах выхода из кризисных состояний - существенный компонент успеха программы предотвращения самоубийств.

На сегодняшний день достаточно разработанные теоретические аспекты суицидологии сталкиваются с проблемой реализации их на практике. Решение вопроса профилактики самоубийств на профессиональном уровне относится к ведению врачей-психиатров, психотерапевтов, психологов образовательных учреждений, актива органов самоуправления граждан и инспекторов-профилактики МВД. Однако отсутствие достаточных квалифицированных знаний в сфере суицидологии, методик определения риска суицида, порядка организации профилактических работ, ориентированных на целевые слои населения и широкую аудиторию, существенным образом ограничивает их потенциал и практические возможности данных лиц. Дополнительными факторами, осложняющими процесс профилактики суицидов являются трудовая миграция, занятость населения, сложившиеся стереотипы по воспитанию детей и отношению к женщине. Процессы трудовой миграции оказывают негативное влияние на институт семьи и его целостность, как следствие возникают многочисленные варианты дезориентации личности, влекущие за собой изоляцию человека и развитие суицидальных мыслей. Наиболее болезненно это отражается на психологически уязвимых слоях общества — женщинах и детях.

Стереотипы изживших себя местных обычаев связанных с исключительной ролью родителей в формировании молодой семьи, а также с правом использования чрезмерных мер для установления родительского контроля над детьми продолжают влиять на стабильность духовно-нравственного климата в семье, в отдельных случаях становясь причинами суицидов среди молодежи. Распространение пьянства и наркомании является дополнительным фактором развития суицидальности населения.

Системная работа по изучению и анализу каждого случая суицида в совокупности с успешным опытом зарубежных стран по профилактике данного явления могут послужить основой для разработки программ по профилактике суицидов на национальном и региональном уровнях.

Ответственные государственные и заинтересованные общественные организации должны в достаточной степени использовать имеющийся потенциал для профилактики суицидов. В образовательных учреждениях и органах самоуправления граждан необходимо организовать системную работу по определению группы риска, выработки единой стратегии по профилактической работе с лицами, совершившими попытку самоубийства и их родственниками.

В регионах должен быть сформирован механизм мониторинга суицидальной обстановки, система социологического изучения состояния суицидальности населения, причин и обстоятельств ведущих людей к саморазрушению, в особенности женщин и молодежи. В связи с этим на местах необходимо использовать ресурсы неправительственных

общественных организаций (НПО), Молодежного центра здоровья (МЦЗ) и других общественных организаций, а также религиозных учреждений.

Реализация мероприятий по профилактике суицидальности населения, в частности, детей и подростков, требует разработку программ по превенции суицидов с четким алгоритмом действий не только для лечебно-профилактических учреждений психиатрического профиля, но и для общественных и государственных институтов, которые могли бы решить данную проблему.

Мифы и факты о самоубийстве

Вокруг самоубийств существует много мифов, которые распространены в обществе и которые могут препятствовать своевременному выявлению и оказанию помощи лицам, имеющим суицидальные проявления. В связи с этим важным шагом осуществления профилактики суицидов является развенчивание этих мифов.



1. Миф: если человек говорит о самоубийстве, он его не совершит.

Реальный факт: из 10 человек, покончивших жизнь самоубийством, 8 вполне определенно сообщали о своих намерениях. Большинство людей, совершивших самоубийство, накануне сообщало о своих намерениях

товарищам, коллегам, родственникам, но их либо не понимали, либо не придавали значения соответствующим высказываниям.

2. Миф: настоящие самоубийцы не предупреждают о своих намерениях.

Реальный факт: Исследования свидетельствуют, что человек, находящийся в суицидальном состоянии, предупреждает и дает много различных сигналов о своих намерениях.

3. Миф: самоубийство невозможно предотвратить. Если человек решил покончить с собой, то никто и ничто не сможет его остановить

Реальный факт: кризисный период имеет определенную продолжительность, и «потребность в самоубийстве» у подавляющего числа людей является лишь временной. В этом периоде человек нуждается в душевной теплоте, помощи и поддержке.

4. Миф: человек, находящийся в суицидальном состоянии твердо решил покончить жизнь самоубийством.

Реальный факт: большинство самоубийц не пришли к однозначному решению жить или умереть. Они "играют со смертью", предоставляя окружающим спасать их. Практически никто не совершает самоубийства, не сообщив окружающим о своих чувствах.

5. Миф: самоубийства происходят гораздо чаще в среде обеспеченных людей, или наоборот, исключительно среди малообеспеченных.

Реальный факт: уровень самоубийств одинаков во всех слоях общества.

6. Миф: Все самоубийцы - душевнобольные, и суицид - это психотическое проявление.

Реальный факт: исследования сотен предсмертных записок указывают, что несмотря на то, что человек, находящийся в суицидальном состоянии,

глубоко несчастен, он вовсе не обязательно психически болен.

7. Миф: существует тип людей, склонных к самоубийству.

Реальный факт: Самоубийство совершают люди различных психологических типов. Все зависит от силы психотравмирующей ситуации и ее личностной оценки как непереносимой

8. Миф: если человек совершил попытку самоубийства, он никогда этого не повторит снова

Реальный факт: если человек совершил неудачную попытку самоубийства, то риск повторной попытки очень высок. Причем наибольшая ее вероятность - в первые 1-2 месяца

9. Миф: влечение к самоубийству передается по наследству

Реальный факт: это утверждение никем не доказано. Если в семье были случаи самоубийства или их попыток, то вероятность их совершения другими членами семьи действительно возрастает. Хотя фатальной зависимости здесь нет

10. Миф: снижению уровня самоубийств способствует активная просветительская деятельность, пропаганда в СМИ, рассказы о том, почему и как люди совершают самоубийства

Реальный факт: исследования показывают, что существует непосредственная зависимость между сообщениями о самоубийствах и возрастанием суицидальной активности. В печати и других СМИ необходимо обсуждать не сам факт суицида, а какими способами можно разрешать сложные жизненные проблемы и конфликты.

11. Миф: решение о суициде приходит внезапно, без предварительной подготовки.

Реальный факт: анализ показал, что суицидальный кризис может длиться несколько недель, даже месяцы.

12. Миф: прием алкоголя помогает снять суицидальные переживания

Реальный факт: употребление алкоголя с целью избавиться от тягостных переживаний зачастую вызывает противоположный эффект - обостряет тревогу, повышает значимость переживаемого конфликта и тем самым способствует самоубийству. 50% суицидов совершены в состоянии алкогольного опьянения.

13. Миф: вопросы о самоубийстве, заданные пациенту, могут спровоцировать его на суицидальные действия

Реальный факт: вопросы о самоубийстве снижают уровень тревоги, связанной с этими мыслями. Пациент может почувствовать облегчение от того, что кто-то проявляет интерес к нему и его проблемам.

Классификация суицидальных проявлений Мотивы и факторы риска

Суицидальное поведение включает различные формы активности, служащие деструктивным средством разрешения личностных проблем в условиях конфликтной ситуации. Содержанием суицидального кризиса выступает острое эмоциональное состояние, возникающее в критической ситуации столкновения личности с препятствиями на пути удовлетворения ее важнейших жизненных потребностей.

Центральную роль в возникновении такой ситуации играют следующие конфликты:

- **обусловленные спецификой трудовой деятельности и межличностного взаимодействия:**

1. неудачи в выполнении конкретных задач;
2. межличностные конфликты с коллегами по работе;
3. служебные конфликты с начальниками или подчиненными;

- **обусловленные спецификой семейных взаимоотношений:**

1. неразделенная любовь;
2. измена любимого человека;
3. развод;
4. тяжелая болезнь или смерть близких;

- **связанные с антисоциальным поведением человека:**

1. страх уголовной ответственности;
2. боязнь позора;

- **обусловленные материально-бытовыми трудностями.**

- **обусловленные состоянием здоровья:**

1. психические заболевания;
2. хронические соматические заболевания;
3. физические недостатки (дефекты речи, особенности внешности, воспринимаемые как недостаток);
4. половая несостоятельность;

Выделяют **пять типов суицидального поведения** (пять типов ведущих мотивов):

- * протест,
- * призыв к состраданию,
- * избегание душевных или физических страданий,
- * самонаказание,
- * отказ от жизни как капитуляция.

В молодом возрасте (от 18 до 30 лет) преобладают протестные и призывные формы суицидального поведения. В более пожилом (после 45 лет) преобладают суициды типа избегания страдания, самонаказания и отказа.

Протестное и призывное суицидальное поведение часто встречается у лиц с инфантильным складом личности, которым присущи эгоцентризм, негативизм, эмоциональная неустойчивость.

Выделяют несколько этапов развития суицидальных проявлений.

Внутренние формы суицидального поведения (пресуицид) включают в себя:

1. Пассивные суицидальные мысли, представления и соответствующий эмоциональный фон – суицидальные переживания;

2. Замыслы;

3. Намерения (суицидальные тенденции).

Перечисленный ряд понятий, с одной стороны, отражает различие в структуре, в субъективном оформлении суицидальных феноменов, а с другой стороны, представляет шкалу их глубины или готовности к переходу во внешние формы суицидального поведения. Практически целесообразно пользоваться тремя ступенями этой шкалы, однако выделяют перед ними особую недифференцированную "почву" в виде **антивитальных переживаний**, которые могут встречаться у многих людей в тех или иных сложных ситуациях. К ним относятся размышления об отсутствии ценности жизни, которые выражаются в формулировках типа: **"жить не стоит"**, **"не живешь, а существуешь"** и т.п., где нет еще четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни.



Но если процесс продолжается, то на следующем этапе, то мы видим **пассивные суицидальные мысли**, которые характеризуются представлениями, фантазиями на тему лишения себя жизни. Например, **«хорошо бы умереть, заснуть и не проснуться»** и тому подобное, которые выражают уже внутреннюю готовность человека к суициду.

На следующем этапе возникают **суицидальные замыслы**. Это активные формы суицидальности. Идет разработка плана суицида, продумывается способ, выбирается время и место действия. Следующий этап - это **суицидальные намерения**: когда принято решение о

самоубийстве - непосредственно суждение, возникает суицидальные действия. То есть все эти этапы характеризуют подготовку человека к совершению самоубийства в той или иной форме.

В зависимости от типологии выделяют истинный **суицид**, **аффективный суицид** и **демонстративно - шантажное поведение**. После того, как все этапы пройдены, человек подошел к суицидальному действию, как к итоговому представлению о невозможности существования в данной ситуации.

Истинный суицид - это определенный тип целенаправленного, хотя и неадаптивного поведения в результате осознанной и переработанной психотравмы, когда человек предпринимает реальные действия, что бы лишить себя жизни.

Аффективный суицид - суицидальные действия, обусловленные необычайно сильным аффектом, возникшим в результате внезапного острого психотравмирующего события или под влиянием аккумуляции хронических психотравм. При аффективных суицидальных действиях психотравмирующая ситуация не успевает подвергнуться сознательной личностной переработке. Такие суициды характеризуются «свернутостью» и интенсивностью динамики, стремительным ростом эмоциональной напряженности, крайне эмоционально насыщенными отрицательными переживаниями гнева, обиды, оскорбленного достоинства, чести и т.п.

Демонстративное или демонстративно-шантажное суицидальное поведение своей целью предполагает не лишение себя жизни, а демонстрацию этого намерения «криком о помощи», попыткой обратить на себя и свои проблемы внимание окружающих. Такая демонстрация подчас оканчивается завершённым суицидом вследствие недоучета реальных обстоятельств, следствием роковой случайности.

К факторам, препятствующим возникновению суицидального поведения относятся:

- эмоциональная привязанность к значимым родным и близким;
- выраженное чувство долга, обязательность;
- концентрация внимания на состоянии собственного здоровья, боязнь причинения себе физического ущерба;
- учет общественного мнения и избегание осуждения со стороны окружающих, представления о позорности самоубийства и неприятие (осуждение) суицидальных моделей поведения;
- убеждения о неиспользованных жизненных возможностях;
- наличие жизненных, творческих, семейных и других планов, замыслов;
- наличие духовных, нравственных и эстетических критериев в мышлении;
- психологическая гибкость и адаптированность, умение компенсировать негативные личные переживания, использовать методы снятия психической напряженности.
- наличие актуальных жизненных ценностей, целей;

- проявление интереса к жизни;
- уровень религиозности и боязнь греха самоубийства;
- планирование своего ближайшего будущего и перспектив жизни;
- негативная проекция своего внешнего вида после самоубийства

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

Особенности суицидального поведения у подростков и юношей



На сегодняшний день превенция суицидального поведения в детско-подростковом возрасте является одной из самых актуальных проблем современной медицины в связи с тем, что суицидальные намерения в данном возрасте являются трудно распознаваемыми и имеет свою специфику, по сравнению со взрослыми. К сожалению, масштабы

данной проблемы в нашем обществе недооцениваются. По данным отчёта Детского фонда ООН за последние годы значительно увеличилось число суицидальных попыток и завершённых самоубийств среди молодежи, подростков и даже детей. Суициды детей от 5 до 14 лет возросли в 8 раз. Самоубийство подростков занимает третье место среди ведущих причин смертельных случаев и четвертое среди основных причин потенциальной потери жизни. По данным психиатров, среди детей 7-14 лет наибольшее число суицидов совершают мальчики, так как их психика в этом возрасте довольно хрупка и сильнее, чем у девочек, подвержена психотравмам.

В суицидологии существует понятие «суицидогенной семьи», которая в истории науки уже давно стала предметом многочисленных исследований. Ни одна попытка самоубийства не может рассматриваться как «незначительная». Любой переход к суицидальному акту выявляет психическое страдание, которое следует оценить и, по мере возможности, вылечить. Необходим поиск терапевтического союза с семьёй и суицидентом. Для близких необходимо осмыслить свою ответственность за психическое здоровье ребенка.

Основной и существенной особенностью суицидального поведения у детей и подростков является то, что у них отсутствует так называемый пресуицидальный синдром — психологический симптомокомплекс, сопутствующий периоду формирования суицидального поведения. Суицидальная попытка у детей редко бывает продуманной и подготовленной заранее - дети лишают себя жизни под влиянием импульса. Решение о смерти рождается в детской голове почти молниеносно, и времени

на обдумывание ситуации или сопоставление фактов у его родных уже нет. Дети до 11 лет истинных попыток уйти из жизни совершают редко. Печальная статистика случаев аутоагрессии, как проявлений «инстинкта смерти», направленного на собственное «Я» (по З.Фрейд), появляется, когда дети достигают возраста от 11 до 18 лет. Пик суицидной активности приходится на старший подростковый возраст (14 — 16 лет). Многие специалисты даже считают, что суициды — это типичная реакция подростков на кризисные ситуации в их жизни. При этом отнюдь не редкостью являются коллективные самоубийства, совершаемые либо группой подростков одновременно, либо одним вслед за другим (так называемые «скопированные» самоубийства, в основе которых лежит механизм подражания и внушаемость). Похожими мотивами руководствуются и те, кто готов расстаться с жизнью после смерти или самоубийства своего кумира (лидера). Каждый ребенок живет по принципу «здесь и сейчас» и искренне верит в то, что если его наказывают и отвергают сегодня, значит, то же самое будет происходить с ним и завтра, и всегда. Дети очень непосредственны, но мыслят конкретно, поэтому те удивительные «фигуры речи» и крепкие словесные обороты, которые в порыве злости могут употребить в речи родители и педагоги, они всегда склонны воспринимать буквально. Конечно, редкие родительские выпады не могут стать основой для развития у ребенка суицидального потенциала, но если внутри семейная ситуация действительно сложна и изобилует подобными вещами, то вполне возможно, что в один прекрасный день дитя не выдержит напряжения и тихо уйдет. Ключевой фигурой суицидальных действий ребенка всегда является его мать, которая, внося элементы дисгармонии в их отношения, может сильно ранить малыша. Отдельные суицидологи убеждены в том, что тема «мать суицидента» не менее глубока и интересна, чем мир или мировосприятие его самого, так как в большинстве случаев именно она выступает первопричиной развития суицидального потенциала.

Самоубийство — далеко не самая приятная тема для беседы. Однако жизнь показывает насколько важно обсуждать её как с профессионалами (врачами, психологами, школьными учителями), так и родителями и молодыми людьми. Хотя упоминания о самоубийствах молодежи очень часто пугают в беседе, но разговора о них нельзя избежать. Вопреки расхожему мнению, обсуждение этого вопроса в обществе не может привести к появлению идей о суициде в головах молодых людей, если их там не было и, более того, не толкнет их к самоубийству. Как показали последние исследования, лучшим способом профилактики суицидов считают образовательные программы для молодежи и родителей, а также для врачей, которые должны знать и давать полную информацию об особенностях суицидального поведения у детей и подростков.

Причины и мотивы суицидального поведения

Анализ суицидальной статистики показывает, что 62% всех самоубийств несовершеннолетними совершается из-за конфликтов и неблагополучия: боязни насилия со стороны взрослых, бестактного поведения и конфликтов со стороны учителей, одноклассников, друзей,



чёрствости и безразличия окружающих. В целом ряде случаев подростки решались на самоубийство из-за безразличия родителей, педагогов на их проблемы и протестовали, таким образом, против безразличия и жестокости взрослых. Решаются на такой шаг, как правило, замкнутые, ранимые по характеру, страдающие от одиночества и чувства собственной ненужности, потерявшие смысл жизни подростки. Также причиной суицида может быть алкоголизм и наркомания, как родителей, так и самих подростков, индивидуальные психологические особенности человека, внутрисемейные конфликты и т.д.

Попытки суицида являются следствием непродуктивной (защитной) адаптации к жизни – фиксированное, негибкое построение человеком или семьей отношений с собой, своими близкими и внешним миром на основе действия механизма «отчуждения». Своевременная психологическая помощь, участие, оказанное подросткам в трудной жизненной ситуации, помогли бы избежать трагедий.

Трудностью раннего выявления суицидальных проявлений является то, что родители и педагоги, как правило, недооценивают проблемы, предпосылки и поведенческие сигналы суицидального поведения, они кажутся им несущественными, а жизненные сложности, возникшие у детей, родителями и педагогами расцениваются как незначительные и не заслуживающие внимания.

Типичными ситуациями, которые толкают детей и подростков на самоубийство являются:

- безответная влюбленность, которая взрослым кажется несерьезной;
- доказательство собственной значимости в семье или в группе общения, если самого подростка или его желания не принимают всерьез;
- такие переживания, как обида, одиночество, отчужденность;
- утрата родителей, их развод или уход из семьи одного из родителей;
- чувство ревности;
- чувство вины;
- оскорбленное самолюбие;
- страх наказания;
- сексуальные эксцессы;

- подражание;
- желание обратить на себя внимание, хотя бы таким способом;
- желание отомстить за унижение, оскорбление, наказать за невнимание, злоба;
- сильный стыд, связанный с нечаянными ошибками в поведении, несдержанностью физиологических реакций или с унижением в присутствии других людей.

Выделяют еще одну причину детских самоубийств - **прессинг успеха**. Сегодня в современном обществе, как никогда прежде, велик престиж высшего образования. Родители настраивают ребенка на обязательный успех: поступление в ВУЗ, получение престижной работы. Все это сопровождается буквально "жертвенным" поведением родителей, готовых все продать для оплаты репетиторов и прочих услуг. Подобный груз непосильным бременем ложится на плечи детей. Страх не оправдать чаяний дорогих людей, гонка за успехом, да и собственные высокие притязания создают высокое напряжение, страх, гнетущую тревогу. Взятая в отдельности, сама по себе, каждая из этих ситуаций или проблем вовсе не означает, что подросток, с ней столкнувшийся, обязательно окажется в зоне повышенного суицидального риска. Однако такого рода проблемы, безусловно, осложнят ему жизнь. У ребенка, находящегося под прессом хотя бы одной из этих ситуаций, может не оказаться эмоциональных, умственных или физических сил противостоять любым другим неприятностям. И тогда суицид может стать для него единственным выходом из сложившейся ситуации.

Таким образом, лица в зоне повышенного суицидального риска находятся дети и подростки:

- находящиеся в депрессии;
- злоупотребляющие алкоголем и наркотиками;
- совершившие суицидальную попытку, либо ставшие свидетелями суицида кого-то из членов семьи;
- одаренные дети;
- с плохой успеваемостью в школе;
- беременные девочки;
- подвергшиеся насилию.

Одна из основных проблем суицидального поведения заключается в опасности повторения. Практика показывает, что из всех подростков, совершивших попытку суицида, более 80 процентов её обязательно повторяют. При чем риск наиболее высокий в течении года после первой попытки, и дальнейшие последствия этого становятся более тяжелыми в соматическом плане, а смертельный риск более высоким; повторный акт лучше подготовлен и менее импульсивен, чем первый. Самое лучшее после попытки самоубийства – понять то, что человек может вам рассказать, и не

пытаться обсудить поступок или все детали о нем. Переход к суицидальному акту иногда означает то, что нельзя выразить словами.

Самоубийство не является громом среди ясного неба: учащиеся с суицидальными проявлениями весьма ясно предупреждают окружающих о своих намерениях и оставляют много возможностей для принятия соответствующих мер.

Симптомы суицидального поведения

В период психологического кризиса (острого эмоционального состояния растерянности и тревоги) родителям необходимо обращать внимание на следующие признаки:

- разговоры о смерти и самоубийствах, желание пофантазировать на эту тему вслух;
- стремление к одиночеству;
- рассуждения на тему: «Я никому не нужен», «Все равно никто не будет обо мне тосковать»;
- чрезмерное внимание к мотивам смерти в музыке, искусстве или литературе;
- завуалированные попытки «попрощаться» (дарение своих вещей и любимых предметов близким друзьям; приведение дел в порядок).

Среди предпосылок к суицидам можно также отметить:

- неумение подростка понимать и выражать свои чувства, объяснять свои переживания;
- двойственность ощущения своего места в мире: с одной стороны — уже не ребенок (одолеваемый взрослыми желаниями и страстями), а с другой — абсолютно бесправный и полностью зависящий от семьи (которая в эту пору становится для него менее значимой, чем общество сверстников);
- максимализм оценок и приговоров — и себе, и окружающим, а вместе с тем, неспособность прогнозировать последствия своих действий.

Некоторые признаки желания покончить с собой:

Проблемы со сном, потеря аппетита, апатия.

Склонность к уединению и отчуждению.

Побеги из дома.

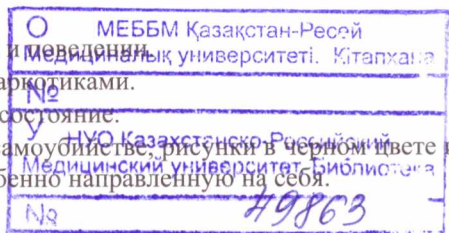
Резкие изменения во внешности и манерах.

Злоупотребление алкоголем и наркотиками.

Возбужденное или агрессивное состояние.

Разговоры о смерти, записки о самоубийстве, рисунки в черном цвете и отображающие жестокость, особенно направленную на себя.

Угрызения совести.



Чувство безнадежности, тревога, депрессия, плач без причины;

Раздача личных вещей.

Неспособность долго оставаться внимательным.

Утрата интереса к любимым занятиям.

Самобичевание.

Неожиданное ухудшение успеваемости, не регулярное посещение школы.

Членство в группировке или секте.



Причины суицидального поведения очень сложны. Их можно искать в биологических, генетических, социальных и психологических сферах нашей жизни. Исследования, конечно, есть, но единого системного подхода к одной из самых страшных проблем человечества у нас как не было, так до сих пор и нет. Но что бы ни говорили теоретики, детям с суицидальными наклонностями, так же, как и их близким, необходимо помогать: физически, психологически, социально и, конечно же, информационно. В целях профилактики суицидального поведения необходимо проводить не только закрытые медицинские семинары, но и такие информационно-обучающие мероприятия, которые были бы направлены на распространение знаний об особенностях формирования суицидального поведения, о его протекании у детей, о работе различных суицидологических служб и т. д.

В зарубежных странах, добившихся значительного снижения уровня самоубийств, придают особое внимание профилактике суицидов в образовательных учреждениях считая, что именно в школьном возрасте привитие ценностных ориентиров имеет наибольший эффект, который способен влиять на поведение человека в течение всей его жизни. Необходима реализация превентивных программ в образовательных учреждениях, причем,

обращенных одновременно к родителям и ученикам, учителям и учащимся. Эти программы должны содержать советы и информацию о проблеме выявления групп риска и работе с ними.

Профилактика суицидов на основе зарубежного опыта

Методологическая система профилактической работы в сфере социальности населения строиться в двух направлениях - общей и частной.

Основным содержанием **общей профилактики** является ослабление и устранение социальных и социально-психологических причин и условий, способствующих формированию и проявлению суицидального поведения личности.

Частная профилактика направлена на своевременное выявление людей, находящихся в суицидоопасном состоянии, и оказание им психологической помощи. Общая профилактика помогает человеку на стадии развития кризисных ситуаций, которые могут способствовать развитию суицидальных мыслей, частная - на суицидальном поведении.

Ученые также выделяют первичную, вторичную и третичную профилактику самоубийств используя соответствующую терминологию - **превенция, интервенция и поственция.**

Превенция - это проявление общей заботы о психической гигиене: поиск стратегий нейтрализации или локализации условий, которые могут вызвать кризисные ситуации, угрозу самоубийства. Укрепление психического здоровья граждан является основным направлением в общей профилактике формирования суицидального поведения. Такую помощь оказывают экстренные службы, как правило, телефонные. Стратегия профилактики самоубийств на государственном уровне включают в себя совершенствование социальных условий, использование системы образования и СМИ для улучшения навыков преодоления жизненных трудностей, формирования твердой жизненной позиции.

Интервенция - поддержка лиц, переживающих кризисы. Вторичный уровень профилактики ориентирован на решение актуальных проблем человека, возникших в связи с кризисом. Основными принципами кризисной интервенции являются безотлагательность помощи, самоопределение пациентом жизненного курса и активное участие высококвалифицированного специалиста. Главная роль при интервенции отводится специалистам (психологам, психиатрам, социальным работникам и специально подготовленным волонтерам).

Поственция - помощь, которая оказывается людям, уцелевшим после самоубийства. Понятие «уцелевшие после самоубийства» ученые распространяют не только на пытавшихся покончить с собой, но и на свидетелей самоубийств, их родственников и близких, переживающих горе. Стратегии поственции: психологическое консультирование; кризисная психотерапия; поиск систем поддержки личности и жизнеобеспечения в

обществе; образовательная стратегия, направленная на повышение осознания роли и значимости саморазрушающего поведения; поддержание контактов со СМИ для соблюдения этических принципов.

Из зарубежных исследований следует, что наиболее перспективными направлениями профилактики самоубийств являются долговременные превентивные программы в национальных масштабах.



К примеру, в США работа по профилактике суицидов среди населения базируется на формировании центров превентивных мер, обеспечивающих круглосуточную квалифицированную и немедленную помощь людям, которым грозит опасность (более 200 центров по стране), институтов по изучению самоубийств, в задачи которых входит анализ тенденций в сфере суицидальности населения, разработка стратегии по профилактике на региональном и общегосударственном уровнях, реализация превентивных программ в образовательных учреждениях, обращены одновременно к родителям учеников, учителям и учащимся, программы содержат советы и информацию о проблеме выявления групп риска и работе с ними.

США придают особое внимание профилактике суицидов в образовательных учреждениях, считая, что именно в школьном возрасте привитие ценностных ориентиров имеет наибольший эффект, который способен влиять на поведение человека в течение всей его жизни. В США разработан ряд перспективных программ профилактики суицида: Gatekeeper Training («Сторожевой тренинг») и Suicide Screening («Скрининг риска суицида»), SOS Signs of Suicide («Предпосылки суицида»), CARE («Уход, оценки, реакция, помощь»), CAST («Учим справляться и поддерживать»), и Reconnecting Youth («Объединение молодежи: групповой подход к приобретению жизненных навыков»).

Целью подхода «Сторожевой Тренинг» является раннее выявление учащихся с высоким фактором риска суицида и своевременное направление таких детей к специалистам. Программа включает в себя подготовку

преподавателей школы и старших школьников. Она способствует повышению уровня информированности о факторах риска и помогает распознавать предупреждающие признаки суицида, информирует о соответствующих центрах поддержки и полезных документах.



Программа используется также врачами, общественными организациями, родителями и персоналом школ. Дополнительный эффект программы отмечен в укреплении сплоченности и солидарности в рамках школьного сообщества.

Целью другой программы «Скрининг риска суицида» является проверка школьников на наличие у них факторов риска суицида и психических заболеваний, а также своевременное направление выявленных детей к специалистам в области психического здоровья. Она включает в себя опрос учащихся специалистами с помощью тестирования, которое состоит из перечня вопросов об их отношении и поведении, связанными с факторами риска суицида, предупреждающими признаками, а также системами поддержки. Программа представляет собой инструмент для оценки уровня риска для каждого ребенка.

Программа «Предпосылки суицида» нацелена на предотвращение среди разных групп подростков 13-17 лет попыток суицида, повышение уровня знаний о депрессии и суициде, изменение отношения к депрессии и суициду, а также поддержка обращения за помощью. Комплекс мер в рамках программы сочетает в себе универсальный опрос студентов и отдельные воспитательные программы в 2-дневном школьном курсе. Образовательная программа включает в себя показ дискуссии и видеопозаказы фильмов о распознавании тревожных признаков депрессии и суицида у других и реагировании соответствующим образом на такие признаки, на мероприятиях как правило участвуют родители, сотрудники школы и представители заинтересованных общественных организаций.

Как показало произвольное контрольное исследование, программа обеспечила снижение уровня парасуицидов среди молодежи на 40%.

Программа «Уход, оценки, реакция, помощь» направлена на снижение суицидального поведения и связанных с ним факторов риска, повышение личной и социальной полезности. Это выбранная программа работает с молодежью, находящейся под риском суицида. Программа обычно включает в себя от 1 до 2 часов скрининга с помощью компьютера («Оценка потенциального риска суицида у подростков»), 2 часа мотивационного консультирования один-на-один и социальную инициативу «соединение», где молодой человек лично связан с взрослым (менеджер, любимый учитель, обученный преподаватель, и т.д.).

В рамках программы «Учим справляться и поддерживать» обеспечивается снижение риска суицида, тяжести симптомов депрессии и

наркозависимости, повышение навыков самоконтроля, управления настроением и решения проблем учащимися из группы риска. Эта программа реализуется в старшей школе и охватывает двенадцать групповых занятий в течение 6 недель по 55 минут с подростками, которые уже были определены как находящиеся под серьезным риском суицида, и с персоналом школы. Эти занятия сопровождаются заданиями, которые помогают студентам применить то, что они узнали в ходе сессий, в реальной жизни, т.е. в школе, дома, или в их социальной среде.

Программа *«Объединение молодежи: групповой подход к приобретению жизненных навыков»* помогает обучающимся в группе риска в развитии навыков нахождения равновесия, повышения успеваемости в школе, контроль за первыми признаками злоупотребления психоактивными веществами и эмоционального стресса, а также повышение защитных факторов. Программа включает в себя три основных аспекта. Первый - курс из 75 уроков с акцентом на повышение самооценки, принятие решений, самоконтроль и межличностное общение. Второй, это вовлечения подростков в здоровую социальную и школьную деятельность. Третий, это развитие Антикризисного плана школы, который готовит преподавателей и сотрудников школы, к выявлению школьников с риском суицида и реагированию на это, а также к надлежащему реагированию на суицид, когда он действительно происходит.

В США на общенациональном уровне в рамках мер прямого воздействия на личность, имеющую склонность к совершению суицида, активно используется механизм «зеленой карты» - клиент получает карту, предоставляющую ему прямой и немедленный доступ к возможности, вызова психиатра или госпитализации.

Финляндия - страна с традиционно высоким уровнем суицидов, разработала и реализовала Национальный Проект предупреждения суицидов, обеспечивавший снижение уровня суицидальности населения за 20 лет в целом на 40%. Залогом успешной реализации программы стала организация комплексного изучения всех зафиксированных случаев суицида имевшихся в практике. Посредством психологического исследования, рабочей группой экспертов были изучены более полутора тысяч случаев самоубийств, обобщены данные из историй болезни, опрошены медицинский персонал и члены семьи.

Проект возглавило Министерство здравоохранения и объединило более 250 экспертов по стране, в каждом округе сформированы экспертные группы, включающие руководящих работников местных администраций и специалистов (полицейских, пожарных, врачей неотложной помощи, преподавателей), представителей церкви. Деятельность специалистов дополнительно не финансировалась и осуществлялась на общественных началах.

Проектом организовано целевое обучение врачей общей практики основам суицидологии, выявлению и лечению депрессий во всех округах страны. Внедрена деятельность подвижных психиатрических бригад,

внебольничной и круглосуточной неотложной помощи, организована широкая работа в интернет-пространстве.

Финляндия активно использовала ресурс неправительственного сектора, способствовала развитию некоммерческих организаций специализирующихся в сфере суицида, некоторые из них создали телефонизированные центры круглосуточного обслуживания, работая в тесной связи с общегосударственной службой телефонного доверия.

Правительством организованы постоянно действующие курсы обучения и повышения квалификации специалистов в сфере суицидологии, на комплексной основе для обучения на курсах привлекаются социальные работники, медики, педагоги, представители местных сообществ и общественных организаций.

Анализ развития суицидов в Финляндии показал об их зависимости от уровня пристрастия местного населения к алкоголю - на долю алкозависимых лиц приходилось до 40% всех случаев суицида и попыток его осуществления. В этой связи в стране введены ограничения на реализацию алкогольных напитков молодым гражданам и увеличена их стоимость.

Дополнительный эффект имел опыт по выпуску таблетированных препаратов в специальных блистерах, вместо баночек. Экспертами было установлено, что критическое время для человека который решил осуществить акт суицида - это первые 10 минут после появления замысла. В этой связи, баночка с медицинскими препаратами представляла возможность одновременного употребления 50 и более таблеток, а блистерная упаковка требовала значительного времени на эти цели. Помимо этого, в Финляндии введены требования по уровню ограждений мостов, автомобильных магистралей, шоссе и железнодорожных путей.

Сбор, обработка и обобщение материалов о суицидальности населения также является отправной точкой разработки профилактических мер по предотвращению случаев самоубийства в **Японии**. Национальное полицейское управление с 1978 года ведет комплексный анализ поступающих данных по проблематике, ежегодно публикуются списки покончивших с собой в СМИ и на интернет ресурсах управления.

Порядок отчетности по случаям суицида, включает достоверные и подробные данные о причинах, побудивших человека совершить самоубийство - финансовые и экономические трудности, семейные обстоятельства, конфликты на работе. При этом каждый показатель конкретизирован по группам: «отношения с сослуживцами», «отношения с руководством», «условия работы и утомляемость вследствие загруженности», «адекватность поступающих поручений в контексте профессиональных и физических возможностей», «достигнутый карьерный



рост» «несостоятельность на рабочем месте» и т.д.

Для координации деятельности социальных и местных служб, учреждений системы образования при правительстве страны организован штаб по предупреждению самоубийств, в функции которого входит разработка стратегии профилактического вмешательства, методическая поддержка вовлеченного персонала государственных и общественных организаций. Штаб имеет специальный Интернет-сайт, адресованный гражданам, испытывающим психологические затруднения, их семьям, друзьям и сослуживцам, он также содержит обучающий курс по улучшению атмосферы на рабочем месте и поддержке психологического здоровья. Штаб активно финансирует деятельность общественных организаций, участвующих в индивидуальной работе с гражданами, состоящими в «группе риска», распространении брошюр и материалов с рекомендациями по диагностике депрессивного состояния членов семьи.

В целях системного изучения настроения молодежи, а также принимая во внимание, что отношения между сверстниками могут послужить причинами умышленного самоповреждения детей Министерство образования, культуры, спорта, науки и техники Японии приняло решение о сборе информации о случаях истязаний среди школьников. Среди 11 миллионов учеников младших и средних классов распространены конверты, с отпечатанным адресом отдела защиты прав человека регионального управления юстиции, школьникам предложено имеющуюся проблемную ситуацию указать в письме и направить по указанному адресату или позвонить по телефонам «горячей линии». Данный эксперимент успешно апробирован на примере одной из префектур и реализован в общегосударственном масштабе.

Всемирная организация здравоохранения и Организация Объединенных Наций предлагают стандартизованные проекты стратегий по предотвращению суицидов. ВОЗ опубликовал серию документов по предотвращению суицидов в психиатрических учреждениях и в больницах общего профиля, в школах, исправительных учреждениях, среди лиц, ставших свидетелями самоубийств, а также рекомендации, по телефонному консультированию и порядке освещения случаев суицида в средствах массовой информации.

Дополнительной превентивной мерой профилактики суицидов является ограничение доступа к средствам суицида. Это было впервые продемонстрировано в 1972 году в **Австралии**, когда был уменьшен доступ к седативным веществам - главным образом к барбитуратам, которые смертельны в больших дозах (лекарственный препарат). Имеются также доказательства снижения уровня самоубийств, когда под контроль берется продажа других токсических веществ, например пестицидов, которые



широко распространены в сельских местностях во многих развивающихся странах.

Газовая детоксикация - удаление окиси углерода из домашнего газа и выхлопных газов в автомобилях также оказалась эффективна в снижении уровня самоубийств. В **Великобритании** число самоубийств через отравление домашним газом снизилось после удаления из него окиси углерода. Сходные результаты были отмечены в **Японии, Нидерландах, Швейцарии и США**. Другие исследования также обнаружили снижение уровня суицидов после применения в автомобилях каталитических конверторов, которые среди прочего удаляют и окись углерода из выхлопных газов. Была отмечена связь между наличием огнестрельного оружия дома и уровнем самоубийств. В некоторых странах, включая **Австралию и Канаду**, ограничение владения огнестрельным оружием привело к снижению его применения в актах самоубийства.

СТРАТЕГИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДОВ СРЕДИ ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ПО г. АЛМАТЫ

На 2019 год разработана и утверждена заместителем Акима г. Алматы дорожная карта «По профилактике суицидов среди всех возрастных категорий по городу Алматы на 2019 год». Данная программа является основным рабочим механизмом по профилактике суицидов по г. Алматы на данный период времени и согласована с управлением образования, управлением МПС, департаментом полиции и медицинскими организациями города.

В свете выполнения дорожной карты в КГП на ПХВ «Центр психического здоровья» г. Алматы с целью превенции суицидов организована и успешно функционируют «телефон доверия» (**376-56-60**) и бригады специализированной скорой психиатрической помощи. Директор данного лечебно-профилактического учреждения лично координирует работу врачей психиатров города, а также осуществляет руководство над бригадой психологов центра, оказывающим консультативную и коррекционную помощь лицам, совершившим суицидальные попытки. На каждый случай суицида заполняется сигнальный лист бригадой скорой помощи и даются рекомендации для проведения дальнейших действий в КГП на ПХВ «Центр психического здоровья» г. Алматы.

Психиатрами КГП на ПХВ «Центр психического здоровья» г. Алматы уделяется большое внимание санитарно-просветительной работе среди населения города по вопросам превенции суицидов как среди населения, так и подростков. В частности, с участием СМИ, на телевидении подготовлены и проведены 2 телепередачи – «Алматинцы и суицид», «Профилактика суицида в Казахстане» и 8 радиопередач, а в местных газетах как «Ежедневная общественно-политическая» и «Экспресс К» опубликовано 5 статей: – «Почему наши дети становятся наркоманами и совершают суицид», «Почему казахстанцы боятся госпитализации при попытках суицида», «Мифы о суициде», «В карантин начали спиваться женщины и как это влияет на их состояние», «Проблемы суицида в целом» в которых освещались вопросы суицидоопасных реакций и меры по их профилактики.

За 12 месяцев 2019 года по данным отделения станции скорой медицинской помощи ГКП на ПХВ «Центр психического здоровья» г. Алматы на территории города (приезжими, иногородними лицами и горожанами) всего совершено - **1264** суицидальных попыток и 149-завершенных суицидов, том числе на долю жителей г. Алматы приходится - 889 попыток - 109 завершенных суицидов, что значительно выше чем в 2018 году. Так, например в 2018 году приезжими и иногородними лицами совершено -**1157** суицидальных попыток и 118 -завершенных суицидов, на жителей г. Алматы приходится – 1039 попыток и 89 завершенных суицидов.

Анализ суицидов и суицидальных попыток, проведенный с учетом возраста за 2019 год по г. Алматы показал также тенденцию к росту среди всех слоев населения. Так, например за 2019 год дети (0-14 лет) с суицидом и суицидальными попытками составили всего -21 человек (завершенных суицидов - 3, суицидальных попыток- 18), тогда как в 2018 году всего -18 (завершенных суицидов - 5, суицидальных попыток- 13). Общее количество суицидов и суицидальных попыток среди молодежи (18-29лет) в 2019 году составило 403 случая, из них завершенных суицидов -22, суицидальных попыток -381. В 2018 году показатель завершенных суицидов среди молодежи – 11 и суицидальных попыток -387. Таким образом, обращает внимание, что в 2019 году в двое возрос показатель завершенных суицидов среди молодежи 22 напротив 11.

Анализ суицидальных попыток по гендерной принадлежности за 2019 год показал превалирование лиц женского пола над мужчинами, в то же время по количеству завершенных суицидов мужчины 4 раза преобладали над слабым полом. В частности, из 1264 случаев суицидальных попыток 784 (62,0%) совершены лицами женского пола, 480 (37,9%) – мужского пола. В то же время показатель из общего количества завершенных суицидов – 149, 29 - совершено женщинами, 120 мужчинами. Эти же показатели наблюдались и среди жителей г. Алматы: за 12 месяцев 2019 года лицами женского пола совершено- 560, мужского пола -329 суицидальных попыток.

Изучение способов суицидальных попыток и суицидов, совершенных в течении 2019 года выявил их разнообразие. Так, например, большинство суицидентов выбирали наиболее легкий и доступный способ самоубийства - самоотравление -489, в том числе лекарственными препаратами-466, на втором самопорезы -216. Третий распространенный способ совершения суицидов являлся самоповешание -129.

Тенденция к увеличению суицидальных попыток с каждым годом послужило мощным сигналом и поводом для улучшения интеграции психиатрической службы с первичным звеном здравоохранения (ПМСП). Следовательно, каждый случай суицидальных попыток подвергался тщательному изучению и дальнейшей курации. В частности, бригадой специализированной скорой психиатрической помощи суицидент после попытки совершения самоубийства передавался в поликлинику по месту жительства, с целью дальнейшего оказания индивидуальной, квалифицированной психологической помощи.

Телефон доверия является структурным подразделением диспансерного отделения специализированной психиатрической помощи КГП на ПХВ «Центр психического здоровья» г. Алматы и предназначен для профилактической консультативной помощи по телефону обращающимся лицам с целью предотвращения у них суицидальных и иных опасных действий. Данное структурное подразделение работает без непосредственного контакта с пациентом, ежедневно, круглосуточно, без перерыва. Адрес телефона доверия указан на сайте учреждения и интегрирован с единым Call-центром г. Алматы.

Как положено специалисты отделения представляются только как «Телефон доверия» или под псевдонимом, не называя своих паспортных данных и адреса.

К работе с «телефона доверия привлекаются клинические психологи, прошедшие семинары и тренинги по суицидологии, и имеющие стаж работы в учреждении, оказывающем психиатрическую помощь. Продолжительность одной беседы с абонентом определяется индивидуально в зависимости от реализации психотерапевтических целей.

В тех случаях, когда в ходе беседы возникает предположение о наличии у абонента психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих, или абонент находится в остром психотическом состоянии, при котором оставление его без психиатрической помощи может существенно ухудшить его состояние и при этом установление контакта с окружающими абонента лицами невозможно, дежурный по отделению принимает меры к установлению места пребывания и паспортных данных абонента и сообщает о его состоянии в службу скорой психиатрической помощи, участковому врачу - психиатру, в полицию.

В остальных случаях дежурный по отделению, сохраняя тайну беседы, не просит у абонента сведений о его месте пребывания и паспортных данных.

Дежурный по отделению может дать совет абоненту обратиться в «Центр психического здоровья» г.Алматы (отделение, кабинет), в психотерапевтический кабинет поликлиники, в кабинет семейного врачебно - психологического консультирования, в кабинет социально - психологической помощи, в юридическую консультацию и иные учреждения.

Обращение абонентов в отделение регистрируется в журнале обращений по телефону доверия, где кратко описывается содержание беседы, указываются принятые меры (совет, его содержание, обращения дежурного в другие учреждения и др.), при необходимости - место пребывания абонента и его паспортные данные.

В течении 2019 года (за 12 месяцев 2019 г.) на телефон специализированной психиатрической помощи КГП на ПХВ «Центр психического здоровья» г. Алматы специализированной психиатрической помощи КГП на ПХВ «Центр психического здоровья» г. Алматы поступило **3239** звонков от жителей г. Алматы, что намного превышает показатели 2018 года – **2451**.

За данный период времени клиническими психологами и психотерапевтами проведено 167 он-лайн консультаций и оказана квалифицированная психологическая помощь жителям г.Алматы, находящихся в кризисном суицидоопасном состоянии.

специализированной психиатрической помощи КГП на ПХВ «Центр психического здоровья» г.Алматы также координирует и осуществляет образовательную программу врачам. С 22 июля 2019 года проведено обучение специалистов здравоохранения ПМСП (ВОП, районные психиатры) по программе превенции суицидов среди несовершеннолетних (3 этапа)

«Вопросы превенции суицидов»: всего обучен - 28 специалистов ВОП.

Таким образом, определились общие принципы проведения программы профилактики суицидального поведения:

круглосуточная неотложная телефонная помощь («Телефон доверия», он-лайн психологическое, психотерапевтическое консультирование) населения г.Алматы;

образовательные программы для населения, направленные на предоставление знаний признаков кризисного состояния и возможного суицида у себя и близких (семинары для сотрудников образования -36 (1049 педагогов); круглые столы – 4 (151 слушателей); «Родительские собрания» – 20 (1016 родителей); лекции для работников системы образования – 54 (2200 человек); профилактических осмотров – 5 (105 человек);

активное выявление и наблюдение за лицами из группы суицидального риска (особенно за совершившими суицидальные попытки, прямо или косвенно угрожающими совершить суицид);

создание условий для госпитализации в дневные и ночные стационары РГКП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», в которых в дальнейшем будет продолжаться амбулаторное наблюдение и лечение лица, выписавшиеся из стационара, что позволит им работать и получать одновременно поддерживающую терапию.

преемственность между специалистами в цепочке помощи лицам с риском совершения суицида

обеспечить сквозной доступ лицам с суицидальными проявлениями к консультантам (психиатру, психотерапевту, клиническому психологу) с применением сигнальной зеленой карточки, позволяющей получить помощь вне очереди.

организация постоянно действующих курсов обучения и повышения квалификации специалистов для работы в сфере суицидологии, на которых для обучения привлекаются социальные и медицинские работники, педагоги, представители местных сообществ и общественных организаций

создание групп само- и взаимопомощи (из волонтеров, родителей, подростков).

В целом, работа по профилактике суицидов среди населения базируется на формировании центров превентивных мер, обеспечивающих круглосуточную квалифицированную и немедленную помощь людям, которым грозит опасность, а также институтов по изучению самоубийств. В их задачи входит анализ тенденций в сфере суицидальности населения, разработка стратегии по профилактике на региональном и общегосударственном уровнях, реализация превентивных программ в образовательных учреждениях, причем, обращенных одновременно к родителям и ученикам, учителям и учащимся. Эти программы должны

содержать советы и информацию о проблеме выявления групп риска и работе с ними, а также о способах выхода из различных кризисных ситуаций

Необходимым условием успеха программы суицидальной превенции является постоянное повышение образовательного уровня лиц, профессионально вовлеченных в этот процесс и уровня осознания значимости проблемы широкими слоями населения.

**ПРЕВЕНЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
У ПОДРОСТКОВ (по материалам г. Алматы)**

С целью совершенствования мер профилактики суицидов у лиц подросткового возраста в рамках внутривузовского научного проекта НУО «КазРосмедуниверситет» нами проведено сплошное психодиагностическое обследование программным модулем (АПК) Здоровье-Экспресс 119 подростков (78-65,6% мужского и 41-34,4% женского пола), воспитанников детских домов и интернатов в возрасте 11-17 лет (основная группа) и 30 подростков, учеников общеобразовательной школы №115 г. Алматы (контрольная группа). Средний возраст подростков основной группы составил $14,6 \pm 1,7$ лет. Обследование проводилось в период с 2018-2020 гг. в детских домах и домах интернатах г. Алматы.

Все подростки принимали участие в эксперименте с личного согласия и разрешения учреждения на основании соответствующего нормативного документа. Все обследуемые позитивно отнеслись к исследованию. Данные о количественном составе участников приведены в таблице-1.

Таблица 1. Количественный состав обследованных подростков.

Обследованные		Основная группа		Контрольная группа	
		Абс	%	Абс	%
Подростки	Мальчики	78	65,6	22	73,3
	Девочки	41	34,4	8	26,7
Всего		119	100	30	100

Данные таблицы 1, свидетельствуют об отсутствии существенных различий между основной и контрольной группой сравнения в показателях пола. В обеих группах исследования преобладали мальчики: 78 (65,6%) в группе подростков, воспитанников детских домов и 22 (73,3%) - с общеобразовательных школ.

Таблица 2. Распределение подростков в зависимости от возраста к моменту

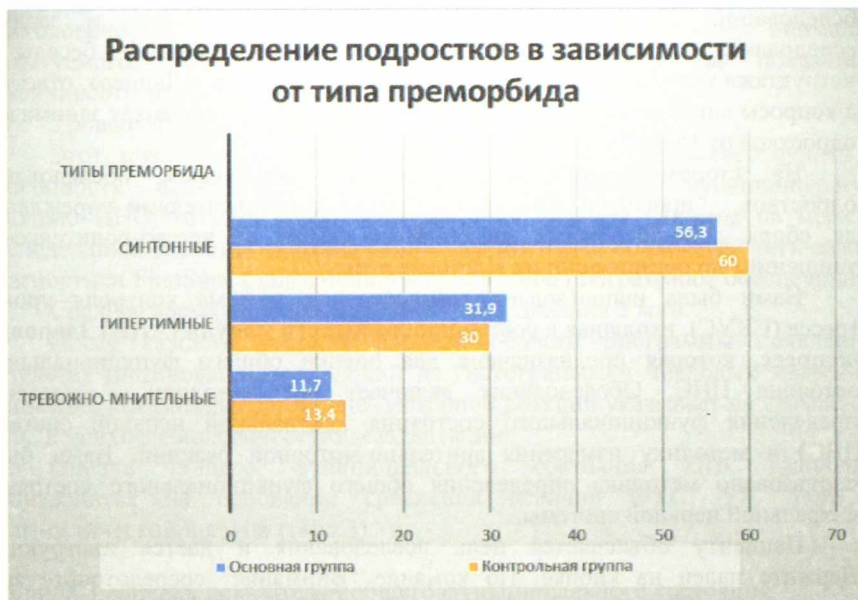
Возраст больных (лет)	Группа больных				p	Всего	
	Основная группа		Контрольная группа				
	абс.	%	абс.	%		абс.	%
11-12	16	13,5	3	10,0	P>0,05	19	12,8
13-15	59	49,6	12	40,0	p>0,05	71	47,5
16-17	44	36,9	15	50,0	P<0,05	59	39,7
Всего	119	100,0	30	100,0		149	100,0

Данные таблицы 2, свидетельствуют об отсутствии существенных различий между основной группой и группой сравнения в показателях возраста подростков к моменту обследования, тогда как среди больных контрольной группы, подростков учащихся общеобразовательных школ заметно преобладали лица в возрасте 16-17 лет ($p<0,005$). Средний возраст подростков основной группы – $14,6\pm 1,7$ лет и группы сравнения в целом $15,06\pm 1,8$ лет был почти одинаковым ($p>0,05$).

Для клинического изучения преморбидного типа личности использовался клинико-описательный метод. Все подростки могли быть отнесены к лицам с нормальным психическим складом личности. Те или иные патологические особенности, выявлявшиеся в преморбидной структуре личности у значительной части обследуемых, ни в одном случае не были тотальными и по степени выраженности не выходили за рамки акцентуаций характера. В этой связи, следует отметить, что преобладающего большинства подростков основной группы выявлены синтонные 67 (56,3%), у 38 (31,9%) гипертимные и у 14 (11,7%) тревожно-мнительные черты характера (рис.3).

Подростки с синтонными чертами характера (67-56,3%) отличались уравновешенностью, общительностью, отзывчивостью, тогда как подростки с гипертимными чертами характера (38-31,9%) были чрезмерно деятельные, даже рискованные, оптимистичные, чрезмерно общительные. Подростки и с тревожно-мнительной акцентуацией характера (14-11,7%) нерешительностью, склонностью к самоанализу, пунктуальностью. В целом, все они по устной характеристике воспитательниц были положительными.

Рисунок 1. Распределение подростков в зависимости от типа преморбида.



Данные рис.1, свидетельствуют об отсутствии существенных различий между основной и контрольной группой сравнения в показателях преморбида.

Таким образом, основная группа (подростки, воспитанники детских домов) и группа сравнения (подростки, учащиеся общеобразовательных школ) были вполне сопоставимы по таким показателям, как возраст, отсутствие грубых личностных девиаций. По нашему мнению, сопоставимость групп по этим характеристикам являлась необходимым условием для последующего анализа. Отсутствие существенных различий по уровню образования (все две группы были учащимися по получению среднего образования) позволяло проводить сравнительное изучение психодиагностических показателей обследования подростков.

Методы исследования

На каждого ребенка заполнялась специально разработанная анкета для целенаправленного сбора информации, по поводу проявлений поведенческих расстройств, а также применялся метод анализа данных медицинской документации, психолого-педагогических характеристик, дневников

наблюдения. Изучались дополнительные сведения, полученные от врачей, медицинских психологов.

Обследование участников проводилось в 2 этапа.

На первом этапе подростки проходили ряд психодиагностических обследований. Им предоставлялась информация о целях и задачах исследования, условия их проведения. После первичной беседы и инструктажа участникам предлагалось пройти СКУС, Тест Люшера, ответить на вопросы анкет по самооценке и шкалу Бека. Заполнение анкет занимало у подростков от 15 до 25 минут.

На втором этапе было проведено клиническое обследование подростков, проведены беседы с педагогами-воспитателями учреждений для сбора дополнительных сведений о семьях и детско-родительских отношениях до организации их в детские дома.

Нами была использована компьютерная система контроля уровня стресса (СКУС), входящая в состав **программного модуля (АПК) Здоровье-Экспресс**, которая предназначена для оценки общего функционального состояния ЦНС. Обследование включает две методики – методику определения функционального состояния центральной нервной системы (ЦНС) и методику измерения зрительно-моторной реакции. Нами было использовано методика определения общего функционального состояния центральной нервной системы.

Пациенту объясняется цель исследования и дается инструкция: «Держите палец на кнопке. По команде "Внимание" сосредоточьте свое внимание на экране (лампочке) и ждите появления светового сигнала. При появлении вспышки света как можно быстрее нажмите на кнопку. Помните, что реагировать нужно всегда максимально быстро». Через 1-3 с после предварительной команды «Внимание» (она дается для унификации условия исследования) подается световой сигнал. Записываются показания прибора. После 5-7 «пробных» сигналов производится 120 измерений времени реакции, интервалы между подачами сигнала 1-3 с, продолжительность исследования 6-7 минут.

Полученные 120 величин времени реакции (ВР) распределяются по классам с классовым интервалом 20 мс: 101-120 мс, 121-140 мс, 141-160 мс и т.д. В автоматическом режиме строится вариационная кривая, отражающая особенности (закон) распределения ВР, которая и является предметом дальнейшего анализа.

Вычисляются три количественных показателя, характеризующие с различных сторон теоретически возможные варианты формы полученной кривой и, следовательно, отражающие разные стороны функционального состояния ЦНС.

Функциональный уровень системы (ФУС)

Величина этого показателя зависит от абсолютных величин ВР (он тем больше, чем меньше ВР) и особенностей их рассеяния. Он характеризует величину (в данном случае скорость) произвольной реакции человека, которая зависит от степени (уровня) возбудимости ЦНС.

Устойчивость реакции (УР)

Величина этого показателя зависит от количества попавших в модальный класс величин ВР и их разнообразия. Непостоянство величины ВР обусловлено непрерывными флюктуациями состояния ЦНС, психологическим выражением которых являются колебания внимания испытуемого. Устойчивость реакции рассматривается как показатель устойчивости функционального состояния ЦНС.

Уровень функциональных возможностей (УФВ)

Этот показатель является наиболее полным и позволяет судить о способности испытуемого формировать адекватную функциональную реакцию ЦНС, то есть «работоспособность» нервной системы на момент исследования. В состав системы СКУС входит пульт психофизиологической диагностики FirstSync (далее пульт) и прикладное программное обеспечение.

Среднее время проведения одного обследования 8 мин.

После каждого теста в рабочей области программы появляется результат тестирования, состоящий из гистограммы и числовых значений. Снижение показателей зрительно- моторной реакции указывает на утомление ЦНС и психофизиологическую дезадаптацию.

Оценка общего функционального состояния ЦНС пациента производится на основании сравнения величин ФУС, УР, УФВ с диагностической шкалой (табл.3).

Таблица 3. Оценка показателей общего функционального состояния центральной нервной системы.

Оценочные уровни	Возрастные группы	Границы интервалов		
		ФУС (с-2)	УР (с-1)	УФВ (с-2)
Высокий и очень высокий	13 лет	больше 140,8	больше 8,4	больше 50,3
	14-15 лет	больше 157,1	больше 9,1	больше 59,0
	16-35 лет	больше 169,0	больше 10,4	больше 66,0
Выше среднего	7-9 лет	больше 71,9	больше 4,4	больше 19,9
	10-12 лет	больше 92,8	больше 4,8	больше 26,1
	13 лет	113,6-140,8	6,0-8,4	35,6-50,3
	14-15 лет	123,6-157,1	7,0-9,1	41,6-59,0
	16-35 лет	134,1-169,0	7,7-10,4	46,1-66,0
Средний	7-9 лет	33,3-71,9	1,4-4,4	4,9-19,9
	10-12 лет	60,4-92,8	2,8-4,8	14,1-26,1
	13 лет	67,9-113,5	3,1-5,9	16,4-35,5
	14-15 лет	76,6-123,5	3,6-6,9	20,1-41,5
	16-35 лет	79,0-134,0	3,6-7,6	20,0-46,0
Ниже среднего	7-9 лет	меньше 33,3	меньше 1,4	меньше 4,9
	10-12 лет	меньше 60,4	меньше 2,8	меньше 14,1

продолжение таблицы 3.

Низкий и очень низкий	13 лет	меньше 56,8	меньше 2,5	меньше 12,5
	14-15 лет	меньше 54,2	меньше 2,6	меньше 13,2
	16-35 лет	меньше 59,0	меньше 2,7	меньше 14,0

Нами также был использован еще один модуль из программного комплекса (АПК) Здоровье-Экспресс, «Тест - Люшера».

Цветовой тест Люшера - проективная методика исследования личности и впервые опубликованная швейцарским психотерапевтом Максом Люшером в 1949 году. Тест Люшера по своей структуре напоминает тест цветowych пирамид Пфистера (1951), имеется также сходство с тестом Фрилинга, особенно при сопоставлении восьмицветового теста Люшера с соответствующими карточками Фрилинга. По мнению Люшера, восприятие цвета объективно и универсально, но цветовые предпочтения являются субъективными, и это различие позволяет объективно измерить субъективные состояния с помощью цветового теста.

С целью прогнозирования суицидального риска у подростков нами использовалась шкала безнадежности Бека. Данная методика была разработана и опубликована в 1961 году доктором Аароном Т. Беком и его коллегами.

Шкала безнадежности Бека (Hopelessness Scale, Beck et al.) предназначена для предсказания возможности самоубийства на основе мыслей о будущем и возлагаемых на него надежд и представляет собой 20 утверждений, которые отражают чувства, состояния, отношение к будущему и прошлому (таблица- 4).

Таблица 4. Ключ к шкале Бека.

№	Ответ	Балл	№	Ответ	Балл
01	НЕВЕРНО	1	11	ВЕРНО	1
02	ВЕРНО	1	12	ВЕРНО	1
03	НЕВЕРНО	1	13	НЕВЕРНО	1
04	ВЕРНО	1	14	ВЕРНО	1
05	НЕВЕРНО	1	15	НЕВЕРНО	1
06	НЕВЕРНО	1	16	ВЕРНО	1
07	ВЕРНО	1	17	ВЕРНО	1
08	НЕВЕРНО	1	18	ВЕРНО	1
09	ВЕРНО	1	19	НЕВЕРНО	1
10	НЕВЕРНО	1	20	ВЕРНО	1

Интерпретация:

0-3 балла – безнадежность не выявлена;

4-8 баллов – безнадежность лёгкая;

9-14 баллов – безнадёжность умеренная;
15-20 баллов – безнадёжность тяжёлая.

Испытуемым необходимо отметить ВЕРНО или НЕВЕРНО каждое утверждение по отношению к нему. Методика предъявляется в групповом режиме. С точки зрения авторов методики безнадёжность – это психологический конструкт, который лежит в основе многих психических расстройств. При разработке шкалы авторы следовали концепции, в рамках которой безнадёжность рассматривается как система негативных ожиданий относительно ближайшего и отдаленного будущего. Индивиды с высокими показателями безнадёжности верят:

- что все в их жизни будет идти не так;
- что они никогда ни в чем не преуспеют;
- что они не достигнут своих целей;
- что их худшие проблемы никогда не будут разрешены.

Такое описание безнадёжности соответствует негативному образ себя, негативному образу своего функционирования в настоящем и негативный образ будущего.

Таким образом, Шкала безнадёжности Бека измеряет выраженность негативного отношения субъекта к собственному будущему. Особую ценность данная методика представляет в качестве косвенного индикатора суицидального риска у лиц, страдающих депрессией, а также у людей, ранее уже совершавших попытки самоубийства.

При анализе полученных результатов необходимо обратить внимание на учащихся, показавших умеренную и тяжелую безнадёжность.

Для оценки уровня самооценки подростков было использована экспресс - диагностика уровня самооценки Фетискина. Данная методика прошла Российскую апробацию и в последнее десятилетие широко используются в практической деятельности психологов.

В методике предлагается 15 утверждений, по которым необходимо оценить свое состояние по 5-тибалльной шкале. Проводится в групповом режиме.

Пометки испытуемых переводятся в баллы следующим образом: «очень часто» – 4 балла; «часто» – 3 балла; «иногда» – 2 балла; «редко» – 1 балл; «никогда» – 0 баллов. Чтобы определить уровень самооценки нужно сложить все баллы, выставленные по вертикали и получить суммарный балл.

Уровни самооценки:

10 баллов и менее – завышенный уровень;

11-29 баллов – средний, нормативный уровень реалистической оценки своих возможностей.

Более 29 – заниженный уровень.

Учитывая тот факт, что заниженный уровень самооценки согласно тесту находится в диапазоне 29 – 60 баллов, предлагаем обратить особое

внимание на подростков показавших значения самооценки, находящиеся в диапазоне 40- 60 баллов.

При анализе полученных результатов необходимо обратить внимание:

- 1) на учащихся, показавших низкие значения самооценки;
- 2) на учащихся, показавших изменение самооценки (с более высокой на низкую) в сочетании с изменением социометрического статуса.

Опросник

Инструкция: По каждому из суждений теста на самооценку надо дать ответ «очень часто», «часто», «редко», или «никогда» в зависимости от того, насколько свойственны тебе мысли, описанные в тесте.

Таблица 5. Опросник к тесту по определению уровню самооценки.

№ п/п	Суждение	очень часто	часто	иногда	редко	никогда
1	Я часто волнуюсь понапрасну					
2	Мне хочется, чтобы мои друзья подбадривали меня					
3	Я боюсь выглядеть глупцом					
4	Я беспокоюсь за свое будущее					
5	Внешний вид других куда лучше, чем мой					
6	Как жаль, что многие не понимают меня					
7	Чувствую, что не умею как Следует разговаривать с людьми					
8	Люди ждут от меня очень многого					
9	Чувствую себя скованным					
10	Мне кажется, что со мной должна случиться какая-нибудь неприятность					
11	Меня волнует мысль о том, как люди относятся ко мне					
12	Я чувствую, что люди говорят обо мне за моей спиной					
13	Я не чувствую себя в безопасности					
14	Мне не с кем поделиться своими мыслями					
15	Люди не особенно интересуются моими достижениями					

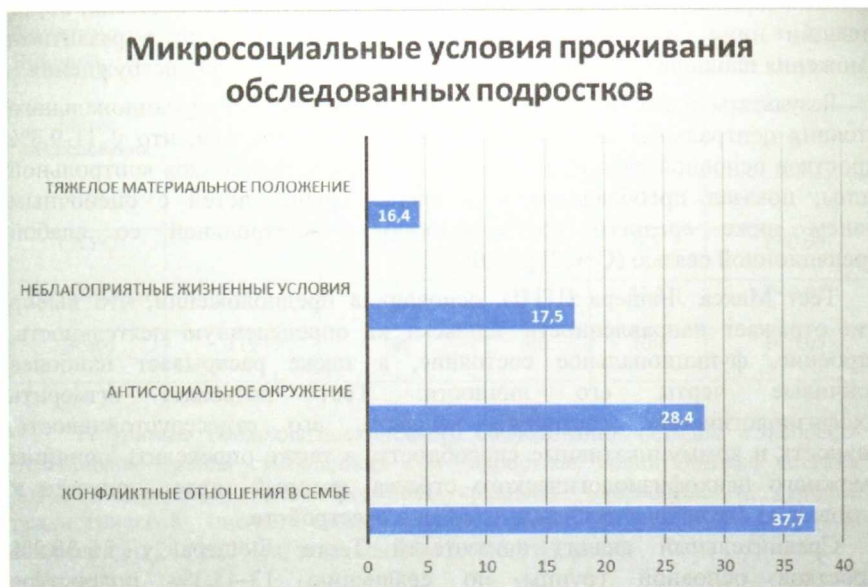
Запуск программы и хранение полученных данных осуществляется в универсальной базе данных пациентов PCNT2. Ввод данных осуществляется вручную или автоматически с компьютеризированных приборов. По мере заполнения полей в таблице исходных данных ведется расчет и заполняется таблица расчетных показателей. При этом введенные во время обследования данные автоматически сохраняются в базе данных.

Статистические методы: для оценки достоверности результатов исследования использовались методы вариационной статистики с применением таблицы Стьюдента, коэффициент сопряженности Пирсона (С) для определения связи между количественными и качественными признаками, средние показатели. При статистической обработке материала были использованы программные продукты SPSS для Windows, обладающие всеми возможностями для проведения необходимого статистического анализа.

Особенности микросредовых средовых факторов подростков воспитанников детских домов

Микросоциальные средовые факторы существенно влияют на нервно-психическое здоровье школьников. Изучение данного показателя выявило у 61-51,2% от всех обследованных подростков основной группы наличие негативных микросоциальных воздействий. Тяжелое материальное положение наблюдалось в 19-16,4% случаев, неблагоприятные жилищные условия - в 21-17,5%, конфликтные отношения в семье – 45-37,7%, антисоциальное окружение с асоциальными тенденциями – в 34 - 28,4% случаев до организации их в детские дома (рис.2).

Рисунок 2. Микросоциальные условия проживания обследованных подростков.



Особо следует отметить о выявленном у подростков основной группы антисоциальном окружении с асоциальными тенденциями, которая выражалась в невыполнении общепринятых в нравственном отношении норм поведения в обществе. В частности, это факты употребления алкоголя, наркотиков, токсикомания, хулиганство, кражи, частые драки со сверстниками, вандализм, курение в младшем школьном возрасте, а также отказ от учебы, неповиновение старшим.

Как свидетельствуют данные рис.-2, преобладающее большинство подростков, воспитанников детских домов до организации в данное образовательное учреждение проживали в семьях с конфликтными отношениями между родителями. Также следует отметить, что их образу жизни были присущи девиантные и деликвентные формы поведения с асоциальными тенденциями в антисоциальном окружении с фактами употребления алкоголя, с эпизодами токсикомании, хулиганства, мелких краж, частые вступления в драки со сверстниками, курение сигарет в младшем и среднем школьном возрасте.

Результаты сравнительного анализа психодиагностических исследований подростков

Для определения общего функционального состояния типологических особенностей проявлений нервной системы нами использовался СКУС (система контроля устойчивости стрессу). У субъектов со слабой нервной системой наблюдался высокий исходный уровень активации, увеличение эффекта реагирования быстро достигает своего предела с последующим развитием тормозного процесса. У людей с сильной нервной системой порог активации ниже, и снижение эффективного реагирования с развитием торможения наблюдается позже, им присущ эффект суммации возбуждения.

Результаты изучения и оценки показателей общего функционального состояния центральной нервной системы (СКУС) показали, что у 11-9,3% подростков основной группы по сравнению 2-6,6% подростков контрольной группы, показал преобладание в основной группе детей с оценочным уровнем ниже среднего по сравнению с контрольной со слабой корреляционной связью ($C=0,2$; $p<0,05$).

Тест Макса Люшера (ЦТЛ), основан на предположении, что выбор цвета отражает направленность человека на определенную деятельность, настроение, функциональное состояние, а также раскрывает наиболее устойчивые черты его личности. Тест позволяет измерить психофизиологическое состояние человека, его стрессоустойчивость, активность и коммуникативные способности, а также определить причины возможного психофизиологического стресса, который может привести к образованию физиологических симптомов и расстройств.

Сравнительный анализ показателей Теста Люшера у 36-30,2% подростков основной группы по сравнению 13-43,3% подростков контрольной группы, показал преобладание в контрольной группе детей с

выраженным отклонением оценочным уровнем по сравнению с основной со средней корреляционной связью ($C=0,35$; $p<0,05$), рис.3.

Рисунок 3. Сравнительный анализ показателей 2-х групп (г.Алматы и Алматинской области с группой контроля по результатам СКУС и Теста Люшера.

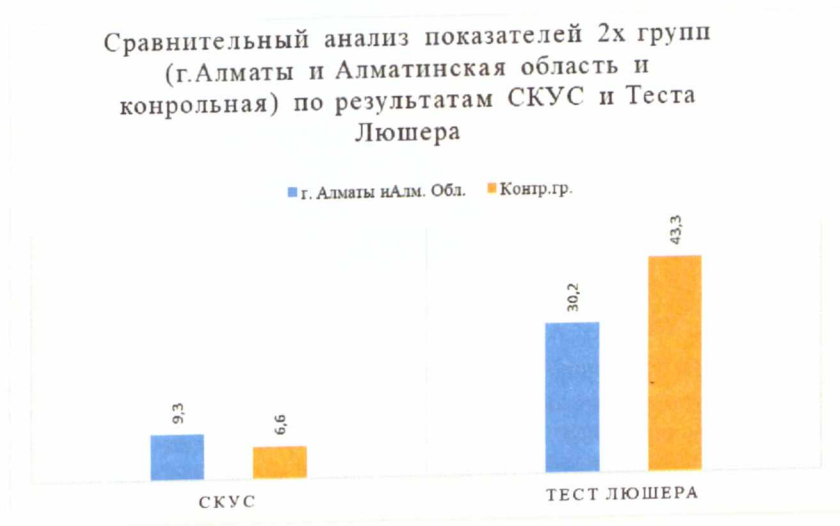


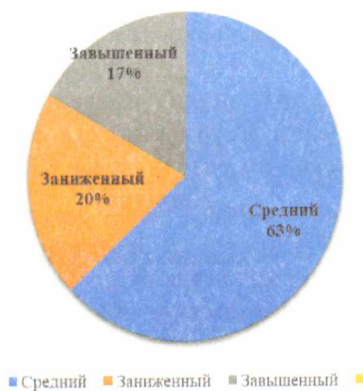
Таблица 6. Сравнительный анализ показателей 2-х групп (г. Алматы и Алматинской области) с группой контроля по результатам СКУС и Теста Люшера

Метод обследования	Группа больных				P
	г. Алматы, Алматинская обл.		Контрольная группа		
	абс.	%	абс.	%	
СКУС	11	9,3	2	6,6	$P<0,05$
Тест Люшера	36	30,2	13	43,3	$P<0,05$
Всего	119	100	30	100	$P<0,05$

Результаты психодиагностического обследования методом «Экспресс-диагностика уровня самооценки» 119 подростков, воспитанников детских домов показало, превалирование среднего- нормативного уровня реалистической оценки своих возможностей 75 (63,0%), наряду с заниженным 24 (20,2%) и завышенным 20 (16,8%), рис.4.

Рисунок-4. Показатели «Экспресс диагностики уровня самооценки»

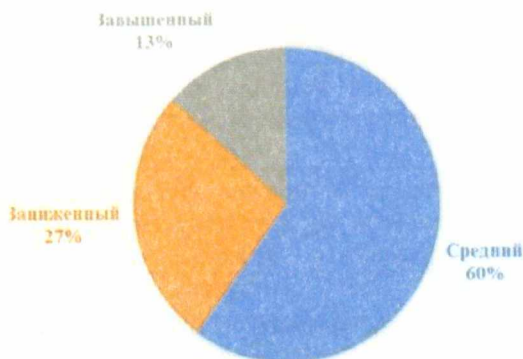
Результаты "Экспресс-диагностика уровня самооценки" подростков основной группы



Результаты психодиагностического обследования методом «Экспресс-диагностика уровня самооценки» 30 подростков, контрольной группы показало, превалирование среднего- нормативного уровня реалистической оценки своих возможностей 18 (60,0%), наряду с заниженным 8 (27 %) и завышенным 4 (13%), что указано в рисунке-5.

Рисунок 5. Результаты «Экспресс диагностики уровня самооценки» подростков контрольной группы.

Результаты "Экспресс-диагностики уровня самооценки" контрольной группы



Как видно из рисунка-5, в контрольной группе наибольшее количество составили подростки со средним уровнем самооценки 18-60%, заниженный 8-27%, 4-13% подростки с завышенным уровнем самооценки.

При сравнительном анализе данных анкетирования «Экспресс-диагностики уровня самооценки» обнаружилось достоверные статистические различия по признаку «заниженный уровень» (24-20,2% подростков основной группы и 8-26,6% подростков контрольной группы сравнения ($p < 0,05$). Межгрупповые различия по этому признаку были достоверными, а его корреляция с частотой оказалась статистически значимой и могла быть оценена в рамках средней по силе связи ($C=0,4$; $p < 0,05$), таб. -7.

Таблица 7. Сравнительный анализ показателей 2-х групп (г. Алматы и Алматинской области с группой контроля по результатам «Экспресс диагностики уровня самооценки.

Группа больных				P
г.Алматы и Алматинская обл.		Контрольная группа		
абс.	%	абс.	%	
24	27	8	20,2	$P < 0,05$

Таким образом, по результатам психодиагностического обследования «Экспресс диагностики уровня самооценки» выявлена группа подростков с заниженным уровнем самооценки, которым необходимо обратить особое внимание, так как их эмоциональный статус ниже нормы и не исключает наличие аффективных нарушений.

Результаты психодиагностического обследования с помощью шкалы безнадежности Бека 119 подростков основной группы, воспитанников детских домов показало, превалирование легкой безнадежности 63- (53,0%), наряду с не выявленной у 48-(40,3%). У 8-(6,7%) выявлена умеренная безнадежность (таблица 8).

Таблица 8. Результаты шкалы безнадежности Бека подростков основной группы.

№	Результаты шкалы Бека	% показатель	абс.число
1	Легкая	53	63
2	Не выявлено	40	48
3	Умеренная	7	8
	Итого	100	119

Результаты психодиагностического обследования с помощью шкалы безнадежности Бека 30 подростков, контрольной группы показало, превалирование легкой безнадежности 13- (43,3%), наряду с не выявленной у 11-(36,7%). У 6- (20%) выявлена умеренная безнадежность (таблица 9).

Таблица 9. Результаты «Экспресс диагностики уровня самооценки»

подростков контрольной группы.

№	Результаты шкалы Бека	% показатель	абс.число
1	Легкая	20	6
2	Не выявлено	37	11
3	Умеренная	43	13
	Итого	100	30

Сравнительный анализ данных анкетирования по шкале безнадежности Бека по признаку «умеренная безнадежность» различие показателей не достоверно (8-6,7% подростков основной группы и 6-20% контрольной группы сравнения: $p > 0,05$; (таблица-10).

Таблица 10. Сравнительный анализ показателей 2-х групп (г.Алматы и Алматинской области с группой контроля по результатам шкалы диагностики Бека.

Группа больных				p
г.Алматы и Алматинская обл.		Контрольная группа		
абс.	%	абс.	%	
8	6,7	6	20	$P > 0,05$

Как показано в таблице-10, межгрупповые различия по этому признаку были не достоверными, а его корреляция с частотой оказалась статистически не значимой и могла быть оценена в рамках слабой по силе связи ($C=0,1$; $p > 0,05$).

Следовательно, у подростков как основной группы, так и контрольной группы выявлено негативное отношение к собственному будущему, что свидетельствует о возможном наличии суицидального риска.

Таким образом, по результатам проведенных ряда психодиагностических обследований выявлена группа подростков, воспитанников детских домов и школьников общеобразовательных школ с заниженным уровнем самооценки, которым необходимо обратить особое внимание, так как их эмоциональный статус оказался ниже нормы и не исключало наличие аффективных нарушений тревожного и депрессивного содержания субклинического уровня.

Результаты клинического обследования подростков

Клиническому обследованию подвергнуты исключительно подростки детских домов и домов интернатов. Причем, подростки, выявившие по результатам психодиагностических обследований, признаки расстройств

аффективной сферы составили 71 (56,6%) из 119 (100%). Из них лица мужского пола 31(43,6%) и женского 40(56,4%). Данная выборка подростков дополнительно дообследована клинико-психопатологическим методом с целью верификации диагноза, соответствующим МКБ -10.

Из материалов медицинской документации, в нашем исследовании, поведенческие расстройства определялись при наличии у ребенка устойчивых (более 6 месяцев) разнообразных форм нарушений поведения, а также неспособностью справляться с обязанностями и требованиями, предъявляемыми в процессе воспитания, школьного, трудового обучения, с учетом, как его индивидуальных способностей, так и особенностей среды, в которой он проживает и развивается. Все подростки, воспитанники детских домов воспитывались в условиях семейной и социальной депривации. Они испытывали явный недостаток воспитательной помощи, эмоциональных стимулов, отсутствие возможности удовлетворения основных психологических потребностей, то есть с раннего возраста находились в условиях фрустрации (особенно значимой являлась материнская, а также психическая, двигательная, сенсорная, социальная). Эмоциональная депривация имела место с самого раннего возраста и была связана с неблагоприятными социальными условиями воспитания (неполноценные семьи, злоупотребление родителями алкоголя и других психоактивных веществ). Важную роль в возникновении эмоциональной депривации подростков играла специфическая недостаточность общения, в результате чего у них недостаточно развиты формы коммуникативного поведения. Как следствие этого, обследованные подростки отличались малой контактностью при сочетании с внешней расторможенностью (41,3%), навязчивостью (47,8%), эмоциональной возбудимостью (86,9%), агрессивностью (76,1%).

Клиническое обследование выборки подростков оказалось достаточно информативной так как, во всех случаях выявляны те или иные психические и поведенческие расстройства. В частности, синдромальная характеристика отличалась разнообразием и определялась наличием астено-субдепрессивного -34 – 47,8%, тревожно-невротического – 33 – 46,5%, наличием задержки психического развития -3 – 4,3% и легкой умственной отсталостью -1 – 1,4% (таблица 11).

Таблица 11. Клинико-синдромальная характеристика психических поведенческих расстройств

№	Микросоциальные средовые факторы	% показатель	абс.число
1	Астено-субдепрессивный синдром	47,8	34
2	Тревожно-невротический синдром	46,5	33
3	Наличие задержки психического развития	4,3	3

4	Легкая умственная отсталость	1,4	1
	Итого	100	71

Астено-субдепрессивный синдром 34 – 47,8% у подростков развивался постепенно в условиях неразрешимой для личности подростка хронической психотравмирующей ситуации, эмоциональной депривации. Как правило, его начальным проявлением была раздражительная слабость с чрезмерной возбудимостью по самому незначительному поводу, с легкой истощаемостью эмоциональных реакций. Подростки особых жалоб на здоровье не предъявляли. Однако их поведение характеризовалось чрезмерной возбудимостью в сочетании с повышенной утомляемостью, общей физической слабостью, не выносливостью к привычным нагрузкам, снижением работоспособности (низкая успеваемость). Наблюдалась истощаемость внимания. Легко возникали вегетативные реакции (сердцебиение, покраснение или побледнение лица, повышенное потоотделение, тремор век или вытянутых пальцев рук). В последующем у таких подростков усиливалась слезливость, более заметно снижалось настроение.

В некоторых случаях угнетенное настроение сочеталось с более выраженной вялостью, более заметной психомоторной заторможенностью.

Тревожно-невротический синдром 33 – 46,5% у подростков также развивался исподволь, и их клиническая картина определялась преобладанием на всём протяжении тревоги по любому поводу, а иногда тревоги с ипохондрическими опасениями. В их клинической структуре могли выступать расстройства невротического регистра в виде редуцированных страхов, алгических явлений. Характерно было наличие тревожных опасений за свое здоровье что, заставляло таких подростков обращаться чаще других в медпункт.

У 3-4,3% подростков выявлена задержка психического развития, обусловленная дефектом воспитания, которое имело место до организации подростков в детский дом. Задержка психического развития характеризовалась плохой успеваемостью этих детей, примитивностью и неустойчивостью эмоций, недостаточным уровнем двигательных реакций, речи, внимания, памяти, мышления. Однако, критичность подростков к имеющимся у них недостаткам сохранялась.

Лишь у 1-1,4% подростка отмечалась клиническая степень легкой умственной отсталости с присущей ей конкретностью мышления, с трудностями выполнения заданий на отвлечение и обобщения понятий, с недоступностью понятийных операций метафор и пословиц, отсутствием критики.

Таким образом, выборочное клиническое обследование подростков показало высокую клиническую ценность и выявило наличие депрессивных расстройств различной клинической структуры укладывающейся в рамки

пограничной психиатрии. Следовательно, с данным контингентом обследованных необходимо проведение психо-коррекционных и психопрофилактических работ у специалиста, врача-психиатра.

Психо-коррекция и профилактика аффективных нарушений и превенция суицида подростков, воспитанников детских домов

Предлагаемая психокоррекционная и психопрофилактическая программа будет направлена на профилактику аффективных нарушений и предотвращение случаев суицида среди подростков, воспитанников детских домов и домов интернатов. Следовательно, психокоррекционные и психопрофилактические мероприятия должны служить формированию адекватной самооценки у подростков, устранению уровня дезадаптации (коррекция и тренинги), выявлению причин суицидального риска (анкетирование, диагностика), психологическое консультирование (педагоги, дети).

Психологи-консультанты должны:

- 1) предоставлять информацию педагогам о программе по предотвращению самоубийств;
- 2) обучать педагогов, а также учащихся умению определять суицидальное поведение и дать информацию о том, как и где найти помощь;
- 3) обучать посредством тренинга умению проявлять эмпатию, умению активно слушать тех, которым может понадобиться помощь.

Участникам воспитательного процесса в образовательных учреждениях необходимо проводить профилактическую работу, направленную на стабилизацию провокационных ситуаций для суицида среди учащихся. Для осуществления данной цели необходимо создание благоприятного социально — психологического климата в учреждении. В связи с этим педагоги (совместно с школьными психологами, школьными врачами) должны:

1. Осуществлять психологическое консультирование подростков с целью выявления суицидального риска.
2. Предоставлять информацию педагогам о программе по предотвращению самоубийств;
3. Обучить педагогов, если имеются родителей или близких (опекунов), а также самих учащихся умению определять суицидальное поведение подростков и дать информацию о том, как и где, найти помощь;
4. Проводить профилактическую работу, направленную на стабилизацию провокационных ситуаций для суицида среди учащихся, создание благоприятного социально — психологического климата в учреждении.
5. Обучить посредством тренинга умению проявлять эмпатию, умению активно слушать тех, которым может понадобиться помощь.
6. Формировать адекватную самооценку и устранение дезадаптивного

поведения у подростков.

Поскольку причинами суицидов являются также и нарушения межличностных отношений в учебных учреждениях, необходимо принять меры по:

- 1) формированию коллективов с нормализацией стиля общения педагогов с учащимися;
- 2) оптимизации учебной деятельности учащихся;
- 3) вовлечению учащихся в социально значимые виды деятельности;
- 4) формированию установок у учащихся на самореализацию в социально-одобряемых сферах жизнедеятельности (культуре, спорте, искусстве, науке и др.).

Взаимоотношения с учащимися должны строиться на основе уважения и убеждения в спокойном, доброжелательном тоне общения.

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

Классные руководители и кураторы являются организаторами жизни и деятельности учебных коллективов и координаторами воспитательного процесса, поэтому они играют значимую роль для своевременного выявления предупреждения суицидальных проявлений.

Таким образом, перспективная программа профилактики суицида в данных учреждениях должна включать в себя:

1. Раннее выявление учащихся с высоким фактором риска суицида и своевременное направление таких подростков к специалистам.

2. Подготовка преподавателей и старших школьников-активистов. Она способствует повышению уровня информированности о факторах риска и помогает распознавать предупреждающие признаки суицида, информирует о соответствующих центрах поддержки и полезной информации.

3. Проверка учащихся на наличие у них факторов риска суицида и психических заболеваний (скрининг риска суицида), а также своевременное направление выявленных подростков к специалистам в области психического здоровья. Она включает в себя опрос учащихся специалистами с помощью тестирования, которое состоит из перечня вопросов об их отношении и поведении, связанными с факторами риска суицида, предупреждающими признаками, а также системами поддержки. Программа представляет собой инструмент для оценки уровня риска для каждого ребенка.

4. Повышение уровня знаний о депрессии и суициде, изменение отношения к депрессии и суициду подростков 13-17 лет, а также поддержка обращения за помощью. Образовательная программа включает в себя показ дискуссии видео-показы фильмов о распознавании тревожных признаков депрессии и суицида у других и реагировании соответствующим образом на такие признаки, на мероприятиях как правило участвуют сотрудники учебных учреждений и представители заинтересованных общественных организаций.

5. Снижение суицидального поведения и связанных с ним факторов риска путем повышения личной и социальной полезности.

6. Снижение риска суицида, тяжести симптомов депрессии и наркозависимости путем повышение навыков самоконтроля, управления настроением и решения проблем учащимися из группы риска.

7. Школьным психологам создать тренинговую школу по обучению учащихся навыкам повышения самооценки, принятий правильных решений, самоконтроля и позитивного межличностного общения. Помогать обучающимся в группе риска в развитии навыков нахождения равновесия, повышения успеваемости в школе. Программа включает с акцентом на повышение самооценки, принятие решений, самоконтроль и межличностное общение.

8. Контроль за первыми признаками злоупотребления психоактивными веществами и эмоционального стресса, а также повышение защитных факторов с вовлечением подростков в здоровую социальную и учебную деятельность.

9. Развитие Антикризисного плана школы, который готовит преподавателей и сотрудников учебных учреждений, к выявлению учащихся с риском суицида и реагированию на это, а также к надлежащему реагированию на суицид, когда он действительно произошел.

Программа исполняется не только педагогами, школьными психологами, но и школьными врачами, общественными организациями, родителями или с близкими подростка (если они имеются). Дополнительный эффект программы отмечен в укреплении сплоченности и солидарности в рамках учебного учреждения.

Организованная таким образом работа позволит осуществлять социальную и психологическую защиту подростков, снизить количество лиц с девиантным поведением и избежать суицидальных попыток.

ДИДАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

ПРОГРАММА ПРЕВЕНТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Содержание работы	Сроки	Ответственный
Выявление и реабилитация несовершеннолетних и их семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.	В течение года	Школьный психолог Школьный врач Педагог
Составление базы данных о социально-неблагополучных семьях.	Сентябрь	Школьный психолог Школьный врач Педагог
Проведение индивидуальных профилактических мероприятий с семьями социального риска.	В течение года	Школьный психолог Педагог
Проведение выездного рейда «Поддержка» по семьям учащихся группы риска.	Ежемесячно	Школьный психолог Педагог
Проведение выездного рейда «Каникулы»	Каникулярное время	Школьный психолог Педагог
Заседание Совета профилактики	Один раз в четверть	Школьный психолог Школьный врач Педагог
Организация работы с педагогами по профилактике профессионального выгорания.	В течение года	Школьный психолог Школьный врач
Повышение психолого-педагогической компетенции всех участников УВП по вопросам суицидологии.	В течение года	Школьный психолог Педагог Психиатр-суицидолог
Семинары для учащихся		
Психологические классные часы: «Как научиться жить без драки» (3 кл.) «Я – уникальная и неповторимая личность» (5-6 кл, цель: формирование позитивного отношения к другим людям (толерантности), «Мир глазами агрессивного	В течение года (по запросу)	Школьный психолог Педагог

<p>человека» (8 класс, Подростки XXI века. Психолого-педагогическая работа в кризисных ситуациях: 8-9 классы)</p> <p>«Подросток и конфликты» (8-9 класс, Подростки XXI века. Психолого-педагогическая работа в кризисных ситуациях: 8-9классы.)</p> <p>Курение, алкоголь, степень вреда»;</p>		<p>Медицинский психолог ВОП</p>
<p>Правовые классные часы:</p> <p>«Уголовная и административная ответственность несовершеннолетних» (7-9 классы);</p> <p>«Права и обязанности учащихся » (5-7 классы);</p> <p>«Умей сказать «нет»» (5-9 классы);</p> <p>«Вредные и полезные привычки» (5-9 классы)</p>	<p>В течение года (по запросу)</p>	<p>Педагог Юрист</p> <p>Школьный психолог</p> <p>Школьный врач</p>
<p>Формирование у учащихся позитивного образа Я (через уроки психологии)</p>	<p>В течение года</p>	<p>Школьный психолог</p>
<p>Коммуникативный мини-тренинг «Сердце» (1 класс; цель: снятие тревоги первых дней и месяцев школьной жизни, смягчение процесса адаптации</p>	<p>Сентябрь</p>	<p>Школьный психолог Школьный врач Педагог</p>
<p>Занятие «У нас новенький!» (2-4 класс, цель: организация взаимодействия между детьми для знакомства и принятия нового ученика коллективом класса,</p>	<p>Сентябрь</p>	<p>Школьный психолог Педагог</p>
<p>Игра «Две планеты» для учащихся 5-х классов (цель: обучение позитивному восприятию себя и другого человека,</p>	<p>Октябрь</p>	<p>Школьный психолог Педагог</p>
<p>Игра «Друзья» для учащихся 2-3 классов (цель: развитие эмпатии, понимания другого, обучение сотрудничеству</p>	<p>Октябрь</p>	<p>Школьный психолог Педагог</p>
<p>Акция «Письмо матери» (цель: гармонизация детско-родительских отношений</p>	<p>Ноябрь</p>	<p>Школьный психолог Педагог</p>
<p>Тренинг «Быть уверенным – это здорово!» (цель: формирование навыков уверенного поведения и умения противостоять давлению, 9 класс.</p>	<p>В течение года</p>	<p>Школьный Психолог Педагог</p>

Психолого-педагогическая поддержка выпускников в период подготовки к экзаменам	Март-апрель	Школьный Психолог Педагог
Педагоги		
Цикл занятий из Программы повышения эмоциональной устойчивости педагога	Один раз в месяц в течение года	Школьный психолог
Информирование педагогов по теме «Возрастные психолого-педагогические особенности подростков»	Сентябрь	Школьный психолог Школьный врач
Информирование педагогов по теме «Причины подросткового суицида. Роль взрослых в оказании помощи подросткам в кризисных ситуациях»	В течение года	Психиатр-суицидолог Школьный психолог Школьный врач
Семинар классных руководителей «Причины и формы проявления невротических расстройств у современных старшеклассников»	В течение года	Мед. психолог Психиатр-суицидолог Психиатр Психотерапевт Школьный врач
Семинар классных руководителей «Психологический климат в классе»	В течение года	Школьный психолог
Родители		
Родительские собрания, лектории: «Возрастные психолого-педагогические особенности (младший школьник, подросток)»; «Профилактика жестокого обращения с детьми» «Наши ошибки в воспитании детей»; «Причины подросткового суицида. Роль взрослых в оказании помощи подросткам в кризисных ситуациях»; «Родители меня не понимают или как услышать подростка»; «Профилактика самовольных уходов» «Родительская любовь»; «Серьезный мир несерьезных подростков»; «Про «Это...» (подростковая сексуальность);	По плану, по запросу	Школьный психолог Школьный врач Врач-психоневролог детский Психиатр-суицидолог Юрист Педагог

<p>«Доброе начало, или как помочь первокласснику адаптироваться к школе»;</p> <p>«Понять. Простить. Принять»;</p> <p>«Школьная травля, как один из подводных камней школьной жизни»;</p> <p>«Ваш ребенок—пятиклассник»;</p> <p>«Родители и дети – поиски взаимопонимания»;</p> <p>«Правовые основы семейного воспитания: права и обязанности родителей и детей»;</p> <p>«Давайте будем учиться вместе со своими детьми»</p>		
---	--	--

Диагностика

Учащиеся

Исследование психоэмоционального статуса с помощью АПК «Здоровье-Экспресс»	Ежегодно	Мед.психолог
Исследование социального статуса	Ежегодно	Педагог
Исследование уровня адаптации (1, 5, 10 классы)	Ежегодно	Психолог
Исследование уровня тревожности (шкала депрессии Бека, оценка уровня самооценки по Фетискину).	Ежегодно	Мед.психолог Психолог
Определение личностных отклонений подросткового возраста: ПДО по А. Е. Личко, Опросник Басса-Дарки, Диагностика предрасположенности личности к конфликтному общению.	По запросу	Мед.психолог Психолог
Определение склонности к девиантному поведению	По запросу	детский психиатр школьный психолог психолог
Методика экспресс-диагностики суицидального риска «Сигнал»	По запросу	Школьный психолог Мед психолог Психиатр-суицидолог

Родители		
<p>Выявление сферы проблем и ресурсов в отношениях между родителями и детьми:</p> <p>Анализ семейного воспитания (Э. Г. Эйдемиллер),</p> <p>«Сенсорные предпочтения» (Н. Л. Васильева),</p> <p>Экспресс-диагностика семейного состояния (Р. В. Овчарова),</p> <p>«Подростки о родителях» (модификация «ADOR» Шафера),</p> <p>«Родительская тревожность» (А. М. Прихожан)</p> <p>PARI (измерение родительских установок и реакций)</p>	<p>По запросу</p>	<p>Школьный психолог</p>

ПРОГРАММА ПРЕВЕНТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ СРЕДНИХ СПЕЦИАЛЬНЫХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Содержание работы	Сроки	Ответственный
Выявление и реабилитация подростков и их семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.	В течение года	Психолог Педагог
Составление базы данных о социально-неблагополучных семьях.	Сентябрь	Психолог Педагог
Оказание психологической помощи в учебе учащихся с низкой успеваемостью	Ежемесячно	Психолог Педагог
Проведение индивидуальных профилактических мероприятий с семьями социального риска.	В течение года	Психолог Педагог
Проведение выездного рейда «Поддержка» по семьям учащихся группы риска.	Ежемесячно	Психолог Педагог
Проведение выездного рейда «Каникулы»	Каникулярное время	Психолог Педагог
Заседание Совета профилактики	Один раз в четверть	Психолог Педагог
Организация работы с педагогами по профилактике профессионального выгорания.	В течение года	Психолог
Повышение психолого-педагогической компетенции всех участников УВП по вопросам суицидологии.	В течение года	Психолог Педагог
Семинары для учащихся		
<p>Психологические классные часы:</p> <p>«Я – уникальная и неповторимая личность» цель: формирование позитивного отношения к другим людям (толерантности)</p> <p>«Мир глазами агрессивного человека»</p> <p>«Подросток и конфликты»</p> <p>«Проблема отцов и детей в современном обществе»</p> <p>«Расскажи мне обо мне»</p> <p>«Стресс в жизни человека. Способы борьбы со стрессом»</p>	В течение года (по запросу)	Мед. психолог, Педагог ВОП

«Способы саморегуляции эмоционального состояния» «Курение, алкоголь, степень вреда»;		
Правовые классные часы: «Уголовная и административная ответственность несовершеннолетних»; «Права и обязанности учащихся»; «Умей сказать «нет»»; «Вредные и полезные привычки»	В течение года (по запросу)	Педагог, Юрист Психолог
Формирование у учащихся позитивного образа Я	В течение года	Психолог
Коммуникативный мини-тренинг «Сердце» (1 курс; цель: снятие тревоги первых дней и месяцев студенческой жизни, смягчение процесса адаптации)	Сентябрь	Психолог Мед.психолог
Игра «Две планеты» (цель: обучение позитивному восприятию себя и другого человека,	Октябрь	Психолог
Игра «Друзья» (цель: развитие эмпатии, понимания другого, обучение сотрудничеству)	Октябрь	Психолог
Акция «Письмо матери» (цель: гармонизация детско-родительских отношений)	Ноябрь	Психолог
Игра «В чем смысл жизни?»	В течение года	Психолог
Тренинг «Быть уверенным – это здорово!» (цель: формирование навыков уверенного поведения и умения противостоять давлению)	В течение года	Психолог
Психолого-педагогическая поддержка выпускников в период подготовки к выпускным экзаменам	Март-апрель	Психолог Педагог
Педагоги		
Цикл занятий из Программы повышения эмоциональной устойчивости педагога	Один раз в месяц в течение года	Психолог
Оказание помощи учителям и другим работникам в преодолении стресса на рабочих местах	В течение года	Мед.психолог Психолог
Информирование педагогов по теме	Сентябрь	Педагог

«Возрастные психолого-педагогические особенности подростков»		Психолог
Информирование педагогов по теме «Причины подросткового суицида. Роль взрослых в оказании помощи подросткам в кризисных ситуациях»	В течение года	Психиатр-суицидолог Мед психолог
Семинар классных руководителей «Причины и формы проявления невротических расстройств у современных старшекласников»	В течение года	Психиатр Психолог
Семинар классных руководителей «Психологический климат в классе»	В течение года	Психолог
Родители		
Родительские собрания, лектории: «Возрастные психолого-педагогические особенности (младший школьник, подросток)»; «Наши ошибки в воспитании детей»; «Причины подросткового суицида. Роль взрослых в оказании помощи подросткам в кризисных ситуациях»; «Родители меня не понимают или как услышать подростка»; «Родительская любовь»; «Серьезный мир несерьезных подростков»; «Про «Это»...» (подростковая сексуальность); «Понять. Простить. Принять»; «О любви – взрослые и дети»; «Школьная травля, как один из подводных камней школьной жизни»; «Родители и дети – поиски взаимопонимания»; «Правовые основы семейного воспитания: права и обязанности родителей и детей»;	По плану, по запросу	Психолог Психиатр-суицидолог Юрист Медицинский психолог
Диагностика		
Учащиеся		
Исследование психоземotionalного статуса с помощью АПК «Здоровье-Экспресс».	Ежегодно	Мед.психолог

Исследование социального статуса	Ежегодно	Педагог
Исследование уровня адаптации	Ежегодно	Психолог
Исследование уровня тревожности (шкала депрессии Бека, оценка уровня самооценки по Фетискину).	Ежегодно	Мед.психолог
Определение личностных отклонений подросткового возраста: ПДО по А. Е. Личко, Опросник Басса-Дарки, Диагностика предрасположенности личности к конфликтному общению.	По запросу	Мед.психолог Психолог
Определение склонности к девиантному поведению	По запросу	Мед.психолог Психолог
Методика экспресс-диагностики суицидального риска «Сигнал»	По запросу	Психиатр- суицидолог Мед.психолог

Родители

Выявление сферы проблем и ресурсов в отношениях между родителями и детьми: Анализ семейного воспитания (Э. Г. Эйдемиллер), «Сенсорные предпочтения» (Н. Л. Васильева), Экспресс-диагностика семейного состояния (Р. В. Овчарова), «Подростки о родителях» (модификация «ADOR» Шафера), «Родительская тревожность» (А. М. Прихожан) PARI (измерение родительских установок и реакций)	По запросу	Психолог
--	------------	----------

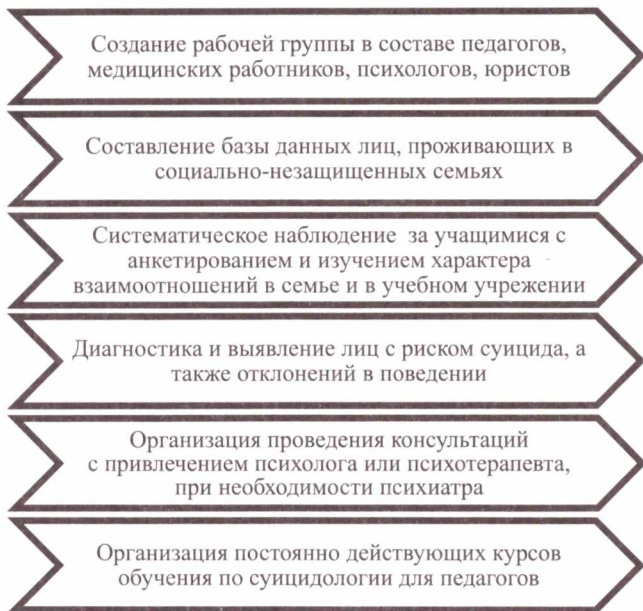
Деятельность по профилактике суицидального поведения в средних специальных образовательных учреждениях будет наиболее эффективной, если:

воспитательный процесс будет строиться на основе своевременного мониторинга психического состояния учащихся владения технологией предупреждения и корректировки суицидального поведения;

осуществляется координация воспитательной деятельности семьи, педагогов, психологов, инспекторов по делам несовершеннолетних, представителей общественных Советов, медработников в предупреждении суицида учащихся (социальное партнерство);

организуется повышение теоретической и методической готовности кураторов к работе по предупреждению суицидального поведения учащихся, совершенствование их деятельности на основе программы «Предупреждение суицидального поведения лиц подросткового возраста и молодежи».

Программа мероприятий по превенции суицидов в данных учебных заведениях должна быть представлена из следующих последовательных действий:



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема профилактики самоубийств чрезвычайно сложна. Для ее решения необходимы профессиональные знания и опыт.

Аутодеструктивные тенденции могут возникать у человека рано, оказывая влияние на его развитие на разных возрастных этапах. Свойственные переходному возрасту фиксация на собственном «Я», склонность к самоанализу, переоценке ценностей, увлечение проблемами смысла жизни, поиск своего места в ней вместе с бескомпромиссностью, однозначностью оценки, большим влиянием эмоций по существу делают подростков и юношей группой повышенного риска в отношении трудных, с их точки зрения, ситуаций путем самоубийства. Данные возрастные особенности необходимо знать и помнить в интересах решения важной задачи - предупреждения самоубийств у детей и подростков.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ И РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Бережковская Е. Чем и как увлекаются подростки // Школьный психолог, 2005, №1.
2. Борщевицкая Л. Психологический час “Как научиться жить без драки” // Школьный психолог, 2006, №10.
3. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. – М.: Миклош, 2008.
4. Галушина Э., Комарова О. Игра для подростков “В чем смысл жизни” // Школьный психолог, 2005, №5.
5. Джайнакбаев Н.Т., Ешимбетова С.З., Жолдыбаева Ж.С. Психодиагностические и клинические критерии суицидального риска у подростков и меры профилактики (по материалам г.Алматы). КазМУНО// 1. Наука о жизни и здоровье. №1. - 2020. -С.23-31.
6. Евграфова Т. У нас новенький!// Школьный психолог, 2005, №20.
7. Ешимбетова С.З., Харабара Г.И. Реализация стратегии по предупреждению суицидов в Республике Узбекистан на 2010-2020 годы (методическое пособие), 2011.-78 стр.
8. Ешимбетова С.З., Рахменшеев С.К., Адильханова К.А. К вопросу улучшения эффективности и качества психиатрической помощи населению. Материалы научно-практической конференции 2-го съезда психиатров Узбекистана с международным участием «Актуальные вопросы психиатрии: интеграция, инновация модернизация». —Ташкент. 30 мая, 2019.-С.34.
9. Иванова В. Сердце// Школьный психолог, 2004, №17.
10. Кузнецов Д. Демобилизирующая тревожность: некоторые причины и формы проявления невротических расстройств у современных старшеклассников // Школьный психолог, 2005, №2.
11. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование. Работа с кризисными и проблемными ситуациями. - М., 2002.
12. Меморандум о взаимопонимании и сотрудничестве между комитетом по охране прав детей Министерства образования и науки Республики Казахстан, Негосударственным учреждением образования «Казахстанско-Российский медицинский университет», общественным фондом «Асар-Береке» и корпоративным фондом «Гуманитарный фонд «Дегдар». -2018. - 4 стр.
13. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения (для врачей общей практики, терапевтов, педиатров, неврологов и других врачей лечебного профиля). Методическое пособие. Учреждение-разработчик: Белорусская медицинская

- академия последипломного образования. Авторы: К.м.н, доцент Ласый Е.В. Минск, 2009.
14. Программа профилактики суицидального поведения обучающихся с использованием многоуровневой модели суицидальной превенции 2013-2014 учебный год. «Средняя общеобразовательная школа с. Цингалы», 2013г.
 15. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). – М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010.
 16. Превенция самоубийств. Руководство для врачей общего профиля. Одесса, 2004.
 17. Синягин Ю.В., Синягина Н.Ю.. Детский суицид. Психологический взгляд. КАРО, С – П, 2006. – 176 с.
 18. Смагина Л.И., Чернявская А.С. Суицидальное поведение подростков и факторы суицидального риска // Социальная работа. – 2006. - № 9-10.
 19. Суицидальное поведение у детей и подростков: факторы риска и защиты. Методические рекомендации для педиатров, неврологов, психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, педагогов, социальных работников и других специалистов, работающих с детьми. Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Тюменская государственная медицинская академия» Минздрава России. Тюмень – 2013.
 20. Стишенок И. Друзья // Школьный психолог, 2010, №19.
 21. Стишенок И. Две планеты // Школьный психолог, 2010, №20.
 22. Слебова А. Профилактика конфликтных ситуаций и борьба с ними // Школьный психолог, 2004, №40, 41, 42.
 23. Стебенева Н, Королева Н. Программа психолого-педагогических мероприятий для выпускников в период подготовки к ЕГЭ «Путь к успеху»// Школьный психолог, 2008, №14.
 24. Тимашова Л. Открытка от одиночества // Школьный психолог, 2003, №39.
 25. Фоминова А. Как улучшить настроения. Изучение способов саморегуляции эмоционального состояния. Школьный психолог, 2006, №2.
 26. Фесенко Н, Олейко Н. Акция «Письмо матери»// Школьный психолог, 2008, №16.
 27. Фалькович Т. А., Высоцкая Н. В., Толстоухова Н. С. Подростки XXI века. Психолого-педагогическая работа в кризисных ситуациях: 8-11 классы. – М.: ВАКО, 2006. – 256 с. – (Педагогика. Психология. Управление).
 28. Фетискин Н.П. и др. «Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп» – М.,2002, 344 с.
 29. American Association of Suicidology. (2011). National suicide

- statistics: 2011 Data - Rates, numbers, and rankings of each state. Retrieved from <http://www.suicidology.org/resources/facts-statistics>.
30. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism the hopelessness scale. *J. Consult Clin Psychology*. -1974; 42:861-5.
31. Drapeau, C. W. & McIntosh, J. L., for American Association of Suicidology. (2015, January 22). U.S.A. suicide: 2013 Official final data. Retrieved from http://opi.mt.gov/pdf/Health/SuicideAware/13US_SuicideRates.pdf Archived 2017-05-26 at the Wayback Machine
32. Drexler, M. (2017). Guns and suicide: The hidden toll. *Harvard Public Health*. Retrieved from https://www.hsph.harvard.edu/magazine/magazine_article/guns-suicide/.
33. Spirito, A., Overholser, J. (2003). Evaluating and treating adolescent suicide attempters: From research to practice (Practical resources for the mental health professional). Amsterdam: Academic Press, p. 1.
34. Clay, R. A. (2014). "Reducing rural suicide". *APA Monitor*. 45(4): 36.
35. Cross, T. L. (2013). *Suicide among gifted children and adolescents: Understanding the suicidal mind*. Waco, TX: Prufrock Press.

