

Министерство здравоохранения Республики Беларусь  
Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ) в Республике Беларусь

**ИССЛЕДОВАНИЕ  
ПРОБЛЕМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ  
И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ  
ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ  
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

**КРАТКИЙ ОТЧЕТ**



## МИНСК 2019

### СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ .....	3
ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ .....	4
ВВЕДЕНИЕ .....	7
ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ .....	7
ЦЕЛЕВЫЕ ГРУППЫ .....	8
МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	8
ОБЗОР СИТУАЦИИ ПО ВОПРОСАМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В БЕЛАРУСИ .....	8
ДЕЙСТВУЮЩАЯ СИСТЕМА ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ .....	9
<i>Национальное законодательство, регулирующее правоотношения в области защиты психического здоровья и предупреждения суицидов среди несовершеннолетних .....</i>	<i>9</i>
<i>Потенциал учреждений здравоохранения по выявлению и учету психических расстройств и суицидов, оказанию помощи детям и подросткам в кризисных состояниях .....</i>	<i>11</i>
<i>Потенциал учреждений образования по осуществлению ранней диагностики и оказанию помощи детям и подросткам, оказавшимся в кризисной ситуации или пережившим сильное стрессовое воздействие .....</i>	<i>12</i>
<i>Экспертные оценки возможностей и ограничений национальной системы охраны психического здоровья детей и подростков, обусловленных существующими правовыми и институциональными рамками .....</i>	<i>14</i>
ВЫБОРКА ДЛЯ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ЭТАПА ИССЛЕДОВАНИЯ .....	16
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	16
<i>Демографические данные .....</i>	<i>16</i>
<i>Отношения подростков с родителями .....</i>	<i>16</i>
<i>Отношения подростков с учителями/преподавателями .....</i>	<i>17</i>
<i>Отношения с одноклассниками .....</i>	<i>17</i>
<i>Употребление алкоголя и наркотиков .....</i>	<i>18</i>
<i>Социальная поддержка .....</i>	<i>18</i>
<i>Оценка состояния здоровья .....</i>	<i>18</i>
<i>Информация, знания и услуги в сфере охраны психического здоровья и преодоления кризисных ситуаций .....</i>	<i>19</i>
<i>Депрессивная симптоматика .....</i>	<i>19</i>
<i>Суицидальные мысли .....</i>	<i>21</i>
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	23
РЕКОМЕНДАЦИИ .....	26
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 .....	28
ПРИЛОЖЕНИЕ 2 .....	29
ПРИЛОЖЕНИЕ 3 .....	30
ПРИЛОЖЕНИЕ 4 .....	36
ПРИЛОЖЕНИЕ 5 .....	38
ПРИЛОЖЕНИЕ 6 .....	42

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АС	Анкеты самооценки
БЕЛСТАТ	Национальный статистический комитет Республики Беларусь
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ЕС	Европейский Союз
КПИ	Конвенция ООН о правах инвалидов
КПР	Конвенция о правах ребенка
КПТ	Когнитивно-поведенческая терапия
МКБ-10	Международная классификация болезней-10
Минздрав	Министерство здравоохранения
Минобр	Министерство образования
МТС	Межличностная теория самоубийств
НПД	Национальный план действий
НПО	Неправительственная организация
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПСП	Психическое здоровье подростков
СНСД	Страны с низким и средним уровнем дохода
СПЦ	Социально-педагогический центр
СППС	Социально-педагогическая и психологическая служба
ТЗ	Техническое задание
ФГ	Фокус-группа
ЦДП	Центр, дружественный подросткам
ЦУР	Цели устойчивого развития
ЮНДАФ	Рамочная программа Организации Объединённых Наций по оказанию помощи в целях развития
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮНФПА	Фонд народонаселения ООН

## ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

### Депрессивная симптоматика

1. По результатам исследования 18,2%<sup>1</sup> подростков и молодежи (14-19 лет)<sup>2</sup> имели депрессивную симптоматику от легкой до тяжелой степени выраженности по шкале Бека. Этот показатель соответствует данным в других европейских странах, где распространенность депрессивной симптоматики среди подростков по данным самооценок составила от 7,1% to 19,4% (7,1% Венгрия, 7,6% Австрия, 7,6% Румыния, 7,9% Эстония, 8,5% Ирландия, 8,6% Испания, 9,2% Италия, 11,4% Словения, 12,9% Германия, 15,4% Франция, 19,4% Израиль) (Balazs, J., Miklosi, M., et al, 2012)<sup>3</sup>.
2. Подростки с проблемами личностной и ситуационной тревожности имели гораздо более высокие (соответственно в 2,38 и 8,42 раза) шансы развития депрессивной симптоматики по сравнению с теми, у кого не было таких проблем. Это близко данным зарубежных исследований, показывающих, что у подростков с проблемами тревожности вероятность развития депрессии в 1,12-3,5 раза выше (Jacobson & Newman, 2017)<sup>4</sup>.
3. «Напряженные» отношения с отцами и развод родителей делают шансы развития депрессивной симптоматики у подростков в Беларуси соответственно в 2,68 и 1,52 раза выше. Предыдущие исследования также обнаружили сильную взаимосвязь детско-родительских отношений и депрессии. Мета-анализ, в ходе которого был сделан обзор 50 исследований показал, что «теплые» отношения между родителями и подростками снижали депрессивную симптоматику с достоверной вероятностью (Yap & Jorm, 2015)<sup>5</sup>.

### Суицидальные мысли

4. 26,1%<sup>6</sup> подростков и молодых людей, участвовавших в исследовании, сообщили, что у них были мысли о самоубийстве в течение их жизни (из них 18,0% задумывались об этом однажды и 8,1% имели такие мысли неоднократно), и 18,5%, сообщивших о суицидальных мыслях, пытались покончить жизнь самоубийством в прошлом (4,8% выборки). На наличие суицидальных мыслей за последнюю неделю указали 13,8% подростков, из которых подавляющее большинство (10,4%) сообщили, что, несмотря на мысли о самоубийстве, они этого не сделают. Согласно исследованию ВОЗ, суицидальные мысли среди подростков варьировались от 15,0% (Армения) до 43,8% (Латвия) со средним значением 30,8% в 17 европейских странах (OECD / EU, 2018)<sup>7</sup>.
5. Отношения с родителями, особенно с отцом, были значимыми факторами, влияющими на суицидальное поведение подростков. Например, шансы подростков обоего пола, имевших «напряженные» отношения с отцом, иметь мысли о самоубийстве, были в 2,16 раза выше, чем шансы тех, кто имел «теплые» отношения с отцом. А для подростков

<sup>1</sup> Ошибка выборки составляет  $\pm 1,2\%$  для 95% доверительного интервала.

<sup>2</sup> Термин «дети» относится ко всем детям младше 18 лет в соответствии с Конвенцией о правах ребенка. ООН определяет подростков как лиц в возрасте 10–19 лет, а молодежь – в возрасте 15–24 лет.

<sup>3</sup> Balazs, J., Miklosi, M., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., ... Wasserman, D (2012) P-259- Prevalence of Adolescent Depression in Europe, *European Psychiatry*, 27 (1)).

<sup>4</sup> Jacobson, N. C., & Newman, M. G. (2017). Anxiety and depression as bidirectional risk factors for one another: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull*, 143(11), 1155-1200.

<sup>5</sup> Yap, M. B., & Jorm, A. F. (2015). Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 175, 424-440.

<sup>6</sup> Ошибка выборки составляет  $\pm 1,4\%$  для 95% доверительного интервала.

<sup>7</sup> OECD/EU. (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Retrieved from Paris/EU, Brussels

мужского пола, шансы были в 3,81 раза выше. Мета-анализ, в котором был проведен обзор 58 публикаций, также подтверждает, что теплые отношения с родителями, значительно снижали суицидальные мысли у подростков (Kim & Lee, 2009)<sup>8</sup>.

6. Депрессивная симптоматика и тревожность были значимыми факторами, которые приводили к развитию суицидальных мыслей у подростков. Шансы подростков с депрессивной симптоматикой-иметь мысли о самоубийстве были в 3,59 раза выше, чем у тех, у кого не было таких симптомов. Шансы подростков, сообщивших о «высоком уровне» ситуативной тревожности, иметь суицидальные мысли были в 2,26 раз выше, чем у подростков, сообщивших о «низких» уровнях ситуативной тревожности. Шансы подростков с «высоким» уровнем личностной тревожности иметь суицидальные мысли были в 2,25 раз выше, чем у подростков с «нормальными» уровнями личностной тревожности. Мета-анализ, в котором были рассмотрены 42 статьи, показал, что шансы подростков с проблемами тревожности иметь суицидальные мысли были в 3,08 раза выше, чем у тех, у кого проблем с тревожностью не было. Исследование, в котором проводился обзор 357 исследований, опубликованных в период между 1971 и 2014 годами, показало, что у подростков с депрессивной симптоматикой вероятность суицидальных мыслей была в 2,48 выше (Ribeiro, Huang, Fox & Franklin, 2018)<sup>9</sup>.
7. Физическое и психологическое насилие также значимым образом влияли на возникновение суицидальных мыслей у подростков. Шансы подростков, которые подвергались физическому насилию, иметь суицидальные мысли, были в 1,80 раза выше, чем шансы подростков, у которых этого не было. Шансы подростков, которые испытали «словесные и эмоциональные оскорбления», иметь мысли о самоубийстве, были в 1,62 раза выше, чем у тех, кто не испытывал «словесных и эмоциональных оскорблений». Результаты мета-анализа показали, что шансы на наличие суицидальных мыслей у подростков, подвергшихся психологическому насилию, были в 2,33 раза выше, а физическому насилию – в 1,54 раза выше (Liu et al., 2017)<sup>10</sup>.

### **Законодательная база и институциональный потенциал**

8. Белорусское законодательство в целом способно обеспечить потребности общества в формировании психически здоровой личности ребенка. Вместе с тем необходимо дальнейшее совершенствование нормативной базы с целью расширения полномочий врачей первичного звена по вопросам оказания медицинской помощи в связи с психическими расстройствами (буллинг, тревожно-депрессивные расстройства, синдром горя при потере близкого человека и др)<sup>11</sup>, а также повышения эффективности межведомственного взаимодействия между Министерством образования, Министерства здравоохранения и иными заинтересованными органами государственного управления, учреждениями и организациями по вопросам психического здоровья подростков и молодежи. Страны ОЭСР, в частности Финляндия, все больше вкладывают средства в разработку межсекторальных подходов, направленных на повышение психического

---

<sup>8</sup> Kim, B. Y., & Lee, C. S. (2009). A Meta-Analysis of Variables Related to Suicidal Ideation in Adolescents. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 39(5), 651-661

<sup>9</sup> Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., & Franklin, J. C. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *Br J Psychiatry*, 212(5), 279-286

<sup>10</sup> Liu, J., Fang, Y., Gong, J., Cui, X., Meng, T., Xiao, B., . . . Luo, X. (2017). Associations between suicidal behavior and childhood abuse and neglect: A meta-analysis. *J Affect Disord*, 220, 147-155

<sup>11</sup> <http://bit.ly/2VTulmC>

благополучия, и их опыт заслуживает изучения (OECD, 2015; Nordic Welfare Center, 2016)<sup>12</sup>.

9. Вопросы организации и качества оказания психологической и психотерапевтической помощи рассматривались при проведении интервью с экспертами в сфере психического здоровья и на фокус-группах с родителями подростков. В отношении оказания помощи в сфере охраны психического здоровья подростков эксперты акцентировали внимание на следующих трудностях: 1. не хватает подготовленных специалистов; 2. нет эффективных программ обучения и повышения квалификации для специалистов; 3. должностные обязанности школьных психологов охватывают спектр деятельности, выходящий за рамки их профессиональных компетенций; 4. высокий уровень стигмы в обществе, связанный с психическими расстройствами. Родители также указали на отсутствие квалифицированных специалистов по вопросам оказания психологической и психотерапевтической помощи, особенно в небольших городах и сельской местности.

### **Знания и навыки подростков и родителей по вопросам психического здоровья**

10. Уровень информированности и знаний подростков по вопросам психического здоровья недостаточен. Подросткам не хватает информации о правильном поведении с людьми, имеющими проблемы психического здоровья, о признаках, формах и методах профилактики кризисных состояний, а также видах оказываемой помощи и куда можно обратиться в случае кризисной ситуации или развития депрессивной симптоматики.
11. Большинство родителей сообщили, что они способны распознать признаки депрессии у подростков. Вместе с тем они сказали, что не видят необходимости в психологических услугах, когда дети находятся в депрессии, в основном по причине отсутствия знаний по видам оказываемой помощи и компетентных специалистов для оказания таких услуг.

### **Стигма в отношении психических расстройств у подростков**

12. В обществе существует высокий уровень стигмы, связанный с психическими расстройствами детей и подростков, особенно среди родителей, что препятствует обращению за психологической и психотерапевтической помощью. Родители указали, что они беспокоятся о том, что их дети будут выделены, что их медицинская информация окажется раскрыта школам и что они будут на контроле в течение всей их жизни. Кроме того, существуют проблемы, касающиеся обеспечения конфиденциальности пациентов и надёжного хранения медицинской документации. Среди подростков уровень стигмы в отношении сверстников, страдающих психическими расстройствами, был значительно ниже, чем в отношении сверстников, употребляющих наркотики, находящихся в конфликте с законом, имеющим ВИЧ положительный статус и нетрадиционную сексуальную ориентацию. Большинство подростков ответили, что они не будут возражать против дружеских отношений с одноклассником, который находится на лечении по вопросам психического здоровья.

### **Мониторинг состояния психического здоровья подростков**

13. Образовательные учреждения ежегодно отслеживают психологическое состояние подростков, но методология данного мониторинга требует валидации с целью повышения эффективности системы мониторинга состояния психического здоровья

---

<sup>12</sup> <https://www.fafu.no/index.php/zoo-publikasjoner/fafu-rapporter/item/nordic-0-24-collaboration-on-improved-services-to-vulnerable-children-and-young-people>, p.80-82

подростков и молодежи (кризисные ситуации, суицидальные мысли и попытки). Данные мониторинга могут использоваться специалистами Минздрава, Минобра и иными заинтересованными государственными органами, учреждениям и организациями для оценки ситуации и адекватности предпринимаемых мер и оказываемых услуг.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Исследование «Исследование проблем психического здоровья и суицидального поведения подростков в Беларуси» выполнялось в рамках приоритетов страновой программы ЮНИСЕФ и Республики Беларусь на 2016–2020 годы, Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность» (пункт 19 подпрограммы «Профилактика и контроль неинфекционных заболеваний»), плана сотрудничества ЮНИСЕФ и Министерства здравоохранения Республики Беларусь на 2018 год (пункт 3.1.1) и решения Национальной комиссии по правам ребенка (протокол №2 от 23 ноября 2017 года, пункт 3.4), а также при технической, экспертной и финансовой поддержке Представительства Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Республике Беларусь.

Основным национальным исполнителем исследования был ГУО «Институт бизнеса Белорусского государственного университета». Для обеспечения качества анализа и обработки полученных данных, разработки значимых выводов и рекомендаций были привлечены национальные эксперты (директор Института психологии УО «Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка», сотрудники кафедры психологии БГУ и кафедры психологии и педагогического мастерства ГУО «Республиканский институт высшей школы», Главный внештатный детский психиатр Министерства здравоохранения Республики Беларусь), а также международный эксперт – г-жа Сара Даваасамбу, доктор социологии, руководитель группы социологов Городского Университета г. Нью-Йорка. (Приложение 1: список исполнителей и экспертов).

## **ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ**

Цель – разработка научно-обоснованных рекомендаций по совершенствованию системы охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения подростков в части повышения эффективности информирования общественности в целом и различных целевых групп о проблемах психического здоровья и профилактики суицидов, повышения квалификации специалистов и качества услуг.

Задачи исследования (Приложение 2) были сфокусированы на изучении и анализе ситуации в области психического здоровья и психо-социального благополучия подростков, определении возможностей и ограничений национальной системы оказания помощи детям и подросткам, оказавшимся в кризисной ситуации; изучении основных психологических и социальных факторов, детерминирующих, а также препятствующих развитию кризисных состояний у подростков; определении основных потребностей, а также каналов получения информации о проблемах психического здоровья подростками и родителями (законными представителями); определении уровня знаний подростков и родителей (законных представителей) по вопросам психического здоровья; выявлении отношения и сложившихся стереотипов подростков, родителей и специалистов к психическим болезням и людям с психическими расстройствами; а также на разработке научно-обоснованных рекомендаций по совершенствованию системы охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения подростков, включая создание благоприятной и

поддерживающей среды для подростков, повышение информированности населения, квалификации специалистов и качества оказываемой помощи.

## **ЦЕЛЕВЫЕ ГРУППЫ**

Исходя из цели и задач исследования были определены **целевые группы**:

- Подростки и молодежь в возрасте 14-19 лет, обучающиеся в различных типах учреждений образования, включая уязвимые и маргинализированные группы.
- Родители/законные представители подростков.
- Эксперты, включая лиц, принимающих решения, и специалистов, оказывающих помощь подросткам, находящимся в кризисных состояниях.

## **МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Методология исследования (Приложение 3) включала проведение следующих видов работ:

- кабинетное исследование: проведение анализа данных подростковой заболеваемости и смертности, системы организации оказания помощи подросткам в кризисных ситуациях, законодательной базы, включая подготовку письменных обзоров, и разработка программы полевого исследования;
- количественное исследование: проведение анкетного опроса 3600 подростков и молодежи в возрасте 14-19 лет, обучающихся в различных типах учреждений образования;
- качественное исследование: проведение 10 неформализованных интервью с экспертами; 4 фокусированных групповых интервью с родителями/законными представителями подростков в возрасте 14-19 лет (7-10 человек в каждой группе);
- описание и анализ 17 историй подростков (14-18 лет), находящихся под наблюдением специалистов в наркологическом и психиатрическом диспансерах г. Минска, а также получающих помощь в центрах социально-педагогической и психологической помощи;
- анализ полученных данных, разработка выводов, рекомендаций и подготовка отчета.

## **ОБЗОР СИТУАЦИИ ПО ВОПРОСАМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В БЕЛАРУСИ**

В 2018 году в Республике Беларусь отмечено снижение **показателя первичной и общей заболеваемости психическими расстройствами в детской популяции**. Показатель первичной заболеваемости в 2018 году (15305 человек или 822,0 на 100 тыс. детского населения) снизился на 5% по отношению к 2017 году (15892 или 855,2 на 100 тыс. детского населения). Показатель общей заболеваемости в 2018 году (67929 человек или 3632,5 на 100 тыс. детского населения) снизился на 7% по отношению к 2017 году (72853 ребенка или 3934,66 на 100 тыс. детского населения<sup>13</sup>)

Несмотря на снижение первичной и общей заболеваемости **показатель инвалидности, вызванной психическими расстройствами**, постепенно растет. В 2018 году были признаны инвалидами 739 детей (в 2017 году – 648). Относительный показатель составил 3,98 против 3,53 на 10 тыс. детского населения в 2017 году. Темп прироста – 12,7%. Показатель общей инвалидности составил 30,7 на 10 тыс. детского населения или 5726 человек (2017 год – 27,7 на 10 тыс. детского населения или 5321 человек). Показатель

---

<sup>13</sup> Согласно данным Государственной статистической отчетности Форма 1-психиатрия (Минздрав).



2018 года в % к 2017 году составил 110,8 % (БЕЛСТАТ, 2018)<sup>14</sup>. Это связано, прежде всего, с улучшением качества диагностики, изменением подходов к критериям ограничения жизнедеятельности и своевременным направлением пациентов на МРЭК.

Отмечается **повышение эффективности выявляемости парасуицидов** среди подростков. Всего в 2018 году было зарегистрировано 347 (18,61 на 100 тыс. детского населения) попыток самоубийства среди подростков, что на 14% больше, чем в 2017 году (298 случаев, 16,1 на 100 тыс. детского населения) и на 30% больше, чем в 2016 году (244 случая, 13,4 на 100 тыс. детского населения). Из зарегистрированных в 2018 году попыток самоубийства 267 случаев (77 %) были предприняты подростками женского пола и 80 (23%) – подростками мужского пола (БЕЛСТАТ, 2018)<sup>15</sup>.

Среди способов совершения суицидальной попытки преобладают отравления – 117 (33,7 %) (2017 г. и 2016 г. – по 124 случая) и самоповреждения – 187 (54,3 %) (2017 г. – 150, 2016 г. – 90 случаев). Суицидальная активность несовершеннолетних характеризуется волнообразными изменениями – подъемами и спадами (2015 г. – 18 случаев или 1,0 на 100 тыс.; 2016 г. – 29 случаев или 1,6 на 100 тыс.; 2017 г. – 18 случаев или 0,97 на 100 тыс.). В 2018 году отмечен рост суицидов в республике среди несовершеннолетних до 28 случаев или 1,5 на 100 тыс. детского населения.

Данные показатели говорят о необходимости продолжения повышения эффективности работы по выявлению парасуицидов среди несовершеннолетних специалистами различных ведомств.

## **ДЕЙСТВУЮЩАЯ СИСТЕМА ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

*Национальное законодательство, регулирующее правоотношения в области защиты психического здоровья и предупреждения суицидов среди несовершеннолетних*

Закон Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи» в редакции от 01 июля 2010 г. № 153-З. Настоящий Закон направлен на определение правовых и организационных основ оказания психологической помощи в целях обеспечения прав и законных интересов граждан при ее получении. В соответствии со статьей 15 психологи обязаны информировать законных представителей несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, о психологических проблемах несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, при которых существует вероятность совершения ими суицидальных действий. Предоставление такой информации не является разглашением профессиональной тайны. Психологическая помощь исключительно на безвозмездной основе оказывается несовершеннолетним в случаях, предусмотренных частью второй статьи 18 настоящего Закона. Психологическая помощь гражданину оказывается с его согласия, а несовершеннолетним в возрасте до четырнадцати лет – также с согласия одного из законных представителей, за исключением случаев, предусмотренных частью второй настоящей статьи. При оказании психологической помощи несовершеннолетним в возрасте до четырнадцати лет согласия законных представителей не требуется: при установлении фактов жестокого обращения, физического, психического, сексуального насилия в

<sup>14</sup> БЕЛСТАТ. (2018). Дети и молодежь в Республике Беларусь, 2018. Минск, Беларусь  
[http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/publications/izdania/public\\_compilation/index\\_10763/](http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/publications/izdania/public_compilation/index_10763/)

<sup>15</sup> БЕЛСТАТ. (2018). Дети и молодежь в Республике Беларусь, 2018. Минск, Беларусь  
[http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/publications/izdania/public\\_compilation/index\\_10763/](http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/publications/izdania/public_compilation/index_10763/)

отношении несовершеннолетнего; в случае признания несовершеннолетнего находящимся в социально опасном положении, в том числе нуждающимся в государственной защите; при оказании психологической помощи в виде психологического просвещения и психологической профилактики в учреждениях образования и организациях здравоохранения; в случае принудительного оказания медицинской помощи несовершеннолетним, страдающим психическими и поведенческими расстройствами, в государственных учреждениях здравоохранения; несовершеннолетним, оказавшимся в чрезвычайной ситуации природного и техногенного характера; несовершеннолетним, находящимся в специальных лечебно-воспитательных учреждениях, специальных учебно-воспитательных учреждениях; при обращении несовершеннолетнего за оказанием психологической помощи анонимно.

Закон Республики Беларусь от 07.01.2012 №349-З "Об оказании психиатрической помощи" с изменениями и дополнениями на 1 января 2014 года. Настоящий Закон направлен на определение правовых и организационных основ государственного регулирования в области оказания психиатрической помощи и обеспечение прав граждан при ее оказании. Несовершеннолетнему пациенту в возрасте до четырнадцати лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается в порядке, установленном настоящим Законом, с письменного согласия законного представителя. Психиатрическое освидетельствование, если иное не установлено настоящим Законом, проводится с согласия пациента, а несовершеннолетнего пациента в возрасте до четырнадцати лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, - с согласия его законного представителя. Несовершеннолетний пациент в возрасте до четырнадцати лет, а также лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, госпитализируются в психиатрический стационар с согласия законного представителя.

Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь на 2016–2020 годы» приоритетное место отводит подпрограмме «Семья и детство», задачами которой являются: совершенствование системы охраны здоровья матери и ребенка; развитие системы поддержки семей с детьми и улучшение условий их жизнедеятельности, укрепление института семьи; обеспечение прав и законных интересов детей. Для реализации поставленных задач предусмотрены такие мероприятия, как проведение комплексного исследования по установлению распространенности суицидального поведения среди детей и подростков, причин и факторов риска такого поведения; разработка и внедрение инновационных технологий и форм профилактики противоправного поведения несовершеннолетних путем развития новых видов досуга детей и молодежи.

Правительством Республики Беларусь утвержден Национальный план действий по улучшению положения детей и охране их прав на 2017–2021 годы. Национальный план включает следующие мероприятия: разработка и реализация комплекса мер по профилактике кризисных состояний и суицидального поведения несовершеннолетних; разработка и внедрение алгоритма и инструментов скрининга несовершеннолетних для выявления группы с потенциально высоким риском аддиктивного и суицидального поведения и ежегодное тестирование учащихся; включение информации о формах и методах помощи детям с суицидальными наклонностями в программы подготовки, переподготовки, повышения квалификации, размещение данной информации на Национальном образовательном портале, проведение обучающих семинаров; создание и

внедрение программ обучения несовершеннолетних правилам безопасного поведения в интернет-пространстве, программ профилактики интернет-зависимости, предупреждения рисков вовлечения детей в противоправную деятельность; создание социальной рекламы, направленной на профилактику травматизма, суицидальных действий несовершеннолетних, и ее последующее размещение в теле- и радиоэфире, на билбордах; обеспечение развития доступных инновационных форм и методов оказания помощи несовершеннолетним, попавшим в трудную жизненную или кризисную ситуацию, включая консультирование в режиме онлайн.

В «Комплексе мер по профилактике суицидального поведения населения Республики Беларусь на 2015–2019 годы» предусмотрены меры, касающиеся детей и подростков: организация выявления несовершеннолетних, склонных к суицидальному поведению, с учетом их личностных особенностей, модели поведения, признаков дисфункции и нестабильности семьи, негативных жизненных событий; проведение информационно-образовательных акций среди учащихся с целью повышения осведомленности в вопросах, связанных с психическим здоровьем и др.

В январе 2019 г. была введена уголовная ответственность за пропаганду самоубийства, то есть умышленное распространение в любой форме информации в целях возбуждения у индивидуально неопределенного круга лиц решимости совершить самоубийство. Также существует уголовная ответственность за доведение до самоубийства и склонение к самоубийству с лишения свободы на срок до 5 лет.

В целях укрепления межведомственного взаимодействия Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Министерства образования Республики Беларусь и Министерства внутренних дел Республики Беларусь от 15 января 2019 г. № 7/5/13 утверждена «Инструкция о порядке действий работников учреждений образования, здравоохранения и сотрудников органов внутренних дел при выявлении факторов риска суицидальных действий у несовершеннолетних».

Таким образом, белорусское законодательство в целом способно обеспечить потребности общества в формировании психически здоровой личности ребенка. Но при этом, несомненно, является актуальным дальнейшее развитие и совершенствование правового обеспечения оказания психологической и психиатрической помощи населению, с учетом постоянного и тщательного анализа всех его компонентов.

### ***Потенциал учреждений здравоохранения по выявлению и учету психических расстройств и суицидов, оказанию помощи детям и подросткам в кризисных состояниях***

Структура службы охраны психического здоровья детей и подростков (далее – службы) на современном этапе представлена учреждениями здравоохранения стационарного и амбулаторного типа.

Амбулаторный этап – это диспансеры с их структурными подразделениями (психиатрические, психотерапевтические отделения, отделения дневного пребывания, психологическая лаборатория, служба «телефона доверия»). Основная работа специалистов службы, работающих с детьми и подростками, приходится именно на амбулаторный этап.

Для обслуживания детского населения в амбулаторных условиях в республике введено 118,75 штатных должностей врачей-психиатров-наркологов; число занятых должностей – 114,75 (97 %). Должности заняты 79 врачами-специалистами. В остальных случаях специализированная помощь в отсутствии отдельно выделенного детского приема

оказывается врачами-психиатрами-наркологами, которые оказывают помощь как детскому, так и взрослому населению.

Для оказания стационарной помощи детскому населению в республике развернуто 345 коек, из них 30 коек реабилитационных. В 2018 году стационарная помощь была оказана 5787 детям из них 1957 детям возрастной группы 15–17 лет; в 2017 году – 5549 детям из них 1784 детям в возрасте 15–17 лет.

Специалистами службы охраны психического здоровья детей и подростков во всех регионах публики проводится работа по предупреждению суицидального поведения у детей. Профилактические мероприятия (лекции, беседы, семинары, “школы здоровья” и т.д.) направлены на формирование здорового образа жизни, укрепление психического здоровья несовершеннолетних, повышение доступа к психологической помощи, профилактику потребления психоактивных веществ и рискованного поведения детей. Проводится обучение родителей вопросам профилактики суицидального поведения у несовершеннолетних, помощи детям в кризисных ситуациях. Особое внимание уделяется в этой работе детям из групп риска – находящимся в социально неблагополучной ситуации, перенесшим травму или жестокое обращение, оказавшихся в сложной жизненной ситуации. Непосредственно индивидуальная работа врачами-специалистами проводится с несовершеннолетними, совершившими суицидальную попытку. Основными условиями успешности профилактической работы являются ее комплексность, последовательность, преемственность и своевременность.

С 1 декабря 2017 г. на базу учреждения здравоохранения «Городской клинический детский психиатрический диспансер» г. Минска переведена «Детская телефонная линия 8-801-100-1611», которая с 2014 года функционировала на базе РНПЦ «Психического здоровья».

В рамках внутриведомственного взаимодействия на постоянной основе во всех регионах республики специалистами службы охраны психического здоровья проводится обучение медицинских работников первичного звена (общелечебной сети) вопросам выявления суицидальной настроенности у детей. На сайтах организаций здравоохранения освещаются вопросы профилактики суицидов с указанием служб помощи и телефонов доверия. Проводится подробный анализ каждого случая суицида у детей с выяснением причин, факторов, методов совершения суицида, оценкой социальной адаптации и семейной ситуации и т.д.

Большое внимание уделяется вопросам межведомственного взаимодействия. Силами врачей-специалистов и психологов организаций здравоохранения, оказывающих психиатрическую помощь, проводится обучение специалистов школ и средних специальных заведений по вопросам выявления суицидальной настроенности у детей и подростков.

***Потенциал учреждений образования по осуществлению ранней диагностики и оказанию помощи детям и подросткам, оказавшимся в кризисной ситуации или пережившим сильное стрессовое воздействие***

Современная структура психологической службы системы образования в Республике Беларусь включает: научно-методический центр по практической психологии при Министерстве образования; центры психологической помощи при областном управлении образования или при местных органах власти; районные кабинеты психологической службы в соответствующем управлении образования; практических психологов, работающих в образовательных учреждениях. Подготовка педагогов-психологов осуществляется рядом вузов Республики Беларусь. Студенты БГПУ

им. М. Танка изучают дисциплины «Введение в суицидологию», «Кризисная психология». Повышение квалификации и переподготовку педагогических кадров в республике осуществляют 17 учреждений дополнительного образования взрослых.

Учреждения образования Республики Беларусь укомплектованы специалистами социально-педагогической и психологической службы (СППС). В учреждениях образования организованы кабинеты СППС, включающие в себя различные рабочие зоны и материальную базу для осуществления диагностики, коррекции, просвещения.

В помощь педагогическим работникам и специалистам учреждений образования разработано и издано пособие «Профилактика юношеского суицида», «Методические рекомендации по организации работы по профилактике суицидального поведения обучающихся и вовлечения детей и подростков в активные деструктивные сообщества и игры».

В рамках межведомственного взаимодействия по вопросам профилактики, диагностики и коррекции кризисных состояний у детей и подростков учреждениями образования при проведении информационно-просветительской работы привлекаются сотрудники органов внутренних дел, специалисты организаций здравоохранения для освещения вопросов оказания помощи подросткам, находящимся в состоянии острого кризиса<sup>16</sup>.

Психодиагностика проводится в начале каждого учебного года, а также при поступлении информации о каждом несовершеннолетнем, склонном к суицидальному поведению, совершившем суицидальную попытку, вовлеченном в деструктивные Интернет-сообщества, и направлена на выявление факторов риска, провоцирующих суицидальные наклонности, на своевременное выявление учащихся, имеющих измененное психоэмоциональное состояние, склонных к суицидо-опасному поведению.

Ежегодно с 10 сентября по 10 октября в учреждениях образования Республики Беларусь проводится месячник профилактики суицидов.

Проведение первичной профилактики предусмотрено на протяжении всего учебного года. Она предназначена для всех обучающихся, направлена на воспитание позитивно ориентированной личности, формирование культуры здорового образа жизни, ценностных ориентаций, укрепление психического здоровья несовершеннолетних, формирование у них навыков конструктивного взаимодействия с окружающими, развитие коммуникативных способностей. Вторичная профилактика включает в себя проведение индивидуальных и групповых занятий с обучающимися, имеющими высокий суицидальный риск, направленных на обучение социальным и поведенческим навыкам, снятию эмоционального напряжения, развитию фрустрационной толерантности и др. Важным является проведение обучающих тренингов для педагогов и родителей по повышению компетентности в области распознавания маркеров суицидального риска, путей действия в кризисных ситуациях.

В то же время, эффективность проводимой учреждениями образования работы нельзя считать достаточной, в том числе по следующим причинам:

- 1) Отсутствуют данные мониторинга в области психического здоровья подростков, на основании которых возможно разработать эффективные профилактические и коррекционные программы.
- 2) Отсутствует единая эффективная стратегия/программа, направленная на укрепление психического здоровья подростков и профилактику суицидального риска.

---

<sup>16</sup> В 2017 г. внедрен в практику работы учреждений образования «Алгоритм действий работников учреждений образования, здравоохранения и органов внутренних дел при выявлении несовершеннолетних, склонных к суицидо-опасному поведению». – второй раз об этом пишем

- 3) Недостаточно методических пособий для педагогов, направленных на укрепление психического здоровья подростков и профилактику суицида.
- 4) Неэффективное взаимодействие учреждения образования с семьей обучающегося по вопросам повышения компетентности в сфере позитивного родительства в целом и укрепления психического здоровья подростков в частности.
- 5) При подготовке кадров недостаточно внимания уделяется вопросам суицидологии, психического здоровья и психологического благополучия подростков.
- 6) Алгоритм межведомственного взаимодействия недостаточно эффективен в точке обращения законного представителя и самого обучающегося в учреждение здравоохранения. Этому способствует стигматизация проблемы суицида в белорусском обществе.

***Экспертные оценки возможностей и ограничений национальной системы охраны психического здоровья детей и подростков, обусловленных существующими правовыми и институциональными рамками***

Экспертные оценки, осуществленные в ходе исследования, позволили выделить и оценить сильные и слабые стороны системы охраны психического здоровья детей и подростков в нашей стране. На основании экспертных интервью был выполнен SWOT-анализ. Его результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. SWOT-анализ состояния и перспектив развития системы охраны психического здоровья детей и подростков в Беларуси

Strengths (сильные стороны)	Weaknesses (слабые стороны)
<p>1. Наличие материально-технической базы для профилактической работы в системе образования (учреждения образования, социально-педагогические центры)</p> <p>2. Наличие материально-технической базы для оказания психологической помощи в системе здравоохранения (РНПЦ психического здоровья, психоневрологические диспансеры, специализированные кабинеты и комнаты, дружественные подросткам)</p> <p>3. Наличие медицинских кадров с соответствующей специализацией</p> <p>4. Наличие бесплатных услуг по диагностике и оказанию помощи лицам с психическими расстройствами, что делает ее финансово доступной, в т.ч. для подростков, находящихся в социально опасном положении</p> <p>5. Межведомственный характер профилактики, выявления и оказания помощи подросткам категории «СОП» и лицам, столкнувшимся с проблемой зависимости; наличие четкого алгоритма и жесткая</p>	<p>1. Недостаточная эффективность работы такого звена, как школьные психологи (низкая квалификация и компетентность в вопросах диагностики и оказания помощи, неэффективная система подготовки и повышения квалификации; не доработан механизм проведения диагностики в учреждениях образования)</p> <p>2. Низкая укомплектованность медицинских учреждений узкопрофильными специалистами (психиатрами, психологами, неврологами) особенно в малых населенных пунктах</p> <p>3. Существующие нарушения выполнения требований нормативных правовых актов</p> <p>4. Недостаточная работа с родственниками пациентов, которые имеют психическое заболевание или проблемы с психическим здоровьем.</p>

регламентация обязанностей, ответственности и взаимодействия специалистов 6. Наличие бесплатных анонимных круглосуточных телефонов доверия (национальных, областных)	
Opportunities (возможности)	Threats (угрозы)
<p>1. Наличие законодательной базы (Закон об оказании психологической помощи, Закон об оказании психиатрической помощи и другие нормативные акты, методические рекомендации)</p> <p>2. Наличие общественных организаций и инициатив, направленных на решение проблем людей с психическими заболеваниями и их семей</p> <p>3. Наличие ряда современных научных исследований по проблемам подростковых девиаций, результаты которых иногда учитываются при планировании и разработке мероприятий по охране здоровья подростков</p> <p>4. Наличие психологов, которые ведут частную практику с людьми с психическими заболеваниями и их семьями и при этом не ставят на учет; их высокая заинтересованность в обучении и повышении квалификации</p>	<p>1. Недостаточное межведомственное взаимодействие, в том числе в рамках полномочий и взаимодействия медицинских и социальных служб по вопросам оказания помощи лицам с психическими расстройствами.</p> <p>3. Низкий уровень доходов населения и финансовая недоступность платных услуг.</p> <p>4. Недостаток официальных данных о ситуации в области психического здоровья подростков и молодежи.</p> <p>5. Высокая степень стигматизации проблемы и недоверие к системе психологической и психиатрической помощи</p>

Цитаты из экспертных интервью по вопросам системы охраны психического здоровья см. в Приложении 4.

Таким образом, необходимо обозначить следующие направления работы по повышению эффективности охраны и укрепления психического здоровья в нашей стране:

1) Повысить эффективность работы школьной социально-педагогической службы за счет подготовки специалистов по вопросам психического здоровья подростков, ранней диагностики и оказания помощи подросткам в кризисных состояниях, профилактики суицидального поведения.

2) Пересмотреть программы подготовки и повысить уровень знаний специалистов первичной медицинской помощи по вопросам ранней диагностики и оказания помощи подросткам в кризисных состояниях, профилактики суицидального поведения.

3) Повысить эффективность межведомственного взаимодействия в том числе в рамках полномочий и взаимодействий медицинских и социальных служб по вопросам оказания помощи лицам с психическими расстройствами.

4) Регулярно проводить работу с родственниками людей, которые имеют психическое заболевание или проблемы с психическим здоровьем.

6) Проводить информационные кампании, направленные на преодоление высокой степени стигматизации и недоверия к системе психологической и психиатрической помощи.

## **ВЫБОРКА ДЛЯ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ЭТАПА ИССЛЕДОВАНИЯ**

Для данного исследования была использована многоступенчатая стратифицированная выборка (Приложение 3). Выборка была сделана пропорционально количеству подростков в возрасте 14-19 лет, обучающихся в различных типах учреждений образования.

46,1% подростков, которые принимали участие в исследовании, были из городов с населением свыше 300 тысяч человек, далее 11,2% – из городов с населением 100-299 тысяч человек, 6,8% – из городов с населением 50-99 тысяч человек, 11,2% – из городов с населением из 20-49 тысяч, 16,2% – из городов с населением до 20 тысяч и 8,5% были набраны из сельской местности.

46,8% подростков были учениками 9,10 и 11 классов средней школы, 20,1% – высших учебных заведений, 19,4% – средне-специальных учебных заведений и 13,8% профессионально-технических учебных заведений.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### *Демографические данные*

Всего в самостоятельном анкетировании приняли участие 3600 подростков, 54,3 % из них – девушки. Возраст респондентов: чуть более 21% – 17 лет, далее, 20,3% – 15 лет, 19,8% – 16 лет, 19% – 18 лет, 10% – 14 и 19 лет.

По структуре семьи преобладают полные семьи (80,9%), в то же время 4% подростков живут без мамы, а 21,4% – без отца.

В целом уровень образования матерей респондентов несколько выше, чем отцов. В большинстве случаев родители респондентов работают полный рабочий день (72,4% матерей и 63,3 % отцов).

По показателю «материальное положение семьи» были выделены следующие группы: малообеспеченные семьи (11,2%), среднеобеспеченные семьи (76,1%), обеспеченные семьи (12,7%). Более половины подростков (54,8%) отметили, что за последние 2-3 года материальное положение их семьи улучшилось, 29,7% – не изменилось, 15,5% – ухудшилось.

### *Отношения подростков с родителями*

Почти две трети респондентов (72,6 %) отметили, что у них иногда случаются конфликты с родителями, часто конфликтуют с родителями 6,9 %, никогда – 18,8 %. Больше число подростков имели конфликты с отцами, чем с матерями. 44% подростков сообщили, что за последние годы отношения с родителями изменились к лучшему, а 50% указали на то, что в отношениях не было никаких изменений.

Конфликты возникают по разным причинам: недовольство родителей тем, что дети мало помогают по хозяйству (35%), увлечения молодых людей, способ проводить свободное время (20,7%), родители стремятся полностью контролировать жизнь ребенка (18,2%), плохая успеваемость детей, пропуск занятий (15%), непочтительное отношение к родителям (13,1%), поздние возвращения домой (11,5%), дружба с ребятами, которые не нравятся родителям (9,3%), нехватка денег в семье (4,1%), по другим различным причинам (10,3%). О серьезности конфликтов с родителями в некоторых семьях говорит тот факт, что 6,5% респондентов не ночевали дома из-за ссор с родителями.

Несмотря на то, что конфликты с родителями иногда случаются, большинство подростков отмечали внимательное, доверительное и заботливое отношение родителей, в



том числе 95,2% со стороны матери и 86,4% со стороны отца. Подростки указали на то, матери знали больше об их друзьях, деятельности, интересах, чем отцы.

#### ***Отношения подростков с учителями/преподавателями***

Более половины подростков (61%), принявших участие в исследовании, указали, что у них практически никогда не бывает конфликтов с учителями/преподавателями, 35% отметили, что конфликты с учителями/преподавателями у них возникают иногда и около 4% респондентов сообщили, что у них часто бывают конфликты с учителями/преподавателями. Почти три четверти респондентов (72%) отметили, что большинство работников учреждений образования относятся к ним с уважением; 23% опрошенных подростков оценили отношения с учителями как прохладные; 3% – как сложные, напряженные.

#### ***Отношения с одноклассниками***

Ровно половина подростков (50%) сообщили, что в том или ином виде у них «иногда» возникали конфликты с одноклассниками, в то время как почти 45% сказали, что у них практически не было никаких конфликтов со сверстниками.

Кроме того, подростков спросили, как бы они поступили, если бы узнали, что их одноклассник/одногоруппник имеет какие-либо особенности (таблица 2):

Таблица 2. Распределение ответов о контактах со сверстниками с особенностями или из уязвимых групп\*

		Продолжат отношения как раньше		Ограничат общение		Прекратят все отношения/общение	
		N	%	N	%	N	%
1	Физические особенности	3356	93,2	78	2,2	26	0,7
2	Проблемы с психическим здоровьем	2442	67,8	724	<b>20,1</b>	87	2,4
3	Из неблагополучной семьи	3104	86,2	280	7,8	47	1,3
4	Сирота	3326	92,4	105	2,9	33	0,9
5	<b>ВИЧ-положительный статус</b>	1508	41,9	983	<b>27,3</b>	437	<b>12,1</b>
6	<b>Нетрадиционная сексуальная ориентация</b>	1709	47,5	629	<b>17,5</b>	824	<b>22,9</b>
7	<b>Употребление наркотиков</b>	533	14,8	1010	<b>28,1</b>	1685	<b>46,8</b>
8	<b>Конфликт с законом</b>	842	23,4	1256	<b>34,9</b>	1046	<b>29,1</b>

\* - цифры не включает число не ответивших на вопросы

В случае, если одноклассник/одногоруппник из неблагополучной семьи, сирота или имеет особенности физического развития – это практически не повлияет на отношения сверстников к нему. Если у сверстника есть проблемы с психическим здоровьем, то 20,1% респондентов ограничат свое общение, а 2,4% прекратят отношения.

В отношении ВИЧ статуса, нетрадиционной сексуальной ориентации, употребления наркотиков и конфликта с законом, больше половины подростков указали на то, что они ограничат или прекратят отношения со сверстниками.

#### ***Психологическое, физическое и сексуальное насилие***

Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют, что наиболее распространенными формами явного насилия, агрессии и жестокого обращения по отношению к подросткам и молодым людям являются грубость, оскорбления и упреки; о

наличии таких ситуаций в своей жизни заявили 56,1% респондентов. О применении к ним угроз и запугиваний заявили 23,2% подростков. Избиения и телесные наказания применялись к 10,6% подросткам. О фактах принуждения к половым контактам против желания заявили 3,6% подростков.

Основными источниками психической травматизации подростков и молодых людей (за исключением принуждения к половым контактам) являются отношения с родителями, одноклассниками/одногоруппниками и членами компании.

#### ***Употребление алкоголя и наркотиков***

Результаты опроса показали, что 17,7% подростков и молодежи в возрасте 14-19 лет регулярно (несколько раз в месяц и чаще) употребляют алкогольные напитки. Причем 4,6% из них употребляют алкоголь практически ежедневно или несколько раз в неделю.

У 15,2% подростков первая проба алкоголя произошла в возрасте до 13 лет.

В возрастной группе 14-летних употребляют алкогольные напитки 29,0% подростков, среди 15-летних – 34,1%, среди 16-летних – 40,0%, в группе 17-летних – 55,1%, среди 18-летних – 65,8%, среди 19-летних – 67,6%.

Согласно опросу, 3% подростков указали, что они пробовали наркотики. У 23% из тех, кто употреблял наркотики, первая проба произошла в возрасте 15-16 лет. 60,5% из тех, кто пробовал наркотики, сообщили, что сделали это, потому что «было просто интересно».

#### ***Социальная поддержка***

Более 90% респондентов заявили, что они могут рассчитывать на помощь и поддержку от близких им людей. Почти 80% сообщили, что в случае неприятностей, проблем они обратились бы за поддержкой к своим матерям, 50% – к отцам, 55% – к близким друзьям, 32% – к своим братьям и сестрам, 23% – к парню/девушке, 18% – к другим родственникам.

#### ***Оценка состояния здоровья***

Абсолютное большинство (86,4%) подростков в возрасте 14–19 лет считают себя практически здоровыми, 6,9% болеют «иногда» и 6,6% имели «хронические проблемы со здоровьем» и 2,7% – инвалидность. Сорок процентов (40%) подростков указали, что их состояние здоровья «не изменилось», 37% сказали, что оно «улучшилось», а 20% сообщили, что их здоровье «ухудшилось» за последние 2-3 года.

При этом две трети (76,6%) неоднократно испытывали различные недомогания на протяжении месяца, предшествовавшего опросу. Чаще всего подростки жалуются на головные боли (45,1%), слабость, сонливость (35,0%), подавленное настроение, раздражительность (35,0%), боли в животе (25,5%), бессонницу (17,5%), головокружение (16,8%) и дрожание рук (12,6%).

Рисунок 1. Распространенность недомоганий на протяжении месяца, предшествовавшего опросу



Наблюдаются гендерные различия в самооценках здоровья: юноши чаще девушек заявляют о том, что они практически здоровы (соответственно 91,0 % и 82,6 %). Кроме того, юноши по сравнению с девушками более оптимистично оценивают изменения состояния здоровья, произошедшие за последние 2-3 года (так, например, считают, что здоровье существенно или немного улучшилось, 27,9% девушек и 47,9% юношей; отметили ухудшение состояние своего здоровья 29,9% девушек и 13,9% юношей).

#### ***Информация, знания и услуги в сфере психического здоровья и преодоления кризисных ситуаций***

Уровень информированности и знаний подростков по вопросам психического здоровья недостаточен. 39,6% подростков сообщили, что им не хватает информации о правильном поведении с людьми, имеющими проблемы психического здоровья, 37,1% – о признаках кризисных состояний; 35,5% – о формах и методах профилактики кризисных состояний, депрессии; 31,2% – об основных причинах кризиса, депрессии.

44,0% опрошенных ответили, что у них недостаточно или скорее недостаточно знаний о признаках кризисных состояний, 46,0% – о формах и методах повышения устойчивости к факторам риска и кризисным состояниям, 41,1% – о существующих и доступных услугах, 40,2% – о формах и методах получения поддержки от специалистов.

Большинство подростков заявили, что они имеют доступ к услугам в сфере охраны психического здоровья. Однако 46% подростков сообщили, что они не знали, где можно получить услуги по охране психического здоровья и с кем связаться, чтобы получить необходимую помощь.

Подростки считают родителей, родственников (53,1%), психологов образовательных учреждений (44,9%) наиболее подходящими источниками информации о психологическом благополучии и вопросах психического здоровья, за которыми следуют друзья, сверстники (41,9%); учителя, педагоги социальные (37,5%); социальные сети, интернет-форумы (39,7%) и интернет-сайты (35,7%).

#### ***Депрессивная симптоматика***

Шкала депрессии Бека (BDI-II, детская версия) была использована для изучения наличия депрессивной симптоматики среди подростков. Согласно результатам исследования 81,8% подростков оказались в минимальном диапазоне (0-13 баллов) депрессивной симптоматики, 9,3% — в легкой степени (14-19 баллов) депрессивной

симптоматики, 5,7% — в диапазоне умеренной (20-28 баллов) степени депрессивной симптоматики, и 3,2% подростков попали в диапазон выраженной (29-63 баллов) депрессивной симптоматики. Лишь 14 (0,4%) подростков не ответили на один или несколько вопросов шкалы и были исключены из анализа.

Таким образом у **18,2 % ( $\pm 1.2\%$  для 95 % доверительного интервала) подростков отмечен значимый уровень выраженности депрессивной симптоматики.**

Был проведен многомерный анализ факторов депрессии у подростков и молодых людей, включая следующие группы предсказательных факторов:<sup>17</sup> демографические характеристика, отношения со взрослыми и сверстниками, рискованное поведение, ситуации риска и психологические факторы, которые были гендерно дезагрегированы (Приложение 5)<sup>18</sup>. Были изучены защитные (поддерживающие) факторы и факторы риска развития депрессивной симптоматики. Была создана условная переменная для депрессии с пороговым значением 16 (Майкл Стробер, Жаклин Грин и Габриэль Карлсон, 1981).

По данным анализа у **подростков женского пола шансы развития депрессивной симптоматики были в 1,59 раза ( $p < 0,05$ ) выше, чем у подростков мужского пола.**

Отношения между родителями и подростками значимым образом влияли на развитие депрессивной симптоматики у подростков. **Шансы подростков с «напряженными» отношениями с отцом иметь депрессивную симптоматику были в 2,68 ( $p < 0,01$ ) раза выше, чем у тех, кто имеет «теплые» отношения с отцами.** Отношения с матерью не имели прогностической значимости для подростковой депрессии, также как и конфликты с учителями и сверстниками.

**У подростков, которым отказывали в деньгах на повседневные нужды, шансы развития депрессивной симптоматики были в 1,65 ( $p < 0,01$ ) раза выше, чем у подростков, которым не было отказано в деньгах; в частности, в этом случае у девочек-подростков шансы развития депрессии были в 1,77 ( $p < 0,05$ ) выше.**

**У подростков, чьи родители не были довольны ими, шансы развития депрессивной симптоматики были в 1,58 раза ( $p < 0,05$ ) выше, чем у подростков, чьи родители были ими довольны; в частности, в этом случае шансы развития депрессии у девушек-подростков были в 3,59 ( $p < 0,001$ ) раза выше.**

Развод родителей был также одним из значимых факторов подростковой депрессии. **Шансы подростков, чьи родители были «разведены», иметь депрессивную симптоматику были в 1,52 раза (маргинально статистически значимо,  $p < 0,064$ ) выше, чем шансы тех, чьи родители «не разведены».**

Подростки, которые не употребляли наркотики, были менее склонны к депрессии, чем те, кто имел опыт употребления наркотиков. **Шансы подростков, употребляющих наркотики, иметь депрессивную симптоматику были в 2,93 ( $p < 0,01$ ) раза выше, чем подростков, которые не употребляют наркотики.**

**Шансы подростков с агрессивным поведением иметь депрессивную симптоматику были в 2,33 раза ( $p < 0,001$ ) выше, чем подростков, не проявляющих агрессивного поведения.** Связь между агрессивным поведением и депрессией оказалась

---

<sup>17</sup> Количество предикторов основывалось на количестве событий (501 подросток набрал 16 и более баллов по шкале Бека) (Babyak, 2004), а соотношение предикторов составляло 15 наблюдений на предиктор (Concato, Peduzzi, Holford, & Feinstein, 1995). Следовательно, модель не должна превышать общего числа в 33 предиктора.

<sup>18</sup> Практическая значимость результатов анализа представлена отношением шансов (**odds ratio, OR**) – мерой величины эффекта, описывающей силу связи или зависимости между двумя двузначными (бинарными) величинами. Полученные оценки статистически значимы (**p-значения  $< 0,05$** ), если в тексте не указано иное, и приведены в приложениях.

**более значимой для подростков мужского пола:** у тех, кто проявлял агрессивное поведение, вероятность депрессии была в **3,57** ( $p < 0,001$ ) раза выше, чем у подростков мужского пола, которые не вели себя агрессивно.

**Физическое насилие значимым образом влияло на развитие депрессивной симптоматики.** У подростков женского пола, подвергшихся физическому насилию, **шансы развития депрессии** были в 1,85 раза ( $p < 0,05$ ) выше, чем у тех, кто не подвергался насилию.

Было установлено также, что все психологические факторы значимым образом связаны с депрессией. Шансы подростков с «нормальным» и «высоким» **уровнями ситуационной тревожности иметь депрессивную симптоматику** были в 2,73 ( $p < 0,001$ ) и 8,42 ( $p < 0,001$ ) раз выше, чем у подростков с «низким» уровнем ситуационной тревожности. Наибольшее значение это имело для подростков мужского пола. **Шансы подростков мужского пола с «высоким» уровнем ситуационной тревожности** иметь депрессивную симптоматику были в 5,37 ( $p < 0,05$ ) раз выше, чем у подростков мужского пола с «низким» уровнем ситуационной тревожности.

Шансы подростков с «высоким» уровнем **личностной тревожности** иметь депрессивную симптоматику были в 2,38 ( $p < 0,05$ ) раза выше, чем у подростков с «низким» уровнем личностной тревожности. Личностная тревожность была более значимым фактором развития депрессивной симптоматики у девушек. Шансы **подростков женского пола с «высоким» уровнем личностной тревожности** иметь депрессивную симптоматику были в 6,13 ( $p < 0,05$ ) и в 14,49 ( $p < 0,001$ ) раз выше, чем у подростков женского пола с «нормальным» и «низким» уровнями личностной тревожности.

У подростков, у которых **не было целей в жизни**, шансы развития депрессии были в 1,97 ( $p < 0,001$  раза) выше, чем у тех, кто имел цели в жизни. Шансы развития депрессии у подростков женского и мужского пола с отсутствием целей в жизни были практически одинаковыми - соответственно в 2,03 раза ( $p < 0,001$ ) и 2,05 ( $p < 0,05$ ) раза выше.

### **Суицидальные мысли**

На вопрос «Были ли у вас мысли о самоубийстве?» **26,1% (941 чел.) подростков ответили, что у них были мысли о самоубийстве** ( $\pm 1,4\%$  для 95 % доверительного интервала). У 18,0% такая мысль была однократно, а у 8,1% такие мысли возникали неоднократно. Из них **18,5% (174 чел.) сообщили, что пытались покончить с собой в прошлом**, что составляет 4,8% от общего числа опрошенных. На наличие суицидальных мыслей **за последнюю неделю** указали 13,8% подростков, из которых подавляющее большинство (10,4%) сообщили, что, несмотря на мысли о самоубийстве, они этого не сделают.

Основными причинами суицидальных мыслей у подростков **было чувство одиночества (49,2%) и конфликты с родителями (43,4%), а также отсутствие смысла жизни – 36,3%**, несчастная любовь – 29,9%, неприятности с учебой (оценки) – 26,36%, конфликты со сверстниками – 18,9%, потеря близкого человека – 17,03%.

Таблица 3. Причины суицидальных мыслей

		N	%
1	Чувство одиночества	454	49.24
2	Конфликты с родителями	400	43.38
3	Не могу найти свое место в жизни (бесмысленность жизни)	335	36.33
4	Неразделенная любовь	276	29.93

5	Неприятности с учебой (оценки)	243	26.36
6	Конфликты со сверстниками	174	18.87
7	Потеря близкого человека	157	17.03

Для изучения основных факторов, влияющих на появление суицидальных мыслей, был также проведен многомерный анализ (Приложение б).

По результатам многомерного анализа шансы **подростков женского пола** иметь суицидальные мысли были в 2,36 раза ( $p < 0,001$ ) выше, чем подростков мужского пола.

**Смена места жительства** повышает вероятность возникновения мыслей о самоубийстве. Шансы подростков, которые «переехали в новое место», иметь мысли о самоубийстве были в 1,49 ( $p < 0,01$ ) раза выше, чем у подростков, которые не меняли место жительства. Наибольшее значение это имело для подростков женского пола.

**Депрессивная симптоматика и агрессивное поведение связаны с суицидальными мыслями на статистически значимых уровнях.** Шансы подростков с депрессией иметь мысли о самоубийстве, были в 3,59 ( $p < 0,001$ ) раза выше, чем у подростков, у кого не было депрессивной симптоматики. Результаты были почти идентичными для подростков мужского и женского пола (3,78 ( $p < 0,001$ ) и 3,70 ( $p < 0,001$ ) соответственно).

Шансы подростков, проявляющих **агрессивное поведение**, иметь суицидальные мысли были в 1,52 ( $p < 0,05$ ) раза выше, чем у тех, кто не вел себя агрессивно. Причем у подростков женского пола, такие шансы были в 1,64 ( $p < 0,05$ ) раз выше.

**Отношения с отцом** являются более значимыми, чем отношения с матерью, для возникновения суицидальных мыслей у подростков. Шансы подростков, которые сообщили о «напряженных» отношениях с отцом, иметь суицидальные мысли были в 2,16 раз выше, чем у подростков с «тёплыми» отношениями с отцом. Наибольшее значение этот фактор имел для подростков мужского пола. Шансы подростков **мужского пола**, у которых были «напряженные» отношения с отцом, иметь мысли о самоубийстве были в 3,81 ( $p < 0,01$ ) раза выше, чем подростков мужского пола, которые имели теплые отношения с отцом.

Шансы возникновения суицидальных мыслей у подростков, которые подверглись **физическому насилию**, были в 1,80 ( $p < 0,01$ ) раза выше, чем у подростков, не имевших такого опыта. Шансы подростков, которые испытывали «словесное и эмоциональное» **насилие**, иметь мысли о самоубийстве были в 1,62 раза ( $p < 0,001$ ) выше, чем у тех, кто не испытывал «словесное и эмоциональное» насилие.

Большинство **психологических факторов, таких как ситуационная и личностная тревожность**, были связаны с суицидальными мыслями у подростков на статистически значимых уровнях. Шансы подростков с высоким и нормальным уровнями ситуационной тревожности, иметь суицидальные мысли, были в 2,27 ( $p < 0,001$ ) и 1,71 ( $p < 0,001$ ) раз выше соответственно, чем подростков, с низким уровнем ситуационной тревожности. Шансы подростков с «высоким» уровнем личностной тревожности иметь суицидальные мысли были в 2,25 ( $p < 0,05$ ) раза выше, чем подростков с «низким» уровнем личностной тревожности.

**Наибольшее значение фактор ситуационной тревожности имел для подростков мужского пола, а личностной тревожности для подростков женского пола.** Шансы подростков мужского пола с «высоким» уровнем ситуационной тревожности, иметь мысли о самоубийстве в 2,26 ( $p < 0,001$ ) раза выше, чем у подростков мужского пола с «низким» уровнем ситуационной тревожности. Шансы подростков женского пола с «высокими»

уровнями личностной тревожности иметь мысли о самоубийстве были в 3,27 ( $p < 0,001$ ) раз выше, чем среди подростков женского пола с «низким» уровнем личностной тревожности.

**Употребление алкоголя значимым образом влияло на появление суицидальных мыслей у подростков.** Шансы подростков, употребляющих алкоголь «регулярно», иметь суицидальные мысли были в 1,86 ( $p < 0,001$ ) раза выше, чем подростков, которые не употребляли алкоголь. Важным является, что шансы подростков как женского пола, так и мужского имели статистическую значимость. Шансы подростков женского пола, которые «регулярно употребляют алкоголь», иметь суицидальные мысли, были в 1,84 ( $p < 0,01$ ) раз выше, чем подростков женского пола, которые «не употребляли» алкоголь (мужского пола – в 2,08 раза выше).

**Все формы насилия в отношении подростков значимым образом влияли на появление суицидальных мыслей.** Шансы подростков, которые подверглись физическому насилию, иметь суицидальные мысли были в 1,8 ( $p < 0,01$ ) раза выше, чем подростков, которые не подвергались физическому насилию. Такая же закономерность была выявлена и для подростков, подвергшихся словесному и эмоциональному насилию – в 1,62 ( $p < 0,001$ ) раза выше. Шансы подростков-девушек, которые подверглись сексуальному насилию, иметь суицидальные мысли были в 2,64 ( $p < 0,05$ ) раза выше, чем девушек, которые не подвергались сексуальному насилию.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

1. Развитие депрессивной симптоматики и суицидальных мыслей связано со многими социальными, экономическими и психологическими факторами, с культурными и социальными нормами и установками. Такие социальные факторы, как отношения с родителями, сверстниками и учителями, семейное неблагополучие, напряженные отношения с родителями, особенно с отцом; психологические факторы, такие как одиночество, личностная и ситуативная тревожность, влияют на депрессивную симптоматику и суицидальные мысли у подростков. Кроме того, отсутствие жизненных целей, рискованное поведение, такое как употребление алкоголя и наркотиков, а также агрессивное поведение, являются важными факторами, влияющими на психическое здоровье подростков. Наконец, физическое, психологическое, сексуальное и экономическое насилие имеют решающее значение для развития симптомов депрессии и суицидальных мыслей.
2. Имеются гендерные различия, которые были значимыми как для проявления депрессивной симптоматики, так и для наличия суицидальных мыслей. У девушек, столкнувшихся с психологическим и физическим насилием, шансы депрессии значительно выше.
3. Большинство подростков заявили, что они имеют доступ к услугам в сфере охраны психического здоровья. Однако 46% подростков сообщили, что они не знали, где можно получить услуги по охране психического здоровья и с кем связаться, чтобы получить необходимую помощь. Существуют статистически значимые взаимосвязи между доступом к услугам в сфере психического здоровья, депрессией и суицидальными мыслями: подростки с депрессивной симптоматикой и подростки с суицидальными мыслями не знают, где можно получить услуги и к кому обращаться, чтобы получить необходимую помощь в кризисной ситуации.
4. Также подростки сообщили об отсутствии информации и знаний по вопросам психического здоровья и о наличии стигмы, связанной с психическими расстройствами, употреблением наркотиков, конфликтами с законом, ВИЧ-статусом и нетрадиционной сексуальной ориентацией у сверстников.

5. В ходе исследования зафиксирована прямая связь самооценки здоровья с такими признаками социальной дезадаптации как самоповреждающее поведение, а также с личностной тревожностью, депрессивной симптоматикой и суицидальными мыслями: чем более сильно выражена симптоматика, тем ниже самооценка здоровья.

Эти результаты демонстрируют необходимость доработки и совершенствования ряда программ и планов, направленных на профилактику депрессии и суицидального поведения среди подростков. Эти программы должны включать не только меры по улучшению качества оказания помощи, но и образовательные программы для повышения уровня знаний и навыков у подростков по вопросам психического здоровья и снижения стигмы, связанной с психическими расстройствами. Поиск эффективных форм и методов включения молодежи в существующие профилактические меры и программы остается актуальной задачей.

6. Вопросы организации и качества оказания психологической и психотерапевтической помощи рассматривались при анализе потенциала системы образования и здравоохранения, а также при проведении интервью с экспертами в сфере психического здоровья и на фокус-группах с родителями подростков. В отношении оказания помощи в сфере охраны психического здоровья подростков эксперты акцентировали внимание на следующих трудностях: 1. не хватает подготовленных специалистов; 2. нет эффективных программ обучения и повышения квалификации для специалистов; 3. должностные обязанности школьных психологов охватывают спектр деятельности, выходящий за рамки их профессиональных компетенций; 4. высокий уровень стигмы в обществе, связанный с психическими заболеваниями.
7. Родители также указали на отсутствие специалистов по вопросам оказания психологической и психотерапевтической помощи, особенно в небольших городах и сельской местности. Родители не обращались за профессиональной помощью по поводу депрессивных симптомов у своих детей, потому что они не доверяли специалистам и не считали это необходимыми.
8. Высокий уровень стигмы, недоверия, а также стереотипы, связанные с психологической и психиатрической помощью, сохраняются у родителей подростков. Родители указали, что они беспокоятся о том, что их дети будут выделены, что их медицинская информация окажется раскрыта школам и что они будут на контроле в течение всей их жизни. Большинство родителей сообщили, что, когда их дети выглядят грустными, заплаканными, одинокими или взволнованными, они понимают, что что-то не так, и это вызывает у них беспокойство. Некоторые родители также сказали, что они обращали внимание на перепады настроения, изменения в привычках питания и отношениях с братьями и сестрами. Вместе с тем, большинство родителей сказали, что не видят необходимости в психологических услугах, когда дети находятся в кризисном состоянии.

Представленные результаты подтверждают необходимость организации работы с родителями с целью повышения уровня их знаний и компетенции в области психического здоровья подростков, информированности о наличии и функциях системы организации оказания помощи и поддержки подросткам в кризисных состояниях, а также по формированию у родителей доверия к существующей системе и мотивации их для обращения за профессиональной помощью при кризисных состояниях у подростков.

8. Необходимо усилить существующую систему сбора и анализа данных с целью мониторинга и оценки психического здоровья подростков. Образовательные



учреждения ежегодно отслеживают психологическое состояние подростков, но методология данного мониторинга требует валидации с целью повышения эффективности системы мониторинга состояния психического здоровья подростков и молодежи (кризисные ситуации, суицидальные мысли и попытки). Данные мониторинга могут использоваться специалистами Минздрава, Минобра и иными заинтересованными государственными органами, учреждениям и организациями для оценки ситуации и адекватности предпринимаемых мер и оказываемых услуг.

9. Кроме того, актуальность результатов исследования возрастает в свете приоритетного внимания к вопросам психического здоровья подростков и профилактики суицидального поведения на глобальном уровне. В целях сокращения количества самоубийств на 10% к 2020 году, ВОЗ рекомендовала всем странам разработать национальные стратегии, направленные на снижение стигмы в сфере психического здоровья, ограничение доступности средств самоубийства, просвещение населения и подготовку специалистов общественного здравоохранения в сфере профилактики суицидального поведения (ВОЗ, 2017). Также смертность от самоубийств среди подростков 10-17 лет входит в перечень индикаторов, которые Республика Беларусь мониторит на пути достижения Целей устойчивого развития.
10. Политика и услуги в области охраны психического здоровья, такие как образовательные, профилактические, медицинские, должны основываться на данных статистического анализа, эпидемиологических исследований и передовых научных разработок в сфере психического здоровья несовершеннолетних. Результаты исследования, включая выявленные трудности, препятствия и возможности, могут использоваться при разработке комплекса мер, направленных на профилактику суицидального поведения и улучшения психического здоровья подростков. Результаты исследования еще раз подчеркнули необходимость повышения эффективности работы по данному направлению на основе межведомственного взаимодействия с вовлечением всех заинтересованных министерств и ведомств, а также с привлечением родителей, общественности и самих подростков.

## РЕКОМЕНДАЦИИ

- 1. Повышение информированности населения, включая родителей, подростков и педагогов** по вопросам психического здоровья.  
Прежде всего необходимо влиять на изменение стереотипов в обществе, которые формируют стигму и дискриминацию и мешают людям обращаться за психологической и психотерапевтической помощью. Важно информировать население о психическом здоровье, профилактике кризисных состояний, системе оказания помощи и поддержки, вопросах соблюдения конфиденциальности, возможности анонимного обращения, чтобы повысить уровень доверия к существующей системе и снизить уровень стигмы.  
Просвещение должно проводиться также относительно факторов риска развития депрессивной симптоматики, суицидальных мыслей и поведения, особенно влияния физического, сексуального, психологического и экономического насилия, а также семейного неблагополучия (разводов), конфликтов с родителями (отцами) на здоровье подростков, в том числе и на суицидальное поведение, депрессию и во взрослом возрасте.  
Просвещение населения можно проводить по месту жительства, в школах, на рабочих местах, в религиозных и общественных организациях, в том числе через социальные медиа, включая социальные сети, телевидение, радио и газеты.  
Необходимо создать специальный сайт, на котором будут освещаться юридические, психологические, медицинские, педагогические аспекты вопросов охраны психического здоровья подростков и молодежи.
- 2. Разработка стратегий и программ преодоления кризисных состояний, адаптированных для белорусских подростков.** Стратегии преодоления могут быть ориентированными на проблемы, на эмоции и на поведение. Стратегии должны предусматривать использование инновационных подходов, а также вовлечение подростков в профилактические программы и услуги. Программы должны быть направлены на формирование жизненных навыков, включая улучшение навыков общения, преодоления кризисных ситуаций и социальной адаптации подростков. Принимая во внимание, что чувство одиночества является одним из самых значимых факторов, влияющих на появление суицидальных мыслей и попыток, необходимо сосредоточиться на разработке при участии самих подростков программ по снижению у них чувства одиночества. Кроме того, более широкое внедрение когнитивно-поведенческой терапии также поможет подросткам справляться со стрессовыми ситуациями и предотвращать депрессию и суицидальное поведение.
- 3. Создание учебного центра для специалистов, оказывающих услуги в сфере психического здоровья (специально для школьных психологов).** Учебный центр может предлагать учебные программы для школьных психологов и других специалистов для совершенствования их профессиональных знаний и навыков. Школьные психологи и другие специалисты могут быть обучены скринингу и идентификации учеников с высоким риском суицидального поведения, межведомственному взаимодействию, а также оказанию таких услуг, как индивидуальная, групповая и семейная терапия.
- 4. Укрепление потенциала и увеличение числа обученных специалистов** также является важным фактором для предоставления безопасных и качественных услуг в области психического здоровья. Подготовка и обучение врачей общей практики, педиатров, психологов, социальных педагогов и иных сотрудников служб охраны психического здоровья должна использоваться современные алгоритмы оказания при кризисные

вмешательства, инновационные подходы в консультировании и проведении профилактических программ, мероприятий с использованием принципов дружелюбности оказания услуг подросткам.

5. **Совершенствование законодательства.** Необходимо предусмотреть совершенствование нормативной базы для расширения полномочий врачей первичного звена по вопросам оказания медицинской помощи населению в связи с психическими расстройствами, а также повышения эффективности межведомственного взаимодействия для предупреждения суицидального поведения подростков.
6. **Укрепление межведомственного взаимодействия** позволит усовершенствовать систему организации оказания услуг в сфере охраны психического здоровья подростков и повысить качество услуг. Сотрудничество поможет в достижении поставленных целей в части эффективного обслуживания населения, использования ресурсов, стимулирования командной работы, повышения уровня знаний и развития профессиональных сетей.
7. **Обеспечение сотрудничества с международными организациями**  
Взаимодействие с международными организациями, такими как ЮНИСЕФ, ВОЗ, будут способствовать изучению наилучшего передового опыта и адаптации к страновому контексту научно-обоснованных программ в сфере охраны психического здоровья подростков и молодежи. Например, одной из таких программ может быть программа по выявлению подростков в кризисном состоянии, реализуемая на уровне школы.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### СПИСОК ИСПОЛНИТЕЛЕЙ И КОНСУЛЬТАНТОВ

И.В. Левицкая	Канд. социол. наук, начальник отдела науки ГУО «Институт бизнеса БГУ»
Д.Г. Дьяков	Канд. психолог. наук, директор Института психологии УО «Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка»
О.С. Литвинова	Главный внештатный детский психиатр Министерства здравоохранения Республики Беларусь, заместитель главного врача по медицинской части УЗ «Городской клинический детский психиатрический диспансер»
В.А. Хриптович	Кандидат психологических наук, профессор кафедры психологии и педагогического мастерства ГУО «Республиканский институт высшей школы»
Л.Г. Пономарева	Магистр психологических наук, преподаватель УО «Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка»
А.А. Колмаков	Кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии БГУ
Д.Л. Гулякевич	Канд. юрид. наук, заведующий кафедрой правовых и гуманитарных дисциплин ГУО «Институт бизнеса БГУ»
О.В. Иванюто	Специалист по научной работе ГУО «Институт бизнеса БГУ»

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

### **Задачи исследования.**

1. Провести анализ ситуации и описать действующую систему выявления, учета и оценки психических расстройств и суцидов. Описать основные показатели, характеризующие ситуацию с психическим здоровьем подростков, определить тенденции, а также региональные, гендерные, возрастные и другие особенности проявления психических расстройств и причин суцидов. Оценить степень изученности проблемы психологического здоровья и суцидального поведения в Беларуси.

2. Определить возможности и ограничения национальной системы ранней диагностики и оказания помощи детям и подросткам, оказавшимся в кризисной ситуации или пережившим сильное стрессовое воздействие, обусловленные существующими правовыми (законодательная база) и институциональными рамками (потенциал учреждений здравоохранения и образования).

3. На основании данных исследования определить основные характеристики психосоциального портрета современных подростков. Изучить связи психического здоровья с факторами насилия, жестокого обращения, употребления психотропных веществ, делинквентностью и осуществить оценку значимости психологических и социальных факторов, детерминирующих, а также препятствующих развитию кризисных состояний у подростков, и определить наиболее значимые предикторы суцидального поведения.

4. Определить основные потребности, а также каналы получения информации о проблемах психического здоровья подростками и родителями (законными представителями).

5. Определить уровень знаний подростков и родителей (законных представителей): о проблемах психического здоровья, влиянии различных факторов на состояние психического здоровья, признаках кризисных состояний; о формах и способах получения помощи специалистов и поддержки социального окружения в кризисных ситуациях; о формах и методах повышения устойчивости к факторам риска и кризисным ситуациям.

6. Выявить отношение и сложившиеся стереотипы подростков и родителей и специалистов к психическим болезням и людям с психическими расстройствами, в том числе с суцидальными попытками; системе услуг и оказания помощи в кризисных ситуациях.

7. Изучить сложившиеся практики (поведение) подростков и родителей и специалистов в области поддержки и укрепления психического здоровья, снижения риска и профилактики суцида.

### ПРИЛОЖЕНИЕ 3

#### Методология эмпирического исследования. Методики и процедуры сбора данных.

В инструментарий исследования для опроса подростков были включены: 1) блоки вопросов, сконструированные с учетом задач исследований и требований к социологическому инструментарию; 2) методики диагностики некоторых составляющих психологического здоровья.

В инструментарий были включены следующие *тематические блоки*:

- социально-демографические характеристики респондента и самооценка здоровья;
- семья и особенности семейного воспитания, отношения с родителями и семейная среда;
- оценка деятельности, связанной со школой, отношения с учителями и сверстниками;
- жизненные планы и ценностные ориентации;
- формы проведения свободного времени;
- информация о неблагоприятных жизненных событиях в прошлом, фактах насилия по отношению к подростку, суицидальных мыслях и поведении, употреблении алкоголя и наркотиков;
- вопросы стигматизации проблемы психических расстройств;
- знание о доступных психиатрических услугах и потребностях в условиях кризиса;
- вопросы предпочтения каналов получения информации.

*Психодиагностические методики, использованные в ходе опроса.* К социально психологическим и клинико-психологическим факторам психического здоровья и нездоровья, как правило, относят: характер социальной адаптированности; склонность к девиантному поведению; выраженность тревоги и депрессии.

Были выбраны основные критерии для формирования диагностического инструментария, направленного на исследование факторов психического здоровья в подростковом и юношеском возрасте. Такими критериями стали: направленность психодиагностической методики на изучение одного из перечисленных ниже психологических факторов, стандартизованность или (в случае, если она появилась за рубежом) адаптированность методики в социокультурной среде планируемого исследования, доверие к психодиагностическому инструменту со стороны психологов-практиков. При выборе методик особое внимание обращалось на адаптацию и стандартизацию тестов для лиц подросткового возраста в странах, одним из основных языков коммуникации в которых является русский. В итоге были выделены следующие показатели и определены методики, позволяющие операционализировать их исследование.

Склонность к девиантному поведению. Для диагностики этого свойства в настоящее время в русскоязычной психологии используются такие методики, как определение склонности к отклоняющемуся поведению А.Н. Орла и опросник склонности к зависимому поведению В.Д. Менделевича. Была выбрана методика «Диагностика девиантного поведения» Э.В. Леус, объединяющая в себе шкалы двух предыдущих опросников и позволяющая выявить выраженность зависимого, самоповреждающего, агрессивного, делинквентного и социально обусловленного поведения. Шкала склонности к суицидальному поведению также представлена в данной методике и дополнительно вводит методики, направленные на изучение этого параметра в исследовательскую батарею, эвристически не имеет смысла. Данная методика также удовлетворяет

предъявляемым требованиям, так как прошла психометрическую проверку и активно используется в психологических исследованиях.

Выраженность тревоги и депрессии. В целях диагностики данного параметра использована шкала тревоги А. Бека, предназначенная для скрининга тревоги и оценки степени ее выраженности у молодых людей от 14 лет и старше. Шкала депрессии А. Бека для подростков направлена на определение состояния пониженного настроения – депрессии, выявление особенностей межличностных контактов подростка со сверстниками, трудностей адаптации подростка в сложной для него социальной ситуации и обладает прогностическим потенциалом относительно рисков суицидального поведения. В настоящее время данная методика представлена в адаптации Н.В. Тарабариной. Одним из преимуществ применения данного опросника в группе молодых людей от 14 лет и старше можно назвать доступность для понимания и простоту выполнения. Помимо этого, в Клиническом протоколе оказания медицинской помощи пациентам (взрослым и детям) с психическими и поведенческими расстройствами, принятом Министерством здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2010 г., опросник Бека включен в перечень обязательных инструментов экспериментально-психологического обследования, как наиболее достоверный. При этом опросник Бека является обязательным для уточнения выраженности депрессивной симптоматики.

Для диагностики тревожности был использован «Интегративный тест тревожности» – оригинальная клиническая тестовая методика, созданная в 2005 году в НИПНИ им. Бехтерева к.пс.н. А.П. Бизюком, д.м.н. профессором Л.И. Вассерманом и к.м.н. Б.В. Иовлевым для общей структурной экспресс-диагностики тревоги и тревожности, в том числе в клинике психосоматических заболеваний и также предназначена для подростков.

Выбранные тесты предметно направлены на исследование необходимых параметров, являются проверенными психометрически (в случае теста Бека – это адаптация, в случае с тестом Вассермана – стандартизация) и активно используются, прежде всего, психологами – практиками.

*Согласование проведения исследования.* Одной из характерных особенностей данного исследования стала необходимость получения большого количества согласований и разрешений для проведения опроса в учреждениях образования. При этом каждая процедура согласования в различных ведомствах и учреждениях длилась не менее десяти рабочих дней (двух недель).

До начала сбора информации в течение двух месяцев разработанный *инструментарий* прошел несколько этапов экспертизы в научно-методическом учреждении «Национальный институт образования» Министерства образования Республики Беларусь. *Содержание анкеты* было согласовано Министерством здравоохранения с Министерством образования. После согласования анкеты была согласована возможность проведения опроса, а также перечень учреждений образования, отобранных для опроса.

В рамках темы в соответствии с Техническим заданием также запланирован опрос обучающихся в специальных учреждениях образования (объем выборки – 150 человек). Письмо о возможности проведения опроса в данных учреждениях образования было направлено в Министерство образования Республики Беларусь, однако на данный запрос был получен отказ.

*Организация полевых работ.* Параллельно с процедурой согласования в январе 2019 года осуществлялся *рекрутинг и обучение полевого персонала*: проведены тренинги для супервайзеров опросной сети, сформированы группы анкетеров, проведены инструктажи

для анкетеров.

В данном исследовании были задействованы 96 анкетеров. Анкетеры были отобраны из числа студентов, магистрантов и аспирантов Белорусского государственного университета. Возраст анкетеров способствовал достижению доверительного контакта с респондентами.

В ходе тренингов и инструктажей рассматривались следующие вопросы:

- цель исследования и его научно-практическая значимость;
- функциональные обязанности членов исследовательской группы (руководителей региональных опросных сетей и анкетеров);
- особенности проведения инструктажей анкетеров (для супервайзеров);
- содержание комплекта исследовательской документации (инструкция для анкетера; анкеты; бланки согласия на участие в исследовании; удостоверение анкетера; сопроводительные письма; информационные буклеты для участников опроса);
- характеристика выборочной совокупности по регионам (для супервайзеров) и содержание персонального задания по выборке (для анкетеров);
- правила взаимодействия с руководством учреждений образования, отобранных для опроса;
- особенности организации опроса в учреждениях образования;
- техника и правила проведения группового анкетирования в целом и с учетом психологических особенностей молодежи и подростков;
- процедура получения согласия респондентов на участие в опросе;
- правила заполнения анкеты и приемы ознакомления респондентов с этими правилами;
- правила сбора и хранения бланков согласия и заполненных анкет;
- техника личной безопасности и правила работы с респондентами (в том числе в чрезвычайных ситуациях, которые могут возникать во время опроса).

### **Построение выборки для проведения опроса учащейся молодежи.**

Выборочная совокупность и результаты ее достижения. Объект исследования – учащаяся молодежь Республики Беларусь в возрасте от 14 до 19 лет. С учетом специфики изучаемого объекта и задач исследования для опроса обучающихся в учреждения образования применялась многоступенчатая стратифицированная выборка. Объем выборочной совокупности составил 3600 человек.

Первоначально была произведена стратификация по типу учебного заведения – выделены четыре подсовкупности:

- учащиеся учреждений общего среднего образования (УОСО),
- учащиеся учреждений профессионально-технического образования (УПТО),
- учащиеся учреждений среднего специального образования (УССО),
- студенты учреждений высшего образования (УВО).

Выделенные четыре выборочные категории учащихся в зависимости от типа учебного заведения имеют пропорциональное представительство в выборочной совокупности. Кроме того, при разработке выборочной модели определялось пропорциональное соотношение количества учащейся молодежи по типам учебных заведений в региональном разрезе, что обеспечило географический охват объекта исследования (Брестская, Витебская, Гомельская, Гродненская, Минская, Могилевская области и г. Минск). Также определялось пропорциональное соотношение количества учащейся молодежи по типам учебных заведений в зависимости от возраста учащихся и студентов; в случае учащихся учреждений общего среднего образования – в зависимости от класса, в котором обучаются учащиеся.



Распределение *запланированной выборки* учащихся учреждений образования различных типов в региональном разрезе представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение запланированной выборки учащихся различных типов учреждений образования в региональном разрезе (в % и абсолютных числах)

Регион	Учреждение общего среднего образования		Учреждение профессионально-технического образования		Учреждение среднего специального образования		Учреждение высшего образования	
	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.
Брестская	16,32	274	15,08	73	12,90	89	7,93	54
Витебская	11,06	186	14,22	70	13,16	90	10,71	73
Гомельская	15,30	257	16,50	84	13,75	95	10,77	76
Гродненская	11,25	189	11,38	53	11,21	78	7,86	57
г. Минск	20,12	338	17,64	91	26,99	192	53,61	398
Минская	14,88	250	11,52	59	10,78	78	0,00	0
Могилевская	11,06	186	13,66	66	11,21	76	9,11	67
ВСЕГО	100,00	1681	100,00	496	100,00	698	100,00%	725

Распределение *достигнутой выборки* учащейся молодежи в региональном разрезе в зависимости от типа учебного заведения представлено в таблице 2.

Таблица 2 – Распределение достигнутой выборки учащейся молодежи в региональном разрезе в зависимости от типа учебного заведения (в % и абсолютных числах)

Регион	Учреждение общего среднего образования		Учреждение профессионально-технического образования		Учреждение среднего специального образования		Учреждение высшего образования	
	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.
Брестская	16,3%	275	14,7%	73	12,8%	89	7,5%	54
Витебская	11,1%	186	14,1%	70	12,9%	90	10,1%	73
Гомельская	15,4%	259	16,8%	83	13,6%	95	10,5%	76
Гродненская	11,2%	189	10,9%	54	11,2%	78	7,9%	57
г. Минск	20,0%	337	18,2%	90	27,5%	192	54,8%	397
Минская	14,9%	251	11,9%	59	11,2%	78	0,0%	0
Могилевская	11,1%	186	13,3%	66	10,9%	76	9,3%	67
ВСЕГО	100,0%	1683	100,0%	495	100,0%	698	100,0%	724

*На первой ступени* производился отбор населенных пунктов для проведения опроса. В выборку в обязательном порядке были включены столица страны – г. Минск и областные центры, поскольку в них сосредоточено большинство учреждений профессионально-технического образования, среднего специального образования и высшего образования. Отбор средних и малых городов производился методом случайного бесповторного отбора из числа тех городских населенных пунктов выделенных страт, в которых есть учреждения профессионально-технического и среднего специального образования. Аналогично производился отбор сельских населенных пунктов для опроса учащихся учреждений общего среднего образования, проживающих в сельской местности. Таким образом, в

выборке обеспечен географический охват и представительство учащихся учреждений образования всех типов в поселениях различных типов и размеров.

Распределение достигнутой выборки в зависимости от размера и типа населенных пунктов представлено в таблице 3.

Таблица 3 – Распределение достигнутой выборки учащейся молодежи в зависимости от размера и типа населенных пунктов (в % и абсолютных числах)

Тип населенного пункта	Кол-во чел.	%
Город с численностью населения свыше 300 тыс.чел. (столица, обл.центры)	1659	46,1
Город с численностью населения от 100 до 299 тыс. чел.	404	11,2
Город с численностью населения от 50 до 99 тыс. чел.	245	6,8
Город с численностью населения от 20 до 49 тыс. чел.	403	11,2
Город с численностью населения до 20 тыс. чел.	582	16,2
Сельский населенный пункт	307	8,5
Итого	3600	100,0

На второй ступени осуществлялся отбор учебных заведений для проведения опроса. В отобранных для опроса населенных пунктах методом случайного бесповторного отбора выбирались учебные заведения из числа всех учебных заведений в заданных категориях (УОСО, УПТО, УССО, УВО). Список учреждений образования, отобранных для опроса, был согласован с Министерством образования и с Министерством здравоохранения. Опрос был проведен в 156 учреждениях образования.

На третьей ступени производился отбор учебных классов и групп для проведения опроса. Количество единиц отбора определялось исходя из среднего числа учащихся в учебных классах УОСО (25 человек в городской местности и 9–10 человек в сельской местности), в учебных группах УПТО, УССО и ВУЗов (25 человек) и необходимого количества респондентов, которых предполагалось опросить в каждой из указанных категорий. Для охвата максимально возможного количества учебных заведений, в учреждениях общего среднего образования, профессионально-технического образования и среднего специального образования отбиралось по одной группе, в учреждениях высшего образования – от одной до трех групп (по одной группе на факультете). Количество учебных классов/групп, в которых был проведен опрос – 174.

*Проведение опроса.* Проведение опроса в регионах согласовывалось с Главными управлениями по образованию и Главными управлениями по здравоохранению облисполкомов. В каждое из них были направлены письма с информацией об исследовании с приложением копий писем-согласований от соответствующих министерств.

В каждом учреждении образования проведение опроса согласовывалось с руководством. Письма с информацией об исследовании с приложением копий писем-согласований от соответствующих министерств были разосланы в каждое учреждение образования, отобранное для опроса. После этого с руководителями учреждений образования (или назначенными ответственными исполнителями) связывались супервайзеры, а затем – анкетеры, и договаривались о дате и времени проведения опроса. В ряде случаев такое многоступенчатое согласование длилось несколько недель.

Опрос проходил в форме группового анкетирования в учебной аудитории. Средняя продолжительность заполнения анкеты – 45 минут. Во время опроса в учебной аудитории не допускалось присутствие руководителя учреждения образования и учителей, преподавателей, непосредственно работающих с учебной группой, отобранной для опроса. Опрос проходил в присутствии психолога или социального педагога учреждения образования.

Всем участникам опроса было предложено заполнить форму, подтверждающую согласие на добровольное участие в опросе. В опросе приняли участие только те респонденты, кто письменно подтвердил добровольное согласие, заполнив соответствующую форму. Также анкетеры гарантировали респондентам анонимность ответов каждого участника и конфиденциальность полученной информации. Нужно отметить, что респонденты в целом выразили высокую заинтересованность в участии в опросе, было только 28 отказов респондентов от участия в опросе. В таких случаях анкетер, проводивший опрос, должен был корректно проинформировать респондента о важности его участия в исследовании, о значимости исследования, его целях и задачах, об основных принципах проведения исследования. Однако если респондент снова не соглашался, то анкетер не настаивал на его участии.

Заполненные бланки согласия респондентов на участие в опросе в присутствии респондентов складывались в специальные конверты и заклеивались, после чего респондентам предлагалось заполнить анкету.

После ответа на вопросы анкеты каждый подросток получил буклеты с адресами центров, дружественных подросткам, и телефонами горячей линии.

Заполненные анкеты в присутствии респондентов также складывались в отдельные конверты и заклеивались. Категорически запрещалась передача заполненных анкет третьим лицам.

После проведения опроса каждый анкетер подготовил отчет, в котором была отражена информация о выполнении задания по выборке, дате проведения опроса и его особенностях (если таковые имелись).

*Контроль качества полевых работ.* За ходом опросных работ осуществлялся контроль супервайзерами, были проведены супервизии на местах работы анкетеров на нескольких объектах с целью обеспечения качества их работы. Заклеенные конверты с заполненными бланками согласия респондентов на участие в исследовании и с заполненными анкетами анкетеры сдавали региональному руководителю опросной сети вместе с персональным отчетом о проведении опроса.

После окончания опроса в офисе исследовательской организации все анкеты проверены на полноту и логику заполнения. В ходе проверки были признаны непригодными к использованию анкеты, которые: 1) заполнены менее чем на 70 % (60 вопросов из 85); 2) в которых не указан возраст респондента; 3) если возраст респондента выходил за возрастные рамки объекта исследования (старше 19 лет). Затем региональные руководители осуществляли подготовку принятых анкет к обработке (нумерация и кодировка).

*Обработка полученной информации.* Принятые к обработке анкеты передавались для ввода информации. Ввод и статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью программных пакетов SPSS и Microsoft Excel. После ввода анкет и формирования базы данных произведена проверка и «чистка» массива на предмет ошибок ввода и других несоответствий. В ходе обработки были введены дополнительные варианты ответов и соответствующие коды: для вопросов, отражающих мнения и оценки респондентов, введен вариант «нет ответа» или «респондент затруднился дать ответ».

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4

### Цитаты из интервью экспертов по вопросам системы охраны психического здоровья.

Недостаточная эффективность школьной социально-педагогической службы:

*«Квалификация психологов в госучреждениях – это проблема номер один. Это большая проблема. Первый приход [ребенка] к психологу формирует определенное отношение. А первый психолог, с которым встречаются дети, – это школьный психолог. ... У него много отчетов, много бумажек и он занимается чем угодно, но только не помощью психологической. Поэтому даже если человек обращается, он разочаровывается, очень часто разочаровывается. ... И после этого обесценивается сама психологическая помощь. ... И еще, сама позиция психолога в системе образования, не только его квалификация, но то, что он не всегда может работать, даже если он что-то знает, ему не дают работать». (Эксперт 7)*

*«В системе среднего образования есть должности социального педагога и психолога... Но нет там компетентных специалистов для того, чтобы даже определить вопрос правильно. ... Очень часто у нас психологи не имеют необходимых знаний. Вопрос не в том, что он должен вылечить этого человека, вопрос в том, что он должен определить проблему у человека... А этого нет. Не настолько компетентны у нас специалисты. ... А социальные педагоги... Это же организаторы какой-то культурной деятельности. Это вообще не тот уровень компетенций. И если говорить, что социальные педагоги должны решать какие-то вопросы, то, соответственно, им надо дополнять какие-то компетенции, повышать квалификацию: как определить, что делать, если заметил какие-то признаки, звоночки и т.д., как составить программу поддержки ему, родителям». (Эксперт 6)*

*«Социальный педагог в школе это у нас и массовик-затейник, и организатор культурных мероприятий ... Тысяча отчетов, детей в СОПе он проверил, десятки классов он обошёл и посмотрел, как дети живут. То есть у него физически времени может не хватать на то, чтобы выявлять проблемы с психическим здоровьем детей. Эту проблему решить достаточно сложно в рамках структуры системы образования». (Эксперт 8)*

Недостаточное кадровое обеспечение медицинских учреждений узкопрофильными специалистами по работе с детьми и подростками:

*«У нас существует проблема обеспечения кадрами. Оклады невысоки, поэтому многие люди уходят, чтобы получить больше денег, все мы хотим быть обеспеченными, а слишком большая нагрузка способствует эмоциональному выгоранию, поэтому кадры часто не задерживаются, а остаются только люди, для которых это является делом жизни». (Эксперт 9)*

*«Психиатрическая помощь доступна в больших городах. Если говорить о районах, то там ситуация очень плачевная. Иногда на весь район есть один специалист и для взрослых, и для детей – психиатр-нарколог. То есть, нет системы поддержки на местах. И если мы говорим про какие-то достаточно тяжелые группы, то скорее всего этого подростка просто отправят в РНПЦ психического здоровья, далеко от дома. Это неправильно, потому что помощь должна оказываться на местном уровне, человека нельзя вырывать из того сообщества, в котором он живет. Соответственно, и родственники перемещаются вместе с ним, а это дополнительные стрессовые ситуации. ... Приведу один пример с семьей, они в Столине проживают. У них целая эпопея была, как они перемещались. Их отправили в брестский областной диспансер, им там сказали, что нет, мы, наверное, вам не поможем, вы езжайте в РНПЦ. В РНПЦ сказали, что вам должны*

*были помощь оказать в брестском областном диспансере. В итоге вот так перекидывали туда-сюда эту семью, реально потом уже началась проблема не только у этого мальчика, но и у семьи. Там уже мама на препаратах, ее уже обкалывали, чтобы успокоить. Нет поддержки никакой и доступ тут нулевой абсолютно». (Эксперт 6)*

*«На периферии, это я говорю конкретно про свое учреждение, ты «и швец и жнец»... Мне нужно знать и психиатрию, и наркологию, и психологию. И во всем ты должен быть профи... В этом, наверное, основная сложность, что объять необъятное просто невозможно...». (эксперт 3)*

Присутствуют противоречия между законодательством и административными практиками:

*«С одной стороны, в законе о психологической помощи написано, что информация конфиденциальная, с другой стороны, когда поступает указание от вышестоящих органов «подать списки детей, у которых высокий риск суицидального поведения», что делать психологу?» (эксперт 5)*

Отсутствует система работы с родственниками тех людей, которые имеют психическое заболевание или проблемы с психическим здоровьем:

*«Многие при первом обращении, когда ставится диагноз, или еще раньше, когда уже маячит диагноз на горизонте, кидаются в панику. Как я должен себя вести? И очень часто они начинают делать не совсем правильные вещи по отношению к тому же ребенку, который выходит уже с диагнозом. Потому что они не знают, как правильно. Необходимо донести, что им делать, как они должны изменяться. Тем более, что они сами люди и, соответственно, им поддержка тоже нужна». (эксперт 6)*

Нет единой законодательно и финансово обеспеченной концепции защиты детства, которая была бы не узковедомственной. Законодательством недостаточно урегулирован ряд вопросов:

*«Основные проблемы, пробелы в реализации мероприятий по охране психического здоровья подростков в нашей стране существуют из-за отсутствия целостной системы преемственности и финансового обеспечения. Программы охраны психического здоровья нет как таковой. Она должна быть создана с учетом современных знаний психологических, социологических, медицинских. Все, что есть, – это фрагменты документов различных министерств и ведомств, которые не объединены согласованными целями и задачами». (Эксперт 9)*

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Результаты многомерного анализа факторов депрессии у подростков и молодых людей.

		ДЕПРЕССИЯ								
		Всего			Девушки			Юноши		
		N (%)	OR	95 % CI	N (%)	OR	95% CI	N (%)	OR	95 % CI
<b>Демография</b>										
Пол	Женский	325 (16.6)	<b>1.59</b>	<b>1.14-2.23</b>	325 (16.6)	-		-	-	
	Мужской	176 (10.7)	-	-	-	-		176 (10.7)	-	
Возраст	14-15	306 (29.8)	0.90	0.59 - 1.39	179 (32.2)	0.63	0.36-1.09	127 (27.0)	1.45	0.66-3.17
	16-17	403 (28.7)	0.98	0.67 -1.42	194 (26.0)	0.71	0.44-1.14	209 (31.9)	1.40	0.7-2.81
	18-19	262 (26.4)	-	-	151 (26.2)	-	-	111 (26.7)	-	-
Области	Брестская	82 (16.7)	1.22	0.69-2.14	56 (19.1)	0.86	0.42-1.74	26 (13.1)	2.27	0.75-6.85
	Витебская	46 (11.0)	0.73	0.4-1.33	25 (10.6)	<b>0.43</b>	<b>0.19-0.96</b>	21 (11.5)	1.49	0.52-4.24
	Гомельская	73 (14.2)	0.89	0.51-1.57	48 (16.6)	0.73	0.35-1.52	25 (11.2)	1.39	0.52-3.71
	Гродненская	35 (9.3)	0.67	0.32-1.37	22 (11.3)	0.50	0.20-1.28	13 (7.1)	0.79	0.22-2.89
	Минская	58 (14.9)	0.60	0.30-1.20	35 (16.3)	0.45	0.19-1.06	23 (13.3)	1.02	0.29-3.61
	Могилевская	53 (13.4)	1.21	0.68-2.14	35 (17.6)	0.91	0.43-1.93	18 (9.2)	1.76	0.65-4.78
	Город Минск	154 (15.2)	-	-	104 (19.8)	-	-	50 (10.2)	-	-
Городское население (тысяч)	300+	452 (28.6)	<b>0.603*</b>	0.37 - 0.99	252 (28.1)	<b>0.317***</b>	0.16 -0.62	200 (29.3)	1.434	0.60 - 3.43
	20-299	284 (28.4)	0.807	0.53 - 1.23	141 (25.7)	<b>0.513*</b>	0.29 - 0.89	143 (31.6)	1.390	0.66 - 2.92
	меньше 20	235 (28.0)	-	-	131 (30.3)	-	-	104 (25.6)	-	-
Экономическая ситуация в семье	От зарплаты до зарплаты	112 (28.4)	<b>2.05*</b>	<b>1.08-3.89</b>	71 (29.8)	2.08	0.91-4.76	41 (26.3)	1.62	0.55-4.82
	На жизнь хватает, но не откладывают	171 (14.4)	1.09	0.61-1.96	108 (17.1)	1.18	0.56-2.51	63 (11.4)	0.82	0.31-2.2
	На жизнь хватает, но не на дорогие покупки	170 (11.3)	1.15	0.65-2.03	118 (14.9)	1.23	0.59-2.54	52 (7.3)	0.81	0.31-2.12

	Деньги проблема	не	34 (7.6)	-	-	21 (8.1)	-	-	13 (6.9)	-	-
<b>Рискованное поведение</b>											
Употребление алкоголя	Регулярно		136 (21.3)	0.69	0.44-1.08	81 (25.6)	0.68	0.38-1.22	55 (17.1)	0.72	0.34-1.53
	Один раз в месяц		107 (14.5)	0.78	0.52-1.17	76 (16.2)	0.71	0.43-1.17	31 (11.6)	1.07	0.51-2.26
	Нет		193 (10.4)	-	-	126 (12.8)	-	-	67 (7.7)	-	-
	Отказались отвечать		65 (17.8)	1.36	0.80-2.30	42 (23.3)	1.37	0.70-2.68	23 (12.4)	1.47	0.58-3.7
Употребление наркотиков	Да		429 (12.5)	-	-	294 (15.6)	-	-	135 (8.8)	-	-
	Нет		42 (40.4)	<b>2.93**</b>	1.44-5.97	20 (50.0)	2.02	0.65-6.25	22 (34.4)	<b>3.04*</b>	1.14-8.12
Агрессивное поведение	Нет		272 (9.7)	<b>0.43***</b>	0.3-0.62	199 (12.4)	0.62	0.39-1.01	73 (6.0)	<b>0.28***</b>	0.15-0.51
	Да		196 (32.5)	-	-	107 (39.3)	-	-	89 (26.8)	-	-
Аддиктивное поведение	Да		303 (10.8)	0.73	0.48-1.11	216 (13.4)	0.83	0.47-1.46	87 (7.2)	0.88	0.44-1.74
	Нет		161 (28.3)	-	-	83 (35.2)	-	-	78 (23.5)	-	-
<b>Отношения</b>											
Отношения матерью	с	Теплые	377 (11.9)	-	-	250 (14.5)	-	-	127 (8.8)	-	-
		Не вмешиваемся в дела друг друга	80 (32.1)	1.28	0.79-2.06	46 (34.3)	1.59	0.87-2.91	34 (29.6)	0.97	0.41-2.31
		Напряженные	23 (32.4)	0.45	0.17-1.16	16 (35.6)	0.56	0.17-1.84	7 (26.9)	0.3	0.05-1.78
Отношения с отцом	с	Теплые	251 (10.1)	-	-	157 (12.1)	-	-	94 (7.9)	-	-
		Не вмешиваемся в дела друг друга	124 (24.2)	<b>1.45*</b>	1.01-2.09	88 (28.8)	<b>1.68*</b>	1.06-2.65	36 (17.4)	1.31	0.66-2.62
		Напряженные	52 (41.6)	<b>2.68**</b>	1.44-4.98	34 (42.0)	<b>2.59*</b>	1.19-5.63	18 (40.9)	1.77	0.55-5.67
Конфликты учителями	с	Часто	277 (10.6)	0.87	0.39-1.92	195 (13.5)	0.65	0.23-1.79	82 (7.1)	1.16	0.30-4.45
		Иногда	184 (22.0)	1.21	0.54-2.71	107 (25.2)	0.85	0.3-2.4	77 (18.7)	1.79	0.46-7.01
		Редко	29 (29.6)	-	-	16 (32.7)	-	-	13 (26.5)	-	-
Конфликты сверстниками	со	Часто	61 (33.9)	1.66	0.9-3.05	37 (36.6)	1.46	0.64-3.34	24 (30.4)	2.08	0.77-5.63
		Иногда	288 (15.9)	1.12	0.81-1.55	184 (19.0)	1.1	0.73-1.65	104 (12.3)	1.24	0.67-2.28

	Редко	152 (9.4)	-	-	104 (11.7)	-	-	48 (6.6)	-	-
<b>Ситуации риска</b>										
Переезд в новое место	Нет	350 (13.2)	0.94	0.66-1.33	221 (16.0)	1.08	0.69-1.69	129 (10.0)	0.77	0.41-1.44
	Да	151 (16.1)	-	-	104 (18.1)	-	-	47 (12.9)	-	-
Переход в новую школу	Нет	318 (12.3)	0.92	0.65-1.3	198 (14.9)	0.91	0.59-1.41	120 (9.6)	0.85	0.46-1.57
	Да	183 (18.0)	-	-	127 (20.4)	-	-	56 (14.2)	-	-
Развод родителей	Нет	420 (12.9)	0.66	0.42-1.03	269 (15.3)	0.63	0.36-1.09	151 (10.1)	0.75	0.34-1.66
	Да	81 (23.2)	-	-	56 (28.3)	-	-	25 (16.6)	-	-
Сексуальное насилие	Нет	453 (13.1)	-	-	294 (15.6)	-	-	159 (10.1)	-	-
	Да	46 (34.8)	1.02	0.51-2.02	29 (44.6)	1.03	0.44-2.42	17 (25.4)	1.13	0.35-3.67
Физическое насилие	Нет	371 (11.6)	-	-	248 (14.1)	-	-	123 (8.5)	-	-
	Да	129 (33.8)	1.49	0.96-2.33	76 (40.9)	<b>1.85*</b>	1.03-3.32	53 (27.0)	1.36	0.65-2.83
Отказ в необходимом	Нет	344 (11.5)	-	-	225 (13.7)	-	-	119 (8.8)	-	-
	Да	155 (26.0)	<b>1.65**</b>	<b>1.14-2.39</b>	98 (32.1)	<b>1.77*</b>	<b>1.1-2.84</b>	57 (19.6)	1.53	0.79-2.99
Неудовлетворенность	Нет	79 (7.4)	-	-	34 (6.9)	-	-	45 (7.8)	-	-
	Да	421 (16.7)	<b>1.58*</b>	<b>1.01-2.46</b>	290 (19.9)	<b>3.59***</b>	<b>1.8-7.17</b>	131 (12.3)	0.61	0.30-1.24
Психологическое насилие	Да	386 (19.1)	-	-	259 (22.5)	-	-	127 (14.6)	-	-
	Нет	114 (7.2)	0.81	0.56-1.19	65 (8.1)	0.65	0.40-1.05	49 (6.3)	1.19	0.58-2.24
Угрозы	Нет	279 (10.1)	-	-	187 (12.2)	-	-	92 (7.6)	-	-
	Да	217 (26.1)	1.33	0.93-1.91	134 (33.2)	<b>1.58*</b>	<b>1.0-2.49</b>	83 (19.5)	1.19	0.62-2.28
<b>Психологические факторы</b>										
Уровень ситуационной тревожности	Низкий	48 (3.5)	-	-	15 (2.6)	-	-	33 (4.2)	-	-
	Нормальный	152 (10.9)	<b>2.73***</b>	<b>1.55-4.79</b>	107 (11.9)	<b>3.91**</b>	<b>1.65-9.26</b>	45 (9.2)	2.17	0.95-4.99
	Высокий	274 (44.7)	<b>8.42***</b>	<b>4.54-15.61</b>	189 (48.8)	<b>14.49***</b>	<b>5.79-36.28</b>	85 (37.6)	<b>5.37***</b>	<b>2.03-14.15</b>



Уровень личностной тревожности	Низкий	33 (3.8)	-	-	8 (2.8)	-	-	25 (4.3)	-	-
	Нормальный	96 (6.4)	0.81***	0.41-1.59	61 (6.6)	2.15	0.46-10.10	35 (6.0)	0.82**	0.33-2.05
	Высокий	343 (35.0)	<b>2.38*</b>	<b>1.15-4.93</b>	241 (36.0)	<b>6.13*</b>	<b>1.27-29.72</b>	102 (32.8)	2.70	0.96-7.60
Есть жизненные цели	Нет	195 (18.4)	<b>1.97***</b>	<b>1.44-2.7</b>	212 (14.6)	<b>2.03***</b>	<b>1.35-3.06</b>	94 (8.6)	<b>2.05*</b>	<b>1.17-3.59</b>
	Да	306 (12.0)	-	-	113 (22.4)	-	-	82 (14.8)	-	-

Уровни значимости: \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

**p-значение**, уровни значимости – вероятность получить для данной вероятностной модели распределения значений случайной величины такое же или более экстремальное значение статистики по сравнению с ранее наблюдаемым, при условии, что нулевая гипотеза верна.

**N** – количество респондентов с данным признаком

**OR** – отношение шансов, мера величины эффекта, описывающая силу связи или зависимости между двумя двузначными (бинарными) величинами.

**95% CI** – 95% доверительный интервал, интервал, который покрывает неизвестный параметр с вероятностью в 95%.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 6**

**Результаты многомерного анализа факторов суицидальных мыслей у подростков и молодых людей.**

		Суицидальные мысли								
		Всего			Девушки			Юноши		
		N (%)	OR	95 % CI	N (%)	OR	95 % CI	N (%)	OR	95 % CI
<b>Демография</b>										
Пол	Женский	524 (27.9)	<b>2.36***</b>	<b>1.82-3.06</b>	524 (27.9)			-	-	-
	Мужской	447 (29.0)	-	-	-	-	-	447 (29.0)		
Возраст	14-15	306 (29.8)	1.19	0.85-1.65	179 (32.2)	1.31	0.87-1.95	127 (27.0)	0.99	0.52-1.88
	16-17	403 (28.7)	1.19	0.90-1.58	194 (26.0)	1.06	0.75-1.49	209 (31.9)	<b>1.74*</b>	<b>1.01-3.00</b>
	18-19	262 (26.4)	-	-	151 (26.2)	-	-	111 (26.7)	-	-
Области	Брестская	136 (29.1)	1.25	0.82-1.91	76 (26.9)	1.18	0.72-1.93	60 (32.4)	1.51	0.60-3.78
	Витебская	116 (28.2)	1.08	0.70-1.68	54 (23.2)	0.99	0.58-1.68	62 (34.8)	1.25	0.53-2.94
	Гомельская	156 (32.8)	1.36	0.89-2.08	95 (33.8)	1.38	0.82-2.29	61 (31.4)	1.44	0.64-3.23
	Гродненская	64 (17.5)	1.09	0.68-1.76	27 (14.4)	1.25	0.72-2.18	37 (20.8)	0.78	0.29-2.09
	Минская	113 (32.4)	1.44	0.87-2.38	62 (31.0)	1.27	0.70-2.31	51 (34.2)	2.28	0.83-6.23
	Могилевская	83 (21.6)	0.82	0.52-1.30	48 (24.7)	0.70	0.40-1.23	35 (18.4)	1.11	0.48-2.56
	Город Минск	303 (31.3)	-	-	162 (32.3)	-	-	141 (31.5)	-	-
Городское население (тысяч)	300+	452 (28.6)	1.19	0.81-1.73	252 (28.1)	1.07	0.67-1.71	200 (29.3)	1.67	0.80-3.48
	20-299	284 (28.4)	1.28	0.93-1.77	141 (25.7)	1.23	0.83-1.83	143 (31.6)	1.49	0.81-2.74
	Менее 20	235 (28.0)	-	-	131 (30.3)	-	-	104 (25.6)	-	-
Экономическая ситуация в семье	От зарплаты до зарплаты	159 (42.4)	0.99	0.62-1.58	86 (38.1)	0.95	0.55-1.65	73 (49.0)	1.37	0.51-3.66
	На жизнь хватает, но не откладывают	343 (30.7)	0.87	0.60-1.26	183 (30.3)	0.77	0.49-1.23	160 (31.2)	1.48	0.63-3.48
	На жизнь хватает, но не на дорогие покупки	361 (25.2)	0.96	0.68-1.35	197 (25.6)	0.78	0.51-1.21	164 (24.7)	1.30	0.56-3.01
	Деньги не проблема	85 (20.0)	-	-	47 (19.1)	-	-	38 (21.2)	-	-
<b>Рискованное поведение</b>										
Употребление алкоголя	Регулярно	289(46.9)	<b>1.86***</b>	<b>1.33 - 2.59</b>	141 (45.9)	<b>1.84**</b>	<b>1.21-2.52</b>	143 (47.8)	<b>2.08*</b>	<b>1.17-3.73</b>
	Один раз в месяц	202 (28.5)	<b>1.78***</b>	<b>1.33 - 2.39</b>	129 (28.5)	<b>1.78**</b>	<b>1.26 - 2.52</b>	73 (48.7)	<b>1.79*</b>	<b>1.00 – 3.20</b>
	Нет	371 (20.9)	-	-	190 (19.9)	-	-	181 (22.1)	-	-

	Отказались отвечать	114 (34.0)	1.24	0.82-1.89	64 (38.6)	1.30	0.79-2.15	50 (29.6)	1.08	0.47-2.48
Употребление наркотиков	Нет	874 (26.8)	0.78	0.41-1.49	486 (26.8)	0.88	0.32-2.44	388 (26.9)	0.77	0.31-1.93
	Да	58 (60.4)	-	-	21 (56.8)	-	-	37 (62.7)	-	-
Агрессивное поведение	Нет	501 (18.4)	<b>0.66*</b>	<b>0.48-0.91</b>	305 (19.5)	<b>0.61*</b>	<b>0.41-0.93</b>	196 (16.8)	0.76	0.44-1.30
	Да	431 (74.2)	-	-	199 (75.7)	-	-	232 (73.0)	-	-
Депрессия	Нет	638 (21.6)	-	-	305 (19.4)	-	-	333 (24.1)	-	-
	Да	333 (70.6)	<b>3.59***</b>	<b>2.61-4.95</b>	219 (70.6)	<b>3.70***</b>	<b>2.48-5.54</b>	114 (70.4)	<b>3.78***</b>	<b>2.14-6.67</b>
Аддиктивное поведение	Нет	577 (21.1)	0.87	0.62-1.22	341 (21.6)	0.80	0.51-1.24	236 (20.3)	0.97	0.55-1.72
	Да	356 (65.3)	-	-	158 (68.4)	-	-	198 (63.1)	-	-
<b>Отношения</b>										
Отношения с матерью	Теплые	786 (26.0)	-	-	424 (25.4)	-	-	362 (26.6)	-	-
	Не вмешиваемся в дела друг друга	118 (49.6)	1.08	0.71-1.65	61 (47.3)	1.35	0.81-2.26	57 (52.3)	0.61	0.27-1.34
	Напряженные	33 (52.4)	1.75	0.87-3.53	23 (56.1)	1.51	0.62-3.67	10 (45.5)	1.58	0.46-5.37
Отношения с отцом	Теплые	570 (24.0)	-	-	284 (22.6)	-	-	286 (25.6)	-	-
	Не вмешиваемся в дела друг друга	201 (41.5)	<b>1.52**</b>	<b>1.14-2.03</b>	120 (40.8)	1.25	0.87-1.78	81 (42.6)	<b>2.30**</b>	<b>1.34-3.97</b>
	Напряженные	68 (59.6)	<b>2.16**</b>	<b>1.25-3.74</b>	48 (63.2)	1.75	0.88-3.44	20 (52.6)	<b>3.81**</b>	<b>1.37-10.56</b>
Конфликты с учителями	Часто	578 (23.3)	1.40	0.70-2.83	323 (23.1)	1.09	0.46-2.58	255 (23.5)	2.30	0.59-9.06
	Иногда	328 (40.9)	1.82	0.89-3.73	170 (41.4)	1.44	0.60-3.50	158 (40.5)	2.83	0.71-11.23
	Редко	50 (54.9)	-	-	25 (53.2)	-	-	25 (56.8)	-	-
Конфликты со сверстниками	Часто	91 (54.5)	1.66	0.97-2.82	57 (58.8)	1.28	0.63-2.60	34 (48.6)	2.11	0.87-5.14
	Иногда	560 (32.7)	1.03	0.81-1.31	290 (31.3)	1.05	0.79-1.40	270 (34.3)	0.92	0.57-1.49
	Редко	320 (20.8)	-	-	177 (20.7)	-	-	143 (20.9)	-	-
<b>Ситуации риска</b>										
Переезд в новое место	Нет	686 (27.0)	<b>0.67**</b>	<b>0.51-0.87</b>	346 (26.1)	<b>0.66*</b>	<b>0.48-0.91</b>	340 (28.1)	0.67	0.41-1.11
	Да	285 (32.3)	-	-	178 (32.2)	-	-	107 (32.3)	-	-
Переход в новую школу	Нет	665 (27.0)	1.06	0.81-1.37	339 (26.4)	1.10	0.80-1.50	326 (27.7)	1.14	0.69-1.91
	Да	306 (31.8)	-	-	185 (31.0)	-	-	121 (33.2)	-	-

Развод родителей	Нет	843 (27.3)	0.71	0.49-1.02	443 (26.2)	0.71	0.45-1.11	400 (28.5)	0.66	0.34-1.26
	Да	128 (39.0)	-	-	81 (43.1)	-	-	47 (33.6)	-	-
Сексуальное насилие	Нет	892 (27.1)	-	-	481 (26.6)	-	-	411 (27.8)	-	-
	Да	76 (61.3)	1.65	0.91-2.98	40 (63.5)	<b>2.64*</b>	<b>1.16-5.99</b>	36 (59.0)	0.78	0.29-2.06
Физическое насилие	Нет	761 (24.9)	-	-	414 (24.3)	-	-	347 (25.6)	-	-
	Да	208 (58.1)	<b>1.80**</b>	<b>1.23-2.62</b>	109 (62.3)	<b>1.68*</b>	<b>1.01-2.80</b>	99 (54.1)	<b>2.01*</b>	<b>1.10-3.68</b>
Отказ в необходимом	Нет	739 (25.9)	1.01	0.74-1.38	394 (24.8)	1.11	0.75-1.63	345 (27.2)	0.80	0.45-1.40
	Да	229 (41.1)	-	-	127 (44.1)	-	-	102 (37.9)	-	-
Неудовлетворенность	Нет	202 (19.9)	1.18	0.88-1.59	76 (16.1)	1.25	0.87-1.80	126 (23.2)	1.27	0.44-1.24
	Да	768 (31.9)	-	-	447 (31.8)	-	-	321 (32.2)	-	-
Вербальное и эмоциональное насилие	Нет	271 (18.2)	-	-	116 (15.1)	-	-	155 (21.3)	-	-
	Да	699 (36.3)	<b>1.62***</b>	<b>1.24-2.13</b>	407 (36.7)	<b>1.49*</b>	<b>1.08-2.07</b>	292 (35.9)	<b>1.82*</b>	<b>1.06-3.12</b>
Угрозы	Нет	608 (23.2)	0.90	0.67-1.20	331 (22.3)	0.89	0.63-1.28	277 (24.2)	0.74	0.44-1.24
	Да	353 (45.3)	-	-	186 (48.1)	-	-	167 (42.5)	-	-
<b>Психологические факторы</b>										
Уровень ситуационной тревожности	Нормальный	186 (14.2)	-	-	58 (10.4)	-	-	128 (17.0)	-	-
	Высокий	376 (28.4)	<b>1.71***</b>	<b>1.25-2.35</b>	223 (25.7)	<b>1.67**</b>	<b>1.14-2.46</b>	153 (33.6)	1.79	0.97-3.30
	Низкий	348 (60.3)	<b>2.26***</b>	<b>1.48-3.45</b>	219 (59.3)	<b>1.81*</b>	<b>1.07-3.05</b>	129 (62.0)	<b>2.26***</b>	<b>1.48-3.45</b>
Уровень личностной тревожности	Нормальный	128 (15.2)	-	-	22 (7.8)	-	-	106 (18.9)	-	-
	Высокий	307 (21.5)	1.35	0.90-2.04	169 (19.1)	<b>1.82*</b>	<b>1.02-3.26</b>	138 (25.4)	1.03	0.53-2.00
	Нет	474 (51.0)	<b>2.25***</b>	<b>1.39-3.64</b>	311 (48.4)	<b>3.27***</b>	<b>1.70-6.30</b>	163 (56.8)	1.33	0.58-3.02
Есть жизненные цели	Да	524(27.9)	-	-	367(26.4)	-	-	338(30.9)	-	-
	Женский	341(33.7)	1.22	0.95-1.56	157 (32.1)	1.08	0.79-1.47	184(41.2)	1.40	0.89-2.21

Уровни значимости: \*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001