

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

На правах рукописи
УДК 616.89-008.441.44-036.2

СЮЙ МАРИНА ВИКТОРОВНА

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СУИЦИДОВ
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

14.02.02 – эпидемиология

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Касымов О.Т.

Бишкек – 2025

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ	3
ВВЕДЕНИЕ	4-10
ГЛАВА 1. СУИЦИДЫ В МИРЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	11-51
1.1. Самоубийства как глобальная проблема	11-19
1.2. Социальные и личностные предпосылки суицидов	19-31
1.3. Суициды в подростковом возрасте	31-40
ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	41-46
2.1. Материалы исследования	41-43
2.2. Методы исследования	43-46
ГЛАВА 3. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ В КР (РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)	47-67
3.1. Инцидентность завершенных суицидов за период с 2011 - 2023 гг.	47-56
3.2. Поло-возрастной анализ суицидентов с определением групп риска	57-67
ГЛАВА 4. СУИЦИДАЛЬНАЯ ГОТОВНОСТЬ ЛИЦ ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО ВОЗРАСТУ (РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)	68-84
4.1. Частота встречаемости мыслей о самоубийстве, суицидальных попыток и депрессии.	68-73
4.2. Мотивы и факторы риска совершения суицидов	73-84
ГЛАВА 5. ОПТИМИЗАЦИЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	85-91
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	92-93
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	94
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	95-110
ПРИЛОЖЕНИЯ	111-116

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВОЗ	- Всемирная Организация Здравоохранения
ГППЖ	- Годы потерянной потенциальной жизни
ЕС	- Европейский Союз
КР	- Кыргызская Республика
МВД	- Министерство внутренних дел
МКБ-10	- Международная классификация болезней 10-го пересмотра
ОКР	- Обсессивно-компульсивное расстройство
ООН	- Организация Объединенных Наций
ОР	- Относительные риски
ОЭСР	- Организации экономического сотрудничества и развития
ПАВ	- Психоактивные вещества
СМИ	- Средства массовой информации
СПИД	- Синдром приобретённого иммунного дефицита
ШОС	- Шанхайская организация сотрудничества

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы диссертации.

Самоубийство, определяемое как смерть, вызванная умышленным причинением себе вреда – одна из глобальных проблем здравоохранения, которая касается всех людей независимо от их возраста, пола, религии и культуры [1, 2, 3]. По оценкам ВОЗ, самоубийство является 13-й по значимости причиной смерти в мире. Ежегодно путем самоубийства лишают себя жизни не менее 800 тыс. человек [4]. В большинстве государств-членов ВОЗ, которые предоставляют Организации статистические данные о смертности, наблюдается явный и резкий рост уровня самоубийств. На каждое самоубийство приходится значительно больше попыток его совершения. Среди взрослого населения на каждого погибшего от суицида приходится свыше 20 человек, совершивших суицидальную попытку [5].

Суицидальное поведение варьируется в зависимости от пола, возраста, географического распределения и социально-политических условий. Соотношение мужчин и женщин в стандартизованном по возрасту уровне самоубийств во всем мире составляет 1,9:1 [6]. В целом самоубийства составляют 50% всех смертей от насильственных причин среди мужчин и 71% среди женщин [7]. В странах с низким и средним уровнем дохода происходит примерно 75% всех самоубийств при соотношении мужских и женских самоубийств 1,5 к 1 [8]. Самоубийства совершаются людьми самых различных возрастных групп, но в большей степени случаи суицида регистрируются среди лиц старше 85 лет и в молодом возрасте (15–29 лет) [9, 10, 11]. По данным Международного чрезвычайного детского фонда ООН, самоубийство является пятой по значимости причиной смерти среди подростков в возрасте 10–19 лет во всем мире [12]. Тогда как по данным ВОЗ с 2011 по 2020 год самоубийство было второй по значимости причиной смерти среди людей в возрасте от 10 до 24 лет, опережая показатели убийств и злокачественных новообразований [13]. Стоит отметить, что 88% подростков, совершивших

самоубийство, были выходцами из стран с низким и средним уровнем доходов [14].

Кыргызская Республика по показателю самоубийств находится на втором месте после Казахстана [15]. Согласно последним данным ВОЗ, опубликованным в 2020 году, смертельные случаи от самоубийств на территории Кыргызской Республики достигли 474 или 1,68% от общей смертности. Скорректированная на возраст смертность составляет 8,28 на 100 тыс. населения, что соответствует 92 месту в мире [16]. При этом в республиках Центральной Азии, не менее 70% смертей от самоубийств приходится на возраст от 15 до 49 лет [17]. Согласно статистическим данным, полученным из МВД Кыргызской Республики, количество самоубийств с 2008 по 2018 год достигло 1080 случаев среди подростков в возрасте от 10 до 18 лет [18]. При этом, не хватает количественных статистических, а также качественных данных по данному вопросу. Во многих случаях смерть в результате суицида не регистрируется, а маскируется под несчастные случаи или другие причины смерти. Культурные, социальные и религиозные факторы могут влиять на отчетность и восприятие самоубийств в разных обществах. Это, в свою очередь, приводит к тому, что данные могут быть неполными, искаженными или интерпретироваться с учетом местных особенностей, что делает международное сравнение более сложным [19].

Комплексный план действий ВОЗ в области психического здоровья на 2013–2030 годы [20] ставит цель снизить глобальную смертность от самоубийств на одну треть к 2030 году. На сегодняшний день существующие национальные стратегии превенции суицидов [21]. Важным сектором является профилактика суицидального поведения с помощью ряда мер на уровне всего населения, различных групп и отдельных людей [22]. Тем не менее, из-за роста случаев суицида во всем мире для более эффективной реализации профилактических целевых стратегий требуется повысить качество эпидемического надзора и мониторинга самоубийств и суицидальных попыток. Выявление факторов, связанных с самоубийствами, может улучшить

стратификацию риска и помочь направить вмешательства на группы высокого риска.

Таким образом, актуальность исследования обусловлена как высоким уровнем суицидальной активности населения, включая регион исследования, так и в связи с необходимостью более детального изучения экономических, социально-демографических, «региональных» и клинических факторов, влияющих на частоту развития суицидального поведения среди лиц, проживающих на территории Кыргызской Республики.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Тема исследования тесно связана с реализацией «Программы Правительства Кыргызской Республики по охране психического здоровья населения КР на 2018-2030 гг.» (блок «Предупреждение суицидов»), а также полезна при разработке «Национальной стратегии по предупреждению суицидов в Кыргызской Республике».

Цель исследования. Комплексное эпидемиологическое исследование завершённых суицидов в Кыргызской Республике с формированием научно обоснованных мер профилактики.

Задачи исследования:

1. Эпидемиологический анализ завершённых суицидов (2011–2023 гг.) с идентификацией поло-возрастных групп повышенного риска.
2. Изучить уровень суицидальной готовности среди лиц, входящих в группы риска в возрастном аспекте.
3. Определить ключевые мотивы и факторы риска, ассоциированные с совершением суицидов.
4. Разработать научно обоснованную систему профилактики суицидов в Кыргызской Республике

Научная новизна работы. В результате проведенных научных исследований впервые определены группы населения в КР с высоким

суицидальным риском. Среди женщин это возрастные периоды 15-19 лет, 25-29 лет, 81-84 года. Среди мужчин в группе риска возраст 35-49 лет. Наибольшая средняя многолетняя инцидентность зафиксирована в Иссык-Кульской области ($16,7 \pm 4,5$).

Определена сильная прямая корреляция на уровне $p=0.0001$ между смертностью от суицидов и смертностью от неумышленного отравления ($r=+0,911^{**}$), случайного утопления ($r=+0,889^{**}$), что говорит о сокрытии части суицидов под этими рубриками.

Впервые проведено масштабное (2511 респондентов) кросс-секционное исследование лиц из групп риска. Выявлено, что попытка суицида в прошлом была у 18% респондентов, мысли о суициде возникают у 35,4%. У 30,9% респондентов выявлена депрессия, причем у 6,2% уровень депрессии требует медикаментозного вмешательства. На момент анкетирования 8,5% респондентов показывают готовность к суициду.

Выявлены статистически значимые различия на уровне $p=0.001$ в выраженности факторов риска у респондентов с готовностью к суициду по сравнению с респондентами, у которых такой готовности нет.

Практическая значимость полученных результатов.

Полученные в ходе исследования данные о поло-возрастных группах риска, мотивах суицида и факторах риска позволяют перейти от универсального подхода в профилактических мероприятиях к адресной целевой профилактике.

Особое значение имеет практическое использование результатов при организации превентивной работы в образовательных учреждениях, в частности при проведении родительских собраний в школах, разработке информационных и обучающих модулей для педагогов и социальных работников.

Кроме того, результаты исследования дают практический вектор для изменения системы регистрации завершенных и незавершенных суицидов.

В Национальном институте общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Кыргызской Республики внедрена программа обучения для ординаторов и аспирантов по оказанию помощи людям после незавершенного суицида и передаче специалистам, контактирующим с данной категорией лиц с учетом алгоритма информирования о доступе адекватной помощи и планированию/мониторингу популяционных исследований в соответствии с Программой профилактики и контроля неинфекционных заболеваний в Кыргызской Республике на 2013- 2020 годы (ПП КР от 11.11.2013 г. № 597) – акт внедрения от 30.09.2024 г.

В Кыргызском государственном институте переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова внедрена программа модульного обучения для семейных врачей «Суицидальное поведение и суициды: общие понятия. Законодательное и нормативное правовое регулирование профилактики суицидального поведения обучающихся» (акт внедрения от 04.10.2024 г.).

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Существуют определенные поло-возрастные группы жителей КР, наиболее подверженные риску суицида. Среди женщин это возрастной период 25-29 лет ($8,1 \pm 3,2$ случая на 100 тыс.нас.), 15-19 лет ($5,7 \pm 2,7$ случая на 100 тыс.нас.) и 81-84 года ($6,4 \pm 5,5$ случая на 100 тыс. нас). Среди мужчин в группе риска возраст 35-49 лет ($19,4 \pm 5,0$ случая на 100 тыс.нас.). Наибольшая средняя многолетняя инцидентность зафиксирована в Иссык-Кульской области ($16,7 \pm 4,5$). Корреляция суицидов и уровня безработицы $0,890^{**}$, $p=0,001$, в отличии от корреляции с уровнем бедности $0,626^{**}$, $p=0,001$.

Часть суицидов скрывается под «нечаянным» отравлением, утоплением, травмами и рубрикой «иные причины». Выявлена сильная прямая корреляция по уровне $p=0.0001$ между смертностью от суицидов и смертностью от неумышленного отравления ($r=+0,911^{**}$), случайного отравления алкоголем ($r=+0,909^{**}$), случайного утопления ($r=+0,889^{**}$).

2. Анонимное анкетирование выявляет уровень суицидальной готовности, встречаемость мыслей о суициде и суицидальных попытках в

анамнезе, основные предпосылки для совершения суицида. Так выявлено, что 8,5% респондентов имеют на момент анкетирования готовность к суициду, попытка суицида в прошлом была у 18% респондентов (у 20,5 % женщин и у 13,1 % мужчин), мысли о суициде возникают у 35,4% (у 40,4% женщин, у 25,1% мужчин), у 30,9% респондентов выявлена депрессия, причем у 6,2% уровень депрессии требует медикаментозного вмешательства.

3. Кросс-секционное исследование позволяет определить основные факторы риска суицида и мотивы для его совершения. Выявлены статистически значимые различия на уровне $p=0.001$ в выраженности следующих факторов риска у респондентов с готовностью к суициду по сравнению с респондентами, у которых такой готовности нет: предшествующие попытки суицида 51% / 15%, , депрессия - 86% / 25,9% ($RR=2.45$), уровень депрессии 18.0 (12.0-23.0) / 6.0 (2.0-10.0); аффективность 4.4 балла (4.0-5.0) / 1.4 (1.0-2.0), $RR=3.5$; несостоятельность 6.0 (5.4-6.8) / 3.0 (2.2-3.4), $RR=2.3$; отсутствие веры в возможность найти выход из любой ситуации 28% / 5%; максимализм, 3.2 (2.6-6.2) / 1.2 (0.4-2.2), $RR=1.45$; временная перспектива, - 4.4 (3.2-5.4) / 2.2 (1.2-2.8), $RR=2.4$; отсутствие близких людей, 58 % / 34%; отсутствие понимания со стороны близких 67% / 26%, $RR=1.37$; антисуицидальный фактор 3.2 (2.2-4.6) / 6.2 (4.8-6.4).

Основные мотивы для совершения суицида это чрезмерные конфликты в семье (52,3%, $RR=1.67$), унижения, угрозы и шантаж, (43%, $RR=2.69$), тотальное отсутствие понимания со стороны близких (47,5%, $RR=1.37$).

4. Выявленные группы риска, факторы риска и мотивы совершения самоубийства позволяют дать предложения по оптимизации мер профилактики суицидов в Кыргызской Республике с переходом от универсального подхода к адресной целевой профилактике.

Личный вклад соискателя. Автором самостоятельно произведен сбор и анализ статистической информации с 2011 по 2023 годы, проведен социально-эпидемиологический анализ 5231 суицидентов, анкетирование 2511 респондентов с целью изучения частоты встречаемости мыслей о суициде,

суицидальных попыток и мотивов совершения суицидов с последующим анализом результатов, предложены меры по профилактике суицидального поведения.

Апробации результатов диссертации. Основные положения диссертации доложены на научно-практических конференциях: молодых ученых «Горы и общественное здоровье - инновационные идеи» (Бишкек, 2022); посвященной к 70-летию образования факультета «Медико-профилактическое дело» Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева (Бишкек, 2023); а также Международном форуме инновации и информатизации общественного здоровья, посвященного 85-летию первого научного медицинского учреждения Кыргызского государства (Бишкек, 2023) и научно-техническом совете Национального института общественного здоровья Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (Бишкек, 2024).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. Издано 5 научных статей в журналах с высоким импакт-фактором.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 116 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, методологии и методов исследования, трех глав собственных исследований, заключения, практических рекомендаций, содержит 12 рисунков и 16 таблиц. Список литературы составляет 135 источников.

ГЛАВА 1

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Самоубийства как глобальная проблема

Ведущей причиной смертности и инвалидности во всем мире является суицидальное поведение (англ. – suicidal behaviour), которое относится к типам поведения, включающим мысли о суициде (или идеализацию), планирование самоубийства, суицидальные попытки и сам суицид (самоубийство). Самоубийство, определяемое как прямое и преднамеренное причиненное себе членовредительство, повлекшее за собой смерть, – одна из глобальных проблем здравоохранения, которая касается всех людей мирового сообщества независимо от их возраста, пола, религии и культуры [1, 2, 3, 23]. По оценкам ВОЗ, самоубийство является 13-й по значимости причиной смерти в мире. Ежегодно путем самоубийства лишают себя жизни не менее 800 тыс человек [4, 20], тогда как около 16 млн человек совершают суицидальную попытку. Глобальный уровень самоубийств в 2023 году составит 11,4 человека на 100 тыс. человек [16].

Суицидальное поведение варьируется в зависимости от пола, возраста, географического распределения и социально-политических условий. Соотношение мужчин и женщин в стандартизованном по возрасту уровне самоубийств во всем мире составляет 1,9:1 [6]. Этот феномен, когда мужчины совершают самоубийство чаще, чем женщины, в то время как женщины значительно чаще совершают суицидальные попытки, известен как гендерный парадокс суицидального поведения [24]. В целом самоубийства составляют 50% всех смертей от насильственных причин среди мужчин и 71% среди женщин [7]. В более экономически благополучных странах мужчины совершают самоубийства в три раза чаще, чем женщины, а в странах с низким

и средним уровнем дохода происходит примерно 75% всех самоубийств при соотношении мужских и женских самоубийств 1,5 к 1 [8]. Самоубийства совершаются людьми самых различных возрастных групп, но в большей степени случаи суицида регистрируются среди лиц старше 85 лет и в молодом возрасте (15–29 лет) [16].

При этом уровень самоубийств сильно различается в разных регионах мира. Со значительным отрывом в списке стран, где совершается больше всего самоубийств, по данным 2023 года лидирует Лесото (Африка). В стране фиксируют 72,4 самоубийства на 100 тыс. человек, в то время как средний показатель в мире составляет около 10 на 100 тыс. человек. Одними из основных причин такого количества самоубийств в этой африканской стране ученые считают бедность, безработицу и ограниченный доступ к услугам психолога. На втором месте в этом списке находится Гайана, где совершается 40,3 самоубийства на 100 тыс. человек. Замыкает тройку лидеров Эсватини с показателем 29,4 случаев суицида на 100 тыс. человек [20]. Переменные, которые приводят к высокому показателю суицидов в странах Южной Африки, многочисленны и сложны, охватывая комбинацию социологических, экономических, психологических и ментальных элементов.

Странами, которые внесли наибольший вклад в число самоубийств в мире, стали Китай, Индия, Россия, США, Япония и Южная Корея.

В США в 2022 году количество самоубийств в стране достигло самого высокого уровня с 1941 года и составило почти 50 тыс. случаев (14,3 смертей на 100 тыс.). Каждый час в США в результате самоубийства умирают 4 человека [14, 26, 27, 28].

Регионы Западной части Тихого океана и Европы сообщают о более вариативных показателях, на которые влияют социальные нормы и экономические факторы каждой страны. В ЕС в 2017 году в результате самоубийства умерло более 48 000 человек. Наиболее частое количество самоубийств было среди мужчин в возрасте 45 лет и старше. Средний показатель за 2019 год по 41 стране составил 12,93 самоубийства на 100 тыс.

человек. Самый высокий показатель был в Литве: 26,1, а самый низкий – в Турции: 2,4 самоубийства на 100 тыс человек. В 2020 году в ЕС зарегистрировано 47 252 случая смерти в результате умышленного членовредительства, что соответствует 0,9% всех смертей, зарегистрированных в этом году. Это эквивалентно в среднем 10,2 смертей на 100 тыс. человек. Как и в предыдущие годы, уровень самоубийств среди мужчин был выше, чем среди женщин: 77,1% всех смертей в результате членовредительства приходится на мужчин.

Среди стран ЕС в Литве зарегистрирован самый высокий уровень самоубийств и в 2020 году – 21,3 смертей на 100 тыс жителей, за ней следуют Венгрия (17,1), Словения (17,0) и Эстония (16,3) [26]. В Хорватии количество самоубийств в 2020 году немного увеличилось по сравнению с предыдущим годом, но количество самоубийств в возрастной группе 15–25 лет выросло на 57,1%. Тем не менее, наибольшему риску подвергаются люди старше 65 лет, на долю которых приходится почти 40% всех случаев [29]. В Болгарии ситуация еще более тревожная. Хотя в целом число самоубийств снизилось с 2013 года, подавляющее большинство из них составляют подростки. По данным EURACTIV Bulgaria, около 500 человек ежегодно совершают самоубийство, 70% из которых – молодые люди [30]. В Польше количество самоубийств также снижается, однако число случаев самоубийств среди детей и подростков растет [31]. В Бельгии Также отмечен высокий уровень самоубийств среди 14 стран ЕС, как среди мужчин, так и среди женщин (13,9 смертей на 100 тыс жителей). Показатели в 1,5 раза выше для мужчин и в 1,6 раза выше для женщин, чем средний показатель по странам ЕС-14 [26]. Смертность от самоубийств в Германии достигла 10 816, или 1,48% от общего числа смертей. Скорректированный по возрасту коэффициент смертности составляет 9,29 на 100 тыс. населения [32]. Наиболее благоприятные тенденции и самый низкий уровень самоубийств наблюдались в Южной Европе: 3,1/100 тыс человек в Италии (2020 г.) и 3,5/100 тыс человек в Испании

(2021 г.) среди мужчин, а также 0,9/100 тыс человек в Италии (2020 г.) и 1,1/100 тыс человек в Румынии (2019 г.) среди женщин [33].

Уровень детских самоубийств и отчетность о них различаются в разных странах. За 5-летний период (2014–2018 гг.) уровень самоубийств среди 15–19-летних в Швеции (6,9 на 100 тыс. человек в возрасте 15–19 лет) был выше, чем в Дании (3,7) и Германии (4,7), но ниже, чем в Финляндии (8,6). Среди европейских стран самые высокие показатели для той же возрастной группы и периода были зарегистрированы в Эстонии (13,3) и Исландии (17,0), а в Греции был самый низкий показатель – 1,5 [34].

В регионе Юго-Восточной Азии, который охватывает 11 стран с низким и средним уровнем дохода, на которые приходится 26% населения мира, совершается более трети (39%) всех самоубийств в мире [35].

В Австралии в 2022 году показатель самоубийств составил 12,3 на 100 тыс. населения. Самоубийство являлось основной причиной смерти австралийцев в возрасте от 15 до 44 лет. Более 81% людей, совершивших самоубийство, были в возрасте до 65 лет. При этом 8,6 австралийцев умирали каждый день в результате самоубийства, 75% из них – мужчины. У мужчин в возрасте 85 лет и старше наблюдался самый высокий возрастной уровень самоубийств [36].

В Индии в 2020 и 2021 годах более 3,17 млн человек умерли в результате самоубийства. Показатель вырос почти на 5 пунктов с 22,7 в 2014 году до 27,2 в 2021 году. В возрастной группе 18–29 лет уровень самоубийств резко вырос на 5,6 пункта с 20 в 2014 году до 25,6 в 2021 году [37].

Будучи самой густонаселенной страной с низким и средним уровнем дохода в мире, Китай сталкивается с проблемой суицидов среди молодого населения страны. Общий уровень самоубийств в Китае в 2016 году составил 9,7 на 100 тыс. населения. По официальной статистике Комиссии планирования семьи при Министерстве здравоохранения КНР, ежегодно в Китае происходит самоубийство около 500 школьников. За 11-летний период с 2010 по 2021 гг. уровень самоубийств среди детей в возрасте от 5 до 14 лет

увеличился примерно с 0,2 до примерно 0,8 на 100 тыс человек. Уровень самоубийств среди молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет в 2021 году вырос на 19,6%. Самоубийства в Китае входят в первую пятёрку основных причин смерти людей [38].

В Южной Корее зарегистрирован самый высокий уровень самоубийств среди стран Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР). Из 26 148 смертей, произошедших в Южной Корее в 2021 году, на самоубийства пришлось почти половина случаев – 13 352. Самоубийство является первой и второй по значимости причиной смерти среди людей в возрасте 10–39 лет и 40–59 лет. Число женщин, пытающихся покончить жизнь самоубийством, примерно в 1,8 раза превысило количество мужчин – 16 425 против 9 109 [39]. По данным 2023 года показатель самоубийств в Южной Корее находится на уровне 28.6 случаев законченной попытки суицида на 100 тыс. человек [11].

Входит в число лидеров по смертности от самоубийств и Россия. По данным ВОЗ, опубликованным в 2021 году, число самоубийств в России было на уровне 21.6 на 100 тыс. населения, или 2,22% от общего числа смертей. Число попыток суицида среди несовершеннолетних на территории России увеличилось почти на 13%, и составило в 2021 г. 3675 случаев [40]. Тенденции в отношении самоубийств среди мужчин и женщин развиваются одинаково, хотя среди мужчин этот показатель значительно выше. По данным 2023 года, Россия входит в десятку стран мира с самым высоким уровнем самоубийств – 25,1 случая на 100 тыс. населения [11].

Кыргызская Республика по показателю самоубийств в Центральной Азии находится на втором месте после Казахстана, и по данным 2016 г. входит в топ стран этого региона с наибольшим количеством суицидальных попыток (24,9 и 12,4 на 100 тыс. населения соответственно) и самоубийств (4,4 и 3,3 на 100 тыс. населения соответственно) [15, 17]. При этом в республиках Центральной Азии, не менее 70% смертей от самоубийств приходится на людей в возрасте от 15 до 49 лет [11].

Мониторинг документации о проблеме суицида на национальном уровне и четкое понимание масштабов и глубины этой проблемы показал, что институциональные меры, принятые для предотвращения этого явления (такие, например, как Правительственные Постановления), хотя и имеют некоторые недостатки и пробелы в реализации, по состоянию на 2023 г. оказали в целом положительное влияние на снижение доли суицидов в КР. Так, Закон Кыргызской Республики «О мерах по предупреждению причинения вреда здоровью детей, их физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию в Кыргызской Республике» [41] содержит меры по предупреждению случаев суицида среди детей. Кроме того, в 2018 году Правительство Кыргызской Республики приняло Программу охраны психического здоровья населения КР на 2018-2030 годы, которая содержит меры по профилактике суицида (раздел 5.2).

Закон «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» [42] предусматривает оказание психиатрической помощи государственными, негосударственными психиатрическими и психоневрологическими учреждениями, а также частными психиатрами, имеющими соответствующие разрешительные документы на ведение такой деятельности.

Направленность мероприятий, указанных в законах, проектах и программах, носит превентивный характер. Они прежде всего направлены на предотвращение суицидов среди лиц подросткового возраста через информирование широкого круга лиц, которые так или иначе могут оказать воздействие или же уведомлять соответствующие органы о рисках. Многие меры оказались эффективными, а десятки других показали многообещающие результаты.

Однако международные сравнения показателей смертности от самоубийств следует интерпретировать с осторожностью, поскольку различия в социокультурном контексте и качестве данных затрудняют сопоставимость между странами. Более низкие показатели в некоторых странах могут отражать заниженную отчетность или эффективные стратегии вмешательства.

Способы самоубийства являются решающим фактором, определяющим смертность от суицида, и различаются во всем мире в зависимости от социокультурных особенностей и различий в законодательстве между странами. В соответствии с перечнем методов совершения суицида порядка 20% самоубийств в мире являются результатом самоотравления пестицидами, причем большинство таких случаев имеют место в сельских районах, а также районах с низким и средним уровнем дохода. Другими широко распространенными способами совершения самоубийства являются повешение (код X70 МКБ-10), отравление медицинскими препаратами, суицид с применением огнестрельного оружия (МКБ-10 X72-X75), а также утопление (код МКБ-10 X71) и падение с высоты (код МКБ-10 X80). Отравление является, безусловно, наиболее распространенным методом, на него приходится 80,7 процента всех самоубийств и попыток самоубийства [43]. Около 80,5 % случаев самоотравлений были связаны с передозировкой медицинских препаратов, за которыми следовали проглатывание пестицидов (9,3 %) и вдыхание газов (7,8 %). Регистрируется также самоповреждение дымом, огнем, пламенем, паром, горячими парами и горячими предметами (МКБ-10 X76, X77). Из всех методов членовредительства самый высокий уровень смертности – 33,9 процента – включают утопление, удушение и повешение [44, 45, 46].

По данным исследования Choi N.G. и соавт. трех ведущих методов самоубийства в США в период 2017–2019 гг. во всех возрастных группах огнестрельное оружие использовали 55% мужчин и 30% женщин; 28% мужчин и 29% женщин повешены/удушены; 9% мужчин и 32% женщин отравляются «другими» методами. На самоубийства с применением огнестрельного оружия, удушения и отравления наркотиками пришлось почти девять из десяти самоубийств. Мужчины в возрасте <45 лет имели более высокую вероятность применения огнестрельного оружия и/или повешения/удушения, чем мужчины в возрасте 45–64 лет. Женщины в возрасте <45 лет также имели более высокую вероятность

повешения/удушения, чем женщины в возрасте 45–64 лет [47]. В 2020 году на территории США огнестрельное оружие было распространенным средством самоубийства для мужчин всех возрастных групп. Женщины разного возраста использовали разные способы самоубийства. Чаще всего погибали от удушья молодые женщины, а самоубийства путем отравления чаще встречались среди женщин старшего возраста [48].

На территории Кореи по данным Lim M. и соавт. уровень использования суицидального метода через повешение устойчиво увеличивался с 31,4% в 2001 году до 50,5% в 2012 году. Кроме того, в 2012 году по сравнению с 2001 годом увеличилось в 20 раз использование газовых отравлений (с 0,4% в 2001 году до 8,5% в 2012). Точные причины увеличения и уменьшения использования этих методов самоубийства неизвестны [49].

В Индии за период 2014–2021 гг. уровень самоубийств через повешение увеличился с 6,08 до 10,0 на 100 тыс. населения среди мужчин и с 2,55 до 3,56 на 100 тыс. среди женщин. Уровень самоубийств в результате отравления инсектицидами также увеличился с 1,51 до 2,73 среди мужчин и с 0,74 до 1,14 среди женщин. Число самоубийств путем самосожжения снизилось за период исследования среди представителей обоих полов. В целом, эти национальные тенденции отразились в разных регионах. Регрессия точек соединения показала рост числа самоубийств через повешение (ежегодное процентное изменение составило 12,3 среди мужчин в период с 2018 по 2021 год и 4,9 среди женщин в период с 2014 по 2021 год) и увеличение числа самоубийств среди мужчин в результате отравления инсектицидами в период с 2014 по 2021 год (4,2), при этом снижение показателей самосожжения было отмечено среди мужчин (12,7 в период с 2014 по 2021 год) и женщин (16,5 в период с 2016 по 2021 год) [50].

Наиболее распространенными специфическими способами самоубийства в Швейцарии в период с 1969 по 2018 гг. были повешение (26,7% всех самоубийств) и огнестрельное оружие (23,6%). Частота использования конкретных методов самоубийства обычно была выше у мужчин и пожилых жителей. Однако некоторые методы отклонялись от этой общей закономерности,

по крайней мере, в некоторых подгруппах населения. Например, количество самоубийств на железной дороге в последнее время увеличилось среди молодых жителей и жителей мужского пола, тогда как количество самоубийств из-за газа и утопления осталось на низком уровне [51].

По данным Gunnell D. и соавт. [52] распространенные методы самоубийства зависят от их доступности. Авторы также сообщили, что доступность и летальность конкретных методов самоубийства могут оказать глубокое влияние на общий уровень суицида. Более молодые жертвы чаще используют ксенобиотики и наркотические средства, тогда как пестициды чаще используются пожилыми людьми, живущими в сельской местности. Использование огнестрельного оружия является методом самоубийства во многих странах Запада, но не в Азии [46]. Напротив, употребление пестицидов и самосожжение являются уникальными ведущими методами самоубийства в Азии. Повешение является ведущим методом самоубийства как на Востоке, так и на Западе [53].

Предотвращение самоубийства путем ограничения доступа к его методам является одной из немногих научно обоснованных стратегий предотвращения суицидов, но распространенные методы самоубийства меняются с внедрением технологий и конструкций и имеют специфические региональные, возрастные или половые характеристики, которые могут сделать ограничение методов самоубийства не одинаково эффективным для всех половозрастных и региональных подгрупп риска. В связи с чем оправданы интенсивные исследования для более «индивидуализированной» политики предотвращения самоубийств в конкретном регионе.

1.2. Социальные и личностные предпосылки суицидального поведения

Причины смертности от самоубийств сложны и включают широкий спектр факторов. Один из ключевых подходов к информированию об усилиях по предотвращению самоубийств включает выявление факторов риска,

которые могут помочь определить характер и тип необходимых мер вмешательства. За последние десятилетия заметно возросло количество первичных исследований, изучающих факторы риска смертности от самоубийств [54]. Все больше данных указывает на то, что самоубийство представляет собой сложное явление, на которое влияют несколько взаимодействующих факторов, включая социальные, психологические, культурные, биологические и экологические факторы.

В 1897 году известный социолог Эмиль Дюркгейм издал труд «Самоубийство. Социологический этюд» [55], показав, что суицидальное поведение является социальным феноменом, развивается по социально-психологическим законам и не является прямым следствием душевной болезни, а одна из ведущих ролей принадлежит социальному конфликту. Одним из факторов, формирующих динамику самоубийств, являются экономические условия. Около 78% всех завершённых самоубийств в мире происходит в странах с низким и средним уровнем дохода, причём 60% смертей в результате суицида происходит в странах Азии [56]. Влияние экономической составляющей причин самоубийств доказано на примере многих стран. В странах с низким и средним уровнем доходов происходит примерно 75% всех самоубийств. Но экономические факторы сами по себе не объясняют ни распределение самоубийств, ни их основные тенденции. Они определяют лишь изменения этих тенденций в определённые периоды [57]. Этот тезис получил развитие в исследовании Merton R. опыта социальной структуры как чувства аномии [58]. В социальной психологии Jahoda M. после первого плодотворного социографического описания индивидуального опыта безработицы разработал модель латентной депривации безработицы, согласно которой безработица лишает людей не только доходов, но также и скрытых и нематериальных благ, таких как социальный статус, престиж, структурированное использование времени, чувство коллективной цели, социальные контакты и активность [59].

Продолжая социально-психологическую традицию, Seligman M. утверждает, что пессимистические убеждения в отношении самоофективности могут привести к образованию порочного круга, в котором беспомощность приводит к депрессии [60]. Доказательства существования того же механизма были предоставлены для Австралии и Германии. Работающие и безработные имеют разный опыт психологического и эмоционального благополучия при выполнении одних и тех же видов деятельности, что приводит к разным результатам в отношении психического здоровья. Более того, связь между безработицей и благосостоянием устойчива к включению социального капитала [61].

Социологические исследования выявили ряд политических конструкций, которые часто предсказывают суицидальность. К ним относятся влияние крупных политических кризисов и событий, таких как войны и президентские выборы, на социальную интеграцию и самоубийства. Корреляция между социально-экономическим спадом и самоубийством – одна из наиболее хорошо изученных статистических взаимосвязей в демографической истории. Как резюмируется в двух обзорах, в психологии существует обширный объем эмпирической литературы об индивидуальных последствиях безработицы и шоков доходов, в которых основное внимание уделяется их влиянию на психическое и физическое здоровье, самоубийства, и благополучие [62, 63].

Эмпирическая литература сходится во мнении, что внезапная потеря работы и дохода имеет заметные негативные последствия для благосостояния безработных. Исследования прошлых экономических спадов показали, как они усугубляли суицидальное поведение, и в этом отношении предыдущие результаты предполагают повышенный риск суицидального поведения во время Великой депрессии и пик самоубийств, когда безработица была на самом высоком уровне во время рецессии 2008–2010 годов в Европе [64]. Экономические потрясения могут ухудшить психическое здоровье и потенциально привести к самоубийству тремя основными путями. Во-первых,

потеря работы является независимым фактором риска повышенного риска депрессии и самоубийства. Вероятность самоубийств среди безработных в ~2,5 раза выше, чем среди работающих [65]. С самоубийством в большей степени связана недавняя потеря работы, чем постоянный статус безработного. Финансовые проблемы в следствие безработицы, являются еще одним независимым фактором риска депрессии и самоубийства. Продольные данные из Великобритании показывают, что у тех, у кого не было проблем с психическим здоровьем на исходном уровне и у кого были финансовые трудности, в 1,33 раза чаще возникали психические заболевания, чем у тех, у кого их не было, после учета возраста, пола, семейного положения, типа семьи, статуса занятости. В-третьих, долги и безработица, приводящие к лишению права выкупа ипотечных кредитов, связаны с депрессией и тревожными расстройствами. Те, чьи дома были конфискованы, в 1,6 раза чаще страдают психическими заболеваниями, чем те, у кого этого не произошло. Из-за характера рецессии в Европе и Северной Америке возросли безработица, долги и отсутствие гарантий жилья, что увеличило риск самоубийств. Тем не менее, некоторые европейские страны, похоже, избегают этой ассоциации. Например, в Австрии уровень самоубийств не увеличился, несмотря на рост безработицы во время рецессии. Кроме того, анализ самоубийств в США показал, что безработица объясняет лишь небольшую часть различий в уровне самоубийств [66].

Общество с низкой степенью сцепления, с неустойчивыми социальными нормами, с относительными ценностями является мощным генератором самоубийств, независимо от экономических условий и состояния психического и физического здоровья его членов. Другим обществом, при котором растет число суицидов, является общество диктаторского направления с ограничением свобод личности, жесткой регламентацией его поведения [67]. Нарушение нравственных внутренних ограничений на лишение себя жизни, фактическое исчезновение общественных запретов на самоубийство, технократизация и дезинтеграция общества, непонимание

проблемы государственными институтами и общественностью, инфантилизм, поддерживаемый массовой культурой, снижение социальной ответственности, рост алкоголизма, наркомании, усугубление психосоциальных, экономических, экологических и других факторов привели к тому, что во второй половине XX века начался резкий рост числа самоубийств во всем мире [68].

Детальный пространственный анализ считается полезным для изучения географической структуры самоубийств. Малые географические единицы обладают большей внутренней однородностью, чем крупные, а их совокупные социально-экономические характеристики с большей вероятностью отражают характер социальной среды, в которой живут люди [69]. Сельская/городская местность формирует внутрирегиональные различия в смертности от самоубийств, а риск самоубийств, связанный с сельской местностью, может значительно варьироваться в зависимости от пола и возраста. Мужчины, живущие в сельской местности, подвергаются большему риску самоубийства, чем мужчины, живущие в городах. Уровень самоубийств среди мужчин в сельской местности составляет 30,6 на 100 тыс. человек по сравнению с 21,0 на 100 тыс. человек среди мужчин в городской местности. Хотя уровень самоубийств среди женщин в сельской местности значительно ниже, чем среди мужчин, он значительно выше, чем среди женщин в городах (7,3 против 5,8 на 100 тыс. человек). Возраст также влияет на риск самоубийства в сельской местности. Средний возраст обычно считается временем высокого риска самоубийства. Однако в сельской местности у молодых мужчин в возрасте от 20 до 30 лет наблюдается более высокий уровень самоубийств, чем у мужчин среднего возраста. В зоне наибольшего риска находятся мужчины в возрасте 85 лет и старше, среди которых уровень самоубийств составляет 60,2 на 100 тыс. человек. Среди сельских женщин этот показатель наиболее высок среди женщин в возрасте 45–49 лет (13,7 на 100 тыс. человек) и не имеет такого же значительного пика среди пожилых людей. Уровень самоубийств среди сельской молодежи в возрасте 15-19 лет на 54% выше, чем у городской

сверстницы (15,8 против 9,1 на 100 тыс. человек) и увеличился на 74% за последние 12 лет [70]. Одной из причин, по которой количество самоубийств может быть выше в сельской местности, является доступ к здравоохранению. В сельской местности может быть меньше специализированной психиатрической помощи по сравнению с более крупными городскими центрами. Стигма также может способствовать различиям в поведении при обращении за помощью [71]. Могут существовать и другие социальные детерминанты здоровья, которые влияют на жителей сельской местности и могут способствовать суицидальному поведению. В сельской местности наблюдается более низкий рост занятости, меньший процент работников с высшим образованием и более высокий уровень бедности [72, 73].

Индивидуальные социально-демографические характеристики объясняют избыточный риск самоубийств в сельских муниципалитетах, но не избыточный риск в сельской местности. Исследование Ping Qin показало, что люди, живущие в более урбанизированных районах, подвергаются более высокому риску самоубийства, чем их сверстники в менее урбанизированных районах. Однако этот избыточный риск в значительной степени устраняется, если его скорректировать с учетом личных супружеских, доходов и этнических различий; оно даже меняется на противоположное при дальнейшей поправке на психиатрический статус [74].

В последние десятилетия существенно возросло количество сообщений о самоубийствах в СМИ. Ряд исследований показал, что такие сообщения связаны с увеличением числа самоубийств у отдельных групп лиц, особенно в течение первых 30 дней после публикации, при этом рост показателей пропорционален количеству огласки, когда предоставляются подробности метода, если умерший был знаменитостью, и, если самоубийство романтизировали, а не сообщали в связи с психическим заболеванием и неблагоприятными последствиями самоубийства для выживших [75, 76]. Происхождение эффекта Вертера является следствием публикации романа Гете «Страдания юного Вертера», где главный герой покончил с собой,

застрелившись. После его публикации волна молодых людей покончила жизнь самоубийством, используя тот же метод, надев ту же одежду, что и персонаж, и ссылаясь на произведение в своих предсмертных записках [76, 77]. Некоторые авторы предполагают, что этот эффект мог возникнуть раньше, в «Ромео и Джульетте» Уильяма Шекспира, поскольку он стал причиной множества смертей среди тех, кому не повезло в любви. Однако именно социолог Филлипс в 1974 году сформулировал этот эффект, заявив, что чем больше самоубийств изображалось в средствах массовой информации, тем выше были цифры самоубийств в дальнейшем [77]. Эффект Вертера повторялся несколько раз на протяжении всей истории. В связи с чем можно отметить, что средства массовой информации представляют собой особенность социальной среды, в которой можно научиться суицидальному поведению; хотя эффект, вероятно, меньше, чем у других психосоциальных факторов риска самоубийства, он является важным фактором социального конструирования реальности, особенно для уязвимых людей [78]. Несколько исследований было показано, что использование средств массовой информации в качестве инструмента медицинской грамотности, снижения стигматизации психических заболеваний в целом и суицидального поведения в частности, а также распространение доступных методов лечения является профилактической стратегией [79].

Кроме того, количество самоубийств колеблется в зависимости от природных явлений (например, солнечных затмений), сезона года и достигает своего максимума в определенные месяцы, причем эти периоды различны для представителей разных возрастных групп. Известно, что в мире кривая самоубийств падает до минимума в июле, августе и сентябре в связи с ослаблением в этот период социальной жизни (отпуска и др.) и с уменьшением социальных поводов к самоубийствам [1].

Регулярный мониторинг самоубийств в различных группах риска имеет важное значение для эффективных национальных стратегий предотвращения самоубийств. Это дает важную информацию для понимания масштабов

проблемы и позволяет адаптировать меры вмешательства для удовлетворения потребностей конкретных групп населения.

В современном медицинском дискурсе общеизвестно, что самоубийство связано с психическим расстройством. Утверждение о том, что самоубийство связано с психическим расстройством, часто изображается как простое эмпирическое утверждение. Обычно это подтверждается результатами психологических аутопсий, которые ретроспективно изучают обстоятельства случаев самоубийства, чтобы установить соответствующие предпосылки, включая любые симптомы диагностируемых психических расстройств. Сообщается, что эти исследования показывают, что диагностируемые психические расстройства присутствуют примерно в 90% случаев самоубийства, причем наиболее частым диагнозом являются аффективные расстройства. Более того, эту связь часто считают причинно-следственной, поэтому психическое расстройство считается не просто коррелятом, но и важной причиной повышенного риска самоубийства [56].

Депрессия, употребление психоактивных веществ и психоз представляют собой наиболее важные факторы риска, однако тревожные расстройства, расстройства личности, пищевые расстройства и черепно-мозговые травмы, а также органические психические расстройства значительно усугубляют течение основного заболевания и могут служить дополнительным фактором риска самоубийства у лиц с психическим заболеванием [80]. По оценкам Bachmann S., 400 мужчин на 100 тыс пациентов с депрессией находятся в состоянии аффекта и 180 из 100 тыс пациенток, страдающих депрессией, совершают самоубийство [56]. Исследования случаев самоубийств у пациентов с аффективными расстройствами показали, что те, кто покончил с собой, с большей вероятностью испытывали сильную психическую тревогу или приступы паники [81]. В тоже время более частыми и статистически значимыми факторами для пациентов с риском попыток самоубийства являются маниакальные эпизоды, гипоманиакальные эпизоды, социальные фобии, обсессивно-компульсивное расстройство, шизофрения,

посттравматическое стрессовое расстройство, психотические синдромы и генерализованное тревожное расстройство [82]. Уровень смертности при шизофрении в 4,5 раза выше, чем среди населения в целом. Самоубийство является одной из основных причин преждевременной смерти при этой болезни [83]. Коморбидная депрессия и история суицидального поведения являются важными факторами риска суицида у пациентов с шизофренией [84]. Лица с биполярным расстройством составляют 3,4-14% всех смертей от самоубийств, при этом самоотравление и повешение являются наиболее распространенными методами. Частота самоубийств у лиц с данным диагнозом примерно в 20-30 раз выше, чем среди населения в целом [85].

Долгосрочный риск самоубийства у лиц без одного или более психических расстройств по данным исследования Holmstrand C. et al. соответственно. Для лиц, страдающих только депрессией, риск составлял 6,0%, только расстройством, вызванным употреблением алкоголя, 4,7% и только психозом 3,1%. Однако, когда у людей были дополнительные расстройства, риск самоубийства составлял 6,6%, 9,4% и 10,4% соответственно. Каждый диагноз сам по себе был значимо связан с повышенным риском самоубийства. Мужчины имели более высокий риск самоубийства при депрессии, чем женщины. Мужчины, у которых помимо депрессии было расстройство, связанное с употреблением алкоголя, имели очень высокий риск самоубийства – 16,2% [86].

Одной из таких уязвимых групп населения, которая, как известно, подвергается повышенному риску смерти в результате самоубийства, являются люди, употребляющие наркотики (ЛУН). Данные эпидемиологических и клинических исследований указывают на 7-22-кратное увеличение смертности от самоубийств среди ЛУН по сравнению с ожидаемым в общей популяции [87, 88, 89].

Мотивы суицидальных действий психически больных современные исследователи нередко трактуют как «психологическую реакцию на внутреннее ощущение болезни» при ослаблении болезненных расстройств и

объясняют в значительной мере легко возникающими разнообразными формами социально-психологической дезадаптации, зачастую способствующих развитию у больных субъективного ощущения «краха жизненных позиций» нередко с выходом в суицидальный акт, как следствие психогении [90]. В качестве фактора риска может выступать также и стадия заболевания, а также время и длительность госпитализации [91]. При этом несмотря на то, что лица с психическими заболеваниями имеют высокий риск самоубийства, но это может быть связано с воздействием многих других факторов риска, некоторые из которых провоцируются психическим заболеванием или взаимодействуют с ним.

Существует несколько индивидуальных и социально-демографических факторов, связанных с повышенным риском самоубийства. Среди них: пол, возраст, семейное положение, психосоциальные стрессоры, религия, семейное положение, виктимизацию, домашнее насилие и др. [11].

Брак выступает в качестве фактора защиты от самоубийств. Среди разведенных наблюдается большее число самоубийств, чем среди просто одиноких, а среди одиноких – больше, чем среди женатых. Данные о показателях самоубийств среди различных категорий показали, что среди состоящих в браке людей уровень самоубийств составляет 11 на 100 тыс. Брак, по-видимому, укрепляется за счет наличия детей, и должен быть стабильным. В исследовании Stephenson M. et al. брак был связан с более низким риском суицидальных мыслей независимо от возраста и пола. Среди лиц в возрасте <30 лет брак был достоверно связан с более низким риском суицидальных мыслей, независимо от времени, прошедшего с момента вступления в брак. Для людей в возрасте 30+ лет пребывание в браке в течение 0–5 лет или 6–10 лет было связано с повышенным риском суицидальных мыслей, особенно у женщин. Продолжительность брака более 11 лет ассоциировалась со снижением риска для разных полов [92]. Разведенные люди более чем кто-либо изолированы психо-социально, в особенности, когда развод был нежелательным и скандальным. Число самоубийств было самым высоким

среди разведенных мужчин (69 на 100 тыс.) и овдовевших (40 на 100 тыс.). Более высокий суицидальный риск среди разведенных и разлученных указывает на то, что суицидальный риск связан с прекращением социальных связей. Это касается обоих полов, особенно людей с низким уровнем образования [93].

В исследовании все виды изменения семейного положения (овдовение, развод, женитьба) оказались факторами риска суицидального поведения. Почти половина всех изменений семейного положения у суицидников произошла за год, предшествовавший суициду, тогда как в контрольной группе изменения семейного положения были равномерно распределены за последние 5 лет. Для недавно вступивших в брак и разведенных людей увеличение риска самоубийства зависело от возраста: риск был выше у пожилых людей [94]. В бездетных семьях отмечается более высокий процент самоубийств, чем в семьях с детьми; причем, чем больше число детей в семьях, тем ниже в них число самоубийств. При учете широкого спектра показателей отбора в родительство уровень самоубийств был на 58% ниже у родителей с одним ребенком и на 70% ниже у родителей с двумя и более детьми по сравнению с бездетными. У отцов с одним, двумя, тремя и более детьми уровень самоубийств был на 54%, 64% и 59% ниже соответственно по сравнению с бездетными, тогда как у матерей был на 70%, 83% и 93% ниже соответственно по сравнению с бездетными [95]. Связь была наиболее выражена у молодых людей, особенно у молодых женщин, но ослабевала с возрастом и сближалась между полами в старших возрастных группах. Более низкий риск самоубийства на протяжении жизни был одинаковым независимо от того, были ли родители женаты, неженаты или разведены, за исключением женатых мужчин; среди них только у родителей был более низкий риск старше 55 лет. Более низкий риск у родителей был также очевиден у людей, ранее госпитализированных в психиатрические клиники, но исчезал в этой группе населения после 55 лет [96].

Характер семейных отношений, отклонения семейного воспитания, что, безусловно, сказывается на психологическом климате между членами семьи, на психике ребенка. Особенности ранних этапов развития и стрессы в этот период во многом определяют стереотипы реагирования на стрессы в дальнейшей жизни [97]. Пренебрежение родителями, физическое, сексуальное или эмоциональное насилие в детстве связано с риском самоубийства в течение жизни, что подтверждено результатами многочисленных исследований [98]. Напротив, гармоничные семьи способствуют не только формированию личности с развитыми защитными механизмами, но и являются мощным антисуицидальным фактором [99].

Суицидальное поведение в прошлом является важным фактором, способствующим самоубийству. Более 50% из тех, кто умер в результате самоубийства, ранее предпринимали по крайней мере одну попытку. Наличие текущих суицидальных мыслей, планов и попыток связано с высоким риском самоубийства. Риск выше, если предпринимаются многократные попытки, если они запланированы, при низкой вероятности спасения, использовании метода с летальным исходом, высокой вероятности смерти или серьезных медицинских осложнениях [100]. Непосредственная доступность орудия самоубийства является важным фактором, определяющим, совершит ли человек суицидальный акт. Ограничение доступа к орудиям самоубийства – эффективная стратегия превенции. Однако, ограничение доступа во многих случаях (повешение, падение с высоты и т.д.) затруднительно [101].

Психологическая составляющая – реакция личности человека на давление социальных, экономических, медицинских факторов имеет прямую связь с суицидом. К самоубийству склонны люди с психотравмирующим опытом детства, диспропорциональным психологическим развитием личности [55]. Многие зависят от характерологических, психологических особенностей личности, жизнестойкости [43]. Тревно-депрессивный эмоциональный фон, затрудненное принятие решений, ощущение «западни», обедненность социальной поддержки снижают адаптационные возможности. Личность же

человека формируется на основе унаследованных им особенностей протекания психических процессов и установок, правил, ограничений, возникающих и укореняющихся в процессе развития и воспитания [102]. Эмоциональные переживания являются одними из основных показателей возможности суицида. Большинство потенциальных самоубийц в результате психологического кризиса оказываются в состоянии депрессии.

1.3. Суицидальное поведение в подростковом возрасте

С точки зрения общественного здравоохранения, особое значение имеют самоубийства среди подростков и молодых людей. Понимание бремени и детерминантов самоубийства в подростковом возрасте является ключом к достижению глобальных целей в области здравоохранения.

В период между ранним подростковым возрастом и молодым взрослением происходит наиболее резкое увеличение количества смертей от самоубийств [9, 10]. По данным Международного чрезвычайного детского фонда ООН, самоубийство является пятой по значимости причиной смерти среди подростков в возрасте 10–19 лет во всем мире [12]. Тогда как по данным ВОЗ с 2011 по 2020 год самоубийство было второй по значимости причиной смерти среди людей в возрасте от 10 до 24 лет, опережая показатели убийств и злокачественных новообразований [11]. Примечательно, что суицидальное поведение относительно редко встречается в возрасте до 10 лет, но существенно возрастает в раннем подростковом возрасте (в возрасте 10–14 лет) [103].

Объединенный анализ глобального исследования суицидального поведения среди подростков из 90 стран показал, что распространенность суицидальных мыслей у 397 299 подростков была значительно выше среди девочек (51,3%), чем среди мальчиков, тогда как попытки не различались по возрасту и полу. Издевательства или отсутствие близких друзей были связаны с суицидальными мыслями среди девочек 13–15 лет и 16–17 лет соответственно. У всех мальчиков участие в драке и отсутствие близких друзей ассоциировалось с суицидальными мыслями, а у мальчиков 13–15 лет – с тяжелыми травмами.

Общим для всех подростков младшего возраста была ассоциация попытки самоубийства с издевательствами и серьезной травмой. Среди мальчиков отсутствие близких друзей было дополнительным показателем попытки самоубийства. Отсутствие близких друзей было связано с попыткой самоубийства у подростков старшего возраста, а также с издевательствами у девочек старшего возраста и серьезными травмами у мальчиков старшего возраста [104].

Стоит отметить, что 88% подростков, совершивших самоубийство, были выходцами из стран с низким и средним уровнем доходов, где проживает почти 90% населения подросткового возраста в мире, включая Кыргызскую Республику [105]. За последние годы уровень выживаемости детей в Кыргызской Республике повысился в результате инвестиций в охрану здоровья младенцев и детей в возрасте до пяти лет. Доля молодых людей в Кыргызстане относительно высокая: подростки (10-19 лет) составляют почти одну пятую часть населения, и в настоящее время более половины населения страны составляют люди в возрасте до 25 лет. При этом, согласно статистическим данным, полученным из МВД Кыргызской Республики, количество самоубийств с 2008 по 2018 год достигло 1080 случаев среди подростков в возрасте от 10 до 18 лет [106]. По данным официальной статистики в Кыргызской Республике в период с 2004 по 2012 год уровень самоубийств среди молодых юношей в возрасте 15-29 лет увеличился на 1,3 смертей на 100 тыс. населения (с 15 до 16,3). Среди девочек этот показатель увеличился более чем в два раза за тот же период, с 3 до 6,6 [107].

До сих пор психическое здоровье подростков Кыргызстана не являлось приоритетом в национальных программах, однако, снижение детской смертности позволяет направить фокус внимания на вопросы здоровья подростков для гарантии того, чтобы прогресс, достигнутый в раннем детстве, продолжался и на протяжении второго десятилетия жизни на пути ко взрослой жизни. При этом, не хватает количественных статистических, а также качественных данных по вопросу факторов риска и профилактики суицидов среди подростков в связи с тем, что семьи могут не сообщать о факте суицида из-

за стигматизации. Также во многих случаях смерть в результате суицида не регистрируется, а маскируется под несчастные случаи или другие причины смерти [19]. Тем не менее, общепопуляционные факторы риска и специфические для подросткового населения риски суицидального поведения могут быть предварительно рассмотрены в ракурсе вероятных причин суицида среди подростков анализируемого региона.

Этот период жизни характеризуется движением, изменениями и переходами из одного состояния в другое одновременно в нескольких сферах. Многие ситуации неизбежно провоцируют определенную степень беспомощности, неуверенности, стресса и чувства потери контроля [108]. Межличностные потери, такие как разрыв отношений, смерть друзей и неприятие сверстников, могут иметь большое влияние на молодежь и встречаются в одной пятой случаев самоубийств среди молодежи [109].

Теория экологических систем подчеркивает влияние окружающей среды на развитие личности и считает, что развитие личности является результатом взаимодействия с внешней средой. На поведение подростка оказывают влияние складывающаяся «система отношений», особенности взаимоотношений с учителями, положение в классе, психологическая атмосфера в школе, отношение учащихся к обучению, классу, самой школе, сверстникам, своему будущему, жизненные цели [110]. Идеологическое развитие подростков и накопление знаний не могут быть отделены от школьной среды. Исследования показали, что гармоничная школьная среда, хорошие отношения между учителями и учениками и близкие отношения со сверстниками жизненно важны для улучшения эмоционального функционирования и адаптационных способностей подростков [111]. Подростки находятся в возрасте, когда их идеология слаба, и они подсознательно подражают учителям и учатся у них; таким образом, поведение учителей оказывает важное влияние на физическое и психическое здоровье подростков. Дифференциальное отношение учителей к ученикам также известно как дискриминационное поведение. В основном это относится к учителям, которые демонстрируют эмоциональную или поведенческую дифференциацию в

обычном обучении и взаимодействии с учениками [112]. Как правило, этот тип поведения обычно является результатом присущих учителям восприятий или отношений, основанных на семейном происхождении учащихся, учебе, успеваемости в школе и личностных качествах, что, в свою очередь, приводит к дифференцированному обращению и в основном проявляется в предпочтениях, дискриминация или подавление. Исследования показали, что уровень самоубийств среди подростков, которых часто наказывают учителя, в два-три раза выше, чем среди тех, кто никогда не подвергался таким инцидентам [113].

Виктимизация из-за издевательств со стороны сверстников относится к физической и вербальной агрессии и агрессии в социальных отношениях, которые студенты испытывают в кампусе со стороны своих сверстников. Дискриминация и унижение являются важными факторами, влияющими на суицидальные мысли среди учащихся средних школ. В исследовании Betts L.R. [114] отмечалось, что чем больше физической агрессии страдали ученики, тем больше вероятность того, что у них возникали суицидальные мысли, в то время как у учениц с большей вероятностью возникали суицидальные мысли из-за большей вербальной агрессии и остракизма, которым они подвергались. Кроме того, у учащихся средних школ, подвергшихся издевательствам со стороны сверстников, уровень выявления суицидальных мыслей был выше, чем у тех, кто с ними не сталкивался [115]. Существует множество причин виктимизации издевательств со стороны сверстников, включая недостаточное личное физическое и умственное развитие, дискриминационное поведение учителей, необоснованную образовательную практику и негативные социальные последствия, среди которых дискриминационное поведение учителей является одним из наиболее важных факторов [116]. Теория когнитивного развития предполагает, что слова и поведение учителей влияют на когнитивное поведение учащихся. Когда учителя предвзяты и дискриминируют учащихся, это неизбежно приводит к издевательствам со стороны сверстников и виктимизации учащихся. В свою очередь, преследование учащихся со стороны учителей и сверстников неизбежно приводит к переживанию разочарования или стыда, что вызывает чувство

страдания и суицидальные мысли. Таким образом, в этом исследовании также будет изучена потенциальная посредническая роль виктимизации издевательств со стороны сверстников во взаимосвязи между дискриминационным поведением учителей и суицидальными мыслями подростков [117].

Не менее значимыми остаются и другие факторы суицидального риска, включающие в себя социально-демографические (пол, возраст, ситуация в семье, материальные проблемы), медико-психологические (соматические и психологические патологии, алкогольная и наркотическая зависимости, расстройства личности, акцентуации характера), биографические (суицидальные мысли, намерения или попытки в прошлом, нетрадиционная сексуальная ориентация, суицидальное поведение родственников, друзей или иных значимых лиц) [118].

Одним из наиболее важных источников поддержки в решении многих проблем молодежи является семейный контекст, в котором молодые люди живут или выросли. Важным фактором риска считается насилие в семье. По данным обзора гендерных программ, в Кыргызской Республике в отношении женщин и детей совершаются несколько форм насилия, включая бытовое насилие, насилие по признаку пола и сексуальное насилие, похищение невест, браки с детьми, торговля женщинами и детьми, жестокое обращение и пренебрежение, а также насилие в школе, как со стороны детей, так и со стороны персонала [119]. По результатам Демографического обследования домохозяйств Кыргызстана в 2012 году, несмотря на то, что лишь 6,3% девочек-подростков в возрасте 15-19 лет ответили, что подвергались физическому насилию, начиная с 15 летнего возраста, 62,3% девочек ответили, что они никогда не обращались за помощью и не сообщали о перенесенном насилии [18]. Таким образом, данные о насилии остаются в значительной степени заниженными.

В многочисленных исследованиях с суицидальным поведением связывают несколько факторов риска, касающихся структуры и процессов семьи. Для многих подростков конфликт в семье может подавить их механизмы преодоления трудностей, что делает особенно уязвимыми тех, у кого более низкие навыки преодоления трудностей. Более того, негативная трактовка этих

конфликтов, при которой наблюдается пессимистический взгляд на ход семейных событий, может влиять на самочувствие и дистресс-реакции подростка во время споров, что связано с суицидальным поведением [120]. По оценкам, в 50% случаев самоубийств среди молодежи задействованы другие семейные факторы. Одним из важных факторов является история психических расстройств среди самих прямых членов семьи, особенно депрессии и злоупотребления психоактивными веществами. Неясно, влияют ли эти расстройства непосредственно на суицидальное поведение ребенка или, скорее, косвенно, через психические расстройства, вызванные у ребенка в результате такого семейного контекста [121].

Проблемы психического здоровья в этот период встречаются чаще, чем физические, и могут повлиять на состояние психического здоровья человека во взрослом возрасте. Когортные исследования показали, что риск суицидального поведения у подростков с психопатологическими и поведенческими симптомами зависит от продольных траекторий этих симптомов. Например, депрессивные симптомы, которые сохраняются от подросткового возраста до взрослой жизни, а не ограничиваются подростковым возрастом, связаны с более высоким риском членовредительства с суицидальными мыслями во взрослом возрасте. Также было высказано предположение, что мальчики с симптомами гиперактивности или невнимательности, которые сохраняются умеренно или сильно с детства до подросткового возраста, подвергаются большему риску суицидальных мыслей и попыток в подростковом возрасте, чем мальчики с меньшим количеством симптомов [122]. Большинство подростковых психопатологических и поведенческих симптомов изменчивы в процессе развития и неспецифичны для любого психиатрического диагноза. В результате коморбидность является распространенным явлением, и от 20% до 50% подростков с психиатрическими симптомами имеют более одной категории симптомов [123].

По мнению Dupéré V. et al., самоубийство в юношеском возрасте имеет тенденцию концентрироваться в неблагополучных кварталах, а неблагоприятное соседство связано со многими важными факторами риска самоубийства среди

молодежи. На двумерном уровне вероятность сообщения о суицидальных мыслях была примерно в два раза выше в бедных, чем небедных районах, а вероятность попытки самоубийства была примерно в четыре раза выше. В тоже время молодежь, живущая в бедных районах, может подвергаться большему риску за счет усиления других факторов риска в неблагополучных районах [124]. Большинство из подростков в Кыргызстане проживает в сельской местности и их доступ к услугам здравоохранения, образования, социальной помощи, а также к развлекательным мероприятиям ограничен. Уровень бедности среди подростков и молодых людей относительно высок в Кыргызстане. В последние годы уровень бедности среди подростков 14-18 лет увеличился почти на 40% в период с 2009 по 2013 год. Посещение школы является одним из ключевых защитных факторов для улучшения результатов здоровья в подростковом возрасте и в последующей жизни. Доля детей, бросивших школу, постепенно увеличивается в возрасте после 14 лет и чаще встречается среди мальчиков [125]. Школьные проблемы и академический стресс были обнаружены в 14% случаев самоубийств. Подростки, которые «дрейфуют», не посещают школу и не работают, имеют значительно больший риск самоубийства из-за отсутствия структуры и предсказуемости. Часто самоубийство происходит после периода отсутствия в школе, особенно среди молодых людей в возрасте до 15 лет [126]. Другими конкретными стрессовыми событиями, связанными с самоубийством, были издевательства, киберзапугивание, психическое и физическое/сексуальное насилие, а также дисциплинарные взыскания, например, с полицией, что чаще встречается среди случаев самоубийства с расстройствами, вызванными злоупотреблением психоактивными веществами [127].

Стремление к одиночеству усиливается в подростковом возрасте, и время, проведенное в изоляции, иногда может быть полезным для адаптации, возможно, потому что одиночество облегчает индивидуализацию или формирование идентичности. По мере того, как дети становятся старше, одиночество становится более приемлемым, и они считают одиночество более позитивным и важным. Также было высказано предположение, что волевое и автономное

времяпрепровождение в одиночестве связано с более высоким уровнем благополучия [128]. С другой стороны, сообщалось и об отрицательных аспектах изоляции в подростковом возрасте. Несколько исследований показали, что одиночество в раннем подростковом возрасте связан с трудностями со стороны сверстников и жестоким обращением и, в более общем плане, с низкой самооценкой, тревогой/депрессией и эмоциональной дисрегуляцией [108]. Следовательно, возможно, что риск суицидальных мыслей у подростков в изоляции повышен. Дети и подростки не могли посещать школу во время карантина, что потенциально привело к снижению социальных контактов, одиночеству и повышенной зависимости от Интернета и социальных сетей [129]. Некоторые из них также столкнулись с нестабильной домашней обстановкой и подверглись домашнему насилию [130]. Эти данные подтверждает и статистика самоубийств среди подростков в первые дни самоизоляции после начала пандемии COVID-19. Так, пресс-служба МВД сообщила что за первые три месяца 2020 года в Кыргызстане 32 ребенка покончили жизнь самоубийством [131].

В нескольких исследованиях изучалось психическое здоровье детей и подростков во время пандемии COVID-19, но их результаты противоречивы. Некоторые исследования показали, что семьи, проводящие больше времени вместе во время кризиса COVID-19, возможно, укрепили чувство общности и социальной поддержки в некоторых семьях, положительно влияя на психическое здоровье детей [132]. Однако другие выявили увеличение количества негативных детских переживаний и риск психических расстройств, таких как депрессия, тревога, посттравматическое стрессовое расстройство и зависимость, среди детей и подростков. Очевидно, что негативные события в детстве связаны с плохими последствиями для психического здоровья и повышенным риском попыток самоубийства [133].

Интернет-пространство выступает мотивом и инструментом суицида. Подростки имеют свободный доступ к информации, содержащейся на просторах вебстраниц. На них публикуются новости о суицидах, способы самоубийства,

так же их подробное описание. До сих пор существуют виртуальные сообщества в социальных сетях, где кто-то напрямую призывает и провоцирует подростков на суицид, используя разные психологические приёмы [134]. В подобных сообществах средний возраст детей варьируется от 12 до 16 лет. Они ищут способы совершения самоубийства, обсуждают свои проблемы и знакомятся для того, чтобы умереть вместе.

Кроме того, наблюдается сочетание факторов риска суицида среди подростков. Так, в исследовании Hinojosa-Vega, Rocío et al. при обзоре клинического случая среди факторов, ранее связанных с суицидальными намерениями в школьном возрасте и выявляемых у пациента 13 лет, были отмечены распад семьи, симптомы эпизодов большой депрессии, трудности в обучении, связанные с чтением, и синдром дефицита внимания с гиперактивностью [135].

Итак, самоубийство является результатом сложного динамического и уникального взаимодействия между многочисленными способствующими факторами, и индивидуальные усилия по прогнозированию и предотвращению самоубийства, как правило, терпят неудачу. Психические расстройства, предыдущие попытки самоубийства, специфические особенности личности, генетическая нагрузка и семейные процессы в сочетании с запуском психосоциальных стрессоров, воздействием социума и доступностью средств совершения самоубийства являются ключевыми факторами риска самоубийств среди подростков.

Заключение. Фактические данные подтверждают, что самоубийства можно предотвратить и что для эффективной профилактики самоубийств необходима всесторонняя координация различных междисциплинарных групп. Социально-экологическая модель может быть основой для всестороннего понимания коррелятов суицидального поведения, включая четыре уровня, а именно индивидуальный (например, личные характеристики, такие как демографические данные, состояние здоровья и др.), социальные отношения (например, прямое взаимодействие, семейные отношения), сообщество

(например, школы, рабочие места и доступность медицинских услуг) и социальные (например, социальные и культурные нормы, политика и другие руководящие правила или законы).

Тем не менее, суициды неоднородны как с точки зрения общих факторов проявления, так и с точки зрения специфики влияния отдельных возрастных рисков, что затрудняет предоставление всеобъемлющей модели суицидального риска или предложение четкой формулы профилактики суицидов для населения Кыргызстана, включая подростков, в региональном аспекте. По сути, эти оценки не учитывают важные факторы, определяющие риск самоубийства, особенно с учетом дифференциации для разных возрастных групп. Поэтому необходимы дальнейшие исследования, связывающие полные национальные данные о суицидах с данными о факторах риска на индивидуальном уровне отдельных групп населения, чтобы углубить понимание факторов, которые провоцируют повышенный риск самоубийства. Необходимо сосредоточиться на контекстуальных факторах в пространственных кластерах высокого риска, а также на выявлении групп риска с целью разработки для них целевых стратегий профилактики. Дальнейшее раскрытие сложного процесса самоубийств должно сопровождаться устойчивыми и существенными усилиями по научному обоснованию и (пере)оценке текущих и новых эпидемиологических показателей как самих суицидов, так и факторов риска, что позволит разработать стратегии предотвращения роста суицидов среди населения Кыргызской Республики, включая группу лиц подросткового возраста.

ГЛАВА 2

МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Материалы исследования

Наиболее оптимальной исследовательской методикой для комплексной оценки самоубийств является триангуляция. Это исследовательская методика, которая заключается в сочетании нескольких методов сбора количественных и качественных данных для оценки характера и масштабов определенных проблем в области здравоохранения. Триангуляция отличается гибкостью подхода, так как эту методику легко приспособить к конкретным условиям, целям и задачам исследования. Сущность триангуляции заключается в объединении количественного и качественного подходов. Основная идея состоит в получении информации из множества источников и их синтеза для достоверной и быстрой оценки ситуации. В рамках исследования было проведено несколько самостоятельных эпидемиологических исследований (ретроспективный эпидемиологический анализ, кросс-секционное анкетирование лиц с целью выявления риска суицидального поведения), каждое из которых является логическим дополнением и продолжением предыдущего, что отразилось на структуре диссертации. Используемая методология триангуляции в оценке ситуации в области суицидального поведения предполагает три основных направления в анализе: контекстуальный анализ (общая ситуация распространения), анализ факторов риска (характер, масштабы, социально-демографическая картина), анализ проблем, связанных с самоубийствами.

Материалы и объем исследования:

- информация по 5231 лицам, совершившим суицид в Кыргызской Республике в период с 2011 по 2023 г (данные сформированы специальными

запросами в Национальный статистический комитет КР и обработкой полученных ответов).

- анкетирование 2511 граждан Кыргызской Республики в возрасте 15-45 лет, в том числе 15-19 летние (n=1411 чел), и 20-45 летние (n=1100 чел), (опросник суицидального риска в модификации Т. Н. Разуваевой, шкала депрессии Бека, авторская анкета).

Анкетирование проводилось на базе «Google forms», анкету могли заполнить все желающие, ссылка на анкету распространялась через образовательные учреждения, мессенджеры, социальные сети, медиа площадки. При анализе ответов из исследования исключались респонденты, проживающие не на территории Кыргызской Республики; респонденты, которым на момент анкетирования было менее 15 или больше 45 лет, а также анкетлируемые, которые давали взаимопротиворечащие ответы или ответы не по существу. В анкетирование приняли участие жители Баткенской, Джалал-Абадской, Иссык-Кульской, Нарынской, Ошской, Таласской, Чуйской областей, что указано более подробно в табл. 2.1.1

Таблица 2.1.1 - Половозрастной состав респондентов с учетом области проживания

		Иссык-Кульская обл.		Джалал-Абадская обл.		Нарынская обл.		Баткенская обл.		Ошская обл.		Таласская обл.		Чуйская обл.		Общее количество	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
возр	Пол																
	все	203	100	73	100	54	100	27	100	105	100	38	100	911	100	1411	100
	м	74	36	22	30	18	33	14	52	41	39	10	26	282	31	461	33
15-19 лет	ж	129	64	51	70	36	67	13	48	64	61	28	74	629	69	950	67
	все	96	100	76	100	57	100	31	100	59	100	30	100	751	100	1100	100
	м	30	31	28	37	29	51	14	45	32	54	11	37	224	30	368	33
20-45 лет	ж	66	69	48	63	28	49	17	55	27	46	19	63	527	70	732	67
	все	299	100	149	100	111	100	58	100	164	100	68	100	1662	100	2511	100
	м	104	35	50	34	47	42	28	48	73	45	21	31	506	30	829	33
Всего	ж	195	65	99	66	64	58	30	52	91	55	47	69	1156	70	1682	67
Город	все	193	100	74	100	38	100	24	100	94	100	33	100	1356	100	1812	100
	м	68	35	26	35	19	50	10	42	39	41	12	36	404	30	578	32
	ж	125	65	48	65	19	50	14	58	55	59	21	64	952	70	1234	68
Село	все	106	100	75	100	73	100	34	100	70	100	35	100	306	100	699	100
	м	36	34	24	32	28	38	18	53	34	49	9	26	102	33	251	36
	ж	70	66	51	68	45	62	16	47	36	51	26	74	204	67	448	64
Всего	все	299	100	149	100	111	100	58	100	164	100	68	100	1662	100	2511	100
	м	104	35	50	34	47	42	28	48	73	45	21	31	506	30	829	33
	ж	195	65	99	66	64	58	30	52	91	55	47	69	1156	70	1682	67

Объект исследования: 5231 человека, совершившие завершённый суицид за период с 2011 по 2023 гг.; 2511 респондентов, прошедших анонимное анкетирование.

Предмет исследования: эпидемиологические аспекты завершённых суицидов, поло-возрастное и территориальное распределение, мотивы суицида, факторы риска суицида.

2.2. Методы исследования

Методы исследования, используемые для решения поставленных в работе цели и задач, отражены в табл. 2.2.1

Таблица 2.2.1 - Методы исследования

п / п	Метод исследования	Объект исследования	Объем (число исследуемых)	Предмет исследования
1	Эпидемиологический	лица, совершившие завершённый суицид	5231	Территориальное, гендерное, возрастное распределение, динамика по годам, инцидентность на 100 тыс. населения, соотношение, доля,
2	Кросс-секционное анкетирование	жители Кыргызской Республики	2511	Демографические данные Наличие мыслей о суициде Наличие в прошлом попытки суицида Наличие мыслей о суициде в момент опроса Факторы риска суицида Антисуицидальный фактор Причина суицида Уровень депрессии
2	Статистический	анкеты респондентов	2511	Расчет и визуализация показателей

1. Эпидемиологический метод

Проведен анализ завершенных суицидов в многолетней динамике, а также вовлечение в эпидемический процесс лиц по полу, возрасту, месту жительства. Просчитывалась инцидентность на 100 тысяч популяционной группы (количество случаев за период $\times 100000/\text{численность данной популяционной группы}$), темп прироста, гендерное соотношение (x/y), частота встречаемости ($x/(x+y)$), годы потерянной потенциальной жизни.

2. Кросс-секционное анкетирование

Первая часть анкетирования представляла собой сбор информации о респонденте: пол, возраст, регион проживания и место жительства – город или село. Также в анкету были включены вопросы о наличии мыслей о самоубийстве, имеющихся попыток самоубийства и приводящих к ним причин.

Вторая часть анкетирования включала опросник суицидального риска А.Г. Шмелева в модификации Т. Н. Разуваевой для диагностики суицидального риска и выявления уровня сформированности суицидальных намерений. При обработке результатов по каждому показателю подсчитывается сумма положительных ответов, полученный балл уравнивается с учетом индекса и делается вывод о конкретных факторах суицидального риска. Чем ближе значение фактора к максимальному, тем более он выражен (табл. 2.2.2).

Таблица 2.2.2 – Ключ для опросника Шмелёва в модификации Разуваевой

Субшкальный показатель	Номера суждений	Индекс	Макс. знач.
Демонстративность	12, 14, 20, 22, 27	1, 2	6
Аффективность	1, 10, 20, 23, 28, 29	1, 1	5,5
Уникальность	1, 12, 14, 22, 27	1, 2	6
Несостоятельность	2, 3, 6, 7, 17	1, 5	7.5
Социальный пессимизм	5, 11, 13, 15, 17, 22, 25	1	7
Слом культурных барьеров	8, 9, 18	2, 3	6.9
Максимализм	4, 16	3, 2	6.4
Временная перспектива	2, 3, 12, 24, 26, 27	1, 1	6.6

Антисуицидальный фактор	19, 21	3, 2	6.4
-------------------------	--------	------	-----

Третья часть анкетирования – Шкала депрессии Бека. Этот опросник состоит из 13 категорий симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Методика предназначена для определения состояния пониженного настроения – депрессии с учетом его глубины, выявления особенностей межличностных контактов подростка со сверстниками, формирования планов на будущее, трудностей адаптации подростка в сложной для него социальной ситуации. Интерпретация баллов указана в табл. 2.2.3

Таблица 2.2.3 – Ключ для шкалы депрессии Бека

Количество баллов	Заключение
0 до 8 баллов	удовлетворительное эмоциональное состояние
от 9 до 18 баллов	легкая депрессия
от 19 до 29 баллов	умеренная депрессия
более 30 баллов	тяжелая депрессия

3. Статистические методы. На каждом этапе исследования проводилась статистическая обработка анализируемых данных с использованием системы электронных таблиц Microsoft Excel и с применением статистических программ SPSS Statistics. Для обобщения количественных переменных определяли подчиненность распределения данных закону Гаусса. При нормальном распределении выводили среднее значение со стандартным отклонением ($M \pm SD$), а при смещенном - медиану с межквартильным размахом ($Me (Q1-Q3)$). Статистическая значимость разницы средних значений показателей (p -value) определялась с использованием t критерия Стьюдента при нормальном распределении данных, Вилкоксона - при смещенном. F -критерий Фишера использовали для сравнения дисперсий нескольких выборок и оценки значимости различий между группами. Межгрупповая

дисперсия выявила различия средних значений между показателями. Внутригрупповая дисперсия оценила показатели внутри каждой группы. Для расчета критерия Стьюдента для средних значений использовали следующую формулу

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}$$

где M1 и M2 - это средние арифметические сравниваемых выборок, m1 и m2 - стандартные ошибки средних сравниваемых выборок.

Расчет частоты встречаемости качественных переменных - экстенсивного показателя - долевого участия каждого изучаемого признака, проводился в процентах. Стандартная ошибка процента высчитана по формуле:

$$m = \sqrt{\frac{Px(1-P)}{n}},$$

где, P1 и P2 - это отношения: доли, проценты сравниваемых выборок, m1 и m2 - стандартные ошибки отношений сравниваемых выборок.

Дизайн кросс-секционного исследования представлен на рисунке 2.2.1.

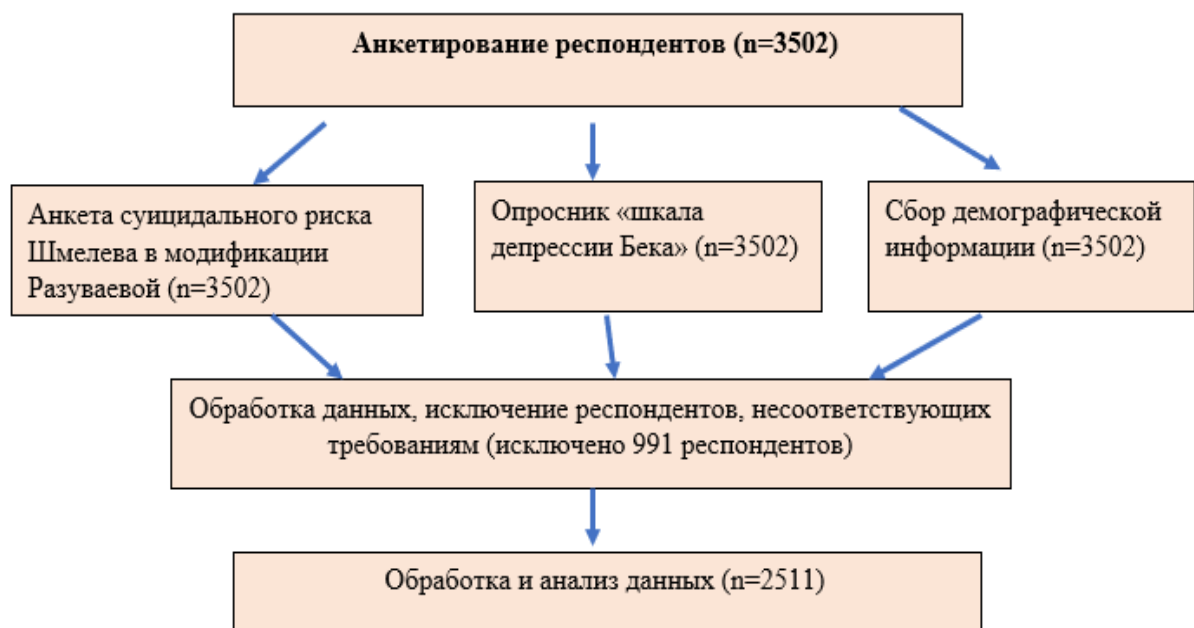


Рисунок 2.2.1. Дизайн исследования

ГЛАВА 3

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

3.1. Анализ завершённых суицидов за период 2011-2023 гг.

Самоубийства обусловлены сложным комплексом внешних и внутренних причин, для определения которых первоначально необходимо вывести и проанализировать основные эпидемиологические показатели в рамках рассматриваемого временного периода и установить поло-возрастные группы риска. Соответственно, на данном этапе настоящего исследования проводилось аналитическое изучение данных по завершённым суицидам в Кыргызской Республике за 2011-2023 годы.

При распределении полученных данных по годам видно, что общее количество суицидов постепенно снижается: с пикового значения 524 случаев в 2012 году до 312 случаев в 2023 году. Существенный спад наблюдался в 2020 году, что связано с изменениями в социальной и медицинской обстановке на фоне пандемии «Covid 19». (рисунок 3.1.1.)

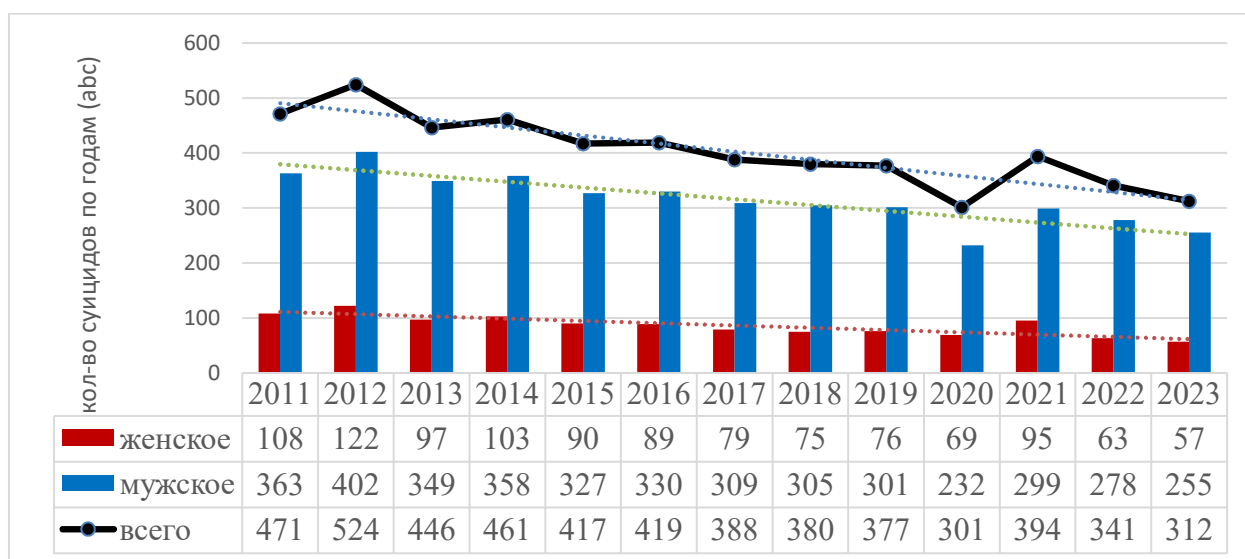


Рисунок 3.1.1 –Количество завершённых суицидов в КР за 2011-2023 г. (abs)

Однако, для более корректной оценки уровня завершенных суицидов в разные года и для сравнения с другими странами, требуется пересчет абсолютных показателей в инцидентность – количество случаев на 100 тысяч населения. Такой подход позволяет учитывать демографические изменения в численности населения и дает возможность выявить истинные тренды распространенности суицидов, особенно с учетом того, что за анализируемый период времени наблюдается достаточно значительный динамический рост численности постоянного населения КР с 5 773 902 человек в 2011 г. до 7 037 590 человек в 2023 г., что отражено на рисунке 3.1.2.

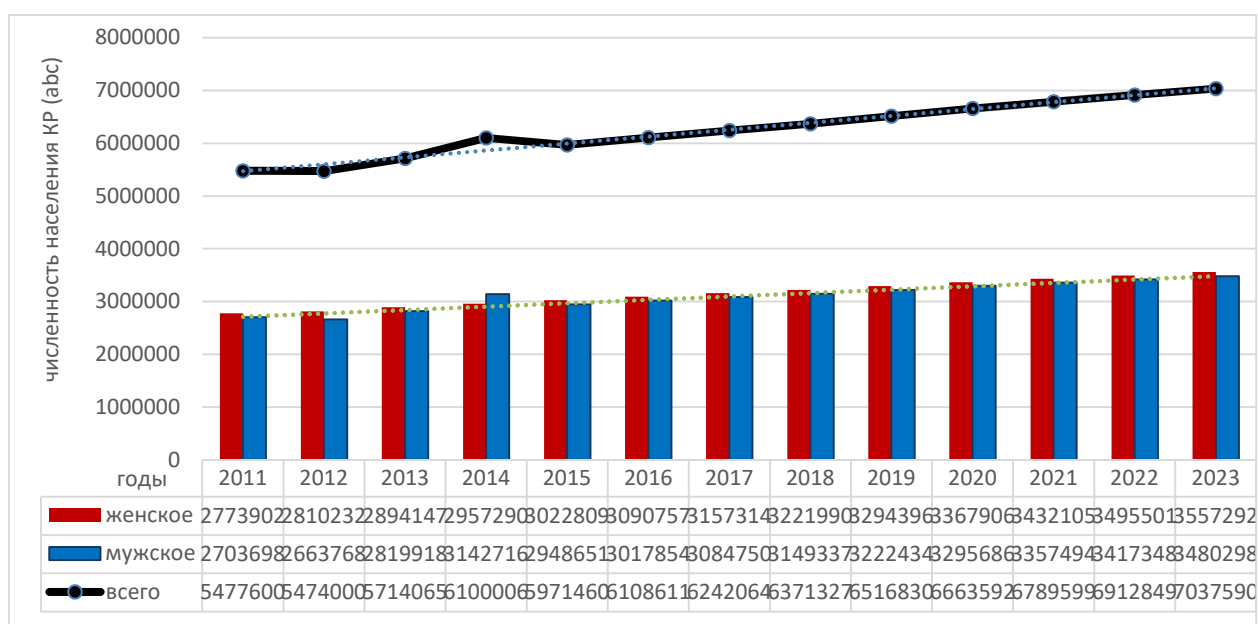


Рисунок 3.1.2 - Численность населения КР за 2011-2023 гг. (абс)

Для анализа инцидентности по годам были взяты данные по количеству мужского и женского населения за каждый год, по которым велось исследование, и абсолютные числа суицидов были пересчитаны на 100 тысяч населения. Отмечено, что инцидентность завершенных суицидов среди населения Кыргызской Республики была самой высокой в 2012 г. с последующим снижением показателя на всем протяжении анализируемого периода. Снижение общего уровня инцидентности суицидов в Кыргызской Республике за 13 летний период практически в 2 раза, с 8,6 случаев на 100

тыс.нас. в 2011 году до 4,4 случаев на 100 тыс. нас. в 2023 году является положительным маркером на фоне общемировой ситуации.

При этом средняя многолетняя инцидентность составляет 6,5 случаев на 100 тыс. нас., (табл. 3.1.1), что по классификации Всемирной организации здравоохранения относит Кыргызстан к странам с низким уровнем самоубийств (до 10 человек на 100 тыс.нас).

анализируемый год (n=13 лет)	инцидентность среди мужчин (n= 4408 чел)	инцидентность среди женщин (n=1123 чел)	инцидентность общая (n=5231 чел)
2011	13,4	3,9	8,6
2012	14,7	4,3	9,6
2013	12,5	3,4	7,8
2014	12,5	3,5	7,6
2015	11,2	3,0	7,0
2016	11,1	2,9	6,9
2017	10,2	2,6	6,2
2018	9,8	2,4	6,0
2019	9,5	2,4	5,8
2020	7,2	2,1	4,5
2021	9,1	2,8	5,8
2022	8,1	1,8	4,9
2023	7,3	1,6	4,4
Ср. многолет. инцид-ть ± станд. откл. (M ±SD)	10,5 ±2,3	2,8 ±0,8	6,5 ±1,6

Таблица 3.1.1 –Инцидентность суицидов в КР за 2011-2023 гг. (на 100 тыс.нас.)

Особо заметно снижение после 2014 года, когда уровень инцидентности суицидов устойчиво опускался ниже 7 случаев на 100 тыс.нас., а начиная с 2018 года – ниже 6 случаев на 100 тыс.нас. Такое устойчивое снижение может быть связано с несколькими факторами: улучшением профилактической работы, усилением общественного внимания к проблемам психического здоровья, некоторой стабилизацией экономической обстановки в стране. 2020 год становится минимальной точкой по всем категориям: 4,5 случаев на 10 тыс.нас.,

что связано с влиянием пандемии Covid-19, в том числе с трудностями регистрации случаев, изменением поведения населения, усилением контроля в семьях. 2021 год демонстрирует краткосрочный рост, что может быть связано с психоэмоциональными и экономическими последствиями пандемии, ростом тревожности, потерей работы и социальными ограничениями. Эта тенденция подтверждает «delayed effect», характерный для посткризисных периодов. 2022-2023 годы вновь демонстрируют снижение до уровней ниже 5 на 100 тыс.нас. (рис. 3.1.3).

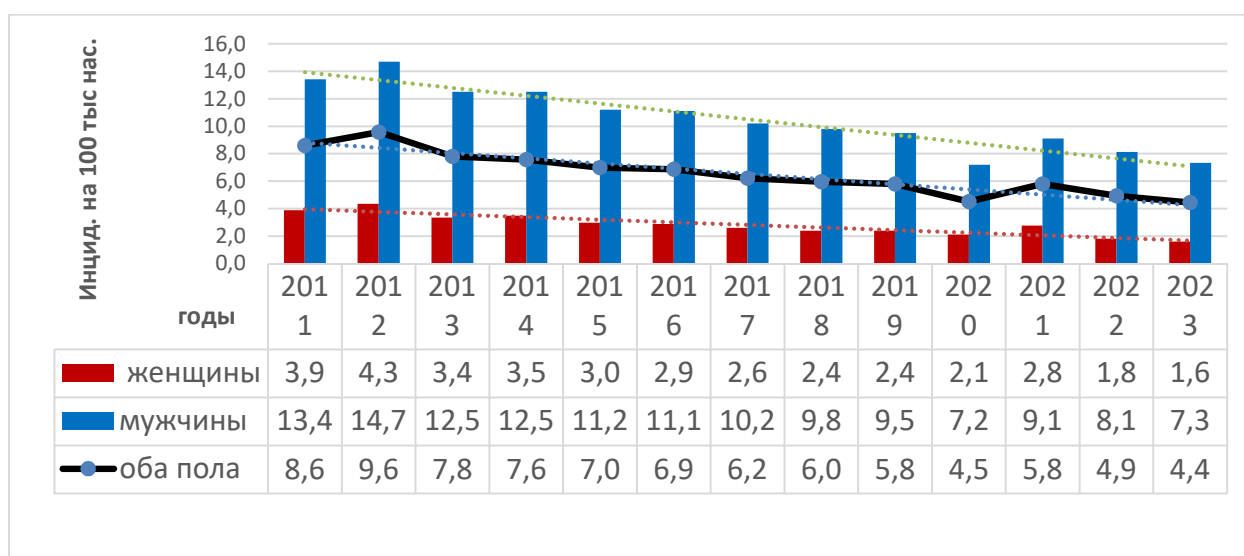


Рисунок 3.1.3 –Инцидентность суицидов в КР за 2011-2023 г. (на 100 тыс.нас.)

Анализ динамики завершенных суицидов за 2011-2023 год демонстрирует значительную неустойчивость и выраженные гендерные отличия показателя, с ежегодной сменой вектора динамики. Более стабильными были 2018 и 2019 год, когда наблюдались минимальные изменения в динамике, после которого виден один из самых значительных спадов за весь период наблюдения: - 20% в 2020 году и затем резкий скачек вверх в 2021 году до +30,9%. Этот период совпадает с пандемией Covid 19, когда ограничительные меры и самоизоляция могли повлиять на достоверность учета суицидов и полную регистрацию случаев, но обращает на себя внимание, что снижение у женщин в 2020 году менее выражено (-9,2%), чем у мужчин (-22,9%), а в 2021 году наоборот, темп прироста женских

суицидов более значительный (+37,7%), чем мужских (+28,9%), что говорит о том, что женщины оказались особенно уязвимыми к изменениям социальной среды, эмоциональной перегрузке, семейным конфликтам и росту домашнего насилия, которые усилились в условиях изоляции

В целом же, нестабильность общей динамики с волнообразными колебаниями говорит о том, что устойчивая система профилактики пока не сформирована (табл. 3.1.2)

Таблица 3.1.2 – Темп прироста суицидов в КР за 2011-2023 гг. (%)

годы	темп прироста суицидов среди мужского населения (%)	темп прироста суицидов среди женского населения (%)	Темп прироста суицидов среди всего населения (%)
2012	10,74	12,96	11,25
2013	-13,18	-20,49	-14,89
2014	2,58	6,19	3,36
2015	-8,66	-12,62	-9,54
2016	0,92	-1,11	0,48
2017	-6,36	-11,24	-7,4
2018	-1,29	-5,06	-2,06
2019	-1,31	1,33	-0,79
2020	-22,92	-9,21	-20,16
2021	28,88	37,68	30,9
2022	-7,02	-33,68	-13,45
2023	-8,27	-9,52	-8,5

Одним из важных инструментов для выявления территориальных диспропорций и выработки эффективных профилактических стратегий является оценка региональной инцидентности завершенных суицидов. Для выявления территориальных различий уровня завершенных суицидов в Кыргызской Республики и выделения областей с повышенными показателями количественные данные совершенных за год суицидов по областям КР в

абсолютных числах были переведены в количество случаев на 100 тысяч населения данной области, что отражено в таб. 3.1.3.

Таблица 3.1.3. - Инцидентность суицидов по областям КР (на 100 тыс.нас обл.)

Области КР /годы	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Ср. многолетн. инцидентность $M \pm SD$
Иссык-Кульская обл.	22,0	25,2	19,2	21,2	17,7	15,7	15,1	19,7	15,7	10,9	13,5	13,1	8,4	16,7 $\pm$ 4,5
Нарынская обл.	16,7	14,7	13,1	17,3	13,8	13,3	15,3	10,2	10,5	6,6	7,9	8,2	11,7	12,2 $\pm$ 3,3
Чуйская обл.	11,7	12,2	8,9	8,7	8,0	9,6	8,6	7,6	7,0	6,9	8,9	6,2	5,9	8,5 $\pm$ 1,8
Баткенская обл.	8,5	9,8	7,0	6,2	8,3	5,9	6,2	7,6	6,9	4,3	5,5	3,4	5,6	6,5 $\pm$ 1,7
Таласская обл.	5,1	5,1	12,5	6,2	8,5	4,4	3,1	3,9	3,0	2,6	3,3	2,6	0,7	4,7 $\pm$ 2,9
Ошская обл.	4,2	4,9	5,4	5,2	4,0	3,7	3,4	2,7	3,5	2,6	3,4	2,2	2,4	3,6 $\pm$ 0,9
Джалал-Абадская обл.	2,3	3,8	2,9	3,9	2,8	3,0	1,5	1,5	2,6	1,3	1,8	3,5	1,8	2,5 $\pm$ 0,9

При анализе статистических данных по 7 областям Кыргызской Республики нужно обратить внимание не только на среднюю многолетнюю инцидентность, но и на степень ее вариабельности (стандартное отклонение SD), что позволяет выявить как устойчиво «высоко рисковые» области, так и области с потенциальной латентной угрозой.

На основании полученных данных прослеживается значительная территориальная вариабельность инцидентности. Между самым высоким значением средней многолетней инцидентности (16,7 $\pm$ 4,5 в Иссык-Кульской области) и самым низким значением этого показателя (2,5 $\pm$ 0,9 в Джалал-Абадской области) наблюдается более чем 6-кратная разница, что требует пристального внимания со стороны Министерства здравоохранения КР.

Высокая дисперсия в Таласской и Иссык-Кульской областях требует дополнительного внимания к нестабильным всплескам и достоверности учета (рис 3.1.4).

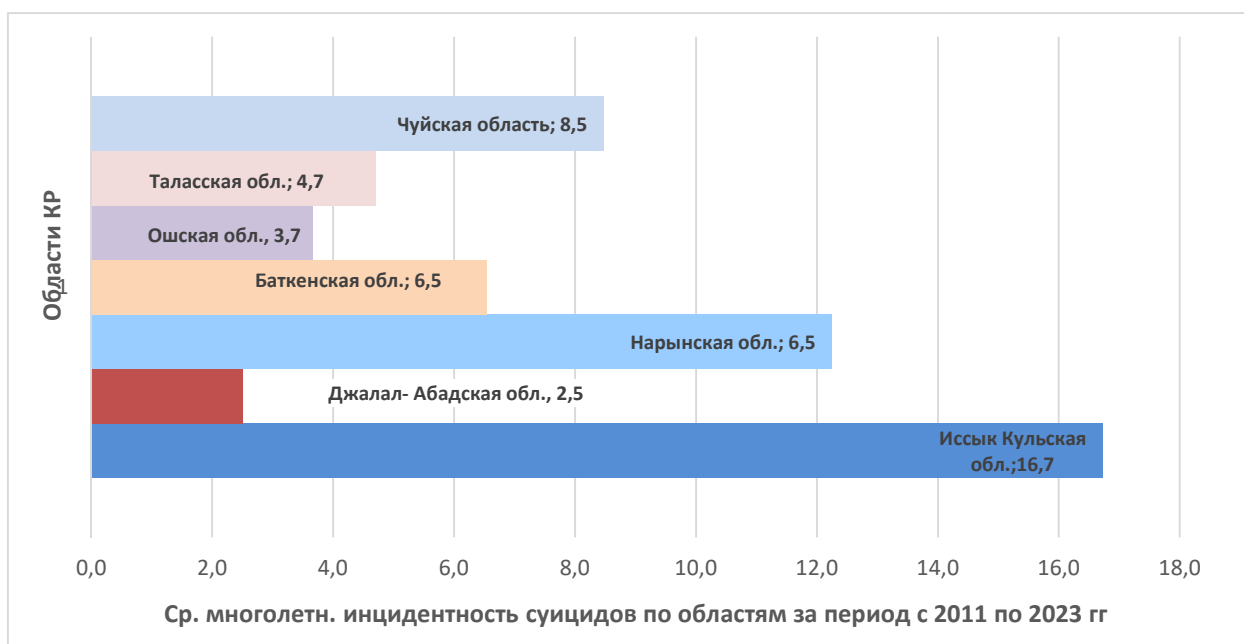


Рисунок 3.1.4 – Средняя многолетняя инцидентность суицидов по областям КР за 2011-2023 г. (на 100 тыс. нас. области)

Итак, наибольшая средняя многолетняя инцидентность зафиксирована в Иссык-Кульской области ($16,7 \pm 4,5$), что существенно превышает показатели других областей и указывает на стабильно высокий уровень суицидальной опасности. На втором месте по уровню инцидентности находится Нарынская область - ($12,2 \pm 3,3$) также с выраженными колебаниями в разные годы (от 17,3 в 2014 году до 6,6 в 2020 году). Таласская область характеризуется самой высокой дисперсией: в разные годы инцидентность колебалась от 12,5 до 0,7, что указывает на нестабильность показателя и возможное влияние учетных факторов, в связи с чем необходимо крайне осторожно интерпретировать данные и учитывать высокую зависимость от единичных случаев, что искажает картину. Тем не менее, это также указывает на чувствительность области к локальным кризисам. Наименьшие значения инцидентности зафиксированы в Ошской ($3,6 \pm 0,9$) и Джалал-Абадской ($2,5 \pm 0,9$) области, где уровни завершённых суицидов стабильно низкие, что объясняется как определенными социальными, религиозными и культуральными установками, так и поднимает вопрос о качестве медицинской и судебной регистрации случаев.

Баткенская область показывает за все года исследования средние показатели, что отражается и на средней многолетней инцидентности на уровне $6,5 \pm 1,7$.

Чуйская область демонстрирует умеренно стабильную инцидентность на уровне $8,5 \pm 1,8$, без выраженных пиков или провалов, что говорит как о более сбалансированной инфраструктуре помощи, так и о наличии социальных стрессоров (рис 3.1.5.).

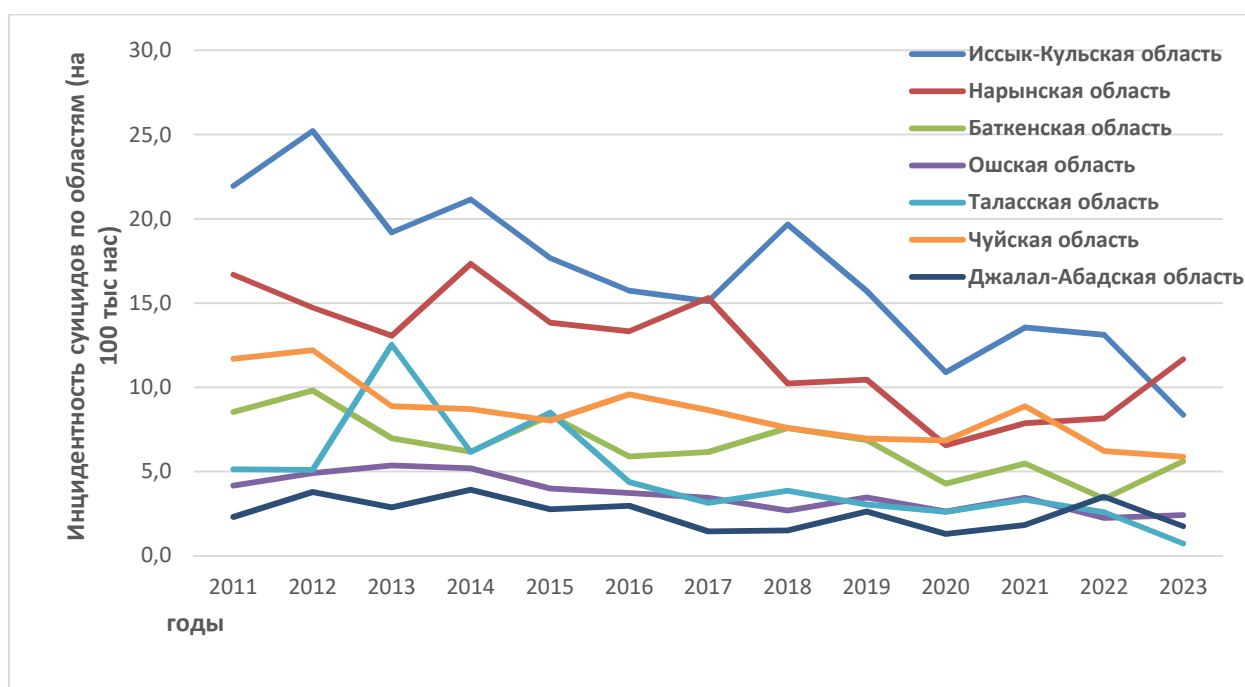


Рисунок 3.1.5 – Инцидентность суицидов по областям КР за 2011-2023 г. (на 100 тыс.нас.обл)

Эти различия требуют учёта при планировании профилактических мероприятий, особенно в регионах с выраженной нестабильностью и пиковыми значениями.

В ходе исследования также была проведена корреляционная оценка между уровнем суицидов и некоторыми факторами (табл. 3.1.4.)

Согласно полученным данным, коэффициент корреляции между уровнем суицидов и уровнем безработицы составил $r=+0,890$, $p=0.0001$, что можно интерпретировать как сильную прямую (положительную) связь, в то

время как корреляция с уровнем бедности так же положительная, но средней выраженности и составила $r=+0,657^{**}$, $p=0.0001$. Это говорит о том, что как потенциальный предиктор суицида опаснее не общий уровень материальной обеспеченности, а субъективное переживание социальных и психологических последствий безработицы, которое зачастую сопровождается снижением самооценки и ухудшением психического состояния. Выявленные различия подчеркивают необходимость учета не только уровня доходов населения, но и статуса занятости как одного из ключевых факторов в эпидемиологическом моделировании суицидов.

Также во время исследования была выявлена сильная прямая корреляция между уровнем смертности от суицидов и уровнями смертности от таких внешних причин, как неумышленное отравление ($r=+0,911^{**}$, $p=0.0001$), случайное отравление алкоголем ($r=+0,909^{**}$, $p=0.0001$), случайное утопление ($r=+0,889^{**}$, $p=0.0001$). Подобная взаимосвязь зачастую объясняется тем, что часть смертей, классифицируемых как несчастные случаи, например случайное отравление лекарственными средствами, травмы, рубрика «иные причины» в действительности могут представлять собой нераспознанные или умышленно неправильно классифицируемые суициды. Особенно это характерно для стран, где самоубийства осуждаются и стигматизируются, а именно к таким странам и относится Кыргызстан. При этом, если учесть тот факт, что средняя многолетняя смертность за период с 2011 по 2023 гг. от неумышленного отравления составляет 6 случаев на 100 тысяч населения, а от случайного отравления алкоголем – 4,4 случая на 100 тысяч населения, то даже эти 2 показателя уже превышают среднюю многолетнюю смертность от суицидов (6,6 случаев на 100 тысяч населения) более чем в 1, 5 раза, что подчеркивает важность комплексного подхода в анализе смертности среди населения и усиления надзора за случаями внезапной смерти от внешних причин.

Сильная положительная корреляционная связь так же наблюдается между завершенными суицидами и алкогольной зависимостью ($r=+0,892^{**}$,

$p=0.0001$) и зависимостью от психо-активных веществ ($r=+0,900^{**}$, $p=0.0001$). Подобная зависимость может быть обусловлена сочетанием факторов - социальной дезадаптации, коморбидной депрессии и нарушений саморегуляции, характерных для зависимых состояний.

Сильная прямая корреляционная связь с между уровнем суицидов и численностью пациентов, состоящих на учете с заболеваниями психиатрического профиля ($r=+0,899^{**}$, $p=0.0001$) подтверждает общеизвестный факт, что наличие психических расстройств – один из ключевых предикторов суицидального поведения. Особенно это касается хронических аффективных расстройств и расстройств личности, которые значительно повышают суицидальный риск.

Таблица 3.1.4 – Коэффициент корреляции между показателем суицида и некоторыми факторами на территории КР за 2011-2023 гг.

Показатели, с которыми определяется сильная положительная связь завершенных суицидов	Коэф. корреляции Спирмена	P-value (ур.знач-ти)
Уровень безработицы	+0,890**	0,0001
Уровень бедности	+0,657**	0,0001
Умерло от травм, отравлений и других внешних причин	+0,932**	0,0001
Умерло от неумышленного отравления	+0,911**	0,0001
Умерло от случайного отравления алкоголем	+0,909**	0,0001
Умерло от несчастного случая на транспорте	+0,845**	0,0001
Умерло от случайного утопления	+0,889**	0,0001
Заболеваемость алкогольной зависимостью	+0,892**	0,0001
Численность пациентов с алкогольной зависимостью на учете	+0,841**	0,0001
Численность пациентов психиатрического профиля на учете	+0,899**	0,0001
Заболеваемость зависимостью от ПАВ	+0,900**	0,002
Численность пациентов с зависимостью от ПАВ на учете	+0,865**	0,0001

Примечание: **. Корреляция значима на уровне 0,001 (двухсторонняя).

3.2. Поло-возрастной анализ суицидентов с определением групп риска.

Далее, для определения поло-возрастных групп, более подверженных риску самоубийства, все официально зарегистрированные завершённые суициды были разбиты по полу и возрастным группам (рис. 3.2.1). Данное распределение немного отличается от принятой ВОЗ классификации возрастных групп, но для более достоверного анализа было принято остановиться на формате, в котором предоставляются официальные данные Национальным статистическим комитетом КР.

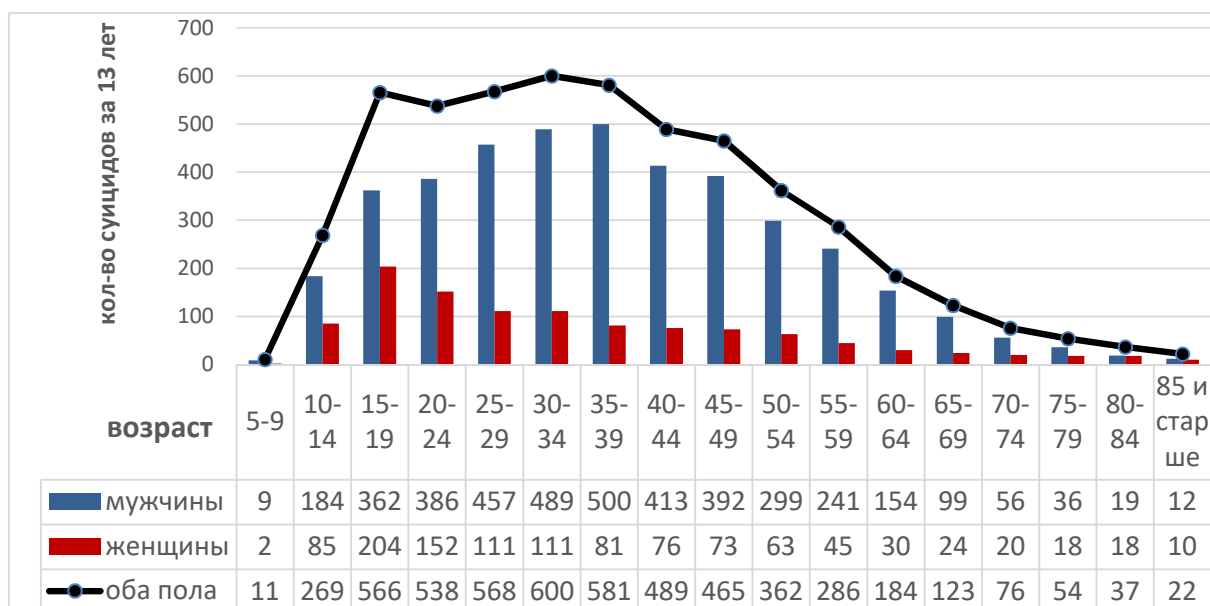


Рисунок 3.2.1 – Количество суицидов среди населения КР по возрастным группам и полу, за весь период исследования (2011-2023 гг.), абс.

Если анализировать абсолютные числа, то в целом по Кыргызской Республике за период с 2011 по 2023 годы наибольшее количество зарегистрированных случаев суицида среди населения наблюдается в таких возрастных группах, как «30-34 лет» – 600 случаев (457 среди мужского и 111 среди женского населения); «35-39 лет» -581 случаев (500 среди мужского и 81 среди женского населения); «15-19 лет» – 566 случаев (362 среди мужского и 204 среди женского населения).

Но, поскольку абсолютные числа не дают истинную картину о распространенности процесса среди популяционных групп, то, по каждому году в рамках анализируемого периода была обособлена численность населения по возрастным группам отдельно для мужского и женского пола и просчитана инцидентность завершенных суицидов по возрастным группам, отраженная в таблице 3.2.1. для мужского пола и таблице 3.2.2. -для женского

Таблица 3.2.1 - Инцидентность завершенных суицидов среди мужского пола по возрастным группам (на 100 тыс. популяц. группы)

возраст/год	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Ср. многолетн. инцидентность M ± SD
5-9	0,0	0,0	0,7	1,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,22±0,4
10-14	4,6	7,1	8,7	5,1	8,2	8,4	6,7	3,5	3,1	2,7	2,8	3,3	2,7	5,1 ±2,3
15-19	17,2	11,7	12,0	10,1	11,5	7,7	8,3	10,7	9,9	7,8	12,3	6,4	7,1	10,2 ±2,9
20-24	11,0	14,2	13,5	13,2	11,2	11,7	10,8	8,9	10,2	6,4	7,7	7,9	9,4	10,5 ±2,4
25-29	19,6	24,4	16,7	19,3	12,0	10,0	9,9	11,9	9,6	7,6	10,4	9,5	7,0	12,9 ±5,4
30-34	24,2	29,4	21,0	15,6	14,9	16,0	17,1	17,0	10,7	9,0	13,9	10,9	10,1	16,1 ±5,9
35-39	27,7	26,9	23,1	30,4	21,5	18,1	23,4	15,0	17,8	13,3	16,7	14,8	10,5	19,9 ±6,1
40-44	22,1	22,0	21,1	21,1	26,5	20,9	18,7	17,8	21,4	13,0	17,5	10,9	11,3	18,8 ±4,6
45-49	20,4	24,7	15,1	25,9	20,9	22,5	18,9	23,8	20,6	11,5	15,9	20,6	14,1	19,6 ±4,3
50-54	14,4	15,3	18,5	15,3	15,8	26,1	12,3	14,5	15,0	16,2	15,9	18,1	15,9	16,4 ±3,3
55-59	15,8	23,1	21,7	20,1	17,0	19,3	16,6	11,1	16,3	12,3	17,0	13,8	11,5	16,6 ±3,8
60-64	15,0	26,4	13,2	15,5	11,8	16,7	18,3	14,6	14,6	14,6	11,7	16,7	7,6	15,1 ±4,3
65-69	28,7	24,5	15,0	12,5	15,6	20,2	8,4	13,6	22,1	10,4	11,5	15,4	20,9	16,8 ±6,0
70-74	24,2	18,9	20,4	4,0	14,4	0,0	10,5	28,4	11,7	19,2	16,9	4,9	15,7	14,6 ±8,2
75-80	15,8	20,4	15,1	23,5	9,0	9,0	18,4	34,8	11,9	7,1	8,1	0,0	12,7	14,3 ±8,8
81-84	30,5	7,9	8,2	9,0	0,0	28,4	9,1	0,0	15,8	22,2	7,8	0,0	17,8	12,1 ±10,3
85 и выше	0,0	17,0	14,5	0,0	23,6	23,2	11,1	10,8	21,6	10,6	10,4	0,0	0,0	11,0 ±8,9
всего	13,4	14,7	12,5	12,5	11,2	11,1	10,2	9,8	9,5	7,2	9,1	8,1	7,3	10,5 ±2,3

Средняя многолетняя инцидентность у мужчин составляет 10,5 ±2,3 на 100 тысяч населения мужского пола, что выше средней инцидентности по Кыргызской Республике и отражает более высокие суицидологическую уязвимость именно среди мужского пола.

При анализе средней многолетней инцидентности среди мужского пола самые высокие показатели наблюдаются в возрастной группе «35-39 лет» (19,9

$\pm 6,1$ случаев на 100 тыс. популяционной группы), затем идет возрастная группа «45-49 лет» ($19,6 \pm 4,3$ случаев на 100 тыс. популяционной группы), и на третьем месте - возрастная группа «40-44 лет» ($18,8 \pm 4,6$ случаев на 100 тыс. популяционной группы). Эти значения существенно превышают как средний показатель по всем возрастам среди мужчин ($10,5 \pm 2,3$ на 100 тыс.нас.), так и инцидентность в большинстве других возрастных групп, включая подростков и пожилых. Эти три возрастных периода идут последовательно, соответственно наиболее критичным для мужчин в плане риска самоубийства является возрастной период, который можно обозначить как «35-49 лет», и который требует прицельного профилактического и интервенционного внимания. Мужчины в возрасте 35-49 лет, как правило, находятся в наиболее напряженной фазе жизненного цикла – это период профессиональной активности, материальной и семейной ответственности, а также возраст наибольшей уязвимости к профессиональному выгоранию, разочарованиям и ощущению несостоятельности. На этом этапе формируется ощущение окончательной самооценки: достижений или неудач в карьере, семье, социальной жизни; возникают соматические заболевания, которые зачастую усугубляют психическое состояние, особенно в отсутствие доступа к медицинской помощи. Суицидальное поведение в этой возрастной группе чаще всего носит импульсивный или скрытый характер, что затрудняет раннюю диагностику. Дополнительными факторами риска выступают злоупотребление алкоголем и ПАВ, проблемы с законом, потеря работы или вынужденная миграция в поисках дохода.

Учитывая эпидемиологическую значимость возрастной группы 35-49 лет, меры профилактики должны быть направлены на раннюю идентификацию депрессии, снижение уровня стресса, доступ к профессиональной помощи и снижение стигматизации обращения к специалистам.

Таблица 3.2.2 - Инцидентность завершенных суицидов среди женского пола по возрастным группам (на 100 тыс. популяц. группы)

возраст/год	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Ср. многолетн. инцидентность M ± SD
5-9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,05±0,1
10-14	2,0	1,2	5,3	4,1	3,2	2,8	2,7	1,5	1,4	1,7	1,3	3,8	0,6	2,4 ±1,4
15-19	10,1	8,5	8,8	7,1	8,9	5,6	4,1	4,1	4,9	4,8	2,6	2,6	2,5	5,7 ±2,7
20-24	6,0	5,8	4,1	3,8	4,2	3,9	4,0	5,2	4,6	3,9	3,2	1,9	4,2	4,2 ±1,1
25-29	11,8	14,9	10,3	12,1	6,7	6,2	7,2	7,4	5,9	5,3	7,4	5,2	4,4	8,1 ±3,2
30-34	5,7	4,1	4,0	2,9	3,7	5,2	2,9	3,5	3,0	2,9	3,5	1,8	3,9	3,6 ±1,0
35-39	2,3	5,1	2,8	6,7	4,4	1,6	1,0	3,0	2,4	2,3	3,1	4,1	2,0	3,1 ±1,6
40-44	3,6	7,2	1,8	3,6	4,1	5,3	2,9	2,3	3,9	3,3	2,7	2,5	0,5	3,4 ±1,7
45-49	3,1	6,3	2,6	4,4	3,8	4,3	3,1	3,6	1,2	4,2	6,5	0,0	1,6	3,5 ±1,9
50-54	6,5	4,2	4,0	3,3	1,9	4,5	3,9	1,3	3,2	0,6	3,2	4,2	0,6	3,2 ±1,7
55-59	1,0	2,9	1,9	3,4	3,2	3,8	3,6	3,5	3,4	0,7	3,4	1,3	1,9	2,6 ±1,1
60-64	7,3	1,4	2,6	2,4	2,3	2,2	1,0	1,0	0,9	2,6	5,6	1,5	0,7	2,4 ±1,9
65-69	0,0	6,2	5,5	6,8	0,0	3,3	3,0	4,2	1,3	0,0	6,1	0,0	4,0	3,1 ±2,6
70-74	2,1	8,6	7,0	2,8	3,3	3,8	0,0	6,3	5,1	0,0	5,6	1,7	1,6	3,7 ±2,7
75-80	9,8	9,5	0,0	5,7	0,0	0,0	2,8	0,0	25,3	8,6	0,0	0,0	0,0	4,8 ±7,4
81-84	9,0	18,0	13,8	9,8	10,5	0,0	4,8	0,0	4,2	0,0	3,9	4,7	5,0	6,4 ±5,5
85 и выше	0,0	16,4	0,0	0,0	12,7	12,7	0,0	5,8	0,0	5,8	0,0	7,4	6,9	5,2 ±5,8
всего	3,9	4,3	3,4	3,5	3,0	2,9	2,6	2,4	2,4	2,1	2,8	1,8	1,6	2,8 ±0,8

В женской популяции картина несколько другая. Средняя многолетняя инцидентность среди женщин составляет $2,8 \pm 0,8$ на 100 тыс.нас. В сравнение с мужской популяцией, женская смертность от суицида значительно ниже и отличается большей стабильностью по годам.

Самый высокий показатель средней многолетней инцидентности наблюдается в возрастной группе 25-29 лет (8,2 случая на 100 тысяч популяционной группы, что почти в 3 раза выше средней многолетней инцидентности среди женщин в целом). Эта группа наиболее уязвима в силу социальных, профессиональных и семейных стрессоров, связанных с переходом к взрослой самостоятельной жизни.

Далее идет возрастная группа «81-84 года» со средней многолетней инцидентностью $6,4 \pm 5,5$ на 100 тысяч популяционной группы. Доверительный интервал в этой группе слишком широкий, что говорит о том, что статистическую достоверность необходимо проверить, но это связано в

первую очередь с достаточно маленькой численностью населения этого возраста (колеблется от 11803 до 18082 человек) и с неравномерностью показателя по годам. Тем не менее, такой высокий показатель указывает на важность работы с пожилыми людьми, часто испытывающими одиночество и утрату смысла жизни.

Третья группа, в которой показатель средней многолетней инцидентности более чем в 2 раза превышает средний показатель по женщинам в целом и составляет 5,7 на 100 тысяч популяционной группы – это девушки в возрасте 15-19 лет, где количество самоубийств в некоторые года достигало до 29 случаев за год. Следует отметить, что данная возрастная группа занимает особое место в эпидемиологии завершенных суицидов – как с точки зрения уровня инцидентности, так и с учетом психосоматической уязвимости, которая характеризуется эмоциональной неустойчивостью, склонностью к аффективным всплескам, завышенным ожиданиям от себя и от окружения. Если к этому добавить активное потребление медиа и социальных сетей, где зачастую идет романтизация страданий, ранние романтические отношения, нередко приводящие к кризисам из-за безответной любви, конфликты с родителями на фоне борьбы за власть, давление сверстников, необходимость делать профессиональный выбор, то становится понятным столь выраженная чувствительность 15-19 летних девушек к действию стрессоров.

Следует отметить достаточно существенную разницу в инцидентности суицидов при её оценке по полу. Мужское население КР за анализируемый период в более чем три раза чаще чем лица женского пола совершало суицид (рисунок 3.2.2), что в целом совпадает с мировой статистикой.

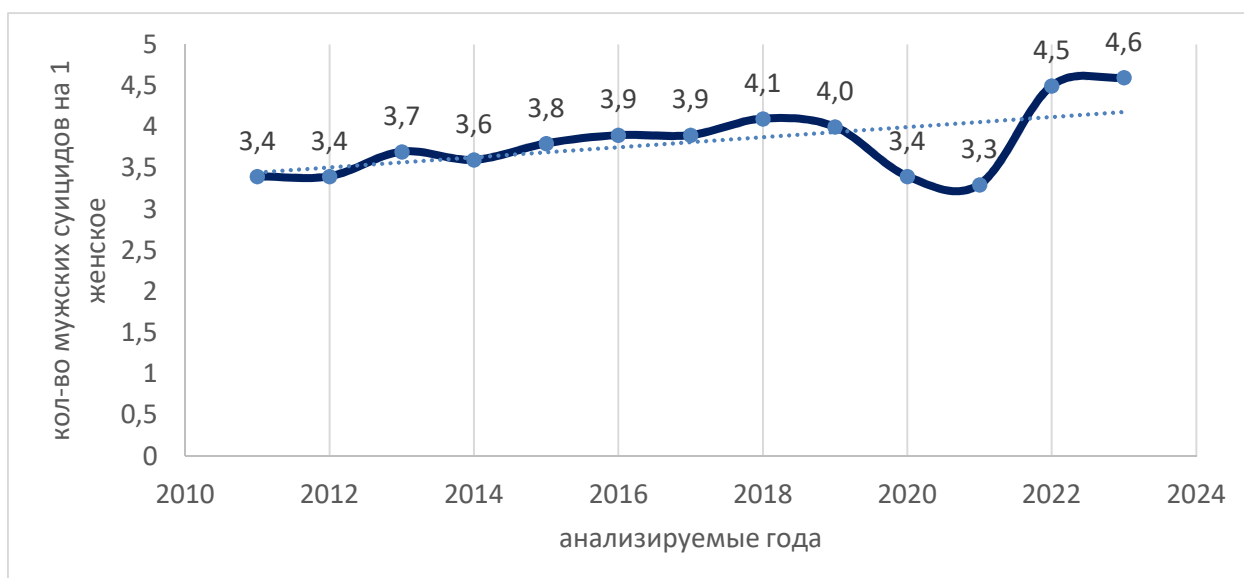


Рисунок 3.2.2 - Соотношение мужского пола по отношению к женскому полу у лиц, совершивших суицид.

При этом, если проанализировать тренд гендерного соотношения суицидов, то необходимо отметить постепенный рост доли мужских суицидов (с соотношения 3,4 мужских суицида на 1 женский в 2011 году до 4,6 мужских суицида на 1 женский в 2023 году. Однако обращает на себя внимание резкое изменение соотношения мужских и женских суицидов в 2020-2021 году, когда имели место значительные изменения привычного уклада жизни, связанные с пандемией Covid-19. Если сравнить эти данные с инцидентностью по завершённым суицидам, то можно отметить, что снижение инцидентности в 2020 году на 1,3 случая на 100 тыс. населения произошло в большей степени из-за уменьшения суицидов среди мужчин на 2,3 случая на 100 тысяч популяционной группы, в то время, как инцидентность по женским суицидам снизилась всего на 0,3 случая на 100 тысяч популяционной группы. При этом в 2021 году, когда эпидемиологическая ситуация постепенно стала стабилизироваться, общий показатель инцидентности суицидов вернулся на уровень 2019 года (5,8 суицидов на 100 тыс. нас.), но можно заметить, что суициды среди мужского пола не достигли показателей 2019 года, а суициды среди женского пола превысили их. Эти данные говорят о значительно большей чувствительности женщин к изменениям на микросоциальном уровне. Следует обратить внимание, что в 2022-2023 году уровень

инцидентности завершенных суицидов среди мужчин более чем в 4,5 раза превышает женский, что свидетельствует о необходимости целенаправленных программ, ориентированных именно на мужское население.

Поскольку неоднократно поднимался вопрос социальной и экономической значимости суицидов, был просчитан такой эпидемиологический показатель, как Годы потерянной потенциальной жизни (ГППЖ), что отражено в табл. 3.2.3

Таблица 3.2.3 - Годы потерянной потенциальной жизни по причине завершенных суицидов (за период с 2011 по 2023 год)

возраст	ГППЖ у мужчин (n= 4408 чел)	ГППЖ у женщин (n=1123 чел)	ГППЖ у обоих полов (n=5231 чел)
5-9	578	128	706
10-14	10893	5032	15925
15-19	19620	11057	30677
20-24	18991	7478	26470
25-29	20199	4906	25106
30-34	19169	4351	23520
35-39	17100	2770	19870
40-44	12060	2219	14279
45-49	9486	1767	11253
50-54	5741	1210	6950
55-59	3422	639	4061
60-64	1417	276	1693
65-69	416	101	517
70-74	0	0	0
75-80	0	0	0
81-84	0	0	0
85 и выше	0	0	0
всего ГППЖ	139 092	41 934	181 026
ГППЖ на 1 суицид	31,6	37,3	34,6
ГППЖ в год	10699,4	3225,7	13925,1

Анализ вышеуказанных данных показывает, что годы потенциально потерянной жизни по причине суицидов в среднем составляют около 14 тысяч лет в год, причем более 50 % в структуре составляет возрастная группа с 15 до

29 лет, если мы рассматриваем оба пола в целом. При этом, если рассматривать мужской и женский пол отдельно, то среди женского пола 38,4 % в структуре ГППЖ составляет возрастная группа с 10 до 19 лет. У мужчин эта возрастная группа (с 10 до 19 лет) занимает 22% в структуре ГППЖ, что еще раз подчеркивает важность более пристального внимания именно на суициды среди подростков и молодежи с разработкой профилактических мероприятий, адаптированных на данную возрастную группу.

В зависимости от способа совершения суицида в разрезе изучаемого периода времени преобладающий способ свести счеты с жизнью – это повешение, к нему прибегли 38,8% лиц, совершивших суицид (при этом среди мужского пола – 37,9%, среди женского – 41,8% . На втором месте стоит преднамеренное самоотравление и воздействие противосудорожными, седативными, снотворными препаратами – 21,1% (18,9% среди мужского пола и 29,1% - среди женского). На третьем месте стоит самоповреждение острым предметом – 11,7% лиц (среди мужчин 12,9%, среди женщин – 7,7%). Далее идет самоповреждение путем прыжка с высоты – 10,7% суицидентов, их них 10,4% среди мужчин и 15% среди женщин. Более подробно эти данные изложены в табл 3.1.5.

Таблица 3.1.5 – распределение способов совершения суицида

Возраст	Способ совершения суицида								Всего
	1	2	3	4	5	6	7	8	
5-9 лет	1	5	1	2	0	2	0	0	11
мужской пол	1	3	1	2	0	2	0	0	9
женский пол	1	1	0	0	0	0	0	0	2
10-14 лет	121	55	29	43	0	21	0	0	269
мужской пол	89	38	18	27	0	12	0	0	184
женский пол	32	17	11	16	0	9	0	0	85
15-19 лет	246	130	23	156	2	6	3	0	566
мужской пол	188	87	12	69	2	1	3	0	362
женский пол	58	43	11	87	0	5	0	0	204
20-24 лет	266	133	58	36	25	12	7	0	537
мужской пол	196	79	49	25	23	7	7	0	386
женский пол	70	54	9	11	2	5	0	0	151

Возраст	Способ совершения суицида								Всего
	1	2	3	4	5	6	7	8	
25-29 лет	240	133	77	54	44	8	13	0	569
мужской пол	175	92	75	52	42	8	13	0	457
женский пол	65	41	2	2	2	0	0	0	112
30-34 лет	181	111	92	51	68	39	55	3	600
мужской пол	137	78	76	45	66	31	54	2	489
женский пол	44	33	16	6	2	8	1	1	111
35-39 лет	186	98	120	91	39	4	43	0	581
мужской пол	154	79	112	81	31	2	41	0	500
женский пол	32	19	8	10	8	2	2		81
40-44 лет	208	99	46	21	37	8	65	6	490
мужской пол	165	86	43	15	33	3	63	6	414
женский пол	43	13	3	6	4	5	2		76
45-49 лет	185	69	53	60	44	8	46	0	465
мужской пол	156	42	47	52	41	8	46		392
женский пол	29	27	6	8	3				73
50-54 лет	143	48	51	45	37	2	36	0	362
мужской пол	121	33	39	32	36	2	36		299
женский пол	22	15	12	13	1				63
55-59 лет	87	73	26	18	60	1	21	0	286
мужской пол	69	58	23	13	56	1	21		241
женский пол	18	15	3	5	4				45
60-64 лет	57	39	22	10	35	2	18	1	184
мужской пол	36	33	21	9	35	1	18	1	154
женский пол	21	6	1	1		1			30
65-69 лет	37	26	9	10	15	5	18	2	122
мужской пол	29	21	7	6	14	4	17	1	99
женский пол	8	5	2	4	1	1	1	1	23
70-74 лет	23	34	3	1	3	1	10	1	76
мужской пол	16	22	2	1	3	1	10	1	56
женский пол	7	12	1						20
75-79 лет	26	18	2	0	4	0	4	0	54
мужской пол	14	12	2		4		4		36
женский пол	12	6							18
80-84 лет	18	19	0	0	0	0	0	0	37
мужской пол	11	7							18
женский пол	7	12							19
85 и старше	3	16	2	1	0	0	0	0	22
мужской пол	2	8	1	1					12
женский пол	1	8	1						10
всего	2028	1106	614	599	413	119	339	13	5231
мужской пол	1559	778	528	430	386	83	333	11	4108

Возраст	Способ совершения суицида								Всего
	1	2	3	4	5	6	7	8	
женский пол	470	327	86	169	27	36	6	2	1123

Примечание: 1 - преднамеренное самоповреждение путем повешения, удушения и утопления; 2 - преднамеренное самоотравление и воздействие противосудорожными, седативными, снотворными препаратами; 3 - самоповреждение острым предметом; 4 - самоповреждение путем прыжка с высоты; 5 - самоотравление при воздействии алкоголем или наркотическими веществами; 6 - самоповреждение путем погружения в воду и утопления; 7 - самоповреждение путем выстрела; 8 - самоповреждение дымом, огнем и пламенем.

Заключение. Проведенный эпидемиологический анализ завершенных суицидов в Кыргызской Республике за 2011-2023 года позволил выявить ключевые демографические, территориальные и временные закономерности суицидальной активности. При средней многолетней инцидентности завершенных суицидов $6,5 \pm 1,6$ наблюдаются значительные гендерные различия. Средняя многолетняя инцидентность среди мужского населения составляет $10,5 \pm 2,3$ случая на 100 тыс. нас., с тенденцией к снижению показателей в течение последних 13ти лет (с 13,4 в 2011 году до 7,8 в 2023 году). Самые высокие показатели наблюдаются в возрастной группе «35-39 лет» ($19,9 \pm 6,1$ случаев на 100 тыс. популяционной группы), затем идет возрастная группа «45-49 лет» ($19,6 \pm 4,3$ случаев на 100 тыс. популяционной группы), и на третьем месте - возрастная группа «40-44 лет» ($18,8 \pm 4,6$ случаев на 100 тыс. популяционной группы).

В женской популяции средняя многолетняя инцидентность составляет $2,8 \pm 0,8$ на 100 тыс.нас. К группе риска относятся возрастные периоды 25-29 лет ($8,1 \pm 3,2$ случая на 100 тыс.нас.), 15-19 лет ($5,7 \pm 2,7$ случая на 100 тыс.нас.) и 81-84 года ($6,4 \pm 5,5$ случая на 100 тыс. нас).

Анализ динамики по годам показал, что женщины оказались особенно уязвимыми к изменениям социальной среды, эмоциональной перегрузке,

семейным конфликтам, а мужчины – к потере работы, материальным затруднениям и снижению социального статуса. При этом коэффициент корреляции между уровнем суицидов и уровнем безработицы составил $r=+0,890$, $p=0.0001$, что можно интерпретировать как сильную прямую связь, в то время как корреляция с уровнем бедности составляет всего $r=+0,657^{**}$, $p=0.0001$.

Каждый завершённый суицид в среднем уносит более 34 лет потенциальной жизни, что составляет в год более 10,5 тысяч лет у мужчин и более 3,2 тысяч лет у женщин. Основные потери ГППЖ идут за счёт подростков и молодежи, особенно девочек 10-19 лет и мужчин 15-29 лет.

Между самым высоким значением средней многолетней инцидентности ($16,7 \pm 4,5$ в Иссык-Кульской области) и самым низким значением этого показателя ($2,5 \pm 0,9$ в Джалал-Абадской области) наблюдается более чем 6-кратная разница, что требует пристального внимания, разработки целевых мер профилактики и контроля регистрации случаев суицида.

Часть суицидов скрывается под «нечаянным» отравлением, утоплением, травмами и рубрикой «иные причины». Выявлена сильная прямая корреляция по уровню $p=0.0001$ между смертностью от суицидов и смертностью от неумышленного отравления ($r=+0,911^{**}$), случайного отравления алкоголем ($r=+0,909^{**}$), случайного утопления ($r=+0,889^{**}$).

В целом же, нестабильность общей динамики с волнообразными колебаниями говорит о том, что устойчивая система профилактики пока не сформирована.

ГЛАВА 4

СУИЦИДАЛЬНАЯ ГОТОВНОСТЬ РЕСПОНДЕНТОВ ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО ВОЗРАСТУ (РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)

4.1. Частота встречаемости мыслей о самоубийстве, суицидальных попыток и депрессии.

Для анализа факторов, способствующих формированию суицидального поведения, нами было проведено онлайн анонимное психодиагностическое анкетирование-опрос жителей Кыргызстана. В проведенном опросе учитывались ответы 2511 человек в возрасте 15-45 лет, родившихся и постоянно проживающих на территории Кыргызской Республики при условии полного заполнения всех данных. В связи с высокой инцидентностью завершенных суицидов среди подростков и молодежи, что отражено в предыдущей главе, среди опрошенных лиц в отдельную группу были отнесены респонденты в возрасте 15-19 лет. Таким образом, учитывали ответы населения двух групп: подростки и молодежь в возрасте от 15 до 19 лет включительно (n=1411) и взрослое население в возрасте 20-45 лет (n=1100), при этом 829 (33%) респондентов мужского пола и 1682 - женского пола (67%).

Согласно полученным данным, сравнение по областям проживания разновозрастных групп респондентов не показало каких-либо статистически достоверных отличий. Это позволило проводить дальнейшее сравнение этих групп при оценке изучаемых факторов без привязки к области проживания.

Общий показатель встречаемости у анкетлируемых суицидальных мыслей в критических ситуациях составил 35,4% (888 человек из 2511 опрошенных), что указывает на значительное распространение данного психологического феномена среди опрошенных. Гендерные различия играют важную роль: среди опрошенных женщин этот показатель оказался

существенно выше – 40,4% (680 из 1682 опрошенных женщин), тогда как среди мужчин – 25,1% (208 из 829 мужчин) со статистически достоверным отличием между этими сравниваемыми выборками на уровне $p=0.001$. Это различие свидетельствует как о большей эмоциональной восприимчивости женщин, так и о большей готовности открыто говорить о своих психологических трудностях. Возрастной анализ так же показывает важные различия. Наибольшая встречаемость суицидальных мыслей отмечена среди возрастной группы 15-19 лет - 37,1% (524 из 1411 человек), особенно среди девушек, где показатель достигает 42,6%. У юношей той же возрастной группы он существенно ниже – 25,8%. В группе «20-45 лет» суицидальные мысли встречаются реже – 33,1 % (364 из 1100 опрошенных), при этом сохраняется гендерное распределение: у женщин- 37,6%, у мужчин – 24,2% (табл. 4.1.1).

Таблица 4.1.1 – Встречаемость у респондентов мыслей о суициде в анамнезе

Возраст	Пол	Количество респондентов с мыслями о суициде в анамнезе		p-value
		абс	%	
15-19 (n=1411)	оба пола	524	37,1	
	муж (n=461)	119	8,4	
	жен (n=950)	405	28,7	
20-45 (n=1100)	оба пола	364	33,1	0.18
	муж (n=368)	89	8,1	0.91
	жен (n=732)	275	25,0	0.09
Всего (n=2511)	оба пола	888	35,4	
	муж (n=829)	208	8,3	
	жен (n=1682)	680	27,1	0.001
Город (n=1812)	оба пола	636	35,1	
	муж (n=578)	143	7,9	
	жен (n=1234)	493	27,2	
Село (n=699)	оба пола	252	36,1	0.82
	муж (n=251)	65	9,3	0.47
	жен (n=448)	187	26,8	0.69
Всего (n=2511)	оба пола	888	35,4	
	муж (n=829)	208	8,3	
	жен (n=1682)	680	27,1	0.001

Таким образом, наиболее уязвимыми группами по частоте встречаемости суицидальных мыслей являются подростки и молодежь 15-19 лет, особенно женского пола.

Территориальный анализ показал незначительную разницу между городской и сельской популяцией. Однако при рассмотрении гендерного разреза видно, что у женщин в сельской местности уровень суицидальных мыслей остаётся сопоставимым с городом, тогда как у мужчин он несколько выше (9,8% против 7,9%)

Суицидальные мысли, зафиксированные в анамнезе у более чем трети респондентов (35,4%), представляют собой клинически значимый индикатор потенциального перехода к суицидальному поведению. В международной практике они рассматриваются как ключевое звено в патогенетической цепочке, включающей в себя идеи, планирование, попытки и завершённый суицид.

Далее было проанализировано, сколько из 2511 опрошенных респондентов имело попытку суицида в анамнезе. Выявлено, что 18,0% (453 из 2511 опрошенных) в прошлом совершали попытку суицида, при этом наблюдаются существенные различия по полу, возрасту и месту проживания. Так, женщины демонстрируют значительно более высокую распространенность попыток суицида (20,5%) по сравнению с мужчинами (13,1%) со статистически достоверным отличием между этими сравниваемыми выборками на уровне $p=0.001$. Особенно выражена разница в возрастной группе 20-45 лет: 24,9% среди женщин против 13,0% у мужчин. Это может свидетельствовать как о большей уязвимости женщин к аффективным расстройствам, так и о различиях в копинг-стратегиях.

Группа 15-19 лет также показывает тревожно высокие показатели: 17,1% у девушек и 13,2% у юношей, что может отражать как особенности переживания эмоциональных состояний, так и различия в паттернах обращения за помощью.

Респонденты из сельской местности демонстрируют более высокую распространенность попыток суицида (23,5%) по сравнению с городским населением (15,9%), особенно среди женщин (27% против 18,1%, $p=0.03$). Зачастую это связано с более выраженной социальной изоляцией, стигматизацией психических расстройств и ограниченным доступом к психосоциальной помощи. (таб 4.1.2.)

Таблица 4.1.2 – Встречаемость у респондентов попыток суицида в анамнезе

	Пол	Кол-во респондентов с попыткой суицида в анамнезе		
		Абс	%	p-value
15-19 (n=1411)	оба пола	223	15,8	
	муж (n=461)	61	13,2	
	жен (n=950)	162	17,1	
20-45 (n=1100)	оба пола	230	20,9	0.18
	муж (n=368)	48	13,0	0.89
	жен (n=732)	182	24,9	0.08
Всего (n=2511)	оба пола	453	18,0	
	муж (n=829)	109	13,1	
	жен (n=1682)	344	20,5	0.004
Город (n=1812)	оба пола	289	15,9	
	муж (n=578)	66	11,4	
	жен (n=1234)	223	18,1	
Село (n=699)	оба пола	164	23,5	0.11
	муж (n=251)	43	17,1	0.38
	жен (n=448)	121	27,0	0.03
Всего (n=2511)	оба пола	453	18,0	
	муж (n=829)	109	13,1	
	жен (n=1682)	344	20,5	0.004

Так же нельзя не отметить, что у 30,9% опрошенных (778 из 2511 человек) по шкале депрессии Бека выявлено наличие клинических симптомов депрессии, причем у 6,2% (156 из 2511 опрошенных) уровень депрессии выражен настолько, что требует госпитализации и фармакологической

терапии. Так как депрессия является одним из значимых факторов риска суицида, был проведен анализ выраженности симптомов в зависимости от того, была ли у респондента в прошлом попытка суицида. Статистически достоверные различия в уровне тяжести депрессии были отмечены между теми опрошенными, у кого были попытки суицида в прошлом в сравнении с теми, у кого попытки суицида в прошлом не было, с преобладанием депрессии средней и тяжелой степени среди первой группы с более выраженным уровнем среди лиц в возрасте 15-19 лет (рис. 4.1.1).

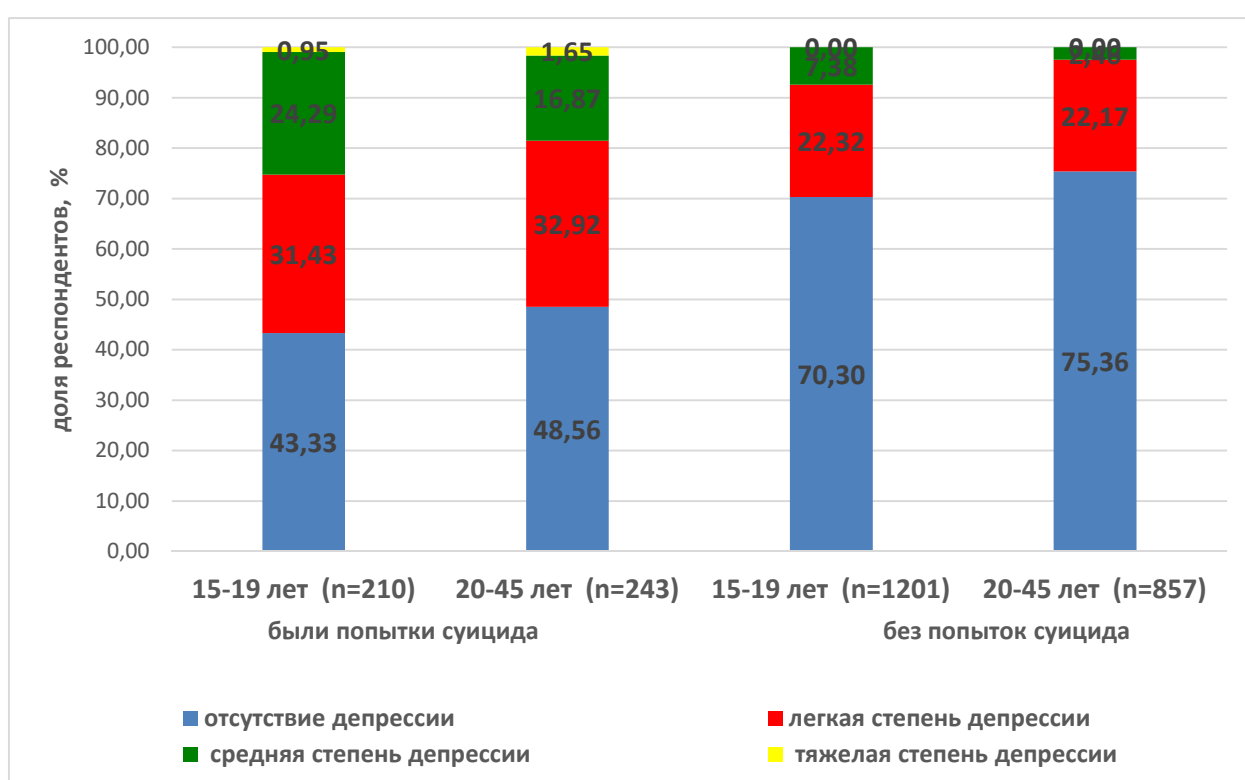


Рисунок 4.1.1 – Уровень депрессии в группах опрошенных в разрезе попыток суицида в анамнезе

В целом среди лиц в возрасте 15-19 лет с наличием попытки суицида в прошлом показатель уровня депрессии был самым высоким и составил 12 [8;19] баллов, среди лиц в возрасте 20-45 лет с наличием попытки суицида в прошлом показатель уровня депрессии был на уровне 10.8 [7;18] баллов. Среди опрошенных без попытки суицида в прошлом показатель уровня депрессии был

гораздо ниже и составил 7.0 (6.5-15) баллов среди лиц в возрасте 15-19 лет и 6.4 (5.5-14.5) среди лиц в возрасте 20-45 лет ($p=0.001$).

С учетом предоставленных данных, мониторинг наличия и уровня депрессии быть интегрирован в практику здравоохранения, в том числе и в школьную медицину, а выявление таких состояний должно сопровождаться немедленным реагированием и профилактическими интервенциями, особенно в группе подростков и молодежи.

4.2. Мотивы, факторы риска совершения суицидов

В процессе анкетирования было определено, что 8,5% респондентов (214 человек из 2511 опрошенных) имеют готовность к суициду в настоящий момент времени. Для того, чтобы определить выраженность факторов риска и антисуицидального фактора, все респонденты были разделены на 2 группы в зависимости от наличия или отсутствия на момент анкетирования суицидальных мыслей. Различия по большинству параметров являются статистически значимыми, что подчеркивает важность комплексного анализа факторов риска.

Респонденты с готовностью к суициду значительно чаще сообщали о предшествующих попытках суицида (51% против 15%, $p=0.001$). Это означает, что в суицидально уязвимой группе каждый второй человек уже ранее предпринимал действия, направленные на лишение себя жизни. Такой высокий уровень встречаемости демонстрирует, что повторные попытки – не исключение, а типичная особенность данной подгруппы. Также важно отметить, что наличие суицидальной попытки в прошлом указывает не только на высокий риск повторного поведения, но и может свидетельствовать о хроническом характере психоэмоциональной дезадаптации, отсутствии эффективных защитных механизмов, а также неудовлетворительной работе систем социальной и психиатрической поддержки.

Значимым фактом является расхождение в распространенности и степени выраженности депрессии между респондентами, проявляющими

готовность к суициду и теми, кто таковой не демонстрирует. Наличие симптомов у 86% респондентов из суицидально уязвимой группы (против 25,9% из группы, где готовности к суициду нет) указывает на выраженный психоэмоциональный дисбаланс, особенно если учитывать тот факт, что у 41,6% опрошенных уровень депрессии достигал средней и тяжелой степени выраженности, что обычно является показанием для фармакологического и психотерапевтического лечения. Для сравнения: в контрольной группе средняя степень выраженности симптомов присутствовала всего у 2,9% опрошенных, а тяжелая не наблюдалась вовсе (рис 4.2.1).

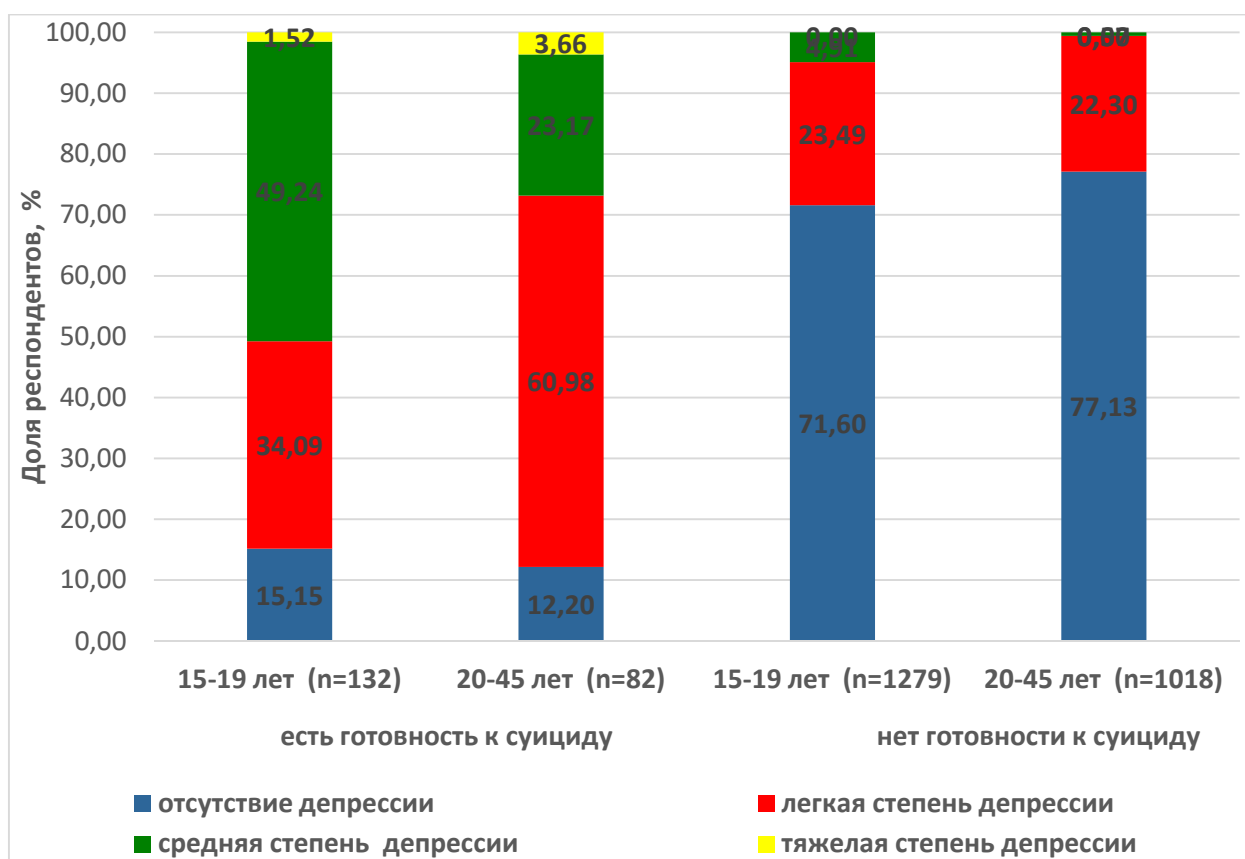


Рисунок 4.2.1 – Уровень депрессии в группах опрошенных в разрезе готовности к суициду на момент анкетирования

Таким образом, совокупная доля респондентов с клинически значимой выраженностью депрессии (средней и тяжелой степени) среди группы риска суицида почти в 14 раз превышает аналогичный показатель среди контрольной группы. При этом среднее значение по шкале депрессии Бека в

первой группе составило 18.0 (12.0-23.0), что статистически выше по сравнению со второй группой - 6.0 (2.0-10.0). Это подтверждает тесную связь депрессивных расстройств с формированием суицидального риска.

Далее было проведено сравнение показателей, которые относятся непосредственно к факторам суицидального риска (табл. 4.2.1).

Таблица 4.2.1 – Сравнение показателей в зависимости от готовности респондента к суициду

показатели	1 группа респонденты с готовностью к суициду (n=214)	2 группа респонденты без готовности к суициду (n=2297)	P (ур. знач.)
Попытки суицида в прошлом	51%	15%	0.001
Наличие и уровень депрессии:	86,0%	25,9%	0.001
легкая степень депрессии (9-18 б)	44,4%	22,9%	0.001
средняя степень депрессии (19-29 б)	39,3%	2,9%	0.001
тяжелая степень депрессия (30-63 б)	2,3%	0,0%	0.12
Me (Q1-Q3) депрессии	18.0 (12.0-23.0)	6.0 (2.0 - 10.00)	0.001
Факторы риска суицида:			
демонстративность (max 6,0 б.)	3.6 (2.4 - 4.8)	2.4 (1.2 - 2.6)	0.001
аффективность (max 6,6 б.)	4.4 (4.0 - 5.0)	1.4 (1.0 - 3.2)	0.001
уникальность (max 6,0 б.)	3.6 (2.4 - 4.8)	2.4 (1.2 - 3.4)	0.001
несостоятельность (max 7,5 б.)	6.0 (5.4 - 6.8)	3.0 (2.2 - 3.4)	0.001
социальный пессимизм (max 6,0 б)	4.0 (3.0 - 5.0)	3.0 (2.2 - 3.4)	0.001
слом культуральных барьеров (max 6,9 б.)	2.3 (2.1 - 3.6)	1.3 (1.2 - 2.4)	0.001
максимализм (max 6,4 б.)	3.2 (2.6 - 6.2)	1.2 (0.4 - 2.2)	0.001
временная перспектива (max 6,6 б.)	4.4 (3.2 - 5.4)	2.2 (1.2- 2.8)	0.001
Антисуицидальный фактор (max 6,4 б.)	3.2 (2.2 -4.6)	6.2 (4.8 - 6.4)	0.001
Увлечение компьютерными играми	20%	15%	0.38
Курение	31%	24%	0.18
Алкогольные напитки 1 раз в неделю и	9%	6%	0.26
Периодическое употребление ПАВ	9%	7%	0.12
Отсутствие близких людей, которым можно "выплакаться" в любой ситуации	58%	34%	0.001

Отсутствие понимания со стороны близких	67%	26%	0.001
Отсутствие веры в возможность найти выход из любой ситуации	28%	5%	0.001

Одним их наиболее значимых предикторов готовности к суициду выступает аффективность, отражающая повышенную эмоциональную возбудимость, чувствительность и склонность к резким перепадам настроения. В данном исследовании средний показатель аффективности в первой группе составил 4.4 балла (4.0-5.0), что значительно превышает аналогичный показатель во второй группе- 1.4 (1.0-2.0); $p=0.001$. Высокий уровень аффективной нестабильности затрудняет адаптацию к стрессогенным воздействиям и может провоцировать импульсивные реакции, включая суицидальные действия в условиях эмоционального кризиса.

Показатель несостоятельности, охватывающий восприятие собственной неэффективности, неспособности справляться с жизненными трудностями и нехватку уверенности в себе, также достоверно выше у лиц с суицидальной готовностью: 6.0 (5.4-6.8) против 3.0 (2.2-3.4) у респондентов без готовности к суициду ($p=0.001$). Эти данные указывают на выраженный дефицит личностных и волевых ресурсов, что способствует формированию чувства беспомощности – одного из центральных механизмов суицидогенного процесса.

Чувство беспомощности подтверждается и высоким процентом отсутствия веры в возможность найти выход из любой ситуации, который показала первая группа (28% респондентов) относительно второй группы, где этот показатель составил всего 5%.

Максимализм, представленный как склонность к перфекционизму, завышенным требованиям к себе и к окружающим, так же оказался выше в группе риска: 3.2 (2.6-6.2) против 1.2 (0.4-2.2) у респондентов без готовности к суициду ($p=0.001$). Этот фактор отражает негибкость мышления и неспособность принимать жизненные неудачи, что в условиях

психоэмоционального напряжения может усиливать фрустрацию и снижать способность к конструктивному преодолению трудностей.

Временная перспектива, то есть способность субъекта планировать и проектировать своё будущее, имеет принципиальное значение в контексте суицидального поведения. У респондентов с суицидальной готовностью данный показатель был вдвое выше - 4.4 (3.2-5.4), чем у контрольной группы -2.2 (1.2-2.8), $p=0.001$, что свидетельствует о искаженном восприятии будущего, препятствует формированию долгосрочных целей и усиливают восприятие трудностей как непреодолимых.

Таким образом, указанные факторы - аффективность, несостоятельность, максимализм и временная перспектива – увеличивают уязвимость личности перед суицидальными импульсами, и их комплексное воздействие может приводить к эмоциональной дезорганизации и заикленности на деструктивных сценариях поведения, особенно в условиях отсутствия поддержки.

Отсутствие близких людей, «которым можно выплакаться в любой ситуации», отмечено у 58 % респондентов с готовностью к суициду, что почти в 2 раза выше по сравнению с контрольной группой (34%, $p=0.001$). Это говорит о социальной отчужденности среди лиц с суицидальной готовностью, что является важным фактором, способствующим переходу от суицидальных мыслей к действиям.

Отсутствие понимания со стороны близких зафиксировано у 67% респондентов первой группы, тогда как среди лиц без готовности к суициду этот показатель составил лишь 26% ($p=0.001$). Неприятие и эмоциональное отвержение со стороны окружения усиливает деструктивные убеждения об одиночестве и формирует когнитивные искажения типа «никто не поймет», «никто не поможет», «я никому не нужен». Это, в свою очередь, снижает вероятность обращения за помощью и усиливает суицидальные установки.

Обращает на себя внимание, что в группе с суицидальным риском респонденты чаще отмечают факты курения, периодического употребления

алкоголя и других психоактивных веществ, а также чаще увлекаются компьютерными играми, но статистической значимости различия не достигают, что говорит о том, что эти факторы не являются сами по себе определяющими факторами суицидального поведения, а скорее отражает внутреннюю нестабильность и поиск способов избегания существующей реальности.

Также был проанализирован один из центральных компонентов психологической устойчивости к суициду – антисуицидальный фактор, препятствующие реализации суицидальных намерений, который включает в себя когнитивные, ценностные и эмоциональные установки, в том числе моральные, религиозные, семейные убеждения, чувство ответственности перед близкими и наличие смысла жизни. Согласно полученным данным, антисуицидальный фактор оказался значительно ниже у респондентов с готовностью к суициду - 3.2 (2.2-4.6), чем у контрольной группы - 6.2 (4.8-6.4), $p=0.001$, что говорит о выраженном снижении защитных установок у лиц, находящихся в зоне высокого риска и о необходимости целенаправленного воздействия на этот компонент в рамках психологической коррекции и профилактики суицидов.

Для того чтобы определить, какие ситуации послужили пусковым механизмом для попытки суицида, был проведен анализ ответов респондентов, которые совершали попытку суицида в прошлом. В данном исследовании это 453 человека (109 мужчин и 344 женщин). В перечень мотивов суицида были включены такие факторы риска, как семейные ссоры в брачных и детско-родительских отношениях, чувство безнадежности, унижения и шантаж, безответная любовь, тотальное чувство одиночества, финансовые проблемы и другие причины. Респондент мог выбрать несколько ответов, которые максимально подходили к его ситуации. (табл. 4.2.2).

Таблица 4.2.2 – Причины самоубийства, указанные респондентами с попыткой суицида в анамнезе.

место прописки	возраст	пол	опрошено (кол-во людей с суицид. попыткой в прошлом)	чрезмер. конфликт в семье	чувство безнадежности (нет выхода)	никто не понимает	унижения , угрозы и шантаж	потеря близкого человека	безответная любовь	сложная финанс. ситуация	месть, желание доказать что-то	проблемы с учебой	психич. или телесное заболел
				%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
город	15-19	оба пола	170	52,4	49,4	44,1	41,2	45,9	34,1	17,1	7,6	14,1	8,8
		м	41	53,7	58,5	41,5	53,7	36,6	26,8	24,4	14,6	17,1	17,1
		ж	129	51,9	46,5	45,0	37,2	48,8	36,4	14,7	5,4	13,2	6,2
	20-45	оба пола	136	46,3	49,3	45,6	50,0	44,9	16,2	24,3	10,3	8,1	14,7
		м	28	42,9	50,0	50,0	92,9	46,4	25,0	32,1	14,3	14,3	14,3
		ж	108	47,2	49,1	44,4	38,9	44,4	13,9	22,2	9,3	6,5	14,8
село	15-19	оба пола	68	63,2	36,8	58,8	42,6	36,8	20,6	19,1	11,8	14,7	8,8
		м	21	66,7	38,1	52,4	23,8	28,6	19,0	28,6	9,5	19,0	4,8
		ж	47	61,7	36,2	61,7	51,1	40,4	21,3	14,9	12,8	12,8	10,6
	20-45	оба пола	79	53,2	41,8	48,1	35,4	41,8	26,6	24,1	25,3	13,9	26,6
		м	19	31,6	42,1	36,8	47,4	31,6	21,1	31,6	31,6	10,5	21,1
		ж	60	60,0	41,7	51,7	31,7	45,0	28,3	21,7	23,3	15,0	28,3
город+ село	15-19	оба пола	238	55,5	45,8	48,3	41,6	43,3	30,3	17,6	8,8	14,3	8,8
		м	62	58,1	51,6	45,2	43,5	33,9	24,2	25,8	12,9	17,7	12,9
		ж	176	54,5	43,8	49,4	40,9	46,6	32,4	14,8	7,4	13,1	7,4
	20-45	оба пола	215	48,8	46,5	46,5	44,7	43,7	20,0	24,2	15,8	10,2	19,1
		м	47	38,3	46,8	44,7	74,5	40,4	23,4	31,9	21,3	12,8	17,0
		ж	168	51,8	46,4	47,0	36,3	44,6	19,0	22,0	14,3	9,5	19,6
ВСЕГО	ВСЕГО	оба пола	453	52,3	46,1	47,5	43,0	43,5	25,4	20,8	12,1	12,4	13,7
		м	109	49,5	49,5	45,0	56,9	36,7	23,9	28,4	16,5	15,6	14,7
		ж	344	53,2	45,1	48,3	38,7	45,6	25,9	18,3	10,8	11,3	13,4

Так, безответная любовь или болезненное расставание, как причина суицида была названа 25.3% опрошенных респондентов. Булинг, угрозы и шантаж названы в качестве причины суицида 42.9% опрошенных. Месть, доказательство чего-то окружающим, как причина суицида была названа 12.3% опрошенных.

Причина суицида в непонимании окружающими названа 47.5% опрошенных. На постоянные конфликты в семье, как основную причину суицида указали 52.3 % опрошенных. Потеря близкого человека была отмечена в качестве причины суицида 43.5% респондентов. Сложная финансовая ситуация как основная причина суицида была выделена 20.8% опрошенных, тогда как 12.4% респондентов указали на проблемы в учебе. На чувство безнадежности в качестве возможной причины суицида указали 46.1% опрошенных. Психическое

или телесное заболевание, как на основную причину суицида указали 13.7% опрошенных.

Как среди лиц в возрасте 15-19 лет, так и среди респондентов 20-45 лет наиболее частой причиной суицида были постоянные чрезмерные конфликты в семье (53.2% и 49.5% соответственно).

Среди лиц в возрасте 15-19 лет на момент анкетирования статистически достоверно ($p=0.001$) выше был уровень готовности к суициду (у 31.43%), как в сравнении с лицами в возрасте 20-45 лет с наличием попытки суицида в прошлом, где этот показатель был на уровне 17.7%, так и в сравнении с группой опрошенных без попытки суицида в прошлом (5.1%). При этом, у респондентов в возрасте 15-19 лет с наличием готовности к суициду на момент анкетирования статистически достоверно ($p=0.001$) ниже был процент положительных ответов на вопрос «Понимают ли Вас близкие Вам люди?» (25.76%) и «Верите ли Вы, что из любой ситуации можно найти выход?» (71.21%), как в сравнении с лицами в возрасте 20-45 лет с наличием готовности к суициду на момент анкетирования, где эти показатели были на уровне 43.9% и 73.17%, так и в сравнении с группой опрошенных без готовности к суициду на момент анкетирования (74.27% и 94.73% соответственно). Кроме этого, было выявлено, что лица в возрасте 15-19 лет с наличием готовности к суициду на момент анкетирования статистически достоверно ($p=0.001$) в сравнении с лицами в возрасте 20-45 лет с наличием готовности к суициду на момент анкетирования, чаще увлекаются компьютерными играми, курят, употребляют алкоголь и пробуют наркотики, вероятно, чтобы найти выход из эмоционального тупика (депрессия, суицидальная готовность, нет близких людей, которым можно выплакаться, нет понимания). Эти показатели еще раз подчеркивают незрелость защитных механизмов в данном возрасте и их уязвимость перед дестабилизирующими ситуациями. На схожий уровень выраженности факторов риска лица в возрасте 15-19 лет реагируют более остро в сравнении с лицами в возрасте 20-45 лет и поэтому готовность к суициду у более молодых респондентов выше.

Для того чтобы количественно оценить силу связи между конкретными факторами и вероятностью совершения суицида был рассчитан относительный риск (RR), что позволяет увидеть, во сколько раз вероятность суицидального поведения выше у лиц, подверженных тому или иному фактору риска по сравнению с теми, у кого этот фактор отсутствует. Это особенно важно для определения приоритета профилактических мер. Вместе с RR был рассчитаны и доверительные интервалы (ДИ 95%) и χ^2 критерий, что позволяет оценить не только силу, но и достоверность ассоциаций. Наличие статистически значимого RR ($p < 0.05$) подтверждает, что данный фактор должен быть учтен при разработке профилактических мероприятий (табл. 4.2.3)

Таблица 4.2.3 Относительный риск совершения суицида

Факторы риска	Есть попытка суицида (n=453)	%	Нет попытки суицида (n=2058)	%	Относит риск (RR)	ДИ 95%	Критерии χ^2	p
Демонстративность	253	55,85	612	29,74	2.4	2.03-2.8	112,10	0.001
Аффективность	409	90,29	1412	68,61	3.5	2.6-4.7	87,54	0.001
Уникальность	265	58,50	607	29,49	2.64	2.24-3.13	137,79	0.001
Несостоятельность	289	63,80	796	38,68	2.3	1.94-2.75	95,46	0.001
Социальный пессимизм	397	87,64	1488	72,30	2.35	1.8-3.06	46,65	0.001
Слом культуральн. барьеров	116	25,61	327	15,89	1.6	1.33-1.93	24,13	0.001
Максимализм	344	75,94	1373	66,72	1.45	1.19-1.78	14,60	0.001
Временная перспектива	240	52,98	559	27,16	2.4	2.04-2.84	114,07	0.001
Мотивы								
Безответная любовь, разрыв	87	19,21	386	18,76	1.02	0.82-1.26	0,05	0,820
Унижения, угрозы, шантаж	446	98,45	1963	95,38	2.69	1.3-5.54	8,98	0,003
Сложная финанс. ситуация	90	19,87	412	20,02	0.99	0.8-1.2	0,01	0,842
Проблемы в учебе	56	12,36	213	10,35	1.17	0.9-1.5	1,57	0,210
Чрезмер. конфликты в семье	237	52,32	758	36,83	1.67	1.4-1.97	37,20	0.001
Чувство безнадежности	209	46,14	925	44,95	1.04	0.88-1.22	0,21	0,645
Месть	51	11,26	251	12,20	0.92	0.7-1.2	0,31	0,578
Потеря близкого	181	39,96	734	35,67	1.16	0.98-1.37	2,95	0,086

Факторы риска	Есть попытка суицида (n=453)	%	Нет попытки суицида (n=2058)	%	Относит риск (RR)	ДИ 95%	Критерии χ^2	p
Отсутствие понимания	215	47,46	783	38,05	1.37	1.16-1.61	13,70	0.001
Тотальное одиночество	171	37,75	741	36,01	1.06	0.89-1.26	0,48	0,480
Неизлеч. телесное забол.	55	12,14	306	14,87	0.83	0.63-1.06	2,24	0,134
Психич.заболевание	143	31,57	960	46,65	0.58	0.49-0.7	4,27	0.06
Общие данные								
Готовность к суициду	109	24,06	105	5,10	3.4	2.8-4.01	171,19	0.001
Наличие депрессии	244	53,86	565	27,45	2.45	2.08-2.89	118,57	0.001

Так, было выявлено, что риск суицида наиболее обусловлен наличием таких факторов риска, как аффективность (ОР 3.5 ДИ 95% 2.6-4.7, $p = 0.001$), максимализм (ОР 1.45 ДИ 95% 1.19-1.78, $p = 0.001$), несостоятельность (ОР 2.3 ДИ 95% 1.94-2.75, $p = 0.001$), демонстративность (ОР 2.4 ДИ 95% 2.03-2.8, $p = 0.001$), временная перспектива (ОР 2.4 ДИ 95% 2.04-2.84, $p = 0.001$).

Усиливают вероятность попытки суицида угроза или шантаж (ОР 2.69 ДИ 95% 1.3-5.54, $p = 0.003$), унижение и травля со стороны окружающих, (ОР 1.28 ДИ 95% 1.08-1.52, $p = 0.004$), постоянные конфликты в семье (ОР 1.67 ДИ 95% 1.4-1.97, $p = 0.001$), отсутствие понимания со стороны близких (ОР 1.37 ДИ 95% 1.16-1.61, $p = 0.001$).

Среди всех изучаемых факторов риска наличие депрессии (ОР 2.45 ДИ 95% 2.08-2.89, $p = 0.001$) продемонстрировало одну из самых больших ассоциаций с совершением суицидальной попытки, как по уровню относительного риска, так и по значениям χ^2 и p уровню значимости. Этот показатель статистически достоверен и имеет узкий доверительный интервал, что подчеркивает его стабильность и надежность оценки. Особенно важным является тот факт, что 53,9% лиц, совершивших суицидальную попытку имеют признаки депрессии против 27,5% в группе, где попыток самоубийства не было, а в группе с суицидальной готовностью 86% респондентов показывают депрессию в отличие от группы, где этой готовности нет (25,9%). Это говорит об эпидемиологической распространенности данного состояния в группе риска.

Особую тревогу вызывает выявление такого высокого уровня встречаемости суицидальной готовности среди подростков и молодежи, так как эта возрастная группа находится в стадии становления идентичности и эмоциональной нестабильности, что делает ее особенно уязвимой к влиянию внутренних и внешних стрессоров. Также важно отметить, что даже в отсутствие суицидальных попыток наличие суицидальных мыслей само по себе ассоциировано с ухудшением качества жизни, ростом дезадаптации. Суицидальные мысли это не только маркер риска, но и отражение дефицита доступной психологической поддержки и профилактических мероприятий в обществе.

Заключение. Анализ результатов, полученных в рамках кросс-секционного исследования 2511 респондентов, позволяет сделать выводы о распространенности суицидальной готовности среди респондентов, об основных мотивах и факторах риска суицида.

Установлено, что суицидальные мысли встречались у значительной части респондентов - 35,4% (888 человек из 2511 опрошенных), особенно в подростково-молодежной группе. Среди женщин этот показатель оказался существенно выше – 40,4%, чем среди мужчин – 25,1% , со статистически достоверным отличием между этими выборками на уровне $p=0.001$.

Так же выявлено, что 18,0% (453 из 2511 опрошенных) в прошлом совершали попытку суицида, причем женщины демонстрируют значительно более высокую распространенность попыток суицида (20,5%) по сравнению с мужчинами (13,1%) со статистически достоверным отличием между этими сравниваемыми выборками на уровне $p=0.001$.

у 30,9% опрошенных (778 из 2511 человек) по шкале депрессии Бека выявлено наличие клинических симптомов депрессии, причем у 6,2% уровень депрессии выражен настолько, что требует госпитализации и фармакологической терапии.

В процессе анкетирования было определено, что 8,5% респондентов (214 человек из 2511 опрошенных) имеют готовность к суициду в настоящий момент времени.

Так, было выявлено, что риск суицида наиболее обусловлен наличием таких факторов риска, как аффективность (ОР 3.5 ДИ 95% 2.6-4.7, $p = 0.001$), максимализм (ОР 1.45 ДИ 95% 1.19-1.78, $p = 0.001$), несостоятельность (ОР 2.3 ДИ 95% 1.94-2.75, $p = 0.001$), демонстративность (ОР 2.4 ДИ 95% 2.03-2.8, $p = 0.001$), временная перспектива (ОР 2.4 ДИ 95% 2.04-2.84, $p = 0.001$).

Усиливают вероятность попытки суицида угроза или шантаж (ОР 2.69 ДИ 95% 1.3-5.54, $p = 0.003$), унижение и травля со стороны окружающих, (ОР 1.28 ДИ 95% 1.08-1.52, $p = 0.004$), постоянные конфликты в семье (ОР 1.67 ДИ 95% 1.4-1.97, $p = 0.001$), отсутствие понимания со стороны близких (ОР 1.37 ДИ 95% 1.16-1.61, $p = 0.001$).

Среди всех изучаемых факторов риска наличие депрессии (ОР 2.45 ДИ 95% 2.08-2.89, $p = 0.001$) продемонстрировало одну из самых больших ассоциаций с совершением суицидальной попытки, как по уровню относительного риска, так и по значениям χ^2 и p уровню значимости.

Особенно важным является тот факт, что в группе с суицидальной готовностью 86% респондентов показывают депрессию в отличие от группы, где этой готовности нет (25,9%). Это говорит об эпидемиологической распространенности данного состояния в группе риска.

Отсутствие близких людей, «которым можно выплакаться в любой ситуации», отмечено у 58 % респондентов с готовностью к суициду, что почти в 2 раза выше по сравнению с контрольной группой (34%, $p=0.001$).

Отсутствие понимания со стороны близких зафиксировано у 67% респондентов первой группы, тогда как среди лиц без готовности к суициду этот показатель составил лишь 26% ($p=0.001$).

Хотя не все респонденты с суицидальными мыслями переходят к действиям, их наличие является существенным прогностическим фактором риска и требует разработки целенаправленных мер профилактики.

ГЛАВА 5

ОПТИМИЗАЦИЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

В первую очередь необходимо вернуться к теме достоверного и комплексного мониторинга реальной ситуации как по завершённым, так и по незавершённым суицидам, которая неоднократно поднималась в предыдущих главах данного исследования и без которой невозможно планирование и реализация суицидологической помощи.

В настоящее время в Кыргызской Республике статистический учёт завершённых и особенно незавершённых суицидов остаётся фрагментарным и недостаточно координированным. Достаточно еще раз подчеркнуть, что, например, по информации, предоставленной UNICEF [18], данные МВД КР и Национального статистического комитета КР различаются на 26-43% (рис 5.1.1.), а на запрос в Национальный статистический комитет КР о предоставлении информации о незавершённых суицидах был получен официальный ответ, что такой информации не имеется.

5.3 Разница между данными Нацстаткома и МВД по количеству случаев суицида

Сравнение данных Нацстаткома и МВД по суицидам среди подростков (в возрасте 10-18 лет) и молодежи (в возрасте 19-29 лет) за

все годы не представлялось возможным, так как по молодежи МВД предоставило данные только с 2014 по 2018 год. Поэтому в разделе ниже приводится сравнение данных по подросткам и молодежи за период 2014-2018.

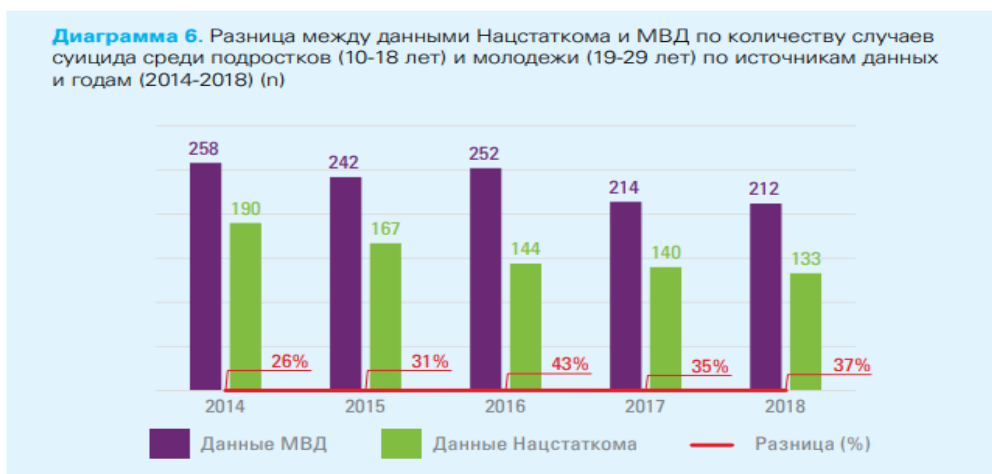


Рисунок 5.1.1. Данные UNICEF, представленные в аналитическом отчете, июль 2020 г.

Это затрудняет как анализ реальной эпидемиологической картины, так и оценку эффективности реализуемых профилактических мер.

Основные проблемы действующей системы учёта:

- Отсутствие единой цифровой базы данных, объединяющей информацию о суицидах и суицидальных попытках от учреждений здравоохранения, правоохранительных органов, образовательных учреждений и служб социальной защиты.
- Низкая регистрируемость суицидальных попыток, особенно при отказе пострадавших от госпитализации или в случаях, не достигших внимания экстренных служб.
- Недостаточная детализация в медицинской и судебно-медицинской документации, что осложняет установление истинных обстоятельств госпитализации или смерти.
- Отсутствие стандартных форм отчётности по суицидам, как завершённым, так и незавершённым.

Исходя из реалий существующей системы, возникают следующие **рекомендации по доработке системы учёта:**

- Стандартизация форм первичной документации (медицинской карты, протокола вызова, рапорта и др.) с обязательным указанием признаков суицидального поведения.
- Присвоение кода завершённому и незавершённому суициду и использования данного кода при заполнении первичной документации в случае возникновения каких-либо этических моментов, препятствующих открытому указанию на суицид.
- Введение обязательной межведомственной отчётности по всем зарегистрированным случаям попыток самоубийства с участием медицинских, социальных и образовательных учреждений.

- Разработка и внедрение единой автоматизированной платформы учёта случаев завершённых и незавершённых суицидов с разграничением по полу, возрасту, методу, мотиву и социальному статусу.
- Службам, занимающимся учетом и анализом статистических данных по суицидальной активности, рассматривать данные по таким статьям смертности, как «неумышленное отравление», «отравление алкоголем», «утопление», «иные травмы» как возможные случаи сокрытия суицидов.
- Обучение специалистов по правильной квалификации и регистрации таких случаев с соблюдением этических и правовых норм.

Существующая система профилактики суицидов и оказания помощи лицам с суицидальным поведением в Кыргызской Республике также характеризуется фрагментарностью и наличием ряда проблем:

- Отсутствие интеграции психолого-психиатрической помощи в первичное звено здравоохранения.
- Недостаточное количество специалистов, обученных выявлению и ведению пациентов с суицидальными рисками.
- Отсутствие клинических протоколов и алгоритмов маршрутизации таких пациентов.
- Высокий уровень стигматизации психических расстройств и обращений за психологической помощью.
- Ограниченный доступ к специализированной помощи, особенно в сельских и отдалённых регионах.
- Низкий уровень межведомственной координации

Для повышения эффективности профилактики суицидального поведения требуется системный подход, основанный на мультидисциплинарности, доступности и этичности и включающий в себя следующие направления:

- Разработка и внедрение клинических протоколов, охватывающих диагностику, маршрутизацию и посткризисное сопровождение.
- Подготовка специалистов (врачей, психологов, социальных работников) по вопросам суицидального риска, кризисного консультирования и этики вмешательства.
- Внедрение в программу обучения педагогов и врачей основ по диагностике суицидального поведения и основных предикторах.
- Скрининг населения на предмет наличия депрессии и своевременное оказание помощи.
- Обязательное посткризисное сопровождение (при необходимости анонимное) после попыток суицида, включая работу с семьёй.
- Расширение сети кризисных служб и горячих линий, особенно в регионах с ограниченным доступом к помощи.
- Взятие под контроль на уровне как государства, так и семьи, доступа детей к информации, которая может спровоцировать нежелательные аффективные реакции (н-р, «синий кит», «сделай или умри» и т.д.)
- Максимальное информирование населения о доступе к такой помощи, с указанием контактных телефонов, адресов и т.д.
- Развитие волонтерских программ помощи одиноким пожилым людям.
- Разработка образовательных программ для семей, педагогов и общественности с целью снижения стигматизации и повышения распознавания признаков риска суицида.

Меры профилактики для подростков как группы риска:

Одним из эффективных и, что немаловажно, доступных инструментов раннего выявления риска суицида является проведение анонимного анкетирования среди школьников, студентов, а также в учреждениях социальной защиты. Такие опросы позволяют своевременно выявлять признаки дистресса, суицидальных мыслей, депрессии, склонности к саморазрушающему поведению и утраты жизненных

ориентиров. При анкетировании любой по масштабности популяционной группы, можно выяснить также наиболее критичные для данной группы жизненные ситуации, которые могут стать мотивом для суицида и выраженность факторов риска суицида. Регулярный анализ результатов анкетирования должен стать основой для адресных профилактических мер.

Дополнительно, важной формой профилактики могли бы выступить родительские собрания в школах с тематикой «Суицид у подростков: ранние признаки, факторы риска и мотивы». Анализ мотивов, лежащих в основе суицидального поведения подростков и молодёжи в Кыргызской Республике, показывает, что наиболее частой причиной суицидального поведения являются семейные конфликты, а не романтические неудачи или безответная любовь, как принято считать в общественном восприятии. Конфликты с родителями, психологическое давление, отсутствие взаимопонимания и поддержки внутри семьи формируют у подростка ощущение изоляции, ненужности и беспомощности, что может становиться триггером к суицидальным мыслям или действиям. В связи с этим проведение родительских собраний с тематическим акцентом на профилактику суицидального поведения приобретает особое значение. Такие встречи должны быть направлены на информирование родителей о реальных мотивах суицидов среди подростков и разрушение мифов, на обучение распознаванию ранних признаков эмоциональной нестабильности у ребёнка, ознакомление с простыми приёмами психологической поддержки и активного слушания

Родительские собрания по теме суицидов должны проводиться не эпизодически, а системно, с привлечением школьных психологов, врачей, социальных педагогов, представителей НПО. Важно, чтобы эти мероприятия не носили характер упрёков, а представляли собой открытый и конструктивный диалог с родителями о роли семьи в психическом благополучии ребёнка, поскольку у подростков преобладающие личностные факторы риска суицида аффективность, несостоятельность и

временная перспектива. Снизить риск возникновения суицидальной попытки может понимание со стороны близких людей, а вернее, внутреннее ощущение человека, что его понимают, а также вера в возможность выхода из неблагоприятной ситуации.

Таким образом, повышение родительской осведомлённости и вовлечённости может стать одним из ключевых инструментов в деле профилактики подростковых суицидов. В условиях, когда семейный конфликт занимает лидирующее место среди мотивов суицидальных попыток, именно диалог с родителями должен стать приоритетом для профилактической работы в школах.

Следует отметить, что социальные сети и веб платформы могут считаться особенно подходящими для охвата групп населения, характеризующихся низким уровнем взаимодействия с традиционными медицинскими учреждениями и могут быть задействованы в школьных программах, направленных на предотвращение самоубийств среди учащихся. Использование мобильного приложения – это быстрый и простой способ связаться с подростками, поддерживать с ними контакт и своевременно оказать помощь в кризисной ситуации.

Суицидологическая помощь не может быть эффективной в рамках одного ведомства, оптимизация системы помощи требует устойчивой координации между различными секторами — здравоохранением, образованием, социальной защитой, органами внутренних дел и гражданским обществом. Важно подчеркнуть роль общества, которое может обеспечить гибкость, мобильность и доверие в оказании помощи. Общественные организации, религиозные лидеры, волонтерские объединения могут эффективно вовлекаться в профилактические мероприятия, в том числе в сфере информирования и снижения стигматизации.

Заключение. В контексте выявленных мотивов и факторов риска, а также поло-возрастных групп риска, особую значимость приобретает

необходимость комплексного подхода к профилактике и раннему выявлению суицидальной готовности, в частности, переход от унифицированных мер профилактики суицидов к целевой профилактике.

Предлагаемые направления оптимизации включают в себя работу в первую очередь с подростками как с группой риска и включают в себя:

- анонимное анкетирование среди школьников и студентов;
- передача обработанной информации школьным психологам, классным руководителям, социальным работникам;
- использование полученной информации о мотивах, факторах риска для разработки точечных, целенаправленных программ адаптации;
- проведение классных часов с подростками с привлечением врачей, соц. работников или специально обученных лиц (на тему суицидов, депрессии, конфликтологии);
- проведение родительских собраний на тему подростковых суицидов;
- размещение в образовательных учреждениях контактных номеров служб психологической поддержки (в том числе онлайн).
- скрининг населения для выявления депрессии.

Проведенный анализ выявил определенные недостатки в действующей системе суицидологической помощи в Кыргызской Республике, в связи с этим необходимо кроме целенаправленных профилактических мероприятий простроить систему учета суицидов, стандартизировать формы первичной документации, присвоить код завершенному и незавершенному суициду и использовать этот код при заполнении первичной документации в случае возникновения каких-либо этических моментов, препятствующих открытому указанию на суицид, внедрить обязательную межведомственную отчетность по всем зарегистрированным случаям попыток самоубийства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Выявлены поло-возрастные группы жителей КР, наиболее подверженные риску суицида. Среди женщин это период 25-29 лет ($8,1 \pm 3,2$ случая на 100 тыс.нас.), 15-19 лет ($5,7 \pm 2,7$ случая на 100 тыс.нас.) и 81-84 года ($6,4 \pm 5,5$ случая на 100 тыс. нас). Среди мужчин в группе риска возраст 35-49 лет ($19,4 \pm 5,0$ случая на 100 тыс.нас.). Каждый завершённый суицид в среднем уносит более 34 лет потенциальной жизни, что составляет в год более 10,5 тысяч лет у мужчин и более 3,2 тысяч лет у женщин. Основные потери ГППЖ идут за счет подростков и молодежи, особенно девочек 10-19 лет и мужчин 15-29 лет.

Между самым высоким значением средней многолетней инцидентности ($16,7 \pm 4,5$ в Иссык-Кульской области) и самым низким значением этого показателя ($2,5 \pm 0,9$ в Джалал-Абадской области) наблюдается более чем 6-кратная разница, что требует разработки целевых мер профилактики и контроля регистрации случаев суицида. Суициды показывают более сильную корреляционную связь с уровнем безработицы ($r=+0,890^{**}$, $p=0,001$), чем с уровнем бедности ($r=+0,626^{**}$, $p=0,001$).

Часть суицидов скрывается под нечаянным отравлением, утоплением, травмами и рубрикой «иные причины», что подтверждает сильная прямая корреляция по уровне $p=0.0001$ между смертностью от суицидов и смертностью от неумышленного отравления ($r=+0,911^{**}$), случайного отравления алкоголем ($r=+0,909^{**}$), случайного утопления ($r=+0,889^{**}$).

2. Анонимное анкетирование выявило, что 8,5% респондентов показывают готовность к суициду, встречаемость мыслей о суициде составляет 35,4% (у 40,4% женщин, у 25,1% мужчин), попытка суицида в прошлом была у 18% респондентов (у 20,5 % женщин и у 13,1 % мужчин). У 30,9% респондентов выявлена депрессия, причем у 6,2% уровень депрессии требует медикаментозного вмешательства.

3. Кросс-секционное исследование определило основные факторы риска суицида и мотивы для его совершения.

Так, было выявлено, что риск суицида наиболее обусловлен наличием таких факторов риска, как аффективность (ОР 3.5 ДИ 95% 2.6-4.7, $p = 0.001$), максимализм (ОР 1.45 ДИ 95% 1.19-1.78, $p = 0.001$), несостоятельность (ОР 2.3 ДИ 95% 1.94-2.75, $p = 0.001$), демонстративность (ОР 2.4 ДИ 95% 2.03-2.8, $p = 0.001$), временная перспектива (ОР 2.4 ДИ 95% 2.04-2.84, $p = 0.001$).

Усиливают вероятность попытки суицида угроза или шантаж (ОР 2.69 ДИ 95% 1.3-5.54, $p = 0.003$), унижение и травля со стороны окружающих, (ОР 1.28 ДИ 95% 1.08-1.52, $p = 0.004$), постоянные конфликты в семье (ОР 1.67 ДИ 95% 1.4-1.97, $p = 0.001$), отсутствие понимания со стороны близких (ОР 1.37 ДИ 95% 1.16-1.61, $p = 0.001$).

Среди всех изучаемых факторов риска наличие депрессии (ОР 2.45 ДИ 95% 2.08-2.89, $p = 0.001$) продемонстрировало одну из самых больших ассоциаций с совершением суицидальной попытки, как по уровню относительного риска, так и по значениям χ^2 и p уровню значимости.

4. Исходя из выявленных групп риска, факторов риска и мотивов совершения самоубийства в существующие меры по профилактике суицидов рекомендуется добавить анонимное анкетирование среди школьников, студентов, внедрить родительские собрания в школах с тематикой «Суицид у подростков: ранние признаки, факторы риска и мотивы», внедрить в программу обучения педагогов и врачей основ по диагностике суицидального поведения, регулярно проводить скрининг населения на предмет наличия депрессии.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Проблемы предупреждения суицидов, определяемые текущей ситуацией, требуют координации профилактических программ уполномоченными органами государства в сфере здравоохранения и образования, в связи с чем рекомендовано:

- ✓ Системе образования и социальной защиты обеспечить внедрение анонимного анкетирования среди школьников и студентов, внедрение в школах родительских собраний с информированием родителей о маркерах суицидальной активности и наиболее часто встречающихся провоцирующих факторах, внедрение в программу обучения педагогов и врачей основ по диагностике суицидального поведения и основных предикторов.

- ✓ Системе здравоохранения рекомендуется внедрить регулярный скрининг населения на предмет наличия депрессии и своевременное оказание помощи, стандартизацию форм первичной документации (медицинской карты, протокола вызова, рапорта и др.) с обязательным указанием признаков суицидального поведения, присвоение кода завершённому и незавершённому суициду и использования данного кода при заполнении первичной документации в случае возникновения каких-либо этических моментов, препятствующих открытому указанию на суицид,

- ✓ Также целесообразно внедрить единую автоматизированную платформу учёта случаев завершённых и незавершённых суицидов с разграничением по полу, возрасту, методу, мотиву и социальному статусу и обеспечить обязательную межведомственную отчётность по всем зарегистрированным случаям попыток самоубийства с участием медицинских, социальных и образовательных учреждений

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Барышева, П. В. Самоповреждение и суицид. Эпидемиология, классификация и лечение [Текст] / П. В. Барышева, А. Ю. Чуракова, Д. Д. Николаева // Молодой ученый. - 2021. - № 53 (395). - С. 188-191.
2. Касьянов, В. В. Суицидальное поведение [Текст] / В. В. Касьянов, В. Н. Нечипуренко. - Москва : Издательство Юрайт, 2025. - 330 с.
3. Медико-социальные аспекты суицидального поведения подростков и молодежи [Текст] / С. А. Игумнов, А.П. Гелда, Е. В. Гуткевич, Е. Д. Счастный. – Москва-Минск-Томск : Интегральный переплет, 2020. – 178 с.
4. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 [Text] / R. Lozano, M. Naghavi, K. Foreman, et al. // [published correction appears in Lancet. 2012. - №380(9859). – P. 2095-2128. doi:10.1016/S0140-6736(12)61728-0
5. World Health Organization: LIVE LIFE: Preventing Suicide. In. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization; 2018. [Electronic resource] - Режим доступа: <https://www.who.int/publications/i/item/live-life-preventing-suicide>
6. Schrijvers, D.L. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. [Text] / D.L. Schrijvers, J. Bollen, B.G. Sabbe // J Affect Disord. – 2012. - №138(1-2). - P.19-26. doi:10.1016/j.jad.2011.03.050
7. A cross-national study on gender differences in suicide intent. [Text] / A. Freeman, R. Mergl, E. Kohls, et al. // BMC Psychiatry. – 2017. - №17(1). – P. 234. doi:10.1186/s12888-017-1398-8
8. Паровая, О. И. Гендерные различия суицидального поведения: способы, обстоятельства, особенности социально-экономического статуса и биографических данных [Текст] / О. И. Паровая, Е. В. Ласый // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. - 2012. - №2 (38). - С. 80-85.

9. Bullying victimization and suicide attempts among adolescents in 41 low- and middle-income countries: Roles of sleep deprivation and body mass. [Text] / W. Bao, Y. Qian, W. Fei, et al. // Front Public Health. – 2023. - №11:1064731. doi:10.3389/fpubh.2023.1064731
10. Adolescent suicide: what can pediatricians do?. [Text] / K. Breslin, J. Balaban, C.D. Shubkin // Curr Opin Pediatr. – 2020. - №32(4). – P. 595-600. doi:10.1097/MOP.0000000000000916
11. World Health Organization. Suicide: facts and figures globally. 2023. [Electronic resource] - Режим доступа: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-UCN-MHE-22.03>.
12. UNICEF. The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health 2021, Available: [Electronic resource] - Режим доступа: <https://www.unicef.org/media/114636/file/SOWC-2021-full-report-English.pdf>.
13. World Health Organization. (2019). WHO | Disease burden and mortality estimates. World Health Organization. [Electronic resource] - Режим доступа: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>
14. Suicide Mortality in the United States, 1999-2017. [Text] / H. Hedegaard, S.C. Curtin, M. Warner // NCHS Data Brief. – 2018. - №330. – P. 1-8.
15. Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME), Global Burden of Disease (GBD), Ourworldindata.org. [Electronic resource] - Режим доступа: www.caa-network.org
16. World heal thrankings live longer live better. [Electronic resource] - Режим доступа: <https://www.worldlifeexpectancy.com/ru/kyrgyzstan-suicide>.
17. Уровень самоубийств в Центральной Азии превышает общемировой показатель, Университет Центральной Азии, 12 Июля 2019 года, [Electronic resource] - Режим доступа: <https://www.ucentralasia.org/Resources/Item/2302/RU>

18. Анализ ситуации в области суицида и суицидальных попыток среди подростков и молодежи в Кыргызстане. Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ). [Электронный ресурс] - Режим доступа: https://www.unicef.org/kyrgyzstan/media/6611/file_95.pdf
19. Molchanova, E. Suicides in the Kyrgyz Republic: Discrepancies in Different Types of Official Statistics [Text] / E. Molchanova, T. Galako // *European Psychiatry*. - Vol. 41, Issue S1, April 2017, - P. 890-893.
20. World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. Geneva: WHO; 2021. Available from: [Electronic resource] - Режим доступа: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>.
21. Предупреждение суицидов: глобальный императив. [Текст] Женева: ВОЗ, - 2014. - 102 с.
22. Аксенова, Е. И. Предупреждение и борьба с суицидами среди детей и молодежи, международный контекст и практика: экспертный обзор [Электронный ресурс] / Е. И. Аксенова, С. Ю. Горбатов. – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – 26 с.
23. Национальное руководство по суицидологии [Текст] / Под ред. Б.С. Положего. - М.: МИА. - 2019. - 600 с.
24. Annual Research Review: Suicide among youth - epidemiology, (potential) etiology, and treatment. [Text] / C. B. Cha, P. J. Franz, E. M. Guzmán, et al. // *J Child Psychol Psychiatry*. – 2018. - №59(4). – P. 460-482. doi: 10.1111/jcpp.12831.
25. World Health Organization. Suicide Worldwide in 2019 (2021). Available online at [Electronic resource] - Режим доступа: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
26. Eurostat. (2022). Causes of death by NUTS 2 regions - crude death rate, 3 year average - females [Data set]. Eurostat. [Electronic resource] - Режим доступа: https://fgeerolf.com/data/eurostat/hlth_cd_ycdr2.html
27. Notes from the field: Recent changes in suicide rates, by race and ethnicity and age group - United States, 2021. [Text] / D.M. Stone, K.A. Mack, J.

Qualters // MMWR Morb Mortal Wkly Rep. - 2023. - №72. - P. 160–162, doi: 10.15585/mmwr.mm7206a4

28. Suicidal Behavior By Christine Moutier, American Foundation For Suicide Prevention Reviewed/Revised Jul 2023. [Electronic resource] - Режим доступа: <https://www.msmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/suicidal-behavior-and-self-injury/suicidal-behavior#v82347620>

29. The Interpersonal Theory of Suicide: State of the Science. [Text] / M. Robison, N. S. Udupa, T. B. Rice, et al. // Behavior therapy, - 2024. - №55(6), - P. 1158–1171. doi: 10.1016/j.beth.2024.04.008

30. Ilic, M. Worldwide suicide mortality trends (2000-2019): A joinpoint regression analysis. [Text] / M. Ilic, I. Ilic // World J Psychiatry. 2022. - №12(8). – P. 1044-1060. doi:10.5498/wjp.v12.i8.1044

31. Pikala, M. The Burden of Suicide Mortality in Poland: A 20-Year Register-Based Study (2000-2019). [Text] / M. Pikala, M. Burzyńska // Int J Public Health. 2023. - №68. – P.1605621. doi:10.3389/ijph.2023.1605621

32. Helbich, M. Spatiotemporal Suicide Risk in Germany: A Longitudinal Study 2007-11. [Text] / M. Helbich, P.L. Plener, S. Hartung, V. Blüml // Sci Rep. – 2017. - №7(1). – P. 7673. doi:10.1038/s41598-017-08117-4

33. Global trends in youth suicide from 1990 to 2020: an analysis of data from the WHO mortality database. [Text] / P. Bertuccio, A. Amerio, E. Grande, et al. // EClinicalMedicine. – 2024. - №70. – P. 102506. doi:10.1016/j.eclinm.2024.102506

34. Child suicides in Sweden, 2000-2018. [Text] / M. Junuzovic, KMT Lind, U. Jakobsson // Eur J Pediatr. – 2022. - №181(2). – P. 599-607. doi: 10.1007/s00431-021-04240-7.

35. Suicide Prevention in the Southeast Asia Region. [Text] / L. Vijayakumar, C. Daly, Y. Arafat, E. Arensman // Crisis. – 2020. - №41(Suppl 1). – P. 21-29. doi:10.1027/0227-5910/a000666

36. Australian Bureau of Statistics. (2022). Causes of Death, Australia. ABS. [Electronic resource] - Режим доступа: <https://www.abs.gov.au/statistics/health/causes-death/causes-death-australia/latest-release>.
37. Suicide by pesticide poisoning in India: a review of pesticide regulations and their impact on suicide trends. [Text] / T. Bonvoisin, L. Utyasheva, D. Knipe, D. Gunnell, M. Eddleston // BMC Public Health. – 2020. - №20(1). – P. 251. doi:10.1186/s12889-020-8339-z
38. Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. [Text] / C.R. Glenn, E.M. Kleiman, J. Kellerman, et al. // J Child Psychol Psychiatry. – 2020. - №61(3). – P. 294-308. doi:10.1111/jcpp.13106
39. Suicide rate and social environment characteristics in South Korea: the roles of socioeconomic, demographic, urbanicity, general health behaviors, and other environmental factors on suicide rate. [Text] / H. Jang, W. Lee, Yo. Kim, et al. // BMC Public Health 2022. - №22. – P. 410 doi: 10.1186/s12889-022-12843-4
40. Тенденции смертности от внешних причин населения Европейского Севера за 2010–2021 годы. [Текст] / Д. А. Семерикова, Е. В. Соломатина, А. Л. Санников, Е. В. Грищенко // Журнал медико-биологических исследований, Том. 12, - №. 1. - 2024, - С. 89-98. doi:10.37482/2687-1491-Z171
41. Закон Кыргызской Республики от 21 июля 2015 года № 185 «О мерах по предупреждению причинения вреда здоровью детей, их физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию в Кыргызской Республике» (с изменениями от 09.08.2023 г.) [Электронный ресурс] - Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=32227931
42. Закон Кыргызской Республики от 12 января 2024 года № 14 «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» [Электронный ресурс] - Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=34198154
43. Bilsen, J. Suicide and Youth: Risk Factors. [Text] / J. Bilsen // Front Psychiatry. – 2018. - №9. – P. 540-543. doi: 10.3389/fpsy.2018.00540

44. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: Systematic review. [Text] / D. Gunnell, M. Eddleston, M.R. Phillips, et al. // BMC Public Health 2007. - №7. – P. 357. doi: 10.1186/1471-2458-7-357
45. Trend and epidemiology of suicide attempts by self-poisoning among [Text] / Z.A. Kasemy, A.F. Sharif, S.A. Amin, et al. // Egyptians. PLoS One. 2022. - №17(6). - e0270026. doi: 10.1371/journal.pone.0270026.
46. Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention. [Text] / K.C. Wu, Y.Y. Chen, P.S. Yip // Int J Environ Res Public Health. 2012. - №9(4). – P. 1135-1158. doi: 10.3390/ijerph9041135.
47. Three leading suicide methods in the United States, 2017-2019: Associations with decedents' demographic and clinical characteristics. [Text] / N.G. Choi, C.N. Marti, B.Y. Choi // Front Public Health. - 2022. - №17(10). – P. 955-1008. doi: 10.3389/fpubh.2022.955008.
48. Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Web-based injury statistics query and reporting system (WISQARS). National Center for Injury Prevention and Control. [Electronic resource] - Режим доступа: www.cdc.gov/injury/wisqars
49. Difference in suicide methods used between suicide attempters and suicide completers. [Text] / M. Lim, S.U. Lee, J.I. Park // Int J Ment Health Syst. – 2014. - №8. – P. 54-58. doi: 10.1186/1752-4458-8-54
50. Changing profile of suicide methods in India: 2014-2021. [Text] / V. Arya, A. Page, L. Vijayakumar, et al. // J Affect Disord. – 2023. - №340. – P. 420-426. doi:10.1016/j.jad.2023.08.010
51. Trends in suicide methods in Switzerland from 1969 to 2018: an observational study. [Electronic resource]/ N. Stulz, U. Hepp, S. Kupferschmid, et al. // Swiss Med Wkly. - 2022 Dec. 10 [cited 2024 Apr. 8]. - №152(4950). – P. 40007. - Режим доступа: <https://smw.ch/index.php/smw/article/view/3271>
52. Method availability and the prevention of suicide—a re-analysis of secular trends in England and Wales 1950–1975. / D. Gunnell, N. Middleton, S.

Frankel [Text] // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. – 2000. - №35. – P.437-443. doi:10.1007/s001270050261.

53. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. [Text] / V. Ajdacic-Gross, M.G. Weiss, M. Ring, et al. // Bull World Health Organ. – 2008. - №86(9). – P. 726-732. doi:10.2471/blt.07.043489

54. Сравнительный анализ факторов, влияющих на совершение суицидальных действий в период до и во время пандемии COVID-19. [Текст] / М.А. Кислов, А.Н. Приходько, Е.М. Кильдюшов, и др. // Судебно-медицинская экспертиза. – 2024. - № 67(1). - №5-9.

55. Дюркгейм, Э. Самоубийство: Социологический этюд. [Текст] / Э. Дюркгейм Пер, с фр. с сокр.; под ред. В. А. Базарова. - М., 1994. – 399 с.

56. Bachmann, S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. [Text] / S. Bachmann // Int J Environ Res Public Health. – 2018. - №15(7). – P. 1425. doi:10.3390/ijerph15071425

57. Gunnell, D. Economic recession, unemployment and suicide, in The international handbook of suicide prevention: research, policy and practice. [Text] / D. Gunnell, S.-S. Chang, // 2nd ed, R. O'Connor and J. Pirkis, Editors. - 2016, Wiley: Hoboken. - p. 284-300.

58. Merton, R. Social structure and anomie. [Text] / R. Merton // American Sociological Review. 1938;3(5):672–682. doi: 10.2307/2084686.

59. Jahoda, M. Work, employment, and unemployment: Values, theories, and approaches in social research. [Text] / M. Jahoda // American Psychologist. – 1981. - №36(2). – P. 184-191. doi: 10.1037/0003-066X.36.2.184.

60. Seligman, MEP. Helplessness: On depression, development and death. [Text] / MEP. Seligman // WH Freeman. - 1975. – P. 250.

61. Socioeconomic Status and Psychological Well-Being: Revisiting the Role of Subjective Socioeconomic Status. [Text] / G. Navarro-Carrillo, M. Alonso-Ferres, M. Moya, I. Valor-Segura // Front Psychol. – 2020.- №11. – P. 1303. doi:10.3389/fpsyg.2020.01303

62. Long-Term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. [Text] / A. Milner, A. Page, A. LaMontagne // PloS one. - 2013. - №8. - e51333. 10.1371/journal.pone.0051333.
63. Wanberg, C.R. The individual experience of unemployment. [Text] / C.R. Wanberg // Annu Rev Psychol. – 2012. - №63. – P. 369-396. doi:10.1146/annurev-psych-120710-100500
64. Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. [Text] / A. Reeves, M. McKee, D. Stuckler // Br J Psychiatry. – 2014. - №205(3). – P. 246-247. doi:10.1192/bjp.bp.114.144766
65. Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. [Text] / A. Reeves, D. Stuckler, M. McKee // Lancet. – 2012. - №380(9856). – P. 1813-1814. doi:10.1016/S0140-6736(12)61910-2
66. Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries. [Text] / C. Bambra, D. Pope, V. Swami, et al. // J Epidemiol Community Health. – 2009. - №63(1). – P. 38-44. doi:10.1136/jech.2007.070292
67. Бабуева, К. И. Суицид как крайняя форма саморазрушающего поведения и его причины [Текст] / К. И. Бабуева, М. А. Оробец // Материаловедение. – 2018. – № 3(27). – С. 7-8.
68. Suicide in a rural area of coastal Kenya. [Text] / M.A. Bitta, I. Bakolis, S.M. Kariuki, et al. // BMC Psychiatry. – 2018. - №18(1). – P. 267. doi:10.1186/s12888-018-1855-z
69. Rehkopf, D.H. The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review. [Text] / D.H. Rehkopf, S.L. Buka // Psychol Med. – 2006. - №36(2). P. 145-157. doi:10.1017/S003329170500588X
70. Rural Health Information Hub. Suicide in Rural Areas. [Electronic resource] - Режим доступа: <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/suicide/1/rural>

71. Risk factors for suicide reattempt: a systematic review and meta-analysis. [Text] / A. Pemau, C. Marin-Martin, M. Diaz-Marsa, et al. // Psychol Med. – 2024. - №54(9). – P. 1897-1904. doi:10.1017/S0033291724000904
72. Rurality as a Risk Factor for Attempted Suicide and Death by Suicide in Ontario, Canada. [Text] / R. Barry, J. Rehm, C. de Oliveira, et al. // The Canadian Journal of Psychiatry. – 2022. - №67(9). – P. 679-689. doi:10.1177/07067437211053300
73. Identifying the suicidal ideation risk group among older adults in rural areas: Developing a predictive model using machine learning methods. [Text] / J. Kim, D. Gwak, S. Kim, M. Gang // J Adv Nurs. – 2023. - №79(2). – P. 641-651. doi:10.1111/jan.15549
74. Ping, Q. Suicide risk in relation to level of urbanicity - a population-based linkage study [Text] / Q. Ping // International Journal of Epidemiology, 2023. - Vol 34, - №4, - P. 846–852, <https://doi.org/10.1093/ije/dyi085>
75. Newspaper coverage of suicide and initiation of suicide clusters in teenagers in the USA, 1988-96: a retrospective, population-based, case-control study. [Text] / M.S. Gould, M.H. Kleinman, A.M. Lake, et al. // Lancet Psychiatry – 2014. №1. – P. 34-43. doi:10.1016/S2215-0366(14)70225-1 pmid:2636040
76. Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma: the role of mass media. [Text] / T. Niederkrotenthaler, D.J. Reidenberg, B. Till, M.S. Gould // Am J Prev Med. – 2014. - №47(Suppl 2). – P. 235-243. doi:10.1016/j.amepre.2014.06.010
77. Phillips, D.P. The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. [Text] / D.P. Phillips // Am. Sociol. Rev. 1974. - №39. – P. 340. doi: 10.2307/2094294
78. Schmidtke, A. Public Attitudes towards and Effects of the Mass Media on Suicidal and Deliberate Self-Harm Behavior [Text] / In: Diekstra R.F.W., Maris R., Platt S., Schmidtke A., Sonneck G., editors. Suicide and Its Prevention, The Role of Attitude and Imitation. Brill; Leiden, The Netherlands: 1989. - P. 313–330

79. A systematic review of mass media campaigns for suicide prevention: Understanding their efficacy and the mechanisms needed for successful behavioral and literacy change. [Text] / M. Torok, A. Callear, F. Shand, H. Christensen // *Suicide Life Threat. Behav.* - 2017. - 47. - P. 672–687. doi: 10.1111/sltb.12324.
80. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. [Text] / M.K. Nock, I. Hwang, N. Sampson, et al. // *PLoS Med.* 2009. - №6(8). - e1000123. doi:10.1371/journal.pmed.1000123
81. Rogers, M.L. Exploring the temporal dynamics of the interpersonal theory of suicide constructs: A dynamic systems modeling approach. [Text] / M.L. Rogers, T.E. Joiner // *J Consult Clin Psychol.* – 2019. - №87(1). – P. 56-66. doi:10.1037/ccp0000373
82. Evaluation of the quality of life and risk of suicide. [Text] / Vde M. Alves, L.C. Francisco, F.M. Belo, et al. // *Clinics (Sao Paulo).* - 2016. - №71(3):135–139. doi:10.6061/clinics/2016(03)03
83. Симак, О.Я. Проблема суицида при шизофрении: в фокусе внимания семья больного (обзор литературы) [Текст] / О.Я. Симак // *Суицидология.* - 2018. - №4 (33). – С. 17-29.
84. Sher, L. Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview. [Text] / L. Sher, R.S. Kahn // *Medicina (Kaunas).* – 2019. - №55(7). – P. 361. doi:10.3390/medicina55070361
85. Association between completed suicide and bipolar disorder: A systematic review of the literature. [Text] / L. Plans, C. Barrot, E. Nieto, et al. // *J Affect Disord.* 2019. – №242. – P. 111–122. doi:10.1016/j.jad.2018.08.054
86. Long-term suicide risk in no, one or more mental disorders: the Lundby Study 1947-1997. [Text] / C. Holmstrand, M. Bogren, C. Mattisson, L. Brådvik // *Acta Psychiatr Scand.* - 2015. - Vol. 132. - №6. – P. 459-69. doi:10.1111/acps.12506
87. Suicide among people treated for drug use disorders: a danish national record-linkage study. [Text] / M. Hesse, B. Thylstrup, A.K. Seid, J.C. Skogen // *BMC Public Health.* – 2020. - №20(1). – P. 146-150.

88. Substance use disorders and risk of suicide in a general US population: a case control study. [Text] / F.L. Lynch, E.L. Peterson, C.Y. Lu, et al. // *Addict Sci Clin Pract.* – 2020. - №15(1). – P. 14-18. doi:10.1186/s13722-020-0181-1
89. Risk factors for completed suicide among people who use drugs: A scoping review protocol. [Text] / L. Murphy, S. Lyons, M. O'Sullivan, E. Lynn // *HRB Open Res.* – 2021. - №3. – P. 45-48. doi: 10.12688/hrbopenres.13098.3.
90. Измайлова, И.М. Анализ суицидального поведения у пациентов с психическими заболеваниями [Текст] / И.М. Измайлова, Т.В. Смотряева // *Вестник АГИУВ.* - 2013. - №2. – P. 38-39.
91. Qin, P. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. [Text] / P. Qin, M. Nordentoft // *Arch Gen Psychiatry.* – 2005. - №62(4). – P. 427-432. doi:10.1001/archpsyc.62.4.427
92. The temporal relationship between marriage and risk for suicidal ideation. [Text] / M. Stephenson, E. Prom-Wormley, S. Lannoy, A.C. Edwards // *J Affect Disord.* – 2023. - №343. – P. 129-135. doi:10.1016/j.jad.2023.10.007
93. Marital status, educational attainment, and suicide risk: a Norwegian register-based population study. [Text] / C. Øien-Ødegaard, L.J. Hauge, A. Reneflot // *Popul Health Metrics.* - 2021. – №19. – P. 33-37 doi: 10.1186/s12963-021-00263-2
94. Suicide risk and its relationship to change in marital status. [Text] / S. Roškar, A. Podlesek, M. Kuzmanić, et al. // *Crisis.* – 2011. - №32(1). – P. 24-30. doi:10.1027/0227-5910/a000054
95. Parenthood is associated with lower suicide risk: a register-based cohort study of 1.5 million Swedes. [Text] / M. Dehara, M.B. Wells, H. Sjöqvist, et al. // *Acta Psychiatr Scand.* – 2021. - №143(3). – P. 206-215. doi: 10.1111/acps.13240.
96. Parenthood and lower risk of suicide in women and men: the total Swedish population followed across adulthood. [Text] / W.A. Sörberg, H. Sjöqvist, M. Dehara, et al. // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* - 2022. - №57(11). – P. 2241-2250. doi: 10.1007/s00127-022-02321-y.

97. Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. [Text] / J. Brezo, J. Paris, F. Vitaro, et al. // Br J Psychiatry. – 2008. №193(2). – P. 134-139. doi:10.1192/bjp.bp.107.037994
98. Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. [Text] / T.O. Afifi, M.W. Enns, B.J. Cox, et al. // Am J Public Health. - 2008. - №98(5). – P. 946-952. doi:10.2105/AJPH.2007.120253
99. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. [Text] / R.E. Norman, M. Byambaa, R. De, et al. // PLoS Med. – 2012. - №9(11). - e1001349. doi: 10.1371/journal.pmed.1001349.
100. Värnik, P. Suicide in the world. [Text] / P. Värnik // Int J Environ Res Public Health. – 2012. - №9(3). – P. 760-771. doi:10.3390/ijerph9030760
101. Tushar, K. Suicide and Suicide risk factors: A Literature Review. [Text] / K. Tushar // Asian Journal of Nursing Education and Research. – 2021. - №11(3). – P. 441-446. doi: 10.52711/2349-2996.2021.00107
102. Adolescent Suicide-Understanding Unique Risks and Opportunities for Trauma Centers to Recognize, Intervene, and Prevent a Leading Cause of Death. [Text] / A.B. Hink, X. Killings, A. Bhatt, et al. // Curr Trauma Rep. – 2022. -№8(2). – P. 41-53. doi: 10.1007/s40719-022-00223-7.
103. Decision-making and cognitive control in adolescent suicidal behaviors: a qualitative systematic review of the literature. [Text] / A.J. Gifuni, L.C. Perret, E. Lacourse, et al. // Eur Child Adolesc Psychiatry – 2021. – №30. – P. 1839–1855. doi: 10.1007/s00787-020-01550-3
104. Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: a pooled analysis of the global school-based student health survey. [Text] / S.C. Campisi, B. Carducci, N. Akseer, et al. // BMC Public Health – 2020. - №20. – P. 1102-1112. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09209-z>

105. World Health Organization. Suicide Worldwide in 2019 (2021). Available online at [Electronic resource] - Режим доступа: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
106. Молодежь в Кыргызской Республике: 2014-2018. [Текст] Статистический сборник. Б.: 2019 - 347с.
107. Мамашерип, К. Н. Кыргызстандагы өспүрүм курактагы балдар арасындагы суицидтин алдын алуунун психологиялык жолдору [Текст] / К. Н. Мамашерип // Вестник Жалал-Абадского государственного университета. – 2023. – №. 1(54). – Р. 139-143.
108. Самоповреждающее поведение подростков: дефиниции, эпидемиология, факторы риска и защитные факторы. Сообщение I [Текст] / Е.Б. Любов, П. Б. Зотов, Г. С. Банников // Суицидология. - 2019. - №4 (37). – С. 16-46.
109. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. [Text] / G.C. Patton, S.M. Sawyer, J.S. Santelli, et al. // Lancet. – 2016. - № 387. – P. 2423–2478. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00579-1
110. Евсеенкова, Е. В. Факторы риска аутодеструктивного поведения у старших подростков [Текст] / Е. В. Евсеенкова // Вестник КемГУ. - 2019. - №1 (77). – С. 74-86.
111. Gale, A. Examining black adolescents’ perceptions of in-school racial discrimination: the role of teacher support on academic outcomes. [Text] / A. Gale // Child Youth Serv Rev. – 2020. - №116. – С. 105-113. doi: 10.1016/j.childyouth.2020.105173
112. The longitudinal effects of teacher judgement and different teacher treatment on students’ academic outcomes. [Text] / M. Zhu, D. Urhahne, C.M. Rubie-Davies // Educ Psychol. – 2017. - №38(5). – P. 648–668. doi: 10.1080/01443410.2017.1412399
113. The associations among teacher discrimination, parents’ and peer emotional supports, and African American Youth’s School bonding. [Text] / E.

Kyere, I. Karikari, BC. Teegen // Fam Soc. – 2020. - №101(4). – P. 469–483. doi: 10.1177/1044389419892277

114. Development of the multidimensional peer victimization scale–revised (MPVS-R) and the multidimensional peer bullying scale (MPVS-RB). [Text] / L.R. Betts, J.E. Houston, O.L. Steer // J Genet Psychol. – 2015. - №176(2). – P. 93–109. doi: 10.1080/00221325.2015.1007915

115. Schmidt, M. Peer victimization and bullying in childhood and adolescence. [Text] / M. Schmidt, C. Bagwell // Psychology. 2020. - №5. – P. 1–12. doi: 10.1093/obo/9780199828340-0263

116. Systems view of school climate: a theoretical framework for research. [Text] / K.M. Rudasill, K.E. Snyder, H. Levinson, et al. // Educ Psychol Rev. – 2017. - №30(1). – P. 35–60. doi: 10.1007/s10648-017-9401-y

117. The Effect of Teacher Discrimination Behavior on Adolescent Suicidal Ideation: A Cross-Sectional Survey. [Text] / M.M. Jiang, J.N. Chen, X.C. Huang, et al. // Psychol Res Behav Manag. – 2023. - №16. – P. 2667-2680. doi:10.2147/PRBM.S420978

118. Шелковникова, И. А. Нервно-психическое напряжение как фактор суицидального риска в подростковом возрасте: гендерные различия [Текст] / И. А. Шелковникова, К. Н. Белогай // ОмГУ. 2019. №1 – С. 12-19.

119. Галако, Т.И. Суицидологическая ситуация в Кыргызской Республике: анализ динамики и разработка мер профилактики [Текст] / Т.И. Галако // Школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (Санкт-Петербург, 18-19 мая 2017 г.). Санкт-Петербург: Альта Астра, - 2017. - С. 54-56.

120. Latent profile analysis of interpersonal problems: Attachment, basic psychological need frustration, and psychological outcomes. [Text] / M. Wei, B. Mallinckrodt, B.J. Arterberry, et al. // J Couns Psychol. – 2021. - №68(4). – P. 467-488. doi:10.1037/cou0000551

121. Suicide among adolescents. A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality-related risk factors. [Text] / G. Portzky, K. Audenaert, K. van Heeringen // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. – 2005. - №40. – P. 922–30. doi: 10.1007/s00127-005-0977-x
122. The antecedents and outcomes of persistent and remitting adolescent depressive symptom trajectories: a longitudinal, population-based English study. [Text] / B. Weavers, J. Heron, A.K. Thapar, et al. // Lancet Psychiatry. – 2021. №8(12) – P. 1053-1061. doi:10.1016/S2215-0366(21)00281-9
123. Prevalence of self-reported subthreshold phenotypes of major mental disorders and their association with functional impairment, treatment and full-threshold syndromes in a community-residing cohort of young adults. [Text] / J. Scott, N.G. Martin, R. Parker, et al. // Early Interv Psychiatry. – 2021. - №15(2). – P. 306-313. doi:10.1111/eip.12942
124. Neighborhood poverty and suicidal thoughts and attempts in late adolescence. [Text] / V. Dupéré, T. Leventhal, E. Lacourse // Psychol Med. – 2009. - №39(8). – P. 1295-1306. doi:10.1017/S003329170800456X
125. Факторы риска и здоровье подростков (на материалах КР) [Текст] / Н. Мансуркулова, Б.Т. Орозбекова, Ф.Ф. Муйдинов, и др. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2016. - № 5-4. - С. 568-574.
126. Индекс многомерной бедности детей в Кыргызской Республике 2017 - 2021. [Текст]. Бишкек. – 2022. – 24 с.
127. Media influences on suicidal thoughts and behaviors. [Text] / J. Pirkis, K. Mok, J. Robinson, M. Nordentoft // International Handbook of Suicide Prevention, 2nd Edn, Chichester: John Wiley & Sons. - 2016. - P. 745–758.
128. Дети, не посещающие школу в Кыргызстане [Текст] / ЮНИСЕФ. - Бишкек, - 2008. - 110 с.
129. Suicide in the Time of COVID-19: Review and Recommendations. [Text] / G. Zalsman, B. Stanley, K. Szanto, et al. // Arch Suicide Res. – 2020. - №24(4). – P. 477-482. doi:10.1080/13811118.2020.1830242

130. Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review. [Text] / E.A.K. Jones, A.K. Mitra, A.R. Bhuiyan // Int J Environ Res Public Health. – 2021. - №18(5). – P. 2470. doi:10.3390/ijerph18052470

131. Балдардын жана аялдардын абалына COVID-19 тийгизген таасири боюнча Кластердик сурамжылоо КККИ-2018ден кийинки сурамжылоо. [Текст]. Негизги жыйынтыктардын статистикалык сүрөттөрү. Февраль, 2021 – 84 б.

132. Challenges and burden of the coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. [Text] / J.M. Fegert, B. Vitiello, P.L. Plener, V. Clemens // Child Adolesc Psychiatry Ment Health – 2020. - №14(1). – P. 20-28. doi:10.1186/s13034-020-00329-3

133. Adverse childhood experiences during the COVID-19 pandemic and associations with poor mental health and suicidal behaviors among high school students - adolescent behaviors and experiences survey, United States, January-June 2021. [Text] / K.N. Anderson, E.A. Swedo, E. Trinh, et al. // MMWR Morb Mortal Wkly Rep – 2022. - №71(41). – P. 1301–1305. doi:10.15585/mmwr.mm7141a2

134. Родители и дети в соцсетях. Фонд «Общественное мнение» [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://fom.ru/SMI-i-internet/12531>

135. Suicidal attempt in a school-aged patient and related factors: a case report. [Text] / R. Hinojosa-Vega, K. E. Rojas-Carrasco, S. González-Muñiz, et al. // Revista médica el instituto mexicano del seguro social, - 2023. - № 61(6), - P. 875–881. doi:10.5281/zenodo.10064736

Опросник для участников исследования

Среднее время заполнения 20 минут. **Опрос анонимный.**

Ответы необходимо написать от руки на пустом листе А4 (например: 1- а, 2-а, 3-б и так далее), сфотографировать и отправить координатору.

Внимание: обязательно нужно заполнить верхние строчки для статистической обработки! Ответы необходимо разместить на 1 листе А4, заполнение листа с двух сторон или размещение на 2 листах крайне нежелательно!

А) СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

- 1) **Ваш пол**
 - а) женский
 - б) мужской
- 2) **Возраст** (написать сколько Вам полных лет на момент тестирования)
- 3) **Область Кыргызстана, в которой Вы прописаны**
- 4) **Вы прописаны**
 - а) в городе
 - б) в селе
- 5) **Наименование города/ села**
- 6) **Общее количество близких родственников** (родители, бабушки, дедушки, братья, сестры, супруг(-а), дети) _____

Сколько человек, включая Вас, проживает вместе с Вами в одной квартире (доме)?

Б) ОПРОСНИК 1

- 1) **Вы всё чувствуете острее (сильнее), чем большинство людей.**
 - а) Согласен
 - б) Не согласен
- 2) **Вас часто одолевают мрачные мысли.**
 - а) Согласен
 - б) Не согласен
- 3) **Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.**
 - а) Согласен
 - б) Не согласен
- 4) **В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.**
 - а) Согласен
 - б) Не согласен
- 5) **Вам определенно не везет в жизни.**
 - а) Согласен

- б) Не согласен
- 6) **Учиться Вам стало труднее, чем раньше.**
а) Согласен
б) Не согласен
- 7) **Большинство людей довольны жизнью больше, чем Вы.**
а) Согласен
б) Не согласен
- 8) **Вы считаете, что смерть является искуплением грехов.**
а) Согласен
б) Не согласен
- 9) **Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.**
а) Согласен
б) Не согласен
- 10) **Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.**
а) Согласен
б) Не согласен
- 11) **Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем Вы ожидали.**
а) Согласен
б) Не согласен
- 12) **Вы считаете себя обреченным человеком.**
а) Согласен
б) Не согласен
- 13) **Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.**
а) Согласен
б) Не согласен
- 14) **У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.**
а) Согласен
б) Не согласен
- 15) **Человек, который вводит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.**
а) Согласен
б) Не согласен
- 16) **В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что все кончено.**
а) Согласен
б) Не согласен
- 17) **Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.**
а) Согласен
б) Не согласен
- 18) **Вы считаете, что всегда нужно вовремя поставить точку.**
а) Согласен
б) Не согласен

- 19) В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваши решения и даже изменить их.
- а) Согласен
 - б) Не согласен
- 20) Когда Вас обижают, Вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.
- а) Согласен
 - б) Не согласен
- 21) Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.
- а) Согласен
 - б) Не согласен
- 22) Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.
- а) Согласен
 - б) Не согласен
- 23) Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже хуже.
- а) Согласен
 - б) Не согласен
- 24) Будущее представляется Вам довольно беспросветным.
- а) Согласен
 - б) Не согласен
- 25) Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем.
- а) Согласен
 - б) Не согласен
- 26) Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьезные планы.
- а) Согласен
 - б) Не согласен
- 27) Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили недавно Вы.
- а) Согласен
 - б) Не согласен
- 28) Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете выкинуть мысли об этом из головы.
- а) Согласен
 - б) Не согласен
- 29) Часто Вы действуете необдуманно, повинуясь первому порыву.
- а) Согласен
 - б) Не согласен
- 30) В тяжелых ситуациях у Вас была мысль свести счеты с жизнью.
- а) Согласен
 - б) Не согласен
- 31) Была ли у Вас когда-либо раньше попытка совершить самоубийство?
- а) Да
 - б) Нет

- 32) Если человек совершил самоубийство, какая причина, по Вашему мнению, его к этому привела?**
- а) он психически болен
 - б) он имеет неизлечимое телесное заболевание
 - в) его никто не понимает
 - г) он остался в одиночестве
 - д) безответная любовь или болезненное расставание
 - е) потеря близкого человека
 - ж) постоянные конфликты с семьей
 - з) несданный экзамен или исключение из школы /университета
 - и) чтобы досадить, отомстить кому-то или что-то доказать
 - к) чувство безнадежности
 - л) если он в сложной финансовой ситуации
 - м) если ему угрожают или шантажируют
 - н) если его унижают окружающие
 - о) другая причина (напишите рядом, какая)
- 33) У Вас есть близкий Вам человек, которому Вы можете выплакаться в любой ситуации?**
- а) Да
 - б) Нет
- 34) Увлекаетесь ли Вы компьютерными играми (играете ли Вы более 20 часов в неделю)**
- а) Да
 - б) Нет
- 35) Курите ли Вы?**
- а) Да
 - б) Нет
- 36) Употребляете ли Вы алкогольные напитки чаще 1 раза в неделю?**
- а) Да
 - б) Нет
- 37) Употребляли ли Вы наркотические средства (в том числе легкие) более 5 раз?**
- а) Да
 - б) Нет
- 38) Пробовали ли Вы тяжелые наркотические средства?**
- а) Да
 - б) Нет
- 39) Понимают ли Вас близкие Вам люди?**
- а) Да
 - б) Нет
- 40) Верите ли Вы, что из любой ситуации можно найти выход?**
- а) Да
 - б) Нет

В) ОПРОСНИК 2

Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ И СЕГОДНЯ.

Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли ВСЕ утверждения в каждой группе.

1) Как Вы себя чувствовали на этой неделе и сегодня?

- а) Мне не грустно.
- б) Мне грустно или тоскливо.
- в) Мне все время тоскливо или грустно, и я ничего не могу с собой поделать.
- г) Мне так грустно или печально, что я не могу этого вынести.

2) Как Вы себя чувствовали на этой неделе и сегодня?

- а) Я смотрю в будущее без особого разочарования.
- б) Я испытываю разочарование в будущем.
- в) Я чувствую, что мне нечего ждать впереди.
- г) Я чувствую, что будущее безнадежно и поворота к лучшему быть не может.

3) Как Вы себя чувствовали на этой неделе и сегодня?

- а) Я не чувствую себя неудачником.
- б) Я чувствую, что неудачи случались у меня чаще, чем у других людей.
- в) Когда оглядываюсь на свою жизнь, я вижу лишь цепь неудач.
- г) Я чувствую, что потерпел неудачу как личность.

4) Как Вы себя чувствовали на этой неделе и сегодня?

- а) У меня не потерял интерес к другим людям.
- б) Я меньше, чем бывало, интересуюсь другими людьми.
- в) У меня потерял почти весь интерес к другим людям и почти нет никаких чувств к ним.
- г) У меня потерял всякий интерес к другим людям, и они меня совершенно не заботят.

5) Как Вы себя чувствовали на этой неделе и сегодня?

- а) Я принимаю решения примерно так же легко, как всегда.
- б) Я пытаюсь отсрочить принятые решения.
- в) Принятие решений представляет для меня огромную трудность.
- г) Я больше совсем не могу принимать решения.

6) Как Вы себя чувствовали на этой неделе и сегодня?

- а) Я не чувствую, что выгляжу сколько-нибудь хуже, чем обычно.
- б) Меня беспокоит то, что я выгляжу непривлекательно.
- в) Я чувствую, что в моем внешнем виде происходят постоянные изменения, делающие меня непривлекательным.
- г) Я чувствую, что выгляжу гадко и отталкивающе.

7) Как Вы себя чувствовали на этой неделе и сегодня?

- а) Я не испытываю никакой особенной неудовлетворенности.
- б) Ничто не радует меня так, как раньше.
- в) Ничто больше не дает мне удовлетворения.
- г) Меня не удовлетворяет всё.

- 8) Как Вы себя чувствовали на этой неделе и сегодня?**
- а) Я не чувствую никакой особенной вины.
 - б) Большую часть времени я чувствую себя скверным и ничтожным.
 - в) У меня довольно сильное чувство вины.
 - г) Я чувствую себя очень скверным и никчемным.
- 9) Как Вы себя чувствовали на этой неделе и сегодня?**
- а) Я могу работать и учиться примерно так же хорошо, как и раньше.
 - б) Мне нужно делать дополнительные усилия, чтобы что-то сделать.
 - в) Я с трудом заставляю себя сделать что-либо.
 - г) Я не могу выполнять никакую работу.
- 10) Как Вы себя чувствовали на этой неделе и сегодня?**
- а) Я не испытываю разочарования в себе.
 - б) Я разочарован в себе.
 - в) У меня отвращение к себе.
 - г) Я ненавижу себя.
- 11) Как Вы себя чувствовали на этой неделе и сегодня?**
- а) У меня нет никаких мыслей о самоповреждении.
 - б) Я чувствую, что мне было бы лучше умереть.
 - в) У меня есть определенные планы совершения самоубийства.
 - г) Я покончу с собой при первой возможности.
- 12) Вы себя чувствовали на этой неделе и сегодня?**
- а) Я устаю ничуть не больше, чем обычно.
 - б) Я устаю быстрее, чем раньше.
 - в) Я устаю от любого занятия.
 - г) Я устал чем бы то ни было заниматься.
- 13) Как Вы себя чувствовали на этой неделе и сегодня?**
- а) Мой аппетит не хуже, чем обычно.
 - б) Мой аппетит не так хорош, как бывало.
 - в) Мой аппетит теперь гораздо хуже.
 - г) У меня совсем нет аппетита.

Благодарим Вас за Ваши ответы!