

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	4
ВВЕДЕНИЕ	5-12
ГЛАВА 1. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	13-51
1.1. Самоубийства как глобальная проблема	13-21
1.2. Социально-экономические предпосылки суицидального поведения	21-33
1.3. Клинико-нозологические, социальные и личностные предпосылки суицидального поведения	33-41
1.4. Суицидальное поведение в старшем подростковом возрасте	41-51
ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	52-59
2.1. Материалы исследования	47-56
2.2. Методы исследования	56-59
ГЛАВА 3. РАСПРОСТРАНЕНИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)	60-99
3.1. Характеристика социально-экономической, демографической ситуации в Кыргызской Республике в разрезе областей	60-81
3.2. Социально-эпидемиологический анализ суицидентов	81-99

ГЛАВА 4. КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КР (РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КЫРГЫЗСТАНА	100-137
4.1. Социально-демографическая структура и личностные особенности лиц, совершивших суицидальные попытки с определением групп риска	100-117
4.2. Мотивы, факторы риска совершения суицидов в старшем подростковом возрасте с учетом основных блок-факторов, предупреждающих попытку самоубийства в старшем подростковом возрасте	117-137
ГЛАВА 5. ОПТИМИЗАЦИЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	138-140
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	141-142
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	143
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	144-167
ПРИЛОЖЕНИЯ	168-232

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ

КР	- Кыргызская Республика
МВД	- Министерство внутренних дел
МКБ-10	- Международная классификация болезней 10-го пересмотра
ОКР	- обсессивно-компульсивное расстройство
ОЭСР	- Организации экономического сотрудничества и развития
ПАВ	- психо-активные вещества
ООН	- Организация Объединенных Наций
ОР	- относительные риски
РКИ	- рандомизированное контролируемое исследование
СМИ	- средства массовой информации
СПИД	- – синдром приобретённого иммунодефицита
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 [8, 25, 31]. По оценкам ВОЗ, самоубийство является 13-й по значимости причиной смерти в мире. Ежегодно путем самоубийства лишают себя жизни не менее 800 тыс. человек [129]. 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 [203].

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 [172]. В целом самоубийства составляют 50% всех смертей от насильственных причин среди мужчин и 71% среди женщин [95]. В странах с низким и средним уровнем дохода происходит примерно 75% всех самоубийств при соотношении мужских и женских самоубийств 1,5 к 1 [36]. 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) [65, 72, 202]. По данным Международного чрезвычайного детского фонда ООН, самоубийство является пятой по значимости причиной смерти среди подростков в возрасте 10–19 лет во всем мире [188]. 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 [199]. Стоит отметить, что 88%

подростков, совершивших самоубийство, были выходцами из стран с низким и средним уровнем доходов [183].

Кыргызская Республика по показателю самоубийств находится на втором месте после Казахстана [112]. 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 [198]. При этом в республиках Центральной Азии, не менее 70% смертей от самоубийств приходится на возраст от 15 до 49 лет [49]. 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 [3]. 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 [137].

Комплексный план действий ВОЗ в области психического здоровья на 2013–2030 годы [200] ставит цель снизить глобальную смертность от самоубийств на одну треть к 2030 году. На сегодняшний день существующие национальные стратегии превенции суицидов [39]. Важным сектором является профилактика суицидального поведения с помощью ряда мер на уровне всего населения, различных групп и отдельных людей [1]. Тем не менее, из-за роста случаев суицида во всем мире для более эффективной реализации профилактических целевых стратегий требуется повысить качество эпидемиологического 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 КР.

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. Комплексная оценка эпидемиологических и клинико-социальных аспектов суицидальной активности населения Кыргызской Республики с разработкой необходимых мер профилактики.

Задачи исследования:

1. Провести эпидемиологический анализ суицидальной активности населения с учетом социально-демографической и экономической ситуации.
2. Изучить клинико-социальную структуру лиц, совершивших суицидальные попытки, с определением групп риска.
3. Оценить мотивы и факторы риска совершения суицидов в старшем подростковом возрасте с учетом основных блок-факторов, предупреждающих попытку самоубийства.
4. Разработать комплексную систему мер по профилактике суицидального поведения в Кыргызской Республике.

Научная новизна работы. В результате проведенных научных исследований выявлена тесная корреляционная связь суицидов со смертностью от травм, отравлений и других внешних причин ($r= 0,966$, $p=0.0001$), смертностью от случайного утопления ($r= 0,913$, $p=0.0001$), смертностью от неумышленного отравления ($r= 0,901$, $p=0.0001$).

Корреляционная связь между суицидами и уровнем безработицы $0,932^{**}$, $p=0,001$, при этом связь между суицидами и уровнем бедности составляет всего $0,626^{**}$, $p=0,001$.

Определены группы населения с высоким суицидальным риском. Среди женщин это 15-19 лет, когда было совершено 18,12 % всех суицидов, и следом идет возраст 20-24 года (13,54 % всех суицидов). Суммарно суициды женщин в возрасте с 15 до 25 лет составляют 31,7% всех женских суицидов. Для мужчин критичный возраст это 30-40 лет, когда совершено 24% всех суицидов.

Выявлено, что 20,9% респондентов в прошлом совершали попытку суицида, а в критических ситуациях мысли о суициде возникают у 33,8%, причем в возрасте 13-17 лет - у 49,5% , 18-19 лет - у 44,5%, в 20-45 лет у 22,7%.

Определено депрессивное состояние у 38,8% опрошенных, причем у 12,8% на уровне клинической депрессии, требующей медикаментозного вмешательства.

Доказаны статистически значимые отличия между подростками и взрослыми по степени выраженности таких факторов суицидального риска как демонстративность на уровне $p=0,001$ - 4,22 б.у подростков, 2,31 б. у взрослых , аффективность на уровне $p=0,001$ - 5,24 б. у подростков, 3,8 баллов у взрослых, уникальность на уровне $p=0,001$ - 3,5 баллов у подростков, 2,29 б. у взрослых, антисуицидальный фактор на уровне $p=0,001$ - 2,98 баллов у подростков, 4,6 б. у взрослых.

Практическая значимость полученных результатов. Полученные данные внедряются в ведомственную систему мониторинга и оценки в области суицидального поведения населения Кыргызской Республики. Предложенная методология отличается гибкостью, оперативностью и достоверностью

полученных результатов, которые позволяют решить конкретные поставленные задачи и провести экспресс-оценку положения в зависимости от существующих экономических ресурсов.

Информация важна не только для работников здравоохранения, ученых, но и для членов Правительства, сотрудников сферы социальной защиты, юридических структур, политиков, неправительственных и международных организаций.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. В Кыргызстане сложился неблагоприятный социально-экономический и демографический фон, оказывающий своё влияние на уровень суицидов, особенно среди лиц более молодого возраста, и в то же время наблюдается тенденция занижения официальной статистики. Это подтверждается тесной корреляционной связью суицидов со смертностью от травм, отравлений и других внешних причин ($r= 0,966$, $p=0.0001$), смертностью от случайного утопления ($r= 0,913$, $p=0.0001$), смертностью от неумышленного отравления ($r= 0,901$, $p=0.0001$). Полученные связи говорят о возможном сокрытии суицидов под нечаянным отравлением, утоплением, травмами и рубрикой «иные причины». По показателю «количество пострадавших от травм, отравлений и других воздействий внешних причин» можно косвенно судить о незавершенных суицидах (колеблется от 900 до 1170 чел на 100 тыс. населения), корреляция между показателем суицидов и показателем травм/отравлений на уровне $r= 0,807$, $p=0.0001$. Несмотря на то, что во многих литературных источниках уровень суицидов связывают с уровнем бедности, в Кыргызстане корреляционная связь между этими двумя показателями составляет всего $0,626^{**}$, $p=0,001$, а вот связь между суицидами и уровнем безработицы $0,932^{**}$, $p=0,001$.

2. Для выявления факторов риска суицида и защитных факторов проведена систематизация и анализ зарегистрированных случаев суицидов в разрезе социально-демографических характеристик лиц-суицидентов.

В региональном разрезе наибольший показатель суицидов был зарегистрирован в Чуйской области - 17.22 0/0000 в 2011 году и 11.04 0/0000 в 2023 году (убыль по отношению к 2011 г составила в 2023 г -16.31%) и в Иссык-Кульской области - 21.96 0/0000 в 2011 году и 8.36 0/0000 в 2023 году (убыль по отношению к 2011 г составила в 2023 г -54.08%). Наименьшее количество суицидов было зафиксировано в г. Ош - 1.56 0/0000 в 2011 году и 2.21 0/0000 в 2023 году, и Джалал-Абадской области - 2.3 0/0000 в 2011 году и 1.75 0/0000 в 2023 году.

При анализе 5234 суицидентов за период с 2011 по 2023 год выявлено, что среди женщин самый критичный период это 15-19 лет, когда было совершено 18,12 % всех суицидов, и следом идет возраст 20-24 года (13, 54 % всех суицидов). Суммарно суициды женщин в возрасте с 15 до 25 лет составляют 31,7% всех женских суицидов.

Для мужчин критичный период это 30-40 лет, когда совершено 24% всех суицидов. Гендерное соотношение суицидов составляет 3,5-4 мужских на 1 женский.

3. Анонимное анкетирование 2908 жителей позволило выявить причины и частоту суицидальных попыток у них в прошлом, а так же факторы, играющие роль предикторов.

Выявлено, что 20,9% в прошлом совершали попытку суицида, а в критических ситуациях мысли о суициде возникают у 33,8% респондентов, причем в возрасте 13-17 лет - у 49,5% , 18-19 лет - у 44,5%, в 20-45 лет у 22,7%. Большая доля опрошенных лиц с суицидальным поведением отметила сочетание нескольких факторов, которые могут привести к суициду. 60,6% опрошенных попытку суицида связывают с семейными конфликтами, причем как среди женского пола (61,4%) , так и среди мужского (58,6%). Далее идет чувство безысходности и безнадежности, когда человек не видит выхода из ситуации (55,9 % опрошенных). Более 56 % подростков женского пола и 38 % мужского испытывают непонимание со стороны окружающих их близких людей. Безответная любовь стоит только на 6 месте и составляет 18,2% у

подростков, и 16,5% у взрослых. Эти факторы повышают уровень депрессивной настроенности и, на фоне усугубления аффективного состояния и демонстративности, могут обусловить суицид, особенно при снижении уровня антисуицидального фактора.

Выявлено депрессивное состояние у 38,8% опрошенных, причем у 12,8% на уровне клинической депрессии, требующей медикаментозного вмешательства.

Обнаружены статистически значимые отличия между возрастными группами по степени выраженности таких факторов суицидального риска как демонстративность на уровне $p=0,001$ - 4,22 б. у подростков, 2,31 б. у взрослых, аффективность на уровне $p=0,001$ - 5,24 б. у подростков, 3,8 баллов у взрослых, уникальность на уровне $p=0,001$ - 3,5 баллов у подростков, 2,29 б. у взрослых, антисуицидальный фактор на уровне $p=0,001$ - 2,98 баллов у подростков, 4,6 б. у взрослых.

4. Разработана система мер, которая помогает определить характер и тип профилактических мероприятий на индивидуальном, семейном, социальном и общественном уровне, как для первичной профилактики самоубийств, так и для предупреждения повторных попыток после незавершенного суицида.

Личный вклад соискателя. Автором самостоятельно произведен сбор и анализ статистической информации с 2006 по 2023 годы, проведен социально-эпидемиологический анализ 5231 суицидентов, анкетирование 2908 респондентов с целью изучения частоты 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 232 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, методологии и методов исследования, трех глав собственных исследований, заключения, практических рекомендаций, содержит 57 рисунков и 32 таблицы. Список литературы составляет 208 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 идеацию), 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 [8, 25, 31, 33]. По оценкам ВОЗ, самоубийство является 13-й по значимости причиной смерти в мире. Ежегодно путем самоубийства лишают себя жизни не менее 800 тыс человек [129, 202], тогда как около 16 млн человек совершают суицидальную попытку. Глобальный уровень самоубийств в 2023 году составит 11,4 человека на 100 тыс. человек [203].

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 [172]. 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 [77]. В целом самоубийства составляют 50% всех смертей от насильственных причин среди мужчин и 71% среди женщин [95]. В более богатых 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 [36]. 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) [201].

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 [202]. 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 [90, 180, 182, 183].

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) [90]. 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 [86]. 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 [110]. В Польше количество самоубийств также снижается, однако число случаев самоубийств среди детей и подростков растет [157]. 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 [144]. 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 [103]. 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 [67].

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 [118].

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 [191].

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 [61].

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 [71].

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 [98].

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 [115]. По данным 2023 года показатель самоубийств в Южной Корее находится на уровне 28.6 случаев законченной попытки суицида на 100 тыс. человек [202].

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 [45]. 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 [202].

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) [49, 112]. При этом в республиках Центральной Азии, не менее 70% смертей от самоубийств приходится на людей в возрасте от 15 до 49 лет [202].

В целом, 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» [19] 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» [18] 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 [69]. 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 [102, 120, 204].

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 [79]. 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 [76].

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 [127].

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) [60].

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 [181].

По данным Gunnell D. и соавт. [100] 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 [204]. Напротив, употребление пестицидов и самосожжение являются уникальными ведущими методами самоубийства в Азии. Повешение является ведущим методом самоубийства как на Востоке, так и на Западе [56].

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. Социально-экономические 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 [47]. 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» [14], 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, причем 60% смертей в результате суицида происходит в странах Азии [63]. 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 определенные периоды [101]. Этот тезис получил развитие в исследовании Merton R. опыта социальной структуры как чувства аномии [135]. 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 [114].

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 [174]. 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 [146].

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 [136, 194].

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 [163]. 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 [162]. 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 [64].

Хотя самоубийство редко бывает вызвано одним-единственным фактором, а причины изменений в распространенности самоубийств чрезвычайно сложны, предыдущие исследования показывают, что пандемия может повлиять на уровень самоубийств по-разному. В контексте экономической напряженности, вызванной COVID-19, Inoue K. et al. утверждали, что экономические трудности, такие как снижение темпов роста заработной платы и рост безработицы, могут привести к увеличению уровня суицидального поведения [111], в то время как V. Alpo, и R. Bor утверждали, что они могут увеличиться из-за длительного экономического спада,

происходящего как следствие социального, экономического, трудоустройство и личные проблемы, связанные с COVID-19 [193]. Кроме того, Mamun M.A, Irfan U. подчеркнули, что суицидальное поведение возникает из-за экономического спада, происходящего в ответ на карантинные меры [132].

Одним из признаков того, что теоретически можно избежать увеличения количества самоубийств во время экономического кризиса, являются заметные межнациональные различия в странах, пострадавших от рецессии. Несмотря на масштабную рецессию, в некоторых странах количество самоубийств не изменилось, тогда как в других количество самоубийств росло вместе с ухудшением экономики. Следовательно, все еще существует большой остаток, не объясненный экономическими потрясениями. В связи с чем существующие попытки объяснить увеличение числа самоубийств только экономическими трудностями не всегда оправданы [155].

Высокий уровень суицидов отмечается, в том числе, в экономически благополучных странах, в то время как низкий – и в странах с относительно невысоким уровнем экономического развития. Считается доказанным, что важную роль в определении суицидального риска в странах с высоким уровнем дохода играют социальные факторы, такие как социально-экономическое положение. Социологическая составляющая предполагает целостное рассмотрение микро- и макросоциальных условий, а также культуры в качестве причин самоубийств. Когда вся сеть социальных отношений гармонична, люди свободны от чувств психосоциальной изоляции, одиночества дискриминации или забытости. Такой тип организации оказывает мощный антисуицидальный эффект [2]. Напротив, 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 [5].

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 [70].

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 [164]. Сельская/городская местность формирует внутрорегиональные 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 [169]. 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 [133]. 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 [66, 81].

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 [158].

Международная миграция – это глобальное явление. В последние годы число международных мигрантов продолжало быстро расти. Миграция может принести значительные социально-экономические выгоды как тем, кто мигрировал, так и принимающим их странам. Но одновременно в литературе по общественному здравоохранению сообщается о потенциальных серьезных рисках среди иммигрантов из-за воздействия различных факторов, которые влияют на их психическое здоровье и благополучие [134]. Беженцы

сталкиваются с дополнительными факторами стресса во время вынужденного выезда с родины и по прибытии в принимающую страну, такими как дискриминация, задержание, языковые и культурные барьеры. Выявленные «потери» включают семью и друзей, родину, статус, контакты с обществом, язык, финансовые активы, доход и финансовую безопасность [192]. Хотя известно, что большинство самоубийств происходит в странах с низким и средним уровнем дохода (79%), риски самоубийств и суицидального поведения среди вынужденно перемещенных лиц неизвестны. обзоры самоубийств среди беженцев выявили диапазон самоубийств от 3,4% до 34% зарегистрированных смертей [78]. Мало что известно о группах населения, которые все еще находятся в состоянии перемещения, поскольку сбор своевременных, актуальных и надежных данных является сложной задачей для групп населения, которые очень мобильны.

Forte A. et al. предположили, что некоторые группы мигрантов имеют более высокий риск самоубийства, в то время как другие имеют аналогичный или более низкий риск самоубийства по сравнению с коренным населением. Следовательно, лица, переехавшие из одного города в другой, эмигрировавшие в другую страну или имеющие статус беженца, более подвержены самоубийству [94]. Некоторые авторы также предположили, что риск самоубийства может различаться среди этнических меньшинств [57] и у них могут быть другие и более специфические факторы риска суицидального поведения, чем у населения в целом, такие как аккультуративный стресс. Как предположили Wyatt L.C. и соавт. [205], аккультурация (процесс, посредством которого субъекты приобретают взгляды, ценности, обычаи, убеждения и поведение другой культуры) может играть роль в развитии суицидального кризиса среди мигрантов и этнических меньшинств, помимо классических психосоциальных и психопатологических факторов риска и защиты [53].

В последнее время внимание исследователей привлекает еще один из факторов риска, связанный с условиями жизни – высокий уровень загрязнения окружающей среды, который рассматривается в качестве одной из причин

стойкой тенденции роста распространенности нервных и психических заболеваний, фиксируемой медицинской статистикой среди всех возрастных групп населения [44]. Исследования показали, что твердые частицы и озон, которые являются распространенными загрязнителями атмосферного воздуха с различными характеристиками и реакционной способностью, могут активировать ось гипоталамус-гипофиз-надпочечники и высвободить глюкокортикоидные гормоны (кортизол у людей, кортикостерон у грызунов) в составе нейроэндокринной реакции. Данные гормоны влияют на когнитивные функции и психическое здоровье, а хронический стресс может вызывать глубокие биохимические и структурные изменения в мозге [142, 176, 185]. Проведенное в Нидерландах исследование показало влияние не только непосредственного влияния городской среды (шум, загрязнение атмосферного воздуха) на частоту депрессии и риска самоубийства, но и увеличение возможности развития данных состояний в дальнейшем [104]. Ng C.F. et al. [147] проанализировали данные о смертности от самоубийств в Токио за период 2001–2011 гг. В стратифицированных анализах повышение концентрации NO₂ было связано с увеличением смертности от самоубийств среди людей в возрасте до 30 лет. Kim Y. et al. [122] изучали связь между загрязнителями воздуха и самоубийствами в 10 крупных городах Южной Кореи, Японии и Тайваня. Более высокий риск самоубийства был связан с более высокими уровнями NO₂, SO₂, и твердых частиц в течение нескольких дней. Совокупные относительные риски (OR) составили 1,019 для NO₂, 1,020 для SO₂. Аналогичные данные были получены китайскими исследователями [128]. В тоже время Fernández-Niño J.A. et al. [93] не обнаружили статистически значимой связи между загрязнением воздуха и количеством самоубийств в Колумбии. Выявить зависимость суицидов от длительного влияния «загрязненной» природной среды по индивидуальным показателям отдельных лиц достаточно трудно. Связано это с тем, что общий эффект влияния загрязненной среды на психику населения, длительное время проживающего на экологически неблагоприятной территории, «размывается»

индивидуально-психологическими особенностями отдельных людей и социально-экономическими условиями проживания каждого из них. Кроме того, общий и индивидуальный культурный уровень, особенности культуры или субкультуры влияют на отношение ее представителей к суициду. Это влияние может быть, как сдерживающим, так и провоцирующим [5, 14, 25]. Связь между уровнем образования и самоубийством несколько неоднозначна, хотя некоторые исследования утверждают, что риск самоубийства выше среди менее образованных людей. Одним из объяснений может быть то, что люди с более высоким уровнем образования имеют лучшие стратегии выживания [80]. Однако в большинстве включенных исследований отсутствует поправка на детерминанты, которые могут повлиять на уровень образования, например, поддержку и доступность родителей или гендерные различия с точки зрения образовательных возможностей [121].

Общеизвестно, что уровень самоубийств снижается во время войны, несмотря на неблагоприятную ситуацию. Исторически самое резкое снижение уровня самоубийств произошло во время Второй мировой войны [126]. Террористические атаки и другие массовые катастрофы также были связаны с более низким или стабильным уровнем самоубийств [82]. Наиболее вероятным объяснением этого снижения является большая социальная сплоченность общества во время войны, но свою роль могут также сыграть изменения в экономике во время войны, такие как снижение уровня безработицы. Влияние гражданских войн на уровень самоубийств неясно, поскольку данные в разных отчетах противоречивы. У военнопленных, с которыми обращаются жестко, уровень самоубийств после освобождения выше [195]. Эти данные во многом согласуются с общей социологической формулировкой Дюркгейма, предполагающей, что катастрофы могут иметь на уровне населения конкурирующее воздействие на самоубийства. Экономические и социальные потрясения могут увеличить уровень самоубийств, но эффект «сближения» может смягчить или даже снизить число самоубийств. Военное время и внешние угрозы считаются периодом, когда

степень социальной интеграции возрастает, что приводит к более низкому уровню самоубийств, чем в мирное время [87].

Международные исследования показывают, что у заключенных тюрем более высокий уровень самоубийств, чем у их сверстников в обществе в целом, при этом уровень самоубийств в тюрьмах обычно в три-пять раз выше. Согласно исследованию Carson E. A. в период с 2001 по 2019 год в тюрьмах США произошло 4525 смертей в результате самоубийства, при этом годовой показатель оставался относительно стабильным в 2018 году (311) и 2019 году (312) [75]. По данным Управления национальной статистики (ONS) в тюрьмах Англии с 2008 по 2016 год выявлено 1830 суицидов. Это соответствует примерно 200 смертям в тюрьмах в год, причем большинство смертей приходится на мужчин. Заключенные-мужчины в Англии и Уэльсе имели в 3,7 раза больше шансов умереть от самоубийства, чем мужчины в общей популяции [152]. Правонарушители попадают в пенитенциарную систему с большим количеством факторов риска самоубийства, чем те, которые применимы к членам общества в целом, и после освобождения остаются в группе повышенного риска самоубийства [60].

Взгляды на самоубийства в армии, высказанные ещё Дюркгеймом, всё ещё влияют на наше понимание этого феномена, однако новые тенденции в сфере психического здоровья молодых людей становятся более существенными. Суициды в вооруженных силах (ВС) во многом зависят от престижа армии в обществе и тех стандартов, которые практикуются при призыве или привлечении к службе по контракту [43]. По данным ежегодного наблюдения и исследований самоубийств Министерства обороны США во время конфликтов в Афганистане и Ираке, младшие военнослужащие самого низкого ранга подвергались наибольшему риску самоубийства по сравнению со старшими военнослужащими или офицерами [54]. Наиболее распространенными индивидуальными факторами стресса, выявленными для умерших военнослужащих-самоубийц, были проблемы во взаимоотношениях, административные/юридические проблемы и трудности на рабочем месте.

Стоит отметить, что рост числа самоубийств среди солдат армии и заключенных лиц сопровождается увеличением распространенности психических расстройств среди этих групп населения, что позволяет предположить, что, возможно, попытки самоубийства вторичны по отношению к увеличению уровня психических заболеваний [43].

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 [99, 148]. 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 [149, 156]. 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 [156]. 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 [171].

Нескольких исследованиях 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 [186].

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 [8].

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.

1.3. Клинико-нозологические, социальные и личностные предпосылки суицидального поведения

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 [63].

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 [150]. По оценкам Vachmann S., 400 мужчин на 100 тыс пациентов с депрессией находятся в состоянии аффекта и 180 из 100 тыс пациенток, страдающих депрессией, совершают самоубийство [63]. 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 [166]. 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 [58]. 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 [46]. Коморбидная депрессия и история суицидального поведения являются важными факторами риска суицида у пациентов с шизофренией [175]. 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 [160].

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% [109].

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 [106, 130, 141].

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 [21]. В качестве фактора риска может выступать также и стадия заболевания, а также время и длительность госпитализации [184]. 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.

Индивидуальный анамнез у лиц с тяжелым заболеванием также обуславливает риск суицида. Широкий спектр состояний физического здоровья, таких как ишемическая болезнь сердца, злокачественные новообразования, неврологические заболевания, диабет, инсульт, ВИЧ/СПИД, хроническая обструктивная болезнь легких и остеопороз, связаны с более высоким риском самоубийства [88, 105, 113]. Так, широкое распространение таких смертельных заболеваний, как ВИЧ/СПИД (и отсутствие надлежащих систем здравоохранения) является возможными причинами высокого уровня самоубийств в Африке [122]. Однако существуют различия между исследованиями и отсутствие крупномасштабного анализа на уровне населения, изучающего связь между диагнозом состояний физического здоровья и самоубийством. Кроме того, лишь немногие исследования изучают, как риск самоубийства варьируется в зависимости от времени после постановки диагноза. Так, диагностика тяжелых соматических состояний согласно данным Nafilyan V. и соавт. [143] была связана с повышенным риском самоубийства. Через год после постановки диагноза частота самоубийств составила 21,6 на 100 тыс. онкологических больных с низкой выживаемостью. Для пациентов с ХОБЛ годовой уровень самоубийств составил 22,4 на 100 тыс. пациентов, для ишемической болезни сердца 16,1 на 100 тыс. пациентов, для дегенеративных неврологических состояний 114,5 на 100 тыс. пациентов. Увеличение риска было более выраженным в первые шесть месяцев после постановки диагноза или первого эпизода лечения.

Одним из объяснений повышенного риска самоубийства при хроническом заболевании является то, что получение «нежизнеспособного» диагноза или трудности жизни с хроническим заболеванием вызывают психическое состояние депрессии или безнадежности. Многие хронические заболевания сопровождаются болью, что удваивает риск суицидальных мыслей. Существует известная связь между сном, хроническими заболеваниями и самоубийством [89]. Популяционное исследование,

опубликованное в 2019 году, выявило корреляцию между хронической гипоксией и риском самоубийства, особенно при ХОБЛ и/или курения [165].

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. [202].

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 [179]. 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 [153].

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 [167]. 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 [83]. 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 [177].

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 [73]. Пренебрежение родителями, физическое, сексуальное или эмоциональное насилие в детстве связано с риском самоубийства в течение жизни, что подтверждено результатами многочисленных исследований [55]. Напротив, гармоничные семьи способствуют не только

формированию личности с развитыми защитными механизмами, но и являются мощным антисуицидальным фактором [151].

Теория религиозной приверженности утверждала, что приверженность нескольким ключевым религиозным убеждениям и практикам должна снизить риск самоубийства. Например, вера в блаженную загробную жизнь может служить облегчению человеческих страданий на земле, в том числе страданий от бедности, смерти близких, развода и болезней. Кроме того, обзор более 1000 статей о религии и здоровье показал, что чем выше религиозность, тем ниже психологические факторы риска самоубийства, включая депрессию, безнадежность, алкоголизм и злоупотребление психоактивными веществами, а также тревогу [178]. Депрессия является серьёзной проблемой среди атеистического сообщества, и слишком часто депрессия приводит к самоубийству. Вероятность самоубийств уменьшается, когда чувство индивидуального уступает место чувству совместной принадлежности общему делу, причем как в преодолении негативных событий, так и в позитивном стремлении [84]. Но, хотя сообщается, что религия защищает от самоубийства, эмпирические данные противоречивы: в некоторых исследованиях сообщается, что она защищает [207], другие считают это фактором риска [125], а третьи сообщают, что это не связано с риском самоубийства [62].

Например, 80 из 124 исследований с высоким рейтингом качества с точки зрения методологии исследования, или 65%, обнаружили обратную зависимость между религиозностью и депрессией, причем последняя является частым предиктором самоубийства, а в 29 из 40 исследований, или 73%, сообщалось, что значительные положительные ассоциации между религиозностью и надеждой, причем надежда является широко признанным защитным фактором против самоубийства. Из 94 исследований, изучавших связь между злоупотреблением алкоголем и религиозностью, 87% обнаружили обратную связь. Из 458 количественных исследований по злоупотреблению психоактивными веществами 86% обнаружили обратную связь между религиозностью и риском злоупотребления психоактивными

веществами. Из 58 высококачественных исследований, посвященных тревоге, 53% сообщили об обратной связи между религиозностью и тревогой. Что касается защитных факторов, в 42 из 45 исследований сообщалось о значительной положительной связи между показателем религиозности и показателем смысла жизни. К сожалению, подавляющее большинство исследований по религии и здоровью не рассматривают смертность от самоубийства как переменную результата [178].

Исследование осложняется тем фактом, что религия (принадлежность, участие, доктрина) и самоубийство (идея, попытка, завершение) имеют множество измерений. Различные религиозные принадлежности обеспечивают разную степень защиты. Религиозная принадлежность может связать человека с сообществом, но принадлежность к меньшинству может также вызвать чувство изоляции. В странах или обществах, которые выступают против конкретных религий или религии в целом, религиозные убеждения и обычаи человека с меньшей вероятностью защитят от самоубийства. Если религия заставляет человека чувствовать себя виноватым, далеким от Бога или покинутым религиозным сообществом, это может увеличить риск самоубийства [124].

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 [190]. 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 [187].

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 [14]. Многие зависят от характерологических, психологических особенностей личности, жизнестойкости [69]. Тревожно-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 [107]. Эмоциональные переживания являются одними из основных показателей возможности суицида. Большинство потенциальных самоубийц в результате психологического кризиса оказываются в состоянии депрессии.

Интегративная концепция самоубийств, предложенная в 60-е годы XX века Морисом Фарбером [139], звучит так: частота самоубийств в популяции прямо пропорциональна количеству человек, отличающихся повышенной ранимостью, и масштабу лишений, характерных для этой популяции. Эта концепция пытается вобрать в себя социально-экономические и личностные (психологические) составляющие.

1.4. Суицидальное поведение в старшем 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 [65, 72]. По данным Международного чрезвычайного детского фонда ООН, самоубийство является пятой по значимости причиной смерти среди подростков

в возрасте 10–19 лет во всем мире [188]. 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 [202]. Примечательно, что суицидальное поведение относительно редко встречается в возрасте до 10 лет, но существенно возрастает в раннем подростковом возрасте (в возрасте 10–14 лет) [97].

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 [74].

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 [201]. 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 [32]. 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 [29].

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 [137]. 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 [28]. 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 [154].

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 [15]. 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 [96]. 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 [208]. 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 [123].

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. [68] 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 [170]. Существует множество причин виктимизации издевательствами 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 [168]. 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 издевательствами со стороны сверстников во взаимосвязи между дискриминационным поведением учителей и суицидальными мыслями подростков [116].

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) [50].

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[10]. 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[3]. 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 [197]. 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 [161].

Наступление полового созревания запускает нейроэндокринный каскад, который формирует созревание нервных цепей, лежащих в основе ряда социально-эмоциональных и когнитивных функций, включая регуляцию эмоций и контроль импульсов [131]. Нарушение регуляции эмоций и контроля импульсов в значительной степени способствуют возникновению психических расстройств перед лицом факторов риска окружающей среды (например,

жизненного стресса), которые влияют на траектории нервного развития, приводят к возникновению и переживанию дополнительного психосоциального стресса и, таким образом, могут представлять собой важный путь к развитию суицида. Другие важные аспекты развития, такие как сроки полового созревания и факторы, которые могут управлять атипичными сроками полового созревания (например, воздействие неблагоприятных условий на раннем этапе), также признаны важными, влияющими на развитие психических расстройств, начинающихся в подростковом возрасте [119].

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 [196]. 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 [173].

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 то же время молодежь, живущая в бедных районах, может подвергаться большему риску за счет усиления других факторов риска в неблагополучных районах [85]. 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 [30]. 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 [23]. 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 [159].

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 [13]. 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 [28]. 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 [206]. Некоторые из них также столкнулись с нестабильной домашней обстановкой и подверглись домашнему насилию [117]. 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 [6].

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 [92]. 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 [59].

Интернет-пространство выступает мотивом и инструментом суицида. Подростки имеют свободный доступ к информации, содержащейся на просторах веб-страниц. 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 [42]. 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 [108].

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 в подростковом возрасте 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, такие как размер поселения в регионе и депривация на уровне конкретного человека. 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 подвергают подростков Кыргызстана повышенному риску 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, поскольку политика защиты уязвимых групп населения крайне необходима для предотвращения суицидальности. 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

В основе комплексной оценки эпидемиологии суицидов и проблем профилактики самоубийств в Кыргызской Республике лежит системный подход, согласно которому социально-экономический и эпидемиологический мониторинг – это две параллельно функционирующие и взаимно дополняющие друг друга самостоятельные информационно-аналитические системы, общей целью которой является разработка эффективных управленческих решений в борьбе с суицидальным поведением населения.

Материалы и объем исследования:

- статистические показатели с 2006 по 2023 год. Были проанализированы данные Министерства внутренних дел КР, Министерства здравоохранения КР и медицинских информационных ресурсов за период 2011-2023 гг. по статистике суицидов на территории КР. Также были изучены данные медицинской статистической отчетности: «Кыргызстан в цифрах», «Статистический ежегодник КР 2010-2014, 2015-2019», Таблицы «Ресурсы-Использование» КР за 2011-2019 гг. (ТРИ), «Демографический ежегодник КР 2010-2014, 2015-2019», «Уровень жизни населения КР 2010-2014, 2015-2019», «Женщины и мужчины КР», «Окружающая среда в КР 2010-2014, 2015-2019», «Здоровье населения и здравоохранение в КР 2010-2014, 2015-2019», «Молодёжь КР»

- информация по 5231 лицам, совершившим суицид в Кыргызской Республике в период с 2011 по 2023 г (данные сформированы специальными запросами в ведомства и обработкой первичной документации).

- анкетирование 2908 граждан Кыргызской Республики в возрасте 13-45 лет, в том числе взрослое население в возрасте от 20 до 45 лет включительно

(n=1602 чел), 18-19 летние (n=569 чел) и подростки от 13 до 17 лет (737 человек), (опросник суицидального риска в модификации Т. Н. Разуваевой, шкала депрессии Бека, авторская анкета).

Объект исследования: люди, совершившие завершённый или незавершённый суицид.

Предмет исследования: суицид завершённый, суицидальная попытка, относительная распространённость, динамика распространения, способы суицида, возрастное распределение, территориальное распределение, мотивы суицида, факторы риска суицида, личностные особенности.

В основе комплексной оценки эпидемиологии суицидов и проблем профилактики самоубийств в Кыргызской Республике (КР) лежит системный подход, согласно которому социально-экономический и эпидемиологический мониторинг – это две параллельно функционирующие и взаимно дополняющие друг друга самостоятельные информационно-аналитические подсистемы единой системы государственного мониторинга, общей целью которой является разработка эффективных управленческих решений в борьбе с суицидальным поведением населения.

Наиболее оптимальной исследовательской методикой для комплексной оценки самоубийств является триангуляция. Это исследовательская методика, которая заключается в использовании сочетании нескольких методов сбора количественных и качественных данных для оценки характера и масштабов определенных проблем в области здравоохранения и социологии, и способности принимать соответствующие меры по решению этих проблем. 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, «экспертная оценка», анкетирование лиц с целью выявления риска суицидального поведения, интегрированный эпидемиологический анализ в популяции лиц подросткового возраста и др.), каждое из которых является логическим дополнением и продолжением предыдущего, что отразилось на структуре диссертации.

Использованная методология триангуляции в оценке ситуации в области суицидального поведения предполагает три основных направления в анализе:

- контекстуальный анализ (общая ситуация распространения и факторы);
- анализ факторов риска (характер, масштабы, модели, тенденции, социально-демографическая картина, и др.);
- анализ проблем (как связанных с самоубийствами, так и ресурсов, политик и мер для их решения).

Данные направления основаны на трех основных информационных источниках:

- данные государственной статистической отчетности;
- данные опроса лиц, имеющими в анамнезе незавершенный суицид, для выявления уровня сформированности суицидальных намерений среди населения Республики Кыргызстан;
- данные опроса лиц 13-18 летнего возраста, как целевой группы риска.

Работа выполнена на основании анализа следующего материала:

1. Данные Министерства внутренних дел КР, Министерства Здравоохранения КР и медицинских информационных ресурсов за период 2011-2023 гг. по статистике суицидов на территории КР.

2. Данные медицинской статистической отчетности: «Кыргызстан в цифрах», «Статистический ежегодник КР 2010-2014», «Статистический ежегодник КР 2015-2019», Таблицы «Ресурсы-Использование» КР за 2011-2019 гг. (ТРИ), «Демографический ежегодник КР 2010-2014», «Демографический ежегодник КР 2015-2019», «Уровень жизни населения КР 2010-2014», «Уровень жизни населения КР 2015-2019», «Женщины и

мужчины КР», «Окружающая среда в КР 2010-2014», «Окружающая среда в Кыргызской Республике 2015-2019», «Здоровье населения и здравоохранение в КР 2010-2014», «Здоровье населения и здравоохранение в КР 2015-2019», «Молодёжь КР»,

3. Социально-демографическая и клинико-нозологическая характеристика пациентов, находившихся на стационарном лечении в, предпринявших попытку суицида в количестве 3500 человек в возрасте от 13 до 65 лет.

4. Анкеты 2908 респондентов в возрасте 13-45 лет.

Критерии включения в группу для анкетирования:

1) рождение и постоянное проживание на территории Республики Кыргызстан;

2) отсутствие сведений о наличии органических поражений головного мозга;

3) информированное согласие пациента (родителей, представителя) на участие в научном исследовании.

Критерии исключения из исследования:

1) наличие сопутствующих тяжелых соматических заболеваний в стадии декомпенсации;

2) наличие острых инфекционных заболеваний;

3) отказ от участия в научном исследовании.

Анкетирование респондентов проводилось по двум анкетам, которые были соединены в единый блок для удобства анкетлируемых.

Первая часть анкетирования представляла собой авторскую анкету, отражающую основную информацию о респонденте: пол, возраст, регион проживания и место жительства – город или село. Также в анкету были включены вопросы о наличии мыслей о самоубийстве, имеющих в анамнезе попыток самоубийства и приводящие к ним, по мнению респондента, причины.

Вторая часть анкетирования включала Опросник ОСР. Автор: А.Г. Шмелев (1992) в модификации Т. Н. Разуваевой (1993).

Опросник предназначен для диагностики суицидального риска, выявления уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения попыток самоубийства. При обработке результатов по каждому субшкальному диагностическому концепту подсчитывалась сумма положительных ответов, полученный балл уравнивался в значениях с учетом индекса. В результате делался вывод об уровне сформированности суицидальных намерений и конкретных факторах суицидального риска.

Третья часть анкетирования – Шкала депрессии Бека.

Этот опросник состоит из 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Нами был использован вариант, состоящий из 13 утверждений (модификация для подростков старшего возраста). 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.

В анкетирование приняли участие жители г. Бишкек, г. Ош, Баткенской, Джалал-Абадской, Иссык-Кульской, Нарынской, Ошской, Таласской, Чуйской областей.

2.2. Методы исследования

Поставленные в работе цели и задачи определили использование следующих методов исследования:

1. Эпидемиологический метод. Изучены данные Нацстаткома КР, Министерства внутренних дел КР, Министерства Здравоохранения КР и медицинских информационных ресурсов. На основании данных отчетных форм проведен эпидемиологический анализ завершенных суицидов в многолетней динамике, а также вовлечение в эпидемический процесс лиц по полу, возрасту,

месту жительства. Оценка многолетних тенденций осуществлялась с помощью статистического анализа прироста или снижения. Оценивали долевое соотношение, интенсивный коэффициент распространения процесса на 1 тыс. населения в промилле (0/00), и на 100 тыс. населения (0/0000), показатели частоты случаев по возрастным и половым группам, прирост/убыль показателя за многолетний период, показатели прямолинейной тенденции.

2. Метод анкетирования – ретроспективное кроссекционное исследование.

Анкетирование респондентов проводилось по трем анкетам, которые были соединены в единый блок для удобства анketируемых.

Первая часть анкетирования представляла собой авторскую анкету, отражающую основную информацию о респонденте: пол, возраст, регион проживания и место жительства – город или село. Также в анкету были включены вопросы о наличии мыслей о самоубийстве, имеющих в анамнезе попыток самоубийства и приводящие к ним, по мнению респондента, причины.

Вторая часть анкетирования включала опросник суицидального риска А.Г. Шмелева (1992) в модификации Т. Н. Разуваевой (1993).

Опросник предназначен для диагностики суицидального риска, выявления уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения попыток самоубийства. При обработке результатов по каждому субшкальному диагностическому концепту подсчитывалась сумма положительных ответов, полученный балл уравнивался в значениях с учетом индекса. В результате делался вывод об уровне сформированности суицидальных намерений и конкретных факторах суицидального риска.

Третья часть анкетирования – Шкала депрессии Бека.

Этот опросник состоит из 21 категорий симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Нами был использован вариант, состоящий из 13 утверждений (модификация для подростков старшего возраста). 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.

Критерии включения в группу для анкетирования:

- 1) рождение и проживание на территории Кыргызской Республики;
- 2) отсутствие сведений об органических поражениях головного мозга;
- 3) информированное согласие пациента (родителей, представителя) на участие в научном исследовании.

Критерии исключения из исследования:

- 1) наличие сопутствующих тяжелых соматических заболеваний в стадии декомпенсации;
- 2) наличие острых инфекционных заболеваний;
- 3) отказ от участия в научном исследовании.

В анкетирование приняли участие жители Баткенской, Джалал-Абадской, Иссык-Кульской, Нарынской, Ошской, Таласской, Чуйской областей Кыргызской Республики.

Статистические методы. На каждом этапе исследования проводили статистическую обработку анализируемых данных с использованием системы электронных таблиц Microsoft Excel и с применением статистических программ SPSS Statistics.

Оценка многолетних тенденций осуществлялась с помощью статистического анализа прироста или снижения. Оценивали долевое соотношение, интенсивный коэффициент распространения процесса на 1 тыс. населения в промилле (0/00), на 100 тыс. населения (0/0000), показатели частоты заболеваний по возрастным и половым группам, прирост/убыль показателя за многолетний период, показатели прямолинейной тенденции.

Достоверность между средними значениями устанавливалась с помощью однофакторного дисперсного анализа F-критерия Фишера и t-критерия Стьюдента для относительных величин. Взаимосвязь статистических данных различных институциональных служб с целью

выявления связи между отдельными явлениями оценивали методом корреляционно-регрессионного анализа.

Таким образом, на первом этапе изучались общие вопросы научно-теоретического характера о влиянии различных факторов на динамику суицидального поведения. Анализировалось воздействие социально-экономической ситуации, уровня доходов, возникновение суицидов на фоне психиатрической патологии, а также личностно-психологические особенности подросткового возраста как предпосылки суицидального поведения. На втором этапе разрабатывалась методология настоящего диссертационного исследования: определялась цель, задачи исследования, подбирались адекватные для решения поставленных задач методы исследования, определялись базы обследования. На третьем этапе были выполнены статистическая обработка аналитических данных, опрос респондентов. На четвертом этапе обобщен и закончен анализ полученных результатов опроса, сформулированы выводы.

Дизайн исследования представлен на схеме 1.

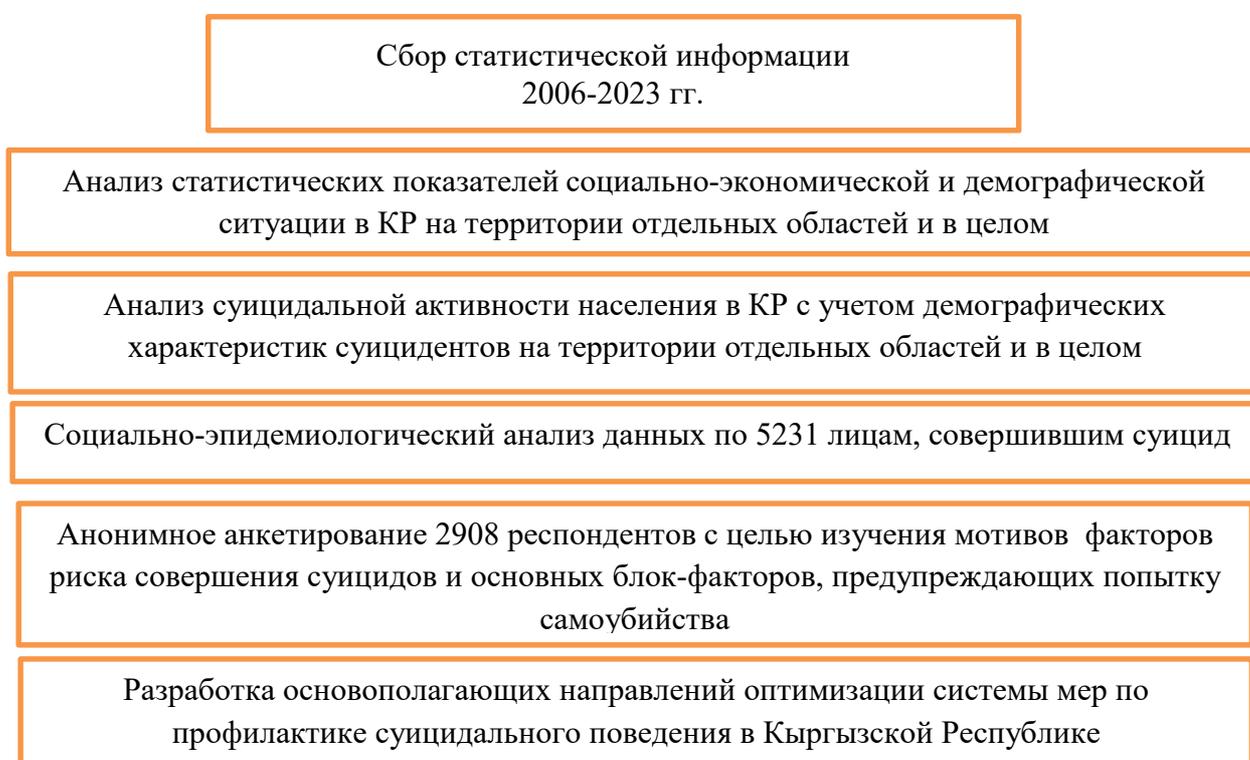


Схема 1. Дизайн исследования

ГЛАВА 3

РАСПРОСТРАНЕНИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КР

3.1. Характеристика социально-экономической, демографической ситуации в Кыргызской Республике в разрезе областей

Суицидальные попытки могут быть обусловлены сложным комплексом внешних причин. Для объективной оценки связи между суицидами и внешними факторами были проанализированы некоторые наиболее значимые социально-экономические и демографические показатели Кыргызской Республики с их динамическими вариациями в рамках рассматриваемого временного периода.

Кыргызстан, официально Кыргызская Республика, является страной, не имеющей выхода к морю, расположенной в Центральной Азии. Кыргызстан граничит с Узбекистаном, Таджикистаном, Казахстаном и Китаем, разделен горными хребтами на две части – юг и север. Эти регионы, обособленные друг от друга, соединены лишь высокогорной автомагистралью Бишкек – Ош.

Численность постоянного населения (постоянных жителей) КР на начало 2024 г. составила 7 037 590 человек¹. Из них 3 480 298 лиц (49,45%) мужского и 3 557 292 (50,54%) женского пола. Большая часть населения Кыргызстана проживает в сельской местности, и только 34,9% людей проживают в мегаполисах или прилегающих к ним городах.

Динамическая вариация численности постоянного населения КР за анализируемый период (2011-2023 гг.) представлена на рисунке 3.1.1.

Так, отмечен динамический рост постоянного населения КР с 2 773 902 человек в 2011 г. до 7 037 590 человек в 2023 г. Соотношение мужского и женского населения на всем протяжении анализируемого периода было на относительно равном долевым уровне.

¹ <https://www.stat.kg/ru/>

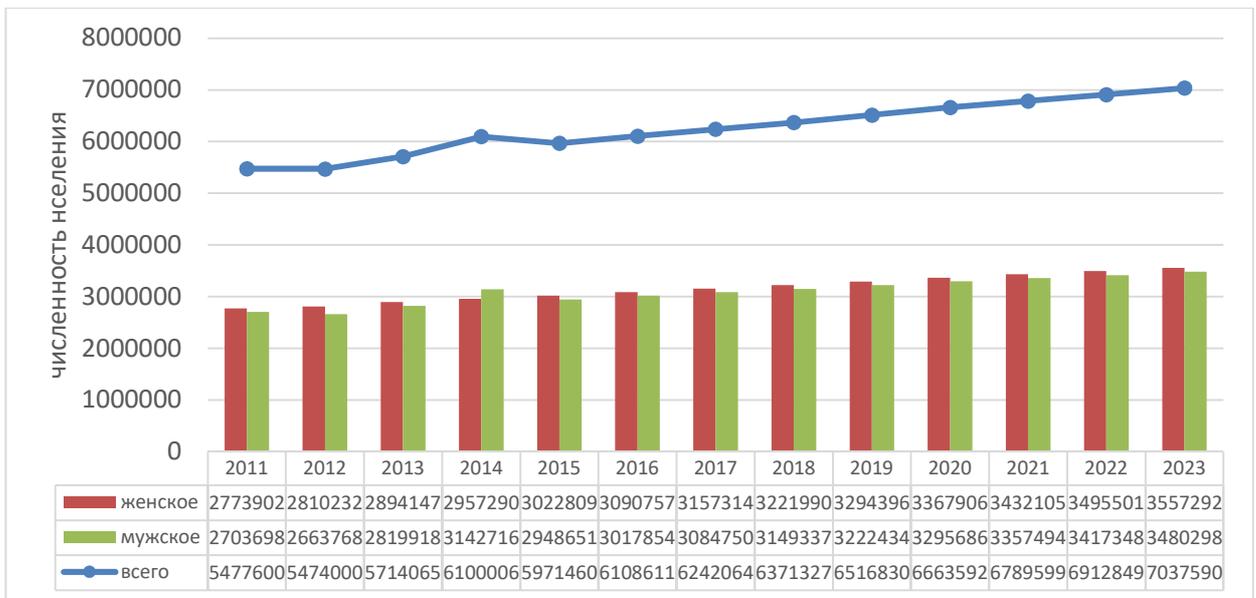


Рисунок 3.1.1 - Динамика численности постоянного населения КР за 2011-2023 гг.

Демографические процессы, происходящие в последние годы в Кыргызской Республике, характеризуются высокими темпами прироста численности населения. На изменение численности населения оказывают влияние естественный прирост населения, формирующийся под влиянием изменений рождаемости и смертности населения (рис. 3.1.2 и 3.1.3).

Показатель естественного прироста населения на начало 2024 г. составил 16.27‰, что на 4.08‰ меньше, чем в 2011 г. (рис. 4).

Отмечается как снижение рождаемости, так и смертности населения в динамике. Важной характеристикой населения республики является соотношение возрастных групп моложе трудоспособного, трудоспособного и старше трудоспособного возрастов (рис. 3.1.4).

Население КР согласно возрастным группам разделено на: детей в возрасте до 6 лет – 652 353 человека (10%), подростков (школьников) в возрасте от 7 до 17 лет – 769 776 человек (11.8%), молодежи от 18 до 29 лет – 782 823 человека (12%), взрослых в возрасте от 30 до 60 лет – 2 805 117 человек (43%), пожилых людей от 60 лет – 1 422 129 человек (21.8%), а долгожителей Кыргызстана старше 80 лет – 91 329 человек (1.4%).

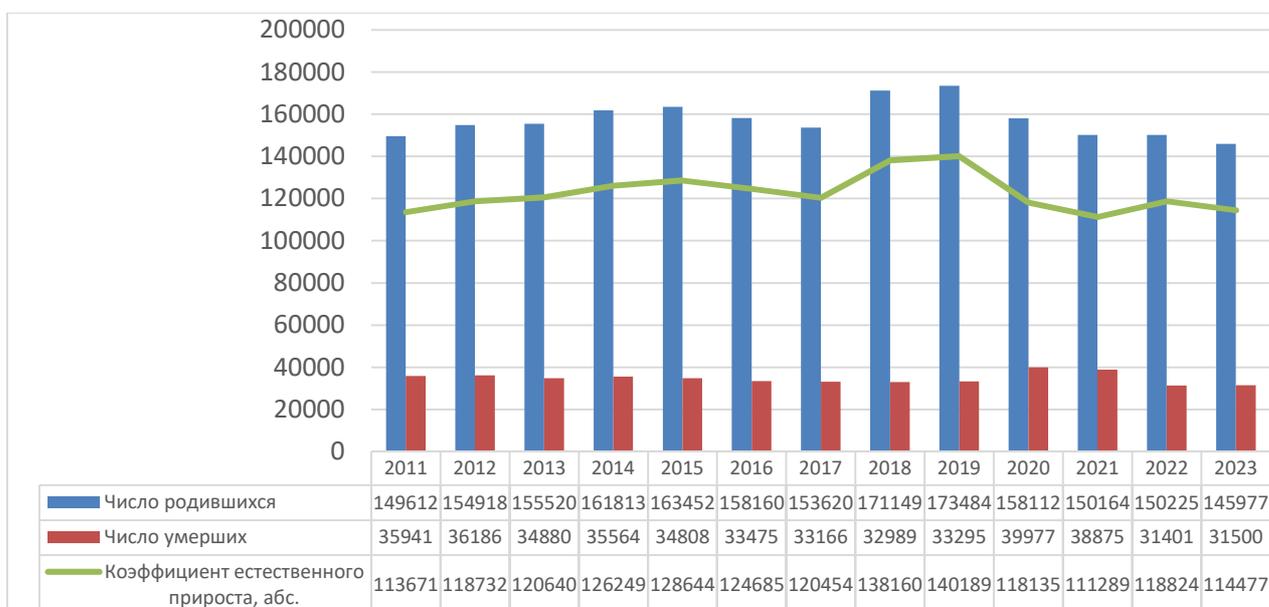


Рисунок 3.1.2 - Динамика и прирост численности постоянного населения КР за 2011-2023 гг., абс.

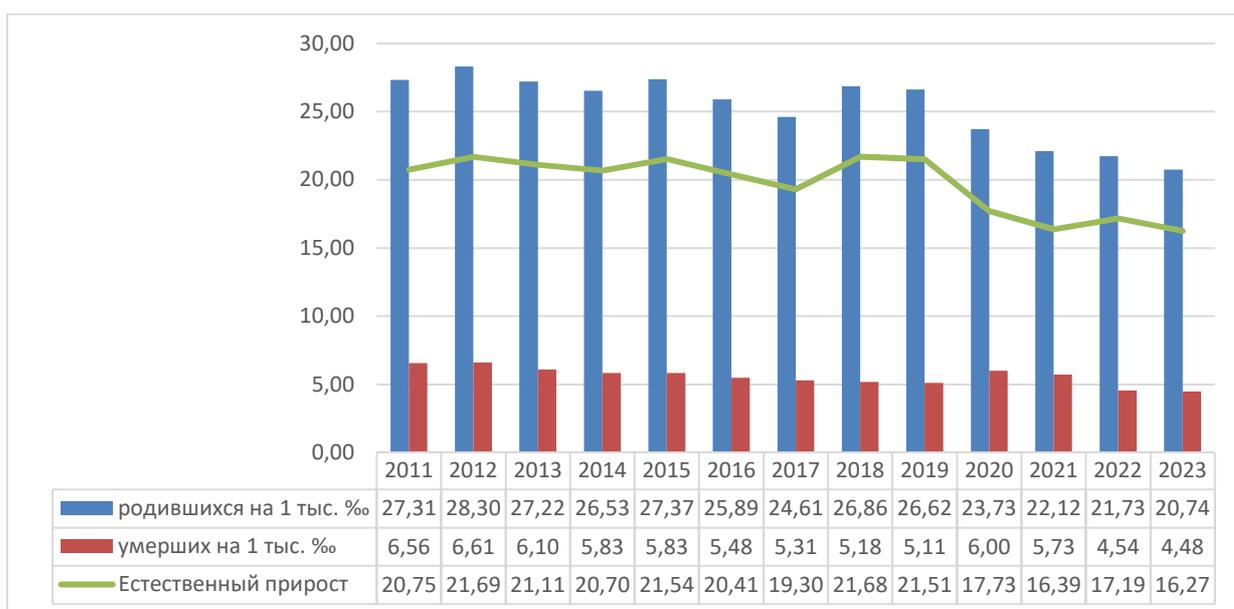


Рисунок 3.1.3 - Динамика и прирост численности постоянного населения КР за 2011-2023 гг., ‰.

Немаловажным фактором суицидального поведения среди населения страны является статус безработного, уровень образования, миграционный отток/прирост.

Так, в зависимости от уровня образования среди жителей КР высшее образование по состоянию на начало 2024 года имели 22.8% (1 487 365 человек), незаконченное высшее – 2.8% (182 659 человек), среднее

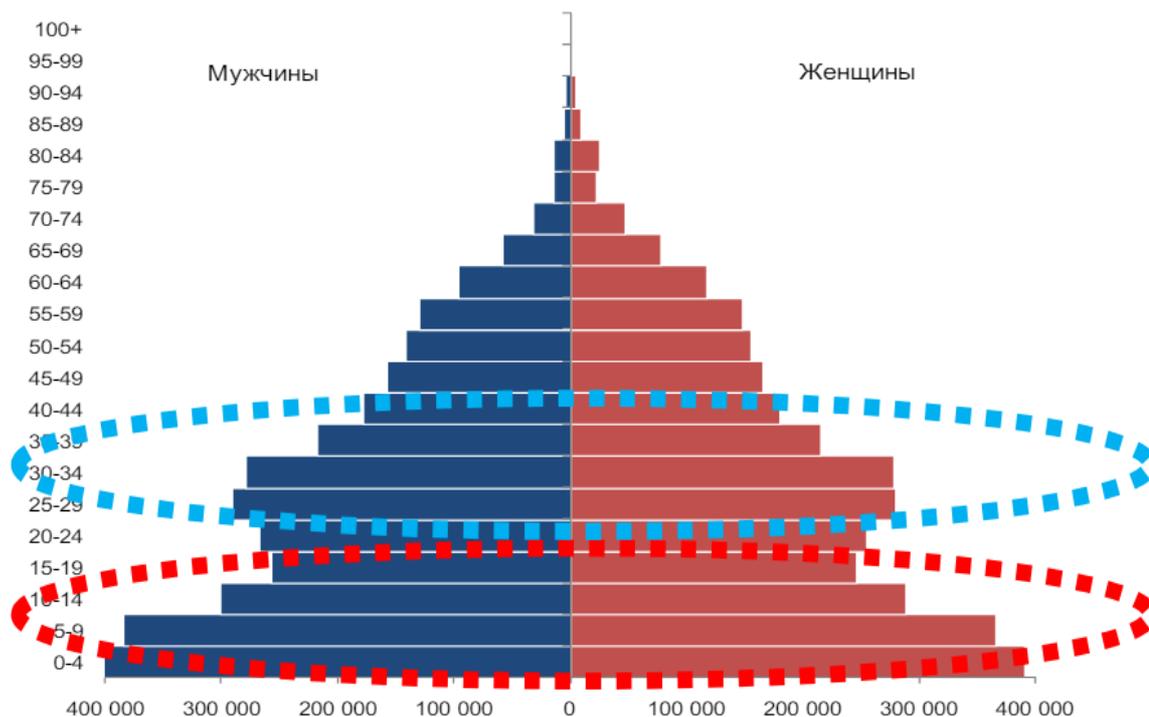


Рисунок 3.1.4 - Половозрастная структура населения КР (на январь 2024 г.)

профессиональное – 35.8% (2 335 423 человека), 11 классов – 15.8% (1 030 718 человек), 9 классов – 8.8% (574 071 человек), 5 классов – 8.1% (528 406 человек), не имеют образования (неграмотные) – 0.5% (32 618 человек)

Всего количество официально занятого населения Кыргызстана составляет 4 364 241 человек (66.9%), пенсионеров 1 761 353 человека (27%), а официально оформленных и состоящий на учете безработных 202 229 человек (2,5%).

Общее количество безработных по состоянию на 2023 г. было на уровне 112,2 тысяч человек, что составило 4,1% (рис. 3.1.5 и 3.1.6).

Можно отметить снижение уровня безработицы в 2023 г. в сравнении с 2011 г. в более чем 2 раза при одновременном превышении показателя уровня безработицы по отношению к уровню зарегистрированной безработицы 1 к 1,64. Наиболее критическими в отношении безработицы являются 2018-2023 гг. Коэффициент безработного населения на начало 2024 г. составил 9.61%.

Миграционный прирост, отток по внешней миграции среди населения КР за 2011-2023 гг. представлен на рисунке 3.1.6. Выявлено значительное снижение миграции на протяжении последних лет и миграционное сальдо

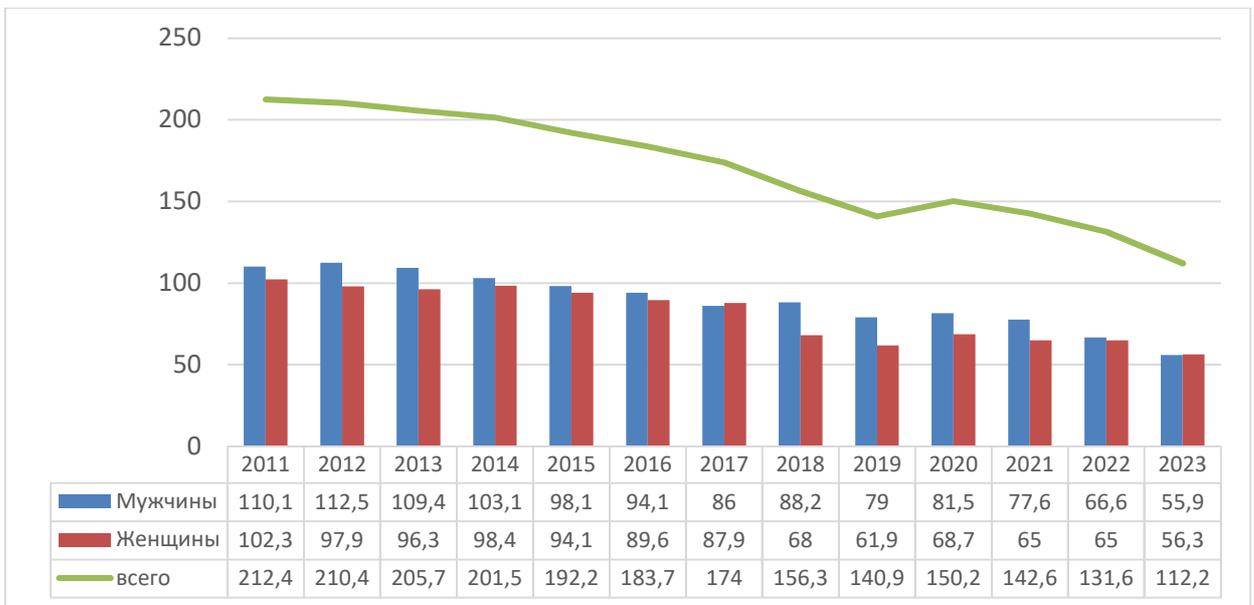


Рисунок 3.1.5 - Количество безработных среди населения КР за 2013-2023 гг. в разрезе пола, тыс. нас.

Среди безработных на всем протяжении исследования преобладает мужское население.

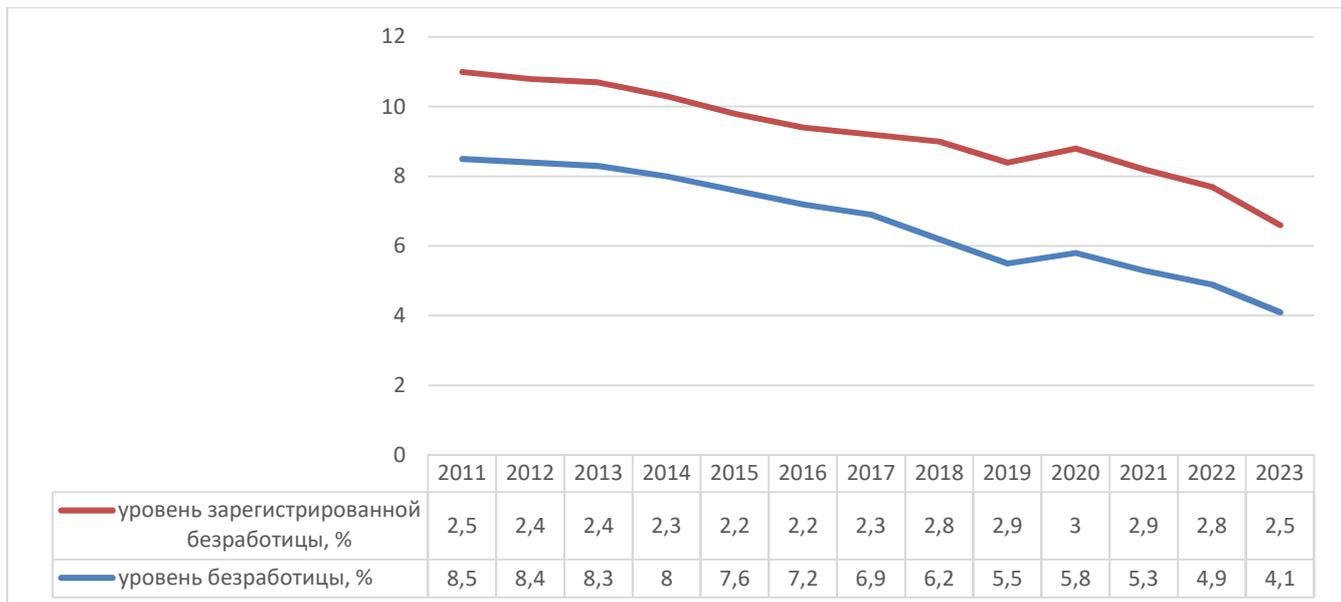


Рисунок 3.1.6 - Уровень фактической и зарегистрированной безработицы среди населения КР за 2013-2023 гг., %

внешней миграции составило на начало 2024 года 1,4‰, что говорит о преобладании прибывших в страну над выбывшими (в 2011 году этот показатель был на уровне -7,19‰ с преобладанием выбывших из страны).

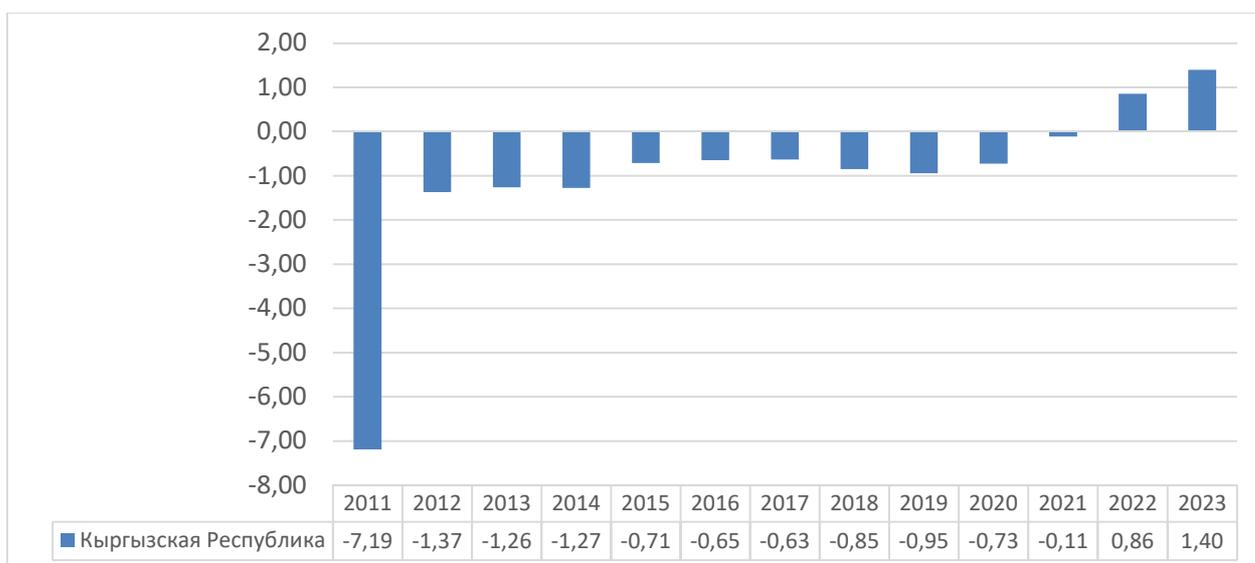


Рисунок 3.1.7 - Миграционный прирост, отток по внешней миграции среди населения КР за 2011-2023 гг. на 1 тыс. населения, ‰

Тем не менее, КР остается страной происхождения мигрантов, в большей степени трудовых. Ввиду сохраняющегося высокого уровня безработицы и низкого уровня заработной платы основным «выталкивающим» мотивом эмиграции граждан КР остается экономический. В разрезе населенных пунктов КР наиболее высокий показатель миграционного сальдо (приток) по состоянию на 2023 г. отмечен на территории Баткенской области с увеличением показателя миграции населения с $-5,08\text{‰}$ до $2,07\text{‰}$ (таблица 3.1.1).

Во всех анализируемых населенных пунктах КР за 2023 г. отмечен прирост притока населения и убыль оттока мигрантов.

Одним из критериев, позволяющих объективно оценить экономическую ситуацию в стране, является уровень бедности населения (рисунок 3.1.8).

Уровень бедности за анализируемый период был на самом высоком уровне в 2012 г., когда за чертой бедности находилось 393.4‰ населения Республики. При этом наблюдается снижение показателя бедности до 201.45‰ в 2019 г. и его рост в последующем периоде наблюдения.

В разрезе населенных пунктов КР наиболее высокий показатель уровня бедности по состоянию на 2023 г. был отмечен на территории Баткенской и Нарынской областей, где составил 491.8‰ и 385.5‰ соответственно (таблица 3.1.2.).



Рисунок 3.1.8 - Численность населения КР за 2011-2023 гг., находящееся за чертой бедности на 1 тыс. населения, ‰

Неблагоприятные социально-экономические условия жизни могут сопровождаться ростом заболеваемости и проявляться увеличением числа лиц с ВИЧ/СПИД, туберкулезом, алкогольной и/или наркотической зависимостью, психическими расстройствами, онкологическими заболеваниями.

Так, за анализируемый период на территории КР отмечен рост числа новых случаев выявления ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом (рисунок 3.1.9).

Если в 2011 году было зарегистрировано 414 (0,108‰) новых случаев заболеваемости ВИЧ/СПИД, то на конец 2023 года этот показатель был на уровне 751 (0,107‰) случаев.

На всем протяжении анализируемого временного периода среди ВИЧ/СПИД зараженных отмечено преобладание мужского населения с наиболее частым половым путем передачи инфекции как в мужской, так и женской когорте. В разрезе населенных пунктов КР наиболее высокий показатель новых случаев заболеваемости ВИЧ/СПИД по состоянию на 2023 г. был отмечен на территории г. Бишкека и г. Ош, где составил 311 (271.6‰) и 48 (132.8‰) новых случаев соответственно (таблица 3.1.3).

Таблица 3.1.1.1 - Миграционное сальдо на территории КР за 2013-2023 гг. в разрезе областей на 1 тыс. населения, ‰

Область	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Баткенская область	-5,08	-0,17	-0,44	-0,75	-0,24	-0,14	-0,14	-0,44	-0,60	-0,14	1,17	1,72	2,07
Джалал-Абадская область	-4,76	-0,27	-0,52	-0,63	-0,22	-0,20	-0,27	-0,38	-0,50	-0,40	0,94	1,53	1,88
Иссык-Кульская область	-5,55	-1,35	-1,23	-1,25	-0,72	-0,55	-0,45	-0,67	-0,76	-0,50	-0,54	0,14	0,38
Нарынская область	-1,68	-0,29	-0,24	-0,17	-0,10	-0,11	-0,12	-0,10	-0,15	-0,10	0,14	0,20	0,23
Ошская область	-7,00	-0,58	-0,59	-0,50	-0,30	-0,25	-0,33	-0,55	-0,59	-0,83	1,08	1,55	1,71
Таласская область	-4,73	-1,29	-1,42	-1,19	-0,87	-0,64	-0,54	-0,43	-0,44	-0,45	-0,36	0,26	0,14
Чуйская область	-11,20	-3,63	-3,07	-3,00	-1,60	-1,35	-1,26	-1,37	-1,57	-1,25	-2,28	-0,26	0,89
г.Бишкек	-8,58	-2,89	-2,36	-2,48	-1,46	-1,55	-1,44	-2,00	-2,02	-1,18	-1,57	0,26	1,56
г.Ош	-13,88	0,13	-0,42	-1,41	-0,60	-0,83	-0,61	-0,84	-1,23	-0,99	0,42	1,53	1,79

Таблица 3.1.2 - Уровень бедности на территории КР за 2011-2023 гг. в разрезе областей на 1 тыс. населения, ‰

Показатель	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Баткенская область	359,5	350,0	551,2	416,7	421,7	378,7	413,3	345,3	333,6	353,7	414,5	494,8	491,8
Джалал-Абадская область	456,7	568,4	473,8	474,2	460,6	328,7	332,5	328,6	274,9	378,9	439,6	479,7	367,4
Иссык-Кульская область	296,4	284,8	399,2	263,2	292,8	251,0	244,8	218,3	247,6	282,0	384,3	315,1	311,9
Нарынская область	501,8	404,1	437,7	309,3	384,4	382,7	295,2	309,5	284,0	371,4	394,5	423,0	385,5
Ошская область	550,5	642,5	444,0	324,9	296,8	225,1	145,6	150,9	143,0	191,4	241,5	202,9	208,1
Таласская область	505,4	402,8	234,3	193,5	218,4	183,9	209,9	224,6	134,9	126,2	236,9	241,5	235,0
Чуйская область	287,6	168,9	240,5	220,0	253,0	309,1	340,5	159,0	194,8	257,9	273,0	264,8	270,6
г.Бишкек	185,7	218,9	208,5	179,8	240,7	100,0	161,6	158,2	122,3	171,5	365,9	366,8	329,7
г.Ош	0,0	0,0	416,1	340,6	390,5	256,6	343,1	367,8	215,6	151,8	296,0	274,1	140,8

Таблица 3.1.3 - Показатель новых случаев заболеваемости ВИЧ/СПИД на территории КР за 2011-2023 гг. в разрезе областей на 1 тыс. населения, ‰

Показатель	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Баткенская область	22,48	37,87	45,76	63,87	49,93	34,51	51,64	36,99	24,76	40,95	32,83	44,68	38,54
Джалал-Абадская область	55,48	85,36	46,44	74,60	83,75	63,67	103,5	62,15	51,05	38,75	84,88	88,48	67,89
Иссык-Кульская область	51,53	33,48	22,06	65,43	66,82	82,96	85,99	57,97	73,50	40,31	107,5	97,41	111,4
Нарынская область	94,84	45,30	41,04	84,78	69,22	90,06	124,5	21,14	55,75	27,62	65,05	120,7	61,61
Ошская область	100,0	161,1	62,22	78,34	78,96	79,38	81,55	69,25	55,89	32,16	48,86	84,29	68,47
Таласская область	42,81	68,00	45,93	53,41	48,54	51,73	58,78	57,92	37,95	37,40	47,97	73,99	47,53
Чуйская область	243,0	232,1	183,6	228,4	181,5	290,7	306,0	235,4	214,6	142,7	131,2	132,7	83,28
г. Бишкек	121,0	84,63	106,1	99,38	115,2	133,5	131,5	314,3	312,5	286,5	321,2	389,6	271,6
г. Ош	226,7	242,3	188,1	203,6	147,9	196,0	152,5	166,2	156,9	140,8	136,5	179,6	132,8

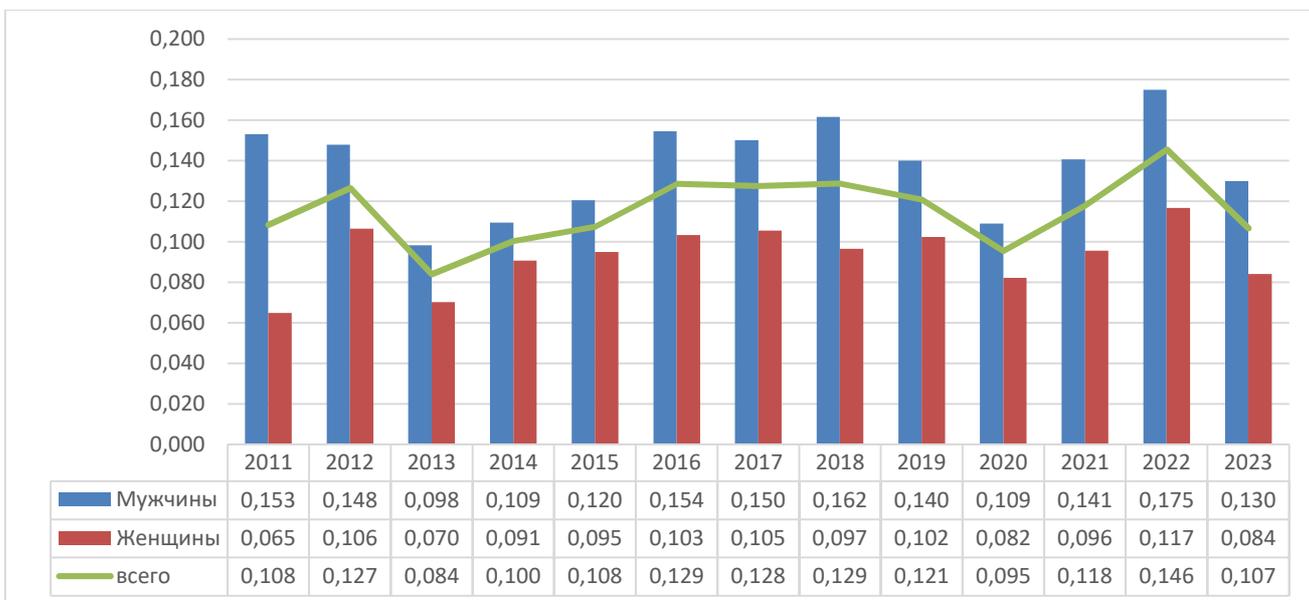


Рисунок 3.1.9 - Число новых случаев выявления ВИЧ-инфицированных и больные СПИДом Кыргызской Республике за 2011-2023 гг. в разрезе пола

Был зарегистрирован динамический спад впервые выявленного алкоголизма и алкогольных психозов, а также новых случаев наркомании/токсикомании среди населения КР как в абсолютных показателях, так и в коэффициентном соотношении на 1 тыс. населения алкоголизма и алкогольных психозов с 7.51 ‰ в 2011 г. до 4.59 ‰ в 2022 г., новых случаев наркомании/токсикомании с 2.02 ‰ в 2011 г. до 1.13 ‰ в 2022 г. (рис. 3.1.10). Данные по анализируемым параметрам за 2023 г. в доступной официальной отчетности отсутствуют.

На всем протяжении анализируемого временного периода случаи алкоголизма и алкогольных психозов, а также наркомании/токсикомании в большей степени регистрировались среди мужского населения.

Наиболее высокий уровень алкоголизма и алкогольных психозов на территории КР за анализируемый период был характерен для населения Чуйской обл. с динамическим снижением показателя с 8408,45‰ в 2011 году до 5510,67‰ в 2022 году, а также г. Бишкек с динамическим снижением показателя с 24667,28‰ в 2011 году до 14560,96‰ в 2022 году (таблица 3.1.4).



Рисунок 3.1.10 - Коэффициент случаев алкоголизма и алкогольных психозов, а также случаев наркомании/токсикомании на территории КР за 2011-2023 гг., на 1 тыс. населения ‰

Наиболее высокий показатель случаев наркомании/токсикомании был выявлен на территории Чуйской области с динамическим снижением показателя анализируемых наркологических расстройств на территории области с 3646,02‰ в 2011 году до 2417,26‰ в 2022 году, а также на территории г. Бишкек и г. Ош с динамическим снижением показателя с 5681,01‰ в 2011 году до 2883,82‰ в 2022 году в первом случае и с динамическим снижением показателя с 6032,06‰ в 2011 году до 2116,37‰ в 2022 году во втором случае соответственно (таблица 3.1.5).

Отмечено снижение выявленных случаев психических расстройств и расстройств поведения среди населения КР с показателями наиболее резкого снижения в 2011 г., 2016 г. и 2020 г. За весь анализируемый период отмечен стабильно высокий показатель выявленных случаев психических расстройств и расстройств поведения (рисунки 3.1.11 и 3.1.12).

Семейное положение и внутрисемейные отношения могут оказывать прямое влияние на формирование суицидального поведения. Согласно статистическим данным за анализируемый период, количество брачных союзов в соотношении населения КР по состоянию на 2023 г. составило

Таблица 3.1.4 - Уровень впервые выявленных случаев алкоголизма и алкогольных психозов на территории КР за 2011-2023 гг. в разрезе областей на 1 тыс. населения, ‰

Показатель	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Баткенская область	1575,63	1757,63	1808,67	1903,34	1901,39	1910,27	1928,50	1863,32	1833,94	1662,01	1528,64	1428,06
Джалал-Абадская область	2425,87	2423,41	2309,84	2207,97	2159,66	2078,50	1986,82	1918,36	1814,89	1719,41	1588,93	1386,99
Иссык-Кульская область	3354,25	3254,46	3215,70	2957,47	2849,75	2729,21	2596,48	2563,15	2539,81	2497,48	2480,57	1845,26
Нарынская область	3072,84	3303,13	3447,76	3409,51	3373,41	3350,14	3295,37	3153,63	3121,95	2962,71	2961,31	2104,40
Ошская область	2875,45	3016,47	3124,79	3198,60	3234,29	3243,63	3318,83	3394,72	3425,74	3381,33	3383,63	2234,76
Таласская область	4186,64	4322,14	4434,24	4494,66	4215,21	3832,07	3977,27	3938,22	3764,71	3739,72	3265,68	2826,49
Чуйская область	8408,45	8892,54	8953,96	8641,21	8013,33	7602,25	7295,63	6780,95	6559,35	6190,87	6090,26	5510,67
г. Бишкек	24667,28	25785,68	24239,88	21697,06	15220,82	15348,98	15263,16	15228,02	15086,64	14900,84	14932,50	14560,96
г. Ош	12087,57	9980,45	9024,58	7345,40	6222,72	6145,02	5775,10	5872,58	5642,74	5552,00	3659,22	4401,03

Таблица 3.1.5 - Уровень впервые выявленных случаев наркомании/токсикомании на территории КР за 2011-2023 гг. в разрезе областей на 1 тыс. населения, ‰

Показатель	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Баткенская область	238,26	276,23	281,11	272,51	266,28	265,94	258,19	251,17	238,05	217,76	206,13	194,82
Джалал-Абадская область	567,25	578,58	556,33	473,98	441,91	420,41	412,42	410,72	409,26	379,40	326,04	310,46
Иссык-Кульская область	555,68	560,27	575,65	575,79	605,73	604,13	622,90	614,91	614,54	590,61	569,83	438,37
Нарынская область	121,40	113,25	108,21	117,95	116,58	104,47	110,32	109,23	101,05	93,23	85,59	71,78
Ошская область	465,20	473,12	479,88	455,87	414,36	400,89	392,23	408,64	375,59	373,51	350,65	282,13
Таласская область	475,17	514,24	471,82	480,69	529,94	509,35	501,57	501,93	535,10	519,82	512,92	440,25
Чуйская область	3646,02	3836,62	3781,01	3632,42	3440,19	3382,54	3286,57	3092,11	2989,06	2806,83	2762,05	2417,26
г. Бишкек	5681,01	4478,50	3935,84	3458,56	3422,23	3525,30	3290,49	3408,84	3198,99	3005,98	2969,00	2883,82
г. Ош	6032,06	5691,95	5737,33	5678,73	5357,01	4217,54	3703,44	3763,85	3622,70	3484,80	3286,78	2116,37

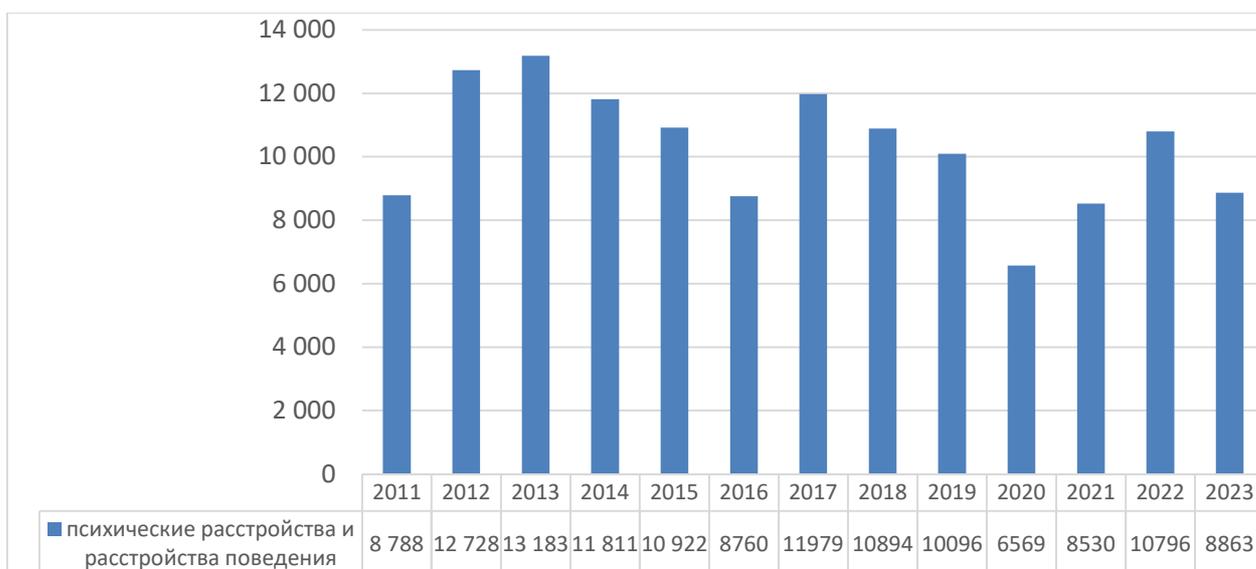


Рисунок 3.1.11 - Число выявленных случаев психических расстройств и расстройств поведения на территории КР за 2011-2023 гг., абс.

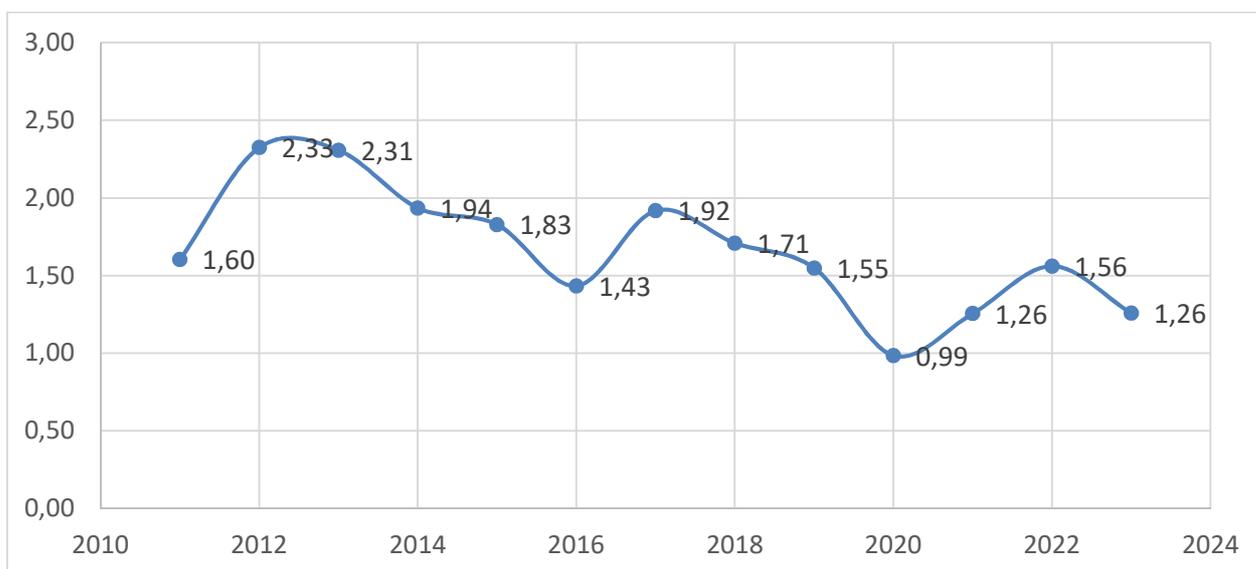


Рисунок 3.1.12 - Коэффициент случаев психических расстройств и расстройств поведения на территории КР за 2011-2023 гг., %

6.46⁰/₀₀, тогда как число бракоразводных процессов имело тенденцию к росту, составив на 2023 год 1.78⁰/₀₀ с приростом к концу 2023 года по сравнению с 2011 г. 12.23% (рис. 14). В 2014 году было отмечено самое большое количество браков с минимальным показателем разводов в 2015 году. Минимальное количество браков было заключено в 2020 году с пиком бракоразводных процессов в 2023 году. В связи с чем коэффициенты брачности (9,01%) и разводимости (1,78%) были самыми высокими в 2014 г. и 2023 г.

соответственно. Самый низкий коэффициент брачности (5.96‰) и разводимости (1.37‰) был зарегистрирован в 2020 году, что может быть связано с противоэпидемическим режимом на фоне пандемии COVID-19 (рисунок 3.1.13).

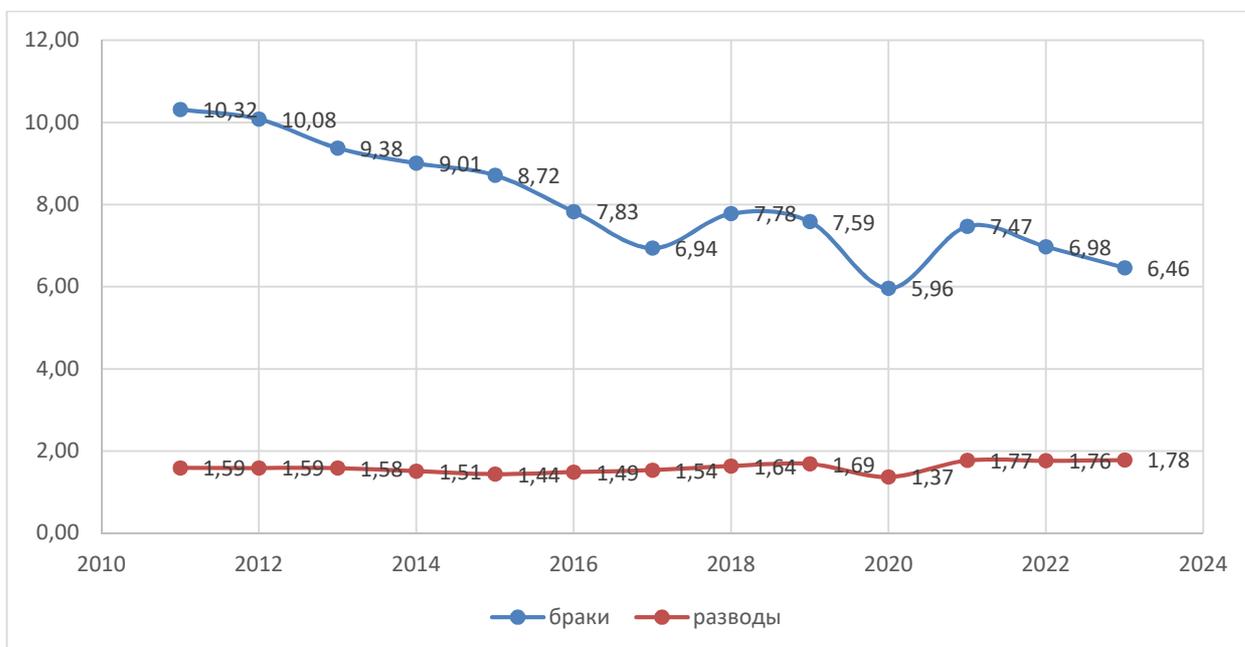


Рисунок 3.1.13 - Коэффициент брачности и разводимости на территории КР за 2011-2023 гг., ‰

Показатели браков и разводов в разрезе областей представлены в таблице 3.1.6.

Наиболее высокий уровень брачных союзов на территории КР за анализируемый период был зарегистрирован в Баткенской, Нарынской и Таласской областях, тогда как наиболее высокий показатель разводов регистрировали в Нарынской и Иссык-кульской областях.

За анализируемый временной период был отмечен беспрецедентный рост зарегистрированных случаев насилия в семье и динамический рост лиц, подвергшихся семейному насилию (рисунок 3.1.14).

Коэффициентное соотношение лиц, подвергшихся семейному насилию, к общей численности населения КР имеет динамический рост с 0.33‰ в 2011 г.

Таблица 3.1.6 - Долевое соотношение браков и разводов за 2013-2023 гг. в разрезе областей, %

Область	Показатель	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Баткенская	браки	11,93	11,27	11,23	10,37	9,64	8,95	7,61	8,55	9,33	6,32	7,97	8,67	7,70
	разводы	1,18	1,13	1,32	1,21	1,19	1,14	1,25	1,43	1,57	1,17	1,50	1,63	1,44
Джалал-Абадская	браки	10,79	10,07	9,83	9,91	9,05	8,01	7,06	8,17	8,03	6,42	7,35	7,30	7,02
	разводы	1,10	1,09	1,13	1,25	1,23	1,13	1,30	1,31	1,45	1,18	1,53	1,58	1,59
Иссык-Кульская	браки	9,58	10,13	9,00	9,66	9,23	7,93	7,03	7,71	6,93	5,73	7,05	7,21	6,91
	разводы	1,66	1,77	1,76	1,69	1,77	1,65	1,95	2,12	2,03	1,68	2,07	2,36	2,23
Нарынская	браки	10,95	11,21	8,78	8,98	8,72	7,10	6,23	6,81	5,94	5,54	5,90	8,23	7,57
	разводы	1,26	1,33	1,38	1,54	1,57	1,52	1,63	1,83	1,84	1,46	1,67	2,05	2,32
Ошская	браки	12,28	11,24	10,76	10,82	9,86	8,38	7,72	8,72	8,62	6,22	7,17	7,61	6,91
	разводы	1,02	1,00	1,07	1,14	1,05	1,14	1,13	1,26	1,31	1,11	1,38	1,44	1,48
Таласская	браки	11,06	11,35	9,68	10,37	8,84	7,80	6,86	6,56	6,28	5,56	6,38	7,85	7,32
	разводы	1,67	1,80	1,65	1,66	1,42	1,63	1,64	1,90	1,84	1,48	1,63	1,92	2,03
Чуйская	браки	9,04	8,98	8,51	8,83	8,24	7,28	6,50	7,46	6,98	5,76	6,66	7,30	6,52
	разводы	2,55	2,56	2,59	2,44	2,08	2,04	1,98	1,97	2,05	1,68	2,18	2,09	2,14
г. Бишкек	браки	7,53	8,03	8,08	7,64	7,49	7,73	6,74	7,69	7,73	6,35	10,10	4,36	4,24
	разводы	2,12	2,03	1,98	1,99	1,62	2,01	1,98	2,16	2,13	1,76	2,48	1,79	1,85
г. Ош	браки	8,82	7,87	8,07	8,57	7,71	8,01	7,07	7,15	6,53	5,55	8,67	5,74	5,33
	разводы	1,90	1,71	1,78	1,59	1,56	1,75	1,59	1,64	1,72	1,27	1,88	1,63	1,69

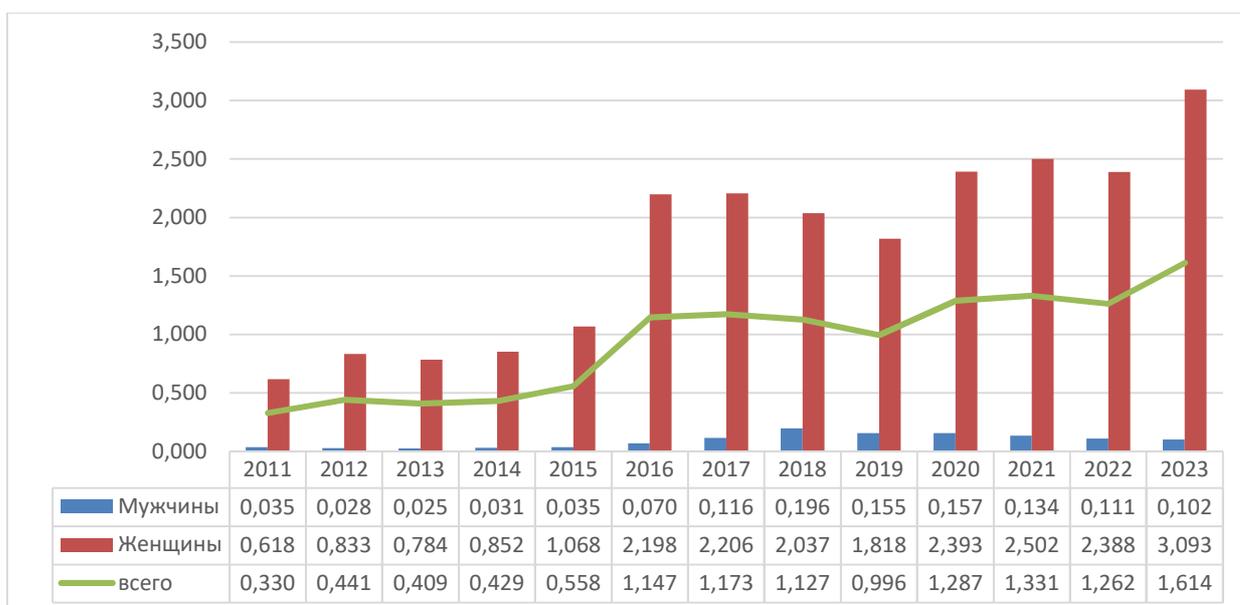


Рисунок 3.1.14 - Коэффициент лиц, подвергшихся семейному насилию, на территории КР за 2011-2023 гг. в разрезе пола, ‰

до 1.61‰ к концу 2023 г. с преобладанием на всем протяжении анализируемого периода среди жертв насилия лиц женского пола. Показатель распространенности семейного насилия в разрезе областей представлено в таблице 3.1.7 .

Наибольший показатель распространенности домашнего насилия среди лиц, проживающих на изучаемой территории, был выявлен среди жителей Чуйской области (с приростом показателя за анализируемый период на 477%) и г. Бишкека (с приростом показателя за анализируемый период на 642%). Прирост подвергшихся семейному насилию лиц за анализируемый период в целом по Республике составил 388,64%.

Абсолютный показатель лиц, совершивших преступления на территории КР, также имеет достаточно большой прирост с 15 883 человек (2.9‰) в 2011 г. до 21 429 человек (3.04‰) в 2023 г. (рисунок 3.1.15). Пик совершения преступлений среди жителей КС был зарегистрирован в 2021 г. на уровне 24 959 человек (3.67‰). Наименьшая распространенность преступности среди населения КР была зарегистрирована в 2012 году на уровне 15 691 человек (2.86‰). Наиболее часто на всем протяжении анализируемого периода преступления были совершены лицами мужского пола.

Таблица 3.1.7 - Показатель распространенности семейного насилия в разрезе областей на территории КР за 2013-2023 гг. на 1 тысячу населения, %

Область	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Баткенская область	0,26	0,36	0,35	0,19	0,12	0,66	0,71	0,57	0,40	0,50	0,52	0,43	0,57
Джалал-Абадская область	0,13	0,17	0,17	0,35	0,41	1,07	0,97	1,18	0,62	0,59	0,51	0,48	0,49
Иссык-Кульская область	0,35	0,30	0,40	0,53	0,66	1,16	1,82	0,88	0,82	1,53	1,40	1,32	1,55
Нарынская область	0,39	0,51	0,48	0,58	0,77	1,06	1,31	1,31	1,18	1,27	1,09	0,90	1,44
Ошская область	0,27	0,30	0,34	0,47	0,47	0,49	0,51	0,52	0,59	0,49	0,41	0,42	0,35
Таласская область	0,45	0,65	0,50	0,53	0,65	0,82	1,06	0,90	0,71	0,97	1,04	1,05	1,09
Чуйская область	0,36	0,57	0,51	0,48	0,56	1,87	1,98	2,14	1,17	1,86	2,40	1,79	2,08
г. Бишкек	0,65	0,91	0,76	0,67	0,81	1,91	1,52	1,35	2,31	3,30	3,28	3,36	4,83
г. Ош	0,11	0,17	0,01	0,14	1,19	1,11	1,37	1,54	1,10	0,81	1,16	1,06	1,43

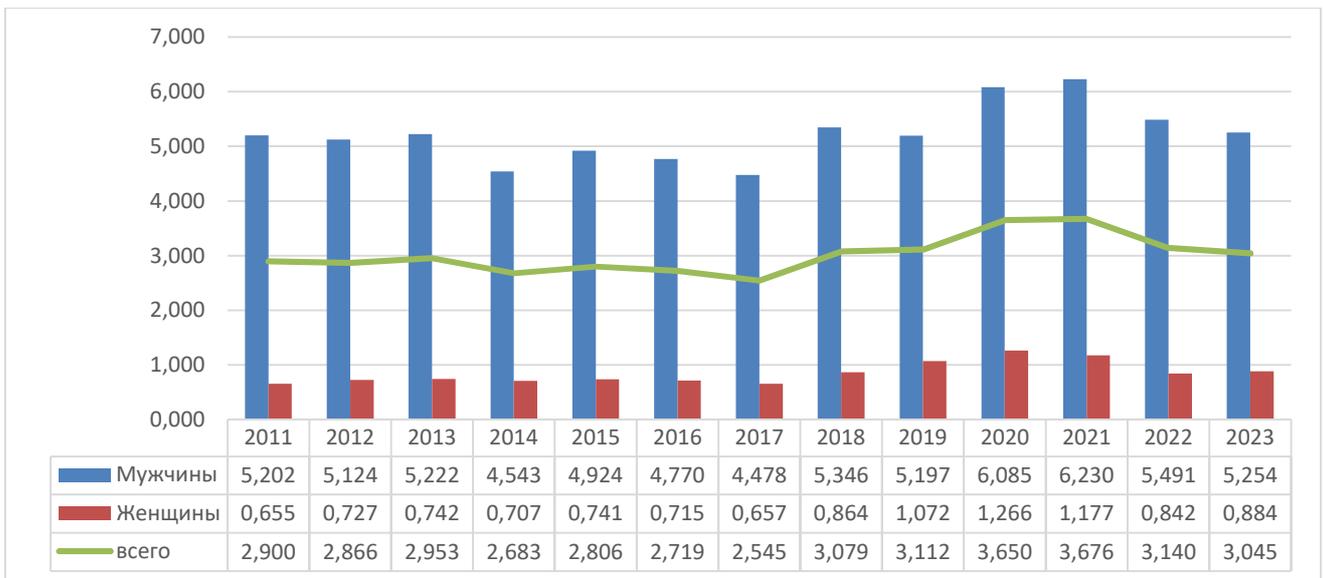


Рисунок 3.1.15. Показатель совершенных на территории КР преступлений за 2011-2023 гг., на 1 тысячу населения, ‰

Показатель численности лиц, совершивших преступление на территории КР в разрезе областей представлен в таблице 3.1.8.

Наибольший показатель распространенности лиц, совершивших преступления по данным 2011-2023 гг. был зарегистрирован на территории Чуйской области, г. Бишкека и г. Ош с приростом показателя на 10.9%, 7.8% и 17,1% соответственно.

На этом фоне за анализируемый период был выявлен рост совершенных преступлений на территории КР с пиками в 2019 г. (6.38‰) и 2022 г. (6.5‰) (рисунок 3.1.16).

Наименьшая активность преступности была зарегистрирована в 2014 г. (4.43‰) и 2017 г. (4.43‰).

Кроме вышеуказанных, в качестве социально-экономических и демографических условий и вероятных факторов возникновения суицида, нами были рассмотрены общие показатели (на 100 тыс. населения) браков и разводов, аборт, уровня безработицы и бедности, болезней и случаев смерти от несчастных случаев, проблем семейного насилия, преступлений за период с 2006 г. по 2023 г.

Согласно проанализированным данным, пик браков был выявлен в 2011г., минимальный показатель – в 2020 г., пик разводов регистрировали в

Таблица 3.1.8 - Показатель численности лиц, совершивших преступление на территории КР за 2011-2023 гг. в разрезе областей, на 1 тысячу населения, ‰

Область	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Баткенская область	1,41	1,17	1,26	1,15	1,30	1,24	1,45	2,29	2,39	2,64	2,67	2,09	1,86
Джалал-Абадская область	1,96	2,06	2,23	1,75	1,80	1,61	1,62	1,99	2,41	2,32	2,40	1,89	1,94
Иссык-Кульская область	4,28	3,42	3,64	3,69	3,60	3,34	3,22	3,57	3,43	4,41	5,17	4,36	3,72
Нарынская область	2,30	1,83	1,94	1,81	1,99	2,05	1,23	2,09	3,93	3,60	3,67	2,40	2,29
Ошская область	1,48	1,39	1,64	1,52	1,46	1,51	1,15	1,81	1,93	1,95	1,97	1,46	1,59
Таласская область	3,09	2,52	2,46	2,33	1,95	1,79	1,90	2,76	3,62	3,94	3,60	2,62	2,40
Чуйская область	3,96	4,26	3,89	3,99	3,56	3,82	3,68	3,85	3,84	6,14	6,15	4,87	4,39
г. Бишкек	4,60	4,76	5,25	4,81	5,31	4,95	4,68	5,25	4,22	5,36	4,80	4,69	4,96
г. Ош	4,15	4,34	4,76	5,74	5,72	5,62	5,32	6,43	5,96	4,91	5,94	5,37	4,86

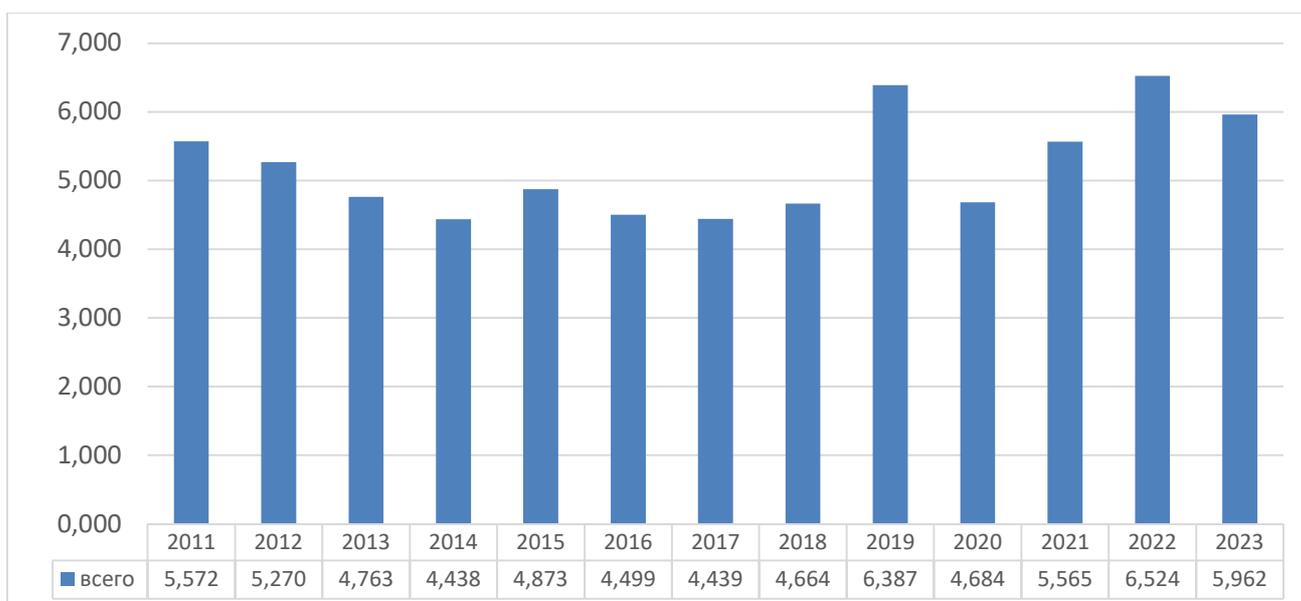


Рисунок 3.1.16 - Число преступлений, совершенных на территории КР за 2011-2023 гг., %

2021 г., а их минимум – в 2006-2007 гг., в 2015 г. и в 2020 г. миграционный отток был максимальным в 2007 г. и 2010 г. с дальнейшим притоком населения вплоть до 2023 г. с одновременным снижением уровня безработицы. Уровень бедности был максимальным в 2006 г. с минимальным показателем в 2019 г. За анализируемый период был зарегистрирован спад уровня смертности при вариативных показателях преступности и преступлений в отношении женщин и несовершеннолетних. Постановка на учет лиц, страдающих алкоголизмом, была максимальной в 2012 г., ПАВ – в 2011 г., ВИЧ – 2022 г., ТБС – в 2007 г., онкобольных – в 2022 г., психиатрических больных – в 2006-2008 гг. Количество травм и отравлений было максимальным в 2012 г., количество аборт – в 2011-2012 гг. и в 2014 г.

3.2. Социально-эпидемиологический анализ суицидентов

На следующем этапе настоящего исследования проводилось аналитическое изучение статистических показателей суицидального поведения лиц, постоянно проживающих на территории КР.

По данным официальной статистики за период с 2011 по 2023 гг. на территории КР было совершено 5231 случаев суицидов, из них 4108 (78,5%)

случаев среди мужского и 1123 (21,5%) случая среди женского населения республики (рисунки 3.2.1 и 3.2.2).

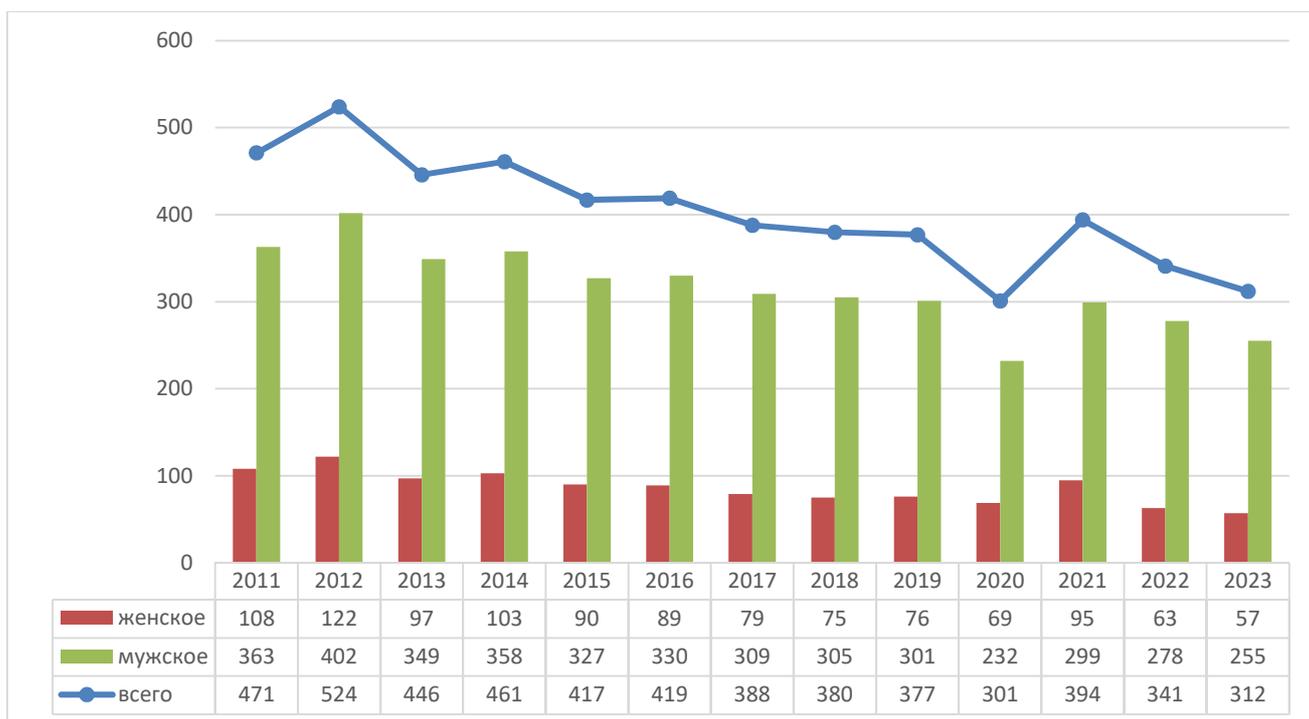


Рисунок 3.2.1.- Абсолютный показатель суицидального поведения лиц, постоянно проживающих на территории КР, абс. с разбивкой по полу

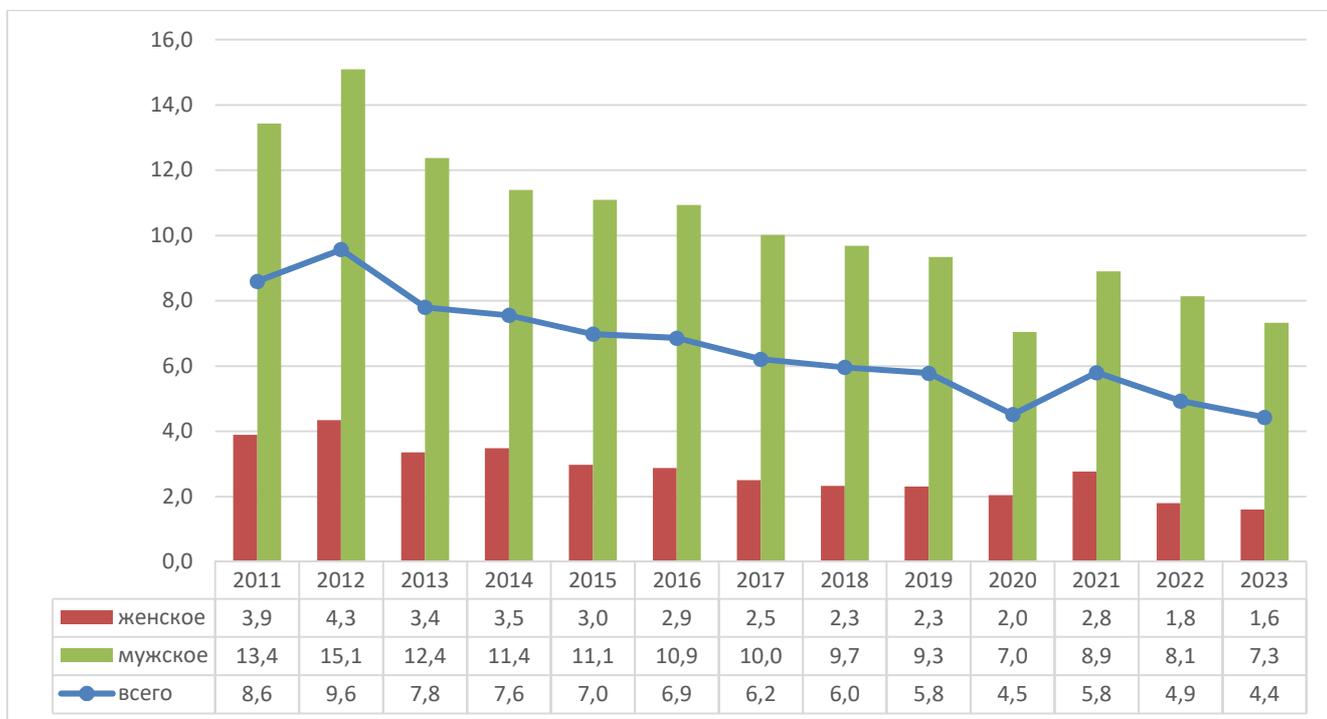


Рисунок 3.2.2 - Коэффициент суицидального поведения лиц, постоянно проживающих на территории КР на 100 тыс. населения, ‰

В 2011 г. было совершено 471 самоубийств, из них 108 попыток совершено лицами женского пола и 363 попыток – лицами мужского пола. Коэффициент суицидального поведения, закончившегося смертью, составил $8,6^{0}/_{0000}$.

В 2012 г. было совершено 524 самоубийства, из них 122 попыток совершено лицами женского пола и 402 попытки – лицами мужского пола. Коэффициент суицидального поведения, закончившегося смертью, составил $9,6^{0}/_{0000}$. Прирост показателя суицидального поведения лиц в 2012 г. по отношению к предыдущему году составил 53 человека или 11.25% (таблица 3.2.1).

В 2013 г. было совершено 446 самоубийств, из них 97 попыток совершено лицами женского пола и 349 попыток – лицами мужского пола. Коэффициент суицидального поведения, закончившегося смертью, составил $7,8^{0}/_{0000}$. Убыль показателя суицидального поведения лиц в 2013 г. по отношению к предыдущему году составила -78 человек (-14.89%).

В 2014 г. было совершено 461 самоубийство, из них 103 попыток совершено лицами женского пола и 358 попыток – лицами мужского пола. Коэффициент суицидального поведения, закончившегося смертью, составил $7,6^{0}/_{0000}$. Прирост показателя суицидального поведения лиц в 2014 г. по отношению к предыдущему году составил 15 человек (3.36%).

В 2015 г. было совершено 419 самоубийств, из них 89 попыток совершено лицами женского пола и 330 попыток – лицами мужского пола. Коэффициент суицидального поведения, закончившегося смертью, составил $7^{0}/_{0000}$. Убыль показателя суицидального поведения лиц в 2015 г. по отношению к предыдущему году составила -44 человека или -9.54%.

В 2016 г. было совершено 419 самоубийств, из них 89 попыток совершено лицами женского пола и 330 попыток – лицами мужского пола. Коэффициент суицидального поведения, закончившегося смертью, составил $6,9^{0}/_{0000}$. Прирост показателя суицидального поведения лиц в 2016 г. по отношению к предыдущему году составил 2 человека или 0.48%.

Таблица 3.2.1 - Показатели прироста/убыли показателя суицидального поведения лиц, постоянно проживающих на территории КР за 2013-2023 гг.

Группа	Показатель	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Всего	абс. прирост	53	-78	15	-44	2	-31	-8	-3	-76	93	-53	-29
	прирост %	11,25	-14,89	3,36	-9,54	0,48	-7,40	-2,06	-0,79	-20,16	30,90	-13,45	-8,50
мужчины	абс. прирост	39	-53	9	-31	3	-21	-4	-4	-69	67	-21	-23
	прирост %	10,74	-13,18	2,58	-8,66	0,92	-6,36	-1,29	-1,31	-22,92	28,88	-7,02	-8,27
женщины	абс. прирост	14	-25	6	-13	-1	-10	-4	1	-7	26	-32	-6
	прирост %	12,96	-20,49	6,19	-12,62	-1,11	-11,24	-5,06	1,33	-9,21	37,68	-33,68	-9,52

В 2017 г. было совершено 388 самоубийств, из них 79 попыток совершено лицами женского пола и 309 попыток – лицами мужского пола. Коэффициент суицидального поведения, закончившегося смертью, составил $6.2^0/0000$. Убыль показателя суицидального поведения лиц в 2017 г. по отношению к предыдущему году составила -31 человек или -7.4%.

В 2018 г. было совершено 380 самоубийство, из них 75 попыток совершено лицами женского пола и 305 попыток – лицами мужского пола. Коэффициент суицидального поведения, закончившегося смертью, составил $6^0/0000$. Убыль показателя суицидального поведения лиц в 2018 г. по отношению к предыдущему году составила -8 человек или -2.06%.

В 2019 г. было совершено 377 самоубийств, из них 76 попыток совершено лицами женского пола и 301 попытка – лицами мужского пола. Коэффициент суицидального поведения, закончившегося смертью, составил $5.8^0/0000$. Убыль показателя суицидального поведения лиц в 2019 г. по отношению к предыдущему году составила -3 человека или -0.79%.

В 2020 г. было совершено 301 самоубийство, из них 69 попытки совершено лицами женского пола и 232 попытки – лицами мужского пола. Коэффициент суицидального поведения, закончившегося смертью, составил $4.5^0/0000$. Убыль показателя суицидального поведения лиц в 2020 г. по отношению к предыдущему году составила -76 человек или -20.16%.

В 2021 г. было совершено 394 самоубийств, из них 95 попытки совершено лицами женского пола и 299 попыток – лицами мужского пола. Коэффициент суицидального поведения, закончившегося смертью, составил $5.8^0/0000$. Прирост показателя суицидального поведения лиц в 2021 г. по отношению к предыдущему году составил 93 человека или 30.9%. Следует отметить резкий рост суицидов в 2021 году, что связано с длительной вынужденной самоизоляцией населения, отсутствием массовых мероприятий для детей и подростков, переводом обучающихся на дистанционное обучение, приостановкой реализации социальных коррекционно-профилактических программ по работе с населением по причине пандемии COVID-19. Многими

исследованиями доказан статистически значимый тренд роста депрессивной симптоматики по мере развития пандемии. COVID-19, как отмечается, может иметь серьёзные последствия для психического здоровья, среди которых рост психопатологической симптоматики, в том числе суицидальных идей и актов аутоагрессии. Тем самым, это может являться причиной резкого роста случаев суицида в анализируемый период времени.

В 2022 г. было совершено 341 самоубийство, из них 63 попытки совершены лицами женского пола и 278 попыток – лицами мужского пола. Коэффициент суицидального поведения, закончившегося смертью, составил $4.9^0/0000$. Убыль показателя суицидального поведения лиц в 2022 г. по отношению к предыдущему году составила -53 человека или -13.45%.

В 2023 г. было совершено 312 самоубийства, из них 57 попыток совершено лицами женского пола и 255 попыток – лицами мужского пола. Коэффициент суицидального поведения, закончившегося смертью, составил $4.4^0/0000$. Убыль показателя суицидального поведения лиц в 2023 г. по отношению к предыдущему году составила -29 человек или -8.5%.

Показатель распространенности суицидального поведения среди населения республики был самым высоким в 2012 г. с последующим снижением показателя на всем протяжении анализируемого периода. Следует отметить достаточно существенную разницу в показателе суицидального поведения при его оценке по полу. Мужское население КР за анализируемый период в более чем три раза чаще чем лица женского пола совершало суицид (рисунок 3.2.3).

В целом по КР, наиболее высокий показатель зарегистрированных случаев суицида среди населения наблюдается в таких возрастных группах, как:

- 15-19 лет – 566 случаев (362 среди мужского и 204 среди женского населения);

- 20-24 лет – 537 случаев (386 среди мужского и 152 среди женского населения);

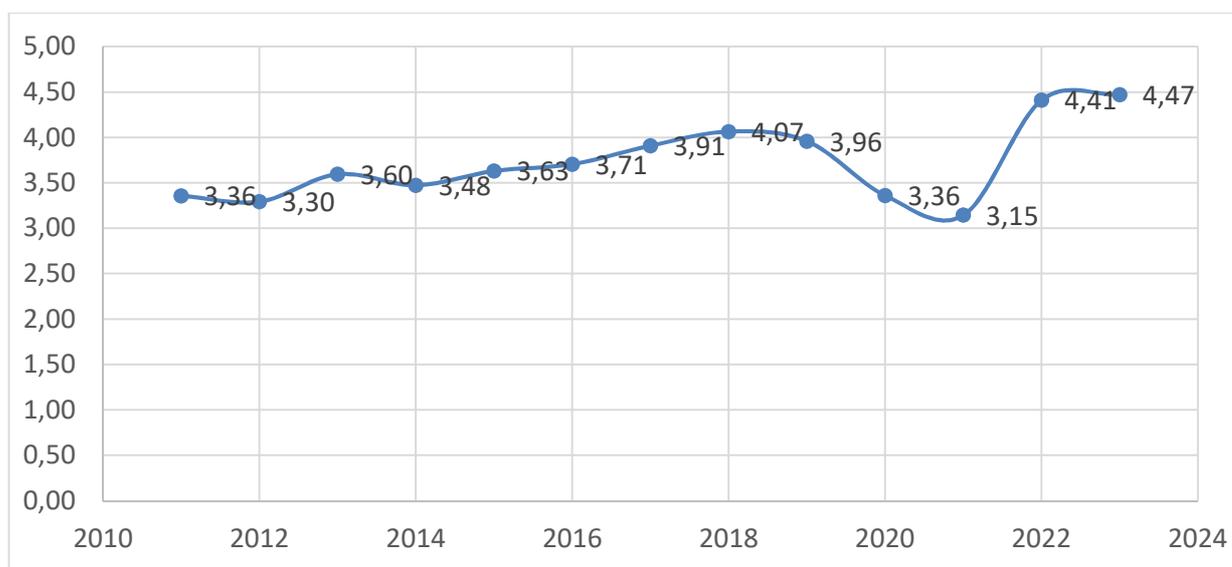


Рисунок 3.2.3 - Соотношение мужского пола по отношению к женскому полу у лиц, совершивших суицид, постоянно проживающих на территории КР

- 25-29 лет – 569 случаев (457 среди мужского и 111 среди женского населения);

- 30-34 лет – 600 случаев (489 среди мужского и 111 среди женского населения);

- 35-39 лет – 581 случай (500 среди мужского и 81 среди женского населения) (таблица П1-3.2.11 и рисунок 3.2.4).

Таким образом, можно отметить наиболее высокий показатель распространенности суицидального поведения среди молодого, трудоспособного населения Республики.

Распространенность суицида среди населения КР по возрастным группам и годам на 100 тысяч населения представлена в таблице П1-3.2.12.

Наиболее высокая распространенность суицида среди населения КР в разрезе возрастных групп на 100 тыс. населения этого возраста в 2011 г. выявлена в группах лиц 30-34 и 35-39 лет (15,14 и 14,79 ‰ соответственно), в 2012 г. - в группах лиц 30-34 и 35-39 лет (17,34 и 15,87 ‰ соответственно), в 2013 г. - в группах лиц 30-34 и 35-39 лет (12,75 и 12,90 ‰ соответственно), в 2014 г. - в группах лиц 30-34 и 40-44 лет (18,52 и 14,44 ‰ соответственно), в 2015 г. - в группах лиц 35-39 и 40-44 лет (12,92 и 14,50 ‰ соответственно),

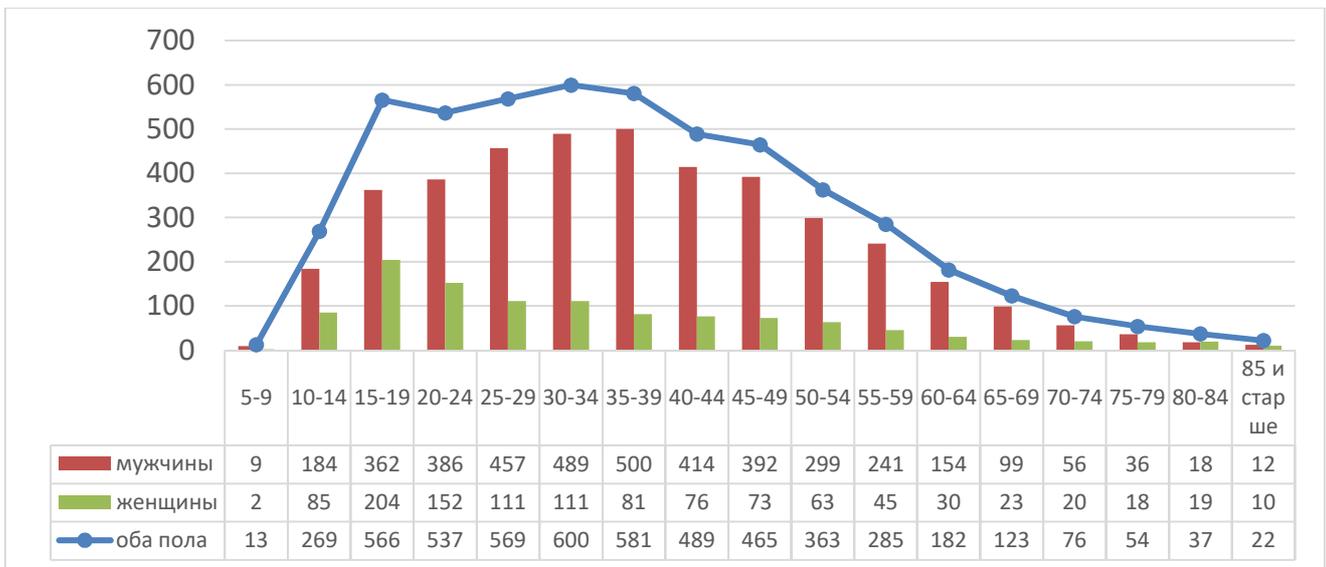


Рисунок 3.2.4 - Распространенность суицида среди населения КР по возрастным группам и полу, абс.

в 2016 г. - в группах лиц 50-54 и 55-59 лет (12,74 и 14,34 ‰ соответственно), в 2017 г. - в группах лиц 35-39 лет (12,29 ‰ соответственно), в 2018 г. – в группах лиц 45-49 лет (12,89 ‰ соответственно), в 2019 г. - в группах лиц 75-79 лет (20,78 ‰ соответственно), в 2020 г. - в группах лиц 85 лет и старше (9,13 ‰ соответственно), в 2021 г. - в группах лиц 35-39 и 75-79 лет (9,95 и 9,80 ‰ соответственно), в 2022 г. - в группах лиц 45-49 и 50-54 лет (10,05 и 10,90 ‰ соответственно), в 2023 г. - в группах лиц 65-69 лет (11,30 ‰ соответственно).

Анализ данных по суицидам и возможным предикторам за 2006-2023 гг. с помощью корреляционного анализа показал тесную связь между показателями суицида и брака ($r = ,840$, $p = 0.0001$), частотой обращений несовершеннолетних в кризисный центр ($r = ,572$, $p = 0.013$) и показателем несовершеннолетних пострадавших от насилия ($r = ,521$, $p = 0.027$), преступлениями в целом ($r = ,675$, $p = 0.002$) и изнасилованиями в частности ($r = ,864$, $p = 0.0001$) (таблица 3.2.2).

Кроме того, была выявлена тесная связь между показателями суицида и заболеваемостью алкоголизмом ($r = ,920$, $p = 0.0001$), заболеваемостью психическими расстройствами и расстройствами поведения ($r = ,694$, $p = 0.002$),

заболеваемостью ПАВ ($r = ,911$, $p = 0.0001$), абортами ($r = ,876$, $p = 0.0001$), общей первичной заболеваемостью ($r = ,757$, $p = 0.0001$).

Таблица 3.2.2 - Корреляционные связи между показателем суицида и вероятными предикторами на территории КР за 2006-2023 гг.

Переменные, ‰	Суицид, ‰	знач. (двухсторонняя)
миграционный отток	-,792**	0,0001
уровень безработицы	,932**	0,0001
уровень зарегистрированной безработицы	-0,086	0,73
уровень бедности	,626**	0,005
браки	,840**	0,0001
разводы	-,531*	0,023
обращения по проблемам семейного насилия	0,129	0,610
несовершеннолетние, обратившиеся в кризисный центр	,572*	0,013
несовершеннолетние пострадавшие от семейного насилия	,521*	0,027
преступления	,675**	0,002
изнасилования	,864**	0,0001
преступления в отношении женщин	-0,196	0,436
преступления в отношении несовершеннолетнего	-0,084	0,742
Заболеваемость алкоголизмом	,920**	0,0001
численность пациентов с алкоголизмом на учете	,845**	0,0001
численность пациентов с ВИЧ на учете	-,917**	0,0001
Заболеваемость ВИЧ	-,549*	0,023
заболеваемость онкологией	0,005	0,985
численность онкобольных пациентов на учете	-,934**	0,0001
Заболеваемость ТБС (впервые)	,891**	0,0001
Численность пациентов с ТБС на учете	,952**	0,0001
Заболеваемость сифилисом (впервые)	,850**	0,0001
Численность пациентов с сифилисом на учете	,765**	0,0001
Заболеваемость психическими р-вами и р-вами поведения	,694**	0,002
Численность пациентов психиатрического профиля на учете	,772**	0,0001
Заболеваемость ПАВ (впервые)	,911**	0,0001
Численность пациентов с ПАВ на учете	,895**	0,0001
Аборты	,876**	0,0001
Заболеваемость (ДЗ впервые)	,757**	0,0001

Переменные, ‰/0000	Суицид, ‰/0000	знач. (двухсторонняя)
Все болезни (впервые ДЗ)	,757**	0,0001
Травмы и отравления	,807**	0,0001
Умерло от заболеваний дыхательной системы	,784**	0,0001
Умерло от заболеваний системы кровообращений	,849**	0,0001
Умерло от заболеваний органов пищеварения	,953**	0,0001
Умерло от инфекционных заболеваний	,902**	0,0001
Умерло от заболевай нервной системы	,863**	0,0001
Умерло от психических р-в и р-в поведения	,830**	0,0001
Умерло от травм, отравлений и других внешних причин	,966**	0,0001
умерло от несчастного случая на транспорте	,888**	0,0001
умерло от случайного утопления	,913**	0,0001
умерло от случайного отравления алкоголем	,842**	0,0001
умерло от неумышленного отравления	,901**	0,0001
Всего умерло	,871**	0,0001
Убийства	,951**	0,0001
Численность пациентов с оказанной консультативной лечебной помощью	-,898**	0,0001

Примечание:

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя)

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Была выявлена тесная связь между показателем суицидов и показателем травм/отравлений ($r = ,807$, $p = 0.0001$), смертностью от заболеваний нервной системы ($r = ,863$, $p = 0.0001$), смертностью от психических р-в и р-в поведения ($r = ,830$, $p = 0.0001$), смертностью от травм, отравлений и других внешних причин ($r = ,966$, $p = 0.0001$), смертностью от случайного утопления ($r = ,913$, $p = 0.0001$), смертностью от случайного отравления алкоголем ($r = ,842$, $p = 0.0001$), смертностью от неумышленного отравления ($r = ,901$, $p = 0.0001$), убийствами ($r = ,951$, $p = 0.0001$). При этом, факторами, имеющими отрицательную связь с суицидом при корреляционном анализе, оказались разводы ($r = -,531$, $p = 0.023$), а также численность пациентов с оказанной консультативной лечебной помощью ($r = -,898$, $p = 0.0001$).

Полученные связи говорят о возможном сокрытии суицидов под нечаянным отравлением, утоплением, травмами и рубрикой иные «причины».

Показатель «количество травм и отравлений» может так же косвенно говорить о незавершенных суицидах.

В региональном разрезе наибольший показатель суицидов был зарегистрирован в Чуйской области – 17.22 ‰ в 2011 году и 11.04 ‰ в 2023 году (убыль по отношению к 2011 т составила в 2023 г -16.31%) и в Иссык-Кульской области – 21.96 ‰ в 2011 году и 8.36 ‰ в 2023 году (убыль по отношению к 2011 т составила в 2023 г -54.08%). Наименьшее количество суицидов было зафиксировано в г. Ош – 1.56 ‰ в 2011 году и 2.21 ‰ в 2023 году (прирост по отношению к 2011 т составил в 2023 г 100%), и Джалал-Абадской области – 2.3 ‰ в 2011 году и 1.75 ‰ в 2023 году (убыль по отношению к 2011 т составила в 2023 г -4.7%) (таблица П1- 3.2.14).

Данные в разрезе областей и годовых периодов показывают, что пиковыми для Чуйской области был 2012 г. – 20.67 ‰, для Иссык-Кульской области пиковым был так же 2012 год – 25.22 ‰, для Баткенской области – 2015 год (8.32 ‰), для Джалал-Абадской области – 2014 год (3.91 ‰), для Нарынской области – 2014 год (17.32 ‰), для Ошской области – 2013 год (6.31 ‰), для Таласской области – 2013 год (12.53 ‰), для г. Бишкек – 2011 год (6.46 ‰), для г. Ош – 2019 год (3.01 ‰) (рисунок 3.2.5).

Наибольший показатель зарегистрированных случаев суицида среди населения г. Бишкек наблюдается среди мужского населения в 2011 году (11.5 ‰) (таблица П1-3.2.15). Пик суицидальной активности зарегистрирован в 2011 г. (6.5 ‰), минимальный показатель – в 2023 г. (1.05 ‰). Наибольший показатель зарегистрированных случаев суицида среди населения Чуйской области наблюдается среди мужского населения в 2012 году (20,7 ‰). Пик суицидальной активности зарегистрирован в 2012 г. (31,6 ‰), минимальный показатель – в 2022 г. (10.6 ‰). В целом самый высокий показатель суицидальной активности по г. Бишкек и Чуйской области наблюдался среди мужского населения в 2012 году (19,0 ‰). Пик суицидальной активности зарегистрирован в 2012 г. (12,2 ‰), минимальный показатель – в 2023 г. (5,9 ‰).

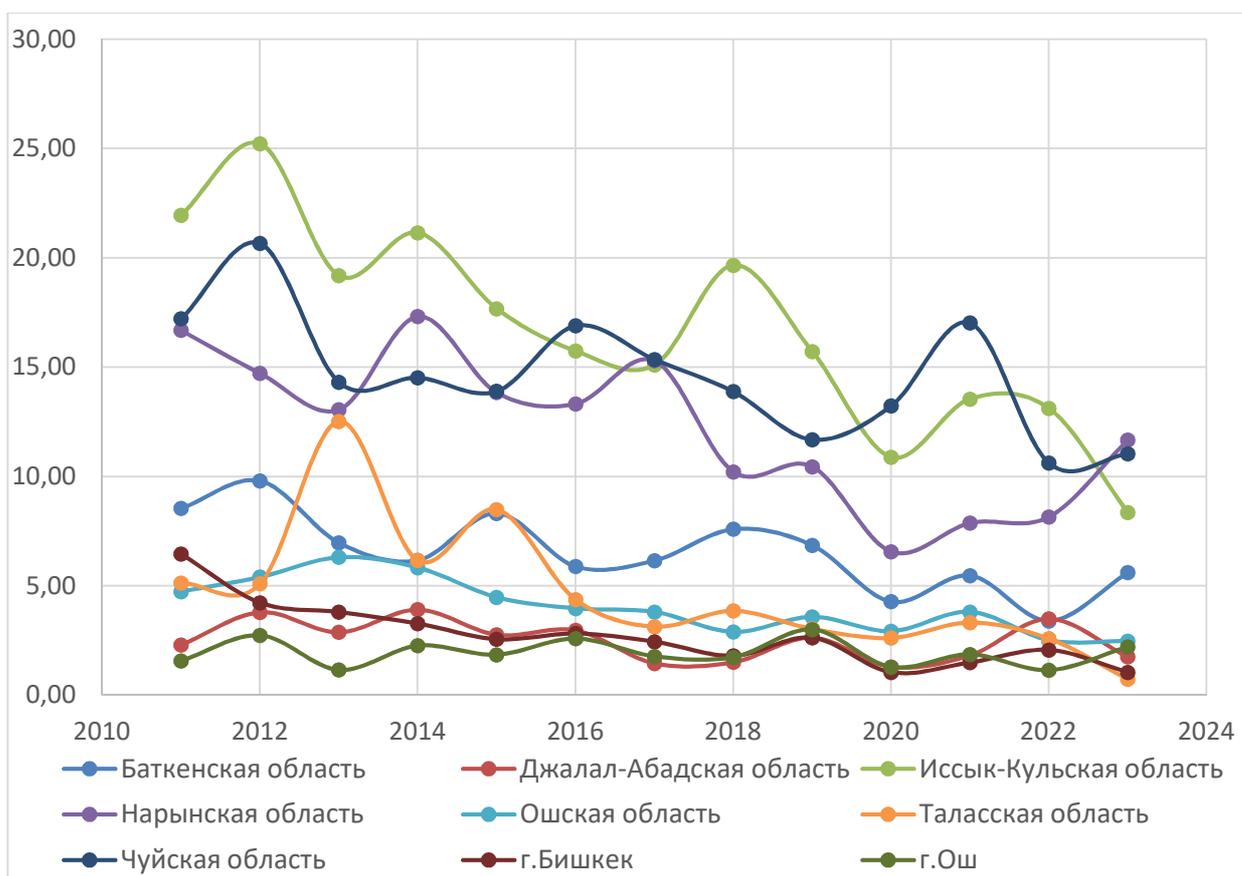


Рисунок 3.2.5 - Показатель суицида в разрезе областей и годовых периодов

Наибольший показатель зарегистрированных случаев суицида среди населения Иссык-Кульской области наблюдался среди мужского населения в 2012 году (40,3 ‰). Пик суицидальной активности зарегистрирован в 2012 г. (25,2 ‰), минимальный показатель – в 2023 г. (8,4 ‰).

Наиболее высокий показатель зарегистрированных случаев суицида среди населения Джалал-Абадской области наблюдается среди мужского населения в 2012 году (5,7 ‰). Пик суицидальной активности зарегистрирован в 2014 г. (3,9 ‰), минимальный показатель – в 2020 г. (1,3 ‰).

Наибольший показатель зарегистрированных случаев суицида среди населения Нарынской области наблюдается среди мужского населения в 2014 году (17,3 ‰). Пик суицидальной активности зарегистрирован в 2014 г. (28,3 ‰), минимальный показатель – в 2020 г. (6,6 ‰).

Наибольший показатель зарегистрированных случаев суицида среди населения Баткенской области наблюдается среди мужского населения в 2012 году (14,5 ‰). Пик суицидальной активности зарегистрирован в 2012 г. (9,8 ‰), минимальный показатель – в 2022 г. (3,4 ‰).

Наибольший показатель зарегистрированных случаев суицида среди населения Ошской области наблюдается среди мужского населения в 2013 году (9,6 ‰). Пик суицидальной активности зарегистрирован в 2012 г. (6,3 ‰), минимальный показатель – в 2022 г. и 2023 г. (по 2,5 ‰). Наибольший показатель зарегистрированных случаев суицида среди населения г. Ош наблюдается среди мужского населения в 2019 году (6,2 ‰). Пик суицидальной активности зарегистрирован в 2019 г. (3,01 ‰), минимальный показатель – в 2022 г. (1,1 ‰). В целом самый высокий показатель суицидальной активности по г. Ош и Ошской области наблюдался среди мужского населения в 2013 году (8,1 ‰). Пик суицидальной активности зарегистрирован в 2013 г. (5,4 ‰), минимальный показатель был зафиксирован в 2022 г. (2,2 ‰).

Наибольший показатель зарегистрированных случаев суицида среди населения Таласской области наблюдается среди мужского населения в 2013 году (17,4 ‰). Пик суицидальной активности зарегистрирован в 2013 г. (12,5 ‰), минимальный показатель – в 2023 г. (0,7 ‰).

Таким образом, во всех изученных областях пик суицидальной активности был зарегистрирован среди лиц мужского пола в 2012-2014 гг., минимальный показатель был выявлен в 2022 г. и 2023 г.

Наибольший показатель зарегистрированных случаев суицида среди населения г. Бишкек был зарегистрирован в возрастной группе 85 лет и старше – 61,20 ‰ (0 ‰ среди мужского и 249,38 ‰ среди женского населения) в 2012 году, а также в возрастной группе 80-84 года – 51,29 ‰ (60,35 ‰ среди мужского и 47,71 ‰ среди женского населения) в 2013 году (таблица П1-3.2.16).

Наибольший показатель зарегистрированных случаев суицида среди населения Чуйской области был зарегистрирован в возрастной группе 30-34 года – 50,09 ‰ (81,9 ‰ среди мужского и 17,49 ‰ среди женского населения) в 2012 году, а также в возрастной группе 80-84 года – 62,27 ‰ (0 ‰ среди мужского и 89,65 ‰ среди женского населения) в 2012 году (таблица П1-3.2.17).

Наибольший показатель зарегистрированных случаев суицида среди населения г. Бишкек и Чуйской области в целом был зарегистрирован в возрастной группе 80-84 лет – 40,04 ‰ (0 ‰ среди мужского и 56,39 ‰ среди женского населения) в 2012 году, а также в возрастной группе 85 лет и старше года – 45,64 ‰ (30,62 ‰ среди мужского и 60,48 ‰ среди женского населения) в 2012 году (таблица П1-3.2.18).

Наиболее высокий показатель зарегистрированных случаев суицида среди населения Иссык-Кульской области был отмечен в возрастной группе 45-49 лет – 56,82 ‰ (93,28 ‰ среди мужского и 22,16 ‰ среди женского населения) в 2012 году, а также в возрастной группе 65-69 года – 73,66 ‰ (177,70 ‰ среди мужского и 0 ‰ среди женского населения) в 2011 году (таблица П1-3.2.19).

Наибольший показатель зарегистрированных случаев суицида среди населения Джалал-Абадской области был зарегистрирован в возрастной группе 70-74 года – 22,46 ‰ (27,08 ‰ среди мужского и 19,18 ‰ среди женского населения) в 2019 году, а также в возрастной группе 80-84 года – 17,08 ‰ (0 ‰ среди мужского и 29,59 ‰ среди женского населения) в 2011 году (таблица П1-3.2.20).

Наибольший показатель зарегистрированных случаев суицида среди населения Нарынской области был зарегистрирован в возрастной группе 15-19 лет – 49,34 ‰ (78,24 ‰ среди мужского и 20,95 ‰ среди женского населения) в 2014 году, в возрастной группе 80-84 года – 54,32 ‰ (137,36 ‰ среди мужского и 0 ‰ среди женского населения) в 2011 году, а также в возрастной группе 35-39 лет в 2011 году (49,84 ‰ всего, 94,37 ‰ среди

мужского и 0 ‰ среди женского населения) и в 2014 году (49.33 ‰ всего, 83.23 ‰ среди мужского и 12.81 ‰ среди женского населения) (таблица П1-3.2.21).

Наибольший показатель зарегистрированных случаев суицида среди населения Баткенской области был зарегистрирован в возрастной группе 60-64 года – 34.55 ‰ (73.67 ‰ среди мужского и 0.0 ‰ среди женского населения) в 2012 году, а также в возрастной группе 45-49 лет – 37.41 ‰ (58.42 ‰ среди мужского и 16.57 ‰ среди женского населения) в 2018 году (таблица П1-3.2.22).

Наибольший показатель зарегистрированных случаев суицида среди населения Ошской области был зарегистрирован в возрастной группе 25-29 лет – 14.86 ‰ (25.58 ‰ среди мужского и 3.78 ‰ среди женского населения) в 2014 году, а также в возрастной группе 80-84 года – 17.58 ‰ (0 ‰ среди мужского и 29.13 ‰ среди женского населения) в 2019 году (таблица П1-3.2.23).

Наибольший показатель зарегистрированных случаев суицида среди населения г. Ош был зарегистрирован в возрастной группе 40-44 года – 26.88 ‰ (57.87 ‰ среди мужского и 0.0 ‰ среди женского населения) в 2012 году, а также в возрастной группе 75-79 лет – 48.8 ‰ (127.23 ‰ среди мужского и 0.0 ‰ среди женского населения) в 2015 году (таблица П1-3.2.24).

Наибольший показатель зарегистрированных случаев суицида среди населения г. Ош и Ошской области в целом был зарегистрирован в возрастной группе 40-44 лет – 31,66 ‰ (67,37 ‰ среди мужского и 0.0 ‰ среди женского населения) в 2012 году, а также в возрастной группе 75-79 года – 48,80 ‰ (127,23 ‰ среди мужского и 0.0 ‰ среди женского населения) в 2015 году (таблица П1-3.2.25).

Наибольший показатель зарегистрированных случаев суицида среди населения Таласской области был зарегистрирован в возрастной группе 20-24 года – 32.7 ‰ (53.74 ‰ среди мужского и 9.77 ‰ среди женского

населения) в 2013 году, а также в возрастной группе 80-84 года – 73.48 ‰ (0 ‰ среди мужского и 119.19 ‰ среди женского населения) в 2011 году (таблица П1-3.2.26).

Полученные результаты показали, что наиболее высокая суицидальная активность проявлялась среди девушек в возрасте 15-19 лет, когда было совершено 18,12 % всех суицидов, и следом идет возраст 20-24 года (13, 54 % всех суицидов). Суммарно суициды женщин в возрасте с 15 до 25 лет составляют 31,7% всех женских суицидов.

Для мужчин критичный период это 30-40 лет, когда совершено 24% всех суицидов.

В зависимости от способа совершения суицида в разрезе изучаемого периода времени преобладающая доля лиц, совершивших суицид путем повешения, удушения и утопления, выявлена в 2012 г. – 3.4‰. В динамике отмечена убыль суицидов, совершенных этим способом с показателем на уровне -43,16% (таблица П1-3.2.27).

При этом выявлено преобладание преднамеренного самоповреждения путем повешения, удушения и утопления (2028 случаев, из них 1559 случаев среди лиц мужского пола и 470 случаев среди лиц женского пола) с наибольшей долей этого способа преднамеренного самоповреждения среди жителей Республики более молодого возраста – 20-24 лет (238 случаев) и 15-19 лет (230 случаев) (таблица 3.2.3.).

Таким образом, по результатам анализа статистической отчетности за 2006-2023 гг. отмечено, что в Кыргызстане сложился неблагоприятный социально-экономический и демографический фон, оказывающий своё влияние на уровень суицидов, особенно среди лиц более молодого возраста, и в то же время наблюдается тенденция занижения официальной статистики. Это подтверждается тесной корреляционной связью суицидов со смертностью от травм, отравлений и других внешних причин ($r= 0,966$, $p=0.0001$), смертностью от случайного утопления ($r= 0,913$, $p=0.0001$), смертностью от неумышленного отравления ($r= 0,901$, $p=0.0001$). Полученные связи говорят о

Таблица 28. Распределение лиц, совершивших суицид по возрасту, полу и способу совершения суицида, абс.

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
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

Возраст	Способ совершения суицида								Всего
	1	2	3	4	5	6	7	8	
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
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

возможном сокрытии суицидов под нечаянным отравлением, утоплением, травмами и рубрикой «иные причины». По показателю «количество пострадавших от травм, отравлений и других воздействий внешних причин» можно косвенно судить о незавершенных суицидах (колеблется от 900 до 1170 чел на 100 тыс. населения), корреляция между показателем суицидов и показателем травм/отравлений на уровне $r=0,807$, $p=0,0001$. Несмотря на то, что во многих литературных источниках уровень суицидов связывают с уровнем бедности, в Кыргызстане корреляционная связь между этими двумя показателями составляет всего $0,626^{**}$, $p=0,001$, а вот связь между суицидами и уровнем безработицы $0,932^{**}$, $p=0,001$.

По данным официальной статистики за период с 2011 по 2023 гг. на территории КР было совершено 5231 суицида, из них 4108 (78,5%) случаев среди мужского и 1123 (21,5%) случая среди женского населения Республики.

Пиковые периоды суицидальной активности имели вариативность в зависимости от области, но в целом уровень распространенности суицидального поведения был самым высоким в 2012 г. с последующим снижением показателя на всем протяжении анализируемого периода. Резкий рост суицидов был выявлен в 2021 году, что соответствует глобальной реакции большей части стран на пандемию COVID-19.

В региональном разрезе наибольший показатель суицидов был зарегистрирован в Чуйской области – 17.22 0/0000 в 2011 году и 11.04 0/0000 в 2023 году (убыль по отношению к 2011 г составила в 2023 г -16.31%) и в Иссык-Кульской области – 21.96 0/0000 в 2011 году и 8.36 0/0000 в 2023 году (убыль по отношению к 2011 г составила в 2023 г -54.08%). Наименьшее количество суицидов было зафиксировано в г. Ош – 1.56 0/0000 в 2011 году и 2.21 0/0000 в 2023 году, и Джалал-Абадской области – 2.3 0/0000 в 2011 году и 1.75 0/0000 в 2023 году.

Следует отметить достаточно существенную разницу в показателе суицидального поведения при его оценке по полу. Гендерное соотношение суицидов составляет 3,5-4 мужских на 1 женский.

Выявлено преобладание преднамеренного самоповреждения путем повешения, удушения и утопления как среди лиц женского, так и мужского пола с преобладанием лиц более молодого возраста – от 15 до 24 лет.

При анализе 5231 суицидентов выявлено, что среди женщин самый критичный период это 15-19 лет, когда было совершено 18,12 % всех суицидов, и следом идет возраст 20-24 года (13, 54 % всех суицидов). Суммарно суициды женщин в возрасте с 15 до 25 лет составляют 31,7% всех женских суицидов.

Для мужчин критичный период это 30-40 лет, когда совершено 24% всех суицидов.

ГЛАВА 4

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КР (РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)

4.1. Социально-демографическая структура и личностные особенности лиц, совершивших суицидальные попытки с определением групп риска

Для анализа факторов, способствующих формированию суицидального поведения, нами было проведено анонимное психодиагностическое тестирование-опрос жителей Кыргызстана с помощью разработанной анкеты-опросника (Опросник суицидального риска в модификации Т. Н. Разуваевой, шкала депрессии Бека, авторская анкета). В проведенном анонимном онлайн-опросе учитывались ответы 2908 человек в возрасте 13-45 лет, родившихся и постоянно проживающих на территории Республики Кыргызстан при условии полного заполнения анкетных данных. В связи с выявленным высоким процентом суицидальных попыток и завершенных суицидов среди подростков, среди опрошенных лиц в отдельную группу были отнесены респонденты в возрасте 13-17 лет. Таким образом, учитывали ответы населения трех групп: подростки в возрасте от 13 до 17 лет включительно (n=737), юноши и девушки в возрасте 18-19 лет (n=569), взрослое население в возрасте 20-45 лет (n=1602). Анализ результатов анкетирования проводился с учетом места жительства респондента (область проживания, проживание в условиях города/села). Половозрастной состав групп представлен в таблице 4.1.1.

В критических ситуациях мысли о суициде возникают у 33,8% респондентов (982 из 2908 опрошенных), при этом среди мужчин этот показатель составляет 31,2% (294 из 941 анкетлируемых), а среди женщин – 35% (688 из 1967 респондентов). Обращает на себя внимание то, что среди

Таблица 4.11 - Половозрастной состав групп опрошенных жителей Кыргызстана с учетом области проживания

		Распределение анкетированных по полу, возрасту и месту проживания																							
Возраст	Пол	Иссык-Кульская обл.			Джалал-Абадская обл.			Нарынская обл.			Баткенская обл.			Ошская обл.			Таласская обл.			Чуйская обл.			Общее количество		
		Абс	%	m±	Абс	%	m±	Абс	%	m±	Абс	%	m±	Абс	%	m±	Абс	%	m±	Абс	%	m±	Абс	%	m±
13-17 лет	М	24	28,6	4,9	11	22,4	6,0	8	29,6	8,8	11	64,7	11,6	30	46,2	6,2	11	42,3	9,7	140	29,9	2,1	235	31,9	1,7
	Ж	60	71,4	4,9	38	77,6	6,0	19	70,4	8,8	6	35,3	11,6	35	53,8	6,2	15	57,7	9,7	329	70,1	2,1	502	68,1	1,7
	все	84	100		49	100		27	100		17	100		65	100		26	100		469	100		737	100	
18-19 лет	М	11	34,4	8,4	18	39,1	7,2	13	40,6	8,7	7	36,8	11,1	15	42,9	8,4	6	42,9	13,2	158	40,4	2,5	228	40,1	2,1
	Ж	21	65,6	8,4	28	60,9	7,2	19	59,4	8,7	1,5	63,2	11,1	20	57,1	8,4	8	57,1	13,2	233	59,6	2,5	341	59,9	2,1
	все	32	100		46	100		32	100		19	100		35	100		14	100		391	100		569	100	
20-45 лет	М	14	17,5	4,2	34	60,7	6,5	11	26,8	6,9	11	57,9	11,3	14	48,3	9,3	8	40,0	11,0	386	28,4	1,2	478	29,8	1,1
	Ж	66	82,5	4,2	22	39,3	6,5	30	73,2	6,9	4,7	42,1	11,3	15	51,7	9,3	12	60,0	11,0	971	71,6	1,2	1124	70,2	1,1
	все	80	100		56	100		41	100		19	100		29	100		20	100		1357	100		1602	100	
Всего	М	49	25,0	3,1	63	41,7	4,0	32	32,0	4,7	29	52,7	6,7	59	45,7	4,4	25	41,7	6,4	684	30,9	1,0	941	32,4	0,9
	Ж	147	75,0	3,1	88	58,3	4,0	68	68,0	4,7	5,5	47,3	6,7	70	54,3	4,4	35	58,3	6,4	1533	69,1	1,0	1967	67,6	0,9
	все	196	100		151	100		100	100		55	100		129	100		60	100		2217	100		2908	100	
Город	М	25	29,1	4,9	31	44,3	5,9	18	37,5	7,0	13	59,1	10,5	48	47,5	5,0	11	47,8	10,4	637	31,3	1,0	783	32,8	1,0
	Ж	61	70,9	4,9	39	55,7	5,9	30	62,5	7,0	2,5	40,9	10,5	53	52,5	5,0	12	52,2	10,4	1397	68,7	1,0	1601	67,2	1,0
	все	86	100		70	100		48	100		22	100		101	100		23	100		2034	100		2384	100	
Село	М	24	21,8	3,9	32	39,5	5,4	14	26,9	6,2	16	48,5	8,7	11	39,3	9,2	14	37,8	8,0	47	25,7	3,2	158	30,2	2,0
	Ж	86	78,2	3,9	49	60,5	5,4	38	73,1	6,2	5,3	51,5	8,7	17	60,7	9,2	23	62,2	8,0	136	74,3	3,2	366	69,8	2,0
	все	110	100		81	100		52	100		33	100		28	100		37	100		183	100		524	100	
Всего	М	49	25,0	3,1	63	41,7	4,0	32	32,0	4,7	29	52,7	6,7	59	45,7	4,4	25	41,7	6,4	684	30,9	1,0	941	32,4	0,9
	Ж	147	75,0	3,1	88	58,3	4,0	68	68,0	4,7	5,5	47,3	6,7	70	54,3	4,4	35	58,3	6,4	1533	69,1	1,0	1967	67,6	0,9
	все	196	100		151	100		100	100		55	100		129	100		60	100		2217	100		2908	100	

респондентов возрастной группы 13-17 лет наличие этих мыслей отметили 49,5% (365 из 737 человек), в возрастной группе 18-19 лет – у 44,5% (253 из 569), в 20-45 лет у 22,7% (364 из 1602), то есть с возрастом данный показатель значительно снижается. Более детально данные отражены в таблице 4.1.2.

Выявлено, что 20,9% (607 из 2908 опрошенных) в прошлом совершали попытку суицида, при этом среди мужчин этот показатель составляет 18,5% (174 из 941 анкетированных), а среди женщин – 22% (433 из 1967 респондентов). Более детально данные отражены в таблице 4.1.3.

Выявлено депрессивное состояние у 38,8% опрошенных, причем у 12,8% на уровне клинической депрессии, требующей медикаментозного вмешательства.

Регрессионный анализ показал, что на причину суицида наиболее существенное влияние может оказывать статус отношений (одиночество, развод, нестабильность отношений) и наличие психопатологии (аффективные и пограничные расстройства). В меньшей степени влияние могут оказывать социальный статус и место проживания (область и район село/город). На метод совершения суицидальной попытки наиболее существенное влияние могут оказывать пол и наличие психопатологии.

При анонимном анкетировании респондентов также были заданы вопросы о наличии злоупотребления ими ПАВ (о курении, употреблении спиртных напитков, наркотических веществ) и компьютерной зависимости.

Так, 19,52% подростков и 14,47% лиц старше 18 лет зависимы от компьютерных игр, социальных сетей и т.п. (рисунок 4.1.1).

При этом зависимости от компьютера в большей степени подвержены лица мужского пола (33,41%), проживающие в городских условиях (15,77%) на территории Баткенской (25,45%) и Ошской областей (23,49%).

Курение характерно для лиц старше 18 лет (29,71%) мужского пола (39,44%), проживающих в условиях сельской местности (27,5%) на территории Нарынской (35%) и Ошской областей (30,14%) (рисунок 4.1.2).

Таблица 4.1.2 – Возрастно-половой состав опрошенных лиц с мыслями о суициде в критической ситуации с учетом региона проживания в разрезе областей

Возраст	Пол	Область по прописке										Всего					
		Иссык-Кульская обл. (n=196, из них п город=86, п село=110)		Джалал-Абадская обл. (n=151, из них п город=70, п село=81)		Нарынская обл. (n=100, из них п город=48, п село=52)		Баткенская обл. (n=55, из них п город=22, п село=33)		Ошская обл. (n=129, из них п город=101, п село=28)		Таласская обл. (n=60, из них п город=23, п село=37)		Чуйская обл. (n=2217, из них п город=2034, п село=183)		Всего (n=2908, из них п город=2384, п село=524)	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
13-17 (n=737)	все	58	69,0	26	53,1	12	44,4	5	29,4	16	24,6	8	30,8	251	53,5	365	49,5
	М	16	66,7	7	63,6	2	25,0	4	36,4	8	26,7	3	27,3	57	40,7	97	41,3
18-19 (n=569)	Ж	42	70,0	19	50,0	10	52,6	1	16,7	8	22,9	5	33,3	183	55,6	268	53,4
	все	22	68,8	24	52,2	15	46,9	9	47,4	26	74,3	6	42,9	140	35,8	253	44,5
	М	6	54,5	6	33,3	3	23,1	4	57,1	11	73,3	2	33,3	41	25,9	73	32,0
	Ж	16	76,2	18	64,3	12	63,2	5	41,7	15	75,0	4	50,0	110	47,2	180	52,8
20-45 (n=1602)	все	27	33,8	20	35,7	22	53,7	8	42,1	21	72,4	10	50,0	256	18,9	364	22,7
	М	7	50,0	7	20,6	6	54,5	4	36,4	8	57,1	2	25,0	90	23,3	124	25,9
	Ж	20	30,3	13	59,1	16	53,3	4	50,0	13	86,7	8	66,7	166	17,1	240	21,4
	Всего (n=2908)	107	54,6	70	46,4	49	49,0	22	40,0	63	48,8	24	40,0	647	29,2	982	33,8
	М	29	59,2	20	31,7	11	34,4	12	41,4	27	45,8	7	28,0	188	27,5	294	31,2
	Ж	78	53,1	50	56,8	38	55,9	10	38,5	36	51,4	17	48,6	459	29,9	688	35,0
Город	все	64	74,4	32	45,7	19	39,6	9	40,9	49	48,5	11	47,8	600	29,5	784	32,9
	М	18	72,0	10	32,3	5	27,8	5	38,5	21	43,8	4	36,4	174	27,3	237	30,3
	Ж	46	75,4	22	56,4	14	46,7	4	44,4	28	52,8	7	58,3	426	30,5	547	34,2
	все	43	39,1	38	46,9	30	57,7	13	39,4	14	50,0	13	35,1	47	25,7	198	37,8
Село	М	11	45,8	10	31,3	6	42,9	7	43,8	6	54,5	3	21,4	14	29,8	57	36,1
	Ж	32	37,2	28	57,1	24	63,2	6	35,3	8	47,1	10	43,5	33	24,3	141	38,5
Всего	все	107	54,6	70	46,4	49	49,0	22	40,0	63	48,8	24	40,0	647	29,2	982	33,8
	М	29	59,2	20	31,7	11	34,4	12	41,4	27	45,8	7	28,0	188	27,5	294	31,2
	Ж	78	53,1	50	56,8	38	55,9	10	38,5	36	51,4	17	48,6	459	29,9	688	35,0

Таблица 4.1.3 – Возрастно-половой состав опрошенных лиц с попыткой суицида в прошлом с учетом региона проживания в разрезе областей

Возраст	Пол	Область по прописке																	
		Иссык-Кульская обл. (n=196, из них п город=86, п село=110)		Джалал-Абадекая обл. (n=151, из них п город=70, п село=81)		Нарынская обл. (n=100, из них п город=48, п село=52)		Баткенская обл. (n=55, из них п город=22, п село=33)		Ошская обл. (n=129, из них п город=101, п село=28)		Таласская обл. (n=60, из них п город=23, п село=37)		Чуйская обл. (n=2217, из них п город=2034, п село=183)		Всего (n=2908, из них п город=2384, п село=524)			
		Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
13-17 (n=737)	Все	14	16,7	7	14,3	4	14,8	3	17,6	10	15,4	4	15,4	95	20,3	137	18,6		
	М	3	12,5	1	9,1	1	12,5	1	9,1	4	13,3	1	9,1	27	19,3	38	16,2		
	Ж	11	18,3	6	15,8	3	15,8	2	33,3	6	17,1	3	20,0	68	20,7	99	19,7		
18-19 (n=569)	Все	9	28,1	12	26,1	8	25,0	4	21,1	8	22,9	3	21,4	105	26,9	149	26,2		
	М	2	18,2	3	16,7	3	23,1	1	14,3	2	13,3	1	16,7	36	22,8	48	21,1		
	Ж	7	33,3	9	32,1	5	26,3	3	25,0	6	30,0	2	25,0	69	29,6	101	29,6		
20-45 (n=1602)	Все	24	30,0	12	21,4	11	26,8	5	26,3	6	20,7	6	20,7	5	25,0	258	19,0	321	20,0
	М	3	21,4	3	8,8	3	27,3	3	27,3	3	21,4	2	25,0	2	25,0	71	18,4	88	18,4
	Ж	21	31,8	9	40,9	8	26,7	2	25,0	3	20,0	3	20,0	3	25,0	187	19,3	233	20,7
Всего (n=2908)	Все	47	24,0	31	20,5	23	23,0	12	21,8	24	18,6	12	20,0	458	20,7	607	20,9	174	18,5
	М	8	16,3	7	11,1	7	21,9	5	17,2	9	15,3	4	16,0	134	19,6	174	18,5	174	18,5
	Ж	39	26,5	24	27,3	16	23,5	7	26,9	15	21,4	8	22,9	324	21,1	433	22,0	433	22,0
Город	Все	20	23,3	13	18,6	10	20,8	5	22,7	19	18,8	7	30,4	415	20,4	489	20,5	489	20,5
	М	4	16,0	3	9,7	4	22,2	2	15,4	7	14,6	3	27,3	122	19,2	145	18,5	145	18,5
	Ж	16	26,2	10	25,6	6	20,0	3	33,3	12	22,6	4	33,3	293	21,0	344	21,5	344	21,5
Село	Все	27	24,5	18	22,2	13	25,0	7	21,2	5	17,9	5	13,5	43	23,5	118	22,5	118	22,5
	М	4	16,7	4	12,5	3	21,4	3	18,8	2	18,2	1	7,1	12	25,5	29	18,4	29	18,4
	Ж	23	26,7	14	28,6	10	26,3	4	23,5	3	17,6	4	17,4	31	22,8	89	24,3	89	24,3
Всего	Все	47	24,0	31	20,5	23	23,0	12	21,8	24	18,6	12	20,0	458	20,7	607	20,9	174	18,5
	М	8	16,3	7	11,1	7	21,9	5	17,2	9	15,3	4	16,0	134	19,6	174	18,5	174	18,5
	Ж	39	26,5	24	27,3	16	23,5	7	26,9	15	21,4	8	22,9	324	21,1	433	22,0	433	22,0

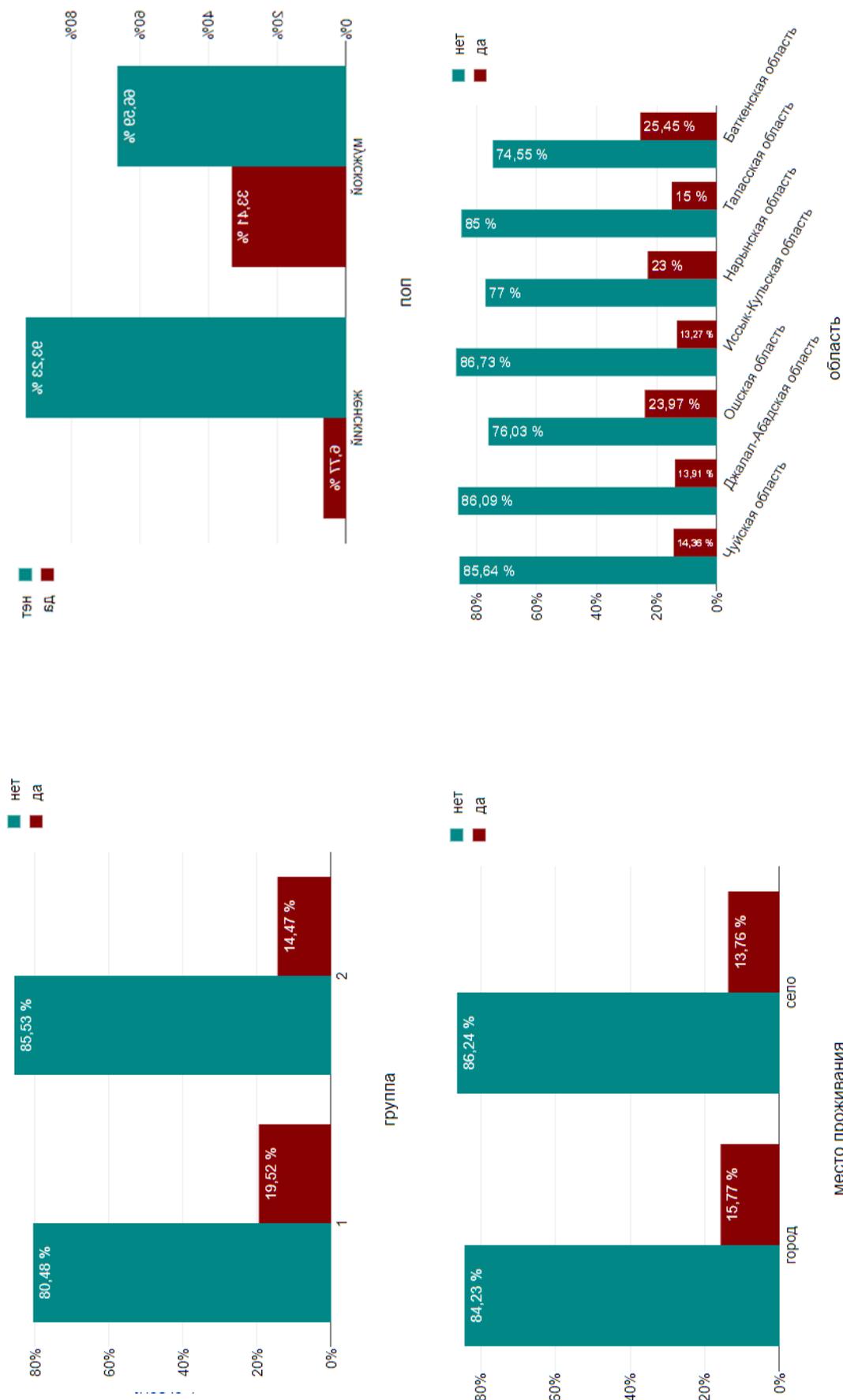


Рисунок 4.1.1 - Компьютерная зависимость у лиц анализируемой выборки в разрезе возрастной группы, пола, места и области проживания

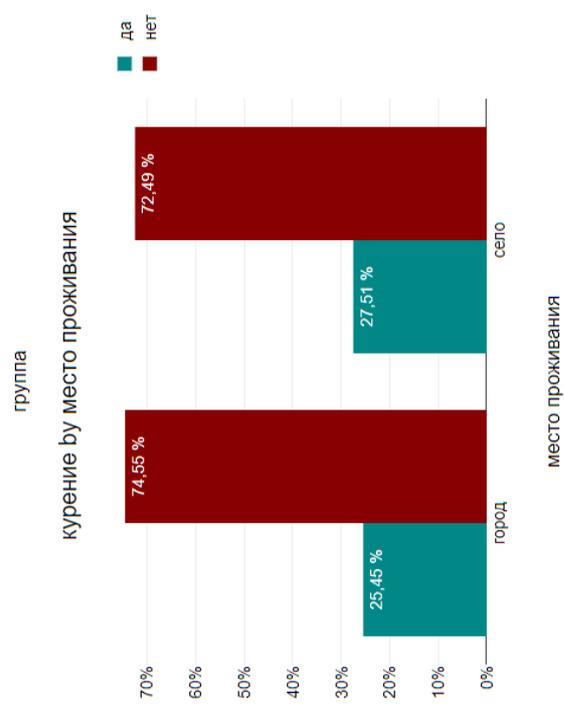
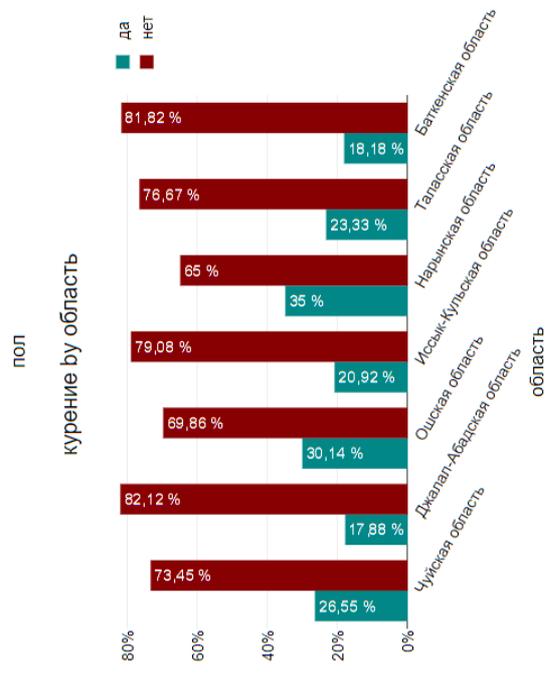
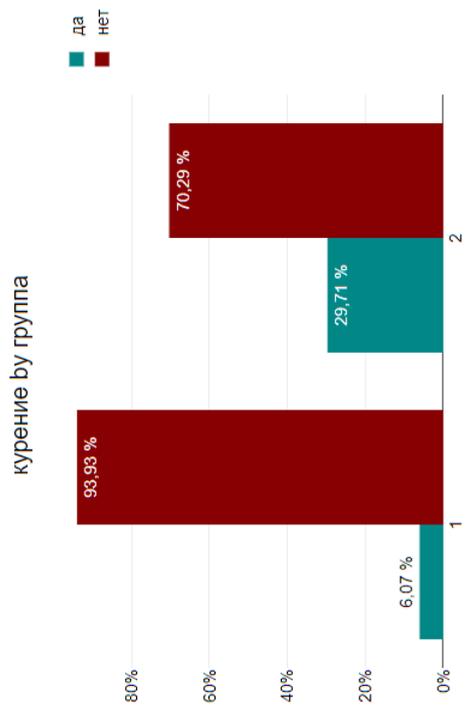
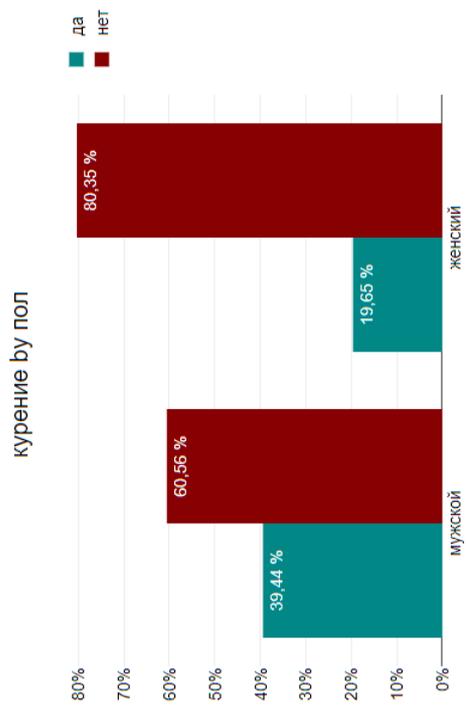


Рисунок 4.1.2 - Табачная зависимость у лиц анализируемой выборки в разрезе возрастной группы, пола, места и области проживания

Употребление алкоголя чаще 1 раза в неделю характерно для лиц старше 18 лет (8,26%) мужского пола (10,56%), проживающих в условиях сельской местности (7,43%) на территории Баткенской области (12,73%) (рисунок 3.1.3).

Употребляли наркотические средства, в том числе и легкие, более 5 раз, чаще лица старше 18 лет (8,3%) мужского пола (15,63%), проживающих в условиях города (7,47%) на территории Нарынской области (12%) (рисунок 4.1.4).

Тяжелые наркотические средства пробовали чаще лица старше 18 лет (3,47%) мужского пола (6,14%), проживающих в условиях сельской местности (3,99%) на территории Баткенской области (9,09%) (рисунок 4.1.5).

Дополнительно среди подгруппы подростков была проведена психодиагностика наличия и уровня депрессии с помощью шкалы депрессии А.Т. Бека. Согласно полученным результатам у подростков средний показатель уровня депрессии находился в пределах 6,7 баллов (легкая депрессия) с преобладанием более тяжелой депрессии среди лиц женского пола (7,5 баллов) (рисунок 4.1.6), в условиях города на территории Баткенской области (17 баллов) и Таласской (11 баллов) областей, а также лиц женского пола, проживающих в сельской местности (9,27 баллов). Кроме того, было отмечено возрастание уровня депрессии в среднем до 9 баллов у подростков, указавших на причину суицида в виде буллинга и насилия. Это может быть связано с реальностью данных факторов в жизни подростков, на что они и пытаются указать при опросе (рисунок 4.1.7).

В процессе анализа полученных данных среди подростков, совершивших попытку суицида, уровень депрессии был выше, чем у подростков без попыток суицида в прошлом (рисунок 4.1.8).

Мысли о суициде так же могут быть обусловлены возрастанием тяжести депрессии (11,24) в процессе переживания подростком трудных жизненных ситуаций (рисунок 4.1.9). Это может быть обусловлено и взаимным влиянием

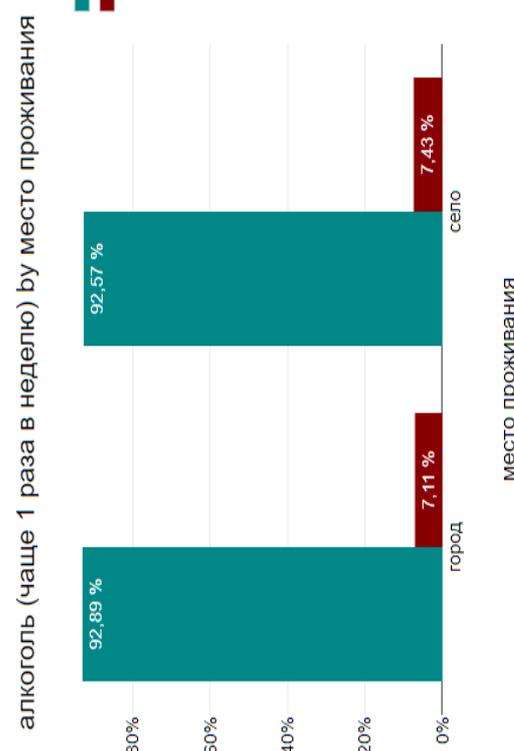
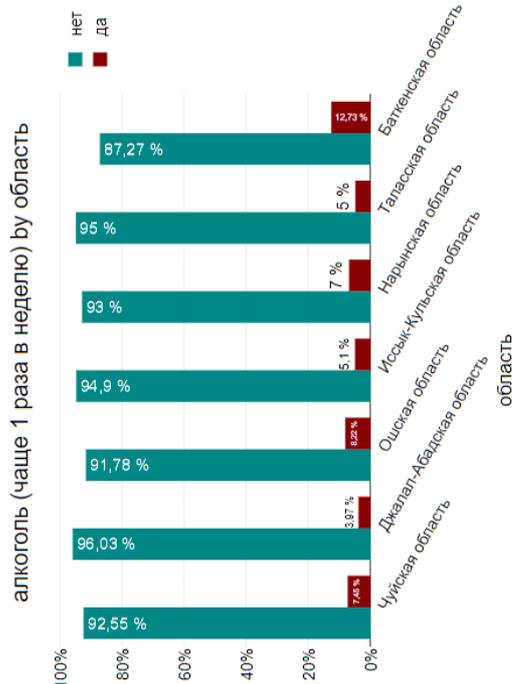
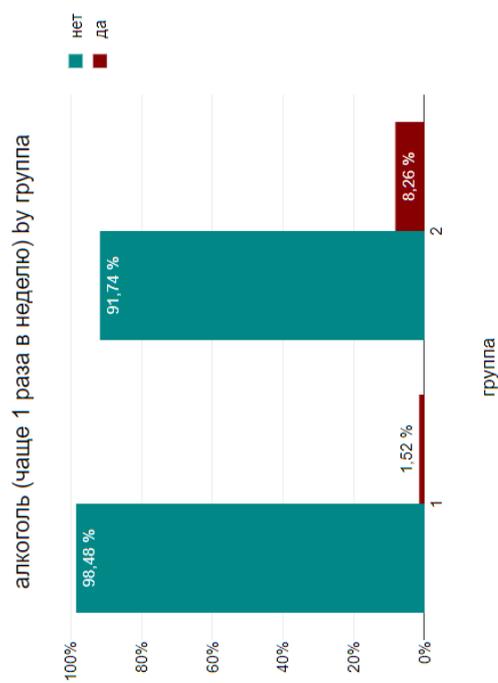
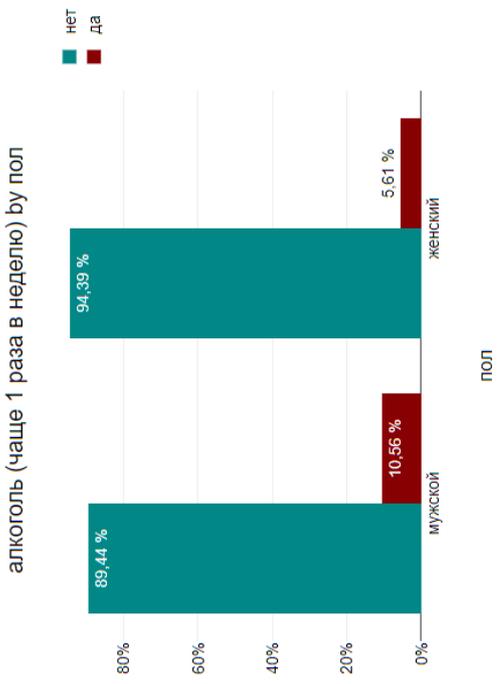
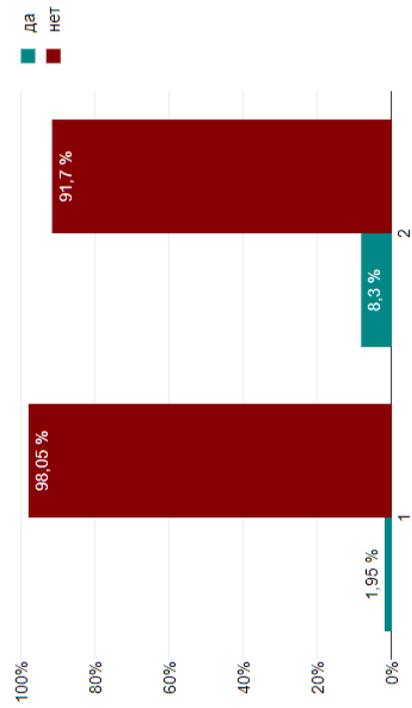
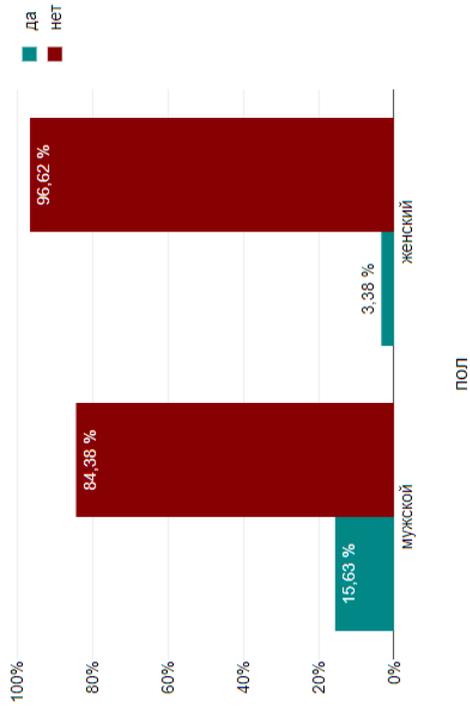


Рисунок 4.1.3 - Алкогольная зависимость у лиц анализируемой выборки в разрезе возрастной группы, пола, места и области проживания

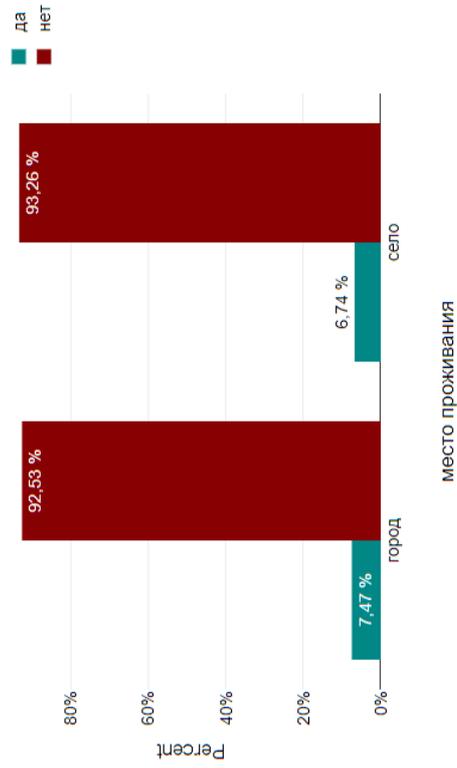
употребление наркотических средств более 5 раз by группа



употребление наркотических средств более 5 раз by пол



потребление наркотических средств более 5 раз by место проживания:



употребление наркотических средств более 5 раз by область

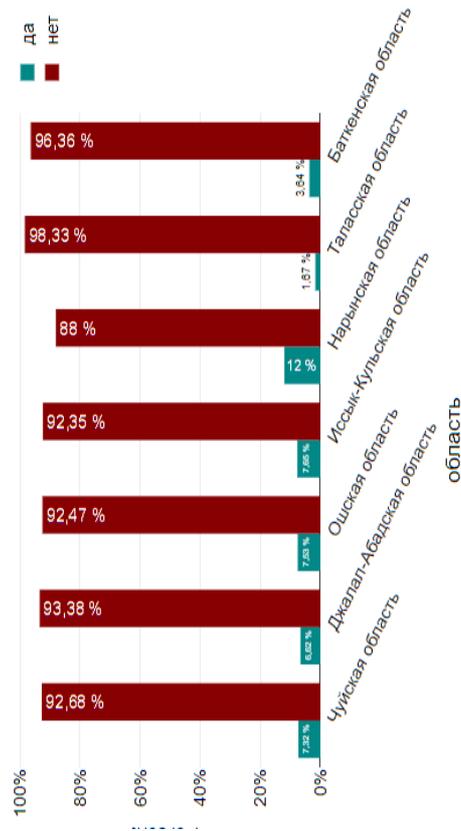


Рисунок 4.1.4 - Употребление легких наркотиков лицами анализируемой выборки в разрезе возрастной группы, пола, места и области проживания

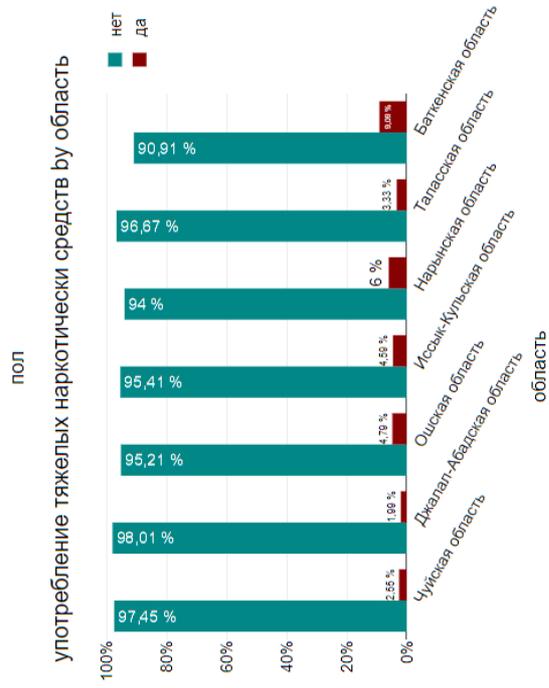
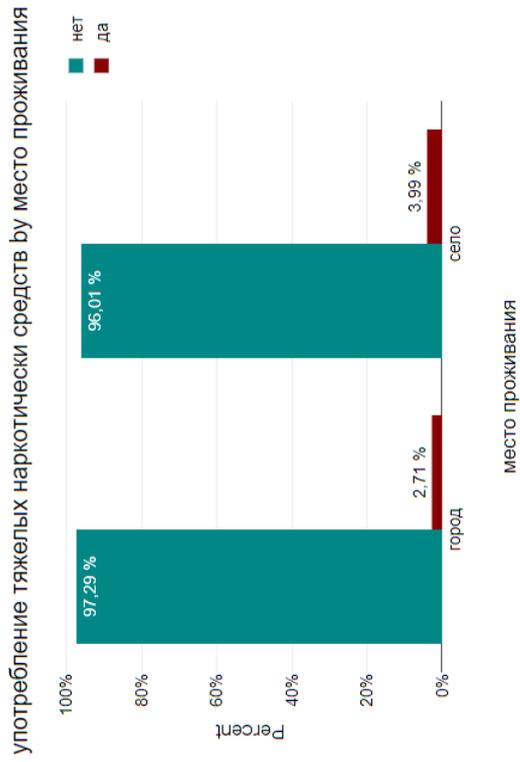
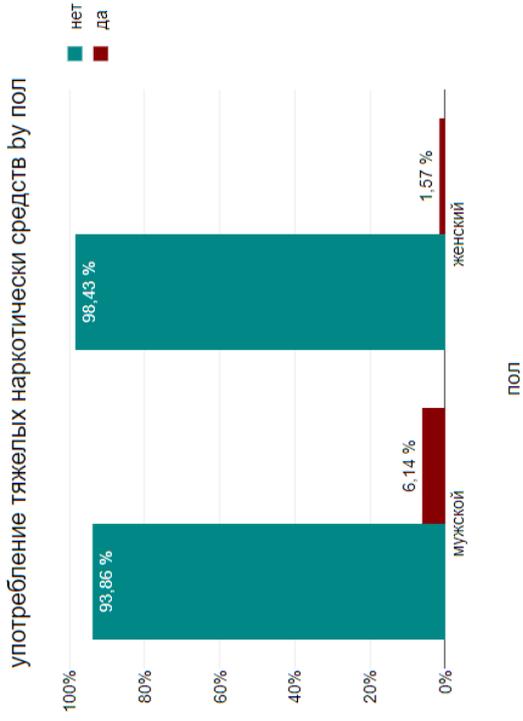
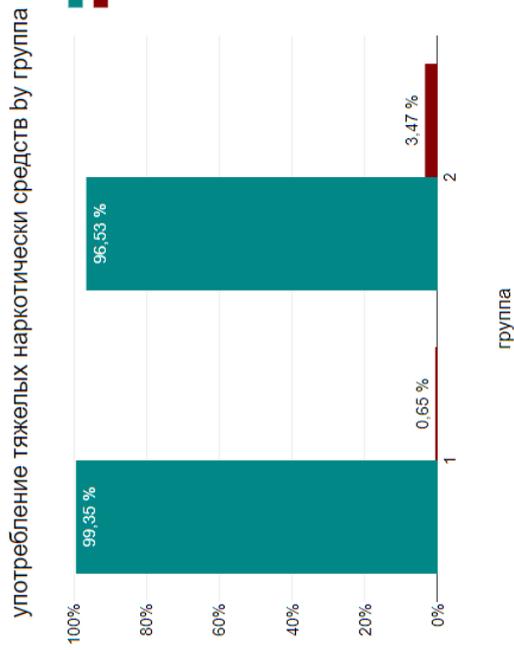


Рисунок 4.1.5 - Употребление тяжелых наркотиков лицами анализируемой выборки в разрезе возрастной группы, пола, места и области проживания

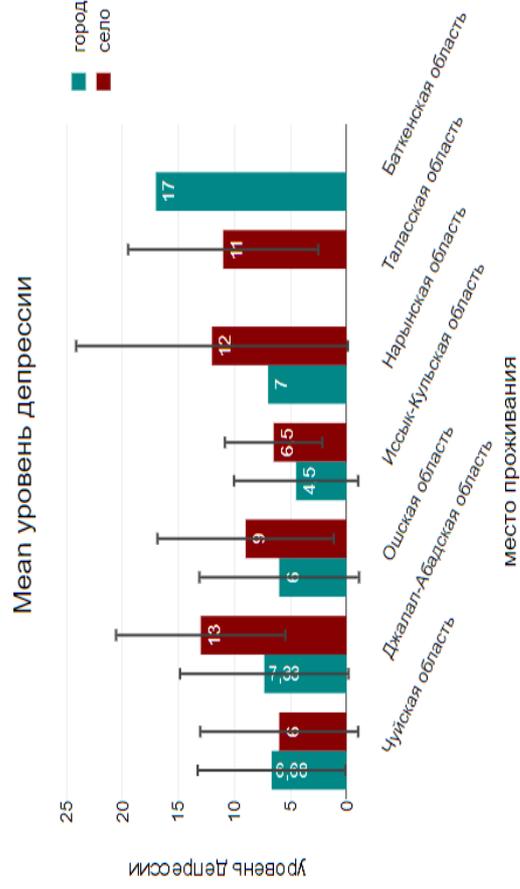
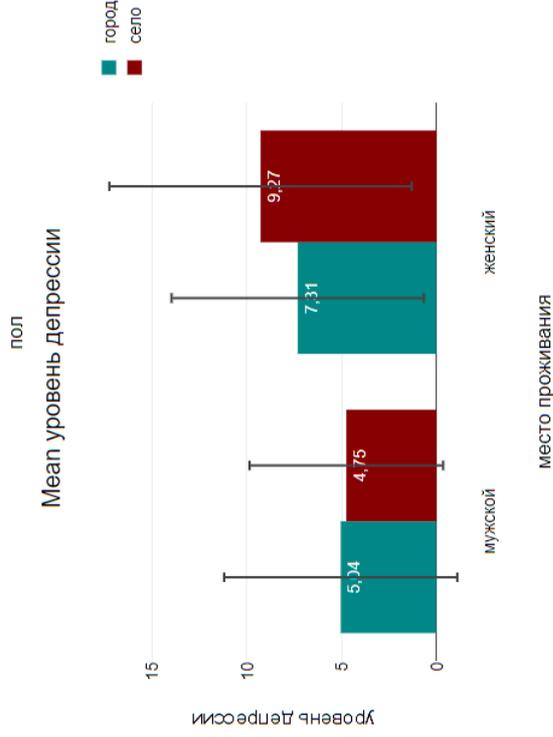
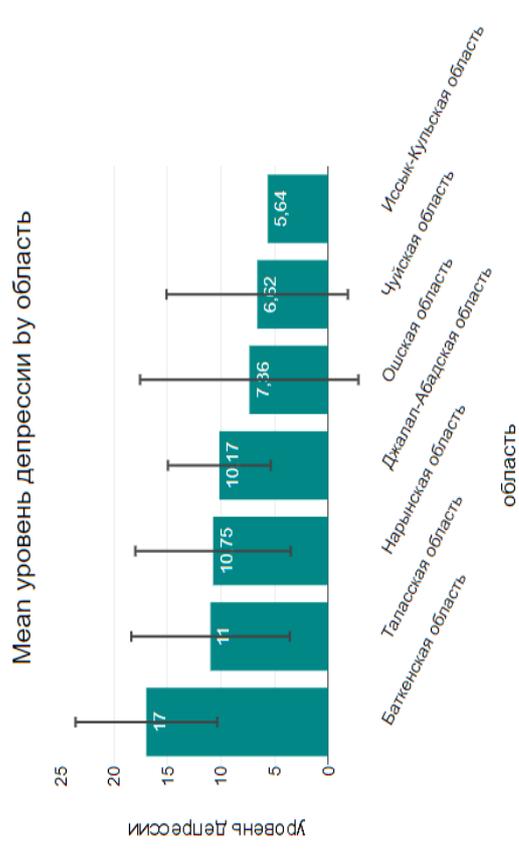
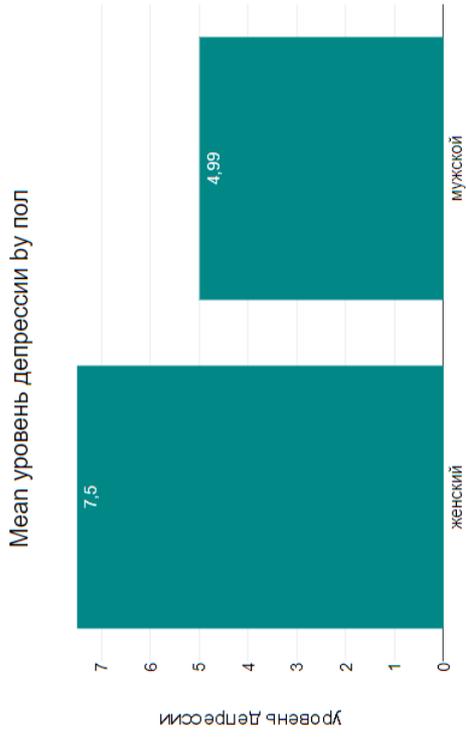


Рисунок 4.1.6 - Уровень депрессии среди подростков анализируемой выборки в разрезе пола, места и области проживания

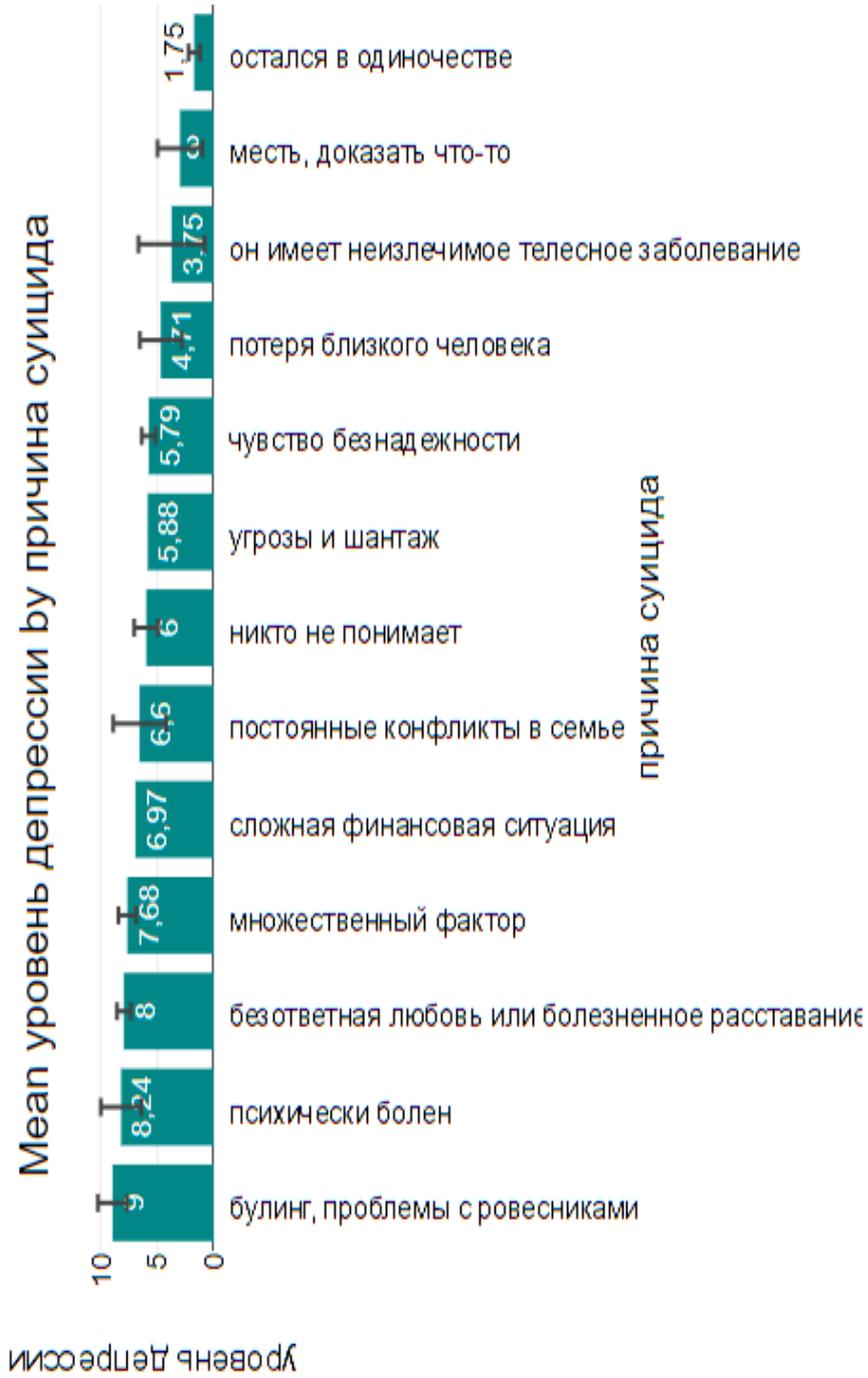


Рисунок 4.1.7 - Уровень депрессии среди подростков анализируемой выборки в разрезе причины суицида

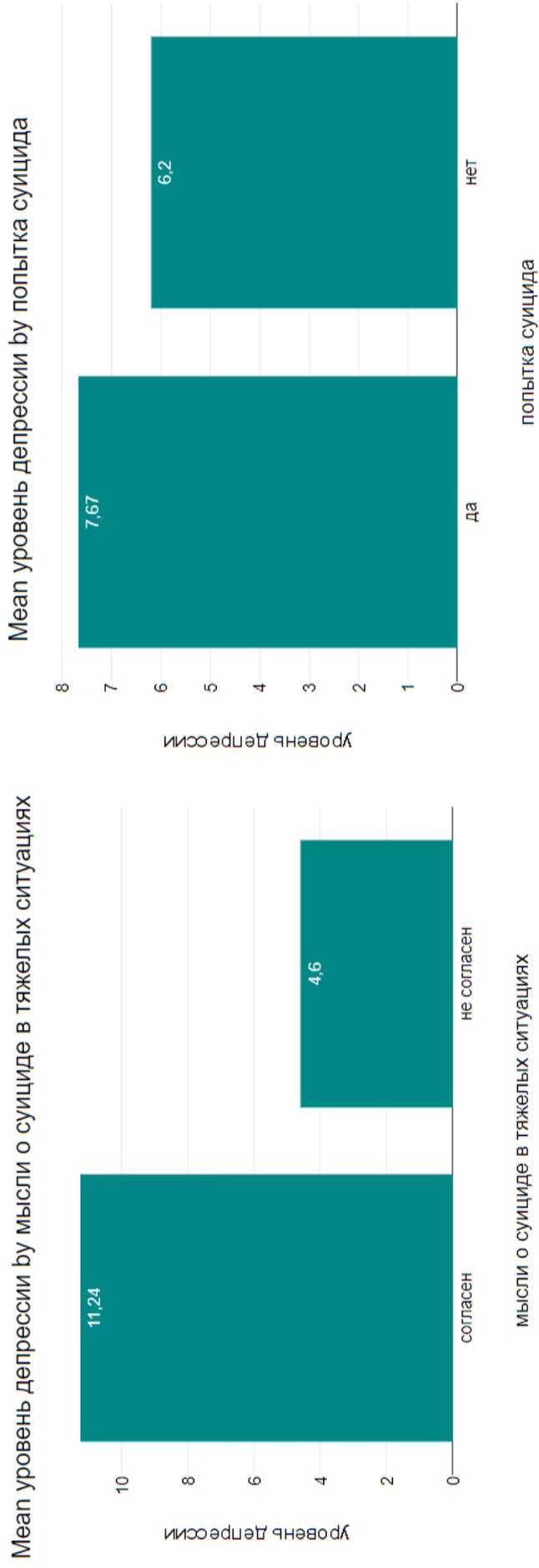


Рисунок 4.1.8 - Уровень депрессии среди подростков анализируемой выборки в разрезе мыслей о самоубийстве и попытках суицида



Рисунок 4.1.9 - Связь депрессии и факторов риска суицида среди подростков анализируемой выборки

факторов риска суицида, которые коррелировали с уровнем депрессии на уровне $r = ,520$ для демонстративности, на уровне $r = 0,441$ для аффективности, на уровне $r = 0,578$ для уникальности, на уровне $r = 0,709$ для несостоятельности, на уровне $r = 0,645$ для временной перспективы, на уровне $r = 0,411$ для социального пессимизма и на уровне $r = 0,345$ для максимализма. При этом выявлена отрицательная корреляционная связь уровня депрессии и антисуицидального фактора на уровне $r = -0,405$ (рисунок 4.1.10).

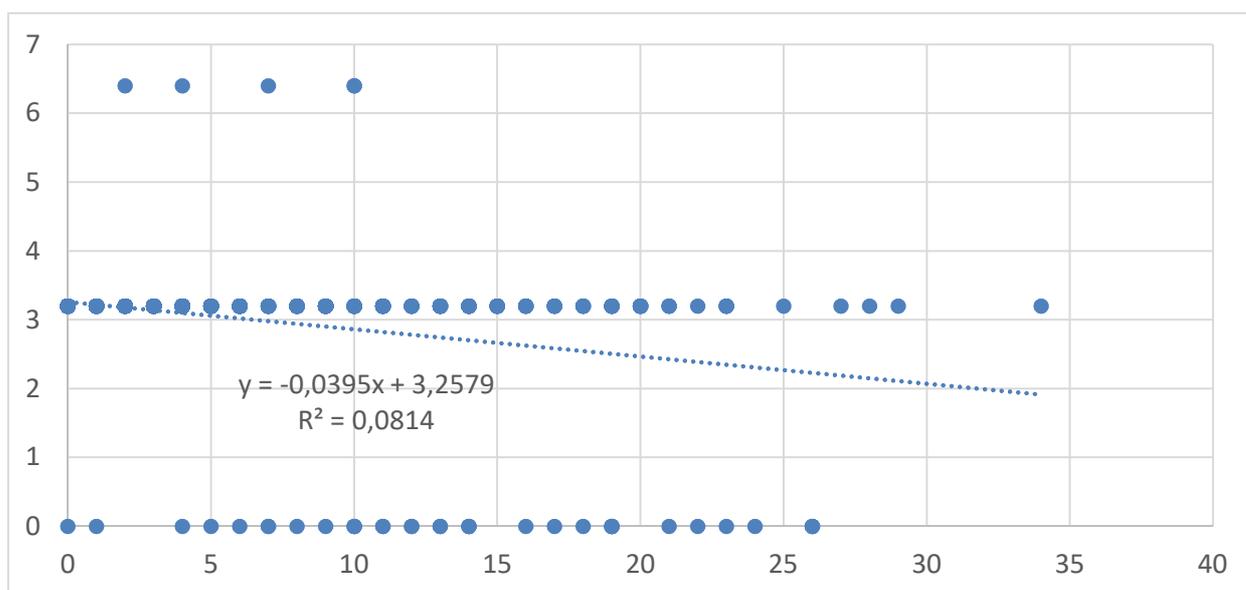
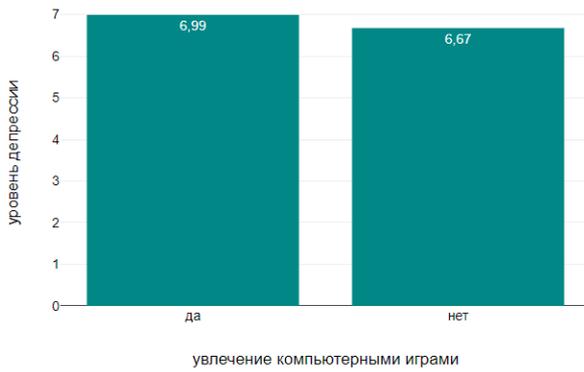


Рисунок 4.1.10 - Связь депрессии и антисуицидального фактора среди подростков анализируемой выборки

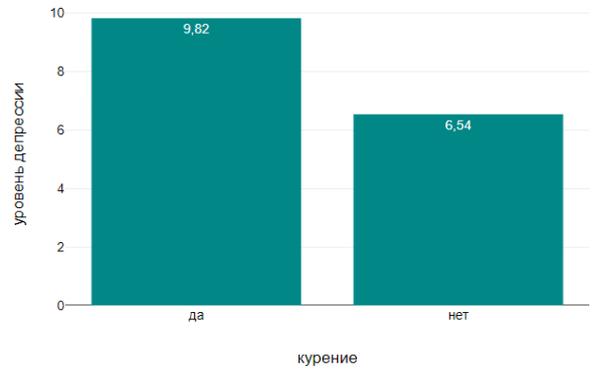
У подростков с наличием зависимостей были так же отмечены более высокие показатели депрессии (рисунок 4.1.11). В большей степени депрессия была связана с курением (в среднем 9,82 балла), с употреблением алкоголя (в среднем 12,57 баллов), с употреблением наркотических веществ как в легкой (в среднем 13,33 баллов), так и в их тяжелой форме (в среднем 12,67 баллов).

В противовес этому, у подростков с верой в возможность выхода из любой ситуации уровень депрессии был ниже (6,05), тогда как среди подростков без веры в разрешение ситуации всем возможными методами уровень депрессии был выше и составил в среднем 12,6 баллов (рисунок 4.1.12).

Mean уровень депрессии by увлечение компьютерными играми



Mean уровень депрессии by курение



Mean уровень депрессии by алкоголь (чаще 1 раза в неделю)

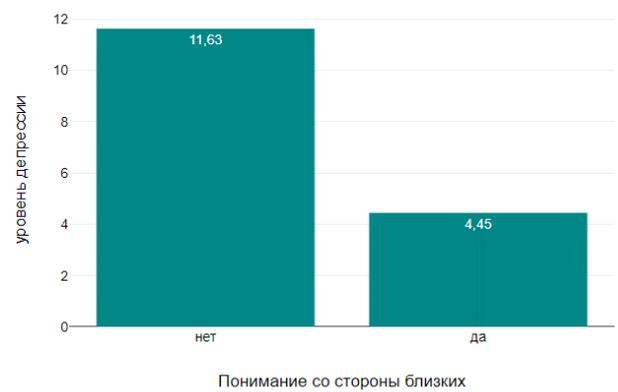
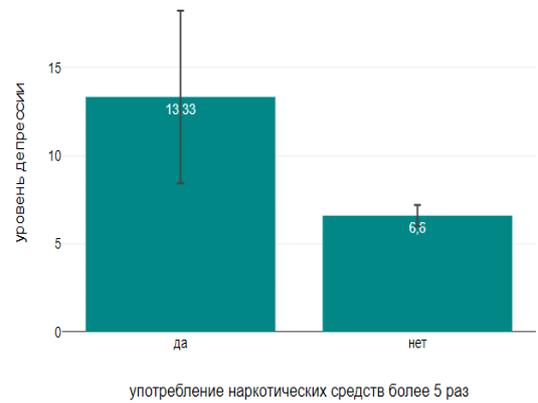
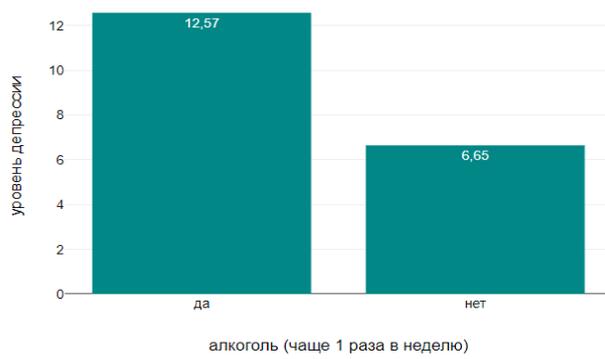


Рисунок 4.1.11 - Уровень депрессии среди подростков анализируемой выборки в разрезе зависимостей



Рисунок 4.1.12 - Уровень депрессии среди подростков анализируемой выборки при наличии/отсутствии веры в возможность выхода из любой ситуации

4.2. Мотивы, факторы риска совершения суицидов в старшем подростковом возрасте с учетом основных блок-факторов, предупреждающих попытку самоубийства в старшем подростковом возрасте

Результаты психодиагностики по методике Опросник суицидального риска Шмелева А.Г. в модификации Т.Н. Разуваевой оценивались отдельно в группах подростков и взрослого населения. Результаты выявления наличия и выраженности факторов суицидального риска, а также наличия антисуицидального фактора среди опрошенных оцениваемых групп (подростки и взрослые) показали статистически значимые отличия между возрастными группами по степени выраженности ряда факторов суицидального риска (рисунок 4.2.1).

Так, были выявлены статистически значимые отличия между анализируемыми группами по показателям выраженности таких факторов суицидального риска, как:

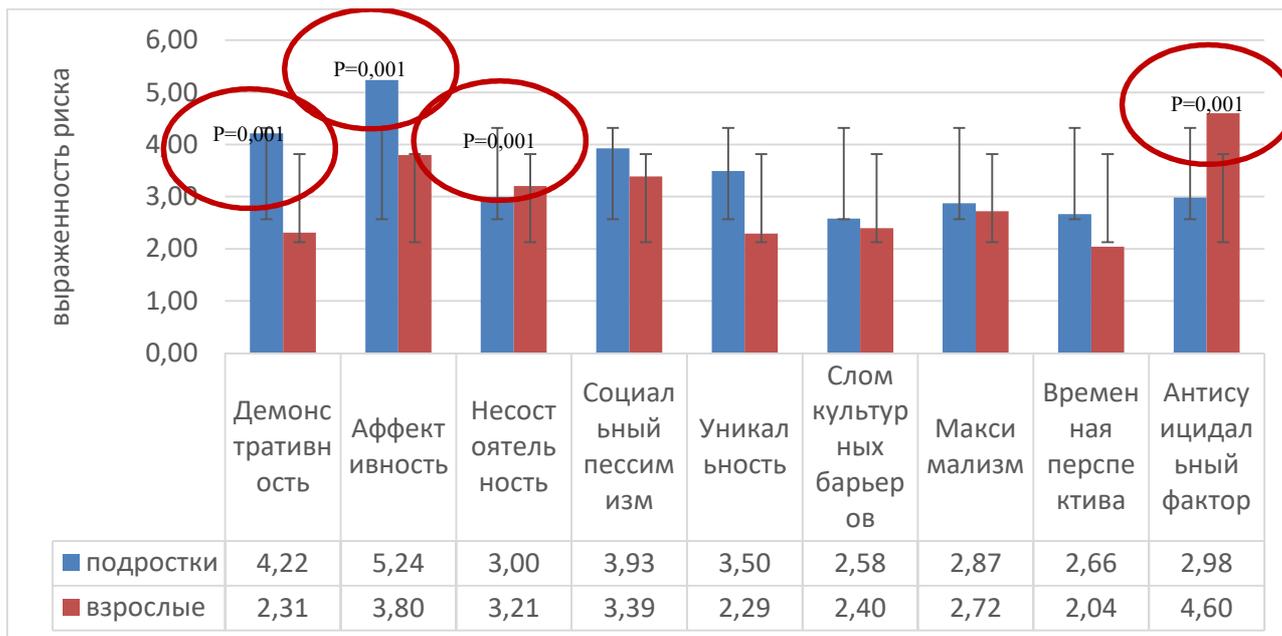


Рисунок 4.2.1. Средние показатели по шкалам выраженности факторов суицидального риска среди анализируемых групп

- демонстративность на уровне $p=0,001$ – 4,22 баллов в группе подростков, 2,31 баллов в группе взрослого населения;
- аффективность на уровне $p=0,001$ – 5,24 баллов в группе подростков, 3,8 баллов в группе взрослого населения;
- уникальность на уровне $p=0,001$ – 3,5 баллов в группе подростков, 2,29 баллов в группе взрослого населения;
- антисуицидальный фактор на уровне $p=0,001$ – 2,98 баллов в группе подростков, 4,6 баллов в группе взрослого населения.

Рассматривая отдельно показатели в каждой из групп можно отметить, что среди подростков характерным является наличие таких факторов суицидального риска, как аффективность с максимальной выраженностью у 109/461 (23,6%) лиц анализируемой группы, максимальная выраженность демонстративности – у 39/461 (8,45%) подростков, максимальная выраженность уникальности – у 27/461 (5,85%) лиц анализируемой выборки, максимальная выраженность несостоятельности – у 21/461 (4,5%) подростков, максимальная выраженность социального пессимизма – у 33/461 (7,15%) подростков, максимальная

выраженность слома культурных барьеров – у 9/461 (1,95%) подростков, максимальная выраженность максимализма – у 88/461 (19%) подростков, максимальная выраженность временной перспективы – у 10/461 (2,16%) лиц анализируемой выборки (рисунок 4.2.2). При этом отмечено наличие максимально выраженного антисуицидального фактора только у 5/461 (1,08%) подростков. Несколько иное распределение было отмечено среди лиц второй группы (взрослое население). Так, среди взрослого населения факторы суицидального риска были менее выражены, фактор аффективности с максимальной его выраженностью был выявлен у 243/2447 (9,9%) лиц анализируемой группы, максимальная выраженность демонстративности – у 67/2447 (2,73%) опрошенных, максимальная выраженность уникальности – у 77/2447 (3,14%) опрошенных, максимальная выраженность несостоятельности – у 114/2447 (4,66%) опрошенных, максимальная выраженность социального пессимизма – у 116/2447 (4,74%) опрошенных, максимальная выраженность слома культурных барьеров – у 52/2447 (2,1%) опрошенных, максимальная выраженность максимализма – у 459/2447 (18,7%) опрошенных, максимальная выраженность временной перспективы – у 44/2447 (1,8%) лиц анализируемой выборки. При этом отмечено наличие максимально выраженного антисуицидального фактора у 1282/2447 (52,4%) опрошенных этой группы.

Анализ данных показал более сильную выраженность аффективного фактора риска суицида в группе подростков среди лиц женского пола, проживающих в сельской местности – 5,72 балла (рисунок 4.2.3), а также более сильную выраженность аффективного фактора риска суицида в группе подростков в разрезе областей в сравнении с группой лиц старше 18 лет (рисунок 4.2.4). У подростков с высоким уровнем аффективности, проживающих на территории Таласской обл. (мужской пол – 6,6) и Джалал-Абадской обл. (женский пол – 6,23) существует готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально. В крайнем варианте – может быть отмечена аффективная блокада интеллекта.

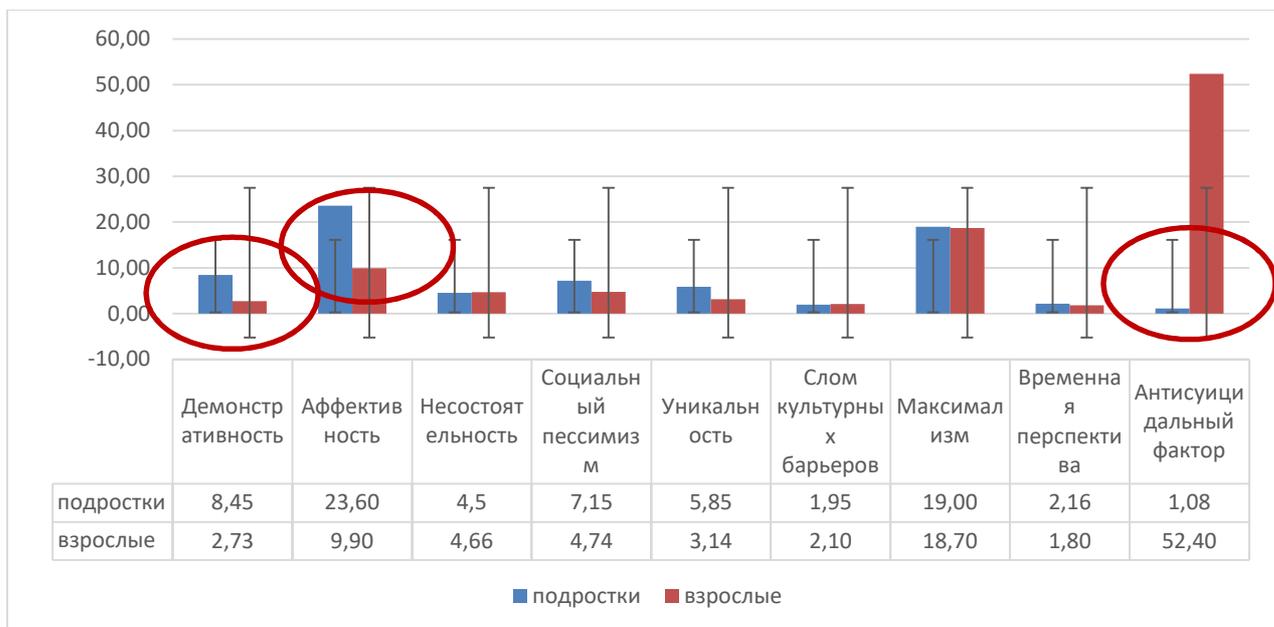


Рисунок 4.2.2 - Максимальная выраженность факторов суицидального риска среди лиц анализируемой выборки в зависимости от возрастной группы

Была выявлена более сильная выраженность демонстративности, как фактора риска суицида, в группе подростков среди лиц женского пола, проживающих в сельской местности – 4,32 балла (рисунок 4.2.5), а также более сильную выраженность демонстративности фактора риска суицида в группе подростков в разрезе областей в сравнении с группой лиц старше 18 лет (рисунок 4.2.6). У подростков с высоким показателем демонстративности, проживающих на территории Баткенской обл. (мужской пол – 6), присутствует желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Оцениваемое из внешней позиции порой как «шантаж», «истероидное выпячивание трудностей», демонстративное суицидальное поведение переживается изнутри как «крик о помощи». Наиболее суицидоопасно сочетание с эмоциональной ригидностью, когда «диалог с миром» может зайти очень далеко.

Среди всех анализируемых групп в разрезе места проживания и области была выявлена средняя выраженность уникальности, как фактора риска суицида (рисунки 4.2.7 и 4.2.8). Данная шкала подразумевает исключительные варианты выхода из сложной ситуации, в частности, суицид. Присутствует восприятие себя, ситуации и, возможно, собственной жизни в целом как явления

исключительного, не похожего на другие, и, следовательно, подразумевающего исключительные варианты выхода, в частности, суицид.

Была выявлена более сильная выраженность несостоятельности, как фактора риска суицида, в группе подростков среди лиц женского пола, проживающих в сельской местности – 4,3 балла (рисунок 4.2.9), а также более сильную выраженность несостоятельности фактора риска суицида в группе подростков в разрезе областей в сравнении с группой лиц старше 18 лет (рисунок 4.2.10). У подростков с высоким уровнем этого фактора, проживающих на территории Таласской обл. (мужской пол – 7,5), существует представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, «выключенности» из мира. Данная шкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельностью. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внешнего монолога – «Я плох».

Была выявлена более сильная выраженность социального пессимизма, как фактора риска суицида, в группе подростков среди лиц женского пола, проживающих в сельской местности – 4,13 балла (рисунок 4.2.11), а также более сильную выраженность социального пессимизма фактора риска суицида в группе подростков в разрезе областей в сравнении с группой лиц старше 18 лет (рисунок 4.2.12).

У подростков с социальным пессимизмом присутствует отрицательная концепция окружающего мира. Восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружающими. Среди всех анализируемых групп в разрезе места проживания и области была выявлена средняя выраженность слома культурных барьеров, как фактора риска суицида (рисунок 4.2.13 и 48).

Среди всех анализируемых групп в разрезе места проживания и области была выявлена средняя выраженность временной перспективы, как фактора риска суицида (рисунок 4.2.15 и 4.2.16).

Наблюдается невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию,

трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем.

Среди всех анализируемых групп в разрезе места проживания и области была выявлена средняя выраженность максимализма, как фактора риска суицида (рисунок 4.2.17 и 4.2.18).

Инфантильный максимализм ценностных установок и распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта в какой-то одной жизненной сфере не характерно для опрошенных.

Антисуицидальный фактор, который снимает глобальный суицидальный риск даже при высокой выраженности всех остальных факторов риска формирования суицидального поведения, демонстрирует более высокий уровень среди лиц старше 18 лет мужского пола в сельской местности (рисунки 4.2.18 и 4.2.19).

Таким образом, можно отметить среди подростков более высокий показатель таких факторов риска суицида как аффективность и демонстративность, социальный пессимизм и несостоятельность. Особенно среди лиц женского пола, проживающих в сельской местности, а также лиц мужского пола, проживающих на территории Таласской обл. Проведенное анкетирование позволило выделить протекторные факторы, которые могут снизить риск возникновения суицидальной попытки. Такими факторами, согласно результатам опроса, являются понимание со стороны близких людей, а вернее, внутреннее ощущение человека, что его понимают, а также вера в возможность выхода из неблагоприятной ситуации.

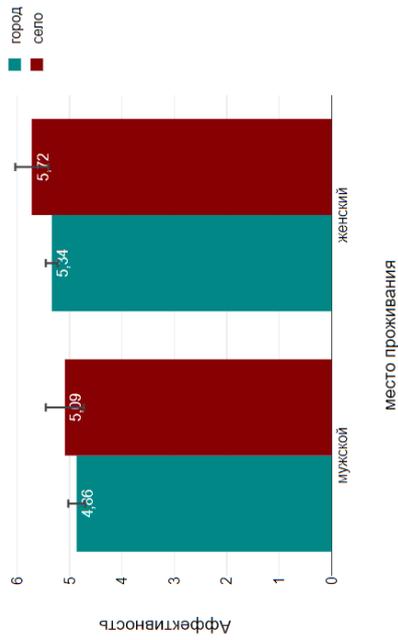
В многофакторный перечень причин суицида включены такие факторы, как: семейные ссоры в брачных и детско-родительских отношениях, психические расстройства, наличие зависимостей, булинг, насилие, одиночество, потеря финансовой стабильности и долговая «яма» (табл. 32). Так, безответная любовь или болезненное расставание, как причина суицида была названа 17,3% опрошенных респондентов. Булинг, угрозы и шантаж названы в качестве причины суицида 37,9% опрошенных. Месть, доказательство чего-то

окружающим, как причина суицида была названа 15% опрошенных. Причина суицида в непонимании окружающими названа 47% опрошенных. На постоянные конфликты в семье, как основную причину суицида указали 60,6 % опрошенных. Потеря близкого человека была отмечена в качестве причины суицида 29% респондентов. Сложная финансовая ситуация как основная причина суицида была выделена 15,3% опрошенных, тогда как 5,81% респондентов указали на. На чувство безнадежности в качестве причины суицида указали 54,9% опрошенных.

При этом, важным фактором защиты от суицида является эмоциональная разрядка в виде возможности поделиться своими проблемами с близким человеком, который может поддержать и утешить. Согласно опросу, у большей доли респондентов группы подростков (87,2%) и группы лиц старше 18 лет (94,4%), в большей степени у лиц женского пола (68,33) в независимости от места и района проживания такой близкий человек есть (рисунок 55). Анализируя значимость данного фактора (понимание со стороны близких людей), можно отметить, что он, судя по всему, является значимым в плане профилактики суицида как для респондентов, проживающих в городе, так и, для жителей сельской местности (рисунок 4.2.23).

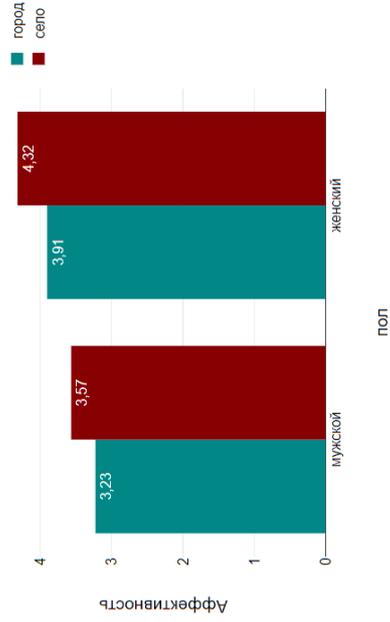
Более 31% подростков и практически 27% лиц старше 18 лет испытывают непонимание со стороны окружающих их близких людей. Эта тенденция прослеживается в разрезе пола с преобладанием отрицательных ответов среди лиц женского пола (30,2%), в разрезе места проживания с

преобладанием отрицательных ответов среди городских жителей (28,43%), а также в разрезе областей с преобладанием отрицательных ответов среди жителей Баткенской области (32,73%). Анализ ответов на вопрос: «Верите ли Вы, что из любой ситуации можно найти выход?» показал значительные различия между оценкой вероятной ситуации между анализируемыми показателями. Так, вера в наличии выхода из любой ситуации в большей степени присутствует у лиц старше 18 лет (90,36%), женского пола (93,18%), проживающих в сельской местности (94,64%) на территории Нарынской обл. (97%) (рисунок 4.2.24).

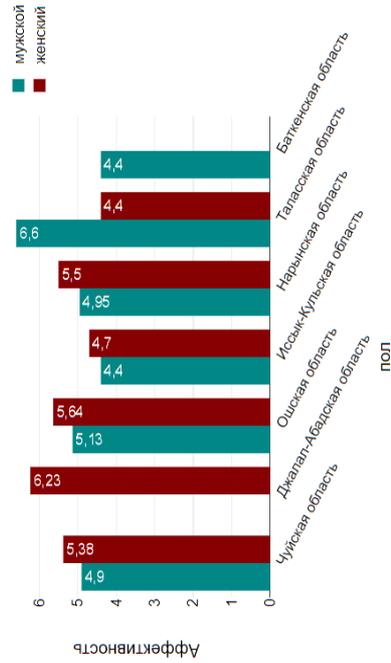


Группа подростков

Рисунок 4.2.3. Средний показатель аффективности среди лиц анализируемых групп с учетом пола в разрезе места проживания город/село

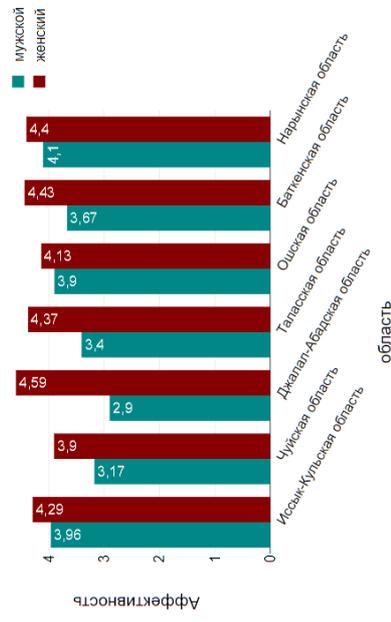


Группа населения 18-45 лет

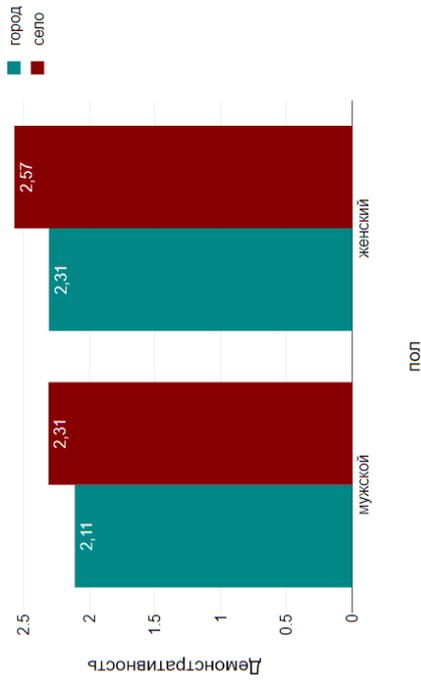


Группа подростков

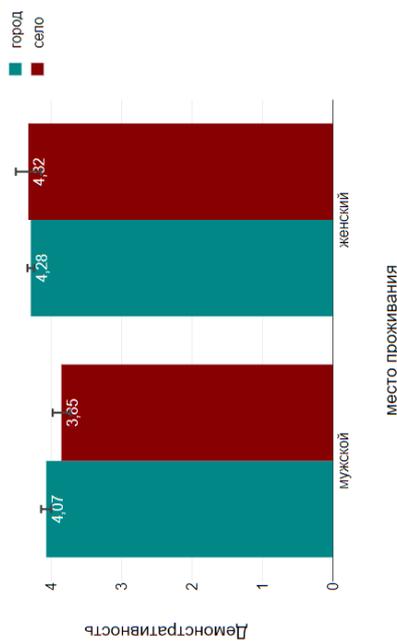
Рисунок 4.2.4 - Средний показатель аффективности среди лиц анализируемых групп с учетом пола в разрезе области



Группа населения 18-45 лет

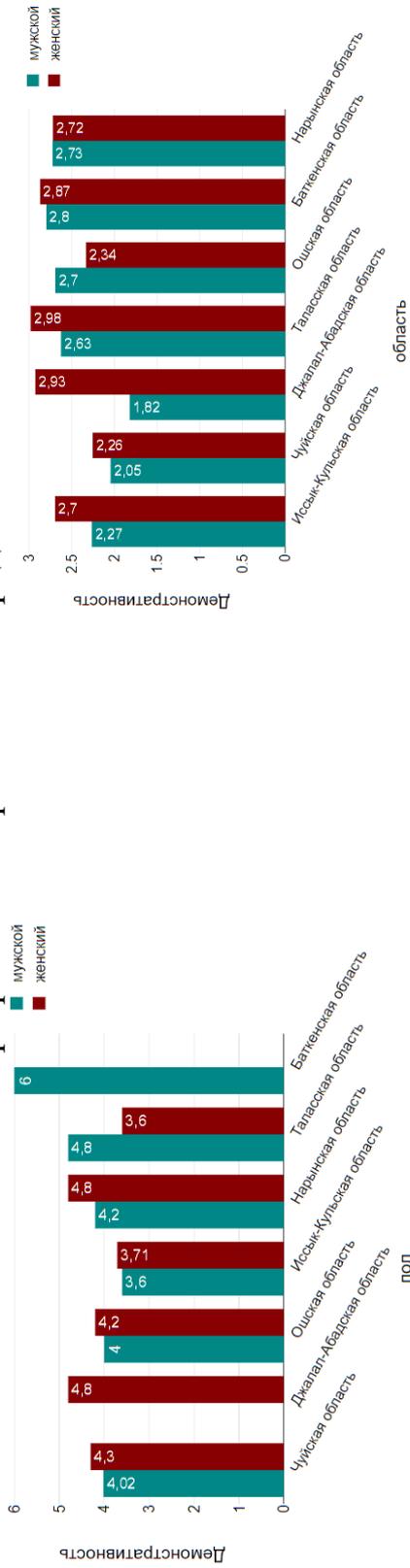


Группа населения 18-45 лет



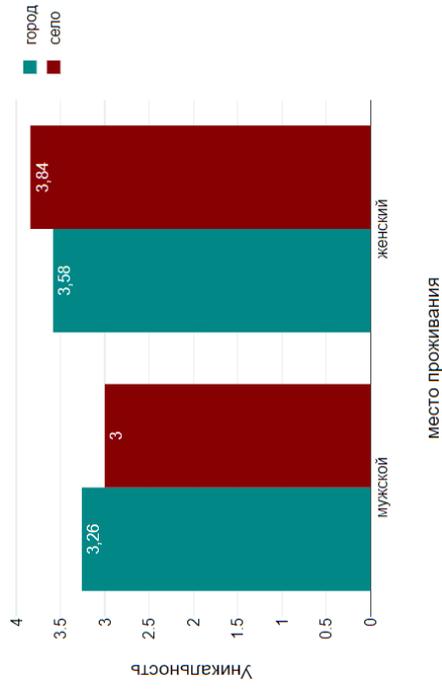
Группа подростков

Рисунок 4.2.5. Средний показатель демонстративности среди лиц анализируемых групп с учетом пола в разрезе места проживания город/село



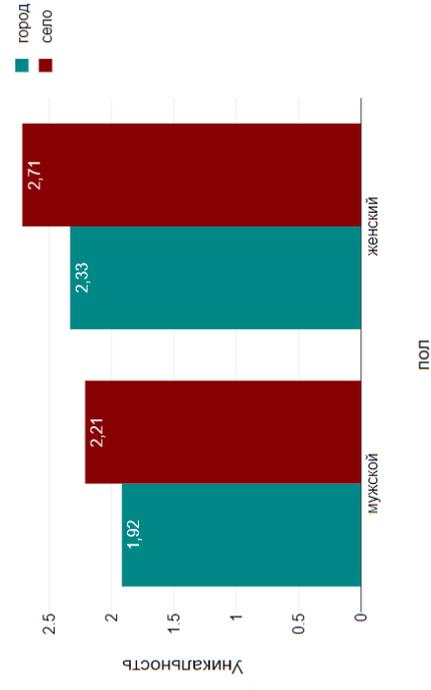
Группа населения 18-45 лет

Рисунок 4.2.6. Средний показатель демонстративности среди лиц анализируемых групп с учетом пола в разрезе области

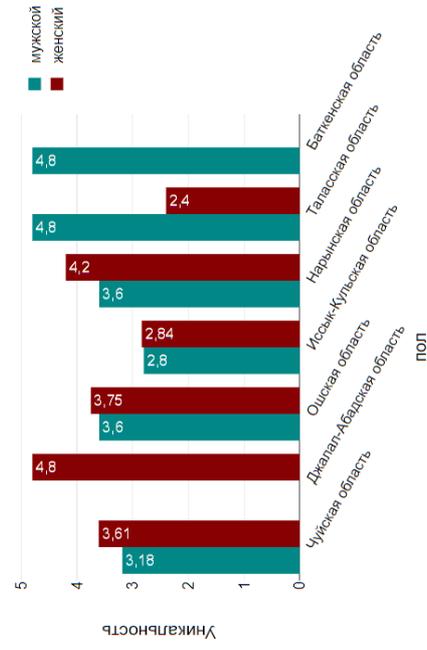


Группа подростков

Рисунок 4.2.7. Средний показатель уникальности среди лиц анализируемых групп с учетом пола в разрезе места проживания город/село

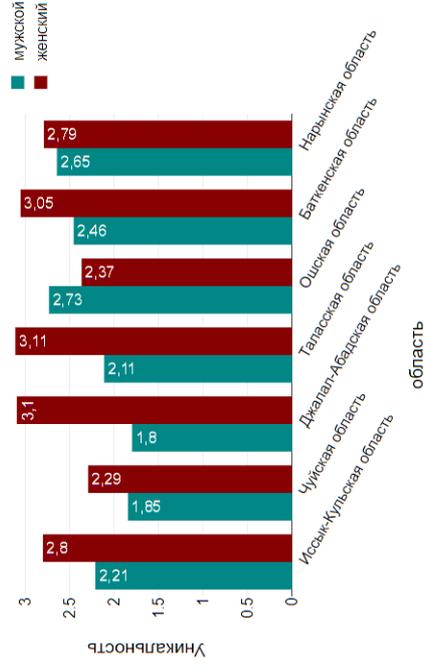


Группа населения 18-45 лет

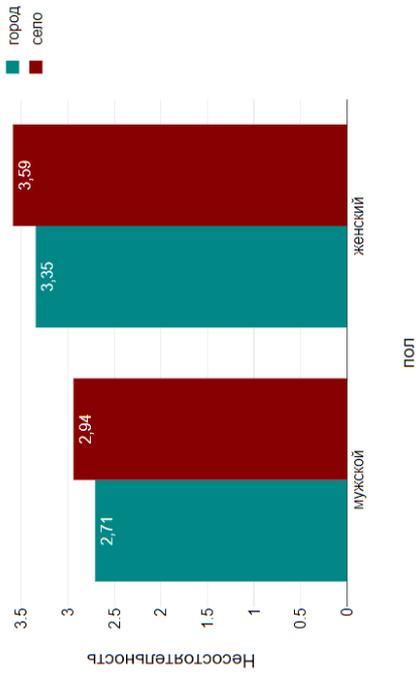


Группа подростков

Рисунок 4.2.8. Средний показатель уникальности среди лиц анализируемых групп с учетом пола в разрезе области

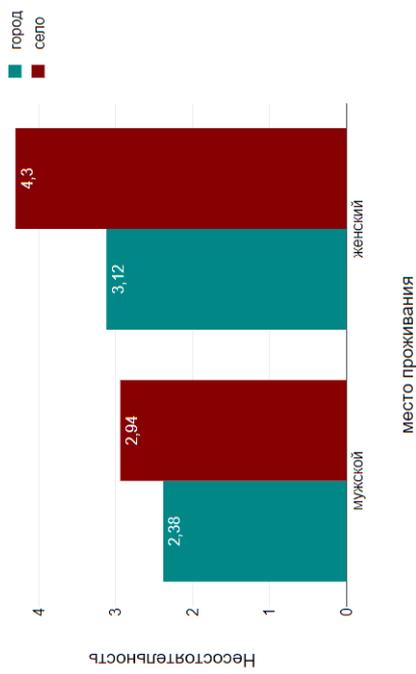


Группа населения 18-45 лет

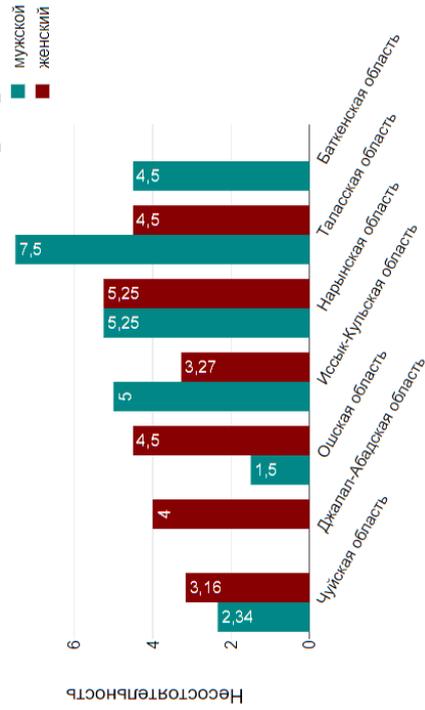


Группа населения 18-45 лет

Рисунок 4.2.9 - Средний показатель несостоятельности среди лиц анализируемых групп с учетом пола в разрезе места проживания город/село

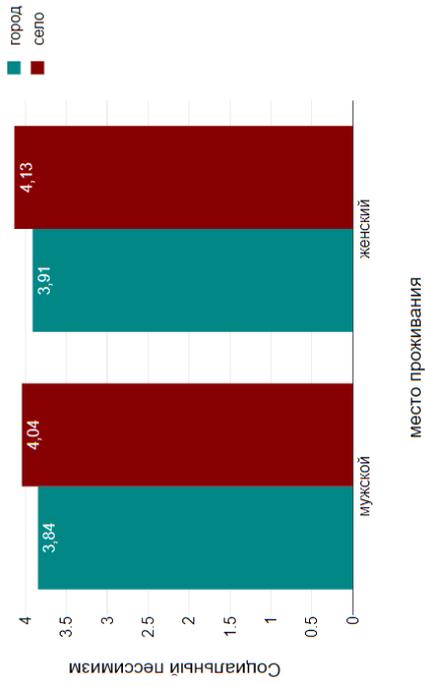


Группа подростков



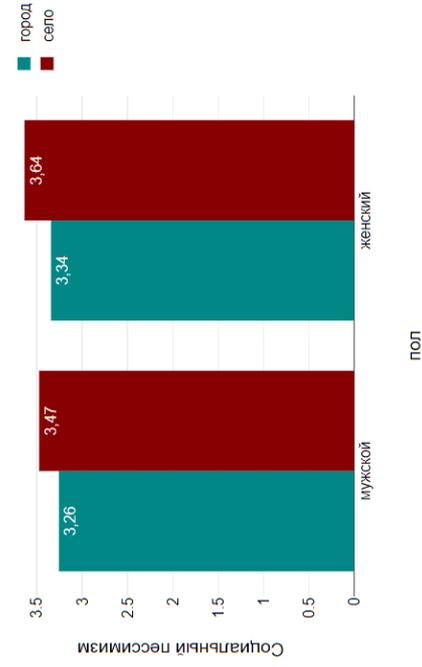
Группа подростков

Рисунок 4.2.10 - Средний показатель несостоятельности среди лиц анализируемых групп с учетом пола в разрезе области

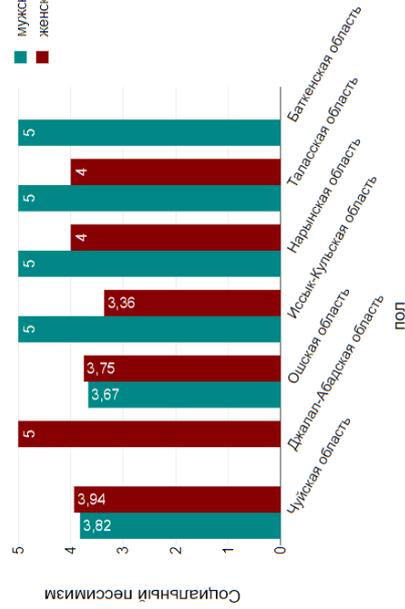


Группа подростков

Рисунок 4.2.1.1. Средний показатель социального пессимизма среди лиц анализируемых групп с учетом пола в разрезе места проживания город/село

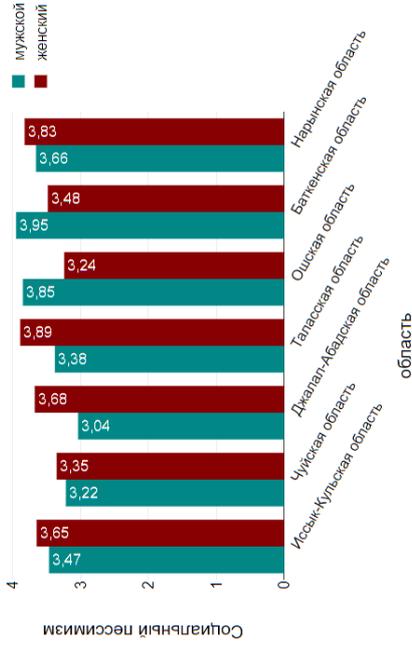


Группа населения 18-45 лет

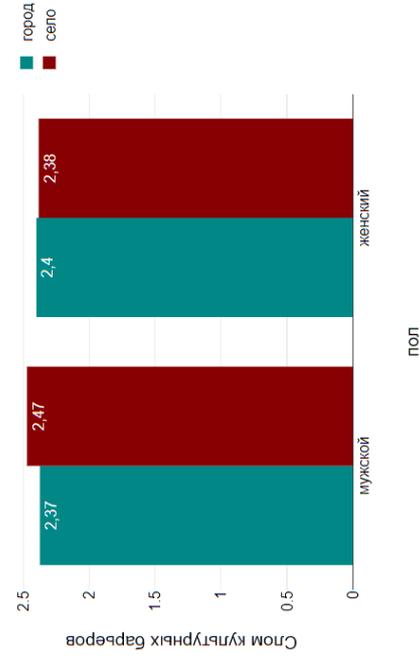


Группа подростков

Рисунок 4.2.1.2. Средний показатель социального пессимизма среди лиц анализируемых групп с учетом пола в разрезе области

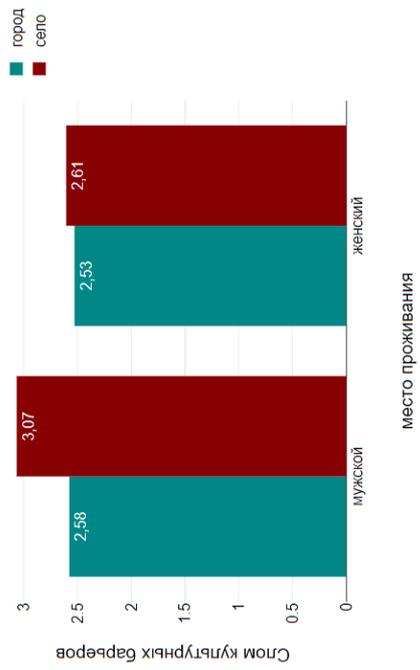


Группа населения 18-45 лет



Группа населения 18-45 лет

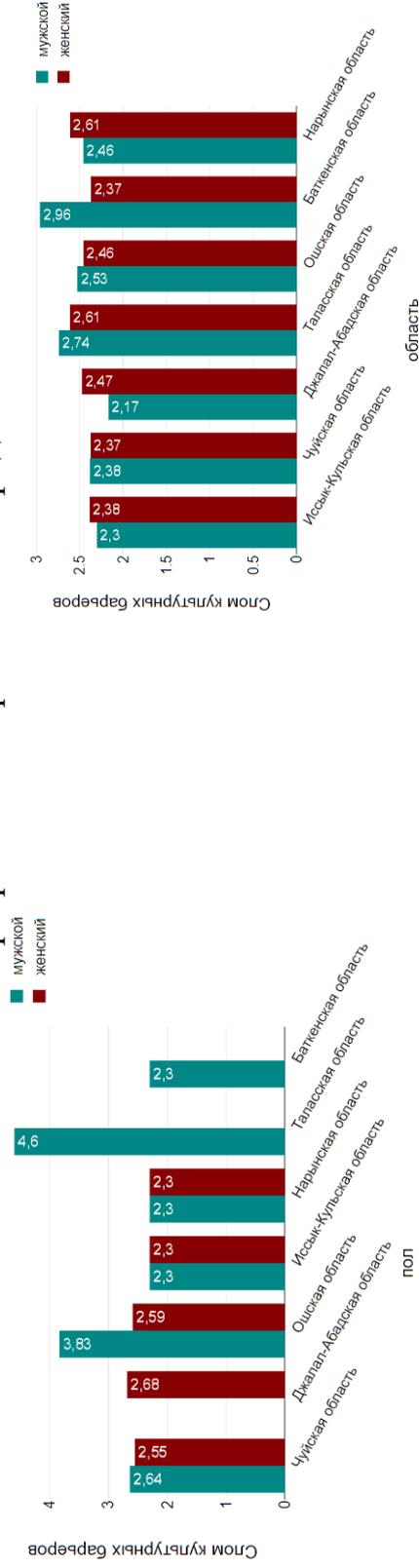
Рисунок 4.2.13. Средний показатель слома культурных барьеров среди лиц анализируемых групп с учетом пола в разрезе места проживания город/село



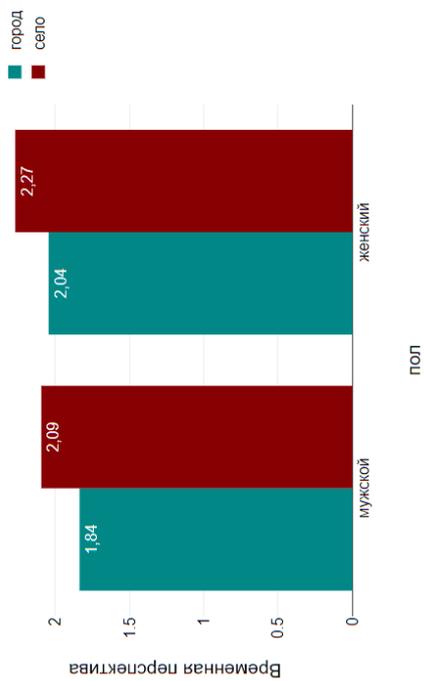
Группа подростков

Группа населения 18-45 лет

Рисунок 4.2.14. Средний показатель слома культурных барьеров среди лиц анализируемых групп с учетом пола в разрезе области

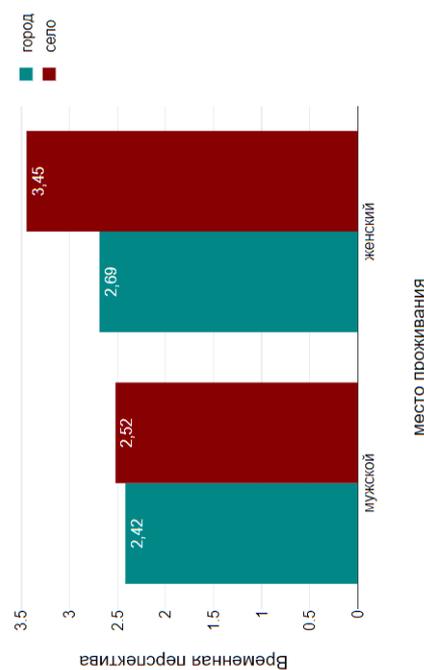


Группа подростков



Группа населения 18-45 лет

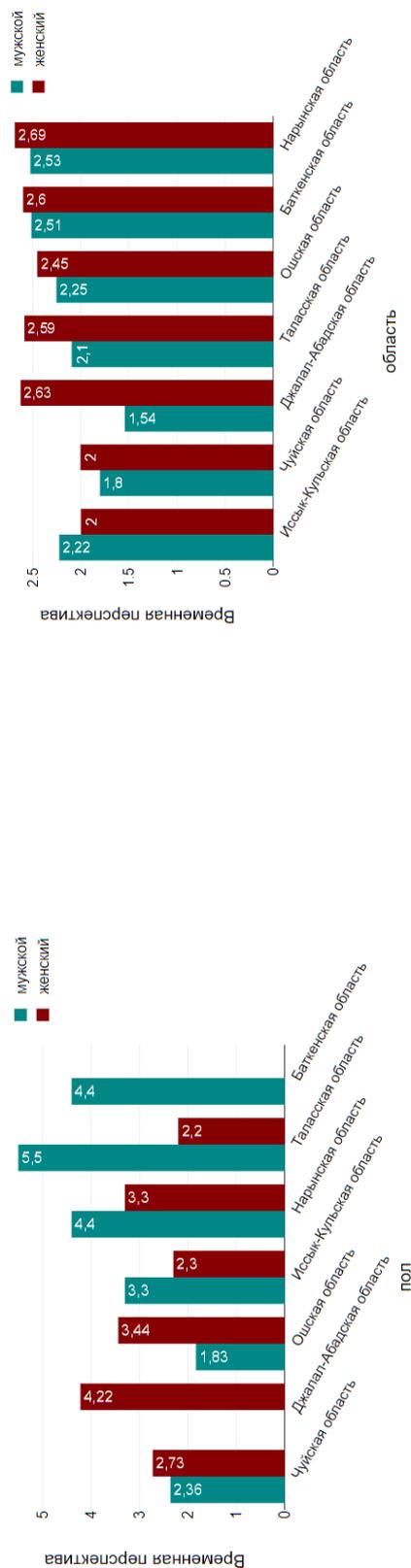
Рисунок 4.2.15. Средний показатель временной перспективы среди лиц анализируемых групп с учетом пола в разрезе места проживания город/село



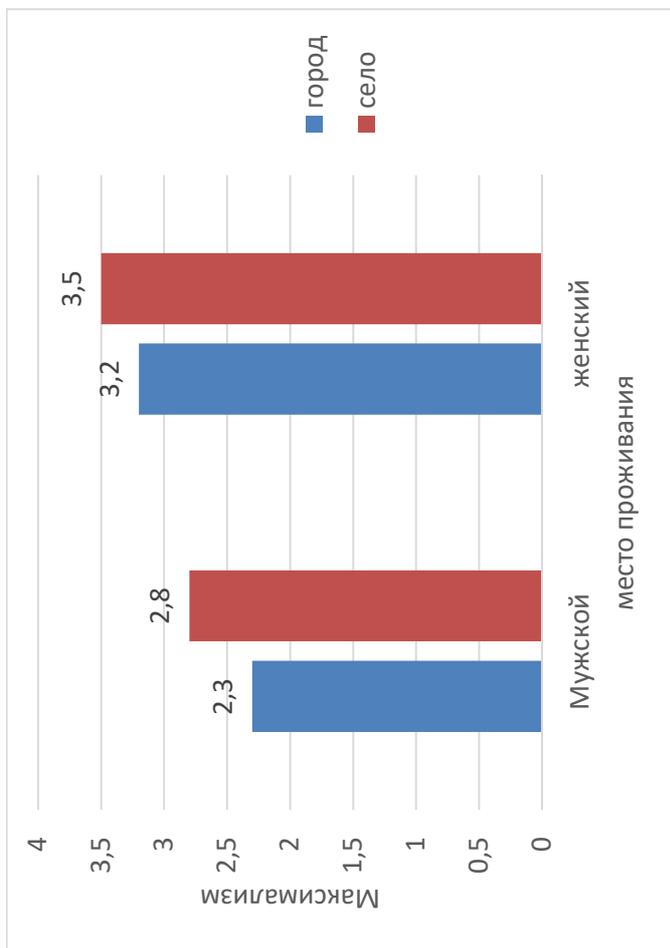
Группа подростков

Группа подростков

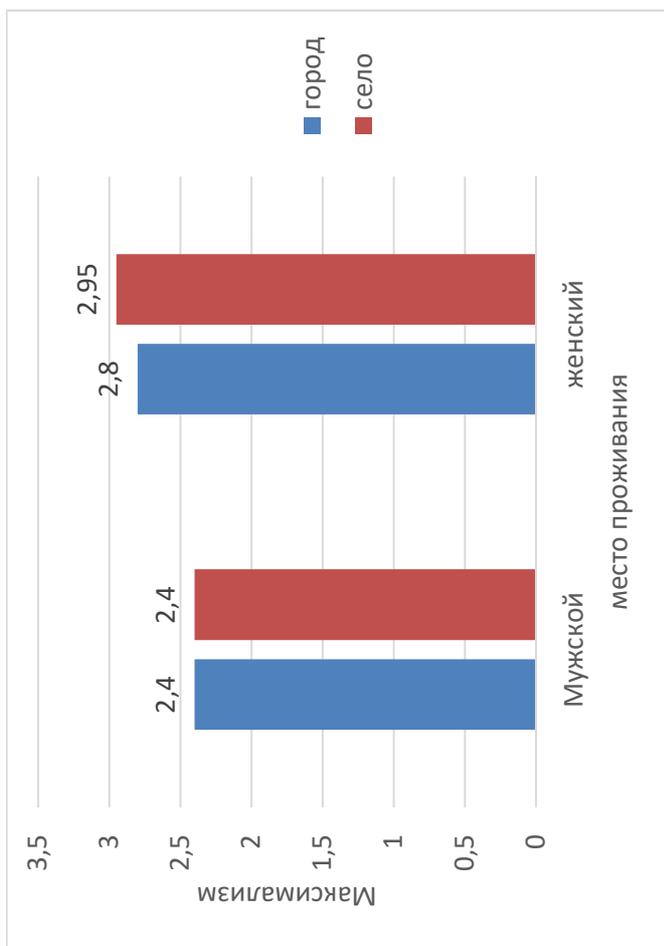
Рисунок 4.2.16. Средний показатель временной перспективы среди лиц анализируемых групп с учетом пола в разрезе области



Группа населения 18-45 лет

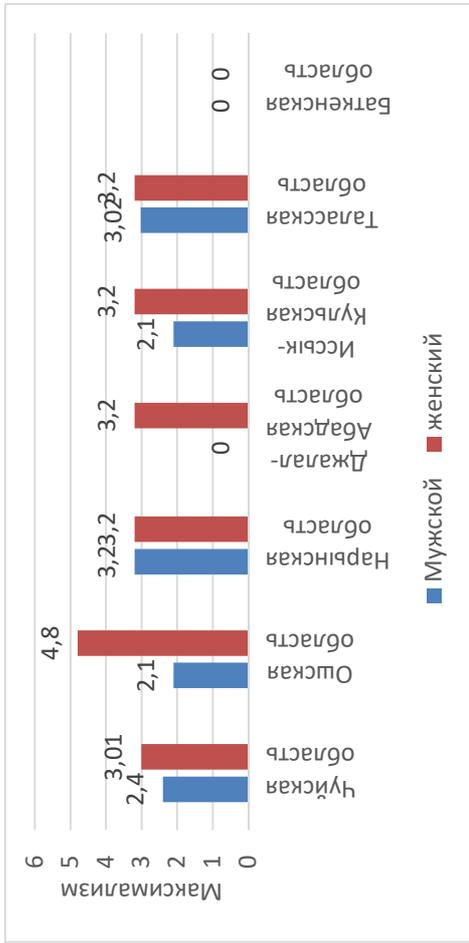


Группа подростков



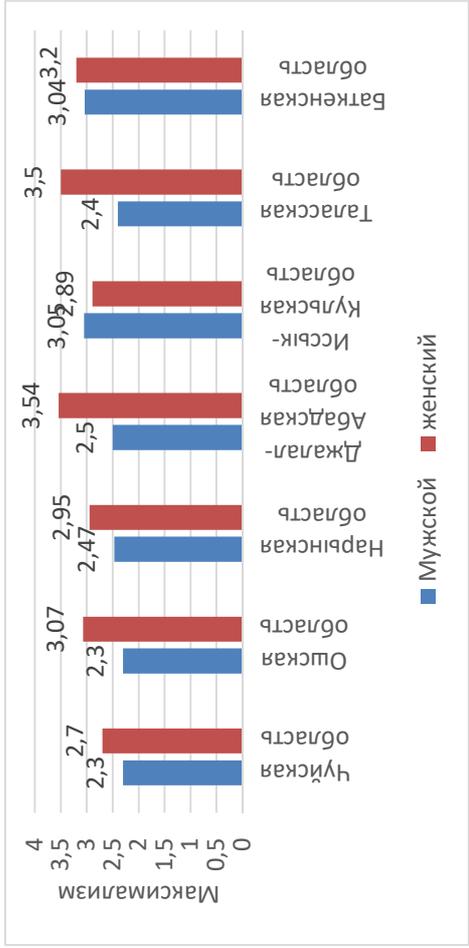
Группа населения 18-45 лет

Рисунок 4.2.17. Средний показатель максимализма среди лиц анализируемых групп с учетом пола в разрезе места проживания город/село

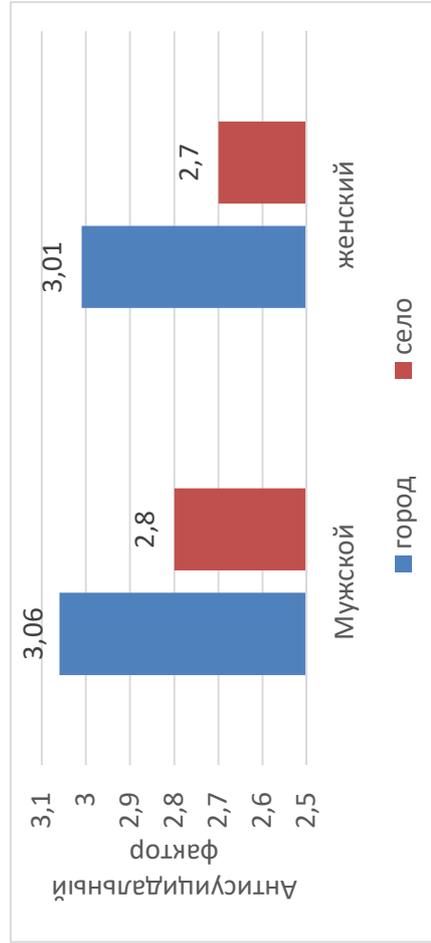


Группа подростков

Рисунок 4.2.18. Средний показатель максимализма среди лиц анализируемых групп с учетом пола в разрезе области

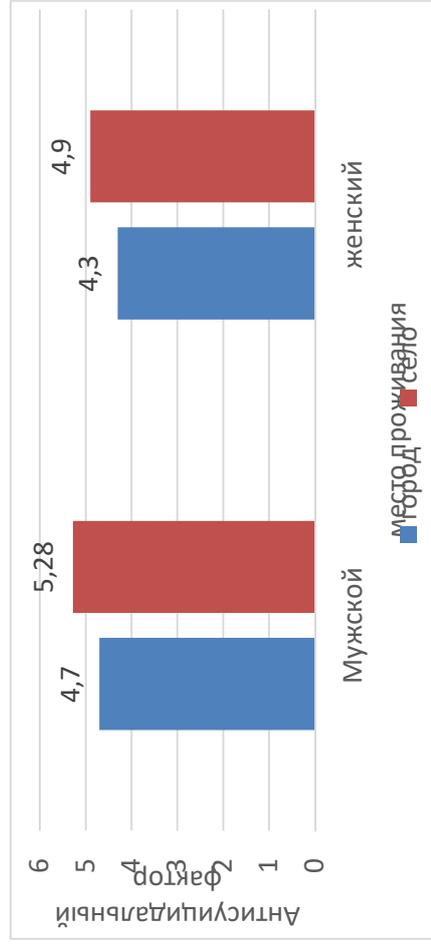


Группа населения 18-45 лет



Группа подростков

Рисунок 4.2.19. Средний показатель антисуцидального фактора среди лиц анализируемых групп с учетом пола в разрезе места проживания город/село



Группа населения 18-45 лет

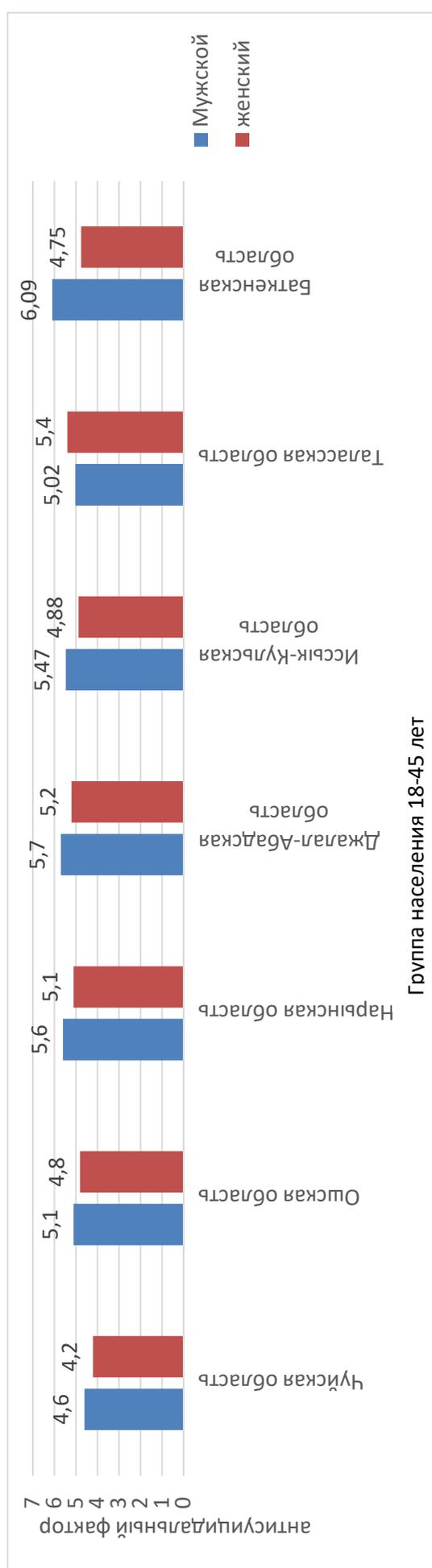
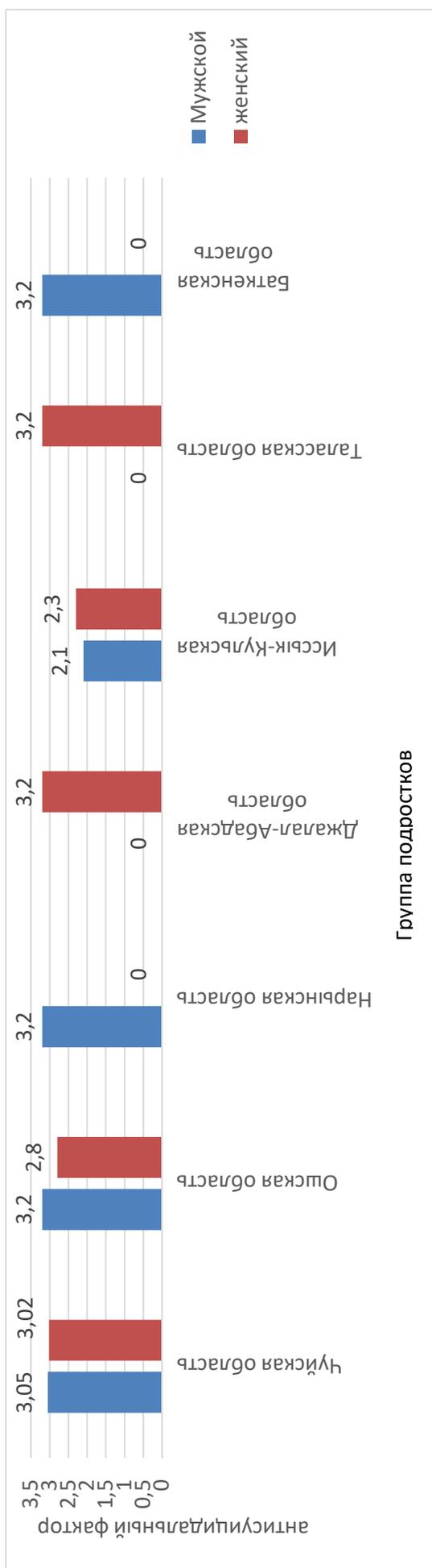


Рисунок 4.2.20. Средний показатель антисоциального фактора среди лиц анализируемых групп с учетом пола в разрезе области

Таблица 4.2.1 - Возрастно-половой состав опрошенных лиц в зависимости от ответа на вопрос о вероятной причине совершенного суицида с учетом региона проживания в разрезе областей

место прописки	группа по возрасту	пол	опрощено о (кол-во суицидент ов)	Причины суицида												проблемы с учебой			неизлечимое заболевание														
				постоянные конфликты в семье		чувство безнадёжности (нет выхода)		никто не понимает		унижения, утрацы и шантаж		потеря близкого человека		безответная любовь		сложная финансовая ситуация		мечь, желание доказать что-то		%		%											
				abc	%	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%										
город	13-19	оба пола	229	157	68,6	3,1	120	52,4	3,3	116	50,7	3,3	106	46,3	3,3	80	34,9	3,2	40	17,5	2,5	33	14,4	2,3	32	14,0	2,3	36	15,7	2,4	16	7,0	1,7
			71	45	63,4	5,7	37	52,1	5,9	27	38,0	5,8	32	45,1	5,9	16	22,5	5,0	14	19,7	4,7	11	15,5	4,3	11	15,5	4,3	16	22,5	5,0	9	12,7	3,9
			158	112	70,9	3,6	83	52,5	4,0	89	56,3	3,9	74	46,8	4,0	64	40,5	3,9	26	16,5	2,9	22	13,9	2,8	21	13,3	2,7	20	12,7	2,6	7	4,4	1,6
20-45	оба пола	260	142	54,6	3,1	149	57,3	3,1	112	43,1	3,1	71	27,3	2,8	55	21,2	2,5	42	16,2	2,3	42	16,2	2,3	41	15,8	2,3	16	6,2	1,5	27	10,4	1,9	
		74	38	51,4	5,8	37	50,0	5,8	26	35,1	5,5	29	39,2	5,7	14	18,9	4,6	19	25,7	5,1	21	28,4	5,2	11	14,9	4,1	4	5,4	2,6	5	6,8	2,9	
		186	104	55,9	3,6	112	60,2	3,6	86	46,2	3,7	42	22,6	3,1	41	22,0	3,0	23	12,4	2,4	21	11,3	2,3	30	16,1	2,7	12	6,5	1,8	22	11,8	2,4	
село	13-19	оба пола	57	35	61,4	6,4	30	52,6	6,6	27	47,4	6,6	28	49,1	6,6	20	35,1	6,3	12	21,1	5,4	10	17,5	5,0	10	17,5	5,0	10	17,5	5,0	5	8,8	3,7
			15	11	73,3	11,4	8	53,3	12,9	8	53,3	12,9	7	46,7	12,9	4	26,7	11,4	3	20,0	10,3	3	20,0	10,3	3	20,0	10,3	4	26,7	11,4	3	20,0	10,3
			42	24	57,1	7,6	22	52,4	7,7	19	45,2	7,7	21	50,0	7,7	16	38,1	7,5	9	21,4	6,3	7	16,7	5,8	6	14,3	5,4	7	16,7	5,8	2	4,8	3,3
20-45	оба пола	61	34	55,7	6,4	34	55,7	6,4	30	49,2	6,4	25	41,0	6,3	21	34,4	12,7	11	18,0	4,9	8	13,1	4,3	9	14,8	4,5	4	6,6	3,2	7	11,5	4,1	
		14	8	57,1	13,2	9	64,3	12,8	7	50,0	13,4	8	57,1	13,2	3	21,4	11,0	3	21,4	11,0	3	21,4	11,0	2	14,3	9,4	1	7,1	6,9	3	21,4	11,0	
		47	26	55,3	7,3	25	53,2	7,3	23	48,9	7,3	17	36,2	7,0	18	38,3	7,1	8	17,0	5,5	5	10,6	4,5	7	14,9	5,2	3	6,4	3,6	4	8,5	4,1	
город+ село	13-19	оба пола	286	192	67,1	2,8	150	52,4	3,0	143	50,0	3,0	134	46,9	3,0	100	35,0	2,8	52	18,2	2,3	43	15,0	2,1	42	14,7	2,1	46	16,1	2,2	21	7,3	1,5
			86	56	65,1	5,1	45	52,3	5,4	35	40,7	5,3	39	45,3	5,4	20	23,3	4,6	17	19,8	4,3	14	16,3	4,0	15	17,4	4,1	19	22,1	4,5	12	14,0	3,7
			200	136	68,0	3,3	105	52,5	3,5	108	54,0	3,5	95	47,5	3,5	80	40,0	3,5	35	17,5	2,7	29	14,5	2,5	27	13,5	2,4	27	13,5	2,4	9	4,5	1,5
20-45	оба пола	321	176	54,8	2,8	183	57,0	2,8	142	44,2	2,8	96	29,9	2,6	76	23,7	2,4	53	16,5	2,1	50	15,6	2,0	50	15,6	2,0	20	6,2	1,3	34	10,6	1,7	
		88	46	52,3	5,3	46	52,3	5,3	33	37,5	5,2	37	42,0	5,3	17	19,3	4,2	22	25,0	4,6	24	27,3	4,7	13	14,8	3,8	5	5,7	2,5	8	9,1	3,1	
		233	130	55,8	3,3	137	58,8	3,2	109	46,8	3,3	59	25,3	2,8	59	25,3	2,8	31	13,3	2,2	26	11,2	2,1	37	15,9	2,4	15	6,4	1,6	26	11,2	2,1	
ВСЕГО	13-19	оба пола	607	368	60,6	2,0	333	54,9	2,0	285	47,0	2,0	230	37,9	2,0	176	29,0	1,8	105	17,3	1,5	93	15,3	1,5	92	15,2	1,5	64	10,5	1,2	54	8,9	1,2
			174	102	58,6	3,7	91	52,3	3,8	68	39,1	3,7	76	43,7	3,8	37	21,3	3,1	39	22,4	3,2	38	21,8	3,1	28	16,1	2,8	22	12,6	2,5	19	10,9	2,4
			433	266	61,4	2,3	242	55,9	2,4	217	50,1	2,4	154	35,6	2,3	139	32,1	2,2	66	15,2	1,7	55	12,7	1,6	64	14,8	1,7	42	9,7	1,4	35	8,1	1,3

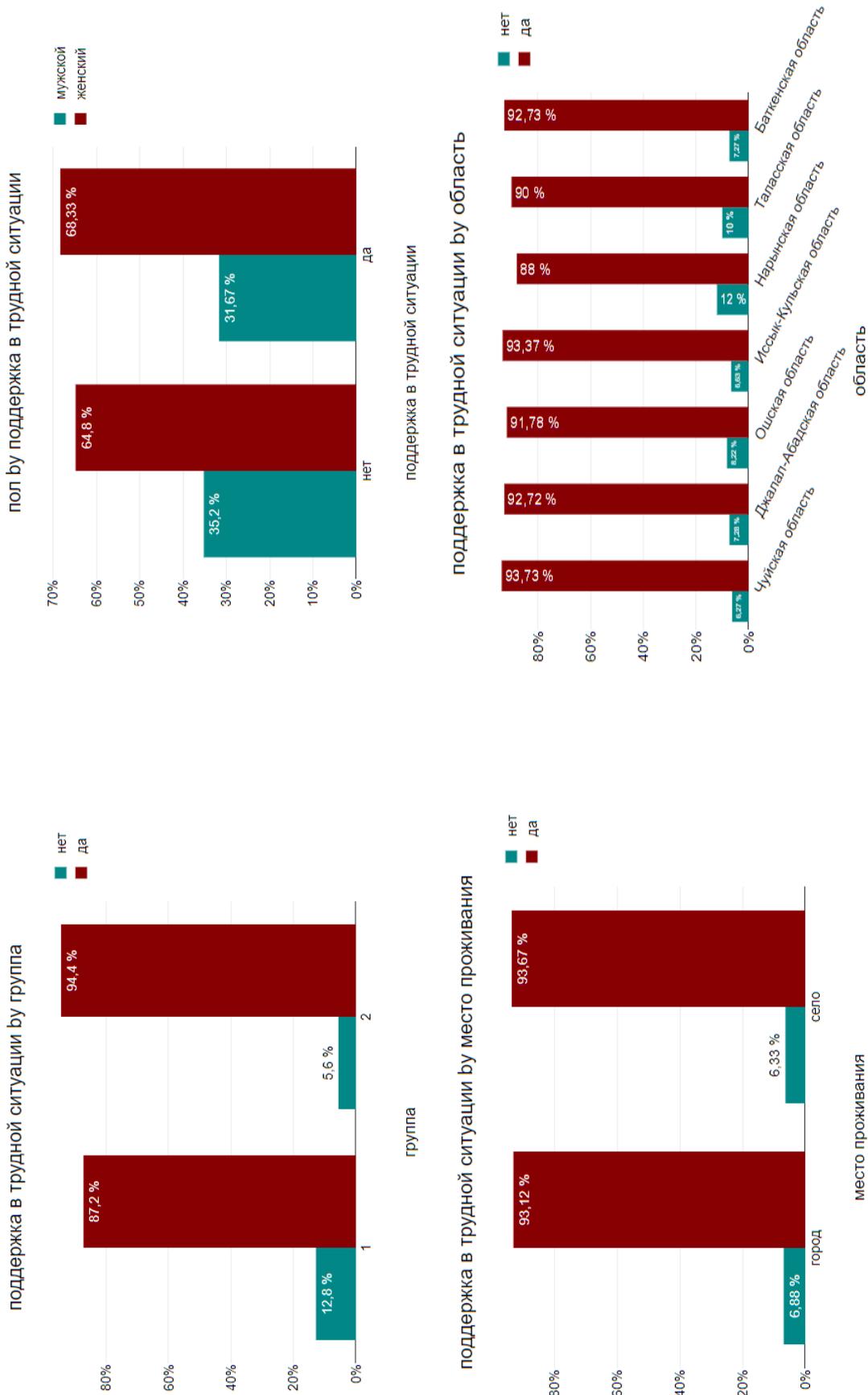


Рисунок 4.2.21. Наличие близкого человека у лиц анализируемой выборки в разрезе возрастной группы, пола, места и области проживания

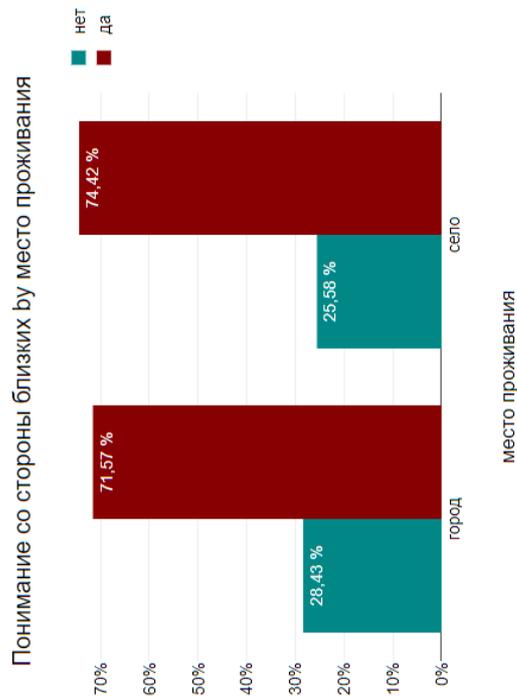
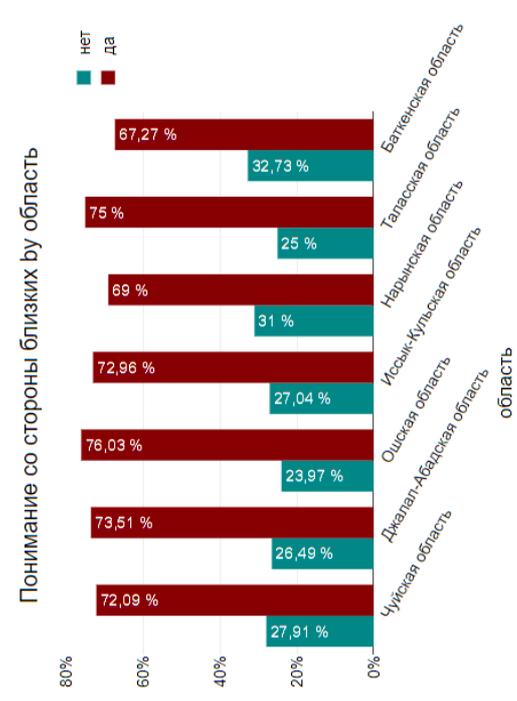
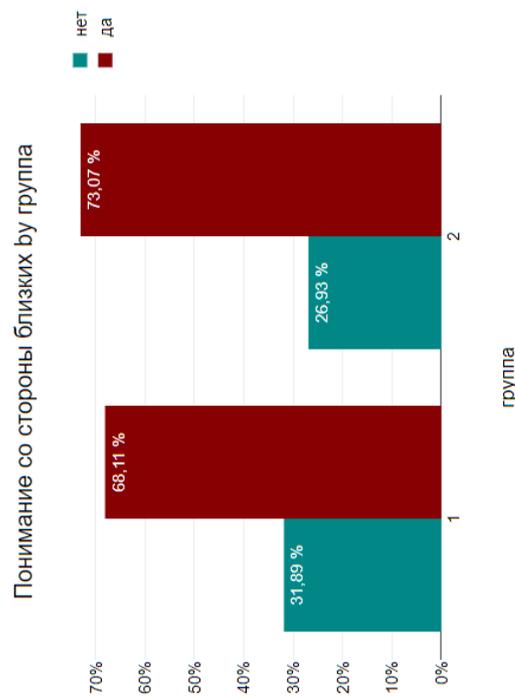
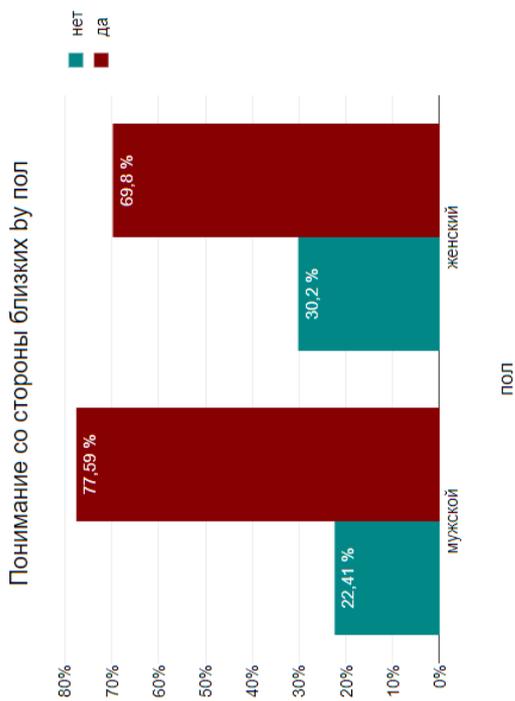


Рисунок 4.2.2.2. Восприятие понимания со стороны близких у лиц анализируемой выборки в разрезе возрастной группы, пола, места и области проживания

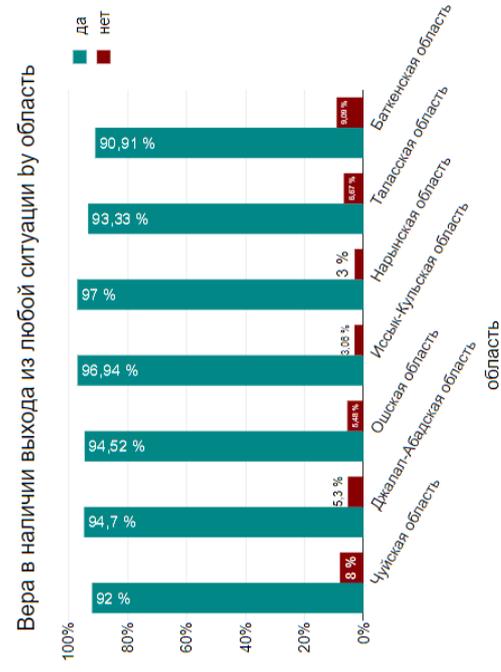
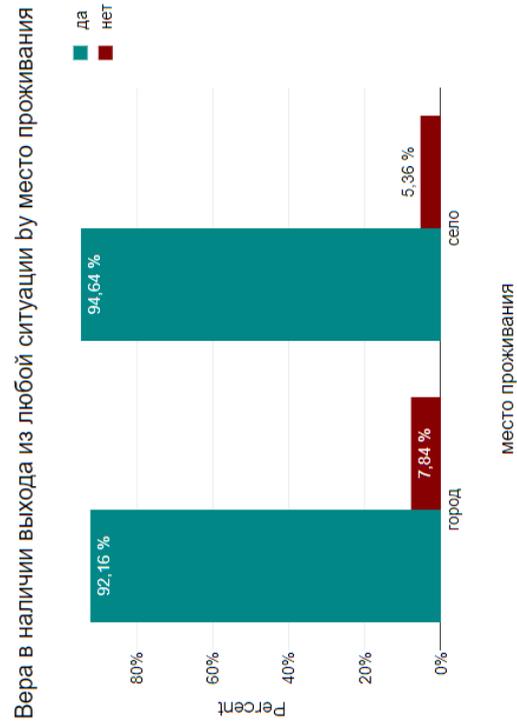
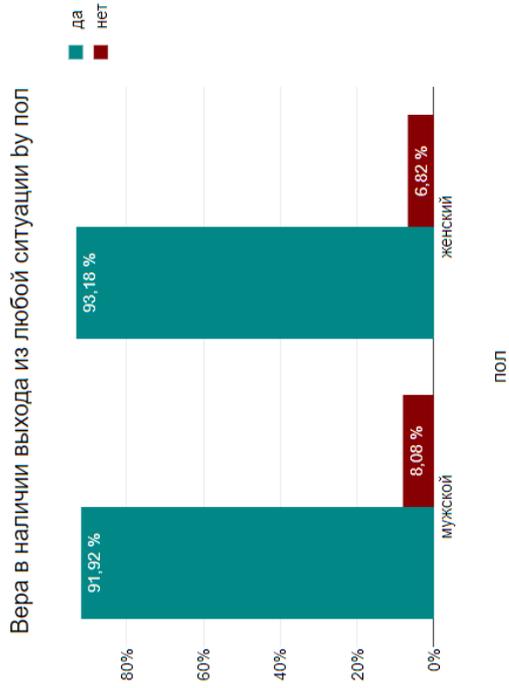
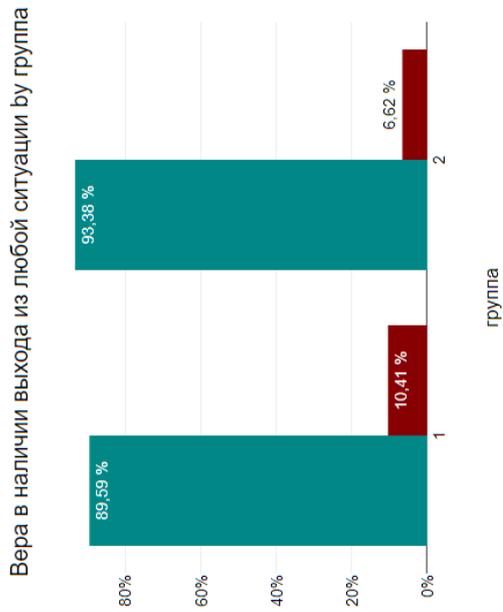


Рисунок 4.2.24 - Вера в наличии выхода из любой ситуации у лиц анализируемой выборки в разрезе возрастной группы, пола, места и области проживания

ГЛАВА 5

ОПТИМИЗАЦИЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Анализ клинико-нозологических, анамнестических и социально-демографических данных лиц-суицидентов в количестве 4231 человек, проведенный в рамках исследования, и опрос 2908 жителей Кыргызстана с помощью анкеты-опросника, а также сравнение полученных данных с результатами динамических статистических тенденций суицида и выявленных особенностей социально-экономической и демографической ситуации в Кыргызской Республике позволяет предложить ряд мер для оптимизации работ по профилактике суицидов, особенно в группах риска.

Согласно исследованию наиболее значимыми направлениями профилактики суицида должна быть работа с детско-родительскими и брачными отношениями, психосоматическими расстройствами, работа с зависимостями (курение, алкогольная и наркотическая зависимость, зависимость от интернета, соцсетей и компьютерных игр), также в зоне пристального внимания должны быть буллинг, насилие в семье, одиночество, потеря финансовой стабильности.

Профилактика должна быть нацелена на спектр таких личностных факторов риска суицида как аффективность и демонстративность, социальный пессимизм и несостоятельность.

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

Существующие факторы риска имеют более высокую вероятность дифференциации между людьми, которые думают о самоубийстве, и теми, кто пытается совершить самоубийство, поскольку этих людей можно охарактеризовать как имеющих «хронический» суицидальный риск, который

сохраняется с течением времени. Недавняя пандемия COVID-19 выявила многочисленные пробелы в медицинских услугах, государственной поддержке и, самое главное, в институтах семьи. Как следствие, пандемия вызвала социальные стрессоры, такие как агрессия со стороны родителей/опекунов, социальная изоляция, чувство одиночества и беспомощности, а также повышенный уровень тревоги.

Особого внимания требуют две возрастные группы: девушки в возрасте 15-25 лет и мужчины в возрасте 30-40 лет.

Профилактика самоубийств должна включать в себя участие всех субъектов, занимающихся профилактикой самоубийств, таких как министерства, ведомства, неправительственные и некоммерческие организации, университеты, колледжи, школы, гражданское общество на различных уровнях.

Необходимо обучить сотрудников первичного звена (педагоги, социальные работники) основным маркерам суицидальной настроенности и алгоритму действий при их обнаружении, внедрить в школах информирование родителей о маркерах суицидальной активности и о наиболее часто встречающихся провоцирующих факторах, внедрить в программу обучения педагогов и врачей основ по диагностике суицидального поведения и основных предикторах. Социальные работники играют решающую роль в выявлении факторов риска и предупреждающих признаков подросткового суицида. Хотя многие подростки, склонные к суициду, не сообщают о себе, они часто сообщают об этом своим сверстникам, родителям или школьному персоналу, которому доверяют. Выявляя факторы риска суицида, социальные работники могут помочь предотвратить попытки самоубийства и оказать необходимую поддержку подросткам, оказавшимся в кризисной ситуации.

Поскольку межличностные связи являются сильным защитным фактором для подростков, содействие участию во внеклассной деятельности, улучшение связей между молодежью и взрослыми и усиление положительного влияния молодежи с сильными механизмами преодоления

трудностей по отношению к своим суицидальным сверстникам в волонтерской деятельности могут помочь снизить склонность к суициду среди молодежи.

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 отслеживать их суицидальное поведение.

Важно простроить механизм помощи людям после незавершенного суицида, в том числе и на анонимной основе (что на данный момент в Кыргызстане не практикуется) и дать сотрудникам, которые контактируют с данной категорией, алгоритм информирования о доступе такой помощи.

Так же рекомендуется службам, занимающимся учетом и анализом статистических данных по суицидальной активности, собирать данные по таким статьям смертности, как «неумышленное отравление», «отравление алкоголем», «утопление», «иные травмы» и рассматривать их как возможные случаи сокрытия суицидов.

Мониторинг и оценка должны обеспечиваться функционирующими и высококачественными системами регистрации случаев и эпиднадзора, которые позволяют оценить ситуацию и предоставить обратную связь для определения эффективности действий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Наблюдается тенденция занижения официальной статистики по суицидам и мимикрия самоубийств под другие рубрики смертности. Это подтверждается тесной корреляционной связью суицидов со смертностью от травм, отравлений и других внешних причин ($r= 0,966$, $p=0.0001$). По показателю «количество пострадавших от травм, отравлений и других воздействий внешних причин» можно косвенно судить о незавершенных суицидах (колеблется от 900 до 1170 чел на 100 тыс. населения, $r=0,807^{**}$, $p=0,0001$).

2. Показатель суицида среди возрастной группы 15-19 лет остается выше чем во всех остальных группах на протяжении всех исследуемых лет. Среди женщин 15-19 лет было совершено 18,12 % всех суицидов за период с 2011 по 2023 год, и следом идет возраст 20-24 года (13, 54 % всех суицидов). Суммарно суициды женщин в возрасте с 15 до 25 лет составляют 31,7% всех женских суицидов. Для мужчин критичный возрастной период это 30-40 лет, когда совершено 24% всех суицидов.

3. Выявлено, что 20,9% респондентов в прошлом совершали попытку суицида, а в критических ситуациях мысли о суициде возникают у 33,8%, причем в возрасте 13-17 лет - у 49,5%, 18-19 лет - у 44,5%, в 20-45 лет у 22,7%. Среди предикторов суицида важную роль играют такие факторы, как семейные ссоры в брачных и детско-родительских отношениях, чувство безысходности, глобальное чувство непонимания со стороны близких, буллинг, насилие, потеря финансовой стабильности. Выявлено депрессивное состояние у 38,8% опрошенных, причем у 12,8 % на уровне клинической депрессии, требующей медикаментозного вмешательства. Обнаружены статистически значимые отличия между возрастными группами по степени выраженности таких факторов суицидального риска как демонстративность на уровне $p=0,001$ - 4,22 балла у подростков, 2,31 балла у взрослых, аффективность на уровне $p=0,001$ - 5,24 балла у подростков, 3,8 баллов у

взрослых, уникальность на уровне $p=0,001$ - 3,5 балла у подростков, 2,29 баллов у взрослых, антисуицидальный фактор на уровне $p=0,001$ - 2,98 балла у подростков, 4,6 баллов у взрослых.

4. Разработана система мер, которая помогает определить характер и тип профилактических мероприятий на индивидуальном, семейном, социальном и общественном уровне, как для первичной профилактики самоубийств, так и для предупреждения повторных попыток после незавершенного суицида.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Рекомендации основаны на потребностях, определяемых текущей ситуацией (на момент исследования) и с учетом имеющихся ресурсов для реализации. Для достижения поставленных целей по противодействию рискам и снижению случаев совершения суицидов в КР необходимо направить усилия в следующих направлениях:

- Обучить сотрудников первичного звена (педагоги, соц.работники) основным маркерам суицидальной настроенности и алгоритму действий при их обнаружении.
- Внедрить в школах информирование родителей о маркерах суицидальной активности и о наиболее часто встречающихся провоцирующих факторах
- Внедрить кабинеты психологов в школах, поликлиниках, телефоны доверия.
- Внедрить в программу обучения педагогов и врачей основ по диагностике суицидального поведения и основных предикторах.
- Взять под контроль на уровне как государства, так и семьи, доступ детей и подростков к информации, которая может спровоцировать нежелательные аффективные реакции (н-р, «синий кит», «сделай или умри» и т.д.)
- Простроить механизм помощи людям после незавершенного суицида и дать сотрудникам, которые контактируют с данной категорией, алгоритм информирования о доступе такой помощи.
- Так же рекомендуется службам, занимающимся учетом и анализом статистических данных по суицидальной активности, собирать данные по таким статьям смертности, как «неумышленное отравление», «отравление алкоголем», «утопление», «иные травмы» и рассматривать их как возможные случаи сокрытия суицидов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСХОДНИКОВ

1. 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.
2. Амбрумова, А.Г. Психология самоубийства. М.: Мирос, 2006. 98 с.
3. Анализ ситуации в области суицида и суицидальных попыток среди подростков и молодежи в Кыргызстане. Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ). https://www.unicef.org/kyrgyzstan/media/6611/file_95.pdf
4. Бадмаева В.Д., Шкитырь Е.Ю. Факторы риска суицидального поведения несовершеннолетних (по материалам посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз) // Научные результаты биомедицинских исследований. 2019. Т. 5, № 4. С. 117-128. EDN: TJAKQM
5. Базуева, К. И. Суицид как крайняя форма саморазрушающего поведения и его причины / К. И. Базуева, М. А. Оробец // Материаловедение. – 2018. – № 3(27). – С. 7-8. – EDN GJYWCR.
6. Балдардын жана аялдардын абалына COVID-19 тийгизген таасири боюнча Кластердик сурамжылоо КККИ-2018ден кийинки сурамжылоо. Негизги жыйынтыктардын статистикалык сүрөттөрү. Февраль, 2021 – 84 б.
7. Банников, Г. С. Суицидальное поведение в условиях пандемии COVID-19 : Информационное письмо / Г. С. Банников, А. В. Милехина, Л. Е. Пищикова. – Москва : Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, 2021. – 15 с. – EDN QWWSGL.
8. Барышева, П. В. Самоповреждение и суицид. Эпидемиология, классификация и лечение / П. В. Барышева, А. Ю. Чуракова, Д. Д. Николаева // Молодой ученый. - 2021. - № 53 (395). - С. 188-191.
9. Белоусова А.К. Методика и технологии работы специалиста с лицами, склонными к суициду. М.: Приор - издат, 2006. 285 с.

10. Галако Т.И. Суицидологическая ситуация в Кыргызской Республике: анализ динамики и разработка мер профилактики // 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.

11. Государственная концепция противодействию распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков в Кыргызской Республике // АКН. – Бишкек, 2005 – 130 с.

12. Государственная программа по противодействию эпидемии ВИЧ и ее социально-экономических последствий в Кыргызской Республике на 2006-2010 годы. -Бишкек, 2006. - 85 с.

13. Дети, не посещающие школу в Кыргызстане / ЮНИСЕФ. - Бишкек, 2008. - 110 с.

14. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. / Пер, с фр. с сокр.; под ред. В. А. Базарова. - М., 1994. - 399.

15. Евсеенкова Е. В. Факторы риска аутодеструктивного поведения у старших подростков // Вестник КемГУ. 2019. №1 (77)

16. Жакшылыкова, Т. А. өспүрүмдөр арасындагы суицид / Т. А. Жакшылыкова // Известия ВУЗов Кыргызстана. – 2021. – No. 6. – P. 114-117. – DOI 10.26104/IVK.2019.45.557. – EDN ZWLDMF.

17. Завражин С.А. Одиночество как следствие суицида. М.: Знание, 2008. 109 с.

18. Закон Кыргызской Республики от 12 января 2024 года № 14 «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=34198154

19. 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.) https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=32227931

20. Здоровье населения и здравоохранение в Кыргызской Республике 2015-2019 гг. Статистический сборник. Бишкек, 2020. – 191 с.
21. Измайлова И.М., Смотряева Т.В. Анализ суицидального поведения у пациентов с психическими заболеваниями // Вестник АГИУВ. 2013. №2
22. Изучение поведенческих стереотипов, повышающих уязвимость переселенцев (внутренних мигрантов) к ВИЧ/СПИДу и ИППП. Монография. (соавт.: О.Т. Касымов, Ж.А. Байызбекова и др.) - Бишкек, 2003. – 62 с.
23. Индекс многомерной бедности детей в Кыргызской Республике 2017 - 2021. Бишкек 2022 – 24 с.
24. Касымов О. Т. Руководство по общественному здравоохранению / Под общей редакцией д.м.н., проф. О. Т. Касимова и к.м.н. С. Т. Абдикаримова. Бишкек, 2012. - 272 с.
25. Касьянов, В. В. Суицидальное поведение / В. В. Касьянов, В. Н. Нечипуренко. – 1-е изд.. – Москва : Издательство Юрайт, 2018. – 330 с. – ISBN 978-5-534-09893-8. – EDN KTDRBI.
26. Кыдыралиева, С. Ч. Эл аралык деңгээлде баланын укуктары менен эркиндиктерин коргоо / С. Ч. Кыдыралиева // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2021. – No. 10. – P. 92-95. – DOI 10.26104/NNTIK.2019.45.557. – EDN QCPKTZ.
27. Кыргыз Республикасындагы улгайган адамдар: 2017-2021, 2022 – 105 б.
28. Любов Е.Б., Зотов П. Б., Банников Г. С. Самоповреждающее поведение подростков: дефиниции, эпидемиология, факторы риска и защитные факторы. Сообщение I // Суицидология. 2019. №4 (37).
29. Мамашерип, К. Н. Кыргызстандагы өспүрүм курактагы балдар арасындагы суицидтин алдын алуунун психологиялык жолдору / К. Н. Мамашерип // Вестник Жалал-Абадского государственного университета. – 2023. – No. 1(54). – P. 139-143. – EDN WKYHIR.
30. Мансуркулова Н., Орозбекова Б.Т., Муйдинов Ф.Ф., Байызбекова Д.А., Ажикулова В.С. Факторы риска и здоровье подростков (на материалах

КР) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 5-4. С. 568-574. EDN: VVTISR

31. Медико-социальные аспекты суицидального поведения подростков и молодежи / С. А. Игумнов, А. П. Гелда, Е. В. Гуткевич, Е. Д. Счастный. – Москва-Минск-Томск : Интегральный переплет, 2020. – 178 с. – EDN ZMRUAS.

32. Молодежь в Кыргызской Республике: 2014-2018. Статистический сборник. Б.: 2019 - 347с.

33. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: МИА, 2019. 600 с.

34. Опыт работы Центра Защиты детей по созданию реабилитационного пространства для уличных детей: учеб. метод, пособие / под. ред. Е.Г. Чалковой - Бишкек, 2019. - 228 с.

35. Организационно-правовые основы защиты детей и забота о детях в КР. / Материалы респ. конф. Бишкек, 2007. - 80 с.

36. Паровая, О. И. Гендерные различия суицидального поведения: способы, обстоятельства, особенности социально-экономического статуса и биографических данных / О. И. Паровая, Е. В. Ласый // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. - 2012. - № 2 (38). - С. 80-85.

37. Покровская Т.И., Толстых Н.П. Особенности психологической структуры личности здоровых детей и подростков // Здоровоохранение Киргизии. 1985. № 6. С. 27-31.

38. Положий, Б. С. Суицидология, как мультидисциплинарная область знаний / Б. С. Положий // Суицидология. - 2017. - Т. 8, № 4 (29). - С. 3-8.

39. Предупреждение суицидов: глобальный императив. Женева: ВОЗ, 2014. - 102 с.

40. Программа “Правительства КР по охране психического здоровья населения КР на 2018-2030 годы”, принятая приказом Правительства КР №. 119 от 1 Марта 2018 г.

41. Результаты виктимологического исследования в городе Бишкек и пилотных новостройках. Бишкек – 2019 – 101 б.
42. Родители и дети в соцсетях. Фонд «Общественное мнение» [Электронный ресурс] / URL: <http://fom.ru/SMI-i-internet/12531>
43. Розанов В. А. Самоубийства в вооруженных силах - суицидологический анализ. Суицидология, vol. 11, no. 4 (41), 2020, pp. 56-75.
44. Сараева, Н. М. Интеллектуальные и эмоциональные характеристики психики человека, проживающего на экологически неблагоприятной территории: автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.01 / Сараева Надежда Михайловна. – М., 2010. – 49 с.
45. Семерикова Д. А., Соломатина Е. В., Санников А. Л., Грищенко Е. В.. Тенденции смертности от внешних причин населения Европейского Севера за 2010–2021 годы. Журнал медико-биологических исследований, vol. 12, no. 1, 2024, pp. 89-98. doi:10.37482/2687-1491-Z171
46. Симак О.Я. Проблема суицида при шизофрении: в фокусе внимания семья больного (обзор литературы) // Суицидология. 2018. №4 (33) Социально-экономическое положение КР.
47. Сравнительный анализ факторов, влияющих на совершение суицидальных действий в период до и во время пандемии COVID-19. / Кислов М.А., Приходько А.Н., Кильдюшов Е.М., Артемьева Е.Н. и др. // Судебно-медицинская экспертиза. 2024;67(1):5-9.
48. Темирбек У.Б. Роль реформирования психиатрических служб как важного элемента улучшения уровня социального функционирования и качества жизни населения Кыргызстана // Здоровоохранение Кыргызстана. 2006. № 2. С. 150-152. EDN: XVQPVN
49. Уровень самоубийств в Центральной Азии превышает общемировой показатель”, Университет Центральной Азии, 12 Июля 2019 года, <https://www.ucentralasia.org/Resources/Item/2302/RU>

50. Шелковникова И. А., Белогай К. Н. Нервно-психическое напряжение как фактор суицидального риска в подростковом возрасте: гендерные различия // ОмГУ. 2019. №1

51. Эпидемиологические аспекты наркомании в Кыргызстане / Байызбекова Д.А., Арстанбекова А.А., Касымов О.Т. - Бишкек, 2004.

52. Abjamilova J. A. Are students of International medical faculty susceptible to depression and addictions? / J. A. Abjamilova, K. T. Turdubaev, R. O. Anaimalai, Sh. Ziya // Bulletin of Osh State University. – 2019. – No. 1. – P. 155-162. – EDN UEHGZY.

53. Abraído-Lanza A.F., Armbrister A.N., Flórez K.R., Aguirre A.N. Toward a theory-driven model of acculturation in public health research. *Am. J. Public Health*. 2006;96:1342–1346. doi: 10.2105/AJPH.2005.064980.

54. Adams, R.S., Forster, J.E., Gradus, J.L. et al. Time-dependent suicide rates among Army soldiers returning from an Afghanistan/Iraq deployment, by military rank and component. *Inj. Epidemiol.* 9, 46 (2022). <https://doi.org/10.1186/s40621-022-00410-9>

55. Afifi, Tracie O et al. “Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences.” *American journal of public health* vol. 98,5 (2008): 946-52. doi:10.2105/AJPH.2007.120253

56. Ajdacic-Gross, Vladeta et al. “Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database.” *Bulletin of the World Health Organization* vol. 86,9 (2008): 726-32. doi:10.2471/blt.07.043489

57. Al-Sharifi A., Krynicky C.R., Upthegrove R. Self-harm and ethnicity: A systematic review. *Int. J. Soc. Psychiatry.* 2015;61:600–612. doi: 10.1177/0020764015573085.

58. Alves Vde M, Francisco LC, Belo FM, de-Melo-Neto VL, Barros VG, Nardi AE. Evaluation of the quality of life and risk of suicide. *Clinics (Sao Paulo)*. 2016;71(3):135–139. doi:10.6061/clinics/2016(03)03

59. Anderson KN, Swedo EA, Trinh E, Ray CM, Krause KH, Verlenden JV, et al. 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. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2022;71(41):1301–1305.

60. Arya, Vikas et al. “Changing profile of suicide methods in India: 2014-2021.” *Journal of affective disorders* vol. 340 (2023): 420-426. doi:10.1016/j.jad.2023.08.010

61. Australian Bureau of Statistics. (2022). Causes of Death, Australia. ABS. <https://www.abs.gov.au/statistics/health/causes-death/causes-death-australia/latest-release>.

62. Awaad R, El-Gabalawy O, Jackson-Shaheed E, Zia B, Keshavarzi H, Mogahed D, Altalib H. Suicide Attempts of Muslims Compared With Other Religious Groups in the US. *JAMA Psychiatry*. 2021 Sep 1;78(9):1041-1044. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.1813. PMID: 34287614; PMCID: PMC8295887.

63. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1425. Published 2018 Jul 6. doi:10.3390/ijerph15071425

64. Bambra, C, Pope, D, Swami, V, Stanistreet, D, Roskam, A, Kunst, A, et al. Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63: 38–44.

65. Bao W, Qian Y, Fei W, Tian S, Geng Y, Wang S, Pan CW, Zhao CH, Zhang T. Bullying victimization and suicide attempts among adolescents in 41 low- and middle-income countries: Roles of sleep deprivation and body mass. *Front Public Health*. 2023 Feb 22;11:1064731. doi: 10.3389/fpubh.2023.1064731. PMID: 36908401; PMCID: PMC9992427.

66. Barry R, Rehm J, de Oliveira C, Gozdyra P, Chen S, Kurdyak P. Rurality as a Risk Factor for Attempted Suicide and Death by Suicide in Ontario, Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2022;67(9):679-689. doi:10.1177/07067437211053300

67. Bertuccio, Paola et al. "Global trends in youth suicide from 1990 to 2020: an analysis of data from the WHO mortality database." *EClinicalMedicine* vol. 70 102506. 29 Feb. 2024, doi:10.1016/j.eclinm.2024.102506
68. Betts LR, Houston JE, Steer OL. Development of the multidimensional peer victimization scale–revised (MPVS-R) and the multidimensional peer bullying scale (MPVS-RB). *J Genet Psychol.* 2015;176(2):93–109. doi: 10.1080/00221325.2015.1007915
69. Bilsen J. Suicide and Youth: Risk Factors. *Front Psychiatry.* 2018 Oct 30;9:540. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00540
70. Bitta MA, Bakolis I, Kariuki SM, et al. Suicide in a rural area of coastal Kenya. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):267. Published 2018 Aug 29. doi:10.1186/s12888-018-1855-z
71. Bonvoisin T, Utyasheva L, Knipe D, Gunnell D, Eddleston M. Suicide by pesticide poisoning in India: a review of pesticide regulations and their impact on suicide trends. *BMC Public Health.* 2020;20(1):251. Published 2020 Feb 19. doi:10.1186/s12889-020-8339-z
72. Breslin, Kirsten et al. "Adolescent suicide: what can pediatricians do?." *Current opinion in pediatrics* vol. 32,4 (2020): 595-600. doi:10.1097/MOP.0000000000000916
73. Brezo, Jelena et al. "Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse." *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* vol. 193,2 (2008): 134-9. doi:10.1192/bjp.bp.107.037994
74. Campisi, S.C., Carducci, B., Akseer, N. et al. Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: a pooled analysis of the global school-based student health survey. *BMC Public Health* 20, 1102 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09209-z>
75. Carson, E. A. (2021a). *Mortality in Local Jails, 2000–2018 -Statistical Tables.* Bureau of Justice Statistics

76. Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Web-based injury statistics query and reporting system (WISQARS). National Center for Injury Prevention and Control. www.cdc.gov/injury/wisqars

77. Cha C. B., Franz P. J., M Guzmán E., Glenn C. R., Kleiman E. M., Nock M. K. Annual Research Review: Suicide among youth - epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018 Apr;59(4):460-482. doi: 10.1111/jcpp.12831.

78. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2019. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1

79. Choi NG, Marti CN, Choi BY. Three leading suicide methods in the United States, 2017-2019: Associations with decedents' demographic and clinical characteristics. *Front Public Health*. 2022 Nov 17;10:955008. doi: 10.3389/fpubh.2022.955008. PMID: 36466504; PMCID: PMC9712777.

80. Christensen U, Schmidt L, Kriegbaum M, Hougaard CØ, Holstein BE. Coping with unemployment: does educational attainment make any difference? *Scand J Public Health*. 2006;34:363–70. doi:<https://doi.org/10.1080/14034940500489339>.

81. Cromarite J. Rural America at a glance: 2018 edition. Washington, DC: USDA Economic Research Service; 2018.

82. De Lange, Aart W, and Jan Neeleman. “The effect of the September 11 terrorist attacks on suicide and deliberate self-harm: a time trend study.” *Suicide & life-threatening behavior* vol. 34,4 (2004): 439-47. doi:10.1521/suli.34.4.439.53744

83. Dehara M, Wells MB, Sjöqvist H, Kosidou K, Dalman C, Sörberg Wallin A. Parenthood is associated with lower suicide risk: a register-based cohort study of 1.5 million Swedes. *Acta Psychiatr Scand*. 2021 Mar;143(3):206-215. doi: 10.1111/acps.13240. Epub 2020 Oct 19. PMID: 33011972; PMCID: PMC7983926.

84. Dervic, Kanita et al. "Religious affiliation and suicide attempt." *The American journal of psychiatry* vol. 161,12 (2004): 2303-8. doi:10.1176/appi.ajp.161.12.2303
85. Dupéré V, Leventhal T, Lacourse E. Neighborhood poverty and suicidal thoughts and attempts in late adolescence. *Psychol Med.* 2009;39(8):1295-1306. doi:10.1017/S003329170800456X
86. Durkheim E. (1897) *Le Suicide: Etude de sociologie*. Paris: Alcan (translated by Richard Sennett. [2007] *On Suicide*. London: Penguin Classics).
87. Durkheim, E. *Suicide: A Study in Sociology*. Routledge and Kegan Paul, 1970.
88. Elamoshy R., Bird Y., Thorpe L., Moraros J. Risk of depression and suicidality among diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. 2018. <https://www.mdpi.com/2077-0383/7/11/445>
89. Elliott, M. K., & Jason, L. A. (2023). Risk factors for suicidal ideation in a chronic illness. *Death Studies*, 47(7), 827–835. <https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2132551>
90. Eurostat. (2022). Causes of death by NUTS 2 regions - crude death rate, 3 year average - females [Data set]. Eurostat. https://doi.org/10.2908/HLTH_CD_YCD
91. Ewa H. Mojs, Katarzyna Warchoń-Biedermann, Maria D. Głowacka, Wojciech Strzelecki, Beata Ziemska, Włodzimierz Samborski. Are students prone to depression and suicidal thoughts? *Arch Med Sci.* 2015 Jun 19; 11(3): 605-611. DOI: 10.5114/aoms.2013.38179
92. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, Clemens V. 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. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2020;14(1):20.
93. Fernández-Niño JA, Astudillo-García CI, Rodríguez-Villamizar LA, Florez-Garcia VA. Association between air pollution and suicide: a time series

analysis in four Colombian cities. *Environ Health*. 2018;17(1):47. Published 2018 May 12. doi:10.1186/s12940-018-0390-1

94. Forte, Alberto et al. "Suicide Risk among Immigrants and Ethnic Minorities: A Literature Overview." *International journal of environmental research and public health* vol. 15,7 1438. 8 Jul. 2018, doi:10.3390/ijerph15071438

95. Freeman A, Mergl R, Kohls E, Székely A, Gusmao R, Arensman E, Koburger N, Hegerl U, Rummel-Kluge C. A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry*. 2017 Jun 29;17(1):234. doi: 10.1186/s12888-017-1398-8.

96. Gale A. Examining black adolescents' perceptions of in-school racial discrimination: the role of teacher support on academic outcomes. *Child Youth Serv Rev*. 2020;116:105173. doi: 10.1016/j.childyouth.2020.105173

97. Gifuni AJ, Perret LC, Lacourse E, et al.. Decision-making and cognitive control in adolescent suicidal behaviors: a qualitative systematic review of the literature. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2021;30:1839–55. 10.1007/s00787-020-01550-3 Available: 10.1007/s00787-020-01550-3

98. Glenn, Catherine R et al. "Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents." *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* vol. 61,3 (2020): 294-308. doi:10.1111/jcpp.13106

99. Gould MS, Kleinman MH, Lake AM, Forman J, Midle JB. Newspaper coverage of suicide and initiation of suicide clusters in teenagers in the USA, 1988-96: a retrospective, population-based, case-control study. *Lancet Psychiatry* 2014;1:34-43. doi:10.1016/S2215-0366(14)70225-1 pmid:2636040

100. Gunnell D, Middleton N, Frankel S: Method availability and the prevention of suicide—a re-analysis of secular trends in England and Wales 1950–1975. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2000, 35: 437-443. 10.1007/s001270050261.

101. Gunnell, D., Chang, S. (2016). Economic recession, unemployment, and suicide. In: R O'Connor, R. & Pirkis, J. (eds.) *International handbook of suicide*

prevention: research, policy and practice, 2nd edition. Chichester: Wiley-Blackwell, 284-300.

102. Gunnell, D., Eddleston, M., Phillips, M.R. et al. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: Systematic review. *BMC Public Health* 7, 357 (2007). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-357>

103. Helbich M, Plener PL, Hartung S, Blüml V. Spatiotemporal Suicide Risk in Germany: A Longitudinal Study 2007-11. *Sci Rep.* 2017;7(1):7673. Published 2017 Aug 9. doi:10.1038/s41598-017-08117-4

104. Helbich M. Dynamic Urban Environmental Exposures on Depression and Suicide (NEEDS) in the Netherlands: a protocol for a cross-sectional smartphone tracking study and a longitudinal population register study. *BMJ Open.* 2019;9(8):e030075. Published 2019 Aug 10. doi:10.1136/bmjopen-2019-030075

105. Henson K.E., Brock R., Charnock J., Wickramasinghe B., Will O., Pitman A. Risk of suicide after cancer diagnosis in England. 2019. [Online].

106. Hesse M, Thylstrup B, Seid AK, Skogen JC. Suicide among people treated for drug use disorders: a danish national record-linkage study. *BMC Public Health.* 2020;20(1):146

107. Hink AB, Killings X, Bhatt A, Ridings LE, Andrews AL. Adolescent Suicide-Understanding Unique Risks and Opportunities for Trauma Centers to Recognize, Intervene, and Prevent a Leading Cause of Death. *Curr Trauma Rep.* 2022;8(2):41-53. doi: 10.1007/s40719-022-00223-7.

108. Hinojosa-Vega, Rocío et al. “Intento de suicidio en paciente escolar y factores relacionados: reporte de caso” [Suicidal attempt in a school-aged patient and related factors: a case report]. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social* vol. 61,6 875-881. 6 Nov. 2023, doi:10.5281/zenodo.10064736

109. Holmstrand, C et al. “Long-term suicide risk in no, one or more mental disorders: the Lundby Study 1947-1997.” *Acta psychiatrica Scandinavica* vol. 132,6 (2015): 459-69. doi:10.1111/acps.12506

110. Ilic, Milena, and Irena Ilic. "Worldwide suicide mortality trends (2000-2019): A joinpoint regression analysis." *World journal of psychiatry* vol. 12,8 1044-1060. 19 Aug. 2022, doi:10.5498/wjp.v12.i8.1044
111. Inoue, Ken et al. "Risk of an Increase in Suicide Rates Associated With Economic Downturn due to COVID-19 Pandemic." *Asia-Pacific journal of public health* vol. 32,6-7 (2020): 367. doi:10.1177/1010539520940893
112. Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME), Global Burden of Disease (GBD), Ourworldindata.org. www.ourworldindata.org. www.ourworldindata.org
113. Jacob L., Oh H., Koyanagi A., Smith L., Kostev K. Relationship between physical conditions and attempted or completed suicide in more than 9,300 individuals from the United Kingdom: a case-control study. 2020. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032720311101>
114. Jahoda M. Work, employment, and unemployment: Values, theories, and approaches in social research. *American Psychologist*. 1981;36(2):184–191. doi: 10.1037/0003-066X.36.2.184.
115. Jang, H., Lee, W., Kim, Yo. et al. 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. *BMC Public Health* 22, 410 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12843-4>
116. Jiang, Mao-Min et al. "The Effect of Teacher Discrimination Behavior on Adolescent Suicidal Ideation: A Cross-Sectional Survey." *Psychology research and behavior management* vol. 16 2667-2680. 17 Jul. 2023, doi:10.2147/PRBM.S420978
117. Jones, Elizabeth A K et al. "Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review." *International journal of environmental research and public health* vol. 18,5 2470. 3 Mar. 2021, doi:10.3390/ijerph18052470
118. Junuzovic M, Lind KMT, Jakobsson U. Child suicides in Sweden, 2000-2018. *Eur J Pediatr*. 2022 Feb;181(2):599-607. doi: 10.1007/s00431-021-04240-7. Epub 2021 Sep 2. PMID: 34476611; PMCID: PMC8821491.

119. Kaczurkin AN, Raznahan A, Satterthwaite TD. Sex differences in the developing brain: insights from multimodal neuroimaging. *Neuropsychopharmacology* 2019;44:71–85.
120. Kasemy ZA, Sharif AF, Amin SA, Fayed MM, Desouky DE, Salama AA, Abo Shereda HM, Abdel-Aaty NB. Trend and epidemiology of suicide attempts by self-poisoning among Egyptians. *PLoS One*. 2022 Jun 16;17(6):e0270026. doi: 10.1371/journal.pone.0270026. PMID: 35709176; PMCID: PMC9202942.
121. Kim K, Byun S. Determinants of Academic Achievement in Republic of Korea. In: Park H, Kim K, editors. *Korean Education in Changing Economic and Demographic Contexts*. Singapore, s.l.: Springer Singapore; 2014. p. 13–37. doi:https://doi.org/10.1007/978-981-4451-27-7_2.
122. Kim Y, Ng CFS, Chung Y, et al. Air Pollution and Suicide in 10 Cities in Northeast Asia: A Time-Stratified Case-Crossover Analysis. *Environ Health Perspect*. 2018;126(3):037002. Published 2018 Mar 6. doi:10.1289/EHP2223
123. Kyere E, Karikari I, Teegen BC. The associations among teacher discrimination, parents' and peer emotional supports, and African American Youth's School bonding. *Fam Soc*. 2020;101(4):469–483. doi: 10.1177/1044389419892277
124. Lawrence RE, Oquendo MA, Stanley B. Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Arch Suicide Res*. 2016;20(1):1-21. doi: 10.1080/13811118.2015.1004494. PMID: 26192968; PMCID: PMC7310534.
125. Le, Minh Thi Hong et al. "Experience of low mood and suicidal behaviors among adolescents in Vietnam: findings from two national population-based surveys." *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine* vol. 51,4 (2012): 339-48. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.12.027
126. Lester, David. (1994). Suicide rates before, during and after the world wars. *European Psychiatry*. 9. 262-264. 10.1017/S092493380000362X.
127. Lim, M., Lee, S.U. & Park, JI. Difference in suicide methods used between suicide attempters and suicide completers. *Int J Ment Health Syst* 8, 54 (2014). <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-54>

128. Lin GZ, Li L, Song YF, Zhou YX, Shen SQ, Ou CQ. The impact of ambient air pollution on suicide mortality: a case-crossover study in Guangzhou, China. *Environ Health*. 2016;15(1):90. Published 2016 Aug 30. doi:10.1186/s12940-016-0177-1
129. Lozano, Rafael et al. 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. *Lancet (London, England)* vol. 380,9859 (2012): 2095-128. doi:10.1016/S0140-6736(12)61728-0
130. Lynch FL, Peterson EL, Lu CY, Hu Y, Rossom RC, Waitzfelder BE, et al. Substance use disorders and risk of suicide in a general US population: a case control study. *Addict Sci Clin Pract*. 2020;15(1):14.
131. Mahfouz A, Lelieveldt BPF, Grefhorst A, van Weert LTCM, Mol IM, Sips HCM. et al. Genome-wide coexpression of steroid receptors in the mouse brain: identifying signaling pathways and functionally coordinated regions. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2016;113:2738–43.
132. Mamun, Mohammed A, and Irfan Ullah. COVID-19 suicides in Pakistan, dying off not COVID-19 fear but poverty? - The forthcoming economic challenges for a developing country. *Brain, behavior, and immunity* vol. 87 (2020): 163-166. doi:10.1016/j.bbi.2020.05.028
133. Marré A. Rural education at a glance: 2017 edition. Washington, DC: USDA Economic Research Service; 2017.
134. Mental health and forced displacement. 31 August 2021 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-and-forced-displacement>
135. Merton R. Social structure and anomie. *American Sociological Review*. 1938;3(5):672–682. doi: 10.2307/2084686.
136. Milner, A. et al. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PloS one* vol. 8,1 (2013): e51333. doi:10.1371/journal.pone.0051333

137. Molchanova, E. and T. Galako, 'Suicides in the Kyrgyz Republic: Discrepancies in Different Types of Official Statistics', *European Psychiatry*, vol. 41, Issue S1, April 2017, p. S890

138. Mueller A. S., Abrutyn S. Adolescents under pressure: a new Durkheimian framework for understanding adolescent suicide in a cohesive community. *Am. Sociol.* (2016). Rev. 81 877–899. 10.1177/0003122416663464

139. Mueller AS, Abrutyn S, Pescosolido B, Diefendorf S. The Social Roots of Suicide: Theorizing How the External Social World Matters to Suicide and Suicide Prevention. *Front Psychol.* 2021 Mar 31;12:621569. doi: 10.3389/fpsyg.2021.621569.

140. Muller C., Duncombe A., Carroll J. M., Mueller A. S., Warren J. R., Grodsky E. Association of job expectations among high school students with early death during adulthood. *JAMA Netw. Open* (2020). 3:2027958. 10.1001/jamanetworkopen.2020.27958

141. Murphy L, Lyons S, O'Sullivan M, Lynn E. Risk factors for completed suicide among people who use drugs: A scoping review protocol. *HRB Open Res.* 2021 May 17;3:45. doi: 10.12688/hrbopenres.13098.3. PMID: 33634238; PMCID: PMC7885289.

142. Nabeshima Y, Onozuka D, Kitazono T, Hagihara A. Analysis of Japanese Articles about Suicides Involving Charcoal Burning or Hydrogen Sulfide Gas [published correction appears in *Int J Environ Res Public Health*. 2017 Dec 01;14

143. Nafilyan V, Morgan J, Mais D, Sleeman KE, Butt A, Ward I, Tucker J, Appleby L, Glickman M. Risk of suicide after diagnosis of severe physical health conditions: A retrospective cohort study of 47 million people. *Lancet Reg Health Eur.* 2022 Dec 14;25:100562. doi: 10.1016/j.lanepe.2022.100562. PMID: 36545003; PMCID: PMC9760649.

144. Naghavi M; Global Burden of Disease Self-Harm Collaborators. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic

analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*. 2019;364:194. Published 2019 Feb 6. doi:10.1136/bmj.19

145. National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic and United Nations Children's Fund, Kyrgyzstan Multiple Indicator Cluster Survey 2018 - Survey Findings Report, NSC and UNICEF, Bishkek, 2019.

146. Navarro-Carrillo, Ginés et al. "Socioeconomic Status and Psychological Well-Being: Revisiting the Role of Subjective Socioeconomic Status." *Frontiers in psychology* vol. 11 1303. 10 Jun. 2020, doi:10.3389/fpsyg.2020.01303

147. Ng CF, Stickley A, Konishi S, Watanabe C. J Ambient air pollution and suicide in Tokyo, 2001-2011. *Affect Disord*. 2016 Sep 1;201:194-202. doi: 10.1016/j.jad.2016.05.006. Epub 2016 May 12. PMID: 27240312

148. Niederkrotenthaler T, Reidenberg DJ, Till B, Gould MS. Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma: the role of mass media. *Am J Prev Med*2014;47(Suppl 2):S235-43. doi:10.1016/j.amepre.2014.06.010 pmid:25145745

149. Niederkrotenthaler T., Voracek M., Herberth A., Till B., Strauss M., Etzersdorfer E., Eisenwort B., Sonneck G. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *Br. J. Psychiatry*. 2010;197:234–243. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074633.

150. Nock, Matthew K et al. "Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys." *PLoS medicine* vol. 6,8 (2009): e1000123. doi:10.1371/journal.pmed.1000123

151. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2012;9(11):e1001349. doi: 10.1371/journal.pmed.1001349. Epub 2012 Nov 27. PMID: 23209385; PMCID: PMC3507962.

152. Office for National Statistics. Male prisoners are 3.7 times more likely to die from suicide than the public. Published 25 July 2019. <https://www.ons.gov.uk/news/news/maleprisonersare37timesmorelikelytodiefromsuicidethanthepublic>

153. Øien-Ødegaard, C., Hauge, L.J. & Reneflot, A. Marital status, educational attainment, and suicide risk: a Norwegian register-based population study. *Popul Health Metrics* 19, 33 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12963-021-00263-2>

154. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* (2016) 387:2423–78. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00579-1

155. Pevalin, DJ. Housing repossessions, evictions and common mental illness in the UK: results from a household panel study. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63: 949–51

156. Phillips D.P. The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *Am. Sociol. Rev.* 1974;39:340. doi: 10.2307/2094294

157. Pikala, Małgorzata, and Monika Burzyńska. “The Burden of Suicide Mortality in Poland: A 20-Year Register-Based Study (2000-2019).” *International journal of public health* vol. 68 1605621. 2 Feb. 2023, doi:10.3389/ijph.2023.1605621

158. Ping Qin, Suicide risk in relation to level of urbanicity—a population-based linkage study, *International Journal of Epidemiology*, Volume 34, Issue 4, August 2005, Pages 846–852, <https://doi.org/10.1093/ije/dyi085>

159. Pirkis J, Mok K., Robinson J, Nordentoft M. Media influences on suicidal thoughts and behaviors. In: O'Connor RC, Pirkis J, editors. *International Handbook of Suicide Prevention*, 2nd Edn, Chichester: John Wiley & Sons (2016). pp. 745–58.

160. Plans L, Barrot C, Nieto E, et al. Association between completed suicide and bipolar disorder: A systematic review of the literature. *J Affect Disord.* 2019;242:111–122. doi:10.1016/j.jad.2018.08.054
161. Portzky G, Audenaert K, van Heeringen K. Suicide among adolescents. A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality-related risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* (2005) 40:922–30. doi: 10.1007/s00127-005-0977-x
162. Reeves, A, Stuckler, D, McKee, M, Gunnell, D, Chang, S, Basu, S. Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. *Lancet* 2012; 380: 1813–4.
163. Reeves, Aaron et al. “Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America.” *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* vol. 205,3 (2014): 246-7. doi:10.1192/bjp.bp.114.144766
164. Rehkopf DH, Buka SL (2006) The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review. *Psychol Med* 36:145–157
165. Riblet NB, Gottlieb DJ, Watts BV, Cornelius SL, Fan VS, Shi X, Shiner B. Hypoxia-related risk factors for death by suicide in a national clinical sample. *Psychiatry Res.* 2019 Mar;273:247-251. doi: 10.1016/j.psychres.2019.01.040. Epub 2019 Jan 12. PMID: 30658209; PMCID: PMC8801295.
166. Rogers ML, Joiner TE. Exploring the temporal dynamics of the interpersonal theory of suicide constructs: A dynamic systems modeling approach. *J Consult Clin Psychol.* 2019;87(1):56-66. doi:10.1037/ccp0000373
167. Rožkar, Saška et al. “Suicide risk and its relationship to change in marital status.” *Crisis* vol. 32,1 (2011): 24-30. doi:10.1027/0227-5910/a000054
168. Rudasill KM, Snyder KE, Levinson H, et al. Systems view of school climate: a theoretical framework for research. *Educ Psychol Rev.* 2017;30(1):35–60. doi: 10.1007/s10648-017-9401-y
169. Rural Health Information Hub. Suicide in Rural Areas. <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/suicide/1/rural>

170. Schmidt M, Bagwell C. Peer victimization and bullying in childhood and adolescence. *Psychology*. 2020;5:1–12. doi: 10.1093/obo/9780199828340-0263
171. Schmidtke A., Häfner H. Public Attitudes towards and Effects of the Mass Media on Suicidal and Deliberate Self-Harm Behavior. 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. pp. 313–330
172. Schrijvers, Didier L et al. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of affective disorders* vol. 138,1-2 (2012): 19-26. doi:10.1016/j.jad.2011.03.050
173. Scott J, Martin NG, Parker R, Couvy-Duchesne B, Medland SE, Hickie I. 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. *Early Interv Psychiatry*. 2021;15(2):306-313. doi:10.1111/eip.12942
174. Seligman MEP. *Helplessness: On depression, development and death*. WH Freeman; 1975.
175. Sher L, Kahn RS. Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(7):361. Published 2019 Jul 10. doi:10.3390/medicina55070361
176. Shin J, Park JY, Choi J. Long-term exposure to ambient air pollutants and mental health status: A nationwide population-based cross-sectional study. *PLoS One*. 2018;13(4):e0195607. Published 2018 Apr 9. doi:10.1371/journal.pone.0195607
177. Sörberg Wallin A, Sjöqvist H, Dehara M, Wells MB, Dykxhoorn J, Kosidou K, Dalman C. Parenthood and lower risk of suicide in women and men: the total Swedish population followed across adulthood. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022 Nov;57(11):2241-2250. doi: 10.1007/s00127-022-02321-y. Epub 2022 Jul 15. PMID: 35838797; PMCID: PMC9636107.

178. Stack, Steven. "Contributing factors to suicide: Political, social, cultural and economic." *Preventive medicine* vol. 152,Pt 1 (2021): 106498. doi:10.1016/j.ypmed.2021.106498
179. Stephenson, Mallory et al. "The temporal relationship between marriage and risk for suicidal ideation." *Journal of affective disorders* vol. 343 (2023): 129-135. doi:10.1016/j.jad.2023.10.007
180. Stone DM, Mack KA, Qualters J: Notes from the field: Recent changes in suicide rates, by race and ethnicity and age group - United States, 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 72:160–162, 2023. doi: 10.15585/mmwr.mm7206a4
181. Stulz N, Hepp U, Kupferschmid S, Raible-Destan N, Zwahlen M. Trends in suicide methods in Switzerland from 1969 to 2018: an observational study. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2022 Dec. 10 [cited 2024 Apr. 8];152(4950):40007. Available from: <https://smw.ch/index.php/smw/article/view/3271>
182. Suicidal Behavior By Christine Moutier , MD, American Foundation For Suicide Prevention Reviewed/Revised Jul 2023. <https://www.msmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/suicidal-behavior-and-self-injury/suicidal-behavior#v82347620>
183. Suicide Mortality in the United States, 1999-2017. Hedegaard H, Curtin SC, Warner M. *NCHS Data Brief*. 2018 Nov;(330):1-8. PMID: 30500324
184. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. Qin P, Nordentoft M. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Apr;62(4):427-32. PMID:15809410
185. Thomson EM. Air Pollution, Stress, and Allostatic Load: Linking Systemic and Central Nervous System Impacts. *J Alzheimers Dis*. 2019;69(3):597–614. doi:10.3233/JAD-190015
186. Torok M., Calear A., Shand F., Christensen H. A systematic review of mass media campaigns for suicide prevention: Understanding their efficacy and the mechanisms needed for successful behavioral and literacy change. *Suicide Life Threat. Behav*. 2017;47:672–687. doi: 10.1111/sltb.12324.

187. Tushar Kedar. Suicide and Suicide risk factors: A Literature Review. *Asian Journal of Nursing Education and Research*. 2021; 11(3):441-6. doi: 10.52711/2349-2996.2021.00107
188. UNICEF. The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health 2021, Available: <https://www.unicef.org/media/114636/file/SOWC-2021-full-report-English.pdf>.
189. Vadukapuram R, Trivedi C, Mansuri Z, et al. Common methods of suicide and self-inflicted poisoning/injury by individuals with major depressive disorder and bipolar disorder: a nationwide inpatient sample analysis. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2022;24(4):21m03159.
190. Värnik, Peeter. "Suicide in the world." *International journal of environmental research and public health* vol. 9,3 (2012): 760-71. doi:10.3390/ijerph9030760
191. Vijayakumar L, Daly C, Arafat Y, Arensman E. Suicide Prevention in the Southeast Asia Region. *Crisis*. 2020;41(Suppl 1):S21–S29. doi:10.1027/0227-5910/a000666
192. Vijayakumar L, Jotheeswaran A. Suicide in refugees and asylum seekers. *Mental health of refugees and asylum seekers*. 2010:195–210
193. Vuorio, Alpo, and Robert Bor. "Black Swan Pandemic and the Risk of Pilot Suicide." *Frontiers in public health* vol. 8 573006. 29 Oct. 2020, doi:10.3389/fpubh.2020.573006
194. Wanberg, Connie R. "The individual experience of unemployment." *Annual review of psychology* vol. 63 (2012): 369-96. doi:10.1146/annurev-psych-120710-100500
195. Wasserman, Danuta, Camilla Wasserman, and David Lester, 'Suicide during war and genocides', in Danuta Wasserman (ed.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*, 2 edn, Oxford Textbooks in Psychiatry (Oxford, 2021; online edn, Oxford Academic, 1 Jan. 2021), <https://doi.org/10.1093/med/9780198834441.003.0025>

196. Weavers B, Heron J, Thapar AK, et al. The antecedents and outcomes of persistent and remitting adolescent depressive symptom trajectories: a longitudinal, population-based English study. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(12):1053-1061. doi:10.1016/S2215-0366(21)00281-9
197. Wei, M.; Mallinckrodt, B.; Arterberry, B.J.; Liu, S.; Wang, K.T. Latent profile analysis of interpersonal problems: Attachment, basic psychological need frustration, and psychological outcomes. *J. Couns. Psychol.* 2021, 68, 467
198. World heal thrankings live longer live better. <https://www.worldlifeexpectancy.com/ru/kyrgyzstan-suicide>.
199. World Health Organization. (2019). WHO | Disease burden and mortality estimates. World Health Organization. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>
200. World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>.
201. World Health Organization. Suicide Worldwide in 2019 (2021). Available online at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
202. World Health Organization. Suicide: facts and figures globally. 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-UCN-MHE-22.03>.
203. World Health Organization: LIVE LIFE: Preventing Suicide. In. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization; 2018
204. Wu KC, Chen YY, Yip PS. Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention. *Int J Environ Res Public Health*. 2012 Apr;9(4):1135-58. doi: 10.3390/ijerph9041135. Epub 2012 Mar 28. PMID: 22690187; PMCID: PMC3366604.
205. Wyatt L.C., Ung T., Park R., Kwon S.C., Trinh-Shevrin C. Risk Factors of Suicide and Depression among Asian American, Native Hawaiian, and Pacific Islander Youth: A Systematic Literature Review. *J. Health Care Poor Underserved*. 2015;26:191–237. doi: 10.1353/hpu.2015.0059

206. Zalsman, Gil et al. "Suicide in the Time of COVID-19: Review and Recommendations." *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research* vol. 24,4 (2020): 477-482. doi:10.1080/13811118.2020.1830242

207. Zhao, Jiubo et al. "Belief system, meaningfulness, and psychopathology associated with suicidality among Chinese college students: a cross-sectional survey." *BMC public health* vol. 12 668. 17 Aug. 2012, doi:10.1186/1471-2458-12-668

208. Zhu M, Urhahne D, Rubie-Davies CM. The longitudinal effects of teacher judgement and different teacher treatment on students' academic outcomes. *Educ Psychol.* 2017;38(5):648–668. doi: 10.1080/01443410.2017.1412399

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Таблица П1 - 11 - Распространенность суицида среди населения КР по возрастным группам и годам, абс. показатель

Год	Пол	Возраст														85 и стар ше	всего		
		5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74			75-79	80-84
2011	оба пола	0	17	80	51	56	58	51	41	35	27	14	13	7	9	6	6	0	471
	мужчины	0	12	51	33	47	47	47	35	30	18	13	8	7	8	3	4	0	363
	женщины	0	5	29	18	9	11	4	6	5	9	1	5	0	1	3	2	0	108
2012	оба пола	0	21	58	59	74	67	55	47	46	26	22	16	8	10	7	5	3	524
	мужчины	0	18	34	42	61	58	46	35	36	20	20	15	6	6	4	0	1	402
	женщины	0	3	24	17	13	8	9	12	10	6	3	1	2	4	3	5	2	122
2013	оба пола	2	35	58	52	54	51	45	37	26	31	22	10	6	9	3	4	1	446
	мужчины	2	22	34	40	44	43	40	34	22	25	20	8	4	6	3	1	1	349
	женщины	0	13	24	12	10	8	5	3	4	6	2	2	2	3	0	3	0	97
2014	оба пола	4	23	47	50	66	39	66	40	45	26	24	12	7	2	7	3	0	461
	мужчины	4	13	28	39	53	33	54	34	38	21	20	10	4	1	5	1	0	358
	женщины	0	10	19	11	13	6	12	6	7	5	4	2	3	1	2	2	0	103
2015	оба пола	1	29	54	45	38	41	47	50	37	25	22	10	6	4	2	2	4	417
	мужчины	1	21	31	33	34	33	39	43	31	22	18	8	6	3	2	0	2	327
	женщины	0	8	23	12	4	8	8	7	6	3	4	2	0	1	0	2	2	90
2016	оба пола	0	29	34	45	36	49	37	43	41	43	27	14	11	1	2	3	4	419
	мужчины	0	22	20	34	29	37	34	34	34	36	22	12	9	0	2	3	2	330
	женщины	0	7	14	11	7	12	3	9	7	7	5	2	2	1	0	0	2	89
2017	оба пола	0	25	34	42	42	50	47	36	34	23	25	14	6	2	5	2	1	388
	мужчины	0	18	21	31	29	42	45	31	29	17	20	14	4	2	4	1	1	309
	женщины	0	7	13	11	13	7	2	5	5	6	5	1	2	0	1	1	0	79

Год	Пол	Возраст														85 и старше	всего		
		5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74			75-79	80-84
2018	оба пола	0	14	37	39	43	53	36	34	43	22	19	13	10	8	7	0	2	380
	мужчины	0	10	27	25	35	44	30	30	37	20	14	12	7	6	7	0	1	305
	женщины	0	4	10	14	8	9	6	4	6	2	5	1	3	2	0	0	1	75
2019	оба пола	0	13	35	40	34	37	42	44	34	26	26	14	13	5	9	3	2	377
	мужчины	0	9	25	28	28	29	37	37	32	21	21	13	12	3	2	2	2	301
	женщины	0	4	10	12	6	8	5	7	2	5	5	1	1	2	7	1	0	76
2020	оба пола	0	13	32	27	30	33	34	29	25	24	17	17	6	6	3	3	2	301
	мужчины	0	8	20	17	22	25	29	23	18	23	16	14	6	6	1	3	1	232
	женщины	0	5	12	10	8	8	5	6	7	1	1	3	0	0	2	0	1	69
2021	оба пола	0	13	44	28	42	50	45	37	36	28	27	19	12	9	1	2	1	394
	мужчины	0	9	32	20	30	40	38	32	25	23	22	12	7	6	1	1	1	299
	женщины	0	4	12	8	12	10	7	5	11	5	5	7	5	3	0	1	0	95
2022	оба пола	2	25	25	25	29	35	45	27	35	35	21	21	11	3	0	1	1	341
	мужчины	1	12	18	20	26	30	35	22	35	28	19	19	11	2	0	0	0	278
	женщины	1	13	7	5	3	5	10	5	0	7	2	2	0	1	0	1	1	63
2023	оба пола	2	12	28	34	25	38	32	24	28	27	19	9	20	8	2	3	1	312
	мужчины	1	10	21	24	19	28	26	24	25	25	16	9	16	7	2	2	0	255
	женщины	1	2	7	11	5	11	5	1	3	1	3	1	3	1	0	1	1	57
Всего	оба пола	11	269	566	537	569	600	581	489	465	363	285	182	123	76	54	37	22	5231
	мужчины	9	184	362	386	457	489	500	414	392	299	241	154	99	56	36	18	12	4108
	женщины	2	85	204	152	111	111	81	76	73	63	45	30	23	20	18	19	10	1123

Таблица П1-3.2.12. Распространенность суицида среди населения КР по возрастным группам и годам, на 100 тыс. населения ‰_{0000}

Год	Пол	Возраст														85 и стар ше		
		5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74		75-79	80-84
2011	оба пола	0,39	3,27	13,64	8,48	11,79	15,14	14,79	12,51	11,34	10,15	7,73	10,55	12,10	10,97	12,13	17,33	0,00
	мужчины	0,00	4,71	17,66	10,93	19,82	24,64	26,73	20,92	18,72	12,84	13,32	11,58	21,54	16,49	9,85	18,37	0,00
	женщины	0,00	1,88	9,74	6,01	3,78	5,72	2,37	3,74	3,37	7,15	1,20	9,24	0,00	2,98	15,78	15,58	0,00
2012	оба пола	0,00	4,12	10,05	9,90	14,92	17,34	15,87	14,16	14,96	9,34	11,44	12,16	13,38	12,68	13,66	14,81	18,16
	мужчины	0,00	7,21	11,97	14,04	24,55	30,16	26,06	20,63	22,57	13,69	19,29	20,38	17,75	12,91	12,70	0,00	9,05
	женщины	0,00	1,15	8,18	5,73	5,25	4,12	5,29	7,40	6,76	4,54	3,38	1,73	7,70	12,34	15,20	40,73	36,52
2013	оба пола	0,36	6,87	10,30	8,73	10,35	12,75	12,90	10,93	8,47	10,69	10,73	7,06	8,95	12,33	5,77	12,46	5,45
	мужчины	0,73	8,83	12,30	13,41	16,76	21,58	22,60	19,62	13,85	16,40	18,15	10,08	10,46	14,06	9,37	4,87	8,38
	женщины	0,00	5,00	8,37	4,04	3,86	3,99	2,91	1,82	2,70	4,36	2,11	3,21	6,96	9,89	0,00	25,97	0,00
2014	оба пола	0,70	4,50	8,48	8,47	12,10	9,47	18,52	11,75	14,44	8,79	10,80	7,97	8,64	3,22	12,49	10,18	0,00
	мужчины	1,43	5,21	10,30	13,22	19,21	16,11	29,87	19,52	23,60	13,53	16,76	11,88	8,58	2,77	14,44	5,25	0,00
	женщины	0,00	3,82	6,73	3,73	4,82	2,90	6,83	3,61	4,65	3,55	3,89	3,01	8,71	3,84	9,33	19,19	0,00
2015	оба пола	0,17	5,54	10,02	7,66	6,75	9,53	12,92	14,50	11,75	8,32	9,25	6,31	6,15	7,67	3,39	7,41	18,67
	мужчины	0,34	8,23	11,72	11,25	11,91	15,39	21,18	24,39	19,09	13,95	14,11	9,06	10,70	10,01	5,47	0,00	14,56
	женщины	0,00	2,98	8,38	4,08	1,44	3,70	4,46	4,16	3,94	2,10	3,63	2,85	0,00	4,51	0,00	20,68	26,04
2016	оба пола	0,00	5,42	6,47	7,73	6,24	10,89	9,92	12,33	12,74	14,34	10,56	8,34	9,74	2,15	3,39	10,95	18,80
	мужчины	0,00	8,44	7,76	11,69	9,91	16,48	18,07	19,02	20,55	22,86	16,08	12,87	13,88	0,00	5,45	16,98	14,79
	женщины	0,00	2,55	5,23	3,78	2,46	5,33	1,62	5,30	4,48	4,91	4,20	2,68	4,16	5,01	0,00	0,00	25,79
2017	оба пола	0,00	4,50	6,61	7,29	7,26	10,51	12,29	10,12	10,39	7,65	9,26	7,80	4,95	4,12	8,79	7,04	4,51
	мужчины	0,00	6,66	8,32	10,75	9,90	17,66	23,32	17,05	17,22	10,79	13,90	14,03	5,75	7,17	11,39	5,46	7,11
	женщины	0,00	2,46	4,97	3,82	4,55	2,94	1,06	2,87	3,14	4,19	3,97	1,25	3,87	0,00	4,60	9,91	0,00

Год	Пол	Возраст													85 и старше			
		5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69		70-74	75-79	80-84
2018	оба пола	0,00	2,40	7,21	6,93	7,45	10,59	9,04	9,42	12,89	7,31	6,73	6,78	7,63	14,55	13,53	0,00	8,91
	мужчины	0,00	3,52	10,73	8,86	12,00	17,55	14,91	16,34	21,55	12,73	9,29	11,32	9,32	18,79	22,06	0,00	7,02
	женщины	0,00	1,34	3,83	4,99	2,80	3,60	3,04	2,26	3,70	1,39	3,80	1,17	5,37	8,67	0,00	0,00	12,20
2019	оба пола	0,00	2,17	6,81	7,21	5,96	7,06	10,20	11,86	10,15	8,50	6,73	9,34	9,34	7,46	20,78	9,32	8,94
	мужчины	0,00	3,09	9,92	10,04	9,73	11,02	17,83	19,65	18,58	13,17	13,66	11,32	15,07	7,65	7,54	9,66	14,16
	женщины	0,00	1,30	3,82	4,35	2,12	3,07	2,45	3,83	1,23	3,41	3,70	1,07	1,68	7,20	41,71	8,72	0,00
2020	оба пола	0,00	2,09	6,09	5,00	5,29	6,11	7,87	7,61	7,38	7,76	5,78	7,62	4,08	7,43	8,33	8,66	9,13
	мужчины	0,00	2,65	7,77	6,24	7,72	9,20	13,30	11,94	10,36	14,29	10,23	11,39	7,17	12,68	4,55	13,41	7,28
	женщины	0,00	1,56	4,48	3,74	2,84	2,98	2,34	3,19	4,24	0,67	0,73	3,00	0,00	0,00	14,26	0,00	12,25
2021	оба пола	0,00	1,97	8,21	5,31	7,51	9,03	9,95	9,42	10,53	8,87	9,19	7,96	7,75	9,80	3,19	6,25	4,15
	мужчины	0,00	2,81	12,18	7,49	10,65	14,41	16,62	16,19	14,23	14,05	14,05	9,15	7,95	11,13	5,21	4,77	6,58
	женщины	0,00	1,18	4,40	3,07	4,32	3,63	3,13	2,56	6,62	3,29	3,65	6,51	7,48	7,92	0,00	9,04	0,00
2022	оба пола	0,26	3,58	4,51	4,84	5,24	6,33	9,38	6,67	10,05	10,90	7,12	8,35	6,64	3,06	0,00	3,05	5,05
	мужчины	0,26	3,55	6,62	7,61	9,30	10,83	14,40	10,81	19,61	16,82	12,10	13,78	11,68	3,48	0,00	0,00	0,00
	женщины	0,25	3,62	2,48	1,97	1,09	1,81	4,22	2,49	0,00	4,53	1,45	1,76	0,00	2,47	0,00	8,62	15,76
2023	оба пола	0,25	1,66	4,86	6,56	4,58	6,81	6,40	5,80	7,79	8,28	6,42	3,44	11,30	7,43	4,90	9,59	4,68
	мужчины	0,26	2,86	7,49	9,10	6,90	10,01	10,28	11,45	13,68	14,82	10,19	6,27	15,92	11,08	8,01	9,98	0,00
	женщины	0,25	0,54	2,36	4,33	1,85	3,95	2,02	0,49	1,70	0,64	2,16	0,85	3,92	2,25	0,00	8,90	14,64

Таблица ТП1-3.2.14. Распространенность суицида среди населения КР за 2011-2023 гг. в региональном разрезе (п, /0000)

Район	Показатель	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Всего за исследо- емый период	Прирост/у- быль 2011-2023
Баткенская область	Всего населения, тыс	444,9	448,9	458,9	469,7	480,7	492,6	503,5	513,6	525,1	537,3	548,2	559,5	570,9		
	Суицидов, случаи	38	44	32	29	40	29	31	39	36	23	30	19	32	422	-15,79
	Коэффициент, на 100 тыс	8,54	9,80	6,97	6,17	8,32	5,89	6,16	7,59	6,86	4,28	5,47	3,40	5,61		
Джалал-Абадская область	Прирост/убыль %		15,79	-27,27	-9,38	37,93	-27,50	6,90	25,81	-7,69	-36,11	30,43	-36,67	68,42		
	Всего населения, тыс	1045,4	1054,3	1076,7	1099,2	1122,4	1146,5	1168,7	1190,6	1214,4	1238,8	1260,6	1288,4	1311		
	Суицидов, случаи	24	40	31	43	31	34	17	18	32	16	23	45	23	377	-4,17
Иссык-Кульская область	Коэффициент, на 100 тыс	2,30	3,79	2,88	3,91	2,76	2,97	1,45	1,51	2,64	1,29	1,82	3,49	1,75		
	Прирост/убыль %		66,67	-22,50	38,71	-27,91	9,68	-50,00	5,88	77,78	-50,00	43,75	95,65	-48,89		
	Всего населения, тыс	446,3	448	453,4	458,5	463,9	470,1	476,8	483	489,8	496,1	501,9	533,8	538,4		
Нарынская область	Суицидов, случаи	98	113	87	97	82	74	72	95	77	54	68	70	45	1032	-54,08
	Коэффициент, на 100 тыс	21,96	25,22	19,19	21,16	17,68	15,74	15,10	19,67	15,72	10,88	13,55	13,11	8,36		
	Прирост/убыль %		15,31	-23,01	11,49	-15,46	-9,76	-2,70	31,94	-18,95	-29,87	25,93	2,94	-35,71		
Ошская область	Всего населения, тыс	263,6	264,9	268,00	271,30	274,50	277,60	281	283,80	287,00	289,60	292,10	306,50	308,4		
	Суицидов, случаи	44	39	35	47	38	37	43	29	30	19	23	25	36	445	-18,18
	Коэффициент, на 100 тыс	16,69	14,72	13,06	17,32	13,84	13,33	15,30	10,22	10,45	6,56	7,87	8,16	11,67		
Ошская область	Прирост/убыль %		-11,36	-10,26	34,29	-19,15	-2,63	16,22	-32,56	3,45	-36,67	21,05	8,70	44,00		
	Всего населения, тыс	1139,3	1147,7	1173,2	1199,9	1228,4	1259,7	1287,5	1314,1	1341,9	1368,1	1391,7	1435,5	1460,4		
	Суицидов, случаи	54	62	74	70	55	50	49	38	48	40	53	36	36	665	-33,33

Район	Показатель	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Всего за исследо- емый период	Прирост/у- быль 2011-2023
	Коэффициент, на 100 тыс	4,74	5,40	6,31	5,83	4,48	3,97	3,81	2,89	3,58	2,92	3,81	2,51	2,47		
	Прирост/убыль %		14,81	19,35	-5,41	-21,43	-9,09	-2,00	-22,45	26,32	-16,67	32,50	-32,08	0,00		
	Всего населения, тыс	233,6	235,3	239,5	243,4	247,2	251,3	255,2	259	263,5	267,4	271	270,30	273,5		
	Суицидов, случаи	12	12	30	15	21	11	8	10	8	7	9	7	2	152	-83,33
Талаская область	Коэффициент, на 100 тыс	5,14	5,10	12,53	6,16	8,50	4,38	3,13	3,86	3,04	2,62	3,32	2,59	0,73		
	Прирост/убыль %		0,00	150,00	-50,00	40,00	-47,62	-27,27	25,00	-20,00	-12,50	28,57	-22,22	-71,43		
	Всего населения, тыс	818,7	822,6	838,4	853,7	870,3	887,5	905,2	921,70	941,10	959,8	975,00	054,50	1068,7		
	Суицидов, случаи	141	170	120	124	121	150	139	128	110	127	166	112	118	1726	-16,31
Чуйская область	Коэффициент, на 100 тыс	17,22	20,67	14,31	14,53	13,90	16,90	15,36	13,89	11,69	13,23	17,03	10,62	11,04		
	Прирост/убыль %		20,57	-29,41	3,33	-2,42	23,97	-7,33	-7,91	-14,06	15,45	30,71	-32,53	5,36		
	Всего населения, тыс	867,1	874,4	894,6	915,7	937,4	958,5	980,4	1002,1	1027,2	1053,9	1074,1	1113,8	1145		
	Суицидов, случаи	56	37	34	30	24	27	24	18	27	11	16	23	12	339	-78,57
г.Бишкек	Коэффициент, на 100 тыс	6,46	4,23	3,80	3,28	2,56	2,82	2,45	1,80	2,63	1,04	1,49	2,07	1,05		
	Прирост/убыль %		-33,93	-8,11	-11,76	-20,00	12,50	-11,11	-25,00	50,00	-59,26	45,45	43,75	-47,83		
	Всего населения, тыс	255,8	255,8	260,4	265,2	270,3	270,3	281,9	288,8	299,5	312,5	322,2	350,6	361,3		
	Суицидов, случаи	4	7	3	6	5	7	5	5	9	4	6	4	8	73	100,00
г.Ош	Коэффициент, на 100 тыс	1,56	2,74	1,15	2,26	1,85	2,59	1,77	1,73	3,01	1,28	1,86	1,14	2,21		
	Прирост/убыль %		75,00	-57,14	100,00	-16,67	40,00	-28,57	0,00	80,00	-55,56	50,00	-33,33	100,00		

Таблица П1-3.2.15 - Распространенность суицида среди населения КР за 2011-2023 гг. в разрезе региона и пола (п, ‰/0000)

Область	Показа -тель	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017								
		всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж						
Иссык-Кульская область	абс.	98	76	22	113	91	22	87	72	15	97	79	18	82	69	13	74	57	17	72	61	11
Джалал-Абадская область	0/0000	22,0	33,9	10,0	25,2	40,3	9,9	19,2	31,5	6,7	21,2	34,2	7,9	17,7	29,6	5,6	15,7	24,1	7,3	15,1	25,5	4,6
Нарынская область	абс.	24	15	9	40	30	10	31	23	8	43	28	15	31	24	7	34	23	11	17	12	5
Баткенская область	0/0000	2,3	2,9	1,7	3,8	5,7	1,9	2,9	4,3	1,5	3,9	5,1	2,7	2,8	4,3	1,2	3,0	4,0	1,9	1,5	2,1	0,9
Ошская область	абс.	44	37	7	39	33	6	35	29	6	47	39	8	38	29	9	37	28	9	43	37	6
Ошская область	0/0000	16,8	27,9	5,4	14,7	24,6	4,6	13,1	21,3	4,5	17,3	28,3	6,0	13,8	20,8	6,7	13,3	19,9	6,6	15,3	25,9	4,3
Таласская область	абс.	38	30	8	44	33	11	32	24	8	29	20	9	40	27	13	29	24	5	31	23	8
Таласская область	0/0000	8,6	13,4	3,7	9,8	14,5	5,0	7,0	10,3	3,5	6,2	8,4	3,9	8,3	11,0	5,5	5,9	9,6	2,1	6,2	9,0	3,2
Чуйская область	абс.	54	38	16	62	48	14	74	57	17	70	50	20	55	46	9	50	36	14	49	39	10
Чуйская область	0/0000	4,8	6,7	2,8	5,4	8,3	2,5	6,3	9,6	2,9	5,8	8,3	3,4	4,5	7,4	1,5	4,0	5,7	2,2	3,8	6,0	1,6
г.Бишкек	абс.	12	8	4	12	7	5	30	21	9	15	12	3	21	18	3	11	10	1	8	3	5
г.Ош	0/0000	5,2	6,9	3,5	5,1	5,9	4,3	12,5	17,4	7,6	6,2	9,8	2,5	8,5	14,4	2,4	4,4	7,9	0,8	3,1	2,3	4,0
Бишкек и Чуйская обл	абс.	141	110	31	170	128	42	120	95	25	124	104	20	121	93	28	150	123	27	139	113	26
Ош и Ошская обл.	0/0000	17,3	27,5	7,5	20,7	31,6	10,0	14,3	23,0	5,9	14,5	24,7	4,6	13,9	21,7	6,3	16,9	28,1	6,0	15,4	25,4	5,7
г.Бишкек	абс.	56	46	10	37	26	11	34	27	7	30	23	7	24	17	7	27	22	5	24	17	7
г.Ош	0/0000	6,5	11,5	2,2	4,2	6,4	2,3	3,8	6,5	1,5	3,3	5,4	1,4	2,6	3,9	1,4	2,8	4,9	1,0	2,4	3,7	1,3
Бишкек и Чуйская обл	абс.	4	3	1	7	6	1	3	1	2	6	3	3	5	4	1	7	7	0	5	4	1
Ош и Ошская обл.	0/0000	1,6	2,4	0,8	2,7	4,9	0,8	1,2	0,8	1,5	2,3	2,4	2,2	1,8	3,1	0,7	2,5	5,3	0,0	1,8	2,9	0,7
Бишкек и Чуйская обл	абс.	197	156	41	207	154	53	154	122	32	154	127	27	145	110	35	177	145	32	163	130	33
Ош и Ошская обл.	0/0000	11,8	19,5	4,7	12,2	19,0	6,0	8,9	14,7	3,5	8,7	15,0	2,9	8,0	12,7	3,7	9,6	16,4	3,3	8,6	14,4	3,4
Ош и Ошская обл.	абс.	58	41	17	69	54	15	77	58	19	76	53	23	60	50	10	57	43	14	54	43	11
Ошская обл.	0/0000	4,2	5,9	2,4	4,9	7,7	2,1	5,4	8,1	2,6	5,2	7,2	3,1	4,0	6,7	1,3	3,7	5,6	1,8	3,4	5,5	1,4

Область	Показа- -тель	2018			2019			2020			2021			2022			2023		
		всего	м	ж															
Иссык-Кульская область	абс.	95	79	16	77	54	23	54	46	8	68	49	19	70	62	8	45	35	10
	0/0000	19,7	32,6	6,7	15,7	22,0	9,4	10,9	18,5	3,2	13,5	19,4	7,6	13,1	23,2	3,0	8,4	13,0	3,7
Джалал-Абадская область	абс.	18	11	7	32	24	8	16	13	3	23	18	5	45	29	16	23	20	3
	0/0000	1,5	1,9	1,2	2,6	4,0	1,3	1,3	2,1	0,5	1,8	2,9	0,8	3,5	4,5	2,5	1,8	3,1	0,5
Нарынская область	абс.	29	24	5	30	23	7	19	17	2	23	19	4	25	21	4	36	29	7
	0/0000	10,2	16,6	3,6	10,5	15,7	5,0	6,6	11,5	1,4	7,9	12,8	2,8	8,2	13,6	2,6	11,7	18,6	4,6
Баткенская область	абс.	39	26	13	36	26	10	23	16	7	30	21	9	19	12	7	32	26	6
	0/0000	7,6	9,9	5,2	6,9	9,7	3,9	4,3	5,8	2,7	5,5	7,5	3,3	3,4	4,3	2,5	5,6	9,0	2,1
Ошская область	абс.	38	28	10	48	42	6	40	29	11	53	39	14	36	29	7	36	29	7
	0/0000	2,9	4,2	1,5	3,6	6,2	0,9	2,9	4,2	1,6	3,8	5,5	2,0	2,5	4,0	1,0	2,5	3,9	1,0
Талаская область	абс.	10	8	2	8	8	0	7	5	2	9	7	2	7	6	1	2	2	0
	0/0000	3,9	6,1	1,6	3,0	6,0	0,0	2,6	3,7	1,5	3,3	5,1	1,5	2,6	4,4	0,7	0,7	1,4	0,0
Чуйская область	абс.	128	110	18	110	92	18	127	98	29	166	132	34	112	98	14	118	101	17
	0/0000	13,9	24,2	3,8	11,7	19,8	3,8	13,2	20,7	6,0	17,0	27,5	6,9	10,6	18,7	2,6	11,0	19,0	3,2
г.Бишкек	абс.	18	15	3	27	23	4	11	6	5	16	10	6	23	17	6	12	8	4
	0/0000	1,8	3,2	0,6	2,6	4,8	0,7	1,0	1,2	0,9	1,5	2,0	1,1	2,1	3,4	1,0	1,0	1,5	0,6
г.Ош	абс.	5	4	1	9	9	0	4	2	2	6	4	2	4	4	0	8	5	3
	0/0000	1,7	2,9	0,7	3,0	6,2	0,0	1,3	1,3	1,2	1,9	2,6	1,2	1,1	2,2	0,0	2,2	2,7	1,7
Бишкек и Чуйская обл	абс.	146	125	21	137	115	22	138	104	34	182	142	40	135	115	20	130	109	21
	0/0000	7,6	13,5	2,1	7,0	12,2	2,1	6,9	10,8	3,2	8,9	14,4	3,8	6,2	11,2	1,8	5,9	10,4	1,8
Ош и Ошская обл.	абс.	43	32	11	57	51	6	44	31	13	59	43	16	40	33	7	44	34	10
	0/0000	2,7	4,0	1,4	3,5	6,2	0,7	2,6	3,7	1,6	3,4	5,0	1,9	2,2	3,7	0,8	2,4	3,7	1,1

Таблица П1-3.2.16. Распространенность суицида среди населения г. Бишкек за 2011-2023 гг. в разрезе региона, пола и возраста (п, ‰/0000)

Возраст	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
5-9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
оба пола	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
мужчины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10-14	1,72	1,74	0,00	0,00	1,66	1,62	1,53	0,00	0,00	0,00	1,20	0,00	0,00
оба пола	1,72	1,74	0,00	0,00	1,66	1,62	1,53	0,00	0,00	0,00	1,20	0,00	0,00
мужчины	3,39	3,43	0,00	0,00	0,00	3,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	3,35	0,00	3,09	0,00	0,00	0,00	2,44	0,00	0,00
15-19	15,27	4,47	0,00	3,25	0,00	0,00	1,71	1,70	1,69	1,63	1,61	1,29	0,00
оба пола	15,27	4,47	0,00	3,25	0,00	0,00	1,71	1,70	1,69	1,63	1,61	1,29	0,00
мужчины	27,80	6,02	0,00	6,54	0,00	0,00	0,00	3,35	3,35	3,24	3,20	0,00	0,00
женщины	2,77	2,96	0,00	0,00	0,00	0,00	3,46	0,00	0,00	0,00	0,00	2,53	0,00
20-24	5,07	0,87	1,85	4,08	2,30	1,31	1,42	3,03	3,10	0,00	0,00	2,94	0,00
оба пола	5,07	0,87	1,85	4,08	2,30	1,31	1,42	3,03	3,10	0,00	0,00	2,94	0,00
мужчины	9,00	0,00	3,90	8,53	4,77	2,71	0,00	3,12	3,18	0,00	0,00	6,43	0,00
женщины	1,59	1,64	0,00	0,00	0,00	0,00	2,75	2,94	3,03	0,00	0,00	0,00	0,00
25-29	3,53	3,29	1,01	3,69	2,59	0,82	1,69	1,79	2,96	0,00	1,28	3,91	0,97
оба пола	3,53	3,29	1,01	3,69	2,59	0,82	1,69	1,79	2,96	0,00	1,28	3,91	0,97
мужчины	7,53	7,04	2,16	5,97	5,61	1,78	1,81	1,91	4,19	0,00	2,66	8,81	2,20
женщины	0,00	0,00	0,00	1,72	0,00	0,00	1,58	1,68	1,87	0,00	0,00	0,00	0,00
30-34	8,53	5,53	3,97	1,29	7,31	3,49	2,15	1,96	2,69	0,84	1,61	1,90	0,00
оба пола	8,53	5,53	3,97	1,29	7,31	3,49	2,15	1,96	2,69	0,84	1,61	1,90	0,00
мужчины	12,15	8,89	8,51	2,75	13,07	7,54	4,65	4,28	5,89	0,00	1,76	2,12	0,00
женщины	5,35	2,59	0,00	0,00	2,28	0,00	0,00	0,00	0,00	1,54	1,49	1,72	0,00
35-39	8,06	4,80	7,94	9,18	1,47	5,64	4,07	1,30	5,03	1,19	2,29	3,10	1,00
оба пола	8,06	4,80	7,94	9,18	1,47	5,64	4,07	1,30	5,03	1,19	2,29	3,10	1,00
мужчины	18,08	10,71	14,06	13,42	0,00	9,11	8,81	2,81	10,86	0,00	2,50	7,07	2,28
женщины	0,00	0,00	2,90	5,62	2,73	2,63	0,00	0,00	0,00	2,21	2,11	0,00	0,00
40-44	5,16	3,37	1,63	3,26	0,00	6,46	3,18	1,57	0,00	0,00	0,00	1,12	1,10
оба пола	5,16	3,37	1,63	3,26	0,00	6,46	3,18	1,57	0,00	0,00	0,00	1,12	1,10
мужчины	7,50	7,43	3,63	7,35	0,00	7,35	7,18	3,52	0,00	0,00	0,00	2,53	2,55
женщины	3,18	0,00	0,00	0,00	0,00	5,77	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
45-49	3,97	9,85	7,80	1,87	1,82	5,24	3,41	6,57	6,55	4,88	4,88	1,30	1,25
оба пола	3,97	9,85	7,80	1,87	1,82	5,24	3,41	6,57	6,55	4,88	4,88	1,30	1,25
мужчины	4,34	17,21	12,79	4,09	3,99	11,55	3,78	14,77	14,93	3,73	7,49	3,03	2,85

Возраст	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
женщины	3,65	3,64	3,60	0,00	0,00	0,00	3,09	0,00	0,00	5,77	2,88	0,00	0,00
оба пола	11,60	8,91	6,40	4,20	4,11	4,09	0,00	3,98	3,82	1,85	3,55	2,88	2,79
мужчины	26,42	10,00	9,50	9,33	9,13	9,08	0,00	8,83	8,45	4,10	7,94	3,33	3,24
женщины	0,00	8,04	3,87	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,54	2,46
оба пола	10,14	9,79	9,30	5,71	8,02	2,46	4,65	2,21	8,69	2,13	4,24	3,43	1,65
мужчины	24,43	23,52	14,86	6,75	12,56	5,71	10,65	0,00	14,76	4,79	4,78	7,96	3,82
женщины	0,00	0,00	5,32	4,95	4,65	0,00	0,00	3,95	3,89	0,00	3,80	0,00	0,00
оба пола	4,12	0,00	7,89	0,00	3,80	14,68	10,45	0,00	6,04	2,80	2,58	4,53	2,14
мужчины	10,70	0,00	20,34	0,00	0,00	27,63	26,08	0,00	14,81	6,80	0,00	5,77	0,00
женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	6,27	6,10	0,00	0,00	0,00	0,00	4,42	3,73	3,56
оба пола	0,00	17,39	14,96	6,10	0,00	0,00	4,48	0,00	0,00	4,15	4,02	0,00	6,04
мужчины	0,00	23,09	20,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11,01	10,56	0,00	8,24
женщины	0,00	13,94	11,88	9,70	0,00	0,00	7,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,76
оба пола	25,31	13,04	14,54	8,53	19,93	0,00	0,00	8,47	0,00	0,00	0,00	5,09	0,00
мужчины	54,71	38,12	42,64	0,00	29,02	0,00	0,00	24,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
женщины	9,69	0,00	0,00	12,85	15,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,79	0,00
оба пола	49,94	11,55	20,86	36,12	8,35	0,00	8,21	9,17	21,45	12,32	0,00	0,00	0,00
мужчины	40,88	0,00	67,36	84,99	26,31	0,00	26,06	28,92	34,32	0,00	0,00	0,00	0,00
женщины	53,93	16,74	0,00	13,26	0,00	0,00	0,00	0,00	15,60	18,18	0,00	0,00	0,00
оба пола	32,16	16,49	51,29	0,00	19,29	19,00	33,04	0,00	0,00	0,00	0,00	17,68	37,91
мужчины	118,55	0,00	60,35	0,00	0,00	67,39	57,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	66,27
женщины	0,00	22,70	47,71	0,00	26,94	0,00	23,14	0,00	0,00	0,00	0,00	24,73	26,55
оба пола	0,00	61,20	27,76	0,00	0,00	43,49	21,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
мужчины	0,00	0,00	37,02	0,00	0,00	29,68	29,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
женщины	0,00	249,38	0,00	0,00	0,00	81,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Таблица П1-3.2.17 - Распространенность суицида среди населения Чуйской области за 2011-2023 гг. в разрезе региона, пола и возраста (п, ‰/0000)

Возраст	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
оба пола	0,00	0,00	1,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
мужчины	0,00	0,00	2,63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10-14	6,16	3,14	7,83	0,00	3,03	5,91	2,84	5,38	3,93	5,04	5,90	3,68	4,47
мужчины	9,02	6,16	6,13	0,00	2,95	11,51	5,51	10,47	7,67	4,91	6,89	3,55	8,65
женщины	3,16	0,00	9,59	0,00	3,11	0,00	0,00	0,00	0,00	5,19	4,85	3,81	0,00
15-19	18,21	10,83	12,76	4,38	25,51	13,89	12,59	10,96	10,85	21,19	23,62	8,61	16,00
мужчины	25,49	10,56	19,31	5,66	20,48	21,10	15,43	15,33	15,11	23,61	31,67	14,15	21,86
женщины	10,63	11,12	5,83	3,01	30,81	6,33	9,64	6,41	6,37	18,64	15,15	2,57	9,58
20-24	15,92	20,99	4,96	13,93	6,44	19,67	14,88	7,08	11,63	10,47	12,28	10,76	15,09
мужчины	14,04	28,29	9,49	21,92	12,48	30,73	21,11	8,29	17,01	14,63	18,06	21,67	21,13
женщины	17,99	12,96	0,00	5,27	0,00	8,07	8,33	5,80	5,97	6,12	6,27	0,00	9,06
25-29	29,47	46,82	20,38	19,51	16,43	18,55	20,88	22,12	7,51	11,44	16,89	10,36	12,16
мужчины	49,46	78,22	34,62	32,98	29,28	28,50	25,96	37,91	12,16	14,92	25,58	18,13	18,94
женщины	8,96	14,42	5,54	5,34	2,62	7,74	15,38	5,10	2,58	7,80	7,93	2,59	5,40
30-34	26,05	50,09	26,83	19,57	12,46	28,37	33,95	25,73	15,52	15,08	25,79	11,43	13,93
мужчины	41,07	81,90	36,42	38,78	21,74	44,68	56,29	48,28	27,98	17,14	42,84	20,27	22,93
женщины	10,58	17,49	16,98	0,00	3,12	11,97	11,37	2,74	2,63	12,91	7,61	2,32	4,70
35-39	29,87	26,05	31,46	36,46	27,04	26,52	29,52	21,87	16,33	26,52	28,45	18,09	18,66
мужчины	57,41	37,92	56,16	58,61	43,42	45,86	52,21	40,44	32,74	43,95	51,22	25,56	31,98
женщины	3,64	14,61	7,32	14,51	10,78	7,09	6,93	3,36	0,00	9,31	5,95	10,45	5,03
40-44	30,86	28,99	24,79	21,03	34,30	24,75	22,60	20,63	27,67	27,33	32,17	9,12	13,67
мужчины	51,77	44,08	43,67	35,89	59,45	43,52	38,81	38,40	44,98	44,31	57,69	14,82	26,88
женщины	11,22	14,93	7,34	7,35	11,01	7,34	7,32	3,67	10,90	10,79	7,09	3,12	0,00
45-49	19,01	15,61	15,90	31,92	18,05	23,82	27,64	29,23	25,39	15,58	23,36	25,63	13,85
мужчины	36,26	24,72	29,35	54,45	29,44	37,40	45,64	49,39	45,38	24,56	36,83	51,78	27,55

Возраст	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
женщины	3,60	7,42	3,78	11,43	7,66	11,40	11,30	11,10	7,42	7,43	11,14	0,00	0,00
оба пола	18,53	18,05	15,64	19,42	23,46	31,85	16,19	16,44	14,41	22,71	30,64	28,14	19,75
мужчины	21,76	33,93	24,88	33,10	41,83	64,48	34,82	30,90	26,31	43,98	52,08	54,53	41,12
женщины	15,62	3,80	7,40	7,32	7,34	3,71	0,00	3,84	3,88	3,89	11,58	3,86	0,00
оба пола	16,95	32,80	18,27	24,66	18,72	28,89	27,75	14,51	14,34	20,60	29,31	22,15	6,13
мужчины	30,67	65,07	39,51	48,11	35,57	47,90	50,90	26,99	22,24	40,36	55,26	43,24	13,14
женщины	5,24	5,08	0,00	4,58	4,34	12,44	7,93	3,85	7,60	3,81	7,68	3,77	0,00
оба пола	35,51	18,86	17,79	23,99	16,51	19,01	12,04	17,16	21,52	20,30	21,72	20,33	11,08
мужчины	54,12	34,47	32,67	47,11	30,08	35,86	27,22	38,62	42,38	40,01	32,24	39,78	24,46
женщины	21,04	6,71	6,30	6,08	5,89	5,68	0,00	0,00	4,84	4,56	13,14	4,14	0,00
оба пола	27,35	26,55	23,46	19,06	21,10	27,39	17,28	20,31	23,46	7,49	18,06	22,94	34,05
мужчины	63,33	41,07	36,62	45,59	50,63	55,15	31,35	29,68	47,63	18,04	34,58	53,36	64,31
женщины	0,00	15,55	13,65	0,00	0,00	7,79	7,36	13,78	6,63	0,00	6,21	0,00	10,92
оба пола	24,04	37,89	48,93	8,35	10,18	11,50	21,51	28,03	15,02	31,20	38,28	0,00	14,60
мужчины	62,36	48,80	71,89	20,98	25,16	0,00	53,22	46,46	37,95	79,35	70,96	0,00	23,58
женщины	0,00	30,97	34,31	0,00	0,00	19,28	0,00	15,63	0,00	0,00	17,79	0,00	8,29
оба пола	21,94	41,60	9,76	26,52	0,00	16,64	25,90	48,13	34,78	13,84	15,59	0,00	26,09
мужчины	62,54	59,17	27,34	50,37	0,00	47,20	72,73	135,06	31,55	37,04	42,25	0,00	68,68
женщины	0,00	32,07	0,00	13,62	0,00	0,00	0,00	0,00	36,66	0,00	0,00	0,00	0,00
оба пола	0,00	62,27	16,38	35,89	19,18	36,28	0,00	0,00	13,38	37,62	25,22	0,00	17,26
мужчины	0,00	0,00	0,00	59,45	0,00	113,31	0,00	0,00	40,97	117,19	38,60	0,00	52,08
женщины	0,00	89,65	23,67	25,70	27,93	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18,73	0,00	0,00
оба пола	0,00	30,26	0,00	0,00	72,46	47,04	0,00	44,63	45,40	21,78	20,16	31,82	25,90
мужчины	0,00	125,00	0,00	0,00	86,43	84,18	0,00	76,80	151,98	69,01	63,98	0,00	0,00
женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	67,05	32,64	0,00	31,46	0,00	0,00	0,00	43,23	36,17

Таблица П1-3.2.18 - Распространенность суицида среди населения г. Бишкек и Чуйской области за 2011-2023 гг. в разрезе региона, пола и возраста (п, ‰/0000)

Возраст	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
5-9	0,00	0,00	0,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
мужчины	0,00	0,00	1,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10-14	4,06	2,48	4,09	0,00	2,37	3,86	2,21	2,78	2,03	2,58	3,57	2,22	2,71
мужчины	6,37	4,87	3,21	0,00	1,55	7,58	2,88	5,46	4,00	2,53	3,49	2,15	5,25
женщины	1,65	0,00	5,00	0,00	3,23	0,00	1,50	0,00	0,00	2,63	3,65	2,29	0,00
15-19	16,79	7,81	6,74	3,84	13,45	7,27	7,39	6,52	6,48	11,78	13,10	5,03	8,75
мужчины	26,60	8,44	10,38	6,07	10,91	11,14	8,09	9,60	9,53	13,90	18,18	7,45	12,18
женщины	6,78	7,16	3,03	1,56	16,06	3,28	6,66	3,32	3,30	9,59	7,84	2,55	5,14
20-24	9,50	9,18	3,18	8,48	4,25	10,50	8,30	5,12	7,51	5,41	6,34	5,98	5,94
мужчины	11,19	12,42	6,42	14,78	8,53	17,10	11,09	5,86	10,50	7,70	9,44	12,67	8,78
женщины	7,86	6,03	0,00	2,25	0,00	3,93	5,53	4,38	4,51	3,11	3,19	0,00	3,39
25-29	15,06	22,28	9,25	10,25	8,21	7,92	9,50	10,34	4,97	5,35	9,01	6,68	5,66
мужчины	26,95	39,52	16,70	17,84	15,88	13,21	12,29	17,96	7,87	7,23	14,34	13,09	9,72
женщины	3,82	6,01	2,24	3,13	1,00	2,89	6,83	3,04	2,17	3,51	3,81	1,05	2,12
30-34	16,42	25,34	14,06	9,34	9,57	14,38	15,87	11,95	7,94	6,54	11,19	6,22	6,22
мужчины	25,74	42,82	21,39	19,31	17,03	24,54	28,01	23,79	15,51	7,36	19,20	10,91	10,95
женщины	7,60	8,93	7,18	0,00	2,64	5,02	4,69	1,09	1,01	5,79	3,75	1,98	1,97
35-39	18,17	14,63	18,81	21,62	12,97	14,90	15,23	10,25	9,94	12,16	13,61	9,76	8,85
мужчины	37,19	23,90	34,44	35,03	20,38	26,11	28,67	19,90	20,78	19,85	24,60	15,95	16,55
женщины	1,62	6,47	4,85	9,50	6,21	4,53	2,92	1,40	0,00	5,16	3,70	4,32	2,08
40-44	17,28	15,31	12,31	11,43	15,75	14,86	12,08	10,27	12,47	12,14	14,10	4,50	6,39
мужчины	28,96	25,05	22,77	21,03	28,58	24,77	22,39	20,21	21,25	20,56	26,38	8,19	13,75
женщины	6,88	6,76	3,28	3,26	4,86	6,46	3,21	1,60	4,70	4,60	2,98	1,22	0,00
45-49	11,65	12,75	11,81	16,43	9,54	13,94	14,63	16,94	15,14	9,74	13,30	11,43	6,52
мужчины	20,89	21,05	21,14	28,98	16,39	23,98	23,75	31,14	29,39	13,65	21,51	25,00	14,04

Возраст	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
женщины	3,63	5,51	3,69	5,44	3,57	5,21	6,79	4,94	3,27	6,49	6,48	0,00	0,00
оба пола	15,27	13,72	11,22	12,10	14,03	18,16	8,08	10,11	8,91	11,69	16,15	13,43	9,82
мужчины	23,87	22,95	17,71	21,93	26,19	37,53	17,65	19,87	17,21	23,35	29,02	26,00	19,92
женщины	8,04	5,86	5,67	3,73	3,71	1,86	0,00	1,86	1,84	1,80	5,26	3,06	1,49
оба пола	13,85	22,31	14,17	15,88	13,72	16,34	16,69	8,56	11,60	11,51	16,84	12,04	3,65
мужчины	27,99	47,20	28,87	29,82	25,28	28,66	32,19	14,25	18,69	23,16	30,49	24,86	8,16
женщины	2,75	2,66	2,54	4,76	4,49	6,34	4,04	3,90	5,77	1,91	5,73	1,67	0,00
оба пола	20,15	9,78	13,09	12,77	10,61	17,01	11,31	9,19	14,23	11,98	12,47	12,44	6,54
мужчины	34,25	19,00	27,18	26,46	16,91	32,26	26,72	21,62	29,98	24,85	17,27	24,03	12,82
женщины	10,28	3,33	3,19	3,11	6,07	5,88	0,00	0,00	2,48	2,33	8,81	3,93	1,89
оба пола	13,77	21,93	19,11	12,45	10,47	13,79	11,00	10,46	12,24	5,90	11,41	11,31	19,87
мужчины	34,29	32,61	28,82	23,70	26,68	29,37	16,89	15,99	25,98	14,88	23,76	28,49	38,28
женщины	0,00	14,70	12,70	5,14	0,00	3,77	7,22	6,89	3,36	0,00	3,17	0,00	7,63
оба пола	24,66	25,67	32,07	8,44	15,11	5,58	10,32	17,78	7,19	15,08	18,74	2,59	7,10
мужчины	58,84	43,88	58,51	11,49	26,95	0,00	27,07	35,42	19,25	40,59	36,54	0,00	12,46
женщины	4,87	15,17	16,84	6,67	8,04	8,96	0,00	7,13	0,00	0,00	8,45	4,17	3,82
оба пола	35,04	27,36	15,13	31,27	4,17	8,17	16,84	28,18	27,86	13,03	7,16	0,00	12,00
мужчины	53,15	32,97	45,28	66,66	12,53	24,47	50,24	83,80	32,87	18,80	20,49	0,00	33,86
женщины	26,13	24,57	0,00	13,43	0,00	0,00	0,00	0,00	25,29	9,98	0,00	0,00	0,00
оба пола	15,51	40,04	33,46	18,32	19,24	27,84	16,65	0,00	6,43	17,91	11,78	8,45	27,10
мужчины	54,47	0,00	28,26	31,48	0,00	92,34	27,34	0,00	20,77	58,54	19,23	0,00	58,33
женщины	0,00	56,39	35,64	12,92	27,43	0,00	11,97	0,00	0,00	0,00	8,49	12,20	13,09
оба пола	0,00	45,64	13,94	0,00	35,47	45,19	10,97	21,44	21,69	10,46	9,74	16,24	14,17
мужчины	0,00	30,62	27,75	0,00	22,95	43,89	21,32	20,92	42,04	20,04	18,74	0,00	0,00
женщины	0,00	60,48	0,00	0,00	48,78	46,58	0,00	21,99	0,00	0,00	0,00	32,10	27,65

Таблица Р1-3.2.19 - Распространенность суицида среди населения Исык-Кульской области за 2011-2023 гг. в разрезе региона, пола и возраста (п, ‰/0000)

Возраст	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
оба пола	0,00	0,00	0,00	4,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,68	0,00
мужчины	0,00	0,00	0,00	8,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,30	0,00
женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10-14	4,82	14,68	21,92	21,69	14,13	18,53	6,79	13,04	12,92	8,34	7,97	10,23	1,68
мужчины	4,76	24,27	24,27	28,77	23,39	32,18	8,98	21,63	12,88	16,46	15,72	10,02	3,29
женщины	4,88	4,93	19,56	14,54	4,74	4,67	4,56	4,37	12,97	0,00	0,00	10,44	0,00
15-19	46,18	38,60	20,12	4,62	23,78	19,46	17,32	29,50	19,49	9,52	13,99	13,18	8,23
мужчины	45,49	46,34	21,85	9,00	27,96	19,19	29,38	44,02	24,20	9,45	18,50	21,65	16,17
женщины	46,88	30,57	18,30	0,00	19,41	19,73	5,00	14,83	14,72	9,59	9,40	4,46	0,00
20-24	31,71	36,80	26,46	32,82	25,19	22,18	22,37	9,26	26,14	4,89	5,00	10,81	21,22
мужчины	42,20	61,16	41,51	53,87	39,61	34,27	26,01	17,89	36,74	4,75	4,90	21,84	21,44
женщины	20,33	10,26	10,06	9,81	9,55	9,20	18,49	0,00	14,77	5,02	5,10	0,00	21,01
25-29	31,77	30,60	32,31	26,46	28,93	15,96	18,47	28,11	24,54	18,94	18,24	20,79	8,08
мужчины	61,91	48,50	57,22	45,93	50,24	20,06	29,72	43,23	41,76	31,60	26,30	41,05	10,58
женщины	0,00	11,50	5,58	5,50	5,52	11,32	5,65	10,92	5,21	4,98	9,51	0,00	5,49
30-34	40,98	44,55	30,09	26,14	25,38	33,91	35,20	51,18	19,55	13,81	19,35	29,35	47,59
мужчины	73,84	80,15	58,81	51,00	43,13	41,87	67,73	81,68	21,28	26,04	25,85	51,97	28,52
женщины	6,95	7,04	0,00	0,00	6,54	25,44	0,00	17,85	17,63	0,00	11,88	5,07	15,22
35-39	46,43	39,80	40,42	47,69	29,38	14,51	28,80	24,49	34,13	19,85	31,88	17,03	5,49
мужчины	71,16	79,94	80,50	72,71	58,12	28,56	56,22	41,08	53,24	38,56	49,51	27,66	5,31
женщины	21,51	0,00	0,00	22,21	0,00	0,00	0,00	7,15	14,01	0,00	13,15	5,83	5,67
40-44	25,91	37,31	33,44	44,85	37,49	26,54	22,79	46,19	19,16	19,08	30,11	20,30	3,30
мужчины	52,33	59,96	59,63	67,53	67,85	45,73	30,77	69,45	22,94	37,96	37,25	33,41	6,52
женщины	0,00	14,86	7,41	22,34	7,46	7,54	15,00	23,04	15,36	0,00	22,82	6,85	0,00
45-49	25,78	56,82	31,06	35,59	27,66	31,39	23,58	23,45	19,64	27,55	35,68	22,56	22,48
мужчины	53,10	93,28	47,70	64,88	32,27	48,15	47,98	39,71	39,94	40,03	48,40	44,83	37,10

Возраст	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
женщины	0,00	22,16	15,18	7,72	23,24	15,35	0,00	7,70	0,00	15,48	23,39	0,00	7,57
оба пола	16,68	11,93	19,46	19,23	19,28	31,48	20,10	24,64	20,83	29,08	28,92	20,07	11,94
мужчины	17,21	8,21	40,89	32,28	40,42	57,94	33,60	51,26	26,06	60,53	51,76	39,83	23,69
женщины	16,18	15,43	0,00	7,35	0,00	7,50	7,71	0,00	16,02	0,00	7,93	0,00	0,00
оба пола	12,23	17,64	16,49	30,75	9,70	9,07	4,29	12,52	16,46	12,37	12,61	17,16	8,73
мужчины	26,26	25,26	35,00	54,55	20,59	19,19	9,09	18,00	26,57	26,60	18,16	26,95	18,09
женщины	0,00	11,00	0,00	9,66	0,00	0,00	0,00	7,78	7,69	0,00	7,83	8,21	0,00
оба пола	0,00	42,45	7,92	22,55	14,36	6,85	39,15	12,14	0,00	5,29	4,95	13,64	8,93
мужчины	0,00	95,57	0,00	50,54	32,30	15,37	73,01	26,66	0,00	11,54	10,83	29,62	19,53
женщины	0,00	0,00	14,14	0,00	0,00	0,00	11,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
оба пола	73,66	17,88	0,00	42,99	12,03	10,44	9,84	27,29	17,17	0,00	7,79	13,63	19,00
мужчины	177,70	41,98	0,00	33,53	28,27	24,52	23,43	65,56	40,78	0,00	0,00	30,63	42,38
женщины	0,00	0,00	0,00	50,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	13,54	0,00	0,00
оба пола	12,70	13,32	0,00	0,00	20,43	0,00	0,00	84,35	17,45	0,00	24,93	10,93	10,10
мужчины	32,16	0,00	0,00	0,00	53,50	0,00	0,00	158,73	0,00	0,00	31,32	25,87	24,22
женщины	0,00	21,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	35,06	28,73	0,00	20,71	0,00	0,00
оба пола	0,00	19,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19,62	46,46	28,07	0,00	0,00	0,00
мужчины	0,00	53,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	55,59	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	71,25	42,41	0,00	0,00	0,00
оба пола	0,00	0,00	0,00	32,58	0,00	0,00	0,00	0,00	28,84	0,00	0,00	0,00	0,00
мужчины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	95,06	0,00	0,00	0,00	0,00
женщины	0,00	0,00	0,00	48,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
оба пола	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	42,61	0,00	0,00	0,00
мужчины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	60,31	0,00	0,00	0,00
старше	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Таблица П1-3.2.20. Распространенность суицида среди населения Джалал-Абадской области за 2011-2023 гг. в разрезе региона, пола и возраста (п, ‰/10000)

Возраст	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
5-9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,60	0,00
оба пола	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,60	0,00
мужчины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,24	0,00
10-14	0,00	0,00	0,00	0,97	0,96	1,90	0,00	0,00	0,88	0,00	0,00	0,00	0,00
оба пола	0,00	0,00	0,00	0,97	0,96	1,90	0,00	0,00	0,88	0,00	0,00	0,00	0,00
мужчины	0,00	0,00	0,00	1,91	1,88	3,72	0,00	0,00	1,71	0,00	0,00	0,00	0,00
женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15-19	0,00	0,84	3,42	5,20	0,89	2,78	2,87	1,93	2,93	0,00	1,90	0,93	0,00
оба пола	0,00	1,66	3,36	5,13	0,00	3,65	0,00	1,90	3,84	0,00	1,87	0,00	0,00
мужчины	0,00	0,00	3,48	5,28	1,81	1,88	5,85	1,97	1,99	0,00	1,94	1,92	0,00
женщины	0,00	5,38	5,33	6,18	1,74	1,73	0,86	1,74	1,77	5,45	6,57	5,42	1,08
20-24	0,00	7,14	7,04	6,96	1,71	1,69	1,68	1,70	0,00	7,14	9,22	2,17	2,16
оба пола	0,00	3,60	3,59	5,37	1,78	1,77	0,00	1,78	3,60	3,70	3,82	8,66	2,16
мужчины	7,79	7,44	4,05	3,90	2,84	1,85	1,84	1,82	0,91	0,89	0,88	3,00	1,02
женщины	6,53	8,35	5,99	1,93	5,64	1,84	1,82	1,79	1,77	1,73	1,71	3,98	0,00
25-29	9,11	6,49	2,06	5,92	0,00	1,86	1,86	1,86	0,00	0,00	0,00	2,01	0,00
оба пола	7,02	4,15	2,65	8,91	3,63	4,60	4,34	2,07	2,99	0,97	2,84	3,11	1,02
мужчины	10,97	8,09	2,59	12,40	4,73	2,24	8,51	2,03	5,88	1,91	5,62	4,08	2,00
женщины	2,88	0,00	2,72	5,23	2,48	7,08	0,00	2,11	0,00	0,00	0,00	2,12	0,00
30-34	3,23	11,12	6,25	4,58	10,43	1,45	5,67	5,42	5,21	1,24	2,35	6,15	2,36
оба пола	6,44	15,76	9,27	9,06	17,54	2,84	11,04	7,93	7,61	2,42	4,57	7,38	2,34
мужчины	0,00	6,41	3,16	0,00	3,04	0,00	0,00	2,78	2,68	0,00	0,00	4,92	2,37
женщины	5,20	8,60	3,42	6,86	6,80	6,70	3,27	1,60	9,39	3,06	2,98	6,04	2,92
40-44	6,95	13,81	6,84	13,64	6,76	10,06	6,51	3,18	18,62	3,00	5,83	2,95	5,74
оба пола	3,46	3,43	0,00	0,00	6,84	3,34	0,00	0,00	0,00	3,11	0,00	9,28	0,00
мужчины													
женщины													

Возраст	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
45-49	оба пола	3,69	12,93	3,71	9,14	10,93	12,57	0,00	3,53	3,54	3,50	3,45	13,90	3,40
	мужчины	3,79	18,96	7,57	14,92	22,25	21,74	0,00	7,09	7,07	7,00	3,48	27,69	6,73
	женщины	3,61	7,20	0,00	3,58	0,00	3,56	0,00	0,00	0,00	0,00	3,43	0,00	0,00
50-54	оба пола	4,32	4,14	3,97	5,86	0,00	9,68	1,92	3,80	0,00	0,00	9,43	11,23	18,84
	мужчины	4,48	8,57	8,25	8,10	0,00	12,09	0,00	3,92	0,00	0,00	7,62	18,84	18,84
	женщины	4,16	0,00	0,00	3,77	0,00	7,45	3,71	0,00	0,00	0,00	11,21	3,72	3,72
55-59	оба пола	6,63	3,09	5,80	5,33	7,43	6,89	0,00	8,23	2,03	2,04	4,09	8,20	8,20
	мужчины	13,88	6,52	6,13	5,62	10,45	9,72	0,00	13,04	4,30	4,32	8,66	17,23	17,23
	женщины	0,00	0,00	5,50	5,07	4,71	4,36	0,00	3,98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
60-64	оба пола	0,00	5,06	9,13	4,18	0,00	0,00	0,00	3,16	2,89	4,98	11,46	2,21	2,21
	мужчины	0,00	10,82	19,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,24	5,39	24,70	4,78	4,78
	женщины	0,00	0,00	0,00	7,80	0,00	0,00	5,86	0,00	0,00	4,63	0,00	0,00	0,00
65-69	оба пола	0,00	0,00	11,32	0,00	7,68	6,46	0,00	0,00	8,90	4,18	7,17	6,69	6,69
	мужчины	0,00	0,00	25,96	0,00	17,45	14,52	0,00	0,00	19,83	9,34	15,87	14,84	14,84
	женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
70-74	оба пола	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	22,46	0,00	0,00	6,71	5,95	5,95
	мужчины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	27,08	0,00	0,00	15,19	13,49	13,49
	женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
75-79	оба пола	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16,43	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	мужчины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	27,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
80-84	оба пола	17,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	мужчины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	женщины	29,59	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
85 и старше	оба пола	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	мужчины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Таблица П1.3.2.21 - Распространенность суицида среди населения Нарынской области за 2011-2023 гг. в разрезе региона, пола и возраста (п, ‰/0000)

Возраст	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
оба пола	0,00	0,00	0,00	3,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
мужчины	0,00	0,00	0,00	6,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10-14	18,02	10,91	10,85	3,56	10,52	17,28	20,45	6,66	3,33	3,29	3,18	8,89	5,82
мужчины	21,46	21,74	14,37	7,06	13,90	20,44	26,81	6,54	0,00	6,49	6,25	11,64	5,71
женщины	14,54	0,00	7,28	0,00	7,07	14,03	13,87	6,78	6,77	0,00	0,00	6,04	5,93
15-19	36,36	16,66	27,53	49,34	7,20	11,01	7,39	11,00	14,37	10,63	13,91	0,00	3,45
мужчины	40,39	20,36	42,43	78,24	7,28	7,49	14,84	22,10	14,40	14,19	21,13	0,00	7,01
женщины	32,48	13,09	13,41	20,95	7,13	14,40	0,00	0,00	14,34	7,08	6,87	0,00	0,00
20-24	23,35	22,93	30,45	12,13	26,25	14,24	7,09	14,56	22,31	0,00	0,00	4,28	25,19
мужчины	42,34	24,93	40,05	14,99	28,27	27,22	13,55	20,93	35,84	0,00	0,00	0,00	50,57
женщины	0,00	20,46	19,05	8,78	23,98	0,00	0,00	7,61	7,73	0,00	0,00	8,51	0,00
25-29	5,17	10,17	30,12	45,91	15,60	26,03	25,21	14,28	4,38	12,13	11,40	12,61	8,71
мужчины	9,84	19,15	46,46	74,54	28,27	46,37	44,92	25,69	7,91	22,21	14,16	24,26	16,77
женщины	0,00	0,00	10,92	11,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,20	0,00	0,00
30-34	28,33	45,93	17,24	11,49	39,81	28,09	16,53	16,40	11,17	34,44	28,71	0,00	25,98
мужчины	54,73	88,88	33,43	11,00	53,85	42,50	10,30	19,89	20,01	50,41	49,22	0,00	16,52
женщины	0,00	0,00	0,00	12,02	24,10	11,92	11,85	12,15	0,00	13,33	0,00	0,00	36,39
35-39	49,84	24,79	18,63	49,33	30,70	30,76	43,31	12,33	24,52	6,07	6,01	29,91	9,64
мужчины	94,37	47,06	35,43	83,23	47,47	59,54	83,84	11,97	35,19	11,47	11,30	57,62	18,36
женщины	0,00	0,00	0,00	12,81	12,72	0,00	0,00	12,70	12,85	0,00	0,00	0,00	0,00
40-44	34,16	27,20	13,48	13,35	26,70	6,67	32,94	19,77	32,86	6,54	13,11	34,41	34,02
мужчины	65,28	38,97	25,70	12,65	50,58	0,00	63,44	38,22	64,10	12,75	25,54	67,69	66,99
женщины	0,00	14,27	0,00	14,13	0,00	13,97	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
45-49	7,07	28,75	7,20	29,19	29,03	14,39	28,49	21,18	6,99	7,04	14,10	19,02	37,48
мужчины	14,07	42,51	14,11	57,37	57,23	28,11	55,69	41,20	13,54	13,63	13,73	36,43	60,28

Возраст	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
женщины	0,00	14,59	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,50	0,00	12,96
оба пола	16,44	15,65	7,62	15,00	0,00	22,52	38,01	15,30	15,49	7,71	7,66	21,77	0,00
мужчины	34,34	32,89	15,76	30,60	0,00	30,45	45,63	15,20	15,48	15,44	15,23	13,86	0,00
женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,81	30,39	15,39	15,49	0,00	0,00	30,44	0,00
оба пола	0,00	10,87	10,36	9,87	9,36	17,80	33,59	0,00	8,07	0,00	8,11	0,00	23,85
мужчины	0,00	23,32	22,06	21,35	0,00	18,80	53,08	0,00	16,57	0,00	16,70	0,00	31,29
женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	17,59	16,90	15,98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16,17
оба пола	0,00	0,00	0,00	0,00	13,59	12,95	12,29	34,63	10,98	20,93	20,05	0,00	0,00
мужчины	0,00	0,00	0,00	0,00	30,61	29,31	27,52	76,10	24,41	45,83	21,77	0,00	0,00
женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18,58	0,00	0,00
оба пола	0,00	36,22	0,00	0,00	0,00	20,04	0,00	17,55	16,16	0,00	14,73	0,00	0,00
мужчины	0,00	79,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	41,43	37,98	0,00	35,12	0,00	0,00
женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	35,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
оба пола	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	41,22
мужчины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	102,04
женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
оба пола	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	41,32	0,00	0,00	0,00	0,00
мужчины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	68,82	0,00	0,00	0,00	0,00
оба пола	54,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
мужчины	137,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
оба пола	0,00	0,00	0,00	0,00	75,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
мужчины	0,00	0,00	0,00	0,00	226,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Таблица П1-3.2.22. Распространенность суицида среди населения Баткенской области за 2011-2023 гг. в разрезе региона, пола и возраста (п, ‰/0000)

Возраст	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
5-9	оба пола	0,00	0,00	2,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,34
	мужчины	0,00	0,00	4,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,75
10-14	оба пола	4,27	11,05	13,62	6,97	14,05	4,70	2,19	0,00	2,04	0,00	6,51	3,12
	мужчины	4,11	17,05	17,54	9,01	13,63	4,56	0,00	0,00	0,00	0,00	3,14	6,03
	женщины	4,45	4,59	9,41	0,00	14,50	4,85	4,54	0,00	4,22	0,00	10,14	0,00
15-19	оба пола	9,97	13,96	14,17	8,20	12,61	4,31	11,42	14,03	4,71	7,07	4,29	6,10
	мужчины	15,54	15,56	11,80	7,92	12,16	0,00	4,29	17,64	9,12	9,15	4,09	7,68
	женщины	4,09	12,27	16,68	8,49	13,10	8,98	4,63	4,74	0,00	4,86	4,51	4,33
20-24	оба пола	10,58	17,17	12,81	6,33	18,63	8,23	10,25	18,68	10,72	8,76	0,00	9,86
	мужчины	8,11	24,76	20,51	12,16	27,89	11,94	11,90	11,99	12,31	8,37	0,00	14,81
	женщины	13,27	8,95	4,45	0,00	8,62	4,26	8,49	25,91	8,98	9,18	0,00	4,92
25-29	оба пола	17,51	9,64	0,00	6,76	4,46	4,40	11,02	8,78	13,01	6,37	12,62	14,44
	мужчины	28,88	13,92	0,00	4,35	4,28	8,41	12,61	16,72	16,48	8,09	16,14	4,77
	женщины	5,21	5,01	0,00	9,34	4,66	0,00	0,00	9,15	4,46	8,78	0,00	4,87
30-34	оба пола	22,68	3,15	21,03	14,38	5,48	7,80	4,94	6,93	6,84	9,00	2,43	4,87
	мужчины	38,25	6,17	35,23	16,63	5,29	14,95	4,73	4,43	8,69	12,79	4,86	9,72
	женщины	6,59	0,00	6,15	11,95	5,68	0,00	5,17	9,65	4,80	4,77	0,00	0,00
35-39	оба пола	7,64	26,54	0,00	18,07	13,90	10,10	12,95	8,85	11,23	15,96	13,84	10,56
	мужчины	15,02	44,93	0,00	21,32	13,63	19,84	25,24	11,32	16,18	25,34	10,94	15,64
	женщины	0,00	7,68	0,00	14,71	14,18	0,00	0,00	6,16	5,85	5,60	16,79	5,35
40-44	оба пола	8,26	12,24	4,05	8,05	24,09	15,86	15,60	3,82	25,99	0,00	3,46	6,73
	мужчины	8,36	0,00	8,09	15,99	39,59	23,41	7,50	43,76	0,00	6,78	20,88	13,37
	женщины	8,17	24,43	0,00	0,00	8,15	8,06	0,00	7,56	0,00	0,00	0,00	6,78
45-49	оба пола	17,59	17,60	0,00	8,73	13,06	8,55	12,58	8,28	8,25	12,20	0,00	12,05
	мужчины	36,21	36,33	0,00	18,02	26,74	17,36	58,42	16,53	8,17	16,09	0,00	16,20

Таблица П1-3.2.23. Распространенность суицида среди населения Ошской области за 2011-2023 гг. в разрезе региона, пола и возраста (п, ‰/0000)

Возраст	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
5-9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,52
оба пола	0,00	0,00	0,00	0,00	1,47	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,02
мужчины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10-14	2,46	3,41	9,57	7,03	6,08	4,27	6,61	0,79	0,77	2,26	1,44	4,49	1,22
оба пола	4,83	5,03	13,66	5,16	10,20	3,34	11,34	0,00	1,51	1,47	1,41	3,73	1,18
мужчины	0,00	1,73	5,32	8,98	1,77	5,23	1,69	1,61	0,00	3,07	1,46	5,30	1,26
женщины	10,56	9,77	11,38	9,99	11,94	7,43	8,57	4,37	4,41	6,10	8,56	5,26	4,12
15-19	11,86	10,32	13,39	7,55	18,78	9,71	10,11	3,43	8,64	8,53	13,41	8,63	6,44
оба пола	9,22	9,19	9,28	12,51	4,86	5,05	6,97	5,35	0,00	3,56	3,50	1,79	1,69
мужчины	6,01	3,46	6,74	4,12	3,97	4,64	6,12	6,17	4,69	3,24	5,02	2,87	3,91
женщины	8,45	1,70	8,27	4,85	3,10	4,55	11,97	7,52	7,64	4,75	8,17	5,84	3,98
20-24	3,49	5,29	5,16	3,36	4,87	4,74	0,00	4,75	1,60	1,66	1,71	0,00	3,84
оба пола	6,10	12,86	10,51	14,86	2,74	2,70	2,67	1,73	3,38	4,89	6,35	1,69	2,56
мужчины	9,97	23,30	16,92	25,58	3,60	3,53	3,47	1,69	4,93	4,74	9,24	1,67	3,37
женщины	2,08	2,02	3,89	3,78	1,86	1,84	1,83	1,78	1,74	5,06	3,27	1,72	1,74
30-34	6,53	9,03	7,40	4,74	4,50	1,07	1,02	4,92	5,73	3,77	5,58	3,63	5,32
оба пола	7,59	14,97	14,34	6,88	8,71	2,08	1,99	5,77	7,46	7,35	7,23	5,31	8,66
мужчины	5,39	2,67	0,00	2,45	0,00	0,00	0,00	4,02	3,91	0,00	3,84	1,86	1,82
женщины	7,37	8,81	2,92	12,88	5,61	4,10	5,32	7,61	8,54	3,48	4,40	6,61	3,15
35-39	14,49	17,28	5,71	25,16	10,94	7,93	10,26	14,69	16,47	6,69	6,40	13,01	6,20
оба пола	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,27	0,00	0,00
мужчины	6,42	4,78	12,61	4,72	9,31	13,83	4,54	6,01	4,41	4,33	4,22	0,00	4,06
женщины	12,78	9,50	25,00	9,31	18,34	24,25	8,91	11,77	5,75	5,63	8,16	0,00	7,94
40-44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,12	0,00	0,00	3,01	2,97	0,00	0,00	0,00

Возраст	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
45-49	оба пола	8,57	5,16	5,15	10,17	5,08	8,20	4,86	8,08	3,19	4,74	3,20	3,14
	мужчины	13,89	6,98	10,39	17,10	10,21	13,14	9,68	16,03	6,31	6,26	6,34	6,15
	женщины	3,38	3,39	0,00	3,36	0,00	3,28	0,00	0,00	0,00	3,19	0,00	0,00
50-54	оба пола	4,20	9,95	13,24	5,53	8,97	5,35	1,78	10,51	1,75	3,46	8,43	3,34
	мужчины	0,00	16,44	15,66	7,59	14,78	7,32	3,63	21,42	3,55	3,51	16,98	6,70
	женщины	8,10	3,86	10,98	3,58	3,49	3,48	0,00	0,00	0,00	3,41	0,00	0,00
55-59	оба пола	0,00	0,00	8,50	5,17	4,81	4,20	5,96	5,79	3,75	9,36	0,00	5,42
	мужчины	0,00	0,00	17,97	10,96	10,19	4,39	12,52	12,09	7,83	15,60	0,00	7,44
	женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,02	0,00	0,00	0,00	3,60	0,00	3,51
60-64	оба пола	10,54	9,71	0,00	4,08	0,00	3,29	0,00	0,00	10,34	7,19	2,13	0,00
	мужчины	0,00	21,19	0,00	8,87	0,00	7,17	0,00	0,00	11,20	10,37	4,54	0,00
	женщины	19,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,60	4,46	0,00	0,00
65-69	оба пола	0,00	10,69	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,61	0,00	4,06	0,00	3,25
	мужчины	0,00	23,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,41	0,00	0,00	0,00	7,18
	женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,29	0,00	0,00
70-74	оба пола	0,00	7,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,13	0,00	0,00	5,67
	мужчины	0,00	17,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19,12	0,00	0,00	12,87
	женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
75-79	оба пола	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	мужчины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
80-84	оба пола	15,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	17,58	0,00	0,00	0,00	0,00
	мужчины	33,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	29,13	0,00	0,00	0,00	0,00
85 и старше	оба пола	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	мужчины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Таблица П1-3.2.24 - Распространенность суицида среди населения г. Ош за 2011-2023 гг. в разрезе региона, пола и возраста
(н, ‰/0000)

Возраст	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
5-9	оба пола	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	мужчины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10-14	оба пола	0,00	0,00	0,00	4,96	0,00	4,69	0,00	3,87	0,00	0,00	0,00	0,00
	мужчины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,23	0,00	7,58	0,00	0,00	0,00	0,00
	женщины	0,00	0,00	0,00	10,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15-19	оба пола	3,57	0,00	0,00	4,13	0,00	4,85	4,95	4,96	4,85	4,71	0,00	3,61
	мужчины	7,28	0,00	0,00	0,00	8,50	9,51	9,73	9,78	0,00	9,27	0,00	0,00
	женщины	0,00	0,00	0,00	8,41	0,00	0,00	0,00	0,00	9,80	0,00	0,00	0,00
20-24	оба пола	0,00	2,62	2,76	0,00	3,28	11,55	12,05	0,00	4,29	0,00	5,98	2,99
	мужчины	0,00	5,92	0,00	0,00	6,95	23,12	24,02	0,00	0,00	0,00	11,12	5,60
	женщины	0,00	0,00	5,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,70	0,00	0,00	0,00
25-29	оба пола	0,00	0,00	0,00	6,41	0,00	2,64	0,00	2,98	0,00	3,59	0,00	0,00
	мужчины	0,00	0,00	0,00	6,79	0,00	5,88	0,00	6,54	0,00	0,00	0,00	0,00
	женщины	0,00	0,00	0,00	6,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
30-34	оба пола	5,82	5,79	5,50	0,00	0,00	4,58	0,00	3,18	0,00	0,00	3,38	6,67
	мужчины	11,96	11,78	11,20	0,00	0,00	9,34	0,00	6,78	0,00	0,00	6,49	12,76
	женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
35-39	оба пола	0,00	0,00	6,49	0,00	6,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,54
	мужчины	0,00	0,00	0,00	0,00	13,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,34
	женщины	0,00	0,00	12,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,75
40-44	оба пола	0,00	26,88	0,00	13,49	0,00	6,77	0,00	6,35	0,00	5,94	4,62	0,00
	мужчины	0,00	57,87	0,00	29,12	0,00	14,49	0,00	13,28	0,00	12,46	8,67	0,00
	женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
45-49	оба пола	6,87	0,00	0,00	0,00	7,10	14,03	0,00	6,88	0,00	6,83	0,00	0,00

Таблица П1 -3.2.25. Распространенность суицида среди населения г. Ош и Ошской области за 2011-2023 гг. в разрезе региона, пола и возраста (п, ‰/0000)

Возраст	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
5-9	оба пола	0,00	0,00	0,00	0,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,52
	мужчины	0,00	0,00	0,00	1,47	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,02
	женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10-14	оба пола	2,09	3,41	9,57	11,99	6,08	8,95	6,61	0,79	4,64	2,26	1,44	4,49
	мужчины	4,09	5,03	13,66	5,16	10,20	12,57	11,34	0,00	9,09	1,47	1,41	3,73
	женщины	0,00	1,73	5,32	19,05	1,77	5,23	1,69	1,61	0,00	3,07	1,46	5,30
15-19	оба пола	9,34	9,77	11,38	14,12	16,29	7,43	13,42	9,33	9,37	10,95	13,27	5,26
	мужчины	11,09	10,32	13,39	7,55	27,28	9,71	19,62	13,16	18,42	8,53	22,69	8,63
	женщины	7,56	9,19	9,28	20,92	4,86	5,05	6,97	5,35	0,00	13,36	3,50	1,79
20-24	оба пола	4,50	6,08	9,50	4,12	7,25	4,64	17,68	18,22	4,69	7,53	5,02	8,85
	мужчины	6,52	7,62	8,27	4,85	10,05	4,55	35,09	31,55	7,64	4,75	8,17	16,96
	женщины	2,53	5,29	10,18	3,36	4,87	4,74	0,00	4,75	1,60	10,36	1,71	0,00
25-29	оба пола	4,96	12,86	10,51	21,27	2,74	5,35	2,67	1,73	6,36	4,89	9,94	1,69
	мужчины	8,15	23,30	16,92	32,37	3,60	9,42	3,47	1,69	11,46	4,74	9,24	1,67
	женщины	1,68	2,02	3,89	9,84	1,86	1,84	1,83	1,78	1,74	5,06	3,27	1,72
30-34	оба пола	6,40	14,82	12,90	4,74	4,50	5,65	1,02	4,92	8,91	3,77	5,58	7,00
	мужчины	8,35	26,75	25,53	6,88	8,71	11,42	1,99	5,77	14,24	7,35	7,23	11,80
	женщины	4,36	2,67	0,00	2,45	0,00	0,00	0,00	4,02	3,91	0,00	3,84	1,86
35-39	оба пола	6,01	8,81	9,41	12,88	11,85	4,10	5,32	7,61	8,54	3,48	4,40	6,61
	мужчины	11,97	17,28	5,71	25,16	24,03	7,93	10,26	14,69	16,47	6,69	6,40	13,01
	женщины	0,00	0,00	12,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,27	0,00
40-44	оба пола	5,18	31,66	12,61	18,21	9,31	20,60	4,54	6,01	10,76	4,33	10,16	4,62
	мужчины	10,43	67,37	25,00	38,43	18,34	38,74	8,91	11,77	19,03	5,63	20,62	8,67
	женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,12	0,00	0,00	3,01	2,97	0,00	0,00
45-49	оба пола	8,23	5,16	5,15	10,17	12,18	22,37	8,20	4,86	14,97	3,19	11,57	3,20

Возраст	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	мужчины	11,24	6,98	10,39	17,10	10,21	13,14	9,68	30,99	6,31	20,94	6,34	6,15
	женщины	5,36	3,39	0,00	3,36	13,19	3,28	0,00	0,00	0,00	3,19	0,00	0,00
50-54	оба пола	5,01	9,95	13,24	5,53	8,97	5,35	1,78	25,22	1,75	3,46	8,43	3,34
	мужчины	3,50	16,44	15,66	7,59	14,78	7,32	3,63	53,62	3,55	3,51	16,98	6,70
	женщины	6,38	3,86	10,98	3,58	3,49	3,48	0,00	0,00	0,00	3,41	0,00	0,00
55-59	оба пола	0,00	11,85	8,50	5,17	4,81	12,63	13,96	13,59	3,75	9,36	0,00	11,88
	мужчины	0,00	25,71	17,97	10,96	10,19	4,39	12,52	29,45	7,83	15,60	0,00	7,44
	женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19,26	14,43	0,00	0,00	3,60	0,00	16,10
60-64	оба пола	8,36	9,71	0,00	4,08	0,00	3,29	0,00	0,00	20,64	16,75	2,13	0,00
	мужчины	0,00	21,19	0,00	8,87	0,00	7,17	0,00	0,00	34,36	32,01	4,54	0,00
	женщины	15,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,60	4,46	0,00	0,00
65-69	оба пола	0,00	10,69	0,00	0,00	11,89	0,00	0,00	4,61	17,20	20,36	0,00	15,26
	мужчины	0,00	23,06	0,00	0,00	26,73	0,00	0,00	10,41	39,34	0,00	0,00	33,27
	женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	35,88	0,00	0,00
70-74	оба пола	0,00	7,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,13	0,00	0,00	5,67
	мужчины	0,00	17,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19,12	0,00	0,00	12,87
	женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
75-79	оба пола	0,00	0,00	0,00	0,00	48,80	10,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	мужчины	0,00	0,00	0,00	0,00	127,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
80-84	оба пола	13,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	17,58	0,00	0,00	0,00	0,00
	мужчины	29,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	29,13	0,00	0,00	0,00	0,00
	оба пола	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
85 и старше	мужчины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Таблица П1-3.2.26. Распространенность суицида среди населения Таласской области за 2011-2023 гг. в разрезе региона, пола и возраста (п, ‰/0000)

Возраст	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
5-9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
оба пола	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
мужчины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10-14	0,00	0,00	4,29	0,00	12,02	3,90	7,56	0,00	0,00	0,00	0,00	3,02	0,00
оба пола	0,00	0,00	8,46	0,00	23,55	7,65	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,83	0,00
мужчины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15,34	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
женщины	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,34	0,00	0,00	3,93	7,97	0,00
15-19	7,62	11,65	24,19	8,32	8,66	0,00	0,00	8,53	0,00	0,00	7,71	7,79	0,00
оба пола	7,47	15,18	15,72	8,15	8,47	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,15	0,00
мужчины	7,78	7,96	33,11	0,00	8,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,15	0,00
женщины	9,82	9,71	32,70	13,39	12,70	12,23	4,10	8,42	4,33	8,96	4,56	0,00	0,00
20-24	9,57	18,85	53,74	16,98	16,17	15,64	0,00	16,17	8,37	8,67	8,87	0,00	0,00
оба пола	10,08	0,00	9,77	9,41	8,89	8,52	8,56	0,00	0,00	9,28	0,00	0,00	0,00
мужчины	5,47	5,35	26,52	15,97	0,00	5,38	5,24	5,00	9,43	0,00	4,22	0,00	0,00
женщины	10,58	0,00	20,63	31,34	0,00	10,28	0,00	0,00	17,58	0,00	0,00	0,00	0,00
25-29	0,00	0,00	32,74	0,00	0,00	0,00	11,06	0,00	0,00	0,00	8,93	0,00	0,00
оба пола	12,68	6,38	24,99	0,00	18,08	11,75	11,37	5,62	0,00	5,64	11,22	10,44	0,00
мужчины	12,29	12,36	36,29	0,00	23,04	22,47	10,82	10,77	0,00	10,80	10,59	20,28	0,00
женщины	13,10	0,00	12,92	0,00	12,63	0,00	11,97	0,00	0,00	0,00	11,94	0,00	0,00
30-34	0,00	20,72	13,79	13,66	13,60	13,58	0,00	6,61	0,00	6,25	6,05	0,00	5,73
оба пола	0,00	13,32	26,41	26,37	26,32	26,24	0,00	12,71	0,00	11,92	11,55	0,00	11,19
мужчины	0,00	28,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
женщины	7,86	7,86	7,70	15,34	15,04	0,00	14,56	7,22	14,24	21,23	14,10	0,00	0,00
40-44	15,54	0,00	15,02	29,49	28,76	0,00	28,15	13,88	27,62	27,50	27,39	0,00	0,00
оба пола	0,00	16,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,58	0,00	0,00	0,00
мужчины	25,14	0,00	0,00	17,02	25,39	0,00	0,00	8,08	8,01	0,00	7,72	7,75	0,00
женщины													

Таблица П1-3.2.27. Абсолютное количество лиц-суицидентов в зависимости от способа совершения суицида в разрезе изучаемого периода времени

Способ / год		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	При- рост 2011/2 023, %
Население КР		5477600	5474000	5714065	6100006	5971460	6108611	6242064	6371327	6516830	6663592	6789599	6912849	7037590	
Всего		471	524	446	461	417	419	388	380	377	301	394	341	312	
путем повешения, удавления и удушения	Абс	152	186	166	179	146	144	126	160	162	100	162	129	111	
	0/0000	2,77	3,40	2,91	2,93	2,44	2,36	2,02	2,51	2,49	1,50	2,39	1,89	1,58	-43,16
преднамеренное самоотравление и воздействие другими и неуточненными химическими и ядовитыми веществами	Абс	94	101	99	85	79	81	72	63	61	43	63	52	50	
	0/0000	1,72	1,85	1,73	1,39	1,32	1,33	1,15	0,99	0,94	0,65	0,93	0,75	0,71	-58,59
самоповреждение острым предметом	Абс	71	68	54	73	75	77	68	52	57	38	42	43	58	
	0/0000	1,30	1,24	0,95	1,20	1,26	1,26	1,09	0,82	0,87	0,57	0,62	0,62	0,82	-36,41
самоповреждение путем прыжка с высоты	Абс	67	72	43	46	37	43	45	39	34	45	36	41	21	
	0/0000	1,22	1,32	0,75	0,75	0,62	0,70	0,72	0,61	0,52	0,68	0,53	0,59	0,30	-75,60

Способ / год		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	При- рост 2011/2 023, %
		Абс													
самоотравление при воздействии алкоголем или наркотическими веществами	0/0000	41	50	41	38	35	33	32	22	31	42	54	37	53	
	0/0000	0,75	0,91	0,72	0,62	0,59	0,54	0,51	0,35	0,48	0,63	0,80	0,54	0,75	-
самоповреждение путем погружения в воду и утопления	Абс	7	9	6	7	8	9	7	8	5	7	5	6	6	
	0/0000	0,13	0,16	0,11	0,11	0,13	0,15	0,11	0,13	0,08	0,11	0,07	0,09	0,09	-33,28
самоповреждение путем выстрела	Абс	39	38	36	32	37	31	37	35	27	24	32	33	13	
	0/0000	0,71	0,69	0,63	0,52	0,62	0,51	0,59	0,55	0,41	0,36	0,47	0,48	0,18	-74,05
самоповреждение дымом, огнем и пламенем	Абс	0	0	1	1	0	1	1	1	0	2	0	0	0	
	0/0000	0,00	0,00	0,02	0,02	0,00	0,02	0,02	0,02	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Многолетняя динамика суицида среди населения по возрастным группам и годам в разрезе отдельных областей и населенных пунктов Кыргызстана

Таблица П2-1. Многолетняя динамика суицида среди населения г. Бишкек по возрастным группам и годам, абс.

Всего	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	4
15-19	0	2	0	0	1	1	1	1	1	1	0	8
20-24	2	4	2	1	1	2	2	0	0	3	0	17
25-29	1	4	3	1	2	2	3	0	1	4	1	22
30-34	3	1	6	3	2	2	3	1	2	2	0	25
35-39	5	6	1	4	3	1	4	1	2	3	1	31
40-44	1	2	0	4	2	1	0	0	0	1	1	12
45-49	4	1	1	3	2	4	4	3	3	1	1	27
50-54	3	2	2	2	0	2	2	1	2	2	2	20
55-59	3	2	3	1	2	1	4	1	2	2	1	22
60-64	2	0	1	4	3	0	2	1	1	2	1	17
65-69	2	1	0	0	1	0	0	1	1	0	2	8
70-74	2	1	2	0	0	1	0	0	0	1	0	7
75-79	2	4	1	0	1	1	2	1	0	0	0	12
80-84	3	0	1	1	2	0	0	0	0	1	2	10
85 и старше	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	4
	34	30	24	27	24	18	27	11	16	23	12	246

мужчины	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9											0	0
10-14				1							0	1
15-19		2				1	1	1	1		0	6
20-24	2	4	2	1		1	1			3	0	14
25-29	1	3	3	1	1	1	2		1	4	1	18
30-34	3	1	5	3	2	2	3		1	1	0	21
35-39	4	4		3	3	1	4		1	3	1	24
40-44	1	2		2	2	1				1	1	10
45-49	3	1	1	3	1	4	4	1	2	1	1	22
50-54	2	2	2	2		2	2	1	2	1	1	17
55-59	2	1	2	1	2		3	1	1	2	1	16
60-64	2			3	3		2	1		1	0	12
65-69	1							1	1		1	4
70-74	2		1			1					0	4
75-79	2	3	1		1	1	1				0	9
80-84	1			1	1						1	4
85 и старше	1			1	1						0	3
всего	27	23	17	22	17	15	23	6	10	17	8	185

женщины	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9											0	0
10-14			1		1				1		0	3
15-19					1					1	0	2
20-24					1	1	1				0	3
25-29		1			1	1	1				0	4
30-34			1					1	1	1	0	4
35-39	1	2	1	1				1	1		0	7
40-44	0			2							0	2
45-49	1				1			2	1		0	5
50-54	1									1	1	3
55-59	1	1	1			1	1		1		0	6
60-64	0		1	1					1	1	1	5
65-69	1	1			1						1	4
70-74	0	1	1							1	0	3
75-79		1					1	1			0	3
80-84	2		1		1					1	1	6
85 и старше				1							0	1
всего	7	7	7	5	7	3	4	5	6	6	4	61

Таблица П2-2. Многолетняя динамика суицида среди населения Иссык-Кульской области по возрастным группам и годам, абс.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
Всего	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
5-9	9	9	6	8	3	6	6	4	4	6	1	62
10-14	9	2	10	8	7	12	8	4	6	6	4	76
15-19	11	14	11	10	10	4	11	2	2	4	8	87
20-24	12	10	11	6	7	11	10	8	8	8	3	94
25-29	9	8	8	11	12	18	7	5	7	12	9	106
30-34	11	13	8	4	8	7	10	6	10	6	2	85
35-39	9	12	10	7	6	12	5	5	8	6	1	81
40-44	8	9	7	8	6	6	5	7	9	6	6	77
45-49	5	5	5	8	5	6	5	7	7	5	3	61
50-54	3	6	2	2	1	3	4	3	3	4	2	33
55-59	1	3	2	1	6	2	0	1	1	3	2	22
60-64	0	3	1	1	1	3	2	0	1	2	3	17
65-69	0	0	1	0	0	4	1	0	2	1	1	10
70-74	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	4
75-79	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
85 и старше	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	87	97	82	74	72	95	77	54	68	70	45	821

мужчины	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9		2								1	0	3
10-14	5	6	5	7	2	5	3	4	4	3	1	45
15-19	5	2	6	4	6	9	5	2	4	5	4	52
20-24	9	12	9	8	6	4	8	1	1	4	4	66
25-29	11	9	10	4	6	9	9	7	6	8	2	81
30-34	9	8	7	7	12	15	4	5	5	11	6	89
35-39	11	10	8	4	8	6	8	6	8	5	1	75
40-44	8	9	9	6	4	9	3	5	5	5	1	64
45-49	6	8	4	6	6	5	5	5	6	6	5	62
50-54	5	4	5	7	4	6	3	7	6	5	3	55
55-59	3	5	2	2	1	2	3	3	2	3	2	28
60-64		3	2	1	5	2		1	1	3	2	20
65-69		1	1	1	1	3	2			2	3	14
70-74			1			3			1	1	1	7
75-79						1					0	1
80-84							1				0	1
85 и старше											0	0
всего	72	79	69	57	61	79	54	46	49	62	35	663

женщины	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9											0	0
10-14	4	3	1	1	1	1	3			3	0	17
15-19	4		4	4	1	3	3	2	2	1	0	24
20-24	2	2	2	2	4		3	1	1		4	21
25-29	1	1	1	2	1	2	1	1	2		1	13
30-34			1	4		3	3		2	1	3	17
35-39		3				1	2		2	1	1	10
40-44	1	3	1	1	2	3	2		3	1	0	17
45-49	2	1	3	2		1		2	3		1	15
50-54		1		1	1		2		1		0	6
55-59	0	1				1	1		1	1	0	5
60-64	1				1						0	2
65-69	0	2							1		0	3
70-74	0					1	1		1		0	3
75-79	0						2	1			0	3
80-84	0	1									0	1
85 и старше	0							1			0	1
всего	15	18	13	17	11	16	23	8	19	8	10	158

Таблица П2-3. Многолетняя динамика суицида среди населения Джалал-Абадской области по возрастным группам и годам, абс.

Всего	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
10-14	0	1	1	2	0	0	1	0	0	0	0	5
15-19	4	6	1	3	3	2	3	0	2	1	0	25
20-24	6	7	2	2	1	2	2	6	7	5	1	41
25-29	4	4	3	2	2	2	1	1	1	3	1	24
30-34	2	7	3	4	4	2	3	1	3	3	1	33
35-39	4	3	7	1	4	4	4	1	2	5	2	37
40-44	2	4	4	4	2	1	6	2	2	4	2	33
45-49	2	5	6	7	0	2	2	2	2	8	2	38
50-54	2	3	0	5	1	1	2	0	0	5	6	25
55-59	2	2	3	3	0	1	4	1	1	2	4	23
60-64	2	1	0	0	0	1	1	0	2	5	1	13
65-69	1	0	1	1	0	0	0	2	1	2	2	10
70-74	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	4
75-79	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
85 и старше	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	31	43	31	34	17	18	32	16	23	45	23	313

мужчины	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9											0	0
10-14		1	1	2			1				0	5
15-19	2	3		2		1	2		1		0	11
20-24	4	4	1	1	1	1		4	5	1	1	23
25-29	3	1	3	1	1	1	1	1	1	2	0	15
30-34	1	5	2	1	4	1	3	1	3	2	1	24
35-39	3	3	6	1	4	3	3	1	2	3	1	30
40-44	2	4	2	3	2	1	6	1	2	1	2	26
45-49	2	4	6	6		2	2	2	1	8	2	35
50-54	2	2		3		1	1			2	5	16
55-59	1	1	2	2			3	1	1	2	4	17
60-64	2						1		1	5	1	10
65-69	1		1	1				2	1	2	2	10
70-74	0						1			1	1	3
75-79	0										0	0
80-84											0	0
85 и старше											0	0
всего	23	28	24	23	12	11	24	13	18	29	20	225

женщины	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9										1	0	1
10-14											0	0
15-19	2	3	1	1	3	1	1		1	1	0	14
20-24	2	3	1	1		1	2	2	2	4	1	19
25-29	1	3		1	1	1				1	0	8
30-34	1	2	1	3		1				1	1	10
35-39	1		1			1	1			2	0	6
40-44			2	1				1		3	0	7
45-49		1		1					1		1	4
50-54		1		2	1		1			3	0	8
55-59	1	1	1	1		1	1				0	6
60-64		1				1			1		0	3
65-69											0	0
70-74	0						1				0	1
75-79	0						1				0	1
80-84											0	0
85 и старше												0
всего	8	15	7	11	5	7	8	3	5	16	3	88

Таблица П2-4. Многолетняя динамика суицида среди населения Нарынской области по возрастным группам и годам, абс.

Всего	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9	0	1	3	0	6	0	1	0	2	0	0	13
10-14	3	1	2	5	2	2	4	1	3	3	2	28
15-19	8	14	7	3	2	3	6	3	1	0	1	48
20-24	7	3	3	4	5	4	1	0	2	1	6	36
25-29	6	9	7	5	2	3	2	3	5	3	2	47
30-34	3	2	5	5	7	3	4	6	1	0	6	42
35-39	3	8	4	5	5	2	5	1	3	6	2	44
40-44	2	2	4	1	4	3	1	1	1	6	6	31
45-49	1	4	0	2	5	3	2	1	1	3	6	28
50-54	1	2	1	3	4	2	1	1	2	3	0	20
55-59	1	1	1	2	1	0	1	0	1	0	3	11
60-64	0	0	0	1	0	3	1	2	1	0	0	8
65-69	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
70-74	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	3
75-79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80-84	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
85 и старше	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	35	47	38	37	43	29	30	19	23	25	36	362

мужчины	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9		1	2		4				1		0	8
10-14	2	1	1	3	2	1	2	1	3	2	1	19
15-19	6	11	4	1	2	3	5	2			1	35
20-24	5	2	3	4	5	3	1		2		6	31
25-29	5	8	5	5	1	3	2	3	5	3	2	42
30-34	3	1	4	4	7	2	3	5	1		2	32
35-39	3	7	4	5	5	1	5	1	2	6	2	41
40-44	2	1	4		4	3	1	1	1	6	6	29
45-49	1	4		2	3	3	1	1	1	3	5	24
50-54	1	2		2	3	1	1	1	1	1	0	13
55-59	1	1	1	1	1		1		1		2	9
60-64				1		3	1	2	1		0	8
65-69						1					0	1
70-74											2	2
75-79											0	0
80-84			1								0	1
85 и старше											0	0
всего	29	39	29	28	37	24	23	17	19	21	29	295

женщины	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9			1		2		1		1		0	5
10-14	1		1	2		1	2			1	1	9
15-19	2	3	3	2			1	1	1		0	13
20-24	2	1				1				1	0	5
25-29	1	1	2		1						0	5
30-34		1	1	1		1	1	1			4	10
35-39		1				1			1		0	3
40-44		1		1							0	2
45-49					2		1				1	4
50-54			1	1	1	1			1	2	0	7
55-59				1							1	2
60-64											0	0
65-69				1							0	1
70-74							1				0	1
75-79											0	0
80-84											0	0
85 и старше												0
всего	6	8	9	9	6	5	7	2	4	4	7	67

Таблица П2-5 - Многолетняя динамика суицида среди населения Баткенской области по возрастным группам и годам, абс.

Всего	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9	1	1	6	0	4	0	0	0	0	0	1	13
10-14	6	3	6	2	3	1	0	1	0	4	2	28
15-19	7	4	9	2	5	5	0	2	3	2	3	42
20-24	6	3	2	4	4	9	6	5	4	0	4	47
25-29	0	3	2	2	1	4	4	3	6	1	6	32
30-34	7	5	4	3	5	3	6	3	4	1	2	43
35-39	0	5	6	3	3	2	3	4	6	5	4	41
40-44	1	2	3	4	4	1	3	0	1	3	2	24
45-49	0	2	1	2	0	9	7	2	3	0	3	29
50-54	2	0	1	2	2	2	2	3	1	0	3	18
55-59	2	1	0	3	0	2	0	0	1	2	2	13
60-64	0	0	0	2	0	1	1	0	0	1	0	5
65-69	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
70-74	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3
75-79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
85 и старше	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	32	29	40	29	31	39	36	23	30	19	32	340

мужчины	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9	1	1	3		3						0	8
10-14	4	2	3	1	1					1	2	14
15-19	3	2	7		3	4		2	2	1	2	26
20-24	5	3	1	3	3	3	4	3	2		3	30
25-29		1	1	2	1	4	2	2	4	1	5	23
30-34	6	3	2	3	4	2	4	2	3	1	2	32
35-39		3	5	3	3		1	3	5	2	3	28
40-44	1	2	3	3	3	1	2		1	3	2	21
45-49		2	1	2		7	6	1	2		2	23
50-54	2		1	2	2	2	2	3	1		3	18
55-59	2	1		3		2			1	2	2	13
60-64				2		1	1			1	0	5
65-69							1				0	1
70-74							3				0	3
75-79											0	0
80-84											0	0
85 и старше											0	0
всего	24	20	27	24	23	26	26	16	21	12	26	245

женщины	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9			3		1						1	5
10-14	2	1	3	1	2	1		1		3	0	14
15-19	4	2	2	2	2	1			1	1	1	16
20-24	1		1	1	1	6	2	2	2		1	17
25-29		2	1				2	1	2		1	9
30-34	1	2	2		1	1	2	1	1		0	11
35-39		2	1			2	2	1	1	3	1	13
40-44				1	1		1				1	4
45-49						2	1	1	1		0	5
50-54											0	0
55-59											0	0
60-64											0	0
65-69									1		0	1
70-74											0	0
75-79											0	0
80-84											0	0
85 и старше											0	0
всего	8	9	13	5	8	13	10	7	9	7	6	95

Таблица П2-6 - Многолетняя динамика суицида среди населения Ошской области по возрастным группам и годам, абс.

Всего	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9	0	0	1	0	0	0	0	0	0	7	1	9
10-14	11	8	7	5	8	1	0	3	2	3	2	50
15-19	15	13	15	9	10	5	1	7	10	9	5	99
20-24	8	5	5	6	8	8	5	4	6	4	4	63
25-29	11	16	3	3	3	2	6	6	8	1	3	62
30-34	6	4	4	1	1	5	4	4	6	4	6	45
35-39	2	9	4	3	4	6	6	3	4	7	3	51
40-44	8	3	6	9	3	4	7	3	3	0	3	49
45-49	3	6	3	5	5	3	3	2	3	2	2	37
50-54	7	3	5	6	3	1	5	1	2	5	2	40
55-59	3	2	2	1	2	3	6	2	5	0	3	29
60-64	0	1	0	0	1	0	3	4	3	1	0	13
65-69	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	1	4
70-74	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	3
75-79	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
85 и старше	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	74	70	55	50	49	38	48	40	53	43	36	556

мужчины	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9			1								1	2
10-14	8	3	6	2	7			1	1	3	1	32
15-19	9	5	12	6	6	2	1	5	8	5	4	63
20-24	5	3	2	3	8	5	5	3	5	3	2	44
25-29	9	14	2	2	2	1	5	3	6	1	2	47
30-34	6	3	4	1	1	3	3	4	4	3	5	37
35-39	2	9	4	3	4	6	4	3	3	6	3	47
40-44	8	3	6	8	3	4	7	2	3		3	47
45-49	3	5	3	4	4	3	2	2	2	2	2	32
50-54	4	2	4	4	2	1	5	1	1	5	2	31
55-59	3	2	2	1	1	3	6	2	4		2	26
60-64		1			1		3	2	2	1	0	10
65-69				2							1	3
70-74							1	1			1	3
75-79											0	0
80-84											0	0
85 и старше											0	0
всего	57	50	46	36	39	28	42	29	39	29	29	424

женщины	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9										7	0	7
10-14	3	5	1	3	1	1		2	1		1	18
15-19	6	8	3	3	4	3		2	2	4	1	36
20-24	3	2	3	3		3		1	1	1	2	19
25-29	2	2	1	1	1	1	1	3	2		1	15
30-34		1				2	1		2	1	1	8
35-39							2		1	1	0	4
40-44				1				1			0	2
45-49		1		1	1		1		1		0	5
50-54	3	1	1	2	1				1		0	9
55-59					1				1		1	3
60-64								2	1		0	3
65-69									1		0	1
70-74											0	0
75-79					1						0	1
80-84											0	0
85 и старше							1				0	1
всего	17	20	9	14	10	10	6	11	14	14	7	132

Таблица П2-7. Многолетняя динамика суицида среди населения Таласской области по возрастным группам и годам, абс.

Всего	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14	1	0	3	1	2	0	0	0	0	1	0	8
15-19	6	2	2	0	0	1	0	0	1	2	0	14
20-24	7	3	3	3	1	2	0	2	1	0	0	22
25-29	5	3	0	1	1	1	1	0	1	0	0	13
30-34	4	0	3	2	2	1	2	1	2	2	0	19
35-39	2	2	2	2	0	1	0	1	1	0	1	12
40-44	1	2	2	0	2	1	0	3	2	0	0	13
45-49	0	2	3	0	0	1	2	0	1	1	0	10
50-54	3	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	8
55-59	1	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	5
60-64	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2
65-69	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
70-74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75-79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
85 и старше	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	30	15	21	11	8	10	8	7	9	7	2	128

мужчины	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9											0	0
10-14	1		3	1						1	0	6
15-19	2	1	1			1			1	1	0	7
20-24	6	2	2	2		2		1	1		0	16
25-29	2	3		1			1				0	7
30-34	3		2	2	1	1	2	1	1	2	0	15
35-39	2	2	2	2		1		1	1		1	12
40-44	1	2	2		2	1		2	2		0	12
45-49		1	3			1	2		1	1	0	9
50-54	3	1		1			1			1	1	8
55-59	1		2	1		1					0	5
60-64			1				1				0	2
65-69							1				0	1
70-74											0	0
75-79											0	0
80-84											0	0
85 и старше											0	0
всего	21	12	18	10	3	8	8	5	7	6	2	100

женщины	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9											0	0
10-14					2						0	2
15-19	4	1	1							1	0	7
20-24	1	1	1	1	1			1			0	6
25-29	3				1	1			1		0	6
30-34	1		1		1				1		0	4
35-39											0	0
40-44								1			0	1
45-49		1									0	1
50-54											0	0
55-59											0	0
60-64											0	0
65-69						1					0	1
70-74											0	0
75-79											0	0
80-84											0	0
85 и старше												0
всего	9	3	3	1	5	2	0	2	2	1	0	28

Таблица П2-8 - Многолетняя динамика суицида среди населения Чуйской области по возрастным группам и годам, абс.

Всего	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
10-14	5	0	2	4	2	4	3	4	5	4	5	38
15-19	9	3	17	9	8	7	5	14	16	7	14	109
20-24	4	11	5	15	11	5	8	7	8	7	10	91
25-29	15	15	13	15	17	18	7	9	13	8	9	139
30-34	16	12	8	19	6	19	12	12	21	10	12	147
35-39	17	20	15	15	17	13	11	17	19	14	15	173
40-44	13	11	18	13	3	2	12	15	18	6	9	120
45-49	8	16	9	12	14	15	14	8	12	14	8	130
50-54	8	10	12	16	8	8	8	11	15	14	10	120
55-59	7	10	8	13	13	7	6	10	14	11	3	102
60-64	5	7	5	6	4	6	9	8	9	9	5	73
65-69	3	3	4	6	4	5	6	2	5	7	11	56
70-74	7	1	1	1	2	3	3	5	7	0	3	33
75-79	1	3	0	2	3	5	1	1	1	0	2	19
80-84	1	2	1	2	0	0	3	3	2	0	1	15
85 и старше	0	0	3	2	0	2	2	1	1	1	1	13
	120	124	121	150	112	119	110	127	166	112	118	1379

мужчины	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9	1										0	1
10-14	2		1	4	2	4	3	2	3	2	5	28
15-19	7	2	7	7	5	5	5	8	11	6	10	73
20-24	4	9	5	12	8	3	6	5	6	7	7	72
25-29	13	13	12	12	11	16	5	6	10	7	7	112
30-34	11	12	7	15	2	18	11	7	18	9	10	120
35-39	15	16	12	13	15	12	10	14	17	10	13	147
40-44	11	9	15	11	1	1	12	12	16	5	9	102
45-49	7	13	7	9	11	12	11	6	9	14	8	107
50-54	6	8	10	15	8	7	6	10	12	13	10	105
55-59	7	9	7	10	11	6	5	9	12	10	3	89
60-64	4	6	4	5	4	6	7	7	6	8	5	62
65-69	2	3	4	5	3	3	5	2	4	7	9	47
70-74	4	1	1		2	2	2	5	5		2	24
75-79	1	2		2	3	5	1	1	1		2	18
80-84		1		2			1	3	1		1	9
85 и старше			1	1		1	2	1	1		0	7
всего	95	104	93	123	86	101	92	98	132	98	101	1123

женщины	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9											0	0
10-14	3		1					2	2	2	0	10
15-19	2	1	10	2	3	2		6	5	1	4	36
20-24		2		3	3	2	2	2	2		3	19
25-29	2	2	1	3	6	2	2	3	3	1	2	27
30-34	5		1	4	4	1	1	5	3	1	2	27
35-39	2	4	3	2	2	1	1	3	2	4	2	26
40-44	2	2	3	2	2	1		3	2	1	0	18
45-49	1	3	2	3	3	3	3	2	3		0	23
50-54	2	2	2	1		1	2	1	3	1	0	15
55-59		1	1	3	2	1	1	1	2	1	0	13
60-64	1	1	1	1			2	1	3	1	0	11
65-69	1			1	1	2	1		1		2	9
70-74	3			1		1	1		2		1	9
75-79		1									0	1
80-84	1	1	1				2		1		0	6
85 и старше			2	1		1				1	1	6
всего	25	20	28	27	26	18	18	29	34	14	17	256

Таблица П2-9 - Многолетняя динамика суицида среди населения г. Ош по возрастным группам и годам, абс.

Всего	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9	0	3	0	0	0	0	0	0	0	4	0	7
10-14	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3
15-19	0	1	1	0	3	1	1	1	1	0	1	10
20-24	1	0	1	0	0	3	1	1	0	0	1	8
25-29	0	1	0	1	0	0	0	0	1	2	0	5
30-34	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	2	6
35-39	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	2	6
40-44	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2
45-49	0	2	1	2	0	0	1	0	1	1	0	8
50-54	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
55-59	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	1	5
60-64	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	3
65-69	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3
70-74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75-79	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
85 и старше	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3	9	5	7	5	5	9	4	6	8	8	69

мужчины	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9		3								4	0	7
10-14				1	1						0	2
15-19			1		3	1	1		1		0	7
20-24			1			3	1				1	6
25-29				1		0				2	0	3
30-34	1	1		1			1				2	6
35-39			1				1			1	1	4
40-44				1					1		0	2
45-49		2		2			1		1	1	0	7
50-54							1				0	1
55-59				1			2				0	3
60-64							1	1	1		1	4
65-69								1			0	1
70-74											0	0
75-79			1								0	1
80-84											0	0
85 и старше											0	0
всего	1	6	4	7	4	4	9	2	4	8	5	54

женщины	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	общий
5-9											0	0
10-14		1									0	1
15-19		1						1			1	3
20-24	1					0		1			0	2
25-29		1				0			1		0	2
30-34											0	0
35-39	1										1	2
40-44											0	0
45-49			1								0	1
50-54					1						0	1
55-59						1					1	2
60-64											0	0
65-69									1		0	1
70-74											0	0
75-79											0	0
80-84											0	0
85 и старше												0
всего	2	3	1	0	1	1	0	2	2	0	3	15

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!