

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ В ОБЛАСТИ СУИЦИДА И СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Бишкек 2020



Проект софинансируется
Европейским Союзом

юнисеф 

для каждого ребенка

Содержание

1 Краткое резюме исследования	7
2 Введение	10
3 Основные термины в области суицидального поведения	13
4 Методология исследования	14
5 Основные результаты исследования.	22
5.1 Распространённость случаев суицида в Кыргызстане за последние 10 лет, среди подростков и молодежи до 29-ти лет по данным Нацстаткома	22
5.2 Распространенность случаев суицида в Кыргызстане за последние 10 лет, среди подростков и молодежи по данным МВД.	24
5.3 Разница в данных о количестве случаев суицида предоставленных Нацстаткомом и МВД	27
6 Политика в области профилактики суицида	29
6.1 Карта поставщиков услуг	31
7 Основные причины, факторы риска и защитные факторы в области суицидального поведения	40
7.1 Глубинные причины, факторы риска и защиты в области суицидального поведения через опрос самих подростков и молодежи, совершивших суицидальные попытки	40
7.1.1 Социально-демографические характеристики.	40
7.1.2 Истории и обстоятельства суицидальных попыток.	42
7.1.3 Получение медицинской и психосоциальной поддержки.	45

7.1.4 Семья и окружение.	47
7.1.5 Ситуационные стрессоры.	49
7.2 Глубинные причины, факторы риска и защиты в области суицидального поведения через опрос близких подростков и молодежи совершивших суицид	50
7.2.1 Социально-демографические данные информатора (интервьюируемого) и умершего.	50
7.2.2 Обстоятельства смерти.	51
7.2.3 История предыдущих суицидальных попыток.	55
7.2.4 Получение медицинской и психосоциальной поддержки	56
7.2.5 Личность и образ жизни, семейное окружение	56
7.3 Информация о респондентах чьи родители находятся в миграции	57
8 Неожиданные и непреднамеренные выводы	60
9 Извлеченные уроки	61
10 Выводы и рекомендации	62
11 Приложения	66
11.1 Рекомендации в отношении краткосрочных, среднесрочных и долгосрочных мер по сокращению числа случаев суицидального поведения с уделением особого внимания профилактическим программам и коммуникационным стратегиям, которые могут быть поддержаны отделением ЮНИСЕФ в Кыргызстане	66
11.2 Список использованной литературы	69
11.3 Форма информированного согласия	73

Слова благодарности

В данном отчете представлены результаты ситуационного анализа самоубийств и попыток совершения самоубийства среди подростков и молодежи в Кыргызстане. Анализ был проведен исследовательской компанией “Изилдоо плюс” по заказу ЮНИСЕФ в рамках программы “Защита детей, пострадавших от миграции в Юго-Восточной, Южной и Центральной Азии”, которая финансируется совместно Европейским Союзом и ЮНИСЕФ.

ЮНИСЕФ выражает благодарность всем экспертам и исследователям “Изилдоо плюс”, участвовавшим в этом исследовании: Ирина Джалбиева (научный руководитель/аналитик), Аида Бялиева (координатор полевых работ), Эльвира Ниязалиева (аналитик/модератор), Айнура Усубалиева (аналитик/модератор), Жанна Ниязова (интервьюер) и Жанна Караева (интервьюер). Мы хотели бы

выразить особую благодарность всем молодым людям, членам их семей, поставщикам услуг и экспертам, которые нашли время принять участие в этом исследовании и поделиться своим ценным опытом и знаниями.

Мнения, изложенные в данной публикации, принадлежат автору и необязательно отражают официальную точку зрения ЮНИСЕФ и Европейского Союза. Обозначения, используемые в настоящем издании, и изложение материала не подразумевают выражения со стороны ЮНИСЕФ какого бы то ни было мнения в отношении правового статуса детей в Кыргызстане, той или иной страны, или территории, или ее органов власти, или делимитации ее границ.

Список сокращений

СНГ	Содружество Независимых Государств
РУСР	Районное управление социального развития
УСР	Управление социального развития
ОЗСД	Отдел защиты семьи и детей
ФГД	Фокус-групповая дискуссия
КР	Кыргызская Республика
МСУ	Местное самоуправление
МОН	Министерство образования и науки
МЗ	Министерство здравоохранения
МТСР	Министерство труда и социального развития
МВД	Министерство внутренних дел
НПО	Неправительственная организация
Нацстатком	Национальный статистический комитет
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
ГАМСУМО	Государственное агентство по делам местного самоуправления и межэтнических отношений
ООН	Организация Объединенных Наций
ЮНФПА	Фонд ООН в области народонаселения
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЕРРП	Единый реестр преступлений и проступков
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

1. Краткое резюме исследования

Суицид и суицидальные попытки среди молодежи и подростков остаются растущей проблемой в Кыргызской Республике и в Центральноазиатском регионе. Согласно статистическим данным, полученным из МВД КР, количество самоубийств в республике с 2008 по 2018 год достигло 1080 случаев среди подростков в возрасте от 10 до 18 лет. Несмотря на это, не хватает количественных статистических, а также качественных данных по данному вопросу. Для восполнения данного пробела, ЮНИСЕФ в Кыргызстане инициировал проведение исследования с целью анализа ситуации в области самоубийств и попыток совершения самоубийства среди подростков и молодежи в Кыргызстане.

Исследование было построено на достижении следующих основных целей:

1. Определение основных поставщиков услуг, изучение спектра услуг и помощи, предоставляемых подросткам и молодежи с суицидальным поведением, а также их семьям;
2. Изучить глубинные причины, факторы риска и защиты в области суицидального поведения среди подростков и молодежи, совершивших попытку самоубийства или умерших в результате самоубийства.

Методы исследования включали обзор литературы, глубинные интервью и дискуссии в фокус-группах. Обзор литературы и анализ статистических данных были направлены на определение распространенности самоубийств среди подростков и молодежи. Углубленные интервью были проведены с 49 подростками и молодыми людьми (в возрасте от 12 до 29 лет) которые ранее совершали попытку самоубийства, а также с 35 членами семьи и близкими друзьями подростков и молодых людей, погибших в результате самоубийства. Опросы позволили получить необходимые данные для анализа причин самоубийств и попыток самоубийства среди вышеупомянутой целевой группы. Исследование также включало проведение углубленных интервью и обсуждений в фокус-группах с поставщиками услуг на национальном и местном уровнях в целях выявления проблемных областей в системе предоставления услуг и разработки предложений и рекомендаций. Однако статистические данные, проанализированные в настоящем исследовании, могут не в полной мере охватить весь объем проблем вокруг самоубийств из-за их занижения. Тем самым, данные, собранные в ходе интервью, не являются статистически репрезентативными.

Обзор подходов на национальном уровне показал наличие институциональных механизмов и комплексного подхода в борьбе с самоубийствами и попытками самоубийств. Имеются соответствующие правительственные распоряжения, в том числе распоряжение № 120 “О предотвращении суицидов, правонарушений и преступлений среди детей и молодежи”, изданное 22 марта 2016 года. Распоряжением был также утвержден Межведомственный план мероприятий по профилактике суицидов, правонарушений и преступлений среди детей и молодежи в

Кыргызской Республике за 2016-2018 годы.¹ Для мониторинга и исполнения приказа было назначено Министерство труда и социального развития Кыргызской Республики. В частности, исследование также выявило наличие клинических руководств и протоколов по оказанию психологической помощи нуждающимся детям.² Они размещены на сайте Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, и степень их эффективности нуждается в оценке.

Картирование поставщиков услуг показало, что их можно разделить на три основные группы, а именно первичный уровень, вторичный уровень, а также уровень высокой квалификации. Первичный уровень представлен школьными психологами, социальными педагогами³ и социальными работниками, которые отвечают за выявление тех, кто нуждается в психосоциальной поддержке. Исследование выявило отсутствие общих стандартов в работе школьных психологов, что не позволяет им оказывать последовательные и комплексные услуги нуждающимся детям. Школьные психологи и другие поставщики услуг также отметили распространенную стигму и дискриминацию при получении психологической поддержки среди подростков, а также недостаточное внимание со стороны семьи к детям с симптомами депрессии. Это требует незамедлительных действий в виде разъяснительной работы среди детей и подростков, а также среди населения в целом, а также общее улучшение качества предоставляемых услуг и их доступность.

Вторичный уровень поставщиков услуг представлен специализированными организациями, такими как Центр поддержки детей в Бишкеке. Этот уровень недостаточно развит в селах, где существуют более крепкие соседские и родственные связи, которые облегчают выявление проблем, связанных с самоубийствами, в отличие от городов, где люди

большое отдалены друг от друга. Проблема отсутствия специализированных центров поддержки на уровне сел требует направления вопросов в НПО или реабилитационные центры, расположенные в районных центрах и в городах.

Уровень высокой квалификации включает в себя специализированные медицинские или другие квалифицированные организации - психиатрические и реабилитационные центры, ориентированные на оказание психиатрических услуг, а также "горячие линии", например, "Телефон доверия для детей-111", созданный Министерством труда и социального развития КР.

Исследование также включало опрос подростков и молодежи с опытом суицидальных попыток с целью определения глубинных причин, рисков и защитных факторов. Всего в опросе приняли участие 49 респондентов (59,2% мужчин и 40,8% женщин). Кроме того, 45% из этих респондентов были школьниками, а остальные 55% были в трудоспособном возрасте. Межличностные конфликты с членами семьи, друзьями, партнерами, коллегами или одноклассниками были отмечены многими респондентами как основная причина попытки совершения суицида. Важно отметить, что 71,4% респондентов (45,7% женщин и 54,3% мужчин) жили со своими родителями во время попытки совершения суицида. Это говорит о том, что физическое присутствие родителей недостаточно для предотвращения суицидальных попыток, требуется более глубокая связь, доверие и чуткость для понимания настроения и внутренних переживаний ребенка.

Попытки суицида не прошли бесследно, как в физиологическом, так и в психологическом планах. Наиболее распространенными последствиями были удушение или следы от веревки, бороздки на шее (38,8% случаев). Пятая часть респондентов отметила колики

¹ Распоряжение Правительства КР от 22 Марта 2016 года №120 "Об утверждении межведомственного плана мероприятий по профилактике суицидов, правонарушений и преступлений среди детей и молодежи", <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/215103?cl=ru-ru>

² Клинические руководства по предоставлению психологической помощи детям пострадавшим от насилия, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, Психиатрическая ассоциация КР, Институт поведенческого здоровья Американского университета в Центральной Азии (2017).

³ Согласно Приказу МОН КР от 30 августа 2019 года №1033/1, "социальный педагог является работником общеобразовательного учреждения, осуществляющий комплекс мероприятий по социальной защите, воспитанию и развитию обучающихся путем создания сетей и партнерских отношений между семьей и школой". Основной целевой группой, которая получает поддержку со стороны социальных педагогов являются дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации."

в области печени и поясница, сыпь и зуд из-за самоотравления (22,4%), столько же опрошенных указали на наличие рубцов в области запястья вследствие вскрытия вен. Попытка суицида создало необходимость обратиться за медицинской помощью, в частности к врачам общей практики (40,6% респондентов), в качестве не психиатрического пациента с соматическими проблемами (3,1%), к услугам экстренной медицинской помощи (20,3%). Многие отметили, что после получения медицинской помощи им было рекомендовано обратиться к услугам психиатрической и психотерапевтической помощи, которой воспользовались 26,6% респондентов.

Примечательно, что ни один из респондентов не указал миграцию одного или обоих родителей в качестве причины, спровоцировавшей попытку суицида. Однако данные, собранные у респондентов, показывают, что половина из 25 подростков в возрасте 12-18 лет, предпринявших попытку суицида, имели одного или обоих родителей в миграции на момент его совершения. Соответственно, подростки жили либо с одним родителем, либо с обоими, а в случае, когда оба родителя находились в миграции, они оставались на попечении родственников. Поэтому можно предположить, что миграция родителей

может повысить уязвимость детей, которые могут испытывать эмоциональные или психологические трудности после разлуки с одним или обоими родителями: по данным Национального статистического комитета Кыргызской Республики за 2018 год, дети, оставленные родителями в связи с миграцией, чаще испытывают психологические трудности и тревогу, чем дети, проживающие с обоими родителями.⁴ На местном уровне, в частности, в регионах, где миграция широко распространена, особое внимание уделяется семьям с детьми, оставшимися под их опекой в вопросах их выявления и сопровождения в трудной жизненной ситуации.

Эти основные и другие выводы исследования будут полезны для разработки политики в области профилактики самоубийств и могут служить руководством для программ и деятельности министерств и их соответствующих ведомств, включая укрепление работы поставщиков услуг. Исследование также предоставит новые данные для разработки программ соответствующих агентств ООН, международных организаций и организаций гражданского общества, а также может быть использовано для проведения адвокационных мероприятий.

⁴ Национальный Статистический Комитет Кыргызской Республики и Детский Фонд ООН, Отчет о результатах многоиндикаторного кластерного исследования 2018, Нацстатком и Юнисеф, Бишкек 2019 г.

2. Введение

Суицид и суицидальные попытки среди подростков и молодежи признаны растущей проблемой во всем мире. Самоубийства имеют долгосрочные последствия для оставшихся людей и представляют собой серьезную проблему для общественного здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно около 800 000 человек лишают себя жизни, и на каждый суицид приходится более 20 попыток суицида.⁵ Суицид стал второй ведущей причиной смертности среди подростков и молодежи в возрасте 15-29 лет во всем мире в 2016 году.⁶ На его долю приходится около 6 процентов всех смертей среди молодежи, и число суицидов среди молодежи, ставшей группой наивысшего риска, продолжает расти.⁷

Статистические данные ВОЗ показывают, что уровень смертности от суицида в стране является вторым по величине в регионе после Казахстана⁸. Согласно данным Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) за 2012 г., уровень смертности от суицида среди молодежи в возрасте от 15 до 29 лет в Кыргызстане составил 16,3 для молодых

мужчин на каждые 100 000 чел. и до 6,6 для молодых женщин. Среди группы подростков в возрасте 15-17 лет число смертей от суицида составило 11,8 на каждые 100 000 чел. для мальчиков и 9,2 для девочек⁹. Однако семьи могут не сообщать о факте суицида из-за стигматизации. Во многих случаях смерть в результате суицида не регистрируется или маскируется под несчастные случаи или другие причины смерти.¹⁰ Поэтому фактическое количество суицидов может быть выше. Согласно официальным данным, представленным Нацстаткомом в 2019 году, в период с 2011 по 2015 годы уровень суицидов был достаточно высоким (от 19 случаев на 100 000 человек). Затем последовало некоторое снижение с 2016 по 2018 г.

Хотя связь между суицидом и психическими расстройствами (в частности, депрессией и расстройствами при употреблении алкоголя) хорошо известна, многие случаи суицида происходят импульсивно в кризисных моментах. К другим факторам риска относятся переживание утраты, одиночество, дискриминация в различных формах (социальный

⁵ Всемирная организация здравоохранения, *Suicide prevention: Overview*, ВОЗ, Женева, <www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1>.

⁶ Всемирная организация здравоохранения, *Suicide: Fact Sheet*, ВОЗ, Женева. Сентябрь 2019, <www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

⁷ Patton, G.C. et al., 'Global Models of Youth Mortality: a Systematic Analysis of Population Health Data', *The Lancet*, vol. 374, no. 9693, September 2009, pp. 881-892.

⁸ Всемирная организация здравоохранения, "World Health Statistics Data Visualizations Dashboard: Suicide", ВОЗ, Женева, 2018, <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>

⁹ ЮНФПА: Молодежь СНГ: Статистический портрет. Москва, 2014. https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/youth-eng_0.pdf

¹⁰ 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.

статус, пол и т.д.), разрыв отношений, финансовые проблемы, хроническая боль и болезни, насилие, жестокое обращение, конфликты или другие чрезвычайные гуманитарные ситуации. Самым сильным фактором риска суицида является предыдущая суицидальная попытка.¹¹

Суицид напрямую связано с правами человека. Статья 3 Всеобщей декларации прав человека гласит, что “каждый человек имеет право на жизнь”, а статья 25 гласит, что “каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния (...)”¹² Инвестирование в укрепление таких прав человека, как равенство, права ребенка, недискриминация, трудовые права и экологические права, неотделимы от реализации права на здоровье.¹³

В целях предотвращения суицида, Специальный докладчик Организации Объединенных Наций по вопросу о праве на здоровье рекомендовал государствам принять стратегии, основанные на правах человека: “Есть доказательства того, что подход, основанный на правах человека, в сочетании с современными подходами в области общественного здравоохранения, укрепляет продвижение психического здоровья и профилактику суицида. Общее сокращение числа случаев суицида соответствует глобальным достижениям в области сокращения масштабов крайней нищеты, большего гендерного равенства, сокращения масштабов межличностного насилия, тенденциям к отмене телесных наказаний детей, а также путем создания гражданского пространства и общественного доверия”. В соответствии с подходами, основанными на правах человека, профилактика суицида тре-

бует со стороны правительств расширения мер по предотвращению жестокого обращения с детьми и оказания поддержки семьям, качественных социальных, а также медицинских услуг для всех.¹⁴

В ответ на растущее количество суицидов среди молодежи, 22 марта 2016 года Правительство Кыргызской Республики издало распоряжение № 120 “О профилактике суицидов, правонарушений и преступлений среди детей и молодежи”. Распоряжением был также утвержден Межведомственный план действий по профилактике суицидов, правонарушений и преступлений среди детей и молодежи в Кыргызской Республике на 2016-2018 годы.¹⁵ Управление социального развития было назначено ведущим учреждением по реализации вышеуказанного распоряжения.

В Центральной Азии суицид изучен относительно слабо.¹⁶ В целях получения количественных, а также качественных данных и показателей, ЮНИСЕФ в Кыргызстане инициировало проведение исследования по анализу ситуации в области суицида и суицидальных попыток среди подростков и молодежи в Кыргызстане. Предыдущие исследования по данному вопросу проводились офисом ЮНИСЕФ в Казахстане¹⁷ (2014 год) и Таджикистане¹⁸ (2013 год). Настоящее исследование внесет вклад в существующую литературу по суицидам в Центральной Азии путем предоставления своевременных данных по Кыргызстану с уделением особого внимания подросткам и молодежи.

Результаты исследования будут полезны для формирования политики в области предотвращения суицидов среди подростков и молодежи. Результаты могут быть использо-

¹¹ Всемирная организация здравоохранения, “Suicide Prevention: Situation,” ВОЗ, Женева, <www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_2>.

¹² Организация Объединенных Наций, Всеобщая декларация прав человека, ООН, Париж, 10 декабря 1948 г.

¹³ Office of the High Commissioner for Human Rights, ‘Open Statement by the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, World Mental Health Day, 10 October 2019’, OHCHR, 10 October 2019, <www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25117&LangID=E>.

¹⁴ См. там же

¹⁵ Распоряжение Правительства КР от 22 марта 2016 года № 120-р (Об утверждении Межведомственного плана мероприятий по профилактике суицидов, правонарушений и преступлений среди детей и молодежи в Кыргызской Республике на 2016-2018 годы), <cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/215103/10?mode=tekst>.

¹⁶ “Уровень самоубийств в Центральной Азии превышает общемировую показатель”, Университет Центральной Азии, 12 Июля 2019 года, <https://www.ucentralasia.org/Resources/Item/2302/RU>

¹⁷ Детский Фонд ООН в Республике Казахстан, “Исследование распространенности, глубинных причин и факторов риска и защиты в области суицида и суицидальных попыток в Республике Казахстан”, Юнисеф, Астана, 2014.

¹⁸ Детский Фонд ООН в Таджикистане, “Исследование распространенности и динамики самоубийств среди детей и молодежи (в возрасте от 12 до 24 лет) в Согдийской области”, Душанбе, 2013.

ваны в своей работе Министерством труда и социального развития (МТСР), а также его структурными подразделениями в лице Управления социального развития и отдела по защите семьи и детей. В частности, в докладе представлены данные по составлению карт поставщиков услуг, с разбивкой поставщиков на три уровня в зависимости от возраста и местонахождения подростков и молодежи. МТСР как центральный орган, отвечающий за защиту детей, и, следовательно, как ключевое учреждение в профилактике суицида среди подростков и молодежи, может применять эту информацию при разработке соответствующих программ и стратегий.

Результатами также могут быть полезны для Министерства внутренних дел (МВД) для конкретизации своих планов в области профилактики суицида. Министерство образования и науки (МОН) может использовать результаты исследования для введения стандартов в работу школьных психологов и социальных педагогов. Исследование может также быть полезным для деятельности Министерства здравоохранения (МЗ) для совершенствования деятельности психотерапевтов и психиатров, в частности по

вопросам адаптации клинических руководств по оказанию психосоциальной помощи подросткам и молодежи.

Кроме того, исследование предоставит новые данные для разработки соответствующих программ агентствами ООН, международными организациями и организациями гражданского общества и может быть полезным для проведения адвокационных кампаний с целью привлечения внимания лиц, принимающих решения к важности профилактики суицида.

Усиление мероприятий по профилактике суицида в Кыргызстане внесет вклад в достижение Цели 3 Целей Устойчивого Развития, которая направлена на обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте. В частности, мероприятия в данном направлении будут способствовать снижению уровня смертности от суицида (показатель 3.4.2) в рамках задачи 3.4: " К 2030 году уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний посредством профилактики и лечения и поддержания психического здоровья и благополучия".¹⁹

¹⁹United Nations Statistics Division, 'SDG Indicators: Metadata Repository', <unstats.un.org/sdgs/metadata?Text=&Goal=3&Target=3.4>.

3. Основные термины в области суицидального поведения

1. **Суицид**, как и многие другие модели поведения человека, представляет собой сложное явление, проявляющееся под воздействием определенных биологических, психологических и социальных факторов. Суицид означает действие человека, умышленно вызывающее его собственную смерть.²⁰
2. **Завершенный суицид** является самоубийственным поведением, которое привело к смертельному исходу и было связано, по крайней мере, с каким-либо намерением умереть в результате этого акта.²¹
3. **Попытка суицида** является потенциально наносящим самовредительство поведением, связанным, по крайней мере, с каким-либо намерением умереть в результате этого действия. Доказательства того, что человек намеревался убить себя, по крайней мере в некоторой степени, могут быть явными или выведены из поведения или обстоятельств. Попытка суицида обозначает несмертельные действия или приготовления, направленные на приведение к смерти. Оно может привести или же не привести к реальной травме. Суицидальное действие могло быть прекращено, прервано или же не увенчалось успехом.

Ключевое различие между преднамеренным нанесением себе телесных повреждений и попыткой суицида заключается в намерении покончить с жизнью. Например, 16-летний мальчик перерезал себе вены, хотя ему это не удалось. Данный пример подразумевает попытку суицида. Другая 14-летняя девочка принимает большую передозировку лекарств, потому что она злится и расстроена. Она не хотела покончить с собой, но пыталась уменьшить стрессовую ситуацию. Это относится к несуицидальному самоповреждению. Следует помнить, что обе формы членовредительства могут совпадать друг с другом: люди с попыткой суицида могут также демонстрировать несуицидальное поведение и наоборот.²²

4. **Парасуицид** — это не привычное, потенциально опасное для жизни поведение, которое совершается без намерения убить себя. Поскольку поведение не является суицидальным, большинство авторов в настоящее время предпочитают термин “несуицидальное самоповреждение”.²³
5. **Суицидальные мысли** подразумевают пассивные мысли о желании быть мертвым или активные мысли о совершении суицида, не сопровождаемые подготовительным поведением.²⁴

²⁰ Jans, Thomas et al., 'Suicide and Self-Harming Behaviour', ch. E.4 in IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health, edited by JM Rey, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, Geneva, 2018

²¹ См. там же

²² См. там же

²³ См. там же

²⁴ См. там же

4. Методология исследования

Цель исследования заключается в проведении анализа ситуации в области суицида и суицидальных попыток среди подростков и молодежи (в возрасте от 12 до 29 лет) в Кыргызстане.

Исследование было построено на достижении следующих задач:

1. Определение основных поставщиков услуг, изучение спектра услуг и помощи, предоставляемых подросткам и молодежи с суицидальным поведением, а также их семьям;
2. Изучить глубинные причины, факторы риска и защиты в области суицидального поведения среди подростков и молодежи, совершивших попытку суицида или умерших в результате суицида.
4. Проведение тренингов с интервьюерами, детальный инструктаж по инструментам и стратегиям отбора респондентов;
5. Определение поставщиков услуг, сотрудничество с ними на предмет оказания помощи в качестве «моста» между целевыми респондентами;
6. Процесс сбора информации;
7. Процесс обработки информации;
8. Подготовка аналитического отчета.

Этапы проведения анализа

Проведение исследования состояла из нескольких этапов:

1. Разработка стратегии/ протокола исследования с подробным описанием процедуры доступа к целевым респондентам;
2. Разработка средств для сбора информации: вопросники, формы информированного согласия для всех целевых респондентов;
3. Направление инструментов проведения исследования Комитету по этике и последующий учет всех рекомендаций;

Методология сбора информации

Комплексность целей и задач проведения анализа обусловила необходимость использования различных методов сбора данных.

Методология включала использование следующих инструментов:

- Обзор литературы и анализ статистических данных.
- Углубленные интервью с представителями соответствующих ведомств и организаций- 15 интервью.
- Углубленные интервью с подростками и молодежью (в возрасте 12-29 лет), совершившими попытку суицида. Метод отбора респондентов: респонденты отбирались через поставщиков услуг. Критерии отбо-

ра: информированное согласие. Количество респондентов: 49.

- Углубленные интервью с родственниками и друзьями, потерявшими подростка, представителя молодежи (в возрасте 12-29 лет) в результате суицида. Метод отбора респондентов: респонденты были отобраны через поставщиков услуг. Критерии отбора: информированное согласие. Количество респондентов: 35.

Вышеуказанный размер выборки в 49 респондентов (подростки и молодежь, совершившие попытку суицида) и 35 респондентов (родственники и друзья, потерявшие подростка, представителя молодежи в результате суицида) объясняется следующими факторами: 1) эти целевые группы очень закрыты для контактов и разговоров, что затрудняет доступ к ним; 2) этот размер выборки приемлем и достаточно надежен, поскольку соотносится с целями исследования по выявлению глу-

бинных причин в контексте суицидального поведения. Для более глубокого понимания масштабов и распространенности суицидов в исследовании также использовались данные Национального статистического комитета (Нацстатком) и МВД Кыргызской Республики.

Возрастной диапазон: для качественных данных, полученных в ходе интервью с подростками, молодежью и членами семьи, целевой возрастной диапазон изученных случаев суицида и суицидальных попыток составил от 12 до 29 лет. Возрастной диапазон для получения количественных данных о распространенности суицида составил от 9 до 29 лет, поскольку статистическая информация, предоставленная МВД и Нацстаткомом, специально охватывала именно этот возрастной диапазон.

Методы сбора данных более подробно описаны в таблице ниже:

Задача 1: Изучение распространенности случаев суицида в Кыргызстане за последние 10 лет.

Метод: Обзор литературы и соответствующих статистических данных, политик в области суицида и суицидальных попыток среди подростков и молодежи.

Инструменты: Обзор литературы.

Целевая группа/объект: Вся доступная литература в соответствии с тематикой исследования.

Деятельность: Была изучена вся доступная литература, были сделаны запросы в Нацстатком и МВД КР; МЗ, МОН, МТСП, Министерство культуры и Министерство чрезвычайных ситуаций Кыргызской Республики; Гос. комитет по делам обороны при Правительстве КР; ГАМСУМО; Гос. Комитет по делам молодежи, физической культуры и спорта; Госкомитет информационных технологий и связи при Правительстве КР.

Результат: На письма – запросы были получены ответы от МВД, Нацстаткома, Комитета по обороне, Министерства культуры, ГАМСУМО, Гос. агентства по делам молодежи, физической культуры и спорта при Правительстве КР.

Также были запрошены результаты работ соответствующих ведомств в ответ на растущее число суицидов среди молодежи согласно распоряжению правительства по предупреждению суицидов, правонарушений, и профилактики преступности среди подростков и молодежи основанный на межведомственном Приказе от 19 февраля 2019 года № 20-7203. На основании данного Приказа, каждое ведомство должно было издать свой внутренний приказ и план мероприятий. Вся изученная литература в виде результатов исследований, отчетов, публикаций, клинических протоколов указана в списке литературы.

Задача 2: Определение поставщиков услуг и перечень предоставляемых услуг и помощи подросткам и молодежи с суицидальным поведением, а также их семьям.

Метод 1: Углубленные интервью.

Инструменты: Полуструктурированные интервью.

Целевая группа/объект: 15 представителей соответствующих организаций и учреждений.

Деятельность: Были организованы встречи с представителями соответствующих структур МВД, а именно с ИДН; со специалистом отдела МТСП по делам семьи и детей и государственным пособиям; с сотрудниками территориальных подразделений МТСП- Отдел по защите семьи и детей;

со школьными психологами и социальными педагогами; с представителем Министерства по чрезвычайным ситуациям; с начальником управления Государственного комитета по информационным технологиям и коммуникациям при Правительстве Кыргызской Республики.

Результат: Были получены внутриведомственные Приказы МВД и МТСП, а также планы по реализации мероприятий согласно плану действий на 2019-2020 годы по предупреждению суицидов, правонарушений, и профилактики преступности среди подростков и молодежи.

На индивидуальных встречах были обсуждены вопросы, заложенные в рамках Экспертного опроса.

Метод 2: Фокус-групповые дискуссии.

Инструменты: Мозговой штурм, аналитика, разработка механизма для предоставления услуг.

Target group/objects: Представители ведомств.

Деятельность: Была организована встреча - круглый стол с представителями различных ведомств на национальном уровне, в частности МВД (ИДН), МЧС, РУСР, Госкомитета информационных технологий и связи при Правительстве КР. На уровне поставщиков услуг, фокус-групповые дискуссии были организованы со школьными психологами, социальными педагогами, ИДН, специалистами ОПСД, а также с социальными работниками Управления труда и социального развития (УТСР).

Результат: Мозговой штурм позволил определить существующий механизм оказания услуг, проблемы и пути решения этих проблем с точки зрения участников.

Задача 3: Изучить риски, защитные факторы, а также глубинные причины суицидального поведения среди подростков и молодежи с предыдущим опытом суицидальной попытки.

Метод: Углубленные интервью.

Инструменты: Анкета/руководство.

Целевая группа/объект: Подростки и молодежь с предыдущим опытом суицидальной попытки.

Деятельность и результат: 49 интервью с подростками и молодежью с опытом суицидальной попытки.

Задача 4: Изучить риски, защитные факторы, а также глубинные причины суицидального поведения среди подростков и молодежи, которые лишили себя жизни.

Метод: Углубленные интервью.

Инструменты: Анкета/руководство.

Целевая группа/объект: Родственники и друзья подростков и молодежи которые умерли в результате суицида..

Деятельность и результат: 35 интервью с членами семьи и друзьями подростков и молодежи которые умерли в результате суицида.

Анализ данных

Для анализа собранной информации использовались два метода: 1) для анализа информации, собранной в ходе глубинных интервью и фокус-групп дискуссий с заинтересованными сторонами (сотрудниками министерств и ведомств, поставщиками услуг), применялся метод тематических сетей. Этот метод был направлен на анализ массива текстов путем выделения основных тем, содержащихся в качественных данных, что помогло сгруппировать и отобразить основные темы. Данный метод не предполагает расчета частоты встречаемости различных тем или их комбинаторики²⁵, хотя эти аспекты были учтены в процессе интерпретации текста. В то же время рассматривались и темы, имеющие глубокий смысл, даже если они упоминались хотя бы один раз. 2) Для расчёта и анализа данных, полученных в ходе интервью с подростками, молодёжью и членами семьи по вопросам формализованного характера, использовалось статистическое программное обеспечение SPSS. Метод тематических сетей использовался для частей вопросника с качественной информацией, представленной в текстовом массиве.

Этические аспекты

Перед началом сбора данных, инструменты исследования, включая анкеты и формы информированного согласия, были представлены внешнему Наблюдательному совету по этике (Health Media Lab Institutional Review

Board, расположенному в Вашингтоне). Рекомендации Совета по проверке соблюдения этических норм были в максимальной степени учтены в ходе исследования и включали следующие основные аспекты:

- Использование языка: в связи со стигматизацией, связанной с использованием термина “совершение суицида”, в исследовании было рекомендовано использовать простой термин “суицид”;
- По рекомендации Совета не было проведено ни одного интервью с респондентами, только что совершившими суицидальную попытку;
- Интервьюерам было рекомендовано прекратить интервью и направить респондента к поставщикам услуг в случае, если они заметили, что тот или иной субъект подвергается риску суицида;
- Интервьюерам также рекомендовалось немедленно сообщать властям, если им стало известно о каких-либо случаях жестокого обращения с детьми.

Инструкция для интервьюеров: Понимание этических вопросов было очень важным элементом исследования. Все исследователи получили необходимые инструкции и подготовку о важности этических принципов, чтобы избежать потенциальных рисков или этических проблем. Все интервьюеры были обучены решению любых возникающих в ходе опроса этических проблем. Обучение и

²⁵ Комбинаторика - это область математики, изучающая дискретные объекты, наборы (комбинации, перестановки, размещение и перечисление элементов) и связи с ними (например, парциальный порядок).

инструкции включали такие темы, как взаимодействие с детьми, инструменты и методы этического сбора данных.

Критерии включения: Основным принципом отбора респондентов и их включения в исследование было их добровольное информированное согласие и готовность участвовать в интервью. Возрастной диапазон составлял от 12 до 29 лет. В исследовании не применялись гендерные квоты. В соответствии с рекомендацией Наблюдательного совета по этике не проводилось интервью с респондентами, совершившими суицидальную попытку в течение последних 2-4 недель. Такой же подход применялся к родственникам подростков и молодежи, которые недавно покончили жизнь самоубийством.

Выявление и отбор потенциальных респондентов осуществлялся через поставщиков услуг. Для выявления потенциальных респондентов в целевой группе членов семьи, потерявших ребенка в результате самоубийства, поддержку в основном оказывали сельские социальные работники, сотрудники полиции и представители органов местного самоуправления. В городе, поддержку в основном оказывали сотрудники правоохранительных органов, главы муниципалитетов и социальные работники, поскольку они хорошо знают жителей, регулярно предоставляя им свои услуги. Особое внимание уделялось обеспечению конфиденциальности информации о респондентах. Информация о конфиденциальности была включена в форму информированного согласия, и каждый интервьюер был обязан подписать Протокол о защите данных.

Исследовательская группа также привлекла медицинский персонал (психотерапевта, психолога, психиатра) для выявления, установления контакта и проведения интервью с потенциальными респондентами в целевой группе подростков и молодежи с опытом суицидальной попытки. Они были отобраны на основании их предыдущего опыта работы с исследуемой целевой группой, готовности принять и соблюдать правила исследования, в том числе соблюдать конфиденциальность.

Оценка риска была проведена с представителями соответствующих служб до включе-

ния лиц, пострадавших от суицида, в список потенциальных респондентов. Важно было оценить готовность потенциальных респондентов вступить в контакт с интервьюерами согласно целям исследования.

Первый контакт с респондентами: Доступ к целевым группам, то есть к подросткам, молодежи и членам семьи был получен через поставщиков услуг - социальных работников, школьных психологов, социальных педагогов и врачей Республиканского центра психического здоровья. Они послужили неким "мостом" между исследователями и потенциальными респондентами. Медицинские работники, которые ранее работали и взаимодействовали с респондентами, входили в состав исследовательской группы и также провели некоторые интервью. Поставщики услуг также делились информацией об исследовании с потенциальными респондентами, объясняли его цели и задачи, а также соблюдали конфиденциальность и анонимность. Интервью проводились исследователями в соответствии со всеми процедурами и только после согласия потенциальных респондентов на участие в исследовании. Для этого респонденты должны были заполнить и подписать форму информированного согласия.

Информированное согласие: Интервью и ФГД с респондентами всех категорий проводились после того, как респонденты подписали форму информированного согласия. В случае участия несовершеннолетних детей требовалось информированное согласие как родителей, так и самих детей для принятия участия в исследовании. Форма информированного согласия содержала информацию об исследовании, его порядке, целях, задачах, продолжительности, ожидаемых результатах, добровольном характере участия, а также возможность в любое время остановить интервью. Она состояла из двух частей. Первая часть содержала информацию о самом исследовании. Вторая часть включала свидетельство о согласии, которое должно было быть подписано респондентом для официального согласия на участие в исследовании. В информационном листке также указывались контактные данные координатора исследования, с которым респондент мог бы связаться в случае возникновения

вопросов или жалоб. В форме также была включена информация о рисках и преимуществах участия в исследовании. В качестве рисков указывались стресс и эмоциональные трудности, в то время как преимущества заключались в том, что респонденты вносили свой вклад в профилактику суицида, а также получали советы о доступных услугах по получению поддержки.

Форма информированного согласия помогла респондентам чувствовать себя свободными и равными с интервьюерами. Им было предоставлено полное право в любое время покинуть интервью и попросить удалить всю собранную информацию. Перед интервью местным координатором исследования был присвоен порядковый номер (например, 0001, 0002, 003 и т.д.), который использовался в качестве идентификационного кода. Этот код обеспечивал анонимность и конфиденциальность собранных данных. Этот же код должен был быть указан в форме согласия. Интервьюерам было рекомендовано действовать деликатно, тактично и обеспечить респондентам конфиденциальность и анонимность сообщаемой информации. Они также рекомендовали респондентам задавать вопросы, выражать свои сомнения и предоставляли все необходимые объяснения. Интервьюеры принимали и соглашались с отказом респондентов от участия и минимизировали все их возможное чувство вины. Таким образом, заполнение вышеуказанной формы дало респондентам возможность взвесить все риски и выгоды, связанные с участием в исследовании.

Информация об исследовании: Перед началом каждого интервью интервьюеры представлялись и кратко рассказывали о своей профессиональной деятельности. Они также предоставляли общую информацию об исследовании, его целях и объясняли участникам некоторые термины. Перед началом каждого интервью респондентам также предоставлялся информационный листок для лучшего ознакомления с исследованием.

Использование языка: В ходе интервью использовался термин “суицид” с учетом стигмы, связанной с термином “самоубийство”.

Пилотные интервью: Первоначальная версия вопросника была предварительно протестирована с несколькими респондентами. В целом, пилотная анкета оказалась работоспособной, и никаких существенных изменений в ее содержание внесено не было; исследовательская компания изменила формат анкеты и шрифт, чтобы сделать ее более удобной для интервьюера.

Процесс интервьюирования: Интервьюеры были обучены быть гибкими и адаптироваться к психологическому состоянию респондентов. Они также были обучены использовать профессиональный, но в то же время понятный язык. Все вопросы, включенные в анкету, были заполнены, и по возможности интервьюер возвращался к вопросам с пропущенными ответами. Тем не менее, респонденты всегда имели возможность обсудить или избежать деликатных вопросов и остановить интервью в любое время и при этом не чувствуя себя виноватыми. В конце интервью каждому респонденту предоставлялась возможность высказать свое мнение по поводу исследования и внести предложения по улучшению психосоциальных услуг. Процесс интервьюирования всегда заканчивался на позитивной ноте.

Дискомфорт респондентов: в случае, когда в процессе интервью респонденты расстраивались или чувствовали дискомфорт, интервьюеры приостанавливали интервью до восстановления респондента. Далее предлагали вообще прекратить интервью.

Интервьюеры также поощряли респондентов использовать доступные службы поддержки и делились заранее подготовленными контактными психосоциальных служб, если респондент этого желал.

Участники склонные к суициду: В таком случае интервьюерам было дано указание прекратить интервью и направить респондента к поставщикам услуг, поделившись списком контактов имеющихся служб. В процессе сбора данных не было выявлено ни одного респондента, имеющего суицидальное поведение или проявляющего риск суицида.

Жестокое обращение с детьми: От интервьюеров требовалось сообщать о любых вы-

явленных случаях жестокого обращения с детьми координатору исследования для того чтобы связаться с соответствующими государственными органами.

Псевдонимы: Как указано в формах информированного согласия, участники ФГД также могли использовать псевдонимы, если они хотели обеспечить свою конфиденциальность.

Доступ к личной информации респондентов: Списки с личной информацией не использовались. Интервьюеры не имели доступа к такой информации. Основным контактным лицом был поставщик услуг, который установил первоначальный контакт с респондентом.

Безопасность и конфиденциальность собранных данных: Защита данных была обеспечена интервьюером, который должен был запечатать все анкеты и формы информированного согласия в соответствующем конверте с кодом. Код состоял из 6 знаков (первые две буквы региона; первые две буквы категории респондента; первые две буквы фамилии интервьюера; дата). Этот код был указан на конверте и передан руководителю. Руководитель отвечал за ведение учета всех конвертов и хранение их в сейфе в центральном офисе. Доступ к сейфу предоставлялся только руководителю. Руководитель далее передавал конверт специалисту по обработке данных, который работал на компьютере в центральном офисе (у него или у нее не было прав забирать конверт домой или в другой офис). Все обработанные данные были помещены в файл на его или ее компьютере, который был защищен паролем. Доступ к этому файлу имел только аналитик. Менеджер по исследованиям руководил всем процессом перемещения данных, а именно: от интервьюера к руководителю, от руководителя к специалисту по обработке данных и от специалиста по обработке данных к аналитику. Сотрудники, участвовавшие в исследовании, должны были также подписать стандартный лист неразглашения информации. Вся информация, собранная в ходе интервью и ФГД, была деактивирована в целях обеспечения конфиденциальности респондентов.

В процессе сбора данных возникли следующие трудности:

1. Трудно было составить список потенциальных респондентов среди целевых групп членов семьи, а также подростков и молодежи;
2. Трудно было установить контакт с членами семьи, которые были самой закрытой целевой группой. Поэтому у них был высокий процент отказов (почти 50%) от участия в интервью.
3. Некоторые респонденты жаловались на количество вопросов и их повторяемость, что вызывало раздражение и желание прервать интервью. Интервьюеры были обучены выполнять все инструкции, касающиеся таких ситуаций, и не забывали ставить на первое место комфорт и пожелания респондента. Было два случая, когда интервью останавливалось.

Организационные мероприятия по проведению исследования

Исследование проводилось исследовательской компанией “Изилдоо плюс” в рамках программы ЮНИСЕФ “Защита детей, затронутых миграцией в Юго-Восточной, Южной и Центральной Азии”, которая финансируется совместно Европейским Союзом и ЮНИСЕФ.

В группу экспертов “Изилдоо плюс” входили:

- Руководитель исследования/аналитик, который отвечал за разработку исследования и его методологии, разработку и тестирование инструментов исследования, обработку аналитических данных и подготовку докладов;
- Координатор полевых работ, отвечающий за руководство организацией всех полевых работ, установление контактов с поставщиками услуг, организацию встреч для проведения интервью и контроль качества интервью и ФГД;
- Два аналитика/модератора, отвечающие за анализ данных и их обработку, модерирование ФГД и проведение интервью с поставщиками услуг; и
- Два интервьюера, ответственных за проведение интервью с респондентами обеих целевых групп.

Отчет о результатах исследования прошел внутреннюю оценку ЮНИСЕФ Кыргызстан, до его представления на внешнюю оценку качества, которая проводилась “Универсалиа Менеджмент Групп.” Исследование было также отправлено партнерам проекта и всем ключевым национальным заинтересованным сторонам для получения отзывов и комментариев. Оно также было одобрено руководством ЮНИСЕФ в Кыргызстане.

Сфера охвата и ограничения исследования

В исследовании были проанализированы статистические данные за 2009-2018 годы, а также качественные данные, собранные по суицидам и суицидальным попыткам среди подростков и молодежи в возрасте от 9 до 29 лет в Кыргызстане. Несмотря на то, что исследование пыталось охватить широкую географическую территорию Кыргызстана, не было проведено интервью с подростками и молодежью с опытом суицидальной попытки из Баткенской области. Потенциальные респонденты из Баткенской области отказались от участия в исследовании.

Статистические данные, проанализированные в данном исследовании, могут не

охватить весь масштаб суицидов из-за их занижения. В исследовании применялись качественные методы, включая обзор литературы, глубинные интервью, а также ФГД с ограниченным размером выборки. Таким образом, данные, собранные в ходе интервью, не следует считать статистически репрезентативными.

Интервью проводились с подростками, молодежью, членами семьи и близкими друзьями, чтобы получить представление об обстоятельствах жизни подростков и молодежи с опытом суицидальной попытки и которые умерли в результате суицида. Однако родственники и друзья, возможно, не были полностью осведомлены о ситуации и проблемах, с которыми столкнулись умершие, и поэтому могли не дать точного представления об обстоятельствах их жизни. Существует также риск того, что некоторые респонденты могли скрыть в своих ответах конкретные аспекты, такие как наличие конфликтов в семье. Поэтому представленная ими информация может не в полной мере отражать картину положения этих подростков и молодежи. Для устранения этой потенциальной предвзятости были также заданы вопросы поставщикам услуг о возможных факторах риска, способствующих суицидальному поведению.

5. Основные результаты исследования

5.1.1 Распространённость случаев суицида в Кыргызстане среди подростков и молодежи до 29 лет за последние 10 лет согласно данным Нацстаткома

В ответ на письмо-запрос, Нацстатком предоставил данные о количестве случаев суицида в Кыргызстане в возрасте от 9 до 29 лет в период с 2009 по 2018 год.

В таблице 1 показано, что уровень распространенности суицида был достаточно высоким с 2011 по 2015 год (от 15 до 19 случаев на 100 000 населения). За этим последовало некоторое снижение с 2016 по 2018 год.

Таблица 1: Уровень распространенности суицида на 100,000 человек соответствующего населения (9-29 лет)

Год ²⁶	Количество случаев на 100,000 населения подростков и молодежи (9-29 лет)
2011	19
2012	19
2013	18
2014	17
2015	15
2016	13
2017	13
2018	12

Диаграмма 1. Зарегистрированные случаи суицида в 2009-2018 годах в возрасте от 9 до 29 лет в разбивке по полу (n)

Зарегистрированные случаи суицида в возрасте от 9 до 29 лет (n)



²⁶ На момент проведения анализа данные по возрастной группе от 9 до 29 лет были доступны только с 2011 года, поэтому здесь представлены данные о распространенности самоубийств за период с 2011 по 2018 год.

Диаграмма 2. Доля подростков и молодежи (мужчин и женщин) в возрасте от 9 до 29 лет умерших от суицида в 2009-2018 годах (n)



В целом по Кыргызстану, наибольший показатель зарегистрированных случаев суицида среди подростков и молодежи наблюдается в следующих трех возрастных группах, а имен-

но 548 случаев среди молодежи в возрасте от 25 до 29 лет за последние 10 лет; 517 случаев среди молодежи в возрасте от 20 до 24 лет; и 514 случаев среди подростков от 15 до 19 лет.

Таблица 2. Распространенность суицида среди подростков и молодежи (от 9 до 29 лет) по возрастным группам и годам (n)

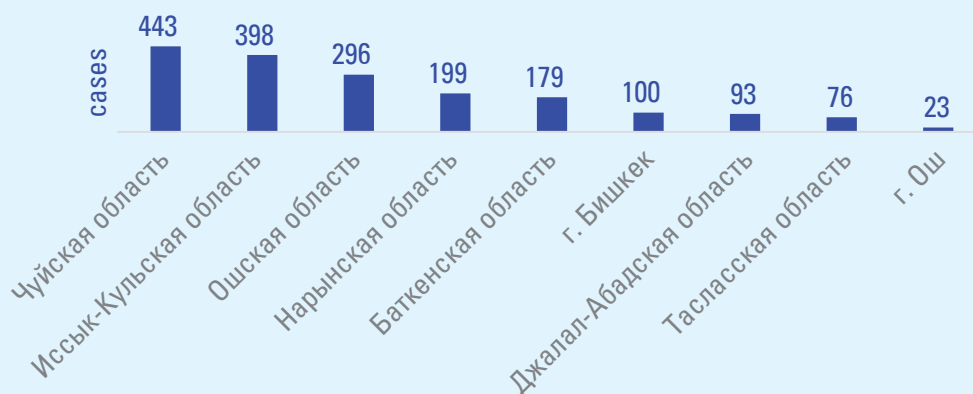
Возраст	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Общее кол-во
9-14 лет	12	16	17	21	37	27	30	29	25	14	228
Муж.	8	11	12	18	24	17	22	22	18	10	162
Жен.	4	5	5	3	13	10	8	7	7	4	66
15-19 лет	58	55	80	58	58	47	54	34	33	37	514
Муж.	35	33	51	34	34	28	31	20	20	27	313
Жен.	23	22	29	24	24	19	23	14	13	10	201
20-24 лет	59	78	51	59	52	50	45	45	39	39	517
Муж.	45	58	33	42	40	39	33	34	28	25	377
Жен.	14	20	18	17	12	11	12	11	11	14	140
25-29 лет	71	67	56	74	54	66	38	36	43	43	548
Муж.	57	60	47	61	44	53	34	29	30	35	450
Жен.	14	7	9	13	10	13	4	7	13	8	98

В региональном разрезе наибольшее количество суицидов было зарегистрировано в Чуйской области – 443 случая за последние 10 лет и в Иссык-Кульской области – 398 слу-

чаев за такой же период времени. Наименьшее количество суицидов было зафиксировано в г. Ош – 23 случая.

Диаграмма 3. Распространенность суицида среди подростков и молодежи (от 9 до 29 лет) в региональном разрезе за последние 10 лет (n)

Распространенность случаев суицида среди подростков и детей (9-29 лет) по регионам в 2009-2018 годах (n)



Данные по регионам в разрезе годов показывают, что пиковыми для Чуйской области были 2010 и 2012 годы - по 60 случаев. В 2009 году

было зарегистрировано 57 случаев. Пиковым для Иссык-Кульской области был 2012 год - 50 случаев и по 48 случаев в 2010 и 2011 годах.

Таблица 3. Распространенность случаев суицида среди подростков и молодежи (9-29 лет) по регионам и годам (n)

Регионы	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Итого
Кыргызская Республика	200	216	204	212	201	190	167	144	140	133	1807
Иссык-Кульская область	44	48	48	50	41	37	38	32	27	33	398
Джалал-Абадская область	5	7	7	14	14	18	7	9	6	6	93
Нарынская область	22	29	22	15	24	28	15	17	15	12	199
Баткенская область	19	16	19	24	20	14	23	10	15	19	179
Ошская область	23	23	30	34	45	42	31	23	29	16	296
Таласская область	8	9	5	6	19	8	8	5	4	4	76
Чуйская область	57	60	51	60	34	29	37	43	38	34	443
г. Бишкек	18	21	21	8	3	10	6	3	5	5	100
г. Ош	4	3	1	1	1	4	2	2	1	4	23

5.2 Распространённость случаев суицида в Кыргызстане среди подростков и молодежи за последние 10 лет по данным МВД.

В этом разделе представлены данные МВД о случаях суицида среди подростков в возрасте от 10 до 18 лет за период 2008-2018 годов, а также среди молодежи в возрасте от 19 до 29 лет за период 2014-2018 годов. Приведенная ниже информация была получена от МВД Кыргызской Республики в ответ на письменный запрос.

Итак, по официальным данным, представленным МВД КР, количество суицидов по всей республике в период с 2008 по 2018 год среди подростков (10-18 лет) составляет 1080 случаев. Следует отметить, что причина смерти в некоторых случаях суицида не указывается как суицид, в том числе из-за склонности родителей или родственников по различным причинам рассматривать его как несчастный случай. Таким образом, фактическое число суицидов может быть намного выше.

Диаграмма 4. Количество суицидов в Кыргызстане среди подростков (в возрасте от 10 до 18 лет) по годам (n)

Количество суицидов в Кыргызстане среди подростков (10-18 лет) в 2008-2018 годах

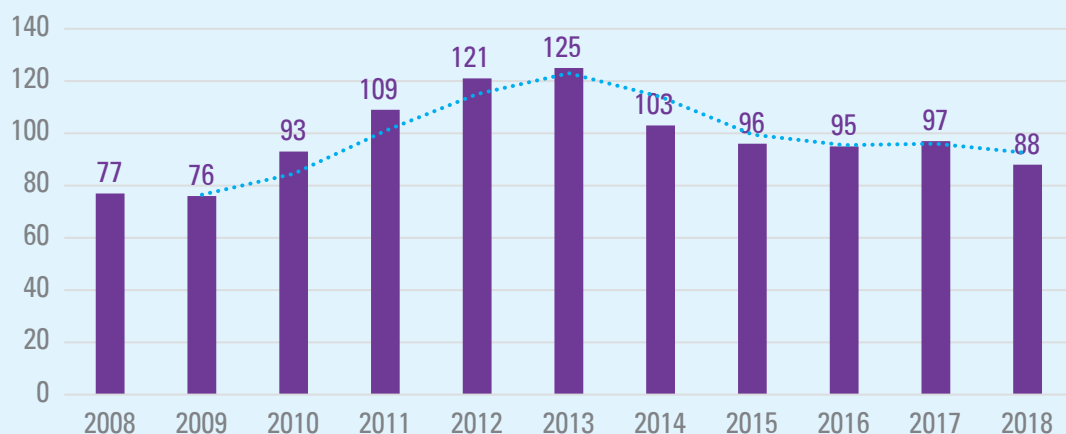
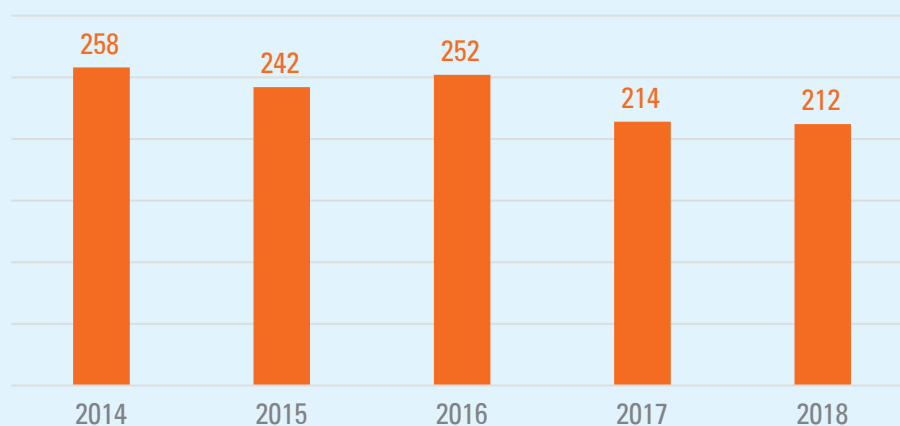


Диаграмма 5. Количество суицидов в Кыргызстане среди молодежи (9-29 лет) по годам (n)

Количество суицидов среди молодежи (19-29 лет) в период с 2014 по 2018 г.



Было проведено сравнение двух отчетных годов для отслеживания темпов роста и сокращений случаев суицида (в возрасте от 10 до 18 лет). При сравнении количества случаев в 2008 и 2018 годах наблюдается значительное увеличение общего числа суицидов (11 случаев). Сравнение между каждым регионом или городом показывает значительное

снижение числа суицидов в Бишкеке (-6 случаев в 2018 году по сравнению с 2008 годом). Напротив, в большинстве других городов и регионов снижение случаев не наблюдалось. Вместо этого был отмечен значительный рост в Джалал-Абадской области (+11 случаев в 2018 году).

Таблица 4. Рост/снижение среди подростков (в возрасте от 10 до 18 лет) по регионам в 2008-2018 годах (n)

Область/ город	2008	2018	Разница	Уровень
Бишкек	10	4	-6	Значительное снижение
Ошская обл.	5	5	0	Тот же уровень
Чуйская обл.	17	19	2	Небольшое увеличение
Иссык-Кульская обл.	16	13	-3	Небольшое увеличение
Нарынская обл.	3	4	1	Небольшое увеличение
г. Ош	16	19	3	Небольшое увеличение
Джалал-Абадская обл.	4	15	11	Значительное увеличение
Таласская обл.	2	3	1	Небольшое увеличение
Баткенская обл.	4	6	2	Небольшое увеличение
Итого	77	88	11	Значительное увеличение

В таблице 5 показана картина пиковых лет по регионам о случаях суицида среди подростков (в возрасте от 10 до 18 лет). Наибольшее количество случаев по всем регионам было зафиксировано в 2013 году - 125 случаев (в том числе 25 случаев в Джалал-Абадской области, 18 случаев в Баткенской области и 17 случаев в Нарынской области). Примечательно, что цифры варьируются в зависимости от региона. Например, за последние 10 лет в Чуйской об-

ласти наибольшее количество суицидов было зарегистрировано в 2015 году - 24 случая, в то время как наибольшее количество случаев самоубийств было зарегистрировано в 2012 году в Ошской, Иссык-Кульской и Таласской областях (20, 19 и 9 случаев соответственно). В 2017 году в Бишкеке было зарегистрировано наибольшее число случаев - 15. В Ошской области было зарегистрировано наименьшее число случаев - в среднем 2 случая в год.

Таблица 5. Тенденция пиковых лет по случаям суицида среди подростков (в возрасте от 10 до 18 лет) по регионам за 2008-2018 года (n)

Регионы	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	В среднем	Итого
Чуйская обл.	17	22	17	23	20	20	17	24	21	13	19	9	213
Ошская обл.	16	7	15	21	20	19	16	15	17	19	19	2	184
Джалал-Абадская обл.	4	10	17	16	18	25	25	19	16	16	15	19	181
Иссык-Кульская обл.	16	12	17	15	19	10	12	12	12	12	13	14	150
Бишкек	10	11	11	14	12	10	6	5	6	15	4	7	104
Баткенская обл.	4	4	6	9	11	18	11	10	8	8	6	17	95
Нарынская обл.	3	5	6	6	11	17	6	7	8	9	4	16	82
г. Ош	5	1	1	3	1	1	3	2	2	-	5	4	24
Таласская обл.	2	4	3	2	9	5	7	2	5	5	3	9	47
Итого	77	76	93	109	121	125	103	96	95	97	88	98	1080

В таблице 6 ниже представлены данные об общем количестве суицидов среди молодежи в возрасте 19-29 лет в разбивке по регионам с 2014 по 2018 год. В 2016 году в Чуйской области было зарегистрировано наибольшее число

случаев (80 случаев), в то время как в Таласской области за тот же год было зарегистрировано 7 случаев. В целом, стоит отметить, что в Чуйской области было зарегистрировано наибольшее количество суицидов за все эти годы.

Таблица 6. Тенденция пиковых лет по случаям суицида среди молодежи (в возрасте от 19 до 29 лет) по регионам за 2014-2018 г. (n)

Региона	2014	2015	2016	2017	2018	В среднем	Итого
Чуйская обл.	69	68	80	48	49	62,8	314
Ошская обл.	32	26	35	37	30	32	160
Джалал-Абадская обл.	40	47	37	27	29	36	180
Иссык-Кульская обл.	31	32	12	12	29	23,2	116
Бишкек	37	28	31	44	32	34,4	172
Баткенская обл.	20	23	19	18	20	20	100
Нарынская обл.	13	13	17	11	10	12,8	64
Таласская обл.	13	3	7	8	8	7,8	39
Итого	255	240	238	205	207	229	1145

5.3 Разница между данными Нацстаткома и МВД по количеству случаев суицида

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

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

Диаграмма 6. Разница между данными Нацстаткома и МВД по количеству случаев суицида среди подростков (10-18 лет) и молодежи (19-29 лет) по источникам данных и годам (2014-2018) (n)



Эта диаграмма показывает существующее расхождение в количестве суицидов в зависимости от источника информации. Не соответствие данных может быть вызвано различиями в методах регистрации и учета,

источниках и потоках полученной информации. В этой связи эффективная профилактика суицида требует улучшения доступности и качества данных о суицидах и суицидальных попытках.²⁷ Таким образом, необходимо усо-

²⁷ Всемирная Организация Здравоохранения, Preventing suicide: a global imperative, ВОЗ, Женева, 2014.

вершенствовать саму систему регистрации.

1 января 2019 года в рамках судебной реформы Кыргызской Республики вступил в силу “Единый реестр преступлений и проступков” (ЕРПП). ЕРПП представляет собой электронную базу данных, которая содержит такую информацию о начале досудебного производства, процессуальных действиях и уголовном судопроизводстве, о правонарушениях, а также о случаях суицида. Генеральная прокуратура Кыргызской Республики является владельцем этой регистрационной системы и несет основную ответственность за ее внедрение. Ожидается, что система продемонстрирует свою эффективность в ближайшем будущем.

Некоторые различия в показателях суицидов также отмечены в Программе Правительства Кыргызской Республики по охране психического здоровья населения. В частности, в нем говорится, что в 2012 году наблюдался высокий уровень суицидов - 9,49 случаев на 100 000 населения, а в 2015 году этот

показатель снизился до 6,93 на 100 000 населения. Аналогичная тенденция наблюдается и в суицидальных попытках - уровень распространенности на 100 тыс. населения составил 27,9 в 2012 году и снизился до 19,3 в 2015 году. Количество суицидов среди детей и подростков в 2015 году увеличилось почти в 1,5 раза и составило 7,19% от общего числа. По данным МВД КР, в 2015 году было зарегистрировано 90 случаев суицида среди подростков; 22,63% от общего числа суицидальных попыток было совершено молодыми людьми в возрасте 18-22 лет. Изменчивость показателей распространенности суицида и суицидальных попыток в зависимости от года, возраста и региона требует научно обоснованных подходов к изучению этой проблемы. Фактические данные министерств, ведомств и служб, ответственных за регистрацию случаев суицида и суицидальных попыток, существенно отличаются друг от друга и требуют создания единой базы для регистрации данных.²⁸

²⁸ Правительство Кыргызской Республики, Программа “Правительства Кыргызской Республики по охране психического здоровья населения Кыргызской Республики на 2018-2030 годы”, принятая Распоряжением Правительства КР № 119, 1 Марта 2018 года, <cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/11840/10?mode=tekst>.

6. Политика в области профилактики суицида

В этом разделе представлен анализ мероприятий, услуг и помощи, предоставляемых детям и молодежи, склонным к суицидальному поведению, а также их семьям.

В целом, картирование поставщиков услуг показало осведомленность о проблеме суицида среди детей, подростков и молодежи на национальном уровне и очень четкое понимание масштабов и глубины этой проблемы лицами, принимающими решения. Кроме того, уже приняты институциональные меры (такие, как Правительственные Постановления) для предотвращения этого явления, хотя имеются некоторые недостатки и пробелы в их осуществлении. Национальные стратегии в этой области отражают важность координации и сотрудничества между многочисленными сторонами для усилий по профилактике суицида, поскольку ни один подход не может повлиять и решить проблему такой сложности в одиночку.²⁹

В 2015 году был принят Закон Кыргызской Республики № 185 “О мерах по предупреждению вреда здоровью детей, их физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию в Кыргызской Республике”. Закон содержит меры по предупреждению случаев суицида среди детей. Кроме того, в 2018 году Правительство Кыргызской Республики приняло

Программу охраны психического здоровья населения Кыргызской Республики на 2018-2030 годы. Программа была утверждена постановлением Правительства Кыргызской Республики от 1 марта 2018 года № 119 и также содержит меры по профилактике суицида (раздел 5.2). В Программе также подчеркивается необходимость усиления предоставления медицинских и социальных услуг на местном уровне как государственными учреждениями, неправительственными организациями, так и частным сектором в соответствии с Законом “О государственных социальных закупках”. Этот закон также частично регулирует вопросы государственной поддержки частных поставщиков социальных услуг, включая финансирование социальных, социально-правовых, медико-социальных, реабилитационных, психологических и других услуг. Законы Кыргызской Республики “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” и “О лицензионной системе в Кыргызской Республике” предусматривают оказание психиатрической помощи государственными, негосударственными психиатрическими и психоневрологическими учреждениями, а также частными психиатрами, имеющими соответствующие разрешительные документы на ведение такой деятельности.

²⁹ Всемирная Организация Здравоохранения, Preventing suicide: a global imperative, B03, Женева, 2014.

В Программе охраны психического здоровья населения Кыргызской Республики на 2018-2030 годы особое внимание уделяется оказанию психосоциальных услуг на местном уровне, в частности: предоставлению комплексной, интегрированной медико-социальной помощи на местном уровне (раздел 4); развитию социальных услуг в полустационарных условиях на местном уровне (раздел 4.1); предоставлению комплексных, интегрированных услуг по охране психического здоровья на уровне первичной медико-санитарной помощи (статья 4. 2); оптимизация деятельности организаций здравоохранения, оказывающих психиатрические услуги, и социальных стационарных учреждений (раздел 4.3); совершенствование организации и проведения медико-социальных и судебно-медицинских экспертиз в области психического здоровья (раздел 4.6); создание условий для неправительственного сектора, оказывающего психиатрические услуги, вопросы аккредитации и лицензирования (раздел 4.7); укрепление психического здоровья и профилактика психических расстройств (раздел 5.1).

В ответ на рост числа суицидов среди молодежи 22 марта 2016 года Правительством Кыргызской Республики было издано Постановление № 120 “О профилактике суицида, правонарушений и преступлений среди детей и молодежи”. Приказом был также утвержден Межведомственный план действий по профилактике суицида, правонарушений и преступлений среди детей и молодежи в Кыргызской Республике на 2016-2018 годы.³⁰ Для мониторинга и исполнения приказа назначено МТСП Кыргызской Республики.

Также уже в 2019 году Правительство КР издало соответствующий межведомственный приказ с соответствующим планом действий на 2019-2020 годы по предупреждению суицидов, правонарушений, и профилактики преступности среди подростков и молодежи основанный на межведомственном Приказе от 19 февраля 2019 года № 20-7203. В приказе указан широкий круг ведомств, которым также необходимо разработать внутриведомственный приказ и план реализации меропри-

ятий. Соответствующие приказы и планы мероприятий издали 10 ведомств, в частности:

- *Министерство внутренних дел КР, Приказ от 28 марта 2019 года № 268;*
- *Министерство культуры, информации и туризма КР, Приказ от 28 марта 2019 года № 135;*
- *Министерство здравоохранения КР, Приказ от 28 марта 2019 года № 169;*
- *Государственное агентство по делам молодежи, физической культуры и спорта при Правительстве КР, Приказ от 28 марта 2019 года № 81-4;*
- *Государственное агентство по делам местного самоуправления и межэтнических отношений при Правительстве Кыргызской Республики, Приказ от 28 марта 2019 года № 01-18/22;*
- *Министерство образования и науки КР, Приказ от 29 марта 2019 года № 338/1;*
- *Министерство труда и социального развития КР, Приказ от 28 марта 2019 года № 44;*
- *Министерство чрезвычайных ситуаций КР, Приказ от 28 марта 2019 года № 323;*
- *Государственный комитет по делам обороны КР, Приказ от 28 марта 2019 года № 127;*
- *Государственный комитет по информационным технологиям и связи КР, Приказ от 28 марта 2019 года № 78-а.*

Направленность мероприятий, указанных в планах, носит превентивный характер. Они прежде всего направлены на предотвращение суицидов среди подростков через информирование широкого круга лиц, которые так или иначе могут оказать воздействие или же уведомлять соответствующие органы о рисках. В частности, речь здесь идет об общих собраниях с населением, которые проводятся с помощью ГАМСУМО Кыргызской Республики; Комитет по обороне для проведения работ среди солдат; Министер-

³⁰ Правительство Кыргызской Республики, “Распоряжение Правительства КР от 22 марта 2016 года № 120-р (Об утверждении Межведомственного плана мероприятий по профилактике суицидов, правонарушений и преступлений среди детей и молодежи в Кыргызской Республике на 2016-2018 годы)”, 22 March 2016, <cd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/215103/10?mode=tekst>.

ство образования - в школах и ВУЗах; МТСР организывает встречи на местах через свои территориальные подразделения; МЗ через структуры первичного уровня (ФАП, ГСВ, ЦСВ, центры экстренной медицинской помощи) и специализированные больницы (центры психического здоровья) и т.д.

Некоторые мероприятия из межведомственного плана:

- Проведение анализа материалов проверок по фактам суицидов, правонарушений и преступлений среди детей и молодежи, установление причин и условий их совершения;
- Проведение анализа случаев суицида, правонарушений и преступлений среди детей и молодежи в разрезе областей, районов (городов), айылных аймаков Кыргызской Республики;
- Рассмотрение вопросов, касающихся профилактики суицида, правонарушений и преступлений среди детей и молодежи, с учетом анализа и оперативной обстановки;
- Разработка межведомственных планов мероприятий по профилактике суицида, правонарушений и преступлений среди детей и молодежи, с учетом анализа оперативной обстановки;
- Реализация планов мероприятий по профилактике суицида, правонарушений и преступлений среди детей и молодежи;
- Оказание экстренной психологической помощи детям для предотвращения суицидальных попыток в рамках деятельности Центра "Телефон доверия для детей";
- Обеспечение своевременного консультирования врачами-психиатрами, психиатрами-наркологами, психологами для детей с признаками суицидального поведения, а также склонных к употреблению алкоголя и одурманивающих веществ;
- Организация встреч с представителями социальных служб, психологами, юристами для несовершеннолетних, содержащихся под стражей, и несовер-

шеннолетних, состоящих на учете в уголовно-исполнительных инспекциях для предоставления своевременной помощи и поддержки;

- Проведение цикла бесед с детьми в возрасте от 7 до 12 лет, проходящими курс социальной реабилитации в реабилитационных центрах, учреждениях социального обслуживания интернатного типа, на темы: "Жизнь прекрасна!", "Неприятности можно исправить", "Поделись, если тебе трудно", "Учимся строить отношения";
- Разработка программы и проведение цикла бесед и тренингов с подростками в возрасте от 13 до 18 лет, проходящими курс социальной реабилитации в реабилитационных центрах, учреждениях социального обслуживания интернатного типа, а также тренингов и бесед с осужденными в воспитательной колонии для несовершеннолетних на тему: "Все можно в жизни исправить, пока ты жив."

6.1 Карта поставщиков услуг

В целом процесс предоставления психосоциальных услуг целевым группам в контексте суицидального поведения можно разделить на несколько этапов, а именно:

1. *Выявление целевых групп, нуждающихся в психосоциальной поддержке. Этот момент весьма значим, если учитывать специфику проблемы, которая подвержена стигматизации и является весьма латентной. В то же время стоит также учитывать также наследие советского времени, когда практика использования услуг психосоциального характера не была распространена или вообще отсутствовала, по этой причине можно указать низкую практику обращения к квалифицированной помощи.*
2. *Оказание психосоциальной поддержки или механизм перенаправления в соответствующие центры.*
3. *Сопровождение (контроль, ведение, надзор) процесса оказания поддержки, завершения полного цикла оказания помощи.*

Если учитывать, что в целом дети, подростки и молодежь в контексте проблем суицида находятся в возрасте от 9 до 29 лет, то в плане выявления и оказания им поддержки их можно разделить в зависимости от места нахождения. Например, дети от 9 до 17-ти лет – это соответственно школьники; дети которые не посещают школы находятся дома, в приютах, базарах или же на улице и так далее; молодежь в возрасте от 18 до 22 лет посещает профессиональные учебные заведения (университет, профтехобразование); а некоторые

из них служат в армии. Для молодых людей в возрасте 23-29 лет трудно определить частое место пребывания, но они могут быть проинформированы через средства массовой информации о наличии психосоциальной поддержки. Поэтому процесс определения целевых групп и оказания им психосоциальной поддержки может так или иначе происходить в местах их частого пребывания. В этой связи при составлении карты поставщиков услуг учитывалось местонахождение целевой группы в зависимости от возраста.

Рис 1. Карта поставщиков услуг в зависимости от возрастного диапазона целевой группы.

Возрастной диапазон	От 9-17 лет	От 18-22 лет	От 23-29 лет
Места нахождения/ социальный институт	Школа, дом, приюты, базары...	ВУЗ, УЗ, дом, армия	ВУЗ, УЗ, дом, работа, армия
Поставщики/ проводники услуг в части выявления проблемы или оказания услуги	Родитель, педагог (школьный психолог, социальный педагог), социальный работник, квартирный, соседи	Родитель, педагог, социальный работник, военнослужащий, квартирный, соседи	Родитель, педагог, социальный работник, военнослужащий, квартирный, соседи

Как видно из приведенного картирования наиболее часто встречаемые поставщики или проводники услуг – это педагоги (школьный психолог, социальный педагог), а также социальные работники. Школьные психологи, социальные педагоги и социальные работники составляют **первичный уровень** в выявлении молодежи, нуждающейся в психосоциальной поддержке. Дети дошкольного возраста не учитывались при составлении карты из-за низкой вероятности суицидального поведения в этой возрастной группе. Поэтому основной акцент был сделан на школы, в которых обучаются дети в возрасте 6-17 лет, где важную роль играют школьные психологи и социальные педагоги. Если ребенок школьного возраста не посещает школу, акцент был сделан на социальных работников местной службы социального развития, которые вместе со школьным психологом или социальным педагогом могут быть вовлечены в подготовку плана по оказанию поддержки ребенку. По мнению некоторых заинтересованных сторон, проблемы, связанные с суицидом, более вероятно проявляются в семьях, находящихся в трудной жизненной ситуации, в семьях с родителями в миграции, а также в семьях с

одним родителем и в семьях с алкогольной/наркотической зависимостью. Поэтому исследование обратило внимание на функции и возможности социальных работников, которые по-прежнему далеки от достижения желаемых стандартов, особенно заметных в регионах, где постоянно ощущается нехватка квалифицированных социальных работников.

Кроме того, первичный уровень включает в себя также телефон доверия, который может связать клиента с поставщиком услуг при поступлении звонка. При МТСР работает телефон доверия для детей “111”. Исследователи провели небольшое исследование с использованием метода “мистери шоппинг”; (тайная покупка) суть которого заключается в том, чтобы понять и оценить работу этой услуги, замаскировавшись под клиента. Исследователи позвонили на номер представившись соседями одной семьи, где предположительно ребенок подвергается насилию. Сотрудники службы стали уточнять точный адрес для того, чтобы обратиться в отдел поддержки семьи и детей местного управления социального развития, также стали уточнять школу, в которой предположительно учится ребе-

нок для оказания поддержки школьным психологом или социальным педагогом. В этой связи есть все основания полагать, что механизм оказания услуг через телефон доверия работает достаточно эффективно. Телефон доверия может быть также эффективен и на третьем уровне, то есть на уровне высокой квалификации, где оказывается более углубленная консультация и поддержка.

Вторичный уровень поставщиков услуг включает в себя специализированные организации, такие как Центр помощи детям в Бишкеке. Этот уровень не очень хорошо развит в селах, где есть более крепкие соседские и родственные связи, которые облегчают выявление проблем связанных с суицидом, в отличие от городов, где люди больше отдалены друг от друга. Проблема отсутствия специализированных центров поддержки на сельском уровне требует перенаправления вопросов в НПО или реабилитационные центры в районных центрах и городах.

Уровень высокой квалификации включает в себя специализированные медицинские или другие квалифицированные организации - центры психического здоровья и реабилитации, которые сосредоточены на предоставлении психосоциальных услуг, а также телефоны доверия и "горячие линии".

Несколько подробнее о центрах специализирующихся на предоставлении услуг по психосоциальной поддержке:

- В качестве такого центра может выступать Центр Социальной адаптации детей при Мэрии г. Бишкек (ЦСА Детский дом). Центр не сталкивался со случаями суицида и соответственно не работал в его профилактике.
- У Центра Помощи детям есть специальные мобильные группы, состоящие из представителей городских служб социальной защиты, здравоохранения, правоохранительных органов, системы образования для работы во всех районах Бишкека. При поступлении жалоб об угрозе или фактах насилия в отношении ребенка, они в кратчайшие сроки способны мобилизовать свои ресурсы для оказания срочной помощи ребенку. В центре оборудованы специальные комнаты для детей: игровая комната со специальным зеркальным

стеклом, через которое, специалисты, не нарушая покоя ребенка, могут наблюдать за его поведением, а также комната релаксации. В центре работают 4 психолога, 2 юриста и соцработники, которые не только оказывают необходимую психологическую и юридическую поддержку, но и проводят индивидуальную работу с каждым ребенком и его родителями/опекунами. Специалисты центра отмечают, что доводят работу с ребенком до логического завершения. Работу можно считать проделанной только тогда, когда они убеждены что кризис миновал, и ребенок может самостоятельно справляться с определенными ситуациями. Однако отмечается, что в детском центре нет возможности круглосуточного пребывания ребенка. В зависимости от степени сложности случая, встречи с ребенком нуждающимся в помощи проходят совместно с родителями или же опекунами, которые зачастую начинают допрашивать его или ее, вместо того чтобы выслушать и понять ситуация в которой находится их ребенок. Поэтому центр также работает и с родителями и учат их слушать своего ребенка. Ребенок, переживший жестокое обращение, насилие, становится уязвимым, меняется его мировосприятие, и он не в состоянии справиться самостоятельно.

- Отдельно стоит отметить работу телефонов доверия. Один из телефонов доверия работает на базе Центра помощи детям, куда могут обращаться как дети, так и взрослые за помощью в защите от насилия или же для получения квалифицированной консультации специалистами. Данный центр был создан при технической и финансовой поддержке ЮНИСЕФ, Мэрии города Бишкек и ОФ "Лиги Защитников Прав Ребенка". Столичная мэрия выделила помещение, а ЮНИСЕФ оказал финансовую поддержку на ремонт и оборудование Центра, а также организовал тренинги для его специалистов в целях предоставления лучших услуг.
- В случае наличия более тяжёлого психического заболевания в Бишкеке существует Центр внебольничной психосоциальной помощи, в котором оказывается бесплатная консультативная помощь врачей психиатров и социальных работников.

Роль социального работника

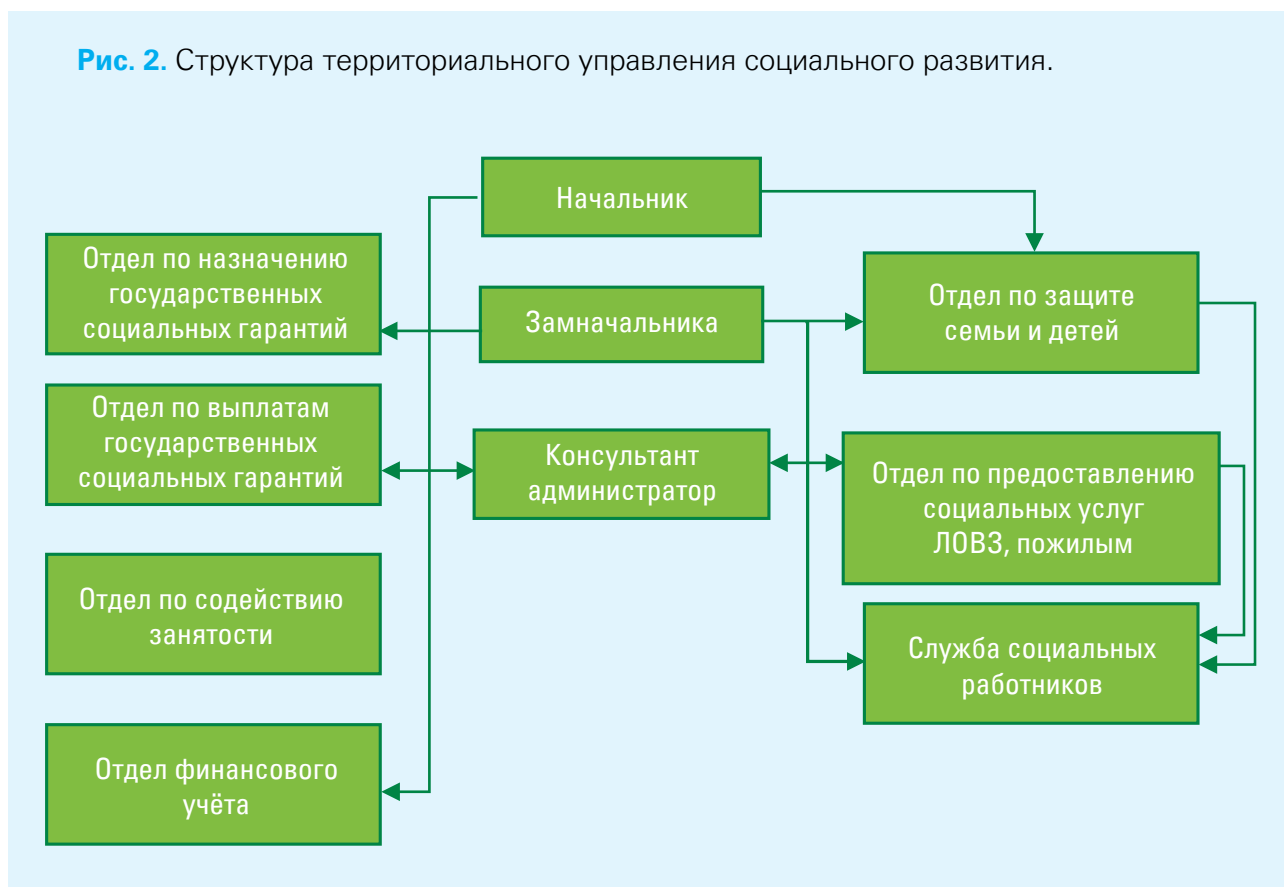
Социальные работники взаимодействуют со многими структурами в том числе со школой, ИДН, муниципальными территориальными управлениями, а также квартальными. Ключевая роль отводится МТСП с расширенной структурой управления на местном и районном уровнях. Положения об управлении социального развития, структуры и штатного расписания территориальных органов Министерства были разработаны по типовому проекту и утверждены приказами МТСП КР в начале 2016 года.

В целях развития механизмов предоставления социальных услуг населению на местном уровне начиная с 2011 года в структуру город-

ских и районных управлений были внесены изменения. Были созданы новые подразделения Управления социального развития, Отделы поддержки семьи и детей были переданы в структуру МТСП из органов местного самоуправления и Мэрии городов. Служба социальных работников была также преобразована.

Рассмотрев Положение о деятельности УСР следует, что функции отдела по защите семьи и детей составляют около 40 процентов всей деятельности территориальных управлений социального развития, для выполнения поставленных задач перед УСР (управление социального развития). Практика показывает, что, из-за большого объема работы и низкой заработной платы в указанных двух отделах наблюдается текучесть кадров.

Рис. 2. Структура территориального управления социального развития.



Тем не менее, есть социальные работники, которые оказывают услуги прежде всего по выявлению семей и детей, которым необходима психосоциальная помощь.

В отделе защиты семьи и детей работают примерно 4 специалиста, дополнительно за

отделом закреплены 4 социальных работника, которые имеют высшее образование и более молодые по возрасту. Закрепленные социальные работники выполняют функции специалистов отдела, за исключением участия в судебных процессах. Закрепление соцработников за ОЗСД (отдел защиты семьи

и детей) имеет положительные стороны в вопросах решения кадровой подготовки государственной службы, а также в повышении потенциала социальных работников.

Помимо прочих функций, социальные работники также задействованы в работе по выявлению семей и детей, находящихся в **трудной жизненной ситуации**.

Взаимодействие структур МТСП районного и местного уровня выглядит следующим образом³¹: Социальные работники районных управлений социального развития распределены по айыльным аймакам, чаще всего по месту жительства самих соцработников. В целом, за каждым из них закреплены от до 12 человек, одинокие пожилые, супружеские пары (из-за случаев домашнего насилия) и ЛОВЗ.

В городах на социальных работников возложены обязанности заполнения социальных паспортов малообеспеченных семей, для определения нуждаемости в пособиях.

Служба социальных работников - новое подразделение в структуре УСР, но принцип работы, материально-техническая база, уровень квалификации социальных работников остается прежними.

В целом социальные работники задействованы в:

- процессе выявления и сопровождения семей и детей в трудной жизненной ситуации;
- выездах на места, проводят обследование жилищных условий проживания семей в ТЖС (трудной жизненной ситуации) и составляют Акт ЖБУ (жилищно-бытовые условия);
- заполнении социального паспорта для малообеспеченных семей;
- в процессе подготовки отчета по социальному паспорту;
- по дворовом обходе населения и составлении списков нуждающихся людей на

оказание им материальной помощи;

- в организации и проведении мероприятий по знаменательным датам;
- в различных рейдах, проводимых как УСР так и ИДН, ОМСУ, МГА;
- в работе органов местного самоуправления по мобилизации населения;
- проведении информационно-разъяснительной работе;
- проводят совместную работу с социальными педагогами по детям, не посещающим школу.

При поступлении телефонного звонка от соседей или главы села/субмуниципалитета, готовится специальный акт в результате совместной работы комиссии с участием ИДН, социального работника и главного специалиста ОЗСД. Этот акт может стать основанием для принятия решения об оказании помощи семьям. Социальный работник также участвует в разработке совместного плана с социальным педагогом и использует надежные инструменты для сбора и выявления проблем. Также имеются анкеты для определения семей и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Недостатки: институт социального работника до сих пор находится на стадии становления. Социальные работники мало мотивированы, и у них высокая вероятность эмоционального сгорания, в силу взаимодействия с людьми в трудных жизненных ситуациях. Более того, социальные работники сталкиваются с большой нагрузкой и имеют широкие функциональные обязанности и работают с пожилыми людьми, ЛОВЗ, малоимущими и др. Социальные работники могут играть значительную роль в контексте суицидального поведения, выявляя и направляя тех, кто нуждается в психосоциальной поддержке. Однако они не обладают квалификацией для предоставления психологической помощи.

³¹ Использованы результаты отчета: Анализ взаимодействия социальных служб с отделами по предоставлению социальных услуг лицам с ограниченными возможностями здоровья, пожилым гражданам и по защите семьи и детей., 2016/Общественный фонд «Фонд развития социальных услуг».

Социально-психологическая служба

Социально-психологическая служба в школах создана на основании положения «О создании социально-психологической службы», а также рекомендаций городского управления образования мэрии г. Бишкек «О создании службы для обеспечения психолого-педагогической помощи учащимся в образовательных организациях» (2017). Служба также работает в соответствии с законом КР «Об образовании», Конвенции ООН о правах ребенка, Семейного Кодекса Кыргызской Республики, Устава школы в целях сохранения и укрепления здоровья учащихся и учителей, профилактики нарушений психического здоровья.

Задачи социально-психологической службы:

1. Обеспечение социально-психологических условий для успешного обучения и развития личности ребенка, его или ее социализации и профессионального становления;
2. Осуществление социальной опеки и защиты прав и интересов несовершеннолетних и особенно тех детей, которые находятся в трудной жизненной ситуации;
3. Изучение социально-психологических проблем воспитательной деятельности, стиля руководства учебно-воспитательным процессом, выявлении ошибок с целью предотвращения их негативного влияния на жизнедеятельность учебного заведения;
4. Содействие укреплению взаимопонимания и взаимодействия между субъектами воспитательного процесса;
5. Развитие индивидуальных интересов и потребностей детей, способствующих их нравственному становлению, как социально-значимой личности;
6. Проведение консультативно-просветительской работы среди учащихся, педагогических работников, а также родителей;
7. Проведение психологической работы и пропагандирование здорового образа жизни среди детей, педагогов, родителей.

Основными направлениями в работе социально – психологической службы в школе являются:

- Помощь семье в проблемах, связанных с воспитанием и учебой ребенка;
- Выявление запросов, потребностей детей и разработка мер помощи конкретным учащимся с привлечением специалистов из соответствующих учреждений и организаций;
- Помощь ребенку в устранении причин, негативно влияющих на ее или его успеваемость и посещение школы;
- Привлечение детей, родителей и ответственности к организации и проведению социально-педагогических мероприятий и акций;
- Распознавание, диагностирование и разрешение конфликтов, проблем, трудных жизненных ситуаций, затрагивающих интересы ребенка, на ранних стадиях развития с целью предотвращения серьезных последствий;
- Индивидуальное и групповое консультирование детей и их родителей по вопросам разрешения проблемных жизненных ситуаций, воспитания детей в семье, конфликтов и т. п.;
- Профилактика и коррекция психического здоровья и социального поведения;
- Социально-педагогическое сопровождение образовательного процесса.

В состав социально-психологической службы входят: социальный педагог, психолог, ИДН. В целом социально-психологическая служба весьма новое направление в деятельности школы. Ниже представлена более детальная информация о роли и обязанностях школьного психолога, социального педагога и ИДН.

Роль школьного психолога

Школы, школьные психологи и социальные педагоги играют значительную роль в контексте проблем суицида. Наличие школьного

психолога уже большое достижение, и они в основном присутствуют только в школах и лишь изредка в областных центрах. Они практически отсутствуют в районах и в селах. В силу высокой перегруженности школ бывает, что на 3000 учеников работает . В редких и исключительных случаях в школах работают несколько психологов, например СШ № 26 в г. Бишкек.

На нескольких встречах со школьными психологами в Бишкеке выяснилось, что некоторые из них являются высококвалифицированными специалистами, которые понимают суть своих функциональных обязанностей и имеют опыт в выявлении, диагностике и оказании психосоциальных услуг. В то же время есть специалисты, которые помимо оказания психологических услуг частично занимаются преподавательской или административной работой. Это связано с уровнем понимания руководством школы важности работы школьных психологов. Такое непонимание приводит к тому, что школьный психолог занят другой параллельной работой, которая часто носит административный и организационный характер (например, организация мероприятий, курьерские услуги)

Были также проблемы с отсутствием единых стандартов в подходах к работе школьных психологов, которые, например, используют различные шкалы в диагностике в зависимости от своей компетентности. Во время участия в ФГД, некоторые школьные психологи упоминали о разработке анкет и шкал, а также об использовании и интерпретации рисунков в качестве своих достижений.

Вместе с тем во многих школах отмечен более комплексный подход к профилактике суицида. Например, созданы Социально-психологические службы со своим положением и составом, куда входят ИДН, социальный педагог и школьный психолог.

Сами школьные психологи осознают необходимость в повышении своей квалификации, высказывают желание создать Ассоциацию Школьных Психологов на базе которой они могли обсуждать и решать профессиональные проблемы, обмениваться опытом и улучшать свои навыки.

Некоторые школьные психологи поделились своими практиками и случаями при работе со школьниками и отметили наличие высокой стигмы в отношении к тем, кто получает психологические услуги. Школьники опасаются того, что могут быть «высмеяны» одноклассниками за посещение кабинета психолога. Этот момент ярко указывает на отсутствие широкой практики получения психологических услуг. В этой связи школьному психологу приходится поработать со всеми 30 учениками класса для оказания поддержки одному школьнику, при этом не выдавая его или ее личность в связи с высокой стигматизацией.

Согласно данным ВОЗ, проблема стигматизации, особенно в связи с психическими расстройствами и суицидами, означает, что многие люди не могут обратиться за помощью. Разрушение табу имеет важное значение в усилиях по профилактике суицида.³²

Учитывая отсутствие распространенной среди школьников практики обращения к услугам школьных психологов, им трудно определить детей, нуждающихся в поддержке. Поэтому школьные психологи часто используют практику посещения занятий или просят учителей информировать их об учениках, у которых есть косвенные или прямые признаки потребности в психологической помощи. Например, был случай, когда девочка пришла в школу в рубашке с длинными рукавами, и учительница заметила порезы на венах рук. Учительница сообщила об этом случае школьному психологу, и психолог должен был дать запланированную консультацию всему классу, чтобы ненавязчиво связаться с нужной девочкой. В конце концов, психолог сумел связаться с этой девочкой, подойти к ней и оказать необходимую поддержку.

Роль социального педагога

Позиция социального педагога была введена в школьную систему МОН КР в 2011 году. Потребность в социальных педагогах была в первую очередь продиктована ростом случаев насилия в школах и рэкетом. Данная проблема даже заслужила внимание и обсуждалась Советом Безопасности Кыргызстана.

32 Всемирная организация здравоохранения, Preventing suicide: a global imperative, ВОЗ, Женева, 2014.

ЮНИСЕФ в Кыргызстане вело и ведет постоянную работу с социальными педагогами с целью повышения их квалификации лучше взаимодействовать со школьниками, снижать уровень насилия и конфликтов, оказывать психосоциальную поддержку нуждающимся, а также по вопросам содействия социальной адаптации детей и подростков. Такая широкая поддержка была предоставлена ЮНИСЕФ в рамках проекта “Школа без насилия”, который был реализован в сотрудничестве с Общественным фондом “Лига защитников прав детей”.³³

В некоторых школах социальный педагог входит в состав школьной социально психологической службы и как сотрудник школы, он или она создает условия для социального и профессионального саморазвития учащихся, а также выполняет роль ориентира в выборе будущей профессии. Роль социальных педагогов также заключается в обеспечении гармоничного развития детей и подростков во время школьного образования и в оказании помощи тем, кто сталкивается с трудностями в учебном процессе или имеет проблемы с интеллектом, эмоциональные, поведенческие и коммуникационные проблемы. Социальный педагог работает в тесном сотрудничестве с ИДН в области предотвращения и урегулирования конфликтов, споров между школьниками и в этой связи играет ключевую роль в создании школы, где нет места насилию.

Роль инспектора по делам несовершеннолетних (ИДН)

ИДН является структурным подразделением МВД. Практически в каждую школу г. Бишкек прикреплен ИДН, а в некоторых их

несколько. ИДН также встречаются в школах Чуйской области, в частности в районах, находящихся в непосредственной близости к столице, например, в Аламединском районе. У ИДН есть соответствующие условия в виде кабинета и возможности участвовать и проводить в мероприятиях на территории школы. ИДН проводят разъяснительную и информационную работу среди школьников на разные темы, в том числе по вопросам суицида, подростковой преступности и ее негативных последствий. Они также играют важную роль в выявлении конфликтующих сторон, в повышении правового образования и культуры школьников. Многие ИДН отметили, что такие проблемы как школьный рэкет и прочие трудности во взаимоотношениях как среди сверстников, так и между старшими и младшими могут привести к суицидальным попыткам. В этой связи, здесь очень важна совместная работа социального педагога и школьного психолога.

Методические инструменты в оказании психосоциальной помощи в сообществах

В целом в Кыргызстане разработан ряд клинических руководств по оказанию психологической помощи детям в сообществах, а также клинический протокол по оказанию помощи детям пострадавшим от насилия. В них есть алгоритмы оказания помощи и перенаправления в соответствующие службы.

Например, если социальный педагог, школьный психолог в школе или же социальный работник при обходе домов встретился с случаем, когда ребёнку нужна помощь, то можно применить схему, показанную ниже:

³³ Более подробная информация о проекте: <https://edu.gov.kg/media/files/5425e2d7-945b-459a-8bb6-6ce7c732b871.pdf>

Рис. 3. Схема оказания психосоциальной поддержки

Если ребёнок рассказывает о пережитом насилии, то алгоритм поведения психолога должен соответствовать следующей схеме:



Стоит отметить, что эта схема помощи приемлема для городской местности и областных центров и в меньшей степени для районных центров. В сельской местности такой подход сложно применять ввиду отсутствия соответствующих служб.

Итак, данный раздел дает основание полагать, что в целом поставщики психосоциальных услуг имеют значительный потенциал в направлении выявления, перенаправления и оказания соответствующей поддержки в контексте суицидального поведения. Однако существуют различия в возможностях служб в городских и сельских районах. Специализированные психосоциальные службы более или менее эффективны в городских ус-

ловиях с квалифицированным персоналом, однако этот уровень предоставления услуг сталкивается со значительными барьерами в сельской местности. Однако в сельской местности легче выявить тех, кто нуждается в психосоциальной поддержке, благодаря тесным контактам между соседями по сравнению с городами. На уровне принятия решений существует понимание глубины проблемы суицида и суицидальных попыток среди молодежи и подростков, и в последние годы этой проблеме уделяется повышенное внимание. Однако на практике многие механизмы еще не функционируют должным образом. Существуют, в частности, трудности, связанные с выявлением, наличием и предоставлением соответствующих услуг.

7. Глубинные причины, факторы риска и защиты в области суицидального поведения

Следующие две главы посвящены раскрытию глубинных причин, факторов риска и защиты в области суицидального поведения.

Были проведены интервью с респондентами из следующих целевых групп:

- 1) Подростки и молодежь с опытом суицидальной попытки (или серии попыток);
- 2) Близкие родственники и друзья подростков и молодежи, которые умерли в результате суицида.

7.1 7.1 Глубинные причины, факторы риска и защиты в области суицидального поведения через опрос подростков и молодежи с опытом суицидальной попытки

В целом было проведено 49 интервью с подростками и молодежью с опытом суицидальной попытки или же серии попыток.

Данный раздел построен на освещении следующих вопросов:

1. Оценка социально-демографических характеристик лиц, предпринимавших суицидальные попытки (включая их эт-

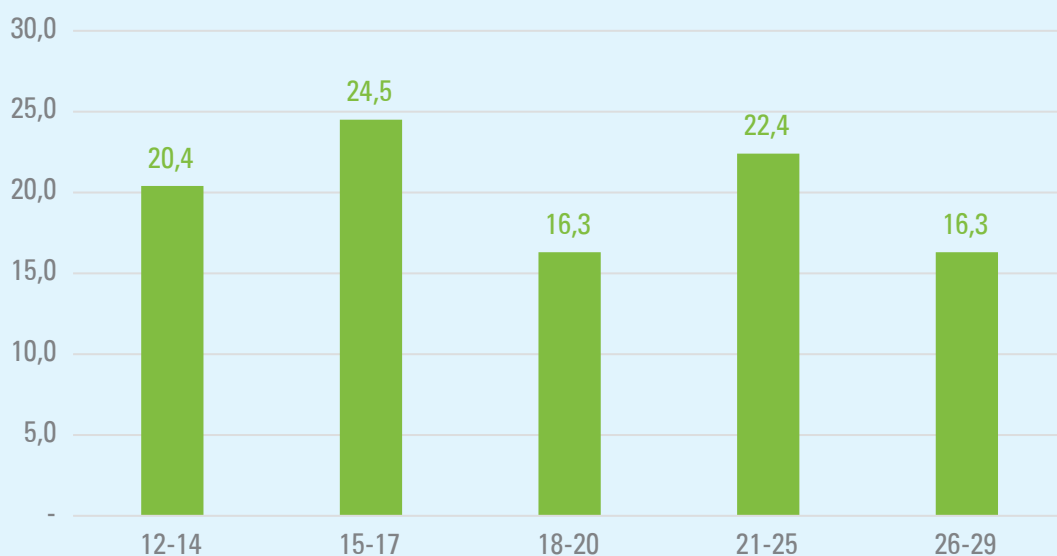
нический статус, семейное положение, занятость, возраст, уровень образования и состава семьи)

2. Истории и обстоятельства суицидальных попыток;
3. Получение медицинской и психосоциальной поддержки;
4. Семьи и окружения (поддержка, риски, атмосфера);
5. Ситуационные стрессоры.

7.1.1 Социально-демографические характеристики

Возраст. Средний возраст 49 респондентов составил 19 лет (медиана 18, мода 14). Минимальный возраст был 12 лет, а максимальный 29 лет. 24.5% респондентов (41,1% женщин) относились к возрастному диапазону от 15 до 17-ти лет, 22,4% к возрастной группе от 21 до 25 лет (36.3% женщин). Подростки составили 20,4% респондентов (40% женщин) в возрасте от 12 до 14 лет. По 16,3% составили остальные две возрастные группы от 18 до 20 и от 26 до 29 лет.

Диаграмма 7. Возраст респондентов, прибегавших к суицидальной попытке (N=49) (%)

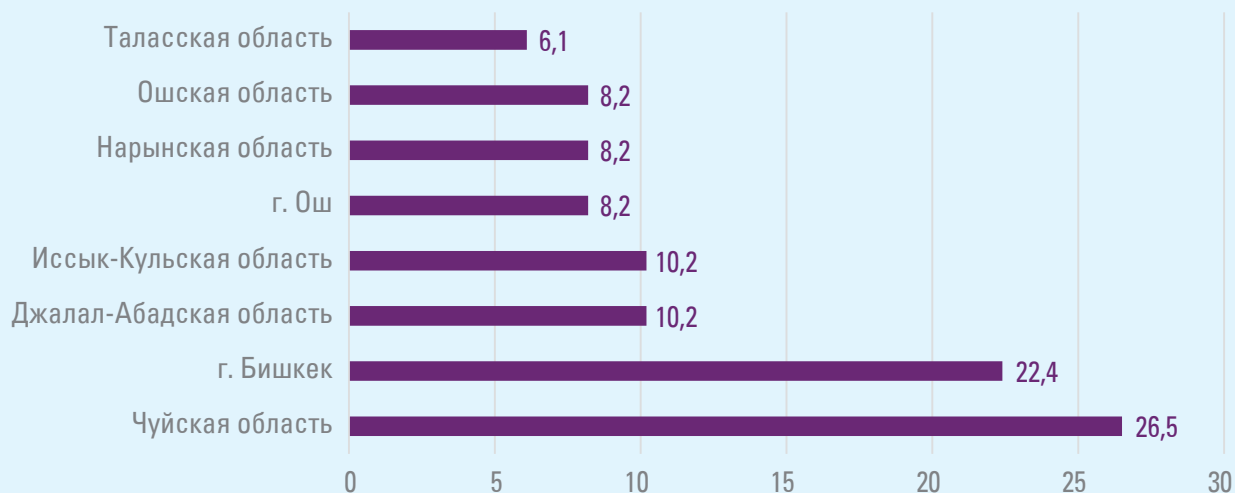


Пол. Половое соотношение респондентов демонстрирует относительно равномерное распределение между полами: 59,2% мужчины и 40,8% женщины.

Этническая принадлежность. 71,4% респондентов были этническими кыргызами, 12,2% - представители татарской национальности; 10,2% - узбеки и 6,1% - русские.

Место проживания. По месту проживания почти половина всех опрошенных проживали в Чуйской области и в г. Бишкек (26,5% и 22,4% соответственно). По 10,2% пришлось на Джалал-Абадскую и Иссык-Кульскую области. По 8,2% проживали в Нарынской и Ошской областях.

Диаграмма 8. Место проживания респондентов, которые совершали попытку суицида (N=49) (%)



Семейный статус. 44,9% респондентов были школьного возраста. Семейный статус остальных 55,1% в возрасте от 19 до 29 лет выглядел следующим образом: 81% не состояли в браке, 10% в настоящее время проживают отдельно от своих партнеров и остальные 9% официально не зарегистрировали свой брак.

Уровень образования. 34,7% респондентов (53% женщин) закончили среднее образование, 30,6% не закончили его (26,6% женщин). 14,3% (57,1 % женщин) в настоящее время посещают школы и средние учебные заведения, а 6,1% имеют высшее образование.

Религиозная принадлежность. Почти 70% назвали себя мусульманами и 8,2% - христианами, 22,4% отметили, что не имеют никакой религиозной принадлежности и выразили равнодушное отношение. Это было особенно заметно среди подростков и молодежи.

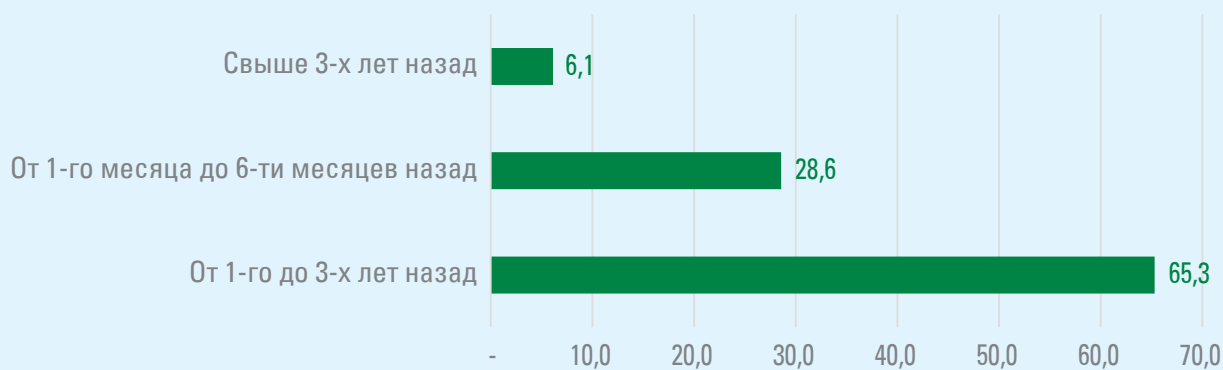
Занятость. 44,9% респондентов были школьниками, а 55,11% были рабочего воз-

раста. 16,3% были заняты в основном на временной основе, а 2% имели постоянную работу. 20,4% респондентов были в основном представителями молодежи и были заняты в сфере услуг (кафе, торговля, доставка товаров и др.). 16,4% не имели работы. Большинство респондентов отметили низкий уровень удовлетворенности своей работой, а некоторые указали на некоторую удовлетворенность, и только один респондент был вполне удовлетворен.

7.1.2 Истории и обстоятельства суицидальных попыток

Последняя суицидальная попытка большинством опрошенных была совершена от 1-го года до 3-х лет назад (65,3%). Около четверти опрошенных совершили попытку относительно недавно, то есть от 1-го месяца до 6-ти месяцев назад.

Диаграмма 9. Время последней суицидальной попытки (N=49) (%)

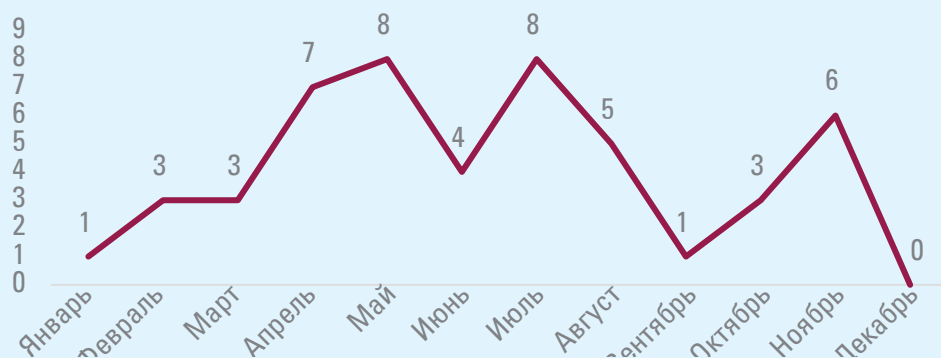


Есть свидетельства о том, что суицидальные попытки связаны с психоэмоциональным состоянием человек, которая также зависит от времени года.³⁴ Согласно данным от самих респондентов, наибольшее количество попыток было совершено весной. Из 18 попыток (7 среди респондентов школьного воз-

раста) 8 были совершены мае (4 среди детей школьного возраста). Уровень суицидальных попыток также относительно высок в летние месяцы. Из 17 попыток (9 среди детей школьного возраста) 8 произошли в июле (3 среди детей школьного возраста).

³⁴ Мягков, А.Ю. Темпоральные характеристики самоубийств, Журнал "Социс", №3, 2004, стр-83-92.

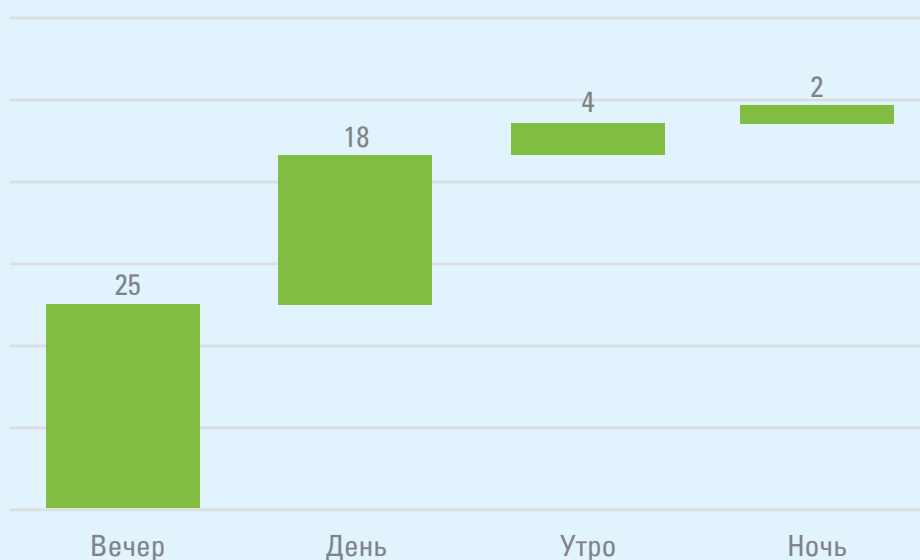
Диаграмма 10. Месяц, когда была совершена последняя суицидальная попытка (N=49)



Вечер оказался наиболее частым временем суток для попытки суицида (25 из 49 суицидальных попыток произошли вечером и 18 попыток днем. В процессе интервью многие респонденты рассказывали о том, что суици-

дальную попытку они чаще всего совершали тогда, когда никого не было дома или когда родители были на работе и приходили домой поздно. Большинство суицидальных попыток были совершены дома.

Диаграмма 11. Время суток, когда была совершена суицидальная попытка (N=49)



В таблице 7 ниже показано, что физического присутствия родителя или обоих родителей недостаточно для профилактики суицида. Необходимы более глубокая связь, доверие и чувствительность, чтобы понять настроение

и внутренние переживания своего ребенка. Согласно исследованию, 73.5% респондентов жили со своими родителями за год до попытки и это не помешало им совершить суицидальную попытку.

Таблица 7. Состав семьи за год и на момент суицидальной попытки (N=49) (%)

Состав домохозяйства	За год до попытки %	На момент суицидальной попытки %
Единоличное проживание	18,4	20,4
Проживание с родителем/лями	73,5	71,4
Совместное проживание с партнером и детьми	4,1	-
Один из родителей умер	-	4,1
Проживание с другими родственниками	2	2
Пребывание в детском учреждении	2	2

Для многих опрошенных межличностные конфликты с членами семьи, друзьями, с партнёрами, коллегами, одноклассниками явились наиболее часто отмечаемой причиной суицидальной попытки, а именно среди 42% респондентов (24,3% женщин). 14,8%

респондентов (21,3% женщин) отметили психологическую боль. 11,1% (14,9% женщин) указали на ненависть к себе и разочарование, и 7,4% (12,8% женщин) отметили финансовые трудности и стресс.

Диаграмма 12. Причины суицидальных попыток (N=49) (%)



Суицидальные попытки не прошли бесследно, как в физиологическом, так и в психологическом планах. Так в качестве наиболее часто встречаемого последствия явились последствия удушья или след от веревки, бороздки на шее (38,8%). 22,4% респондентов отметили колики в области печени и поясницы, сыпь и зуд вследствие самоотравления. Еще 22,4% указали на наличие рубцов в области запястья вследствие вскрытия вен.

Стоит отметить, что вопрос о способах и последствиях суицида некоторыми респондентами. Им было неудобно отвечать на такие вопросы и поэтому интервьюерам приходилось останавливать интервью или же пропускать эти вопросы. Таких случаев не было среди несовершеннолетних респондентов. Также респонденты отмечали некоторые психологические проблемы связанные с атаками тревоги после суицидальной попытки.

Таблица 8. Последствия суицидальной попытки (N=49) (%)

Последствия	n	%
следы удушения, след бороздки на шее от веревки	19	38,8
Колики в области печени, поясницы, сыпь, зуд вследствие самоотравления лекарствами	11	22,4
Рубец на луче запястной области вследствие вскрытия вен	11	22,4
Страх высоты, вследствие прыжка с высоты/из окна	5	10,2
Процедуры промывания, отравление вследствие самоотравления лекарствами + на фоне влияния алкоголя	3	6,1

Треть респондентов (32,6%) отметили, что в разное время они заявляли о своих намерениях покончить с жизнью друзьям, членам семьи и одноклассникам. Некоторые респонденты отметили, что делали это для того, чтобы привлечь внимание к себе и к своей личности. Некоторые из них также использовали суицид как элемент шантажа для достижения своих целей.

Некоторые респонденты отметили следующее:

“Я говорила своему партнеру несколько раз что Я не хочу жить и сказала, что я совершу суицид если он бросит меня.”

Я говорил своему школьному другу что Я не хочу жить так как меня никто не понимает, и я никому не нужен.”

“Я порезала запястья обеих рук ножом, выпила 1 литр пива, закрылась в ванной комнате и ждала, когда родители вернуться с работы. Родители пришли с работы и взломали дверь.”

Подавляющее большинство указали в качестве места попытки суицида дом (80%), когда как 12,2% указали сарай возле дома, здание/застройка недалеко от дома или же дом знакомых. Остальные указали мост и съемную квартиру.

Никто из опрошенных подростков и молодежи не обратился за помощью в решении

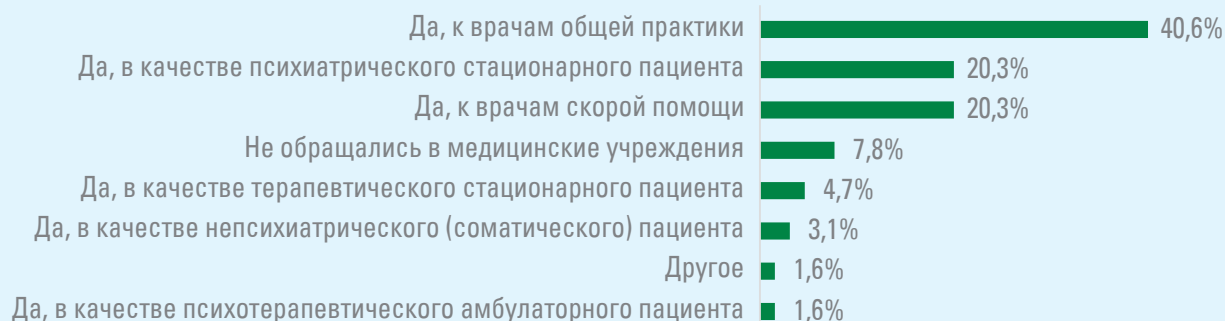
проблем, с которыми они сталкивались до момента суицидальной попытки. Это указывает на то, что у них нет доверительной среды, что нет должного доверия к службам психосоциальной поддержки в школах или по месту жительства, подростки и молодежь могут столкнуться со стигматизацией, обратившись, например, к школьному психологу, или же они просто не знают о доступных службах поддержки. Отсутствует также культура поддержания психического здоровья. Эти барьеры так или иначе также упоминались и поставщиками услуг.

7.1.3 Медицинская и психосоциальная поддержка

Попытка суицида создало необходимость обратиться за медицинской помощью, в частности, к врачам общей практики (в 40,6% случаев), в службы неотложной медицинской помощи (20,3%) или в качестве непсихических пациентов с соматическими проблемами (3,1%). Многие отметили, что после получения медицинской помощи им рекомендовали обратиться за помощью в психиатрические и психотерапевтические службы, и только 26,6% респондентов обратились в такие центры.

Диаграмма 13. Обращение в учреждения здравоохранения после попытки суицида (N=49) (%)

Обрашались ли Вы в учреждения здравоохранения после попытки суицида? (N=49) (%)



На диаграмме 13 показано, что пациенты получали лечение и рекомендации от мест, куда им приходилось обращаться за помощью после суицидальной попытки. Многие респонденты также отметили, что после попытки суицида им было уделено больше внимания со стороны родственников и друзей. Родственники и друзья пытались направить их к специалистам для получения специализированной психологической и психотерапевтической помощи. Специалисты психиатрических центров отметили, что чаще всего родственники и друзья обращаются к ним с опасениями, что их родственник подвергается риску суицида. Это указывает на пробелы в системе здравоохранения и в области социального развития, связанные с не совсем эффективными механизмами выявления, направления и лечения лиц, страдающих психическими расстрой-

ствами. В то же время респонденты отметили, что им уделяется достаточное внимание со стороны социальных служб и служб защиты детей на местном уровне в лице социального работника по месту жительства, сотрудников ювенальной полиции, главы села или от работника органа местного самоуправления. В зависимости от возможностей эти субъекты более или менее комплексно решают, куда направить подростка, находящегося в трудной ситуации, для получения психосоциальной поддержки. В рамках этого исследования был случай, когда подросток был направлен в "Детскую деревню SOS", где он смог получить помощь психолога в связи с психологическим, а иногда и физическим насилием, с которым он столкнулся в семье, где один из его родителей не был биологическим.

Диаграмма 14. Полученные рекомендации по последующему уходу и лечению (N=49) (%)

Были ли получены рекомендации по последующему уходу и лечению (%)



³⁵ SOS Детские Деревни Кыргызстана - негосударственная благотворительная организация которая работает в Кыргызской Республике с 1996 года по поддержке детей-сирот.

Половина респондентов указало, что в последующем после получения первой медицинской и психологической помощи они самостоятельно инициировали обращение в службы поддержки. Респонденты, которые учились в школе или в другом учебном заведении, обращались по месту жительства к социальному педагогу или социальному работнику (38%). Другие обратились за помощью к специалисту в психотерапевтической больнице (10%), а в крайне редких случаях - к психологу в частном центре (5%).

63,3% респондентов, обратившихся за медицинской или психологической помощью, были удовлетворены полученной помощью и отметили, что она отвечала их потребностям и помогла решить их проблемы. 5% затруднились оценить качество полученных услуг; остальные отметили, что услуги были неэффективны, скорее всего, потому, что они требовали много времени и финансовых ресурсов.

Психологический диагноз. Несмотря на то, что многие получали психиатрическую и психотерапевтическую помощь, они не смогли назвать свой психологический диагноз. Некоторые указали на биполярное аффективное расстройство, расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция, расстройство поведения и эмоций, расстройство адаптации с поведением и эмоциональным нарушением, смешанное расстройство поведения и эмоций.

Треть респондентов были госпитализированы по причине психологических расстройств в период которого получали медикаментозное лечение/фармакологические лекарства, а также психотерапию в виде бесед с психологом. Многие респонденты указывали на то, что получали помощь в виде бесед со специалистом-психологом, тогда как больше трети (36%) получали квалифицированную помощь, которую охарактеризовали как: *психологическое и медикаментозное лечение на протяжении 2 месяцев...; психотерапевтический стационар в течение 60 дней...; прием антидепрессантов, психотерапия 2 месяца...; консультация у частного психотерапевта, прием антидепрессантов 1 месяц...; 20 дней в психотерапевтическом стационаре, 3 сеанса психотерапии; 3 мес. психомедикаментозного лечения...*

Большее половины респондентов (57%) совершали одну попытку суицида, тогда как 43% более одного раза. В целом частота попыток колеблется от 1 до 3-х раз.

Никто из опрошенных не имел в своей жизни случаев, когда они или их друзья получали угрозы через SMS или социальные сети.

7.1.4 Семья и окружение

73,5% респондентов отметили, что воспитывались в семье с обоими родителями, 22,4% указали, что выросли имея только одного родителя, 2% воспитывались под опекой родственников и остальные 2% в детских приютах.

Семейное окружение во многом предотвращает психологические проблемы, дает ребенку уверенность в том, что его семья окажет поддержку в любой ситуации и проявит любовь, несмотря ни на что. Поэтому в исследование был включен вопрос о характере семейных отношений, где 26,5% респондентов отметили наличие теплых, доверительных отношений в семье и с членами семьи. В то же время более половины респондентов (57,1%) указали, что имели конфликт хотя бы с одним из членов семьи, чаще всего с родителем и реже - с братом или сестрой. Кроме того, 8,2% указали, что отношения были нормальными, нейтральными, и еще 8,2% затруднились ответить на этот вопрос.

Скорее всего, из-за конфликта в семье 55,2% респондентов отметили, что не обсуждали проблемы с членами семьи. 24,% % отметили, что они обсуждали свои проблемы. 12,2% респондентов обсуждали свои проблемы лишь изредка, а еще 8,2% не смогли ответить на данный вопрос из-за трудностей. Сам процесс обсуждения также носит ситуационный характер, например, некоторые респонденты отметили, что на момент попытки и в предсуицидальный период они не обсуждали проблемы с членами семьи. Иногда, принимая во внимание ситуацию в семье, они могут решиться вынести проблему на обсуждение.

Некоторые респонденты отметили следующее:

“В момент попытки суицида не обсуждала, а так в целом стараюсь обсуждать с мамой

иногда получается спокойно с пониманием, иногда нет, наоборот получается конфликт, поэтому иногда стараюсь не рассказывать о своих проблемах, чтобы не разозлить ее еще больше...если начнешь обсуждать наоборот, начинаются еще больше разногласий."

"Я редко обсуждал проблемы с моей мамой, боялся расстраивать ее."

"Мои родители любят, поддерживают, но никак не принимают мою проблему (сексуальную ориентацию), поэтому не делюсь с проблемами с ними."

В ответах респондентов не было обсуждения проблем с отцами.

Истории насилия: дома, в школе или где-либо еще. 55,1% респондентов испытывали насилие в семье со стороны родителей, опекунов и других членов семьи (из 27 респондентов, которые испытывали насилие в семье, 14 были женщинами), в то время как 32,7%, наоборот, не испытывали; 8,2% периодически испытывали насилие в семье. Остальные респонденты на этот вопрос не ответили. Кроме того, в качестве одной из форм насилия было указано психологическое давление со стороны одного из родителей. Были также случаи, когда один из родителей избивал респондентов за то, что они нюхали, курили сигареты и пили пиво.

25% респондентов также указали, что их родители пьют алкоголь. Один из респондентов сказал, что его мать ведет асоциальный образ жизни, заявив, что она постоянно употребляет алкоголь и исчезает на длительный период времени. Респонденты не знали ни о каких случаях суицида или суицидальных попытках в своих семьях.

Еще 25% респондентов отметили случаи издевательств в школе или учебном заведении,

постоянные конфликты с одноклассниками, отсутствие друзей в классе, ощущение себя изгоем. Сексуальные посягательства, а также издевательства по признаку внешности и сексуальной ориентации также были отмечены 6% респондентов.

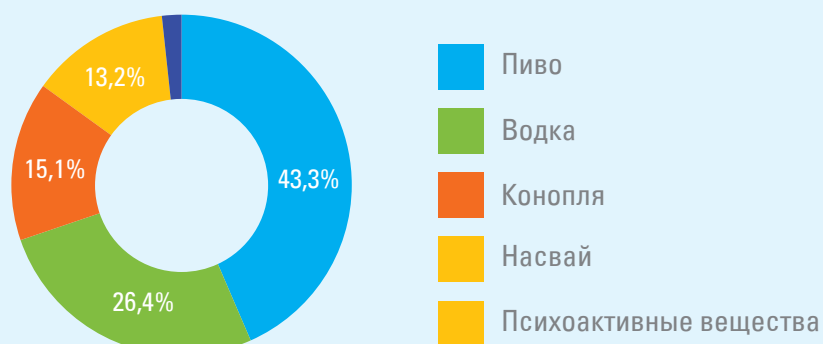
Употребление или злоупотребление веществами (алкоголь и другие вещества). 77% респондентов (31,6% женщин, 34,2% в возрасте от 13 до 17 лет; 65,8% в возрасте от 18 до 29 лет) употребляли или злоупотребляли алкоголем и другими средствами изменения сознания. 43,4% пили пиво (21,7% женщин, 47,8% в возрасте от 13 до 17 лет и 52,2% в возрасте от 19 до 29 лет). Более четверти респондентов (26,4%) указали на злоупотребление водкой. В основном они были из сельской местности в возрасте от 20 до 29 лет. Еще 15,1% отметили каннабис (в основном из городской местности), а 13,2% - нюхательный табак. Кроме того, около 2% указали на употребление более сильных психоактивных веществ. Потребляли его в компании друзей или в одиночестве, дома, на работе или в других местах развлечений.

Высокий процент потребления алкоголя и других веществ (в основном пиво 43,4%) среди групп подростков в возрасте от 13 до 17 лет, скорее всего, объясняется отсутствием надлежащей профилактической работы, как в семье, так и в школе. По словам представителя Республиканского центра наркологии, в стране не существует специализированной наркологической службы для подростков.³⁶

"Я могу употреблять на работе, дома, в клубе или в одиночку до 0,7 литров алкоголя в субботу, марихуану до двух раз в неделю. С друзьями мы курим и пьем алкоголь, обычно 1 бутылку водки, 3 литра пива и таблетки,"- отметил один из респондентов.

³⁶ https://kaktus.media/doc/372360_kvartiry_snimali_za_800_somov_v_bishkeke_18_podrostkov_ystroili_priton.html

Диаграмма 15. Употребляемые вещества (N=49) (%)



7.1.5 Ситуационные стрессоры

В течение последних 6 месяцев респонденты чаще всего отмечали следующие стрессовые события:

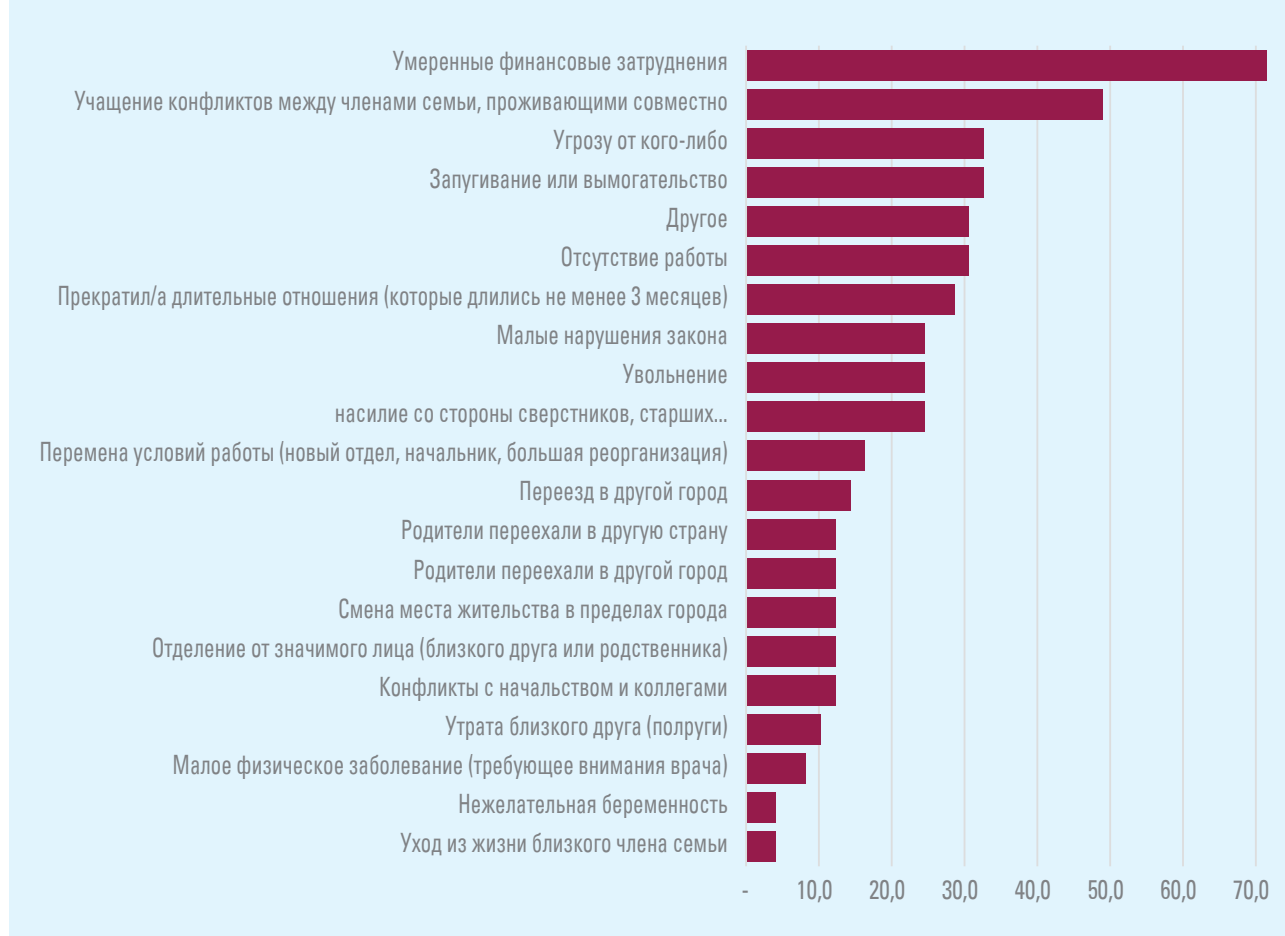
Таблица 9. Стрессовые события у респондентов за последние 6 месяцев (N=49) (%)

События	%
Умеренные финансовые затруднения	71,4
Усиление конфликтов между членами семьи	49,0
Угрозы	32,7
Запугивание или вымогательство	
Отсутствие работы	
Прекратил/а длительные отношения (которые длились не менее 3 месяцев)	30,6
Насилие со стороны сверстников, старших	28,6
Увольнение	24,5
Малые нарушения закона	24,5
Minor law violations	24,5

Такое стрессовое событие, как незначительные финансовые трудности, испытывает значительное число респондентов (71,4%), в равных пропорциях, как по полу, так и по возрасту. Более трети респондентов отметили частые конфликты между членами семьи. Особенно ярко это проявилось среди респондентов (62,5%) и более сконцентрировано в возрастной группе от 13 до 17 лет (87,5%). Угрозы наиболее распространены среди мальчиков (72%) в возрасте от 13 до 17 лет (100%). В целом, треть респондентов назвали издевательства стрессовым явлением за последние 6 месяцев, в основном мальчики в возрасте от 13 до 17 лет. Недостаток рабочих

мест также отметили треть респондентов, в основном мужчины (76%) в возрасте от 18 до 29 лет. Прекращение длительных отношений отметили более четверти респондентов, в основном женщины (64%) в возрасте от 18 до 29 лет. Как показано в таблице выше, насилие со стороны сверстников испытывают около четверти респондентов, в основном мальчики в возрасте от 13 до 17 лет. Увольнение было отмечено как стрессовый фактор, особенно среди мужчин (75%) в возрасте старше 18 лет. Незначительные нарушения законодательства были отмечены также примерно четвертью респондентов, в основном мужчинами (86%) в возрастной группе от 18 до 29 лет.

Диаграмма 16. Стрессовые жизненные события за последние 6 месяцев



7.2 Глубинные причины, факторы риска и защиты в области суицидального поведения через опрос близких подростков и молодежи, совершивших суицид

Для данного раздела была выполнена работа с целью получения ясной и точной картины жизненной ситуации, личности, состояния психического здоровья и возможного лечения, полученного в медицинских учреждениях до совершения суицида. Данные были получены в результате полуструктурированных интервью с членами семьи и друзьями подростков и молодежи, совершивших суицид. Интервью охватывало следующие аспекты:

- социально-демографические данные информатора (интервьюируемого) и данные умершего;
- обстоятельства смерти (период, способ, причины);

- история предыдущих суицидальных попыток;
- медицинская и психосоциальная поддержка;
- личность и образ жизни, семейное окружение.

7.2.1 Социально-демографические данные информатора (интервьюируемого) и умершего.

В целом было проведено 35 интервью с близким окружением подростков и молодежи умерших в результате суицида. В протоколе исследования планировалось опросить от 30 до 50 респондентов. Однако на практике достичь этого оказалось сложно и было принято решение начать анализ по 35 собранным в ходе оценки интервью.

В общей сложности в 35 интервью приняли участие 29 женщин и 6 мужчин, все они были в основном близкими родственниками: 19 из опрошенных были родителями (18 матерей и только 1 отец), 6 - бабушками и дедушками, 3- супругами умерших, 2 респондента- братьями/сестрами, 3 - друзьями и 1 - тетей. Эти респонденты были выбраны через поставщиков услуг, и, по их мнению, недостаток респондентов-мужчин объясняется их отказом и нежеланием участвовать в исследовании и говорить на эту тему.

Средний возраст составил 41 год, минимальный 15 лет, а максимальный 68 лет. Более того медиана составила 41, тогда как мода 39 лет.

Возрастные характеристики респондентов:

Таблица 10. Возрастные характеристики респондентов (N=35)

Возрастной диапазон	n	%
15-20	2	6
21-25	6	17
26-35	2	6
36-45	13	37
46-55	6	17
55-68	6	17

Все они проживали вместе с умершим на момент совершения суицида, кроме 2-х, которые приходились другом и подругой.

Демографические данные умершего. Всего было получено данных по 35-ти совершенным суицидальным случаям. Средний возраст умершего составил- 18 лет, самому молодому было 12 лет, тогда как самому старшему 29 лет (медиана 17; мода 14). Треть совершивших суицид (12 суицидов) относились к возрастной группе от 12 до 15 лет, остальная треть была в возрасте от 16 до 19 лет. Восемь были в возрасте от 20 до 25 лет, и трое в возрасте от 26 до 29 лет.

24 случаев суицида в исследуемой выборке были совершены мужчинами и 15 женщинами. Большинство из них (26 случаев) были этническими кыргызами, 5 - русскими и 3 - представителями других национальностей. 20 из них проживали в городах, остальные 15 - в сельской местности.³⁷ Четверо из них состояли в браке, 16 имели неполное среднее образование, 15- полное среднее и 4- среднее специальное образование. 12 из них были школьниками, 23 - трудоспособными, однако 17 из них были безработными. Остальные 6 были заняты следующим образом: 2 имели постоянную работу; 2 - временную работу; 2 - временную работу на условиях неполного рабочего дня, и все они имели низкий уровень удовлетворенности работой по словам родственников. 30 из умерших были мусульманами, 3- христианами и 2- атеистами.

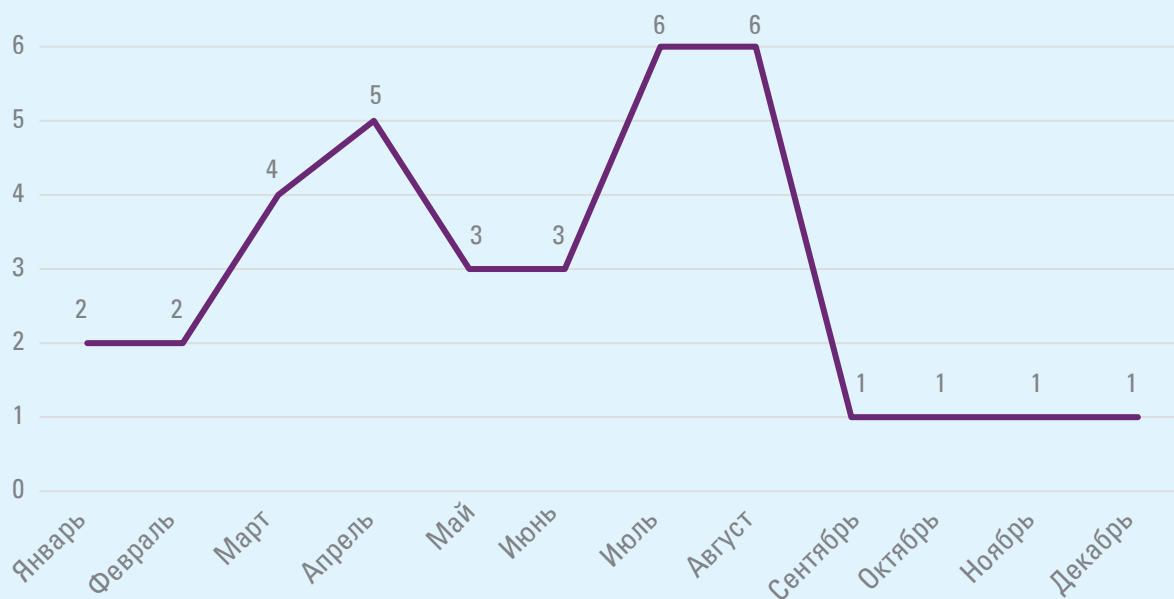
7.2.2 Обстоятельства смерти

По 6 случаев суицида пришлось на летние месяцы, а именно на июль и август, далее следуют 5 случаев в апреле и 4 случая в марте. Например, было совершено больше суицидов в летний период, когда родители или взрослые члены семьи обычно находятся вне дома.

“Было лето, и нас не было дома, как других людей, которые уезжают из страны, уезжают в отпуск летом... в доме не было взрослых членов семьи, поэтому ребенок был один; может быть, если бы кто-то был рядом с ним, он бы рассказал, что его беспокоит, и попросил бы совета”, - отметил один из респондентов.

³⁷ 9 респондентов проживали в Бишкеке, 5 - в Чуйской, 6 - в Ошской, 3 - в Нарынской, 5 - в Иссык-Кульской, 3 - в Таласской и 3 - в Джалал-Абадской областях.

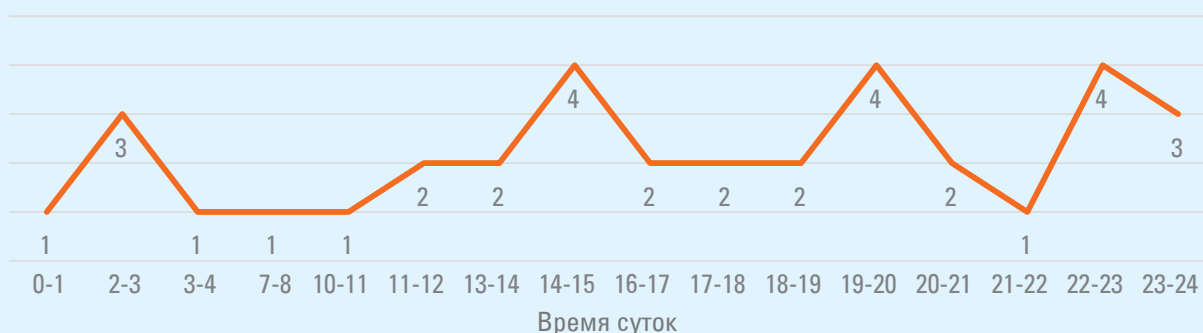
Диаграмма 17. Месяц, в котором был совершен суицид (N=35)



Время суток, в котором произошел суицид, также играет важную роль. Четыре случая суицида произошли днём (с 14.00 до 23.00), вечером (с 19.00 до 8.00) и ночью (с 22.00 до

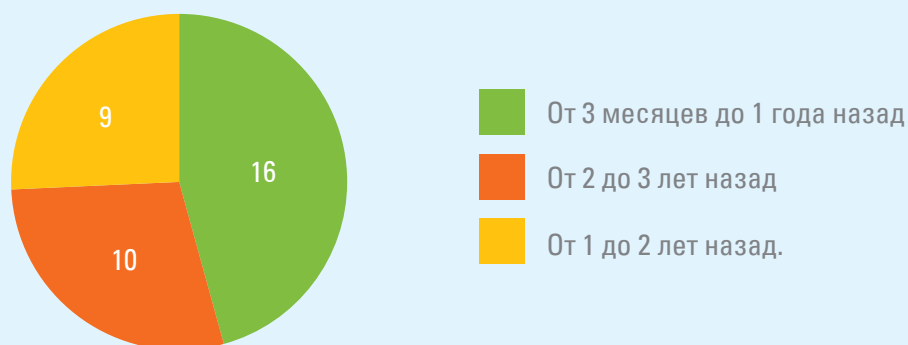
11.00). Три случая произошли ночью (между 11 и 12 часами вечера), а также глубоко ночью (между 2 и 3 часами утра). Шесть случаев произошли с 16.00 до 19.00.

Диаграмма 18. Время суток, в котором был совершен суицид (N=35)



Около половины суицидов были совершены от 3-х месяцев до 1 года назад. Остальные от года 3-х лет назад.

Диаграмма 19. Когда был совершен суицид (N=35)



В качестве места для совершения суицида был отмечен преимущественно дом в 31-м случае, по одному разу сарай возле дома, также заброшенное здание недалеко от дома, в 2-х случаях дом родственника.

В 31 случае суицид произошел в их доме, по одному случаю в сарае и старом здании рядом с домом, в 2 случаях это был дом родственника.

Более половины суицидов были совершены через повешение или удушение. В некоторых случаях суицид произошел путем отравления наркотиками, а в пяти случаях - путем перерезания вен и выпрыгивания из окна.

Некоторые родители указали, что случаи суицида широко освещаются в прессе и что это также могло повлиять на возникновение и развитие суицидальных мыслей.

“Очень много в газетах и в интернете пишут о том, что кто-то выбросился из окна, кто-то повесился, кто-то наглотался таблеток. Понятно, что газеты пишут об этом чтобы привлечь народ, читателей, они этими сообщениями привлекают аудиторию к своей газете...дети читают об этом, остается в их голове этот случай, потом, если что-то случилось в их жизни, они как выход видят самоубийство...Полезнее было бы писать о том, что если человеку, особенно подростку сложно психологически там..., они ведь как воспринимают? Сложность какая-то случилась, все конец света...нет выхода, нет же опыта в жизни, потом они очень эмоциональны, спонтанны, не умеют справиться с ситуацией...объясняли бы в газетах, что не нужно паниковать, что нужно задуматься, обратиться к кому-нибудь за помощью...учитель, классный руководитель, психолог в школе...взрослый кому он доверяет;”- отметил один из респондентов.

Диаграмма 20. Способ, которым был совершен суицид (N=35)



Предсмертные записки были оставлены только в 4 случаях. В 3 случаях умершие просили прощения у матерей и в 1 случае была просьба никого не винить.

В 13 случаях покойный один раз или несколько раз упоминал, что не хочет жить. В основном это были девочки (9 случаев). Они говорили, что очень устали от жизни, что никто их не понимает, особенно их родственники, и что они не видят причин жить. Респонденты отметили, что не обращали внимания на эти слова и теперь чувствуют некоторое сожаление и вину. В 13 случаях умершие выразили намерение покончить с собой (один раз или даже чаще). В 3 случаях они сказали, что жизнь не стоит того, чтобы жить. В 4 случаях они указывали, что хотят умереть, а в 4 случаях выражали мысли о том, чтобы покончить с жизнью. Более того, в остальных 2 случаях (оба среди девочек) они думали о том, чтобы покончить с жизнью, и строили такие планы.

Следует отметить, что глубинные причины суицидов были в большей степени раскрыты в ходе интервью с поставщиками услуг, поскольку родственники могут не дать полной картины и информации о причинах внутри семьи и межличностных отношениях, которые также являются значимыми факторами, способствующими уровню суицидального поведения среди целевой группы.

Несмотря на мнение социальных педагогов, школьных психологов и социальных работников о том, что суицид среди подростков часто происходит из-за насилия или психологиче-

ского угнетения в семье, это было отмечено лишь в 6 случаях.

Поставщики услуг указали на следующие факторы, которые могут способствовать суицидальному поведению:

- Проблемы и конфликты в семье, а также социальное отчуждение;
- Подростки болезненно относятся и переживают развод родителей, особенно те, кто в равной степени привязан к обоим родителям. Дети испытывают чувство бесполезности, покинутости и предательства;
- Домашнее насилие, в том числе физического, психологического, сексуального и экономического характера;
- **Несчастные** любовные отношения;
- Потеря любимого человека;
- Частое попадание ребенка в стрессовые ситуации;
- Длительная депрессия подростка;
- Низкая самооценка;
- Трудности в отношениях со сверстниками, школьный рэкет;
- Игры и интернет-зависимость;
- Сексуальная ориентация.

Тем не менее, преобладающим обстоятельством, приведшим к трагедии, является наличие конфликта, причем чаще всего со сверстниками, с другими учащимися, где причиной могут быть угрозы, насмешки и издевательства. Подробнее см. таблицу.

Таблица 11. Обстоятельства приведшие к решению совершить суицид по словам опрошенных родственников и друзей.

Обстоятельства приведшие к решению совершить суицид	n
Конфликт со сверстниками, не приняли, не такой как они, не умел быть как другие, не подчинился их правилам, дети жестоки, рэкет, угрозы, насмешки, издевательства	12
Не справился с жизненными трудностями, не смог адаптироваться к окружающим, обществу, был слаб духом, тотальное одиночество, отсутствие опыта жизни	8
Проблема внутри семьи, постоянное давление, напряжение, уничтожение, непонимание, непринятие	6
Неразделенная любовь, отвергнут, не понят	5
Насилие	1
Разоблачение в чем-то	1
Совершил (а) кражу или же был/была обвинен (а) в краже	1
Беременность	1

В подтверждение вышеупомянутых обстоятельств, приведших к суициду, 12 из опрошенных родственников отметили, что покойный подвергался насилию, будь то в школе, университете, со стороны сверстников или на улице.

В то же время 11 из опрошенных родственников отрицали, что покойный подвергался насилию до совершения суицида. Треть респондентов указали, что точно ничего не могут ответить о фактах какого-либо вида насилия.

Треть респондентов считают, что покойный страдал от всех видов издевательств (в реальной жизни или в сети) и/или от рэкета. Многие ничего не знали об этой ситуации (20 из опрошенных), в то время как другие считали, что это не имело никакого влияния.

Почти все респонденты, а именно 32, указали, что покойный не подвергался дискриминации. Остальные 3 отметили, что человек столкнулся с дискриминацией, потому что он был несколько сдержанным, тихим, не таким напористым, как другие, или "дерзким".

Ни один из респондентов не смог ответить на вопрос о том, знали ли они, факт обращения или же получения покойным какой-либо помощи в решении своих проблем. Это свидетельствует о том, что многие родственники не были в доверительных отношениях, не уделяли особого внимания и не понимали того, что происходило в жизни их близкого человека.

Половина респондентов (18) хотели скрыть от общественности или правоохранительных органов, что их родственник умер в результате суицида. Причина была в стыде. Случаи самоубийств - очень неприятное явление как с точки зрения общественного мнения, так и с точки зрения религии, в частности, ислама, а также христианства.

"Когда моя старшая дочь развелась, Я думала, что это был худший позор для нашей семьи, но все обернулось иначе, и меня ждало нечто еще более ужасное. Суицид - это нечто невообразимое и невероятное," - отметила одна из матерей.

7.2.3 История предыдущих суицидальных попыток

В целом, опрос показал, что четверть умерших имели опыт предыдущих суицидальных попыток (1 раз - 8 человек (2 девочки) и 2 раза - 2 человека (оба мальчика). Респонденты (родственники умерших в возрасте от 12 до 16 лет) указали на импульсивность человека в подростковом возрасте, отсутствие жизненного опыта и ценностей, которые привели к такому "фривольному" шагу, как совершение суицида. По их словам, причинами были безответная и несчастная любовь. Один из респондентов указал на трудности в отношениях со сверстниками, скрытность, склонность держать в себе боль и другие обиды, и решение совершить суицид явилось потенциальным выходом из ситуации.

Для молодежи, которые умерли в результате суицида (от 24 до 29 лет), респонденты указали, что они не могли должным образом социализироваться и найти выход из трудных жизненных обстоятельств (отсутствие работы, денег, неспособность противостоять мнениям и упрекам других людей и родственников о том, что ему не повезло и он не может должным образом определить свою жизнь, найти работу, построить семейные отношения).

"Молодежь сейчас очень жестока и может словами или действиями обидеть, сказать, что моя дочь не такая как они. Да, мы немного бедны и не можем... не могли покупать красивые вещи. Не всегда есть возможность помыться перед школой, возможно эти причины повлияли на то, что моя дочь решила повесится, но она была очень скрытной, я не знаю про то, что она хотела с кем-встретиться, она не рассказывала об этом. Я сама виновата, что не могла подолгу с ней разговаривать, просто у меня тоже характер, закрытый не люблю много слов. И моя вина тоже есть. Очень неразумный поступок сделала она, приняла лекарства, из-за того, что поссорилась с мальчиком, что он отверг ее. Это молодость и мягкость характера," отметила одна из скорбящих матерей.

7.2.4 Медицинская и психосоциальная поддержка

Респондентов также спрашивали, обращались ли они к врачу общей практики с покойным в течение месяца до его или ее смерти. 25 респондентов отметили, что они этого не делали, а в остальных 10 случаях факт лечения не был указан.

После суицида в 23 случаях были проведены спасательные мероприятия в виде искусственного дыхания и экстренной медицинской помощи для остановки кровотечения или промывания желудка.

Три респондента считают, что медицинский персонал не информировал милицию о случае суицида, 25 не знали/затруднялись с ответом, а 7 уверенно считают, что медицинский персонал информировал милицию.

После произошедшего суицида, 30 респондентов отметили, что разговаривали с милицией, которая связывалась с ними для выяснения обстоятельств инцидента.

32 респондента указали, что у покойного не было ни хронических заболеваний психиатрического характера, ни физических недостатков. Они больше указали на их индивидуальные особенности, такие как нетерпимость к критике, отсутствие терпения и сдержанность. Респонденты не отметили никаких других значимых заболеваний, лечения, ран, несчастных случаев или госпитализации.

7.2.5 Личность и образ жизни, семейное окружение

Ни у кого из умерших не было очевидных дисциплинарных проблем в школе, т.е. не было выговоров, задержаний, отстранений от занятий и исключений из школы. Также не было особых межличностных конфликтов с учителями, но опрошенные ссылались на отсутствие с ними доверительных отношений.

Респонденты также не наблюдали приступов гнева или резких перепадов настроения (например, по отношению к конкретному человеку). Скорее, имела место некоторая депрессия, сдержанность в разговоре, противостояние или оторванность.

“-Бывал резок, грубил, но это нельзя назвать приступом гнева. Резкость и грубость проявлял, когда бывали замечания

или просьба сделать что-то по дому, скорее всего это подростковая импульсивность и нетерпимость, связанная с подростковым периодом, гормонами”.

“Тяжелых конфликтов в семье и с друзьями не имели.”

“Также, как и все другие дети в их возрасте, мог подраться. Но нельзя назвать это систематическим проявлением.”

Были отдельные случаи нанесения себе физического вреда, например, нанесение себе телесных повреждений, биевание головой или царапины на лице.

“В детстве учителя делали замечания и говорили о настороженности в том, что ребенок странно реагирует на критику или замечание. Могла начать себя царапать, говорить, что она плохая, что у нее ничего не получается, неумеа. Тогда во избежание каких-то проблем учителя просто не делали замечания, а просто даже начинали неоправданно хвалить ее”,- отметила одна из матерей.

Семейное окружение. 15 подростков и молодых людей, которые совершили суицид росли в семьях с обоими родителями, а в 9 случаях один из родителей находился в миграции, в основном отцы. В 5 случаях были 1 или более братьев и сестер и до 3 братьев и сестер в 21 случае. У одного человека не было братьев и сестер, а у остальных было от 4 до 6 братьев и сестер.

Несмотря на то, что многие из них жили в семьях и были окружены братьями и сестрами, эти обстоятельства не спасли их от трагедии. Это прямо или косвенно указывает на отсутствие в семье более или менее доверительной атмосферы.

Многие родственники указывали на то, что несмотря на то, что были случаи, когда умерший выражал желание покончить с собой, никто не воспринимал эти слова достаточно серьезно, чтобы обратить на них внимание и оказать помощь. Многие из них не обсуждали свои проблемы с членами семьи.

Состав семьи в конце жизни умерших можно назвать достаточно хорошим, учитывая тот факт, что 30 из них жили с родителями (или одним из родителей), а остальные - с партнерами. Это указывает на то, что они были не одни и потенциально могли обратиться за помощью и поддержкой.

Таблица 12. Присутствие родителей на момент совершения суицида и в последний год жизни

Присутствие родителей:	в течение последнего года жизни	в момент суицида
Проживал с обоими родителями	15	9
Проживал с одним родителем	5	5
Один родитель проживал вдали от дома (внутренняя миграция)	3	6
Оба родителя проживали вдали от дома (внутренняя миграция)	1	1
Один родитель проживал за границей (внешняя миграция)	9	12
Один родитель умер	2	2

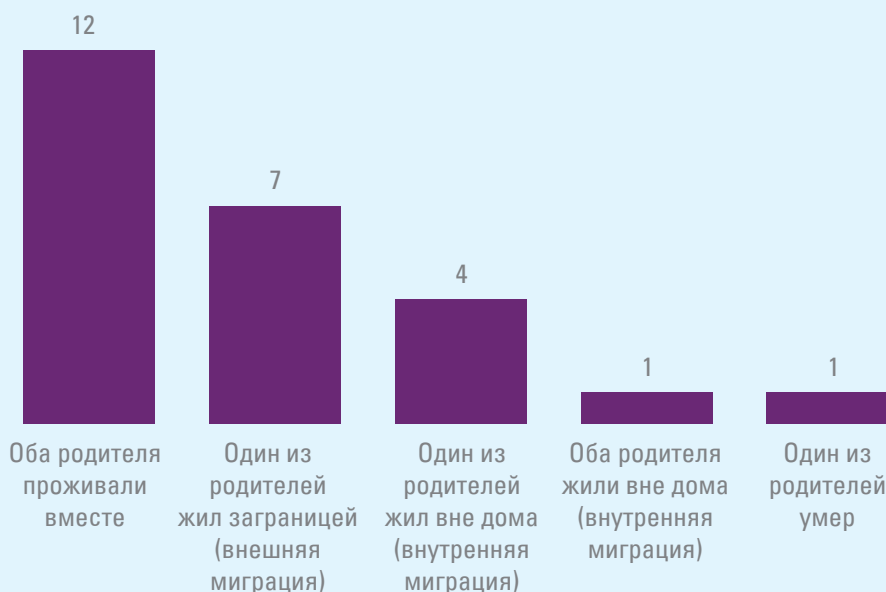
Результаты данного раздела показывают, что необходимо работать с семьями и близкими людьми, окружающими уязвимых лиц, а также с общественностью в целом, информировать их о необходимости реагировать на тревожные заявления и принимать соответствующие меры для оказания квалифицированной психологической помощи, устанавливать более доверительные отношения и стараться помочь нуждающимся лицам.

7.3 Информация о респондентах, чьи родители находятся в миграции

По словам опрошенных членов семьи и друзей, только у 2 из 35 человек совершивших суицид родители были в миграции.

Из 25 респондентов в возрасте от 12 до 18 лет, совершивших суицидальную попытку, 12 проживали с обоими родителями на момент попытки (см. рисунок 20 ниже). В 7 случаях один из родителей находился во внешней миграции и в 4 случаях - во внутренней. В одном случае оба родителя находились во внутренней миграции, а в оставшемся случае родитель скончался.

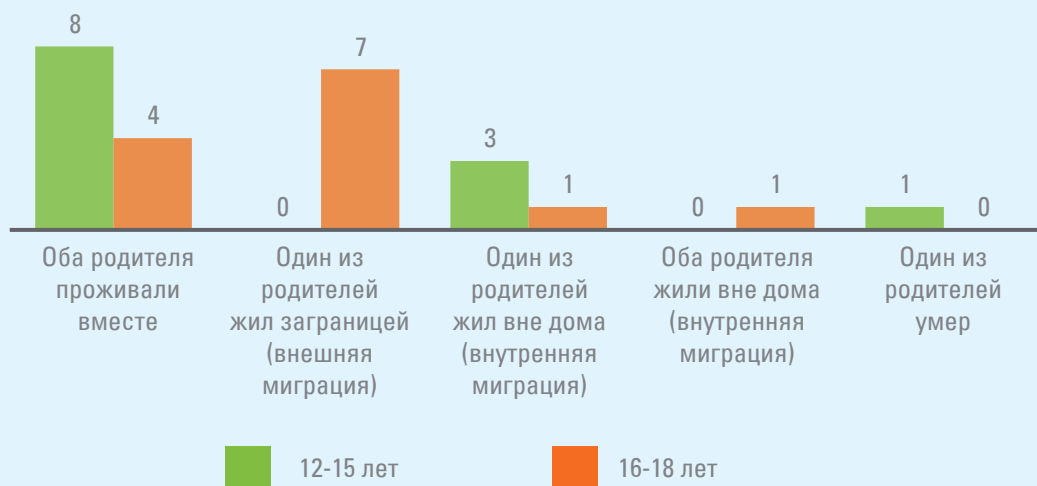
Диаграмма 21. Присутствие родителей на момент суицидальной попытки среди респондентов в возрасте от 12 до 18 лет (n)



В 8 случаях (из 12) подростки в возрасте от 12 до 15 лет проживали с обоими родителями на момент попытки суицида, в 3 случаях один из родителей находился во внутренней миграции, а в оставшемся случае родитель скончался.

В возрастной группе от 16 до 18 лет только 4 респондента из 13 проживали с обоими родителями. В 7 случаях один из родителей находился во внешней миграции, а в 2 случаях один или оба родителя находились во внутренней миграции.

Диаграмма 22. Присутствие родителей на момент суицидальной попытки по возрастным группам (n).



Данные показывают, что один или оба родителя половины подростков были в миграции, когда произошла суицидальная попытка. Соответственно, подростки жили либо с одним родителем, либо в случае, когда оба родителя находились в миграции, они оставались на попечении родственников.

Исследование показало, что 42 % суицидальных попыток происходила на почве конфликта с партнером, другом или членом семьи. Поддержка родителей играет важную роль в профилактике суицида. Ни один из респондентов не указал миграцию одного или обоих родителей в качестве причины, спровоцировавшей суицидальную попытку. Однако можно предположить, что миграция родителей может повысить уязвимость детей, которые могут испытывать эмоциональные или психологические трудности после разлуки с одним или обоими родителями: по данным Нацстаткома за 2018 г., дети, оставленные родителями в результате миграции, чаще испытывают психологические трудности и тревогу, чем

дети, живущие с обоими родителями.³⁸ Это также подтверждается тем фактом, что за время пандемии КОВИД-19 (с марта по май 2020 г.) в стране было зарегистрировано 13 случаев суицида среди молодежи и подростков, у некоторых из них один или оба родителя были во внешней миграции.

Стрессовые события за последние 6 месяцев

Этот раздел посвящен раскрытию стрессовых событий за последние 6 месяцев, с которыми столкнулись респонденты, у которых один или оба родителя находились в миграции в год суицидальной попытки или же на сам момент совершения попытки суицида. Всего было 12 респондентов (из 25) в возрастной группе от 12 до 18 лет затронутые миграцией. Эти 12 респондентов дали 28 различных ответов касательно стрессовых ситуаций, ввиду того что каждый из них мог указать несколько стрессоров.

³⁸ Национальный статистический комитет Кыргызской Республики и Детский Фонд ООН, Kyrgyzstan Multiple Indicator Cluster Survey 2018 - Survey Findings Report, Бишкек, 2019.

Таблица 13: Стрессовые события в жизни за последние 6 месяцев среди респондентов (в возрасте от 12 до 18 лет), у которых один или оба родителя находились в миграции в год совершения суицидальной попытки (n).

Стрессовые события в жизни	Кол-во случаев
Умеренные финансовые трудности (хлопотные, но не серьезные, т.е. повышенные расходы, неприятности со стороны заемщиков)	5
Частые ссоры с членом семьи	5
Угрозы от кого-то	3
Смерть близкого друга	2
Незначительное физическое заболевание, требующее внимание врача	2

Умеренные финансовые трудности и споры с членами семьи были указаны стрессорами за последние 6 месяцев преимущественно респондентами с одним или обоими родителями в миграции в год совершения попытки суицида. Следующие причины были указаны один раз: смерть близкого члена семьи, госпитализация члена семьи, разрыв отношений, споры с начальником или коллегой, разлука с человеком (близким другом или родственником), переезд в другой город, окончание школы/университета, академический провал (важный экзамен или курс), насилие со стороны сверстников, изменение условий труда.

Респонденты, у которых один или оба родителя находились в миграции на момент попытки суицида указали на следующие стрессовые факторы: участвовавшие споры с членом семьи (5 упоминаний из 22) и умеренные финансовые трудности (3 случая из 22). Дважды были указаны следующие причины: смерть близкого друга и незначительное физическое заболевание. Остальные факторы стресса указывались один раз: смерть близкого члена семьи, госпитализация члена семьи, ссоры с начальником или коллегой, окончание школы/университета, академический провал, важный экзамен, насилие со стороны сверстников.

Таблица 14: Стрессовые события в жизни за последние 6 месяцев среди респондентов (в возрасте от 12 до 18 лет), у которых один или оба родителя находились в миграции на момент совершения суицидальной попытки (n).

Стрессовые события в жизни	Кол-во случаев
Частые ссоры с членом семьи	5
Умеренные финансовые трудности (хлопотные, но не серьезные, т.е. повышенные расходы, неприятности со стороны заемщиков)	3
Угрозы от кого-то	3
Смерть близкого друга	2
Незначительное физическое заболевание, требующее внимание врача	2

Опрос среди поставщиков услуг также показал, что семьи, где дети оставлены на попечение родственников в связи с миграцией их родителей, находятся под особым контролем местных органов власти. Социальные работники следят за такими детьми и контролируют их пребывание в семьях, уделяя при этом особое внимание посещению школы, материальному благосостоянию, бытовому насилию и другим вопросам. Школьные социальные педагоги также отметили, что они осведомлены о детях, родители которых находятся в миграции, и что они стараются вести учет таких детей. ИДН также ведет мониторинг таких семей.

На местном уровне, в частности, в регионах, где миграция широко распространена, семьям с детьми, оставшимися под их опекой, отводится особое внимание в процессе выявления и сопровождения семей и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Опрошенные поставщики услуг указали, что они пытаются работать комплексно и совместно с социальными работниками, социальными педагогами и ИДН в целях более эффективной профилактики и пресечения суицидальных попыток.

8. Непреднамеренные и неожиданные открытия исследования

Семья не предотвращает суицид или суицидальное поведение. Неожиданным оказалось то, что более половины респондентов, совершивших попытку суицида (57,1%), указали, что имели конфликт, по крайней мере, с одним из членов семьи, чаще всего с матерью или отцом, и реже - с братом или сестрой. Скорее всего, из-за этого конфликта в семье 55,2% отметили, что не обсуждали свои проблемы с членами семьи. Этот вывод был неожиданным, поскольку семья часто ассоциируется с местом, которое обеспечивает безопасность и защиту детей.

Стигматизация как препятствие для получения психосоциальной помощи. Исследование показало наличие высокой стигматизации по отношению к школьникам, которые

обращаются за психологической помощью. Они боятся быть “высмеянными” своими одноклассниками за посещение кабинета психолога. Это однозначно свидетельствует об отсутствии широко распространенной практики получения психологических услуг.

Психосоциальные услуги в школах. В некоторых школах Бишкека было неожиданно обнаружить наличие психосоциальных служб, которые состоят из социального педагога и школьного психолога. Они работают в тесном сотрудничестве с ИДН, которая входит в состав МВД. Такой комплексный подход демонстрирует не только эффективность работы с подростками и молодежью, но и координацию деятельности ведомств.

9. Извлеченные уроки

- Доступ и установление контактов с основными респондентами настоящего исследования, в частности с лицами, которые ранее совершали попытку суицида, а также с членами семей тех, которые совершили суицид было чрезвычайно сложным. В качестве извлеченного урока следует отметить необходимость привлечения в качестве интервьюеров поставщиков услуг после предоставления им обширной информации о контексте исследования;
- Существует необходимость расширения психосоциальных услуг в школах на региональном и местном уровнях для более комплексной и системной профилактики суицида среди школьников. Такие службы предполагают совместную работу ИДН, школьных психологов и социальных педагогов, которая доказала свою эффективность в школах г. Бишкек;
- Школьные психологи не активно присутствуют в школах на областном и местном уровнях. Однако в этих школах есть социальные педагоги, чьи функции необходимо расширять, а также повышать их навыки по оказанию психологической поддержки нуждающимся детям. Это может быть временной мерой до создания психосоциальных служб.

10. Ключевые результаты исследования и рекомендации

Результаты и соответствующие рекомендации представлены ниже по степени их приоритетности:

Основные причины и факторы суицидального риска среди подростков и молодежи

Результат: Личные конфликты (с членами семьи или друзьями) являются основными причинами суицидальных попыток среди 42% подростков и молодежи. Они оставляют тяжелые психологические и эмоциональные последствия и призывают к срочной необходимости оказания своевременной психологической помощи. По данным исследования, у половины подростков в возрасте от 12 до 18 лет на момент совершения суицидальной попытки родители находились в миграции.

Существуют риски, связанные не только с ограничениями в получении поддержки, но и с возможностями укрепления механизмов профилактики суицида:

1) По мнению поставщиков услуг, стигматизация и дискриминация являются существенными препятствиями для доступа к услугам. Мало внимания уделяется депрессии, которая также может привести к суициду;

2) Школьные психологи имеют недостаточную квалификацию из-за отсутствия общих стандартов работы;

3) Работа ИДН имеет большое значение для предотвращения школьного рэкета и издевательств, которые могут спровоцировать и привести к суицидальному поведению. В Бишкеке работа многих ИДН в школах интегрирована в работу школьных психосоциальных служб и способствует тому, чтобы их работа была более дружелюбной к детям. Однако в регионах есть нехватка психосоциальных служб;

4) Навыки и возможности школьных психологов, социальных работников и социальных педагогов необходимо укреплять для работы со школьниками по профилактике суицида и выявлению возможных проблем на начальном уровне. Примечательно, что в регионах нет телефонов доверия.

5) Необходимы мероприятия по наращиванию потенциала учреждений первичной медико-санитарной помощи для предоставления качественных услуг детям и подросткам для решения проблем с психическим здоровьем;

6) Поощрять сотрудничество между семьей и поставщиками услуг в целях совместного оказания комплексной поддержки детям и подросткам, подверженным риску суицида.

Каждый из этих пунктов более подробно описан ниже:

1. **Результат:** Сильная стигматизация при получении психосоциальных услуг и при-

знании проблем с психическим здоровьем. В результате дети не направляются к врачу и не получают необходимой и своевременной поддержки.

Рекомендация: Программа школьных психологов и социальных педагогов должна включать меры по преодолению стигмы вокруг темы суицида в целом и при получении психосоциальных услуг. Со времен Советского Союза существует табу на разговоры о психологической и психиатрической помощи на уроках, а также с родителями. Поэтому для комплексного решения этих проблем необходимо разработать и реализовать коммуникационную стратегию для развития (C4D) с включением таких мероприятий, как кампании по повышению осведомленности населения, семинары и лекции для родителей и учеников о необходимости и эффективности обращения к психологам, а также о том, что в этом нет ничего постыдного и вредного. Социальные работники, социальные педагоги и школьные психологи также могут использовать встречи местных органов власти и сельские собрания, чтобы поднять эти вопросы и уменьшить стигматизацию в отношении доступа к психосоциальным услугам.

- 2. Результат:** население не признает проблемы с психическим здоровьем и не считает депрессию серьезной проблемой. В результате, они не придают значения симптомам депрессии у ребенка.

Рекомендация: среди населения необходимо проводить разъяснительную и информационную работу о важности внимания семьи к детям с симптомами депрессии. Все эти мероприятия могут проводиться теми же методами, что и для снижения стигмы при получении психосоциальных услуг.

- 3. Результат:** Институт школьных психологов доказал свою эффективность в решении проблем, связанных с суицидами.

Рекомендация: необходимо разработать стандарты, которыми должны руководствоваться в своей работе школьные психологи и педагоги. Кроме того, уже разработаны клинические рекомендации, в том числе

рекомендованные назначенными специалистами в области психосоциальной поддержки. Необходимо внедрить общие подходы и стандарты для 1) выявления учащихся, имеющих проблемы в контексте суицидального поведения (шкалы, вопросники); 2) предоставления психосоциальной поддержки; 3) дальнейшей поддержки/наставничества; 4) обработки и интерпретации результатов шкал и вопросников.

- 4. Результат:** Встречи со школьными психологами показали наличие инициативной группы по созданию Ассоциации школьных психологов.

Рекомендация: необходимо создать Ассоциацию, которая могла бы продвигать и осуществлять идеи и мероприятия по разработке общих подходов в работе школьных психологов. На ее базе можно было бы организовывать тренинги, коучинг, семинары, обмены визитами и способствовать развитию и дальнейшему продвижению этой профессии. Вначале возникнут проблемы с финансированием деятельности Ассоциации, и можно будет обратиться за поддержкой в международные организации. Также можно будет использовать краудфандинг для поиска дополнительного финансирования. Кроме того, можно также рассмотреть создание Ассоциации социальных педагогов.

- 5. Результат:** ИДН должны работать в тесном сотрудничестве со школьным психологом, социальным педагогом, социальными работниками и квартальными для профилактики суицида. Однако практика оказания психосоциальных услуг доступна только в школах г. Бишкек и не развита на региональном уровне из-за отсутствия социальных педагогов, а в большинстве случаев и школьных психологов тоже.

Рекомендация: необходимо создавать психосоциальные службы в школах с целью расширения практики предоставления психосоциальных услуг. Такие службы предполагают наличие и совместную работу ИДН, школьного психолога и социального педагога.

- 6. Результат:** Важно совершенствовать работу служб первичной медико-сани-

тарной помощи, чтобы лучше выявлять, оказывать помощь и направлять лиц, нуждающихся в поддержке, в другие соответствующие организации для получения дополнительной помощи.

Рекомендация: Необходимо усилить работу центров, специализирующихся на оказании психосоциальной помощи целевым группам. В частности, необходимо сосредоточить внимание на более широкой и углубленной подготовке школьных психологов, социальных работников и социальных педагогов, с тем чтобы лучше работать со школьниками в целях эффективной профилактики суицида.

7. **Результат:** Телефон доверия является очень эффективным инструментом реагирования и мобилизации соответствующих услуг для оказания помощи нуждающимся детям, подросткам и молодежи.

Рекомендация: рекомендуется увеличить число сотрудников “телефона доверия 111.” Также необходимо проводить информационные мероприятия для повышения осведомленности общественности о наличии “телефона доверия”, например: 1) соответствующие телевизионные ролики, содержащие информацию о телефоне доверия, для того, чтобы охватить не только родителей, но и соседей, учителей, учащихся и других лиц, которые общаются с детьми и могут сообщить о любых подозрительных фактах жестокого обращения и насилия над ними. Он также может помочь детям и подросткам с суицидальным поведением обратиться за помощью; 2) разработка и публичное распространение информационных буклетов (например, в школах, медицинских центрах и на рынках); 3) местные органы власти могут помочь в распространении информации о телефоне доверия среди населения.

Механизмы выявления, регистрации и разрешения случаев суицида и суицидальных попыток

1. **Вывод:** Существующая статистика дает информацию о случаях суицида, но отсут-

ствуют данные о суицидальных попытках. Нацстатком и МВД являются основными источниками статистических данных о случаях суицида со значительными расходами в цифрах.

Рекомендация: Необходимо, чтобы оба эти ведомства сотрудничали и совершенствовали методы регистрации. МВД внедрило автоматизированную информационную систему ЕРПП, которая возможно поможет получить данные, отражающие реальную ситуацию для эффективной разработки мероприятий по профилактике суицида

Соответствующие организации для работы с уязвимыми подростками и молодежью

Была составлена карта поставщиков услуг с целью выявления наиболее подходящих организаций для оказания поддержки уязвимым подросткам и молодежи.

1. **Результат:** Согласно “Карте поставщиков услуг”, на всех уровнях существуют соответствующие организации, которые работают в области выявления, оказания поддержки и направления к соответствующим специалистам. Учреждения национального уровня включают министерства, УСР, центры здравоохранения, образовательные учреждения и другие; ключевые лица/организации начального уровня включают социальных работников, которые работают в области выявления и профилактики; социальных педагогов и школьных психологов, которые работают в области профилактики, предоставления поддержки, а также направления на лечение; ИДН, а также специализированные центры поддержки также активны в области профилактики суицида.

Рекомендация: На вторичном уровне необходимо проводить регулярное обучение квалифицированных специалистов (психотерапевтов, психиатров) в области лечения. Обзор литературы показал наличие клинических протоколов, разработанных сотрудниками медицинских учебных заведений, а именно Кыргызско-Россий-

ского Славянского Университета и Кыргызской Государственной Медицинской Академии. Протоколы прошли все необходимые аккредитации и размещены на сайте МЗ Кыргызской Республики. Существует необходимость в оценке данных клинических протоколов с точки зрения их востребованности и эффективности.

- 2. Результат:** Обзор подходов на национальном уровне показывает, что существует понимание проблемы со стороны властей, которые работают на политическом уровне по профилактике суицида среди подростков и молодежи. Существует также институциональный механизм реализации и комплексный подход к решению этой проблемы. Кроме того, обзор планов и деятельности учреждений по профилактике суицида среди молодежи и подростков свидетельствует о целом ряде предпринимаемых усилий. Необходимы дополнительные исследования для оценки воздействия и эффективности проводимой деятельности.

Рекомендация: Необходимо разработать четкую и совместную стратегическую политику с планом действий, графиком, финансовыми ресурсами, планом мониторинга и оценки для системного решения выявленных проблем и для обеспечения комплексности усилий различных заинтересованных сторон, вовлеченных в профилактику суицида среди молодежи и подростков.

В целом, существует потребность в более широком и глубоком исследовании суицидального поведения с использованием количественного метода с более широкой выборкой. Данный подход поможет определить целевые группы (группы риска, окружение и факторы влияния) для обеспечения всесторонней помощи нуждающимся и разработать более целенаправленную коммуникационную стратегию для повышения осведомленности по данной проблеме.

11. Приложение

11.1 Recommendations for the short, medium- and long-term actions to reduce suicidal behaviour, focusing on prevention programmes and communication strategies that may be supported by UNICEF Kyrgyzstan

Краткосрочные меры	Среднесрочные меры	Долгосрочные меры	Методы	Ответственные стороны	Финансовые ресурсы
Усиление обмена информацией между Нацстаткомом и МВД для правильной и полной регистрации случаев суицида среди молодежи и подростков.	Разработка единой системы базы данных для регистрации случаев суицида			МТРС, МВД, Нацстатком	Доноры и государственный бюджет
Укрепление деятельности по информированию широкого круга лиц о телефонной линии помощи, что позволит выявлять подростков и молодежь, подверженных суицидальному риску	Разработка информационных материалов (видео, брошюры) о телефонной линии помощи 111 и их дальнейшее распространение в общественных местах	Организовать центры предоставления психосоциальной помощи во всех 40 районах страны на базе УСР в целях снятия нагрузки на телефонную линию помощи 111	Разработка плана действий в 40 районах	МТРС и органы МСУ	На первоначальном уровне донорами и государственным бюджетом, а в будущем из средств бенефициаров

Провести глубокий анализ деятельности школьных психологов и социальных педагогов	Разработка стратегии по запуску и созданию Ассоциации школьных психологов	Создание Ассоциации школьных психологов		МОН, МТСП, органы МСУ	На первоначальном уровне донорами и государственным бюджетом, а в будущем из средств бенефициаров
Распространение/расширение опыта некоторых школ Бишкека, которые создали психосоциальную службу, включающую социального педагога, школьного психолога и ИДН.	Организация обменных визитов между школами в столице и в регионах	Разработка медиа плана для информирования соответствующих лиц	Распространение информации о деятельности психосоциальных служб соответствующим ведомствам	МОН	МОН, администрация школ
Повышение профессиональных навыков и знаний школьных психологов и социальных педагогов	Разработка программы по повышению квалификации	Включить программу по повышению квалификации в школьную программу развития	Организовать тренинги по работе с уязвимыми подростками и молодежью по профилактике суицида; Разработка программы непрерывного образования	МОН	Доноры, МОН
Повышение профессиональной квалификации ИДН для работы и установления доверительных отношений с детьми и подростками для профилактики суицида			Разработка программы для повышения квалификации; Организация тренингов по работе с уязвимыми подростками и молодежью для профилактики суицида.	МВД, администрация школ и соответствующие НПО	Доноры
Меры по снижению стигмы в получении психосоциальных услуг			Проведение разъяснительных работ, лекций	Администрация школ	Не требуется

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ В ОБЛАСТИ СУИЦИДА И СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК
СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Повышение общественного внимания к проблеме депрессии у детей	Разработка коммуникационной программы по повышению общественного внимания к проблеме депрессии у детей			МОН, НПО	Доноры
Укрепление механизмов по выявлению, регистрации и рассмотрению случаев суицида и суицидальных попыток				МВД, Нацстатком	

11.2 Список использованной литературы

3. Алексеева, Анна, '«Я прыгнул с восьмого этажа и выжил». Монологи несостоявшихся самоубийц', 16 Октября 2017, <snob.ru/entry/153069/?utm_source=fb&utm_medium=social&utm_campaign=archive&utm_content=article>.
4. Абрамов А.Г. и Л.И. Жезлова, Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте, Москва, 1978.
5. Амбрумова А.Г. и Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности. Актуальные проблемы суицидологии, Москва, 1978, стр. 6-28.
6. Apter, A., 'Самоубийства и суицидальные попытки у молодежи' in Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств, edited by Danut Vasserman, Smysl, Moscow, 2005.
7. Beautrais, A.L., 'Risk factors for suicide and attempted suicide among young people', Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, vol. 34, no. 3, June 2000, pp. 420-436.
8. Дыйканбаева, С., Эшенкулова, К., и Т. Жумабекова, База данных учреждений, государственных и общественных организаций, оказывающих услуги различного характера людям с инвалидностью по г.Бишкек Кыргызской Республики, Бишкек, 2016, <http://new.mlsp.gov.kg/wp-content/uploads/2019/01/dorobotannaya_versiya_bd_po_g.bishkek.pdf>.
9. Правительство Кыргызской Республики, 'Распоряжение Правительства КР от 22 марта 2016 года № 120-р (Об утверждении Межведомственного плана мероприятий по профилактике суицидов, правонарушений и преступлений среди детей и молодежи в Кыргызской Республике на 2016-2018 годы)', 22 March 2016, <cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/215103/10?mode=tekst>.
10. Правительство Кыргызской Республики, Программа "Правительства Кыргызской Республики по охране психического здоровья населения Кыргызской Республики на 2018-2030 годы", принятая приказом Правительства КР №. 119 от 1 Марта 2018 г., <cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/11840/10?mode=tekst>.
11. Jans, Thomas et al., 'Suicide and Self-Harming Behaviour', ch. E.4 in IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health, edited by JM Rey, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, Geneva, 2018.
12. Krug, E.G., World Report on Violence and Health, World Health Organization, Geneva, 2002.
13. Министерство Здравоохранения КР, Оказание психологической помощи лицам, пострадавшим от гендерного насилия: практическое руководство, МЗ КР, Бишкек, 2017, <www.med.kg/images/MyFiles/KP/akusherstvo/2017/r_po_psihol_pomoshi_pri_gendernom_nasilii_20172017.pdf>.
14. Министерство Здравоохранения КР, Эффективное документирование насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, Бишкек, 2015, <http://www.med.kg/images/MyFiles/KP/neotlojka/9_rukovodstvo_po_dokumentirovaniyu_nasilya_stambulsky_2015.pdf>.
15. Министерство труда и социального развития Кыргызской Республики, 'Информация о работе Центра «Телефон доверия для детей» за I полугодие 2019 года', 8 July 2019, <mlsp.gov.kg/2019/07/08/informacziya-o-rabote-centra-telefon-doveriya-dlya-detej-za-i-polugodie-2019-goda/>.

16. Министерство труда и социального развития Кыргызской Республики, 'Информация о работе Центра «Телефон доверия для детей» за третью неделю марта 2020 года', 23 Марта 2020, <mlsp.gov.kg/2020/03/23/informacziya-o-rabote-czentra-telefon-doveriya-dlya-detej-zatretyu-nedelyu-marta-2020-goda/>.
17. 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.
18. Мягков, А., 'Темпоральные характеристики самоубийств', *Социологические исследования*, no.3, 2004, pp. 83-92.
19. 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.
20. Office of the High Commissioner for Human Rights, 'Open Statement by the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, World Mental Health Day, 10 October 2019', OHCHR, 10 October 2019, <www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25117&LangID=E>.
21. Patton, G.C. et al., 'Global models of youth mortality: a systematic analysis of population health data', *The Lancet*, vol. 374, no. 9693, September 2009, pp. 881-892.
22. Школа № 1 в г. Ляховичи, 'Суицид: беседа с детским психиатром', <<http://sch1.lyahovich.edu.by/ru/main.aspx?guid=3001>>.
23. Школа-гимназия № 26 г. Бишкек, 'Социально-педагогическая служба', <www.auvk6.kg/sotsialno-psikhologicheskoe-soprovozhdenie/sotsialno-psikhologicheskoe-soprovozhdenie.html>.
24. Суйуналиева Б, Анализ взаимодействия социальных служб с отделами по предоставлению социальных услуг лицам с ограниченными возможностями здоровья, пожилым гражданам и по защите семьи и детей, ОФ "Фонд Развития Социальных Услуг", Бишкек, 2016.
25. United Nations, *Universal Declaration of Human Rights*, United Nations, Paris, 10 December 1948.
26. United Nations Children's Fund, *Study of Prevalence and Dynamics of Suicide Among Children And Young People (12-24 Years Of Age) In Sughd Region, Tajikistan*, UNICEF, Dushanbe, 2013.
27. United Nations Children's Fund, *Study on Prevalence, Underlying Causes, Risk and Protective Factors in Respect to Suicide and Attempted Suicides in Kazakhstan*, UNICEF, Astana, 2014.
28. United Nations Populations Fund, *Youth in the Commonwealth of Independent States: a Statistical Portrait*, UNFPA, Moscow, 2014.
29. United Nations Statistics Division, 'SDG Indicators: Metadata Repository', <unstats.un.org/sdgs/metadata?Text=&Goal=3&Target=3.4>.
30. University of Central Asia, 'Central Asia Exceeds Global Suicide Rate', 12 July 2019, <www.ucecentralasia.org/Resources/Item/2301/EN>.
31. World Health Organization, *Preventing suicide: a global imperative*, WHO, Geneva, 2014.
32. World Health Organization, 'World Health Statistics Data Visualizations Dashboard: Suicide', WHO, Geneva, 2018, <apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>.
33. World Health Organization, 'Suicide: Fact sheet', WHO, Geneva, September 2019, <www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

34. World Health Organization, 'Suicide Prevention: Overview', WHO, Geneva, <www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1>.
35. World Health Organization, 'Suicide Prevention: Situation', WHO, Geneva, <www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_2>.
36. Zubenko, Anna, 'School racketeering in Kyrgyzstan: when silence is not gold anymore', CABAR, 13 September 2019, <cabar.asia/en/school-racketeering-in-kyrgyzstan-when-silence-is-not-gold-anymore/>.
37. '«Часто задумывался о суициде...». О жизни трансгендеров в КР', Azattyk, 7 Ноября 2018, <rus.azattyk.org/a/kyrgyzstan_prava_cheloveka_transgendernost/29476578.html>.
38. 'В колонии №16 застрелился 21-летний прапорщик', Azattyk, 1 December 2018, <rus.azattyk.org/a/29631808.html>.
39. 'Почему в ГСИН солдаты идут на суицид и как это предотвратить? ', Azattyk, 10 December 2018, <https://rus.azattyk.org/a/kyrgyzstan_prison_suicide/29647421.html>.
40. 'В 2018 году в Кыргызстане совершили суицид 88 несовершеннолетних', Azattyk, 17 April 2019, <rus.azattyk.org/a/29885893.html>.
41. 'В Кыргызстане открылся "Центр помощи детям"; пострадавшим от насилия и жестокого обращения', FOR.kg, 19 December 2011, <www.for.kg/ru/news/171078/>.
42. 'В милицию сообщили про изнасилование. Девушка сказала, что согласилась сама', Kaktus Media, 16 Сентября 2019, <kaktus.media/doc/397877_v_miliciu_soobshili_pro_iznasilovanie_devyshka_skazala_chno_soglasilas_sama.html?fbclid=IwAR3OBz4E2GDFcAhGTsnZPEaomP4ZDBRofLIIPrIQ14qY0qYad6Y9r7yCtTo>.
43. 'Умная «скорая»: как работает новая система Центра экстренной медицины Бишкека', News Asia, 23 Января 2019, <www.news-asia.ru/view/ks/11861>.
44. 'Рекомендации по профилактике суицидов от ГУВД Бишкека, Sputnik, 1 Февраля 2017, <<https://ru.sputnik.kg/society/20170201/1031550377/rekomendacii-ot-milicii-bishkeka-po-profilaktike-suicida.html>>.
45. 'В Бишкеке мальчик близок к суициду из-за поборов в школе — Жамгырчиева', Sputnik, 7 Мая 2019, <ru.sputnik.kg/society/20190507/1044242046/malchik-blizok-k-suicidu-shkolapobory-bishkek.html>.
46. 'Что толкает жителей Центральной Азии на суициды? ', The Open Asia, 18 Сентября 2017, <theopenasia.net/articles/detail/chto-tolkaet-zhiteley-tsentralnoy-azii-na-suitsidy/>.
47. '«Солдаты совершают суицид из-за бытовых проблем и ссор с девушками»', Vesti.kg, 25 Октября 2018, <vesti.kg/obshchestvo/item/55725-soldaty-sovershayut-suitsid-iz-za-bytovykh-problem-i-ssor-s-devushkami.html>.
48. 'Алтынай Омурбекова обеспокоена проблемой подросткового суицида в Кыргызстане', Vesti.kg, 11 Июня 2019, <vesti.kg/politika/item/61806-altynaj-omurbekova-obespokoena-problemoj-podrostkovej-suitsida-v-kyrgyzstane.html>.
49. 'Пьяный отец разбил пиалку о голову ребенка. На что жалуются кыргызстанцы по телефону доверия', 24.kg, 29 Ноября 2016, <https://24.kg/vlast/40631_pyanyiy_otets_raz_fonu_doveriya_>.
50. '«Мои 24». Один день из жизни школьного психолога', 24.kg, 17 Февраля 2017, <24.kg/obschestvo/45192_moi_24_odin_den_izjizni_shkolnogo_psihologa>.

51. 'Девочка хотела повеситься из-за разногласий с родней. Ее мать работает в России', 24.kg, 6 Сентября 2019, <24.kg/proisshestiija/129436_devotchka_hotela_povesitsya_iz-za_raznoglasiy_srodney_eemat_rabotaet_vrossii/?fbclid=IwAR35LFmugE5SnsZfE0eQ1wYGMYdrHeSaW_4ZTHezTC8qrY5lnOXwv2_PO08>.

11.3 Форма информированного согласия

Форма информированного согласия

Эта форма информированного согласия была разработана для родителей, опекунов, членов семьи детей, которые лишили себя жизни, принимающих участие в исследовании Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), где исполнителем исследования выступает исследовательская компания Изилдоо плюс.

Название проекта: Анализ ситуации в отношении суицида и суицидальных попыток среди подростков и молодежи в Кыргызстане.

Эта форма согласия состоит из двух частей:

- 1. Информационный лист (предоставляет информацию об исследовании)**
- 2. Свидетельство о согласии (требуется подписать в знак согласия на участие в исследовании)**

Процесс и цель исследования: проведение глубинных интервью с родителями, опекунами, членами семьи детей, которые лишили себя жизни.

Результаты данного анализа помогут выработать рекомендации и механизмы для распознавания, регистрации и регулирования случаев самоубийства или попыток совершения самоубийства среди детей, подростков и молодежи, а также исследование поможет определить наиболее подходящих заинтересованных лиц для работы с уязвимыми несовершеннолетними лицами и молодыми людьми.

Кроме того, полученные данные, предоставят возможность выработки политики и специальных мер краткосрочного, среднесрочного и долгосрочного характера для снижения уровня самоубийств в Кыргызстане. Особое внимание будет уделено профилактическим программам и коммуникационным стратегиям, которые будут осуществляться при поддержке ЮНИСЕФ в Кыргызстане.

Подпись респондента на согласие проведения интервью с ним:

Вам будет предоставлена копия полной формы информированного согласия.

Часть I: Информационный лист

Мы, интервьюеры исследовательского агентства Изилдоо плюс, приглашаем Вас принять участие в исследовании, которое мы проводим в рамках вышеуказанного проекта.

Уважаемый респондент,

В данную анкету включены вопросы, которые могут заставить Вас вспомнить и как следствие пережить заново события, связанные с уходом из жизни вашего ребенка. Мы понимаем, что вы прошли через тяжелый период, но просим Вас помочь нам понять глубину этих проблем, мы хотим найти решение этого вопроса, чтобы предотвратить в будущем попытки покончить собой других детей, подростков и молодежи.

Вы можете обсудить ваше участие в исследовании с любым человеком, с которым вам комфортно говорить. Мы полностью понимаем, что вам потребуется время для того, чтобы обдумать ваше желание принять участие в опросе. Если Вы не понимаете некоторые слова или

выражения и Вам потребуется больше времени на то, чтобы ответить на вопрос, пожалуйста сообщите нам, чтобы мы могли объяснить непонятные моменты во время интервью и дать Вам время на обдумывание. Также в процессе интервью Вы можете задавать уточняющие вопросы, на которые Вы сможете получить ответы незамедлительно или в течение некоторого времени.

В процессе нашей беседы могут быть некоторые слова или выражения, которые могут быть для вас не понятны. Просим остановить интервьюера, чтобы вам могли объяснить и ответить на ваши вопросы.

Меня зовут _____. Мы проводим беседу с Вами лишь для того, чтобы разобраться в проблеме и понять какие эффективные меры нам необходимо предпринять, чтобы предотвратить потери жизней в будущем.

Полученная от Вас информация будет использована в обобщенном виде, ваше имя не будет нигде фигурировать. Полученную от вас информацию мы будем использовать только в обобщенном виде и только в научных целях.

Тип исследования

Глубинное интервью

Выбор участников

Компетентные органы и службы, занимающиеся соответствующими вопросами, которые были знакомы с вашей семьей или знали об уходе из жизни вашего ребенка, ранее связались с Вами, чтобы сообщить Вам об исследовании и пригласить Вас принять участие. С помощью этого метода мы отобрали несколько семей.

Добровольное участие

Только вы решаете желаете вы принимать участие или нет. В случае отказа от интервью, вы так же будете продолжать получать все услуги, которые до этого получали. Решение об участии в исследовании вы принимаете самостоятельно.

Мы хотим напомнить вам, что участие несет добровольный характер. Вы можете задать столько вопросов, сколько у вас возникнет, будьте уверены, у нас будет время на них ответить.

Процесс прохождения интервью

Интервью будет проведено там, где вам будет удобно, у вас дома или в другом месте, в котором Вам будет комфортно, и если Вы устанете, пожалуйста сообщите нам об этом. В этом случае мы прервем беседу, и продолжим, когда Вы пожелаете.

Вы будете отвечать на вопросы нашей анкеты, где мы не будем указывать Вашу фамилию имя и отчество, адрес и данные о вас. Вы просто будете отвечать на вопросы, а мы, в свою очередь записывать полученные ответы.

Если Вы не захотите отвечать на какой-нибудь вопрос во время интервью, Вы можете сказать об этом, и интервьюер перейдет к следующему вопросу. Вы также можете прекратить участие в интервью в любой момент без каких-либо последствий: Вам не нужно отвечать на все вопросы и продолжать участвовать, если Вы этого не хотите. Как мы выше объяснили, беседа будет проходить в пределах дома или в комнате в которой вы будете чувствовать себя в безопасности. Никто, кроме нас с Вами не будет присутствовать, если только Вы не попросите чье-либо еще присутствие. Записанная информация является конфиденциальной, и никто, кроме исследователей, не будет иметь доступа к информации, полученной во время нашего интервью. Бланки ответов будут уничтожены после обобщения результатов исследования.

Продолжительность интервью

Наше интервью займет приблизительно 1,5 часа.

Сопутствующие риски и неудобства, которые могут возникнуть во время интервью

Обсуждение вопросов, касаемо исследования могут причинить Вам дискомфорт и возможно вы расстроитесь, когда будете разбирать проблемы, с которыми столкнулся ваш ребенок. Кроме того, во время беседы, если пойдет речь о деликатных и личных проблемах, которые Вы испытывали в своей жизни ранее, то возможно Вы испытаете некоторые трудности при ответе. И, если, Вы не пожелаете отвечать на какие-либо вопросы или захотите остановить интервью, то вы имеете полное право на это. Прекращение или отказ отвечать на вопросы считается нормальным явлением. Вам не нужно объяснять нам причину отказа от беседы.

Выгоды

Ваше участие сможет помочь нам узнать больше об исследуемой проблеме, понять и выстроить правильную стратегию по предотвращению попыток и фактов лишения себя жизни среди детей, подростков и молодёжи, а также поможет нам разработать программы и меры, направленные на поддержку детей, которые пострадали от попыток лишения себя жизни и нуждаются в психологической помощи, реабилитации и адаптации.

Мы не будем делиться сведениями о Вас, информация будем доступна только для исследователей. Материалы, которые мы собираем в рамках данного исследовательского проекта, являются строго конфиденциальными. Данные о Вас, которые будут собраны в ходе исследования, будут удалены, и никто, кроме исследователей, не сможет ее увидеть. Любая информация о Вас будет иметь специальный закодированный номер на бланке вместо личных данных.

Но, если во время интервью, мы нам расскажем о случаях насилия над детьми, которые вам известны, нам потребуется сообщить об этом соответствующим службам согласно требованию национального законодательства, чтобы власти могли обеспечить защиту этого ребенка или детей.

Контактные данные

Вы можете связаться с сотрудниками исследовательского агентства Изилдоо плюс позвонив по следующим номерам телефона: 0 557 10 15 39; 0777 10 15 39- Ирина Джалбиева.

Данный документ, который называется «Форма информированного согласия» был разработан экспертами исследовательского агентства Изилдоо плюс и одобрен внешним этическим комитетом.

ЧАСТЬ II: Сертификат о согласии

Меня попросили дать мое согласие на участие в этом исследовании, которое будет включать в себя одно интервью. Я прочитал вышеизложенную информацию. Также у меня была возможность задать вопросы относительно самого исследования и интервью. Я получил ответы на все вопросы, которые у меня возникли касательно исследования, беседы и обсуждения вопросов. Я добровольно даю согласие на мое участие в этом исследовании.

ФИО родителя/опекуна/члена семьи:

Подпись родителя/опекуна/члена семьи: _____

Дата: День/месяц/год _____

Заявление исследователя / лица, принимающего форму согласия

Я точно зачитал или дал прочитать информационный лист респонденту и в меру своих возможностей убедился, что респондент понимает, что ему/ей предстоит сделать следующее:

1. Принять участие в интервью
2. Подписать форму информированного согласия
3. Респондент может отказаться отвечать на некоторые вопросы или прекратить интервью без каких-либо последствий для него/нее.

Я подтверждаю, что респонденту (родителю/опекуну/члену семьи) была предоставлена возможность задать вопросы об исследовании, и на все заданные вопросы были даны корректные ответы в меру моих возможностей.

Я подтверждаю, что данное лицо не было принуждено давать согласие, и согласие на участие было дано по собственному желанию респондента и на добровольной основе.

Копия этой формы информированного согласия была предоставлена респонденту.

ФИО исследователя / лица, принимающего форму согласия


Подпись исследователя / лица, принимающего форму согласия


Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ)
пр. Чуй, 160, 720040
Бишкек, Кыргызская Республика
Телефон: 996 312 611 211 +доп.


Ошский офис
ул. Ленина, 93, 710000
Ош, Кыргызская Республика
Телефон: 996 3222 50843

bishkek@unicef.org

 www.unicef.org/kyrgyzstan

 www.facebook.com/UNICEFKyrgyzstan

 www.twitter.com/unicefkg

 www.instagram.com/unicefkg