



Исполнительный орган  
государственной власти  
Согдийской области РТ



**ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ  
И ДИНАМИКИ САМОУБИЙСТВ  
СРЕДИ ДЕТЕЙ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ  
(В ВОЗРАСТЕ ОТ 12 ДО 24 ЛЕТ)  
В СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ ТАДЖИКИСТАНА**





Исполнительный орган  
государственной власти  
Согдийской области РТ



 Columbia University  
MAILMAN SCHOOL  
OF PUBLIC HEALTH

юнисеф 

**ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ  
И ДИНАМИКИ САМОУБИЙСТВ  
СРЕДИ ДЕТЕЙ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ  
(В ВОЗРАСТЕ ОТ 12 ДО 24 ЛЕТ)  
В СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ ТАДЖИКИСТАНА**

© Детский Фонд ООН  
Июль 2013

Детский Фонд ООН  
Ул. Бохтар, 37/1, Душанбе  
Таджикистан, 734025

Данное исследование было проведено по поручению ЮНИСЕФ Таджикистан Колумбийским Университетом по запросу государственных органов власти Согдийской области. Исследование было проведено Детской Психиатрической Эпидемиологической Группой (ДПЭГ) Колумбийского Университета при партнерстве с Таджикским Национальным Университетом, Худжандским Государственным Университетом и при поддержке местной рабочей группы образованной при Отделе по правам ребенка Согдийской Области.

Суждения, изложенные в публикации, принадлежат авторам, и необязательно отражают принципы или взгляды Детского Фонда ООН. Текст настоящего отчета не редактирован для официального издания и Детский Фонд ООН не несет ответственности за ошибки.

Для дополнительной информации, пожалуйста, обращайтесь по адресу [dushanbe@unicef.org](mailto:dushanbe@unicef.org).

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Уважаемые читатели,

Вы, как и я, наверное, не раз видели новостные репортажи о случаях самоубийств среди молодежи в Таджикистане. И также как и меня Вас, наверняка, охватывали смешанные чувства – отчаяния и невозможности смириться с тем печальным фактом, что молодые люди решают расстаться с жизнью в таком юном возрасте. В результате таких новостных сообщений у нас возникает множество вопросов, которые неотступно нас преследуют. Что могло привести этих молодых людей к мысли о том, что у них больше нет других альтернатив? Почему же мы не смогли сообща оказать им поддержку, которая могла бы вновь пробудить в них надежду? Какие признаки могли свидетельствовать и серьезности их состояния и почему эти признаки остались незамеченными? Какой опыт можем мы извлечь из историй этих молодых людей и как можно применить этот опыт, чтобы в будущем сократить число самоубийств среди молодежи в Таджикистане?

В 2010г. председатель хукумата Согдийской области обратился к ЮНИСЕФ с просьбой заказать проведение исследования о распространенности и динамике случаев самоубийств среди молодежи в этой области. Эта просьба также явилась результатом обеспокоенности и вопросов, подобных перечисленным выше. ЮНИСЕФ заказал исследование специалистам из Колумбийского университета, которые изучали этот вопрос в сотрудничестве с Таджикским национальным университетом. Они получали поддержку в течение всего проекта от членов местной рабочей группы, созданной при отделе по правам ребенка Согдийской области. Кроме того, к работе были привлечены специалисты Ходжентского государственного университета, а также сообщество НПО для предоставления психологической поддержки на бесплатной и добровольной основе каждому респонденту, участвовавшему в исследовании. Спрос на такого рода услуги оказался высоким, что свидетельствует о неудовлетворенной потребности в области психологической поддержки в Таджикистане.

Отчет, представляемый Вашему вниманию, является плодом сотрудничества всех упомянутых выше партнеров. Мы предлагаем Вам с ним ознакомиться в надежде, что он сможет в некоторой степени прояснить обстоятельства, приводящие к самоубийствам среди молодежи. Данные исследования говорят о том, что самоубийство, как правило, является кульминацией сложного комплекса взаимосвязанных факторов, причем каждый такой случай характеризуется своими особенностями, тесно связанными с отношениями в семье, общественным укладом и культурными ценностями. Тем не менее, исследование также позволяет выявить общие черты и модели, которые объединяют все случаи попыток самоубийства и завершенных самоубийств, попавших в поле его зрения. Именно на такие характерные модели должны быть направлены проектные мероприятия, которые могли бы способствовать снижению распространенности случаев самоубийств среди молодежи в Таджикистане.

Я верю, что данный отчет и представленные в нем рекомендации станут основой для активного обсуждения данной проблемы среди заинтересованных сторон и послужат стимулом для внедрения практических изменений, которые благотворно скажутся на молодежи, подверженной риску совершения попыток самоубийства.

По мнению ЮНИСЕФ первоочередные меры включают усовершенствование системы выявления молодых людей, подверженных риску, и их направления к специалистам, оказание психосоциальной поддержки, меры по профилактике самоубийств, услуги психиатрической помощи для молодежи и повышение эффективности механизмов защиты детей в целом.

Надеюсь, что наши совместные усилия помогут сократить число молодых людей в Таджикистане, которые принимают такое окончательное и бесповоротное решение, и вновь пробудят в них надежду на полноценную реализацию своих прав и возможностей.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'L. Moir' or similar, written in a cursive style.

Лайли Мошири

Глава представительства ЮНИСЕФ  
в Таджикистане

## РЕЦЕНЗИЯ

НА ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ОТЧЕТ, ПРЕДСТАВЛЕННЫЙ ГРУППОЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА (ГПЭДВ)  
КОЛУМБИЙСКОГО УНИВЕРСИТЕТА (28 июля 2013г)  
**«ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ДИНАМИКИ  
САМОУБИЙСТВ СРЕДИ ДЕТЕЙ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ (В ВОЗРАСТЕ ОТ 12  
ДО 24 ЛЕТ) В СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ ТАДЖИКИСТАНА»**

Актуальность темы исследования обусловлена увеличением количества суицидов в Согдийской области, в связи с чем Председатель Хукумата Согдийской области обратился к ЮНИСЕФ с просьбой о привлечении специалистов для проведения данного исследования.

Представленное исследование является первым, достаточно большим по охвату и глубине исследованием по изучению распространенности случаев самоубийств среди молодежи, проведенным в странах Центральной Азии.

Исследование было осуществлено при совместной деятельности: Группы психиатрической эпидемиологии детского возраста (ГПЭДВ) Колумбийского университета под руководством д-ра Кристины В. Ховен, профессора и директора ГПЭДВ. Кафедры психологии Таджикского национального университета (рук. Н.М. Юнусова), Кафедры психологии Ходжентского государственного университета Согдийской области (рук. Мансурова А.), а также Рабочей группы, созданной в рамках проекта, под руководством секретаря комиссии по правам ребенка (А. Холмирзоев), / Управления по правам ребенка Согдийской области, в состав которой вошли представители всех основных служб, занимающихся охраной детства в Согдийской области, при непосредственной поддержке со стороны ЮНИСЕФ.

Отчет, составленный на основе тщательного анализа полученных результатов, проведен ГПЭДВ Колумбийского университета, который включает в себя 128 стр. печатного текста (русский вариант текста).

Практические рекомендации были разработаны совместно с представителями местных органов власти и организаций гражданского общества в ходе совещания в формате круглого стола, которое состоялось в октябре 2011 г. в Согдийской области. Несмотря на то, что исследование проводилось только в Согдийской области, оно по всей вероятности весьма актуально для Таджикистана в целом и представляет большой научный интерес.

Н.М. Юнусова

К.П.Н. Доцент кафедры психологии ТНУ,  
руководитель национальной группы

## БЛАГОДАРНОСТИ ОТ АВТОРОВ

Мы хотели бы поблагодарить офис ЮНИСЕФ в Таджикистане за предоставленную возможность провести это важное исследование, а также за неизменную поддержку, надзор и руководящие указания на всем протяжении проекта. Руководители офиса ЮНИСЕФ в Таджикистане – Хонгвей Гао (предыдущая Глава Представительства ЮНИСЕФ в Таджикистане) и Артур ванн Дизен отнеслись к нашей работе с максимальным участием и благосклонностью. Особую благодарность мы бы хотели выразить Шиме Баркин Кузьмин, руководителю программы по защите детей. Успешное проведение настоящего исследования было бы невозможно без приверженности и динамичного руководства с ее стороны. Фуркат Лутфуллоев, неутомимый защитник интересов всех детей Таджикистана, с неизменным вниманием оказывал помощь в реализации всех аспектов исследования в рамках проекта. Салохиддин Шамсиддинов с присущим ему обаянием и чувством юмора обеспечил эффективное руководство проектом на всех его этапах. Фарида Каримова приложила максимум усилий, чтобы обеспечить проект всем необходимым.

Азамджон Холмирзоев, секретарь Комиссии по правам ребенка/ Управления по правам ребенка Согдийской области, проявил в рамках проекта свои незаурядные лидерские качества. Мы особенно благодарны за его согласие взять на себя функции председателя Рабочей группы по изучению случаев самоубийств, в состав которой вошли представители руководства Согдийской области, чьи совместные усилия позволили собрать необходимые данные в рамках настоящего проекта и, в конечном счете, с успехом завершить данное исследование. Члены Рабочей группы, которые внесли неоценимый вклад в разработку и проектирование исследования и к советам которых мы обращались в течение всего проекта, неустанно помогали исследователям понять специфику местных реалий.

Мы в неоплатном долгу перед коллегами – научными работниками, соавторами настоящего отчета, в частности Нафисой Юнусовой, представляющей Таджикский государственный национальный университет, которая несла общую ответственность за реализацию проекта. Особо мы хотели бы поблагодарить Гульнору Гульмирзоеву из Таджикского государственного национального университета, которая согласилась оставить на время свою семью в Душанбе и продемонстрировала ответственный подход к работе и лидерские качества при полевом отборе всех участников исследования, а также лично провела множество интервью с ключевыми информантами. Азиза Мансурова из Ходжентского государственного университета, которая, к сожалению, не смогла продолжить работу по проекту из-за болезни, на первоначальном этапе воодушевляла всех участников, особенно интервьюеров, осуществлять свою работу с добросовестно и с должным вниманием. Мухаррам Рахимова из Ходжентского государственного университета обеспечила уверенное руководство в клинических условиях, осуществляя надзор за работой интервьюеров, проводя последующее наблюдение в каждой семье и помогая местным НПО в предоставлении реабилитационных услуг.

Флоренс Симан и Спенсер Харбо из Группы психиатрической эпидемиологии детского возраста (ГПЭДВ) Колумбийского университета с радостью исполняли порученное им задание по оказанию помощи в управлении этим важным

исследованием, проведя соответственно семь и пять месяцев в Ходженге (Таджикистан) вдали от своих семей, друзей и коллег по университету. Совместно они смогли обеспечить координацию всех интервью и обработку данных исследования, включая ввод данных и поддержание взаимодействия с ГПЭДВ. ГПЭДВ весьма им признательна за их неоценимый вклад в осуществление всех аспектов исследования.

И, наконец, мы хотели бы выразить нашу глубочайшую благодарность семьям и другим информантам за их готовность участвовать в исследовании, несмотря на деликатный характер обсуждавшихся вопросов. Мы искренне надеемся на то, что крайне важная информация, предоставленная этими семьями и Ключевыми Информантами, поможет существенно улучшить услуги, предоставляемые в Таджикистане, в особенности, молодым людям, и будет способствовать облегчению страданий и, в конечном счете, спасению человеческих жизней.

## **ОРГАНИЗАЦИИ, С КОТОРЫМИ БЫЛО НАЛАЖЕНО СОТРУДНИЧЕСТВО**

**ЮНИСЕФ**, в соответствии с мандатом, предоставленным Генеральной Ассамблеей ООН, осуществляет работу на международном уровне, направленную на защиту прав детей, удовлетворение их насущных потребностей и расширение имеющихся у них возможностей в полной мере реализовать свой потенциал. Руководствуясь Конвенцией ООН о правах ребенка, ЮНИСЕФ способствует спасению жизней, образованию, защите детей и их вовлечению в жизнь общества.

Офис ЮНИСЕФ в Таджикистане откликнулся на заявление председателя хукумата Согдийской области о насущной необходимости анализа ситуации, заказав проведение настоящего Исследования и обеспечив умелое руководство и управление проектом на всем его протяжении.

**Группа психиатрической эпидемиологии детского возраста (ГПЭДВ) Колумбийского университета под руководством д-ра Кристины В. Ховен, профессора и директора ГПЭДВ**, в своей исследовательской деятельности ориентируется на понимание психологического опыта и потребностей детей и молодежи. В состав группы входят специалисты в области эпидемиологии, статистики, клинической психологии, психиатрии и медицинской географии – что позволяет с успехом проводить исследования в разных странах мира (например, в Азербайджане, Бразилии, Китае, Египте, Индии, Израиле, Шри Ланке и Уганде). ГПЭДВ отвечала за разработку плана, анализ данных и интерпретацию результатов в рамках настоящего Исследования самоубийств в Согдийской области, а также за координацию работы интервьюеров и обработку данных на местах.

**Кафедра психологии Таджикского государственного национального университета под руководством заведующей кафедрой, профессора Нафисы Юнусовой**, осуществляла надзор за проведением исследований, обеспечив эффективное взаимодействие с психологами-клиницистами. Их опыт и понимание таджикской культуры сыграли важную роль при переводе и реализации процедур Исследования, которые осуществлялись с учетом культурной специфики и надлежащим образом.

**Кафедра психологии Ходженского государственного университета Согдийской области под руководством д-ра Мухаррам Рахимовой**, обеспечила руководство на местах и надзор за клиническими аспектами исследования, включая предоставление психологов-клиницистов для участия в Исследовании, руководство клинической поддержкой для всех участников Исследования, нуждающихся в психиатрической помощи, а также координацию деятельности областных НПО, предоставляющих психиатрическую помощь в каждом районе.

**Рабочая группа, созданная в рамках проекта, под руководством г-на Азамджона Холмирзоева, секретаря комиссии по правам ребенка/ Управления по правам ребенка Согдийской области**, в состав которой вошли представители всех основных служб, занимающихся охраной детства в Согдийской области, внесла значительный вклад в разработку плана Исследования и предоставила ценные сведения, которые помогли исследователям понять крайне важные вопросы, связанными с местными условиями.

(Полный список специалистов, участвовавших в Исследовании, приведен Приложении I)

Первоначальный итоговый отчет был представлен на рассмотрение и согласование 10 февраля 2012г. авторским коллективом ГПЭДВ, в состав которого входили: д-р Кристина В. Ховен, Джордж Дж. Муса, Флоренс Симан, Спенсер Харбо, д-р ПингВу, д-р Са Шен, д-р Данута Вассерман, д-р Ларри Амсел, Джудит Викс, Тао Доан, Беншенг Уянг, Берекетаб Лакью, Меган Смит и Питер Лам. Д-р Дональд Дж. Мэнделл (ныне покойный) внес значительный вклад в разработку плана и реализацию настоящего исследования.

Итоговый отчет был представлен ГПЭДВ в офис ЮНИСЕФ в Таджикистане  
10 октября 2012г.

## РЕЗЮМЕ ДЛЯ РУКОВОДСТВА

Самоубийства – это явление, широко распространенное во всем мире. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) недавно заявила, что депрессивные расстройства (теснейшим образом связанные с самоубийствами) вносят значительный вклад в глобальное бремя болезней. Почти один миллион человек совершают самоубийства каждый год, тогда как количество попыток самоубийств превышает эту цифру в десять-двадцать раз. По оценкам специалистов, к 2020 году количество ежегодно совершаемых самоубийств возрастет до 1,53 млн. случаев. Это эквивалентно одной смерти в результате самоубийства каждые 20 секунд, или одной попытке самоубийства каждые 1-2 секунды. В прошлом самоубийства среди молодежи происходили реже, чем самоубийства пожилых людей. В последнее время в большинстве стран мира отмечается изменение ситуации, при котором уровень самоубийств среди молодежи превысил аналогичный уровень среди пожилых людей. Например, до 1950г. 56% самоубийств во всем мире совершались лицами в возрасте 45 лет или старше, тогда как на возраст от 5 до 44 лет приходилось 44% самоубийств. Однако к 1995 году, доля самоубийств во всем мире в группе от 45 лет и старше сократилась до 47%, тогда как процент самоубийств в группе от 5 до 44 лет увеличился до 53%. Согласно мировой статистике, наивысший уровень самоубийств отмечается в возрастной группе до 25 лет.

В 2004г. из общего количество самоубийств в Европе 80% были совершены мужчинами и 20% – женщинами. Аналогичный коэффициент 4:1 в целом отмечается в развитых странах Запада. В последнее время отмечается повышение уровня самоубийств среди девочек-подростков на 3%-8% в 18 из 30 стран европейского региона. В число этих стран входят в порядке убывания Норвегия, Ирландия, Украина, Беларусь, Литва, Казахстан, Эстония, Российская Федерация, Нидерланды, Латвия, Испания, Узбекистан, Швеция, Армения, Франция и Италия. Две из этих стран – Казахстан и Узбекистан расположены в Центральной Азии.

Согласно базе данных Trans Mon EE за 2012г. общенациональный уровень самоубийств среди Молодежи (в возрасте от 15 до 19 лет) вырос в Таджикистане на 63% – с 2,8 до 4,5 случаев (на 100 000 человек) в период с 2008 по 2010гг. За этот период уровень самоубийств среди женщин вырос на 176% – с 1,9 до 5,2 случаев (на 100 000 человек), тогда как среди мужского населения рост этого показателя составил лишь 6% – с 3,6 до 3,9 случаев (на 100 000 человек). С 2008 по 2010гг. согласно базе данных Trans Mon EE произошло также изменение в соотношении мужчин и женщин, совершивших самоубийства – причем количество женщин превысило количество мужчин. Согласно имеющимся данным, соотношение мужчин и женщин, совершивших самоубийства, составило 1,9:1 в 2008г., 1:1,2 – в 2009г. и 1:1,3 в 2010г.

В Таджикистане, самой маленькой стране в Центральной Азии, соотношение женщин и мужчин, совершивших самоубийства, по данным последнего исследования (ВОЗ, 2001г.) составляло 1,3:1. Согласно вышеуказанным данным ВОЗ, уровень самоубийств в Таджикистане составляет 2,6 случая на 100 000 человек населения во всех возрастных группах. Однако этот уровень среди Молодежи в возрасте от 15 до 24 лет составляет 3,3 на 100 000 человек. Более того, согласно данным странового отчета по Таджикистану (2007г.), составленного в рамках Глобального медицинского обследования школьников (ГМОШ), 20,0% детей и подростков страдают психическими заболеваниями, приводящими к потере дееспособности, включая тревожные неврозы,

депрессии и другие аффективные, поведенческие и когнитивные расстройства. Данные этого отчета свидетельствуют о том, что в течение года, предшествовавшего обследованию, 12,6% школьников всерьез задумывались о попытке самоубийства, а 12,0% даже составили план того, как они это сделают. Однако существенной разницы в разрезе пола зафиксировано не было (ЮНИСЕФ, 2007г.). Обследование ГМОШ не предназначалось для определения уровня самоубийств.

Исходя из представления о том, что уровень самоубийств среди молодежи, особенно среди девочек, повышается, председатель хукумата Согдийской области обратился за помощью к ЮНИСЕФ. Вследствие этого офис ЮНИСЕФ в Таджикистане заказал проведение Исследования распространенности и динамики самоубийств среди детей и молодежи, которое было разработано и осуществлено Группой психиатрической эпидемиологии детского возраста (ГПЭДВ) Колумбийского университета. Предполагается, что представленные в настоящем отчете результаты Исследования будут учтены в политике, относящейся к социально-психологическим условиям и психическому здоровью, защите детей, равенству полов и делам молодежи в Согдийской области, при разработке эффективных программ по предотвращению самоубийств и будут способствовать повышению осведомленности о программах психологической поддержки в целом. Используя данные Переписи населения Таджикистана за 2010г. в разрезе районов (Государственное агентство по статистике, 2010), мы определили, что уровень самоубийств на 100 000 молодых людей и девушек в возрасте от 12 до 24 лет составляет 11,2 случаев. Если исходить из этих данных по молодежи, уровень самоубийств среди девушек составил 11,7 случая (на 100 000 человек), а уровень самоубийств среди молодых людей - 10,6 случая (на 100 000 человек). Оказалось, что в Аштском районе отмечается самый высокий в Согдийской области уровень самоубийств (19,2 случая на 100 000 человек) среди молодых людей и девушек в возрасте от 12 до 24 лет. В Аште, уровень самоубийств для этой возрастной группы был почти в два раза выше среди девушек (24,8 на 100 000 человек) чем среди молодых людей (13,7 на 100 000 человек).

Концептуальная основа и методология проведения Исследования была определена по результатам всесторонних консультаций с должностными лицами Таджикистана, как на национальном, так и на местном уровне, представителями ЮНИСЕФ, ВОЗ и членами Рабочей группы, созданной в рамках Исследования в Согдийской области, а также на основе масштабного анализа литературы.

### **Концептуальная основа и методология Исследования**

Представленные в настоящем отчете данные получены в результате эпидемиологического исследования, проводившегося с применением как можно большего числа методов контроля качества данных с учетом существующих логистических и методологических проблем. Так как в рамках данного исследования использовались Контрольные группы, подбиравшиеся по признаку пола, возраста, этнической принадлежности и географии проживания, полученные данные позволяют составить весьма представительную картину изученных вопросов. Общий размер выборки, в силу необходимости, был небольшим, представляя лишь одну область Таджикистана. Это препятствует выполнению некоторых важных видов статистического анализа и ограничивает возможность обобщения результатов на общенациональном уровне.

Полевые работы в рамках проекта были проведены в период с марта по август 2011г. Исследовательской группой, состоявшей из представителей Таджикского государственного национального университета и Ходжентского государственного университета под руководством специалистов ГПЭДВ Колумбийского университета. Исследователи попытались связаться с семьями всех лиц (в возрасте от 12 до 24 лет) из каждого района Согдийской области, которые согласно официальным данным совершили самоубийство или попытку самоубийства в период с января 2009 по март 2011г. Члены Исследовательской группы связывались с семьями и предлагали им принять участие в исследовании. Благодаря этой методике удалось получить данные от участников исследования, представляющих 16 из 18 районов Согдийской области. В двух районах – Шахристанском и Горно-Матчинском, случаев попыток самоубийств или завершенных самоубийств зарегистрировано не было.

Исследование ставило перед собой следующие конкретные цели: 1) выявить основные факторы, связанные с самоубийствами среди молодежи; 2) представить основанные на фактах рекомендации по выявлению и направлению к специалистам молодежи, подвергающейся повышенному риску; 3) разработать практические рекомендации для подготовки возможных программ по сведению к минимуму уровня самоубийств среди молодежи в Согдийской области; и 4) получить новую информацию, которая поможет в проведении целенаправленной работы по защите детей и прав молодежи. Для достижения этих целей был использован комплексный подход. Таким образом, методология проведения Исследования отражает представление о том, что самоубийство является сложным явлением, неразрывно связанным с социальным и семейным укладом.

В рамках Исследования использовались четыре основных метода сбора данных: 1) Индивидуальные интервью; 2) Анализ географических данных; 3) Анализ официальных данных; и 4) Интервью с ключевыми информантами. В совокупности эти методы составляют "психосоциальную аутопсию" – сложную и широко описанную в литературе методику изучения случаев самоубийств. Ее цель заключается в том, чтобы помочь понять причины, вызвавшие самоубийства или попытки самоубийства, а также ситуацию в семьях, в которых происходили такие случаи.

### **Обзор наиболее значимых результатов**

Согласно данным настоящего Исследования девочки и девушки в Согдийской области, судя по всему, подвержены непропорционально высокому уровню риска самоубийства. В отличие от соотношения между мужчинами и женщинами совершившими завершенные самоубийства в развитых странах Запада, которое составляет 4:1, а также аналогичного соотношения 3,1:1, характерного для республик Центральной Азии (ВОЗ, 2011b), соотношение мужчин и женщин, совершивших самоубийства в Согдийской области, составило 1:1,2. Как и в других странах, эти данные свидетельствуют о том, что в Согдийской области низкий уровень образования родителей, наказания, применяемые родителями, психологические травмы, получаемые в семье, межличностное насилие, потеря близких людей в результате миграции, смерти или разлучения, потеря работы, а также другие формы экономических трудностей, могут причинять серьезный вред психическому здоровью молодых людей, особенно на фоне особых трудностей, с которыми приходится сталкиваться девушкам.

Эти данные показывают, что уровень образования девочек, предпринимавших попытки самоубийства или совершивших самоубийство, ниже уровня образования девочек из Контрольных групп. Данные также свидетельствуют о том, что браки по принуждению нередко происходят в Согдийской области. Более того, значительная доля участников Исследования считает эту практику важным фактором увеличения риска самоубийств, особенно среди девочек. Эти данные также позволили выявить другие специфические факторы риска суицидального поведения среди женского населения. Например, женщины из семей, в которых считается, что женщину необходимо подвергнуть побоям, если она разговаривала с мужчиной, не являющимся ее родственником, в два раза чаще демонстрируют суицидальное поведение, чем женщины из других семей.

Семьдесят шесть процентов Ключевых информантов отмечали повышение религиозности среди Молодежи Согдийской области за последние два года. По словам этих Ключевых информантов, основной причиной такого повышения является "влияние общества", а не влияние семьи или личные убеждения. Приблизительно 30% Молодых людей, с которыми проводились интервью, сообщили о своем желании стать более религиозными, тогда как 60% желали сохранить текущий уровень религиозности. Как указано в настоящем отчете, религиозность определяется Молодыми людьми (и девушками) как строгость соблюдения и частота отправления ими религиозных обрядов.

Эти данные в определенной степени свидетельствуют о том, что уровень религиозности лиц младше 18 лет может быть связан с суицидальным риском, особенно у девочек. Например, согласно полученным данным, больше девушек по сравнению с юношами, которые предпринимали попытки самоубийства, надеются совершить хадж до достижения 30 лет, тогда как среди молодежи, не имеющей суицидальных наклонностей, (Контрольной группы) наблюдается прямо противоположная картина. Хотя причинно-следственную зависимость в данном случае установить невозможно, было установлено, что частота отправления религиозных обрядов лицами моложе 18 лет находится в ограниченной, но все же существенной зависимости от суицидального поведения. Однако, как и в результате большинства других оценок роли религии, авторы пришли к заключению, что религиозность лиц моложе 18 лет, судя по всему, оказывает защитное действие на психическое здоровье.

В Согдийской области существует значительное отличие в соотношении между числом зарегистрированных попыток самоубийств и завершенных самоубийств (на три самоубийства одна попытка) по сравнению с аналогичными показателями в большинстве других стран мира (где на одно завершенное самоубийство приходится 10-20 попыток). Такое несоответствие, возможно, является результатом нежелания семей в Согдийской области обращаться за помощью после первичной попытки, притом, что как раз в это время шансы на успешное вмешательство наиболее высоки. Также, вполне вероятно, что семьи не обращаются за помощью из-за страха общественного осуждения и карательных санкций, особенно в случаях, когда они явились причиной такого события. В действительности и поставщики реабилитационных услуг и члены семей отмечали высокий уровень стыда и ожидание наказания в связи с суицидальным поведением.

Возможно, одним из важнейших результатов настоящего исследования явилось то, что (судя по данным интервью с указанными выше информантами) отношение к

самоубийствам на уровне правительства, сообществ и семей прикрывается чувством стыда и желанием наказать. Помимо того, что распространенный сейчас обвинительный подход к изучению суицидального поведения отбивает у семей желание сообщать о самоубийстве или попытке самоубийства, он также не поощряет превентивного вмешательства и обращения за помощью на ранних этапах. Семьи, в которых ребенок обнаруживает суицидальное поведение, как правило, не расположены обращаться за надлежащей помощью или предоставлять точное описание суицидального события для поставщиков реабилитационных услуг из-за страха оказаться объектом прокурорской проверки или послужить причиной ее возбуждения. Такой подход к изучению медицинской проблемы совершенно не отвечает нуждам в предоставлении поддержки с учетом особенностей конкретного человека на ранних этапах возникновения потребности в получении услуг.

### **Стратегическое значение исследования**

Гендерные вопросы, выявленные на основе собранных данных, имеют стратегическое значение для защиты уязвимых групп населения Согдийской области, в особенности девочек. Весьма возможно, что самоубийство принималось в качестве приемлемой альтернативы тому, что некоторые девочки и девушки воспринимают как жизнь в условиях жестокого обращения, когда свобода человека в принятии важных, определяющих дальнейшую жизнь решений, таких как выбор супруга, образования и друзей, ограничивается. Полученные данные свидетельствуют о том, что склонной к суициду молодежи, не имеющей системы поддержки, женщинам и девочкам, подвергающимся сексуальному или физическому насилию, а также тем, кто вступает в брак по принуждению и т.д. значительную помощь могли бы оказать службы защиты на базе сообществ, такие как приюты для женщин, подвергнувшихся физическому насилию, приюты для сбежавших из дому подростков и службы правовой защиты. Основываясь на этих данных, лица, определяющие политику, должны уделять повышенное внимание созданию таких служб. Для успешного сокращения случаев суицидального поведения порядок реагирования государства на такие события следует подвергнуть тщательному анализу. Очевидно, что вместо обвинительного подхода следует серьезно подумать о внедрении в практику работы систем образования, социального обеспечения и здравоохранения механизма реагирования, предполагающего большую степень психологической и социальной поддержки.

Существует настоятельная необходимость в создании профилактических служб психосоциальной помощи, использующих научно-обоснованные методики, в Согдийской области, особенно для молодежи и женщин. Крайне важно, чтобы в таких условиях ограниченности ресурсов использовались наиболее экономически эффективные мероприятия. Профилактика, как правило, является наиболее эффективным способом снижения уровня заболеваемости, особенно в долгосрочной перспективе. Представленные в настоящем отчете данные указывают на многочисленные приоритетные направления для проведения экономически эффективных профилактических кампаний с использованием радио, телевидения, школ, рекламных щитов и т.д. В центрах ВОЗ по профилактике самоубийств, у ЮНИСЕФ и других международных организаций имеются материалы по профилактике самоубийств, которые можно легко перевести и адаптировать для Таджикистана. Программа по повышению осведомленности о психическом здоровье, реализуемая в школах двенадцати европейских стран "Спасение жизни и расширение возможностей

молодых людей в Европе" (SEYLE) недавно продемонстрировала значительные успехи в постепенном сокращении суицидальности среди подростков и такую программу было бы нетрудно внедрить. Наиболее дорогостоящими, но эффективными интервенциями являются программы по выявлению суицидального поведения, такие как программа, реализуемая в школах США Teen Screen (Браун и Голдштейн Груме, 2009; Хаски с соавт., 2011) или германская программа Prof Screen.

Самое главное – эти данные указывают на необходимость повышения доступности услуг. Данные недавних исследований подтверждают эффективность использования "горячих линий", которые предоставляют немедленную поддержку и направляют обратившихся к специалистам, если это необходимо. Такие программы являются экономически эффективными и могут обслуживать население всей страны или области (как городское, так и сельское) круглосуточно. Преимущества использования этого подхода в сельских районах, до которых зачастую сложно добраться ввиду проблем с транспортным сообщением, очевидны.

В рамках настоящего исследования была запрошена клиническая поддержка, которая необходима по этическим соображениям при проведении подобных исследований. По просьбе ГПЭДВ ЮНИСЕФ и Ходжентский государственный университет организовали сеть участников проекта, предоставляющих клинические услуги, состоящую из НПО, работающих на всей территории Согдийской области. Успешное предоставление ими психосоциальных услуг семьям в ходе проведения исследования свидетельствует о приверженности и заинтересованности НПО в обеспечении таких услуг. Однако уровень знаний специалистов, предоставляющих психосоциальные услуги, особенно для молодежи, в настоящее время ограничен (по крайней мере в некоторых районах), в связи с чем многим НПО необходима дальнейшая клиническая поддержка со стороны Ходжентского государственного университета для их сотрудников. Созданная в рамках настоящего исследования клиническая Сеть поставщиков услуг располагает значительным потенциалом предоставления психосоциальных услуг на всей территории Согдийской области. В ходе настоящего исследования Ходжентский государственный университет взял на себя ведущую роль в координации деятельности и оказании поддержки клинической сети, необходимой для проведения Исследования. Поэтому в дальнейшем при условии дополнительного обучения и предоставления консультаций кафедре психологии Ходжентского государственного университета можно было бы оказывать поддержку для продолжения работы с этой недавно созданной клинической сетью, а в будущем она могла бы превратиться в учебный центр по предоставлению психосоциальных услуг областного (по Согдийской области) или даже национального значения.

Молодые люди во всех странах мира особенно уязвимы в период достижения ими зрелости и появления у них собственных детей. В условиях сегодняшнего быстро меняющегося мира с высокоразвитыми системами коммуникаций молодежь в Согдийской области, как впрочем и в других странах, сильно отличается от своих родителей и предыдущих поколений в отношении открывающихся перед ней перспектив и возможностей. Решение сложных психосоциальных вопросов в Согдийской области, включая изменение перспектив и устранение гендерного неравенства, требует согласованных действий руководства Таджикистана на самом высоком уровне для того, чтобы понять мировосприятие и потребности молодежи своей страны. Рабочая группа по изучению случаев самоубийств в Согдийской области

продемонстрировала приверженность и заинтересованность в решении проблем уязвимой молодежи, в том числе с суицидальным поведением, и предложения ее экспертов необходимо учитывать. Кроме того, создание Специальной рабочей группы по делам молодежи, отчитывающейся непосредственно перед председателем хукумата Согдийской области, который будет участвовать в ее работе с решающим правом голоса и будет определять задачи этой группы, стало бы эффективным способом расширения возможностей молодежи и устранения причин возникновения суицидальных мыслей в этой группе населения.

В настоящее время получение надежных пригодных для анализа данных о суицидальном поведении населения Согдийской области в разрезе области и отдельных районов является проблематичным. Ввиду этого ограничения очень трудно установить динамику изменения уровня самоубийств в области – снижается ли этот уровень или же он остается неизменным или повышается с течением времени. Возможность производить точный сопоставительный анализ на областном и районном уровне и между разными областями страны в отношении суицидных тенденций должна стать приоритетом теперь, когда стали доступны данные Национальной переписи населения. Следует также продолжать работу по созданию Национальной системы сбора информации о самоубийствах в Таджикистане.

Уровень самоубийств на 100 000 человек населения является статистическим показателем, зачастую определяющим состояние физического и психического здоровья населения страны. Определение точного уровня самоубийств среди отдельных групп населения в Таджикистане, особенно среди молодежи, должно являться приоритетной задачей. Для этого необходимо провести общенациональное исследование по самоубийствам с использованием данных недавно проведенной национальной переписи населения. Определение точного уровня самоубийств в Таджикистане облегчит исполнение обязательств по международной отчетности и может помочь в получении крайне необходимых ресурсов, а также в разработке и определении задач национальной политики и инициатив по предотвращению и сокращению самоубийств. Тема самоубийств, в конце концов, является интересной для большинства людей и сплочение всего народа для борьбы с этим феноменом является эффективным путем сосредоточения усилий населения, государственных ведомств и молодежи на одном важном вопросе, коллективные усилия в решении которого могут реально изменить ситуацию к лучшему, например, привести к сокращению уровня самоубийств.

И наконец, несмотря на благие намерения действующей в настоящее время системы расследования случаев самоубийств, осуществляемого прокуратурой для выяснения обстоятельств, приведших к самоубийству или попытке самоубийства, более открытый, обеспечивающий поддержку комплексный подход, без сомнения, имел бы более положительное воздействие на семьи и общество в целом. Используемый в настоящее время обвинительный подход является неоправданно пугающим для семьи и не способствует созданию условий для профилактического вмешательства и обращения за помощью. Службы, имеющие дело с последствиями самоубийств, должны поддерживать, а не наказывать людей, с которыми они работают. Отказавшись от строго обвинительного подхода, медицинские работники, имеющие дело с последствиями самоубийств, могли бы предоставлять психосоциальную поддержку семьям, переживающим горе. Несомненно важно, чтобы органы прокуратуры организовали обучение для медицинских работников методам выявления и

предоставления информации о любых свидетельствах или подозрениях о фактах преступного поведения

### **Ограничения исследования**

Помимо невозможности точного определения уровня самоубийств ввиду отсутствия данных переписи населения, как указывалось выше, данное исследование было основано на данных официальной статистики о завершенных самоубийствах и попытках самоубийств. Имеются серьезные основания полагать, что эта официальная статистика вероятнее всего представляет заниженные данные как о завершенных самоубийствах, так и о попытках самоубийства. Таким образом, оценочные данные, представленные в настоящем отчете, также, вероятно, являются заниженными. Поскольку данное исследование проводилось только в Согдийской области, эти данные не могут считаться отражением ситуации с суицидальным поведением в других областях Таджикистана или в качестве уровня самоубийств, характерного для всей страны. И наконец, так как данное исследование являлось единовременным для конкретного контингента населения (все случаи самоубийств за определенный промежуток времени), оно не может дать информацию о причинно-следственной обусловленности, а только зависимостях. Вопросы причинно-следственной обусловленности могут быть должным образом решены только в рамках долгосрочного исследования. При проведении некоторых типов анализа, различия по признаку пола или возраста невозможно было проанализировать из-за маленького размера выборки.

### **Конфиденциальность и одобрение Институционального совета по этике**

До начала настоящего исследования все его аспекты были рассмотрены и одобрены Министерством здравоохранения Таджикистана и Институциональным советом по этике Колумбийского университета/ Психиатрического института штата Нью-Йорк.

## СОКРАЩЕНИЯ

ГПЭДВ	Группа психиатрической эпидемиологии детского возраста
КУ	Колумбийский университет
ПТ	Правительство Республики Таджикистан
МЗ	Министерство здравоохранения
НПО	неправительственная организация
ТНУ	Таджикский национальный университет
ТЗ	Техническое задание
ООН	Организация Объединенных Наций
КПР ООН	Конвенция ООН о правах ребенка
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
МЧД	молодой человек (или девушка)
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>БЛАГОДАРНОСТИ ОТ АВТОРОВ .....</b>	<b>vi</b>
<b>ОРГАНИЗАЦИИ, С КОТОРЫМИ БЫЛО НАЛАЖЕНО СОТРУДНИЧЕСТВО ..</b>	<b>viii</b>
<b>РЕЗЮМЕ ДЛЯ РУКОВОДСТВА .....</b>	<b>x</b>
<b>СОКРАЩЕНИЯ .....</b>	<b>xviii</b>
<b>ТАБЛИЦЫ И ДИАГРАММЫ .....</b>	<b>xxii</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ .....</b>	<b>xxiv</b>
<b>1. СВЕДЕНИЯ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Введение и сведения общего характера .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1.1 Ситуация в других странах мира .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1.2 Оценочные данные об уровне самоубийств в Согдийской области (2009-2010гг.).....</b>	<b>4</b>
<b>1.1.3 Ситуация в области охраны психического здоровья в Таджикистане.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1.4 Социальные факторы, влияющие на риск совершения суицидов.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1.5 Концептуальная основа Исследования смертности в результате самоубийств в Согдийской области .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1.6 Учет специфики культуры .....</b>	<b>7</b>
<b>2. МЕТОДОЛОГИЯ .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Выбор участников .....</b>	<b>9</b>
<b>2.2 Методы проведения исследования .....</b>	<b>10</b>
<b>2.2.1 Индивидуальные интервью .....</b>	<b>11</b>
<b>2.3 Районы, охваченные исследованием .....</b>	<b>13</b>
<b>2.4 Отбор респондентов и сбор данных .....</b>	<b>13</b>
<b>2.4.1 Анализ географических данных .....</b>	<b>14</b>
<b>2.4.2 Анализ официальной документации .....</b>	<b>14</b>
<b>2.4.3 Интервью с ключевыми информантами.....</b>	<b>14</b>
<b>2.5 Перевод .....</b>	<b>15</b>
<b>2.6 Этические принципы.....</b>	<b>15</b>
<b>2.7 Анализ данных.....</b>	<b>15</b>
<b>3. РЕЗУЛЬТАТЫ .....</b>	<b>16</b>
<b>3.1. Географические условия, выборка и демографические аспекты исследования .....</b>	<b>16</b>
<b>3.1.1 География распределения самоубийств и попыток самоубийства.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1.2 Районы .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1.3 Информанты из числа членов семей.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1.4 Демографические данные по Молодым людям (девушкам) .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1.5 Возрастные группы лиц, предпринимавших попытки самоубийства/ совершивших суицид .....</b>	<b>21</b>
<b>3.1.6 Уровень посещения Молодыми людьми (девушками) школы/университета. ..</b>	<b>21</b>
<b>3.1.7 Жилищные условия и районы проживания .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1.8 Ключевые информанты.....</b>	<b>23</b>
<b>3.2 Основные причины самоубийств и попыток самоубийства/ использовавшиеся методы .....</b>	<b>24</b>

3.2.1	<i>Основные причины самоубийств или попыток самоубийства (по мнению Ключевых информантов)</i> .....	24
3.2.2	<i>Основные причины самоубийств или попыток самоубийства (по мнению информантов из числа членов семьи)</i> .....	25
3.2.3	<i>Причины самоубийств среди женщин и мужчин в возрасте до 25 лет</i> .....	26
3.2.4	<i>Самые распространенные методы совершения самоубийства/попытки самоубийства</i> .....	28
<b>3.3</b>	<b>Факторы риска</b> .....	<b>28</b>
3.3.1	<b>Насилие</b> .....	<b>28</b>
3.3.1a	<i>Насилие в семье и сообществе</i> .....	28
3.3.1b	<i>Насилие в семье</i> .....	29
3.3.1c	<i>Избиение жены или невестки</i> .....	29
3.3.1d	<i>Жестокое обращение в отношении лиц, совершивших попытки самоубийства, в детском возрасте</i> .....	31
3.3.2	<b>Образование</b> .....	<b>31</b>
3.3.2a	<i>Брак по принуждению и учеба</i> .....	31
3.3.2b	<i>Образование родителей</i> .....	32
3.3.3	<b>Факторы социального давления и изменения в политике/культуре</b> .....	<b>33</b>
3.3.3a	<i>Факторы социального давления (по словам Ключевых информантов)</i> .....	33
3.3.3b	<i>Негативные изменения в политике и культуре: за последние 2 года (по словам Ключевых информантов)</i> .....	33
3.3.4	<b>Издевательства</b> .....	<b>34</b>
3.3.4a	<i>Причины издевательств</i> .....	34
3.3.4b	<i>Молодые люди (и девушки), подвергающиеся издевательствам</i> .....	35
3.3.5	<b>Психическое здоровье</b> .....	<b>36</b>
3.3.5a	<i>Употребление психоактивных веществ и риск совершения самоубийств</i> .....	36
3.3.5b	<i>Сильная депрессия</i> .....	36
3.3.5c	<i>Предвестники самоубийства на основании собранных данных</i> .....	37
3.3.6	<b>Жизненные события</b> .....	<b>38</b>
3.3.6a	<i>Проблемы, с которыми сталкиваются молодежь</i> .....	38
3.3.6b	<i>Подверженность психологическим травмам в семье и риск самоубийства среди молодежи</i> .....	38
3.3.6c	<i>Осведомленность о случаях самоубийства</i> .....	39
3.3.6d	<i>Учащение случаев поведения, сопряженного с риском</i> .....	40
3.3.6e	<i>Миграция родителей</i> .....	41
3.3.7	<b>Наиболее значимые факторы риска самоубийств</b> .....	<b>41</b>
3.3.8	<b>Защитные факторы</b> .....	<b>43</b>
3.3.8a	<i>Использование стратегий преодоления проблем лицами, предпринимавшими попытки самоубийства, и членами контрольной группы</i> .....	43
3.3.8b	<i>Отношения в семье в качестве защитных факторов</i> .....	44
3.3.8c	<i>Рейтинг счастья</i> .....	44
3.3.9	<b>Системы оказания услуг, отношение и перспективы</b> .....	<b>44</b>
3.3.9a	<i>Медицинский уход после попытки самоубийства</i> .....	44
3.3.9b	<i>Среднее количество завершенных самоубийств/ попыток самоубийства, с которыми имели дело Ключевые информанты</i> .....	46
3.3.9c	<i>Специализированные службы занимающиеся проблемами самоубийств среди молодежи</i> .....	46
3.3.9d	<i>Знание того, куда следует направлять молодых людей, подверженных риску</i> ..	47

3.3.9e	Допустимость обращения за помощью для молодежи .....	48
3.3.9f	Сообщение и получение информации о самоубийствах .....	48
3.3.9g	Куда обращается молодежь для получения психиатрической помощи.....	49
3.3.9h	Осведомленность о психическом здоровье .....	49
3.3.9i	Обращение за помощью: желание поговорить с кем-либо .....	50
3.3.9j	Осведомленность о психосоциальной поддержке и психическом здоровье: источники информации .....	50
3.3.9k	Перспективы, проблемы и социальные нормы.....	51
3.4.	<b>Анализ качественных данных .....</b>	<b>52</b>
3.4.1	<b>Ключевые информанты: Анализ качественных данных.....</b>	<b>52</b>
3.4.2	<b>Информанты из состава семей: Анализ качественных данных.....</b>	<b>54</b>
3.4.3	<b>Анализ данных органов прокуратуры.....</b>	<b>56</b>
4.	<b>ВЫВОДЫ.....</b>	<b>58</b>
4.1	<b>Предоставление сведений о самоубийствах .....</b>	<b>60</b>
4.2	<b>Используемая в настоящее время методика реагирования на суицидальное поведение.....</b>	<b>61</b>
4.3	<b>Мнения о причинах попыток самоубийства/ завершенных самоубийствах</b>	<b>61</b>
4.4	<b>Жизненные события, причиняющие психологические травмы.....</b>	<b>62</b>
4.5	<b>Учителя .....</b>	<b>62</b>
4.6	<b>Предотвращение самоубийств .....</b>	<b>63</b>
4.7	<b>Доступ к службам психиатрической помощи .....</b>	<b>63</b>
5.	<b>РЕКОМЕНДАЦИИ .....</b>	<b>65</b>
5.1	<b>Переосмысление роли женщин и девочек .....</b>	<b>66</b>
5.2	<b>Программа повышения осведомленности о психическом здоровье детей в школах .....</b>	<b>67</b>
5.3	<b>Телефон доверия.....</b>	<b>67</b>
5.4	<b>Наличие и доступность услуг.....</b>	<b>68</b>
5.5	<b>Изменения порядка расследования после происшествия (самоубийства или попытки самоубийства) .....</b>	<b>68</b>
5.6	<b>Услуги на базе сообществ .....</b>	<b>69</b>
5.7	<b>Освещение в СМИ.....</b>	<b>69</b>
5.8	<b>Региональная клиническая сеть .....</b>	<b>70</b>
5.9	<b>Руководство на областном и районном уровне с участием молодежи.....</b>	<b>72</b>
5.10	<b>Областная специальная рабочая группа по делам молодежи.....</b>	<b>72</b>
5.11	<b>Национальная система сбора информации о самоубийствах .....</b>	<b>73</b>
5.12	<b>Учебный курс для учителей по повышению осведомленности на базе университета .....</b>	<b>74</b>
	<b>Библиография .....</b>	<b>75</b>

## ТАБЛИЦЫ И ДИАГРАММЫ

### ТАБЛИЦЫ

Таблица 1. Области применения психосоциального анализа .....	12
Таблица 2. Районы, охваченные исследованием .....	13
Таблица 3. Выборка с координатами GPS .....	16
Таблица 4. Репрезентативность интервью с семьями в Согдийской области .....	17
Таблица 5. Интервью с семьями .....	19
Таблица 6. Демографические данные по молодежи .....	20
Таблица 7. Класс школы/учеба в ВУЗе молодых людей в течение 12 месяцев до события .....	21
Таблица 8. Характеристики жилищных условий и районов проживания .....	22
Таблица 9. Демографические данные по Ключевым Информантам .....	24
Таблица 10. Логистическая регрессия прогноза суицидального поведения (полная выборка) .....	42
Таблица 11. Логистическая регрессия прогноза суицидального поведения (женщины) .....	43
Таблица 12. Службы клинической поддержки .....	71
Таблица 13. Уровень завершенных самоубийств среди молодежи (МЛ) в г. Ходженге и районах на 100 000 человек .....	84

### НОМЕРА ГРАФИЧЕСКИХ ПРИЛОЖЕНИЙ

Рис 1. Карта мест проживания семей лиц, совершивших завершённые самоубийства и попытки самоубийства, шаг сетки 10 км. Согдийская область, Таджикистан	17
Рис. 2. Возрастные группы лиц, совершившие самоубийства, попытки самоубийства. ....	21
Рис. 3. Основные причины попыток самоубийства и завершённых самоубийств в Вашем районе .....	25
Рис. 4. Основные причины самоубийств/ попыток самоубийства .....	26
Рис. 5. Основные причины, в целом .....	27
Рис. 6. Основные причины, в целом ( <i>продолжение</i> ) .....	27
Рис. 7. Методы, наиболее часто используемые в Вашем районе для совершения самоубийств и попыток самоубийств .....	28
Рис. 8. Повышение уровня насилия в семье и в сообществе в отношении детей и молодежи в Вашем районе за последние 2 года .....	29
Рис. 9. Обстоятельства, оправдывающие избиение жены/ невестки .....	30
Рис. 10. Балльные показатели насилия в семье: Избиение жены мужем и ребенка родителем .....	30
Рис. 11. Среднее количество типов насилия по отношению к ребенку, сообщенное лицами, предпринимавшими попытки самоубийства .....	31
Рис. 12. Брак по принуждению и учеба в школе/университете .....	32
Рис. 13. Уровень образования родителей .....	32
Рис. 14. Три основных типа психологического давления общества, вызывающих попытки самоубийства и завершённые самоубийства в Вашем районе .....	33
Рис. 15. Изменения в политике и культуре за последние 2 года, которые отрицательно повлияли на детей и молодежь в Согдийской .....	34

Рис. 16.	Основные причины того, что некоторые молодые люди чаще подвергаются издевательствам.....	35
Рис. 17.	Среднее количество случаев издевательства в школе или в районе проживания .....	36
Рис. 18.	Сильная депрессия .....	37
Рис. 19.	Каковы основные проблемы, с которыми сталкивается молодежь в своем сообществе? .....	38
Рис. 20.	Подверженность семьи психологически травмирующим событиям и риск самоубийства в разрезе возрастных групп .....	39
Рис. 21.	СМИ, в которых публиковалась информация о самоубийствах .....	40
Рис. 22.	Приходилось ли сталкиваться со случаями самоубийства (за исключением собственной попытки/самоубийства молодого человека) .....	40
Рис. 23.	Учащение случаев поведения, сопряженного с риском, среди детей/молодежи в Вашем районе.....	41
Рис. 24.	Типичные способы преодоления трудностей (по мнению самих молодых людей).....	44
Рис. 25.	Средние рейтинги счастья.....	45
Рис. 26.	Молодой человек получил медицинскую помощь после попытки/самоубийства .....	45
Рис. 27.	Среднее количество попыток и завершенных самоубийств, с которыми Информант лично имел дело в силу своей профессии.....	46
Рис. 28.	Существуют ли специализированные службы или организации в Вашем районе, которые занимаются проблемой самоубийств среди молодежи?.....	47
Рис. 29.	Знание того, куда и к кому в их системе можно направить Молодого человека, подверженного риску самоубийства .....	48
Рис. 30.	Куда обращается молодежь в возрасте от 12 до 24 лет за получением психиатрической помощи в Вашем районе? .....	49
Рис. 31.	Лица, с которыми Молодые люди хотели бы поговорить о важных вещах, которые их беспокоят .....	50
Рис. 32.	Основные места, где можно получить информацию о.....	51
Рис. 33.	Будущие перспективы: Насколько вероятно, что.....	52

## ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ I.	СОТРУДНИКИ.....	81
ПРИЛОЖЕНИЕ II	ОЦЕНОЧНЫЕ ДАННЫЕ ОБ УРОВНЕ САМОУБИЙСТВ В СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ.....	84
ПРИЛОЖЕНИЕ III.	ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ТАДЖИКИСТАНЕ .....	86
ПРИЛОЖЕНИЕ IV.	ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫБОРКИ И ИНФОРМАНТОВ .....	88
ПРИЛОЖЕНИЕ V.	ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ .....	89
ПРИЛОЖЕНИЕ VI.	АНАЛИЗ ДАННЫХ.....	92
ПРИЛОЖЕНИЕ VII.	РЕЗУЛЬТАТЫ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЕ ИНТЕРЕС .....	94
ПРИЛОЖЕНИЕ VIII.	РЕКОМЕНДАЦИИ ОТНОСИТЕЛЬНО БУДУЩИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ .....	95
ПРИЛОЖЕНИЕ IX.	МНЕНИЕ КЛЮЧЕВЫХ ИНФОРМАНТОВ: ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА БОЛЬШИНСТВА ЛИЦ, ПРЕДПРИНИМАВШИХ ПОПЫТКИ И СОВЕРШИВШИХ ЗАВЕРШЕННЫЕ САМОУБИЙСТВА В ВАШЕМ РАЙОНЕ .....	99
ПРИЛОЖЕНИЕ X.	МЕСТО СОВЕРШЕНИЯ ПОПЫТКИ/САМОУБИЙСТВА .....	99
ПРИЛОЖЕНИЕ XI.	МНЕНИЕ КЛЮЧЕВЫХ ИНФОРМАНТОВ: ГЛУБИННЫЕ ПРИЧИНЫ НЕКОТОРЫХ ПОПЫТОК И ЗАВЕРШЕННЫХ САМОУБИЙСТВ В ВАШЕМ РАЙОНЕ.....	100
ПРИЛОЖЕНИЕ XII.	КУРЕНИЕ .....	100
ПРИЛОЖЕНИЕ XIII.	УПОТРЕБЛЕНИЕ СПИРТНЫХ НАПИТКОВ.....	101
ПРИЛОЖЕНИЕ XIV.	ПРЕДВЕСТНИКИ ПОПЫТКИ/САМОУБИЙСТВА .....	101
ПРИЛОЖЕНИЕ XV.	ЧТО, ПО ВАШЕМУ МНЕНИЮ, ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЬШИМ ПРЕПЯТСТВИЕМ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ВАМИ СВОИХ ЦЕЛЕЙ В ЖИЗНИ?.....	102
ПРИЛОЖЕНИЕ XVI.	ЛИЦА, СТАЛКИВАВШИЕСЯ С ПОТЕНЦИАЛЬНО ТРАВМИРУЮЩИМИ СОБЫТИЯМИ В ЖИЗНИ .....	102
ПРИЛОЖЕНИЕ XVII.	СТАЛКИВАЮТСЯ ЛИ МОЛОДЫЕ ЛЮДИ, ОДИН ИЗ [РОДИТЕЛЕЙ] КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ МИГРАНТОМ, С БОЛЬШИМ ИЛИ С МЕНЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ ПРОБЛЕМ ДОМА? .....	103
ПРИЛОЖЕНИЕ XVIII.	МНЕНИЕ КЛЮЧЕВЫХ ИНФОРМАНТОВ: МОЛОДОЙ ЧЕЛОВЕК, НЕ ДОСТИГШИЙ 18 ЛЕТ, МОЖЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБРАЩАТЬСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ В РАМКАХ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ У ВАС СИСТЕМЫ .....	103
ПРИЛОЖЕНИЕ XIX.	МНЕНИЕ КЛЮЧЕВЫХ ИНФОРМАНТОВ: ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ СМИ О САМОУБИЙСТВАХ И ПОПЫТКАХ СОМОУБИЙСТВА.....	104
ПРИЛОЖЕНИЕ XX.	ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ВОПРОСАХ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ.....	104



## 1. СВЕДЕНИЯ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА

### 1.1 Введение и сведения общего характера

Информация, представленная в настоящем отчете, представляет собой обобщение результатов Исследования распространенности и динамики случаев самоубийств среди детей и молодежи, проведенного в Согдийской области Таджикистана в период с октября 2010г. по сентябрь 2011г. Проведение данного исследования было заказано офисом ЮНИСЕФ в Таджикистане в ответ на специальное обращение председателя хукумата Согдийской области, поступившее в 2010г. в связи очевидным повышением количества самоубийств и попыток самоубийств в особенности среди молодежи Согдийской области. Согласно совокупным данным, полученным ЮНИСЕФ от органов власти Согдийской области в период с января 2009 по сентябрь 2010г. 167 молодых людей в возрасте от 12 до 24 лет совершили самоубийство, либо предприняли попытку самоубийства в Согдийской области Таджикистана. Из этого числа случаев 42 человека, пытавшихся совершить самоубийство выжили, а 125 – умерли (138 случаев самоубийства за полные годы 2009-2010 гг.). Каждый из этих случаев попыток самоубийства и завершенных самоубийств удовлетворял критериям охвата настоящим исследованием.

Общая цель настоящего исследования заключалась в получении достоверных научных данных для разработки эффективных стратегий предотвращения самоубийств и сокращения их количества. В частности, проект был направлен на то, чтобы: 1) выявить факторы, вызывающие самоубийства среди молодежи в Согдийской области; 2) представить основанные на фактах рекомендации по выявлению и направлению к специалистам молодежи, подвергающейся повышенному риску; 3) разработать практические рекомендации для подготовки возможных программ по сведению к минимуму уровня самоубийств среди молодежи в Согдийской области; и 4) получить новую информацию, которая поможет в проведении целенаправленной работы по защите детей и прав молодежи.

#### *1.1.1 Ситуация в других странах мира*

Для всеобъемлющего решения проблемы самоубийств в Таджикистане необходимо понять суть этого явления в глобальном контексте. Каждая страна в мире сталкивается с проблемой самоубийств. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) почти один миллион человек совершают самоубийства каждый год во всем мире, а общемировой уровень самоубийств составляет 16 случаев на 100 000 человек. Мировая статистика свидетельствует о том, что в дополнение к указанному числу завершенных самоубийств совершается почти в 20 раз больше попыток самоубийств (Всемирная организация здравоохранения, 2011а).

Самоубийства иногда бывают латентными и официально не регистрируются. Поэтому фактический уровень самоубийств и попыток самоубийств в действительности может быть более высоким (Бертолот и Флейшманн, 2002). Хотя в результате самоубийств в мире и так погибает большое количество людей, уровень самоубийств имеет тенденцию к росту. За последние 45 лет уровень самоубийств во

во всем мире вырос на 60% (Всемирная организация здравоохранения, 2011a). По прогнозам специалистов в 2020г. количество жертв самоубийств во всем мире составит 1,53 млн. человек (Бертолот и Флейшманн, 2002).

В 1950г. 60% самоубийств было совершено лицами в возрасте 45 лет или старше. Традиционно самый высокий уровень самоубийств наблюдался среди пожилых мужчин. Однако уровень самоубийств среди молодежи в последнее время повышается, в результате чего эта категория населения попадает в группу самого высокого риска в трети всех развитых и развивающихся стран (Всемирная организация здравоохранения, 2011a). К 2000 году большинство (55%) самоубийств совершалось лицами в возрасте от 5 до 44 лет (Всемирная организация здравоохранения, 2002). Сегодня самоубийства входят в тройку основных причин смерти людей в возрасте от 15 до 24 лет во всех странах мира (Всемирная организация здравоохранения).

В целом текущий уровень самоубийств среди мужчин выше, чем среди женщин. В 2004г. из общего числа самоубийств имевших место в Европе 80% были совершены мужчинами и 20% – женщинами. Это соотношение 4:1 является типичным для развитых стран Запада. Однако уровень самоубийств среди девочек-подростков изменился с 3% до 8% в 18 из 30 стран европейского региона ВОЗ, в том числе в Норвегии, Ирландии, Украине, Беларуси, Литве, Казахстане, Эстонии, Российской Федерации, Нидерландах, Латвии, Испании, Узбекистане, Швеции, Армении, Франции и Италии.

В разных странах, даже относящихся к одному и тому же региону, отмечается значительный разброс по уровню самоубийств. Это утверждение справедливо и для республик бывшего СССР. Например, в результате оценки самоубийств в бывшем Советском Союзе за период с 1984г. по 1990г. было установлено, что уровень самоубийств варьировал от 3,5 случаев на 100 000 человек в кавказском регионе до 28,0 случаев в Прибалтике (Вассерман, Варник и Данкович, 1998). За этот период лишь 9% самоубийств на территории бывшего СССР произошли в республиках Центральной Азии, а уровень самоубийств в них составлял 11,8 случаев на 100 000 населения (Вассерман и Варник, 1998). В тот же период в Таджикистане отмечался самый низкий уровень самоубийств из всех республик Центральной Азии, который составлял 6,3 и 3,6 случая на 100 000 населения для мужчин и женщин соответственно (Вассерман, Варник и Данкович, 1998). Уровень самоубийств среди мужчин был неизменно более высоким во всех республиках бывшего СССР, что согласовывалось с аналогичной тенденцией в Европе. Однако соотношение уровней самоубийств у мужчин и женщин в странах Центральной Азии было ниже (3,1:1) чем в славянских и прибалтийских республиках (4,6:1 и 4,1:1 соответственно) (Вассерман и Варник, 1998). Хотя в большинстве стран уровень самоубийств среди мужчин по-прежнему превышает аналогичный показатель среди женщин, данные, собранные в Китае – в сопредельной с Таджикистаном стране, показывают, что уровень самоубийств среди женщин там на 25% превышает уровень самоубийств среди мужского населения (Филлипс, Ли и Жанг, 2002).

Данные исследований показывают, что в мусульманских странах регистрируется наименьший общенациональный уровень самоубийств – менее 6,5 случаев на 100 000 населения (Бертолот и Флейшманн, 2002a; Манн с соавт., 2005). Исследование Бертолота и Флейшманна (2002) показало, что в мусульманских странах, где совершение самоубийств запрещено, уровень самоубийств значительно ниже, чем в

странах, где большинство населения составляют индуисты, христиане, буддисты и атеисты (.01 на 100 000 человек населения по сравнению с 9,6, 11,2, 17,9 и 25,6 на 100 000 человек населения соответственно). Однако ввиду того, что совершение самоубийства запрещено исламом и в мусульманских странах может возбуждаться уголовное преследование по фактам самоубийств и попыток самоубийства, вполне возможно, что данные о самоубийствах в таких странах сильно занижаются (Хан, 1998; Лестер, 2006). Исследования показывают, что приверженность исламу ассоциируется с неприятием возможности самоубийства, что может влиять на вероятность предоставления точных данных о завершённых самоубийствах и попытках самоубийства (Стэк и Кпосова, 2011).

По данным последних исследований уровень зарегистрированных самоубийств в Таджикистане согласно данным Всемирной организации здравоохранения (2001) составлял 2,6 случая на 100 000 человек населения всех возрастных групп (для сравнения, этот показатель составляет 25,6 в Казахстане, 8,8 в Кыргызстане, 8,6 в Туркменистане и 4,7 в Узбекистане (ВОЗ, 2011; отчеты по другим странам Центральной Азии опубликованы по адресу: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide\\_rates/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html)). Согласно официальной статистике этот уровень выше в Таджикистане в отношении молодежи в возрасте от 15 до 24 лет и составляет 3,3 случая на 100 000 населения. Уровень самоубийств в этой возрастной группе, согласно статистике, выше и во всех других республиках Центральной Азии (29,5 в Казахстане, 10,5 в Кыргызстане, 14,1 в Туркменистане и 5,2 в Узбекистане). По данным предыдущих отчетов соотношение числа самоубийств, совершённых мужчинами и женщинами во всех возрастных группах в Таджикистане составляет 1,3:1 (для сравнения этот показатель равняется 4,6:1 в Казахстане, 3,9:1 в Кыргызстане, 3,9:1 в Туркменистане и 3:1 в Узбекистане). Однако, согласно базе данных ЮНИСЕФ TransNonEE в период с 2008 по 2010гг. отмечается изменение в соотношении уровней завершённых самоубийств среди мужчин и женщин с 1,9:1 на 1:1,3. Эти данные говорят о том, что за тот же период уровень самоубийств (на 100 000 человек) среди молодежи (в возрасте от 15 до 19 лет) увеличился на 63% с 2,8 случая до 4,5 (на 100 000 человек). За этот период уровень самоубийств среди женщин повысился на 179% - с 1,9 до 5,2 случаев (на 100 000 человек), тогда как увеличение этого уровня среди мужчин составило всего 6% с 3,6 до 3,9 случаев (на 100 000 человек) (TransMonEE, 2012). По данным Глобального медицинского обследования школьников в возрасте от 12 до 16 лет, проведенного ЮНИСЕФ, 12,6% респондентов сообщили о том, что они всерьез обдумывают возможность попытки самоубийства, а еще 12% планируют это сделать. Число мальчиков в обеих группах (обдумывающих и планирующих самоубийства) превышало количество девочек – 13,9% мальчиков и 10,3% девочек обдумывали возможность самоубийства и 12,6% мальчиков и 10,4% девочек планировали совершение самоубийства. В настоящее время имеется очень мало сведений об уровне самоубийств среди молодежи в соседнем Афганистане (Хан, 2002). Казахстан, являющийся подобно Таджикистану одной из стран Центральной Азии, характеризуется одним из самых высоких уровней самоубийств в мире.

Хотя уровень зарегистрированных самоубийств в Таджикистане низок по сравнению с сопредельными республиками, с недавних пор отмечается ощутимый его рост. Всемирная организация здравоохранения сообщает (2005), что по данным переписки между Министерством внутренних дел и Министерством здравоохранения

Таджикистана уровень самоубийств в Таджикистане за последнее время увеличился до 19,9 на 100 000 человек населения. Причины этому могут быть связаны с увеличением безработицы, оставление близкими людьми, насилие в семье, а также насилие, связанное с гражданской войной. Ввиду значительных расхождений между уровнем зарегистрированных самоубийств в Таджикистане и субъективными оценками этого уровня определение фактического уровня самоубийств в Таджикистане очень важно и заслуживает тщательного изучения.

### ***1.1.2 Оценочные данные об уровне самоубийств в Согдийской области (2009-2010гг.)***

Знание уровней показателей здоровья облегчает сопоставление данных между регионами и между странами. Тем не менее, определение истинного уровня любого показателя здоровья требует наличия достоверных демографических данных (Перепись населения) и точной оценки целевого показателя (показателей) здоровья.

Используемые здесь данные о численности населения по районам взяты из опубликованных результатов Переписи населения Таджикистана за 2010г. (Государственное агентство по статистике, 2010). Ввиду маленькой численности населения в Чкаловске и Табашаре (менее 10 000 человек в каждом из этих городов) в результате сопоставления этих данных с информацией о случаях самоубийств, зарегистрированных в 2009 и 2010гг. получаемые оценочные данные об уровне самоубийств в этих двух городах оказываются недостоверными. Поэтому, данные о количестве самоубийств и численности населения в этих двух городах были объединены с данными по Б.Гафуровскому административному району. Информация о случаях самоубийства в Согдийской области по отдельным районам за 2009-2010гг. была получена от органов власти Согдийской области в феврале 2011г. и предположительно отражает все случаи самоубийства, зарегистрированные в течение этого периода. Эти данные (независимо от участия в Исследовании) использовались для определения уровня самоубийств на 100 000 молодых людей и девушек в Согдийской области. Выборочные статистические данные представлены далее. Для получения более подробной информации см. Приложение II.

- По имеющимся оценочным данным в 2010г. в Согдийской области проживало 616 637 молодых людей и девушек в возрасте от 12 до 24 лет.
- За период с 2009 по 2010гг. было официально зарегистрировано 138 случаев самоубийств среди лиц в возрасте от 12 до 24 лет (в среднем по 69 случаев за год в течение этого двухлетнего периода).
- Уровень самоубийств в Согдийской области, рассчитанный на основе имеющихся данных, составляет 11,2 случая (за 2009-2010гг.) на 100 000 молодых людей и девушек.
- Имеющиеся данные говорят о том, что среди молодежи в возрасте от 12 до 24 лет уровень самоубийств у женщин составляет 11,7, а у мужчин - 10,6. Такой уровень представляет собой коренное изменение распределения по полу по сравнению с данными, ранее отмечавшимися в Таджикистане, или с ситуацией, которая сейчас сложилась в других странах Центральной Азии.
- Среди районов Согдийской области в Аштском районе зарегистрирован самый высокий уровень завершенных самоубийств - общий уровень среди молодежи - 19,2 (на 100 000 человек), среди женщин - 24,8 (самый высокий уровень из всех районов) и среди мужчин - 13,7.

- Канибадамский район занимает второе место по уровню самоубийств среди молодежи - 18,2 случая на 100 000 человек. Уровень самоубийств среди молодых мужчин здесь составляет 20,0 случаев, а среди молодых женщин - 15,9 случая.

Город Ходжент, столица Согдийской области, идет на четвертом месте по уровню самоубийств среди молодежи (16,0 случаев на 100 000 человек), причем уровень самоубийств среди женщин выше, чем среди мужчин (20,7 по сравнению с 11,9 на 100 000 человек).

### *1.1.3 Ситуация в области охраны психического здоровья в Таджикистане*

До принятия своего собственного закона в 2002г., вопросы охраны психического здоровья в Таджикистане регулировались советским Законом "О психиатрической помощи". По мнению Латыпова (2010) текущая ситуация в области охраны психического здоровья в Таджикистане продолжает пребывать в стадии "бездействия", когда исследованиям в области психического здоровья не уделяется никакого внимания, а традиционные целители остаются основными поставщиками услуг в области психического здоровья. Подробный обзор текущей ситуации в области психического здоровья в Таджикистане представлен в Приложении III.

Лишь 4,6% от валового внутреннего продукта выделяется на здравоохранение в Таджикистане и лишь 1% от бюджета здравоохранения тратится на охрану психического здоровья. В стране отсутствует конкретная политика в области психического здоровья, а также нет официального ведомства или руководящего органа, который бы осуществлял надзор в сфере охраны психического здоровья; один единственный старший специалист в Министерстве здравоохранения занимается *всеми* неинфекционными заболеваниями, включая психические болезни. В области охраны психического здоровья отмечается дефицит как материально-технических средств, так и специалистов. В Таджикистане имеется всего 53 амбулаторных психиатрических учреждения, которые оказывают помощь всего 629 гражданам на 100 000 человек населения (для сравнения в Узбекистане психиатрическая помощь оказывается 1 474 гражданам на 100 000 населения; а в Кыргызстане – 1 142 гражданам на 100 000 населения)(Всемирная организация здравоохранения, 2010) .

Социальные предрассудки, сопровождающие вопросы психического здоровья в Таджикистане, как и в большинстве других стран, представляют дополнительную проблему. Предание гласности информации о психическом заболевании часто становится причиной дискриминации, что затрудняет лечение, образование и трудоустройство. Поэтому люди с психическими расстройствами предпочитают обращаться за помощью к традиционным целителям и муллам, которые, по их мнению, в целом обеспечат лучшую конфиденциальность, чем врачи. (Latypov, 2010).

---

\* Эти уровни основываются на ряде уточненных расчетов и их не следует принимать в качестве окончательных данных.

#### *1.1.4 Социальные факторы, влияющие на риск совершения самоубийств*

Психологические проблемы, такие как депрессия, чувство безнадежности или бессмысленности и опустошенности, очень часто называют предвестниками суицидальной направленности мышления (Эскин, 1999b). По мнению Ховена с соавторами (2010) самоубийство также может быть частично "социальным явлением", факторы риска которого включают: "экономические трудности и утрату имущества", "разрыв важных личных отношений и утрату близких", "другие потрясения и утраты ввиду внутренних перемещений, добровольной или вынужденной миграции, войн и других катастрофических событий". Хотя психические расстройства играют довольно важную роль при самоубийствах, состояние психического здоровья не всегда служит наиболее весомым фактором риска самоубийства. Чтобы лучше понимать и разрабатывать методы для противодействия самоубийствам и их сдерживания, необходимо проводить оценку значимых социальных факторов (Bertolote & Fleischmann, 2005; Hoven et al., 2010; Hoven, Wasserman, Wasserman, & Mandell, 2009).

Глобальное исследование психического здоровья показало, что насилие и другие формы плохого обращения в семье зачастую стимулируют суицидальное поведение (Naar, 2010; Naar, 2007; Dervic, Brent, & Oquendo, 2008; Gould, Greenberg, Velting, & Shaffer, 2003). По данным мультииндикаторного кластерного исследования (МИКИ) в Таджикистане три четверти всех женщин и 85% замужних женщин в возрасте 15-29 лет считают, что их мужья вправе их избивать (ЮНИСЕФ, 2007). Среди девочек школьного возраста 21% заявили, что они подвергались физическому насилию один или несколько раз за последние 12 месяцев (ЮНИСЕФ, 2006). Многие из этих женщин, возможно, чувствуют, что они подвергаются невыносимым мукам со стороны их мужей или их родственников. В силу обычая, против этих мучений протестовать нельзя. Напротив, они считаются социально приемлемым явлением.

Социальная стигматизация является еще одним фактором риска самоубийства. Мехмет Эскин (1995b) предложил "гипотезу стигматизации", согласно которой в обществах, которые относятся к самоубийствам, как к чему-то особенно позорному, высока вероятность того, что люди с суицидальными мыслями или демонстрирующие суицидальное поведение, будут отвержены или изолированы. Однако отрицательное отношение к самоубийству не обязательно означает социальную стигматизацию. Эскин (1995b; 1999a; 2003a) проводит различие между отношением к самоубийству как к понятию вообще и отношением к конкретным людям, проявляющим суицидальные наклонности. В рамках межкультурного исследования его авторы выяснили, что шведские подростки более терпимо относятся к понятию самоубийства, чем турецкие подростки. В то же время турецкие подростки демонстрировали большее благорасположение к своим одноклассникам, предпринимавшим попытки самоубийства. Согласно предположению Эскина (1995b) в обществах с высоким уровнем стигматизации, люди, подверженные суицидальным настроениям, испытывают более сильное побуждение довести самоубийство до конца, чем продолжать жить с пятном позора. В самом деле, в Швеции, где согласно полученным данным школьники относились с меньшей терпимостью к людям с суицидальными наклонностями, большее количество самоубийств было завершенным (Эскин, 2003b).

И наконец, судя по всему, существуют также социальные, культурные и религиозные различия мотивации самоубийства. Эскин (1999b; 1995a) установил, что

среди школьников-мусульман Турции важными в этом отношении считались причины, относящиеся к учебе (ожидания семьи, что он/она будет хорошо учиться), вопросы взаимоотношений с противоположным полом (отражающие консервативные ценности в области взаимоотношений с представителями противоположного пола), финансовые проблемы семьи, проблемы с родителями и переживания, связанные с разводом родителей. С другой стороны, школьники-христиане Швеции более важными считали вопросы половой самоидентификации, внешности и экзистенциальные вопросы – например, что происходит, когда человек умирает. (Эскин 1999b; 1995a).

### ***1.1.5 Концептуальная основа Исследования случаев самоубийств в Согдийской области***

Выбранная для настоящего исследования методология – "психосоциальная аутопсия" отражает мысль о том, что явление самоубийства коренится в структуре социального, культурного и семейного уклада и часто включает и другие факторы помимо психического здоровья. Психосоциальная аутопсия предполагает сбор информации из различных источников для создания посмертного психологического портрета погибшего человека, реконструкции цепи событий, приведших к самоубийству (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003; Isometsa, 2001; Shneidman, 2004), и определения того, какие из возможных факторов риска могли сыграть решающую роль. Источники информации, как правило, включают интервью с членами семьи, друзьями и другими лицами, имевшими близкие взаимоотношения с погибшим, а также заключение судмедэксперта, медицинскую карту и психиатрическое заключение (Houston, Hawton, & Shepperd, 2001; Kolves, Varnik, Tooding, & Wasserman, 2006; Zhang, Conwell, Zhou, & Jiang, 2004).

В отличие от методов психосоциальной аутопсии, которые во главу угла ставят психологическое состояние погибшего, в рамках настоящего исследования большое внимание было уделено как индивидуальным характеристиками, так и влиянию социальной среды в качестве важных факторов риска. Информация собиралась посредством интервью с информантами, цель которых заключалась в том, чтобы оценить психологическое состояние и изучить семейный анамнез и контекст, события из раннего детства и периода, предшествовавшего самоубийству, межличностные взаимоотношения, наличие социальной поддержки, жилищные условия, сведения о трудоустройстве, наличие заболеваний в прошлом, религиозные убеждения, наличие контактов с клиническими службами, осведомленность о психическом здоровье и другие значимые аспекты (Hawton et al., 1998; Hoven et al., 2008; Wu et al., 2001; Shneidman, 2004).

### ***1.1.6 Учет специфики культуры***

Исследования самоубийств проводятся почти всегда только в экономически развитых странах. План проведения полуструктурированных интервью, использовавшийся в рамках настоящего исследования, основывался на концепции, разработанной в ходе предыдущих исследований в западных странах. Авторы тем не менее учитывали, что специфические нюансы таджикской культуры могут повлиять на реализацию такого подхода. К счастью, успешное проведение полуструктурированных интервью с родственниками жертв самоубийств в ходе исследований Чена с соавторами (2006) и Жанга с соавторами (2004) в Китае доказало применимость

данного метода и в других странах. Исходя из вышесказанного, интервью разрабатывались таким образом, чтобы в максимальной степени учесть такие культурные нюансы и в то же время придерживаться проверенным методам, применявшимся в странах Запада.



## 2. МЕТОДОЛОГИЯ

### 2.1 Выбор участников

Участники исследования были распределены на три категории выборки: завершенные самоубийства, попытки самоубийства и контрольная группа. Кроме того, были проведены интервью с Ключевыми информантами. Основной целью этих интервью было выяснение уровня знаний и степени осведомленности, а не вопросы о конкретных лицах (определения для каждой категории выборки см. в Приложении IV). Интервью "лицом к лицу" проводились с несколькими информантами из каждой категории выборки.

В категории завершенных самоубийств и попыток самоубийств были включены все выявленные случаи самоубийств или попыток, имевших место с января 2009 по март 2011г. Информанты из категории завершенных самоубийств включали до двух Первичных информантов по каждому случаю, которые хорошо знали погибшего молодого человека (девушку) – в идеале со времени его/ее рождения или с очень раннего возраста. В выборку попыток самоубийств входили сами молодые люди (девушки) и по одному Первичному информанту, или же по два Первичных информанта в случае, если молодой человек (девушка), совершивший попытку самоубийства, не мог или не желал участвовать.

Кроме того, в отношении примерно 50% случаев самоубийств и попыток самоубийств были проведены интервью с Вторичными информантами. Вторичные информанты – это лица, которые хорошо знали молодого человека (девушку) с детства и были рекомендованы Первичными информантами во время интервью с ними. В число Вторичных информантов входили биологические родители, супруги, родственники жены/мужа, братья/сестры, другие члены семьи, друзья, учителя и другие люди, хорошо знавшие молодого человека/девушку. Взаимоотношения информантов с Молодым человеком (девушкой) в каждом случае зависели от уникальной ситуации данного Молодого человека (девушки).

Для того, чтобы понять, какие факторы в жизни Молодого человека (девушки) могли стимулировать суицидальное поведение, сведения о Молодых людях (девушках) из групп завершенных самоубийств и попыток самоубийств сопоставлялись с данными по Контрольной группе, в которую были включены такие же Молодые люди (девушки), но которые не пытались совершать самоубийства. Каждый случай попыток самоубийства и завершенных самоубийств соотносился с представителем Контрольной группы с учетом пола, возраста, этнической принадлежности (таджик, узбек, русский и т.д.) и географической близости к месту проживания семьи Молодого человека (девушки) из выборки завершенных самоубийств/попыток самоубийства (Gould, Fisher, Parides, Flory, & Shaffer, 1996; Shaffer et al., 1996). В отношении Контрольной группы, интервью проводились максимум с двумя информантами, включая самого Молодого человека (девушку), если он или она мог(ла) или желал(а) участвовать.

Интервью также проводились с Ключевыми информантами. В эту категорию выборки входили должностные лица из различных ведомств и организаций области,

которые знакомы с темой самоубийств и другими вопросами, влияющими на благополучие Молодежи. Интервью с Ключевыми информантами касались не какого-либо конкретного Молодого человека (девушки), а всего сообщества в целом.

Ключевые информанты были выбраны из числа представителей ведомств и организаций, расположенных в районе Бободжона Гафурова, Ходженте, Исфаре, Истравшане (только имам) и Пенджикенте – районах с самым большим количеством самоубийств. По уровню самоубийств Канибадамский район занимает второе место в области, но, чтобы выборка имела больший географический охват (поскольку Канибадамский район граничит с районом Б.Гафурова) его было решено заменить на Исфаринский район. В выборку входили сотрудники прокуратуры, милиции, комитета по делам женщин, комитета по делам молодежи, спорту и туризму, отделов по правам ребенка/ комиссий по правам ребенка, больниц, ожоговых отделений, школ, а также местных, областных и национальных средств массовой информации. Интервью проводились с руководителем каждой из этих организаций, который затем определял максимум до двух сотрудников для проведения дополнительных интервью. Также были проведены интервью с имамами в пяти районах (Б.Гафурова, Ходженте, Исфаринском, Истравшанском и Пенджикентском). Имамы были выбраны не только из-за того, что они контактируют с большим числом жителей, но и потому что они могли поделиться ценными мыслями о факторах, способствующих совершению самоубийств в их сообществах.

Всего в данном исследовании приняли участие 102 семьи (уровень участия - 92%) лиц, совершивших самоубийства, и 35 семей (уровень участия – 92% [случаи удовлетворяющие критериям исследования]) лиц, совершивших попытку самоубийства. Все случаи, относящиеся к выборкам завершенных самоубийств и попыток самоубийства, были сопоставлены с семьями из контрольной группы. Таким образом количество семей контрольной группы составило 137. Кроме того, были проведены интервью со Вторичными информантами: 56 человек в выборке завершенных самоубийств и 32 человека с выборке попыток самоубийства. В общей выборке самоубийств, включая контрольную группу, были проведены интервью с 679 информантами. В дополнение к этому, проведены интервью с 84 Ключевыми информантами. Таким образом, общий раймер выборки исследования составил 763 участника.

## **2.2 Методы проведения исследования**

Для того, чтобы лучше понять феномен самоубийств среди молодежи в Согдийской области, включая основные факторы способствующие его возникновению, при сборе информации использовалось несколько подходов. Применялось четыре основных метода исследования:

- 1) Индивидуальные интервью
- 2) Анализ географической ситуации
- 3) Обзор официальных данных
- 4) Интервью с ключевыми информантами

### **2.2.1 Индивидуальные интервью**

Этот компонент исследования предполагал проведение личных конфиденциальных интервью с участниками исследования из категорий завершенных самоубийств, попыток самоубийства и контрольной группы. Интервью с участниками из выборки завершенных самоубийств и попыток самоубийства были спланированы таким образом, чтобы воссоздать картину смерти в результате самоубийства или обстоятельства попытки самоубийства посредством систематического сбора данных у выживших лиц. Этот способ предполагает получение информации из различных источников для построения индивидуального психологического портрета и воссоздания обстоятельств, приведших к самоубийству или попытке самоубийства. Источники информации включали интервью с лицами, предпринимавшими попытки самоубийства, членами семьи, друзьями и другими людьми, которые имели тесные взаимоотношения с погибшим или с лицом, пытавшимся покончить жизнь самоубийством. В соответствии с комплексным подходом, описанным выше, такая "психосоциальная аутопсия" была направлена на то, чтобы получить информацию как об индивидуальных, так и о социальных факторах, включая (без ограничений) психологическое состояние, семейный анамнез и контекст, события из раннего детства и периода, предшествовавшего самоубийству, межличностные взаимоотношения, наличие социальной поддержки, жилищные условия, сведения о трудоустройстве, наличие заболеваний в прошлом, степень религиозности и осведомленность о психическом здоровье. В рамках настоящего исследования психосоциальная аутопсия предполагала проведение полуструктурированных интервью в индивидуальном порядке и с глазу на глаз с участниками исследования из группы завершенных самоубийств, попыток самоубийства и контрольной группы.

Данные исследований дают основание полагать, что осведомленность о других случаях совершения самоубийств может привести в результате "подражательским" самоубийствам (Brent & Melhem, 2008); поэтому в интервью были включены вопросы, которые позволили бы установить получал ли респондент информацию о самоубийствах из СМИ или из других источников, которая могла бы заронить в него мысли о том, что самоубийство может быть приемлемым выходом. Защитные факторы, которые могут препятствовать вынашиванию суицидальных мыслей и суицидальному поведению, мы пытались установить посредством вопросов об устойчивости, преодолении трудностей и ориентации человека на будущее (Hirsch et al., 2006). Кроме того, в ходе интервью собирались данные об уровне образования Молодого человека (девушки), использовании СМИ, фактах сексуального и физического насилия, романтических взаимоотношениях и других культурно значимых показателях, определённых в результате совместных обсуждений с представителями офиса ЮНИСЕФ в Таджикистане и членами Рабочей группы.

Полуструктурированные интервью разрабатывались специально для данного исследования, но основывались на опыте предыдущей исследовательской работы. Они включали как количественные, так и качественные аспекты. В рамках интервью затрагивались следующие темы:

**Таблица 1. Области применения психосоциального анализа**

1. Демография
2. Осведомленность о психическом здоровье
3. Осведомленность о психиатрических службах
4. Личные взаимоотношения
5. Факты суицидального поведения в прошлом
6. Религиозность
7. Посещение школы
8. Издевательства
9. Насилие в семье
10. Благополучие
11. Здоровье
12. События в жизни
13. Психологическое состояние
14. Темперамент
15. Осведомленность о случаях самоубийства
16. Получение информации из СМИ
17. Расставание с родителями
18. Устойчивость
19. Преодоление трудностей
20. Ориентация на будущее
21. Подробный рассказ о самоубийстве (качественные данные)

Основным средством проведения психосоциальной аутопсии являлись интервью с глазу на глаз с использованием опросника (количественный инструмент) по темам, изложенным выше. Интервью строились таким образом, чтобы получить информацию, необходимую для понимания обстоятельств жизни Молодого человека (девушки) и факторов, которые могли привести к попытке самоубийства.

Кроме того при интервью со всеми Первичными и Вторичными информантами в категориях выборки завершенных самоубийств и попыток самоубийства использовался качественный опросник. Качественный раздел применялся как средство получения информации о жизни Молодого человека (девушки) и обстоятельств, сопутствовавших самоубийству или попытке самоубийства со слов респондента. Вопросы, предполагающие произвольный ответ, и подсказки зачитывались респонденту интервьюером, который делал либо аудио-запись ответов, либо записывал ответы на бумаге. Качественный раздел был направлен на то, чтобы выяснить мнение респондента о самоубийстве или попытке самоубийства, его последствиях и различных аспектах жизни Молодого человека (девушки), таких как взаимоотношения с семьей, супругами, представителями противоположного пола, факты жестокого обращения и роль религии.

### 2.3 Районы, охваченные исследованием

Очные интервью проводились в 16 районах Согдийской области. В каждом из выбранных районов было зарегистрировано как минимум одно самоубийство или попытка самоубийства в период с января 2009г. по март 2011г.

**Таблица 2: Районы, охваченные исследованием\***

- 1) Ходжент
- 2) Кайраккум
- 3) Чкаловск
- 4) Табошар
- 5) БободжонГафуровский
- 6) Исфаринский
- 7) Канибадамский
- 8) Матчинский
- 9) Аштский
- 10) Спитаменский
- 11) Джаббор-Расуловский
- 12) Истравшанский
- 13) Ганчинский
- 14) Зафарабадский
- 15) Пенджикентский
- 16) Айнинский

\* В Шахристанском и Горно-Матчинском районах официально не зарегистрированы ни завершённые самоубийства, ни попытки самоубийства в период с января 2009 по март 2011гг., поэтому эти районы не были включены в исследование.

### 2.4 Отбор респондентов и сбор данных

Интервью проводились в период с апреля по август 2011г. Члены национальной команды посещали потенциальных респондентов на дому с целью привлечения их к исследованию. В ходе набора респондентов участникам разъяснялась цель исследования и предоставлялся выбор согласиться или отказаться от участия, или подумать об участии в исследовании позднее. Участникам также сообщалось, что все интервью проводятся на добровольной основе и являются конфиденциальными (положения о конфиденциальности и другие этические принципы подробно изложены далее в ПРИЛОЖЕНИИ VII). Все интервью проводились обученными интервьюерами. Обучение проводилось в Ходженте специалистами из Колумбийского университета в ходе трех посещений в период с октября 2010г. по март 2011г.

В ходе отбора, если участник давал согласие принять участие в исследовании, дата и время проведения интервью назначались по выбору участника и специалист по

отбору, документально фиксировал согласие участника. Затем в оговоренный день и время интервьюеры посещали семью и проводили интервью, получив подтверждение согласия участника. Поскольку в Таджикистане не принято подписывать форму информированного согласия, частично ввиду существовавшей здесь ранее политической системы, устное согласие участника документировалось специалистом по отбору до начала интервью. Длительность интервью составляла до двух часов для первичных респондентов, до полутора часов – для вторичных респондентов и до полутора часов для Ключевых респондентов.

#### ***2.4.1 Анализ географических данных***

По завершении интервью с членами выборки самоубийств и контрольной группы интервьюеры использовали приемники Глобальной системы позиционирования (GPS) для получения GPS-координат (широты, долготы, высоты над уровнем моря) дома, в котором проживает участник. Однако, если самоубийство или попытка самоубийства происходила в другом месте, интервьюер также выяснял GPS-координаты и этого места. Эта информация должна была использоваться для выявления любых потенциальных географических кластеров. Для облегчения анализа создавалось краткое географическое описание для каждого из 16 посещавшихся районов Согдийской области. Эти географические описания содержат данные о количестве попыток самоубийства и завершенных самоубийств, а также о других социальных факторах и условиях внешней среды для выявления географических различий между районами, которые потенциально могли быть причинами различия в уровне самоубийств.

#### ***2.4.2 Анализ официальной документации***

Первоначально было предложено, чтобы исследование включало в себя анализ официальной документации по молодежи из выборки по самоубийствам. Были запрошены документы из прокуратуры, больниц, включая ожоговые отделения, и школ, которые имели дело с тем или иным Молодым человеком (девушкой). К сожалению документацию из больниц и школ получить не удалось и исследовательской группе были предоставлены лишь сводки отчетов прокуратуры. Мы попытались собрать документацию по Молодым людям, которые совершили самоубийства или попытки самоубийства в тех же пяти районах (Ходжент, Бободжона Гафурова, Исфаринский, Истравшанский и Пенджикентский), в которых проводились интервью с Ключевыми информантами.

#### ***2.4.3 Интервью с ключевыми информантами***

Цель интервью с Ключевыми информантами заключалась не в том, чтобы получить информацию о том или ином Молодом человеке (девушке). Основной акцент в этих интервью делался на проблемах, с которыми сталкивается молодежь в целом в своем сообществе. В частности, в ходе интервью затрагивались такие темы как предоставление услуг, связанных с психическим здоровьем, нетрадиционные методы лечения психических заболеваний, например, обращение к табибам, политика в этой области, и мнения информантов о причинах, которые могут подталкивать молодежь на совершение самоубийств. Поскольку в выборку Ключевых информантов были включены представители различных ведомств и организаций, интервью с участниками

обязательно строились с учетом их референтной группы, например, прокурорские работники, учителя и т.д. Однако основная составляющая всех интервью с Ключевыми информантами была единообразной и включала вопросы о проблемах, с которыми сталкивается молодежь на районном и областном уровне, действующих законах и положениях, призванных защищать молодежь, и предложения об изменении политики в будущем. Также как и в индивидуальных интервью, интервью с Ключевыми информантами содержали качественные вопросы, которые позволяли выяснить мнение Информанта по разным темам, таким как изменения в социальной и культурной сфере, которые могут влиять на суицидальное поведение, а также предложения по изменению политики, которые могут улучшить жизнь молодежи в Согдийской области.

## **2.5 Перевод**

Международная исследовательская группа из Колумбийского университета разработала отдельные планы интервью на английском языке для каждой группы участников для того, чтобы получить наиболее точное описание событий, сопровождавших каждый случай самоубийства или попытки самоубийства. Все материалы интервью были переведены носителями языка в Таджикистане с английского на таджикский, узбекский и русский языки, чтобы интервью можно было проводить на языке, предпочитаемом участником. Значительная работа была проведена для обратного перевода на английский язык всех документов, для целей сравнения, хотя это не всегда оказывалось возможным.

## **2.6 Этические принципы**

Институциональный совет по этике Колумбийского университета, Государственный психиатрический институт Нью-Йорка и Министерство здравоохранения Таджикистана рассмотрели и утвердили все аспекты настоящего исследования. Подробное описание процедур проверки на предмет этичности см. в Приложении V.

## **2.7 Анализ данных - план анализа данных см. в Приложении VI, а гипотезы приведены в Приложении VII**

**Предложения по проведению дальнейших исследований в Таджикистане содержатся в Приложении VIII**



### 3. РЕЗУЛЬТАТЫ

Данные, представленные в настоящем разделе, отражают результаты как количественных, так и качественных оценок, а также мнения Ключевых информантов. Данные представлены по тематическим разделам – основная информация приводится из количественной части интервью и иллюстрируется в некоторых случаях качественной информацией. Мнения Ключевых информантов также приводятся для более глубокого раскрытия темы.

#### 3.1 Географические условия, выборка и демографические аспекты исследования

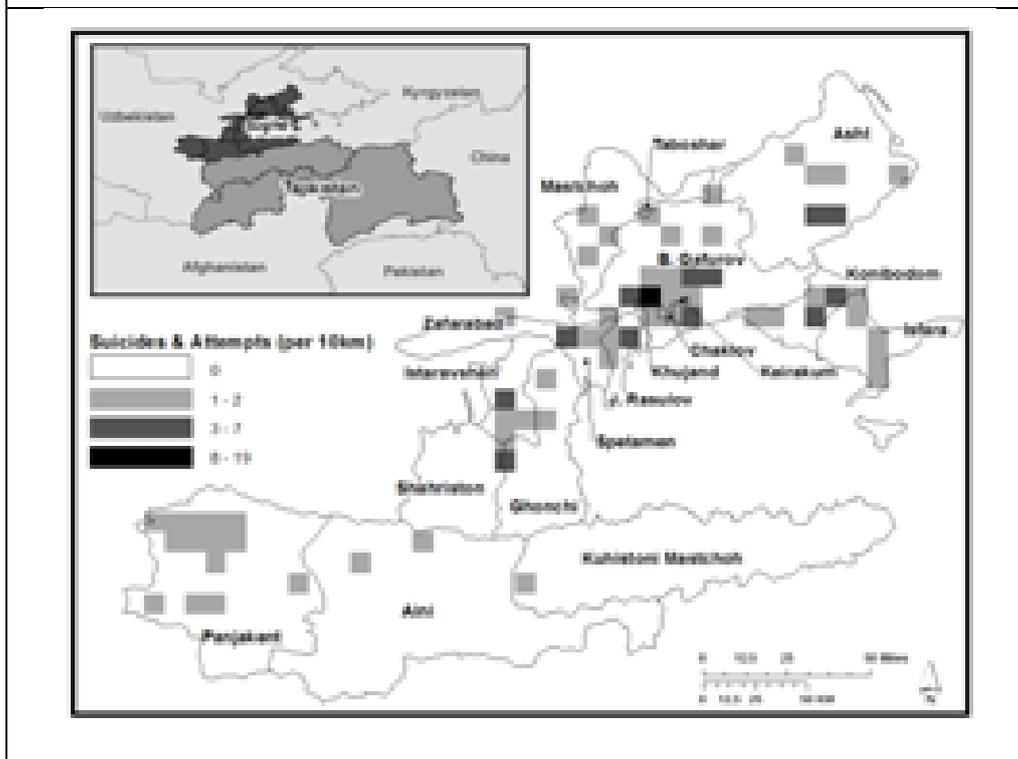
##### 3.1.1 География распределения самоубийств и попыток самоубийства

Во время проведения интервью использовались приемники Глобальной системы позиционирования (GPS) для получения географических координат местоположения дома и места совершения самоубийства/попытки, если это произошло в другом месте. Также собирались GPS-координаты домов участников контрольной группы. В результате были получены GPS-координаты 256 (92,4%) из всех участвовавших в интервью семей (96,1% из всех семей лиц, завершивших самоубийства, и 94,3% из всех семей лиц, предпринимавших попытки самоубийства) (см. Таблицу 3). Для того, чтобы сохранить в тайне информацию об участниках, координаты групп завершенных самоубийств и попыток самоубийства были приведены к 10-километровой сетке (см. Рис. 1). Ввиду плотности населения в Ходженте, наибольшая концентрация случаев самоубийств и попыток самоубийства отмечается в пределах городской черты Ходжента.

**Таблица 3.**  
**Выборка с координатами GPS**

Выборка	Всего	С GPS- координат ами	%
Самоубийства	102	98	96,1%
Попытки самоубийства	35	33	94,3%
Контрольная группа (самоубийства)	102	92	90,2%
Контрольная группа (попытки)	35	33	94,3%
<b>Всего</b>	<b>274</b>	<b>256</b>	<b>93,4%</b>

Рис 1. Карта мест проживания семей лиц, совершивших завершённые самоубийства и попытки самоубийства в Согдийской области Таджикистана, шаг сетки 10 км.



### 3.1.2 Районы

Как показано далее в Таблице 4, каждый из 16 районов Согдийской области, где были зарегистрированы случаи самоубийств и попыток самоубийства, был представлен в нашей выборке, причем лучше всего представлены Пенджикентский район и г.Ходжент (42 и 38 семей соответственно), тогда как Чкаловск и Зафарабадский район представлены наименьшим количеством семей (по 2 семьи в каждом).

Таблица 4. Репрезентативность интервью с семьями в Согдийской области

Район	Самоубийства	Контрольная группа (самоубийства)	Попытки самоубийства	Контрольная группа (попытки)	Всего
Айнинский	2	2	1	1	6
Аштский	10	10	0	0	20
Б. Гафурова	15	15	1	1	32
Чкаловск	1	1	0	0	2
Ганчинский	6	6	3	3	18
Исфаринский	5	5	2	2	14

Истравшанский	9	9	0	0	18
Дж. Расулова	5	5	2	2	14
Кайраккумский	2	2	3	3	10
Ходжент	6	6	13	13	38
Канибадамский	14	14	2	2	32
Матчинский	2	2	1	1	6
Пенджикентский	15	15	6	6	42
Спитаменский	8	8	0	0	16
Табошар	1	1	1	1	4
Зафарабадский	1	1	0	0	2

### 3.1.3 Информанты из числа членов семьи

Семьи, в которых Молодой человек (девушка) совершил(а) самоубийство (уровень участия – 92%\*) или предпринял(а) попытку самоубийства (уровень участия – 92%), были соотнесены с аналогичным количеством семей, в которых самоубийств не было (контрольные семьи). В большинстве семей в обследовании участвовали два члена (включая Молодого человека (девушку), если это семья лица, предпринимавшего попытку самоубийства) (см. Таблицу 5). Интервью с самими Молодыми людьми (девушками), предпринимавшими попытки самоубийства, были проведены в 20 из 35 семей. По различным причинам интервью удалось провести лишь с 57% (20 человека) Молодых людей (девушек), предпринимавших попытки самоубийства. В некоторых случаях молодая девушка во время исследования жила со своим супругом или его родственниками, которые не знали о попытке самоубийства. Для сохранения конфиденциальности было принято решение не обращаться к таким Молодым девушкам. В нескольких случаях, когда попытки самоубийства предпринимались молодыми мужчинами, с ними невозможно было связаться из-за того, что они уехали на заработки за пределы Таджикистана. Когда это представлялось возможным, интервью проводились с биологической матерью Молодого человека (девушки), включенного в исследование; в противном случае, интервью проводилось с биологическим отцом, супругом (ой) или одним из родителей супруга(и). Вторичные интервью с членами семьи проводились в семьях лиц, совершивших самоубийство или попытку самоубийства.

\* Согласно установленным критериям сто одиннадцать семей могли принять участие – интервью состоялись со 102 семьями и 9 семей участвовать отказались. Шестнадцать семей не соответствовали установленным критериям, поскольку они уехали из Согдийской области, не соответствовали возрастным параметрам, установленным в рамках исследования, и т.д.

\*\* Из 51 семьи, рассматривавшейся на предмет включения в исследование: тринадцать семей не удовлетворяли критериям ввиду отъезда из Согдийской области, несоответствия возрастным требованиям и т.д. Из оставшихся 38 семей 35 прошли интервью и 3 отказались участвовать.

**Таблица 5. Интервью с семьями**

Выборка	Самоубийства	Контрольная группа (самоубийства)	Попытки самоубийства	Контрольная группа (попытки)
Первичные семьи	102	102	35	35
Первичные интервью	200	194	62	67
2 Первичных интервью	96%	89%	77%	91%
Интервью с лицами, совершившими попытки/ с членами контрольной группы		93%	57%	97%
Интервью с биологической матерью	62%	58%	60%	46%
Интервью с биологическим отцом	44%	16%	14%	9%
Интервью с супругом (супругой)	2%	3%	3%	14%
Интервью со свекровью (тещей)	6%	9%	3%	9%
Интервью со свекром (тестем)	2%	1%	0%	0%
Вторичные семьи	56		32	
Вторичные интервью	100		56	
2 Вторичных интервью	79%		75%	

### **3.1.4 Демографические данные по Молодым людям (девушкам)**

Среди Молодых людей (девушек), совершивших самоубийство, мы обнаружили равное соотношение мужчин и женщин. Однако среди Молодых людей (девушек), которые выжили после попытки самоубийства, большую долю составляли женщины (71%). Средний возраст на момент события (самоубийства/попытки самоубийства) и возраст на момент проведения интервью находился в пределах от 18 лет до 21 года с разницей в один год между лицами, совершившими попытку самоубийства, и лицами, совершившими завершённые самоубийства (см. Таблицу 6). Поскольку члены контрольной группы подбирались в соответствии с полом и возрастом индексной выборки, распределение по полу и возрасту Молодых людей (девушек) из контрольной группы было аналогичным.

Большинство Молодых людей (девушек) были таджиками или узбеками, причем, как это ни странно, доля узбекских семей была очень высокой. Поскольку данные переписи об этнической принадлежности населения в разрезе районов еще не опубликованы,

определить, действительно ли непропорционально большое число молодых людей и девушек, совершающих самоубийства или попытки самоубийства, являются узбеками, не представлялось возможным. Почти треть Молодых людей (девушек) состояли в браке на момент совершения попытки/самоубийства (29%-31%) и почти все эти браки были устроенными. Различия в проценте устроенных браков среди лиц, предпринимавших попытки самоубийства, суицидентами или членами контрольной группы были незначительными; однако больший процент устроенных браков отмечался у суицидентов (97%), чем у лиц, предпринимавших попытки самоубийства (83%). Для всех Молодых людей (девушек) средний возраст вступления в брак составлял 20-21 год, а средний возраст их супруга (супруги) был немного выше (21-22 года).

**Таблица 6. Демографические данные по Молодежи**

Демография	Самоубийства	Контрольная группа (самоубийства)	Попытки самоубийства	Контрольная группа (попытки)
<b>Пол и возраст</b>				
Жен	51%	54%	71%	71%
Средний возраст на момент события	19	19	18	19
Средний возраст на момент интервью	21	21	20	21
<b>Национальность</b>				
Таджики	52%	61%	74%	85%
Узбеки	47%	39%	26%	15%
Другое	1%	0%	0%	0%
<b>Семейное положение</b>				
Женат (замужем)	31%	31%	29%	29%
Брак был устроен	97%	94%	83%	82%
Средний возраст (первого) вступления в брак	21	21	20	20
Средний возраст (первого) супруга (супруги)	21	22	22	22

### 3.1.5 Возрастные группы лиц, предпринимавших попытки суицида/совершивших суицид

Распределение по возрасту Молодых людей (девушек), предпринимавших попытки самоубийства и совершивших самоубийства, в рамках настоящего исследования согласуется с данными, сообщенными Ключевыми Информантами – основная часть приходится на группу в возрасте от 18 до 24 лет (см. Рис 2). В целом, настоящим исследованием было установлено, что лица, совершавшие попытки самоубийства, моложе лиц, совершивших завершённые самоубийства, что также подтверждается Ключевыми Информантами и согласуется с данными по другим странам.



### 3.1.6 Уровень посещения молодыми людьми школы/университета

Больше юношей чем девушек посещали школу/университет в любое время в течение 12 месяцев, предшествовавших суициду. Среди девушек, совершивших попытки самоубийства или завершённые самоубийства, количество посещавших школу/университет было меньшим чем среди соответствующих членов контрольной группы (31% суицидентов против 44% членов контрольной группы и 32% предпринимавших попытки самоубийства по сравнению с 38% членов контрольной группы). Всего 13% суицидентов-женщин учились в университете по сравнению с 29% членов контрольной группы по завершённым самоубийствам (см. Таблицу 7).

**Таблица 7. Класс школы/ учеба в ВУЗе Молодых людей в течение 12 месяцев до события**

	Самоубийства		Контрольная группа (самоубийства)		Попытки самоубийства		Контрольная группа (попытки)	
	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж
9-11 класс	87%	71%	81%	68%	75%	71%	78%	57%
университет	13%	19%	29%	32%	25%	29%	22%	43%

### 3.1.7 Жилищные условия и районы проживания

В дополнение к координатам GPS, интервьюеры записывали описательную информацию о жилищных условиях и районе проживания всех участников исследования (см. Таблицу 8).

- 80% самоубийств и попыток самоубийства были совершены дома.
- 50,4% суицидентов и лиц, совершавших попытки самоубийства, проживали в домах сельского типа, а 35,7% жили в домах на одну, две или три семьи.
- Приблизительно 80% всех участников, включая членов контрольной группы, проживали в домах, в той или иной степени нуждающихся в ремонте.
- Интервьюеров попросили оценить по шкале от 0 до 10 среднюю плотность застройки и жилищные условия непосредственно в районе проживания участников. Средняя плотность застройки не отличалась между группами завершённых самоубийств, попыток самоубийств и контрольной группой; Не было отличий и жилищных условиях.

**Таблица 8. Характеристики жилищных условий и районов проживания**

Характеристики жилищных условий и районов проживания	Лица, совершившие самоубийства и попытки самоубийства		Контрольная группа		Всего	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
<b>Тип жилья</b>						
Дом сельского типа	65	50,4%	60	49,2%	125	49,8%
дом на 1, 2 или 3 семьи	46	35,7%	47	38,5%	93	37,1%
Многоквартирный жилой дом	18	14,0%	15	12,3%	33	13,1%
<b>Состояния жилища</b>						
Требуется ремонт	102	79,7%	97	78,9%	199	79,3%
Старый дом, ремонт не требуется	16	12,5%	15	12,2%	31	12,4%
Новый дом	10	7,8%	11	8,9%	21	8,4%
<b>Район проживания</b>						
Средняя плотность застройки	5,55		5,24		5,39	
Средние условия проживания	4,83		4,50		4,86	

### **3.1.8 Ключевые информанты**

Интервью с Ключевыми информантами были разделены на семь системных категорий, включая: Правоохранительные органы (сотрудники прокуратуры и милиции); Органы защиты детей и махалинские организации; Комитеты по делам женщин и молодежи; Здравоохранение (заведующий районным отделом здравоохранения, больницы, центры психического здоровья/службы доверия и ожоговые отделения); Образование (директора и учителя школ); Имамы; и СМИ (местное, областное/национальное телевидение; областные/общенациональные газеты и областное/национальное радио). Было проведено 84 интервью с Ключевыми информантами в пяти районах Согдийской области (25 – в Ходженте, 20 – в Пенджикентском районе, 19 – в районе Б.Гафурова, 19 - в Исфаринском районе и интервью с 1 из 5 имамов в Истравшанском районе) с наибольшим числом самоубийств.

Женщины были представлены в разных долях среди семи категорий Ключевых информантов (за исключением имамов) – самое низкое представительство отмечалось в категориях "Правоохранительные органы" и "Здравоохранение" (17% опрошенных были женщинами), тогда как в категориях "Комитеты по делам женщин и молодежи" и "Образование" представительство женщин было самым высоким, составив 67% (см. Таблицу 9). Кроме таджикского и русского языков большой процент Ключевых информантов также говорит на узбекском. Уровень образования также был различным в разных категориях – в категории "Правоохранительные органы" был отмечен самый высокий процент людей с высшим образованием и учеными степенями.

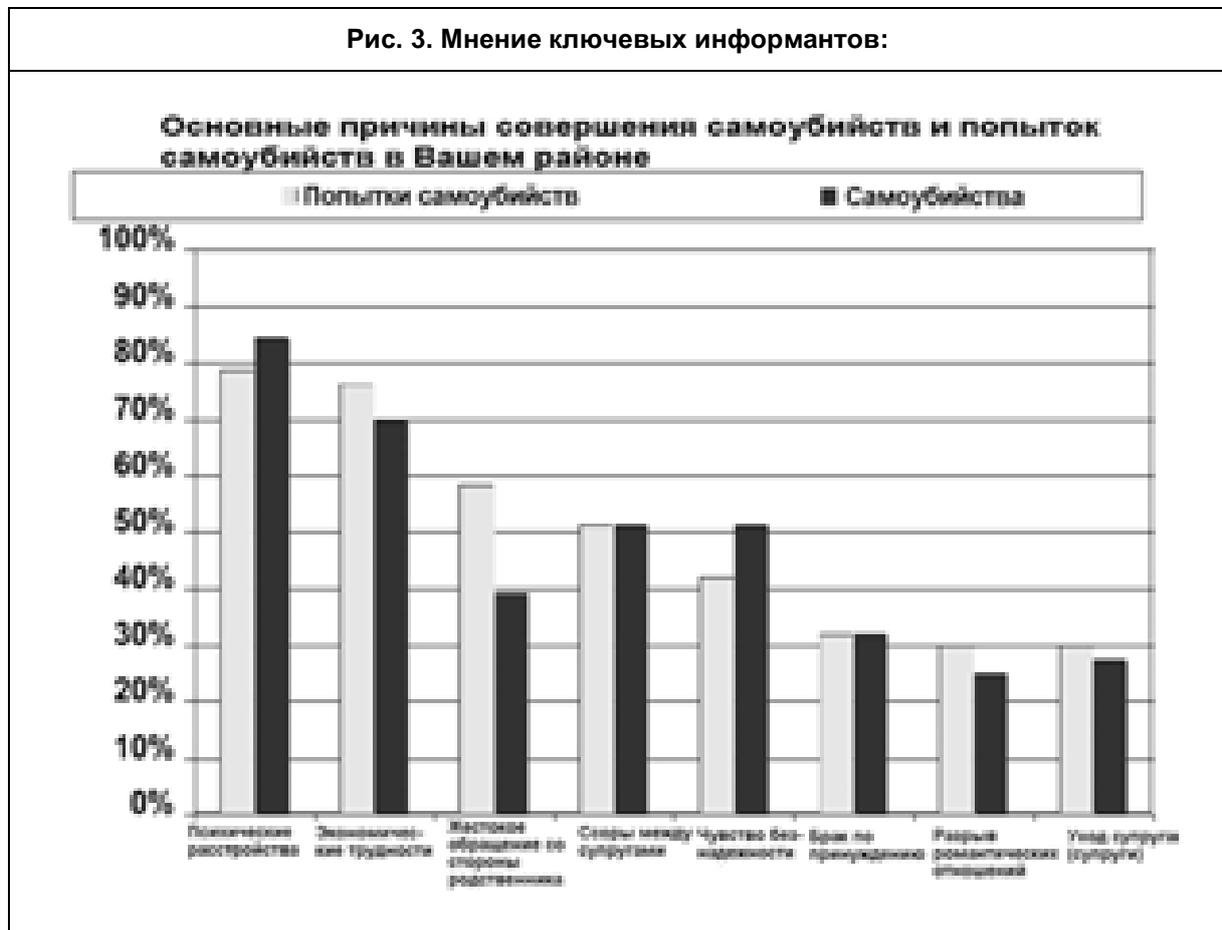
**Таблица 9. Демографические данные по Ключевым Информантам**

	Правоохранительные органы	Органы защиты детей и махалинские организации	Комитеты по делам женщин и молодежи	Здравоохранение	Образование	Имамы	СМИ
Средний возраст	34	48	37	51	44	54	46
Жен	17%	50%	67%	17%	67%	0%	29%
<b>Национальность</b>							
Таджики	100%	83%	100%	83%	100%	100%	100%
Узбеки	0%	17%	0%	8%	0%	0%	0%
Киргизы	0%	0%	0%	8%	0%	0%	0%
<b>Владение языками</b>							
Таджикский	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Русский	92%	100%	100%	100%	83%	80%	100%
Узбекский	50%	92%	46%	67%	58%	100%	86%
Киргизский	0%	17%	4%	8%	0%	20%	0%
Другие	0%	17%	4%	0%	17%	60%	29%
<b>Уровень образования</b>							
Среднее специальное или ниже	8%	24%	17%	0%	8%	100%	0%
Высшее образование или ученая степень	92%	76%	83%	100%	82%	0%	100%

### **3.2 Основные причины самоубийств и попыток самоубийства/использовавшиеся методы**

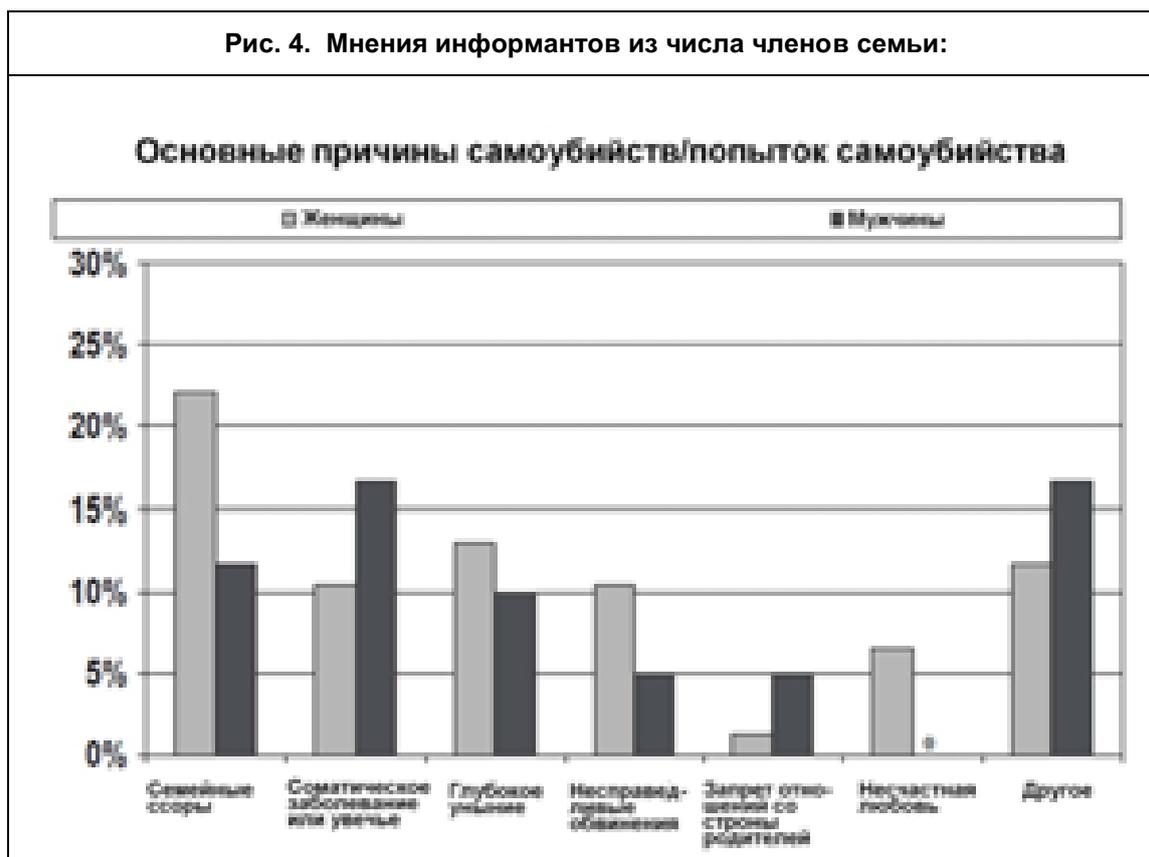
**3.2.1 Основные причины самоубийств или попыток самоубийства (по мнению Ключевых информантов):** Ключевых информантов попросили оценить средний возраст суицидентов и лиц, предпринимавших попытки самоубийства, в их районах. Самое большое число попыток и завершенных самоубийств (51% и 59% соответственно) приходится на возрастную группу от 18 до 24 лет, далее следуют группы 25-49 лет и 16-17 лет (см. Приложение IX). По мнению Ключевых информантов основной причиной попыток самоубийств и завершенных самоубийств являются психические расстройства (79% и 85% соответственно), тогда как на втором месте с небольшим отрывом указываются экономические трудности (76% и 70% соответственно) (см. Рис. 3). Вопросы, связанные с межличностными взаимоотношениями и браком (ссоры между супругами, браки по принуждению,

разрыв романтических отношений) и расставание с супругом (супругой) также часто назывались Ключевыми Информантами в качестве причин самоубийств.



**3.2.2 Основные причины самоубийств или попыток самоубийства (по мнению информантов из числа членов семьи):** Информантам из числа членов семьи были предложены списки причин совершения попытки/самоубийства Молодым человеком (девушкой), из которых они должны были выбрать применимые к их случаям. Основные причины попыток/самоубийств оказались различными в отношении мужчин и женщин, совершавших попытки и завершённые самоубийства (см. Рис. 4). В то время как семейные ссоры были причиной самоубийства или попытки самоубийства у 22% женщин, у мужчин они были названы только в 12% случаев. Большее количество женщин по сравнению с мужчинами указали в качестве причины самоубийства/попытки самоубийства несправедливые обвинения в свой адрес (10% и 5% соответственно). Напротив, большее количество мужчин, чем женщин указали в качестве причины самоубийства/попытки самоубийства наличие и них соматического заболевания или увечья (17% и 10% соответственно). Причины, связанные с любовью и проблемами во взаимоотношениях, также варьировались в зависимости от пола. Большее количество женщин указали неразделённую любовь в качестве причины попыток/самоубийств, тогда как среди мужчин чаще встречается запрет на взаимоотношения со стороны родителей (см. Рис. 4).

Рис. 4. Мнения информантов из числа членов семьи:



### 3.2.3 Причины самоубийств среди женщин и мужчин в возрасте до 25 лет

Всем Молодым людям (и девушкам), а также Первичным и Вторичным информантам было задано несколько общих вопросов, чтобы выяснить их мнение о самоубийстве и культурных проблемах, с которыми сталкиваются люди в Согдийской области и в Таджикистане в целом. Четыре самые распространенные ответа на вопрос, почему женщины и мужчины моложе 25 лет могут захотеть покончить жизнь самоубийством, были следующие: семейные ссоры, наличие соматического заболевания или увечья, принуждение к браку и неразделенная любовь (см. Рис.5). В ответах информантов отмечался значительный разброс. В отношении женщин моложе 25 лет лишь 8% Молодых людей (и девушек) из контрольной группы указали, что причиной может быть наличие соматического заболевания или увечья, тогда как 35% респондентов в той же группе в качестве причины указали принуждение к замужеству. В отношении мужчин принуждение к браку было наименее распространенной причиной (приблизительно 10% информантов, за исключением Вторичных информантов высказали такое мнение). Напротив, 10% или меньше всех информантов (опять же за исключением Вторичных информантов) сообщили, что долги могут быть причиной совершения самоубийства женщиной, тогда как 30% тех же информантов считает, что это может быть причиной совершения самоубийства мужчиной (см. Рис. 6).

Рис. 5

Основные причины, в целом,...

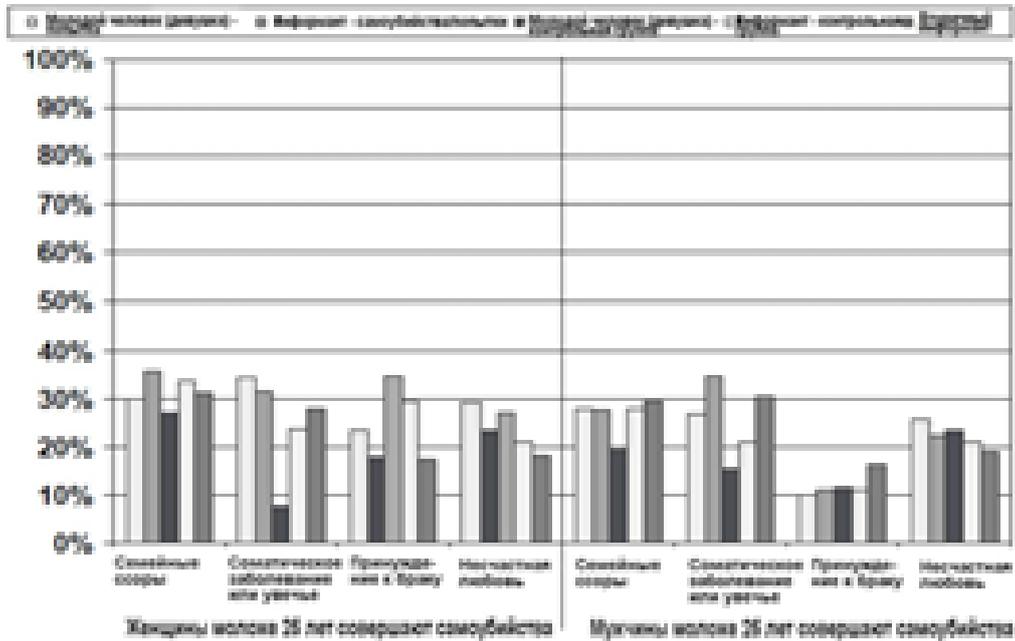
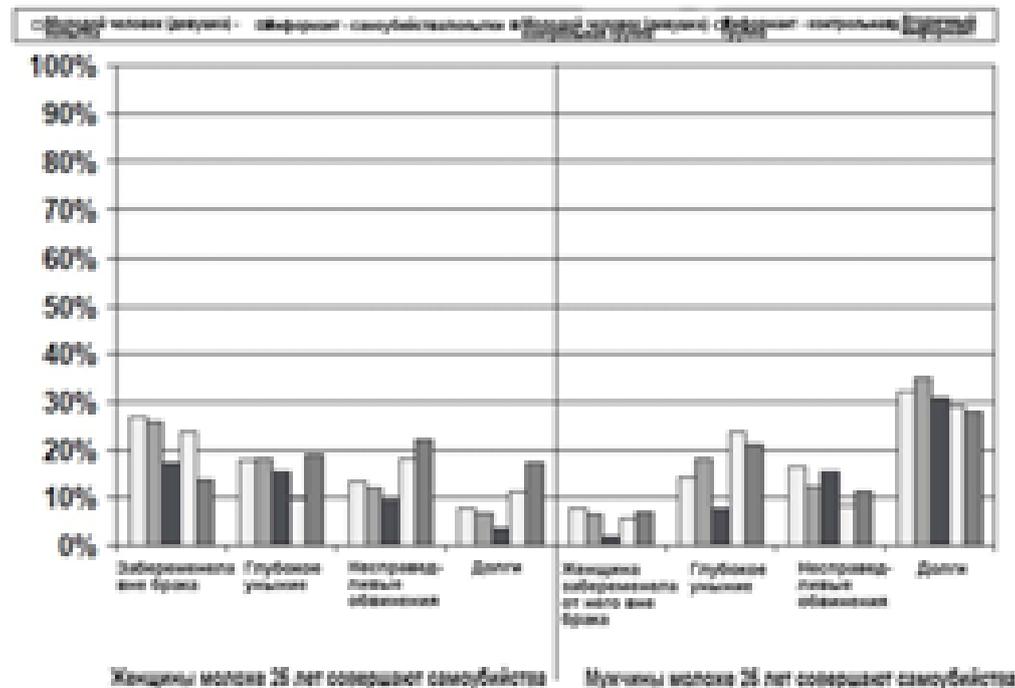


Рис. 6

Основные причины, в целом,...(продолжение)



### 3.2.4 Самые распространенные методы совершения самоубийства/попытки самоубийства

Приблизительно 90% ключевых информантов сообщили, что повешение является самым распространенным способом совершения самоубийства или попыток самоубийства. Кроме того, 80% указали отравление и 65% - смерть от утопления, тогда как остальные методы упоминались очень редко (см. Рис. 7).

Семьдесят один процент женщин совершали попытки/самоубийства посредством повешения, а 21% - посредством отравления. Более 30% женщин и мужчин, предпринимавших попытки самоубийства избрали тот или иной метод, поскольку он был самым удобным, тогда как 5% выбрали его, потому что это был единственный известный им метод. Эти цифры могут быть непосредственно связаны с тем, что эти методы чаще всего фигурируют в сообщениях о самоубийствах - ведь повешение и отравление трудно выдать за несчастный случай. Гендерные различия также явно проявились в выборе места совершения самоубийства - 86% Молодых девушек предприняли попытку/совершили самоубийство дома и 10% в другом месте. Среди мужчин доля предпринявших попытку/совершивших самоубийство дома составила 68%, тогда как 27% сделали это в другом месте (см. Приложение X).



## 3.3 Факторы риска

### 3.3.1 Насилие

**3.3.1a Насилие в семье и сообществе:** Ключевые информанты сообщили, что, по их мнению, наблюдается рост случаев насилия в отношении детей и молодежи в их районах за последние два года. Более 54% отметили учащение случаев насилия в семье, 47% сообщили об увеличении числа случаев жестокого обращения с детьми, 40% указали на увеличение числа браков по принуждению и 28% отметили учащение случаев сексуального насилия (см. Рис. 8). Наименьшее количество Ключевых информантов (только 16%) считает, что число случаев торговли людьми увеличилось. Если Ключевые информанты сообщали об учащении того или иного явления, им задавался вопрос о возможности получения помощи для решения соответствующей проблемы в их районе. Наиболее часто информанты говорили о возможности получения помощи в отношении случаев насилия в семье и жестокого обращения с детьми (40%). У информантов также спрашивали о том, насколько эффективной является предоставляемая помощь. По мнению 50% тех, кто сообщал о возможности

получения помощи в отношении сексуального насилия и браков по принуждению, заявили, что помощь является эффективной.

**Рис. 8. Мнение ключевых информантов:**



**3.3.1b Насилие в семье:** Информантам было задано несколько вопросов, чтобы узнать их мнение о насилии в семье по отношению к женам, невесткам и их детям с целью выяснения степени терпимости к фактам насилия в семье. Респондентов просили указать все случаи, когда, по их мнению, серьезное наказание/ жестокость в отношении жены или ребенка оправдано. Среднее количество случаев обоснованности наказания было представлено в виде системы баллов, согласно которой чем выше балл, тем больше оснований указывается респондентом для сурового наказания/ жестокого обращения с женой или ребенком.

**3.3.1c Избиение жены или невестки:** Вопросы по теме насилия в семье были рассчитаны на то, чтобы выяснить отношение к утверждению о том, что женщину можно побить, если ее заметили, разговаривающей с посторонним мужчиной, не являющимся ее родственником. Значительно большее число родителей Молодых людей (и девушек), совершивших самоубийства или попытки самоубийства, утверждали, что побои жены или невестки оправданы, если ее застали разговаривающей с мужчиной, не являющимся ее родственником (см. Рис. 9).

Рис. 9

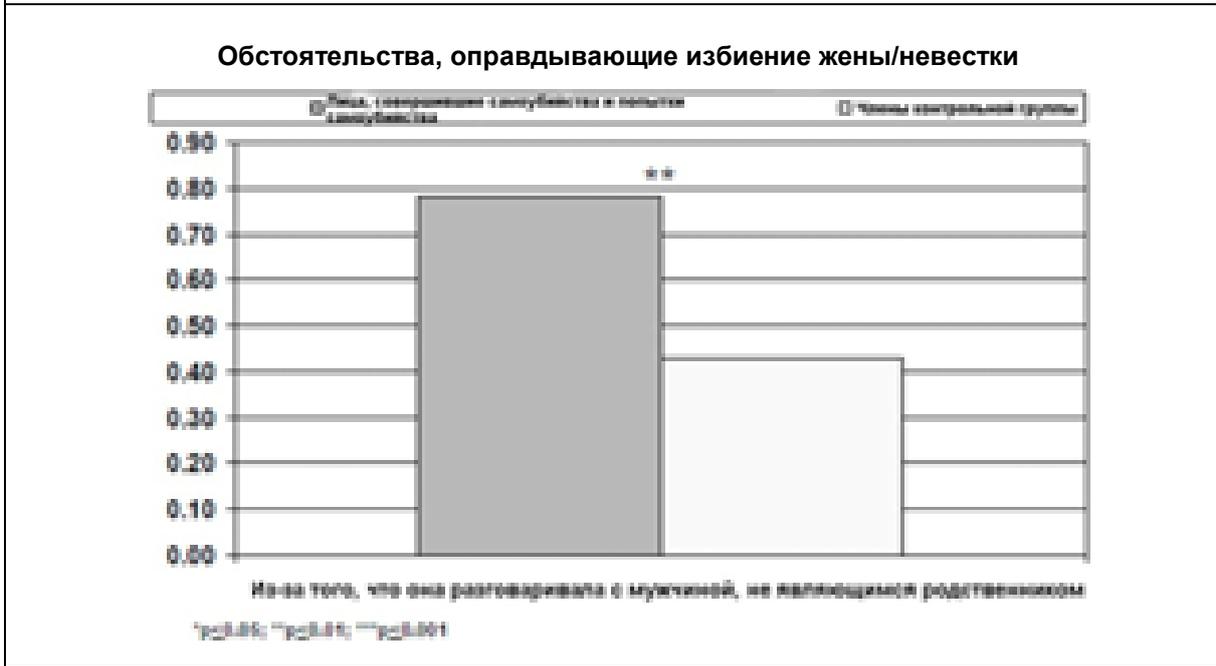


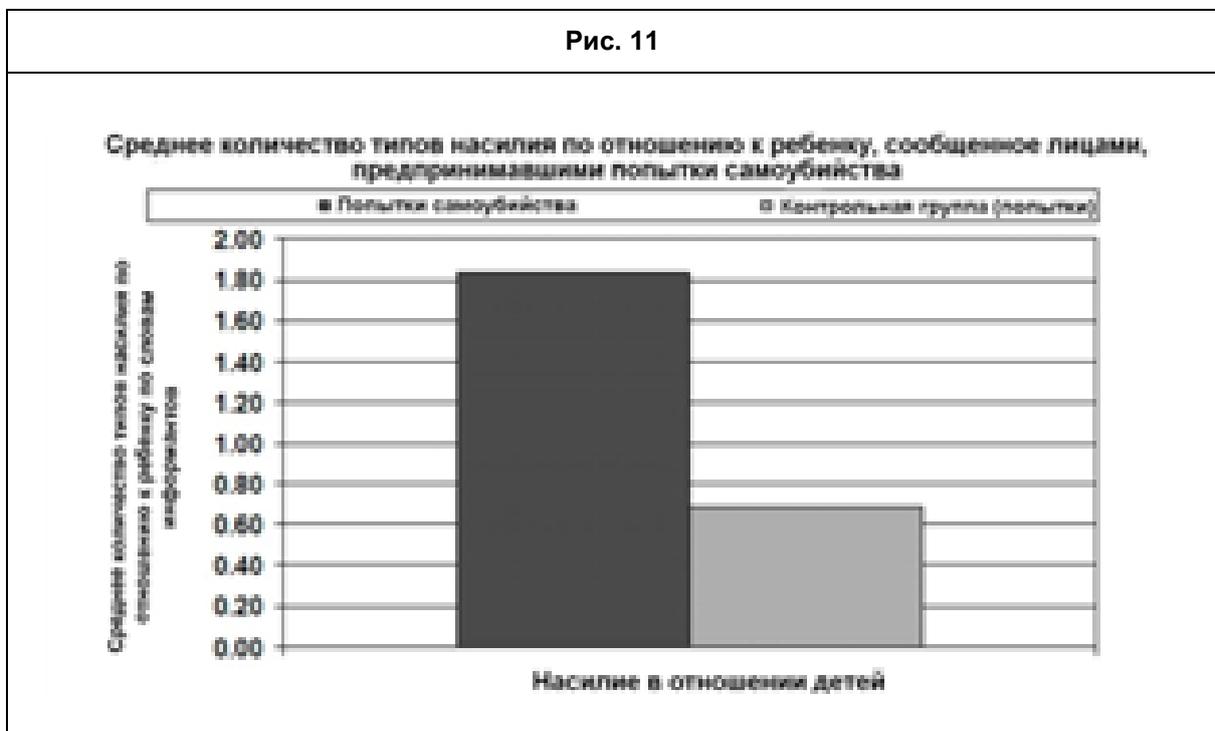
Рис. 10 отражает мнения биологических родителей о насилии в семье, которые свидетельствуют о степени терпимости в отношении насилия в семье со стороны непосредственного окружения Молодого человека (или девушки). Родители Молодых людей (девушек) совершивших самоубийства и попытки самоубийства значительно чаще считали насилие в семье допустимым, чем родители в Контрольной группе.

Рис. 10



**3.3.1d Жестокое обращение в отношении лиц, совершавших попытки самоубийства, в детском возрасте**

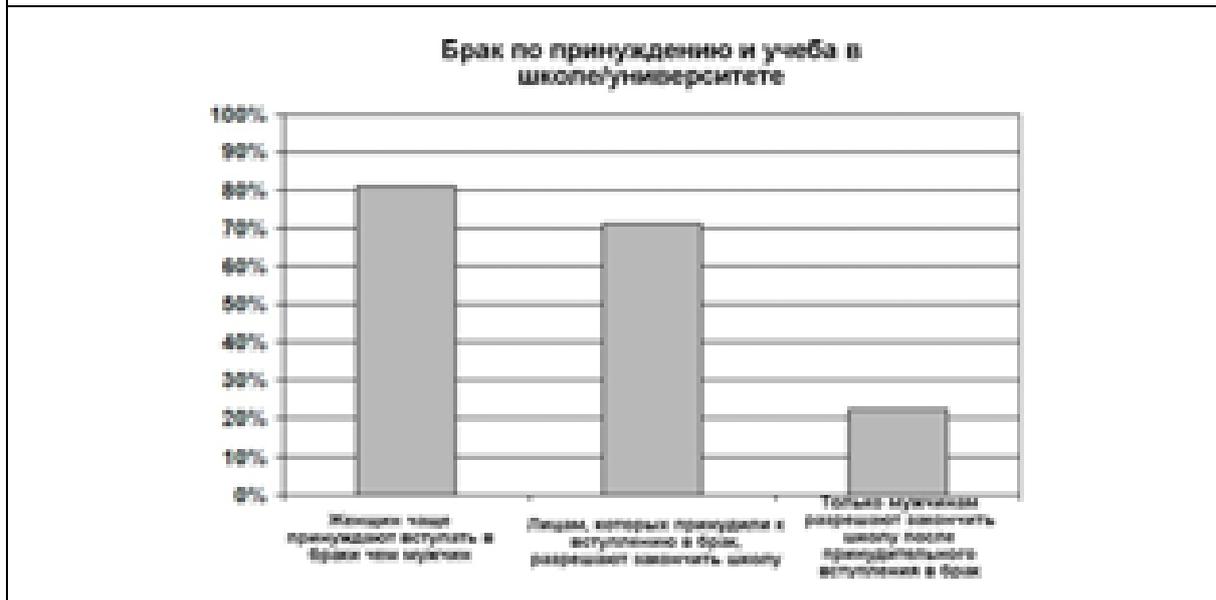
Информантам из числа членов семей задавался вопрос о том, подвергался ли когда-либо Молодой человек (или девушка) насилию (физическому или сексуальному) в детстве и если подвергался, то какому виду (видам) насилия (например, его/ее били каким-либо предметом, например, ремнем, били или хлестали рукой по лицу, голове или ушам). Среднее количество видов насилия, применявшихся со слов респондентов по отношению к ребенку, показано на Рис.11. Больше количество видов насилия по отношению к ребенку было зарегистрировано в группе лиц, совершавших попытки самоубийства, по сравнению с соответствующими членами контрольной группы - среднее количество различных типов насилия по отношению к ребенку в первой группе составляло 1,8, а во второй - 0,7.



**3.3.2 Образование**

**3.3.2a Брак по принуждению и учеба:** Более 80% Ключевых информантов сообщили, что в их районе девушек чаще принуждают вступать в брак, чем юношей. В отношении и девушек и юношей около 71% Ключевых информантов заявили, что Молодым людям (и девушкам) разрешают окончить школу/ВУЗ; однако около 22% также сказали, что только юношам разрешают оканчивать школу/ВУЗ после брака по принуждению (см. Рис. 12).

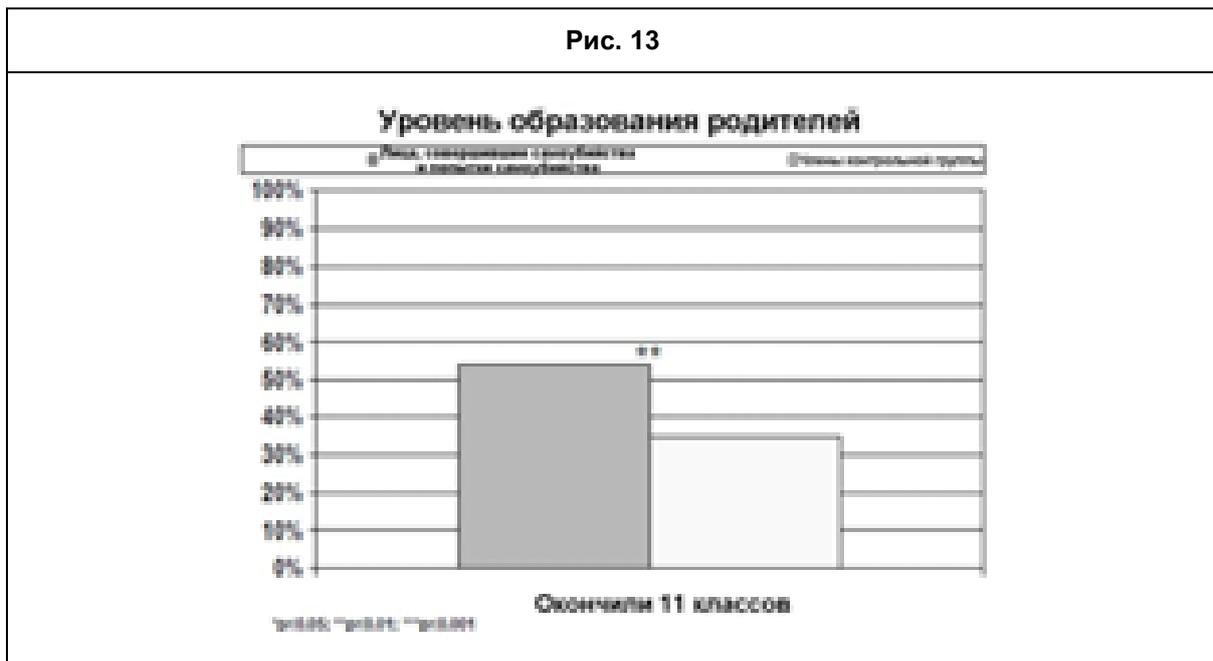
Рис. 12. Мнение ключевых информантов:



**3.3.2b Образование родителей:**

Многие люди во всем мире стремятся к получению высшего образования и считается, что образование родителей, особенно матерей, является критически важным показателем благополучия ребенка. Гораздо большее количество биологических родителей Молодых людей (или девушек), совершивших самоубийства или попытки самоубийства, по сравнению с родителями из контрольной группы прервали свое образование после 11-го класса и не оканчивали ни колледжей, ни ВУЗов (см. Рис. 13).

Рис. 13



### 3.3.3 Факторы социального давления и изменения в политике/культуре

Пятьдесят процентов Ключевых информантов предположили, что одной из глубинных причин самоубийств и попыток самоубийства являются издевательства. Кроме того, 12% в качестве глубинной причины самоубийств и попыток самоубийства в своих районах также назвали навязывание религиозных убеждений, а 5% - браки по принуждению (см. Приложение XI).

**3.3.3a Психологическое давление общества (по словам Ключевых информантов):** Приблизительно 65% Ключевых информантов сообщили, что некоторые самоубийства и попытки самоубийства в их районе были связаны с давлением общества, причем более 90% из них в качестве факторов давления общества, приводящих к самоубийствам и попыткам самоубийства, назвали развал экономики и безработицу (см. Рис. 14). По словам Ключевых информантов часто фактором давления общества является дискриминация (по любым мотивам) и принуждение к большей религиозности.



**3.3.3b Негативные изменения в политике и культуре: за последние 2 года (по словам Ключевых информантов):** В ответ на вопрос об изменениях в социальной и государственной политике и культурной среде в Согдийской области за последние два года и их влиянии на самоубийства и попытки самоубийства, приблизительно 60% из всех Ключевых информантов заявили, что изменения в культурной среде вызывают негативные последствия, тогда как 19% относят такие последствия на счет изменений социальной и государственной политики (см. Рис. 15). Однако, притом что менее 20% Ключевых информантов сообщили, что культурными изменениями можно объяснить увеличение числа попыток/самоубийств в Согдийской области и/или в их районе, почти 60% Ключевых информантов заявили, что изменения социальной и

государственной политики вызывают повышение числа попыток/самоубийств и в Согдийской области и в их районе. Дополнительные данные по поводу этих изменений приведены в Разделе 3.4.1а.

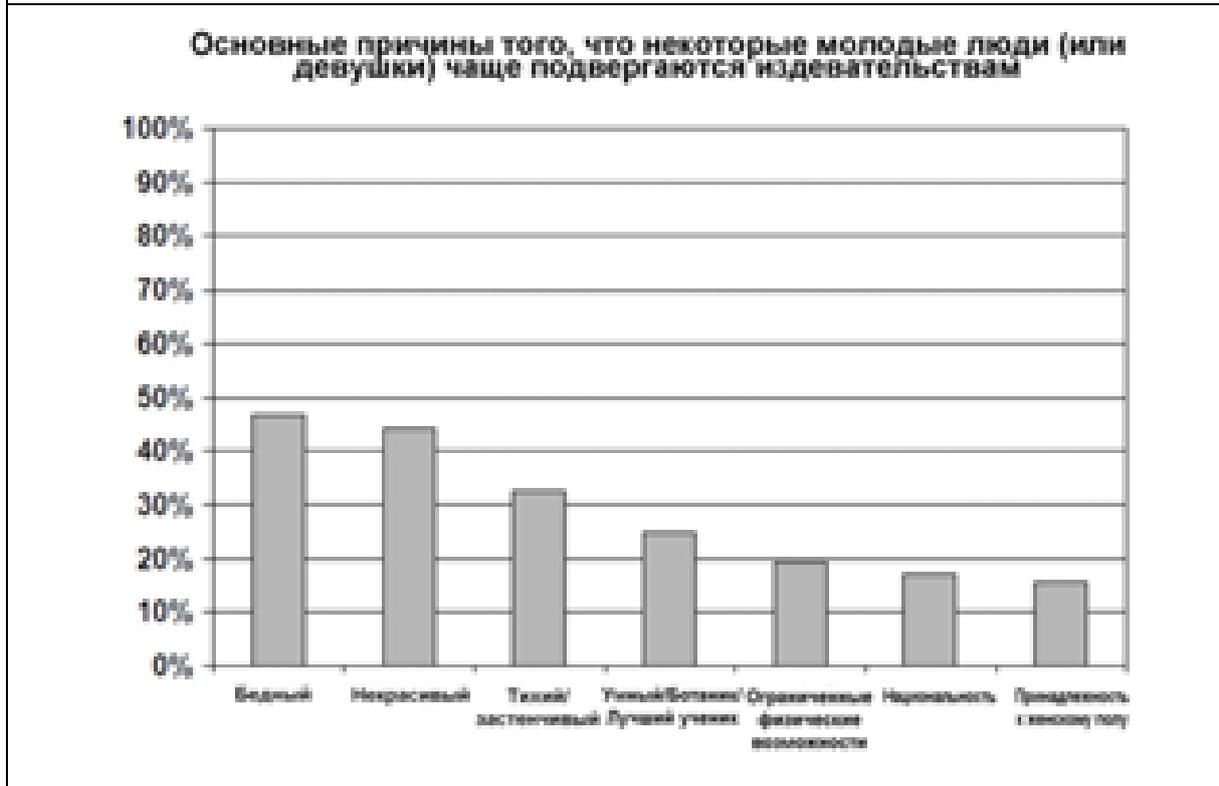
Рис. 15. Мнение ключевых информантов:



### 3.3.4 Издевательства

**3.3.4а Причины издевательства:** Приблизительно 43% всех Ключевых информантов были свидетелями или слышали о фактах издевательствах в своих районах, 44% считают это серьезной проблемой и 30% заявили, что число случаев издевательствах в их районах возросло за последние два года. Когда их попросили высказать свое мнения о самых вероятных причинах, почему Молодые люди (и девушки) могут подвергаться издевательствам, большинство из них заявили, что причиной могут быть "бедность" (47%) и "некрасивая внешность" (44%) (см. Рис. 16). 16% из всех Ключевых информантов считает, причиной может быть принадлежность к женскому полу. Притом, что всего 5% информантов указали, что издевательства происходят в классах, 32% заявили, что они происходят на территории школы/ВУЗа вне классных помещений. 30% и 22% информантов соответственно заявили, что издевательства происходят за пределами территории школы/ВУЗа или в других местах. Одиннадцать процентов Ключевых информантов затруднились ответить, в каких местах происходят случаи издевательства.

Рис. 16. Мнение ключевых информантов:

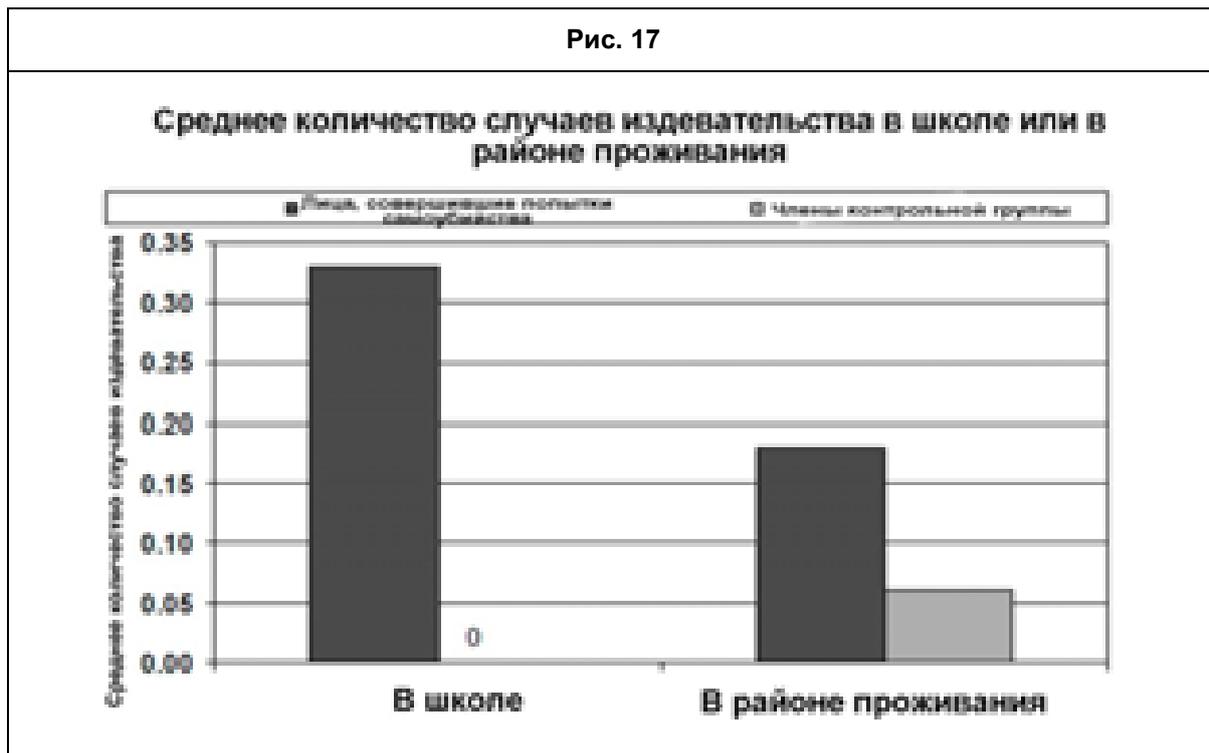


**3.3.4b Молодые люди (и девушки), подвергающиеся издевательствам:**

Молодым людям (и девушкам) и Первичным информантам задавался вопрос, подвергались ли Молодой человек (или девушка) издевательствам (любого рода) в своей школе/ ВУЗе или в своем районе в течение 12 месяцев до события. Издевательства имеют место, когда один Молодой человек (или девушка) говорит или делает что-либо неприятное другому Молодому человеку (или девушке) - не по дружески и не ради смеха, или когда его/ее намеренно не допускают куда-либо. В целом, частота случаев издевательства была низкой для всех групп, но были важные отличия в отношении школы. Респонденты из группы самоубийств и контрольной группы заявили об отсутствии случаев издевательства. Респонденты из группы попыток самоубийства сообщили о наибольшем числе случаев издевательства. В отношении издевательства, происходящих в районе проживания, все группы сообщали о таких случаях.

Среднее количество случаев издевательства в школе и в районе проживания, по сообщениям Молодых людей (и девушек), предпринимавших попытки самоубийства, и представителей соответствующей контрольной группы представлено на Рис. 17. Хотя среднее количество случаев составляет менее одного в каждой группе, Молодые люди (и девушки), предпринимавшие попытки самоубийства, подвергались издевательствам в школе/ВУЗе и в районе своего проживания чаще (в среднем 0,33 события в школе и 0,18 события в районе проживания), чем представители соответствующей контрольной группы.

Рис. 17

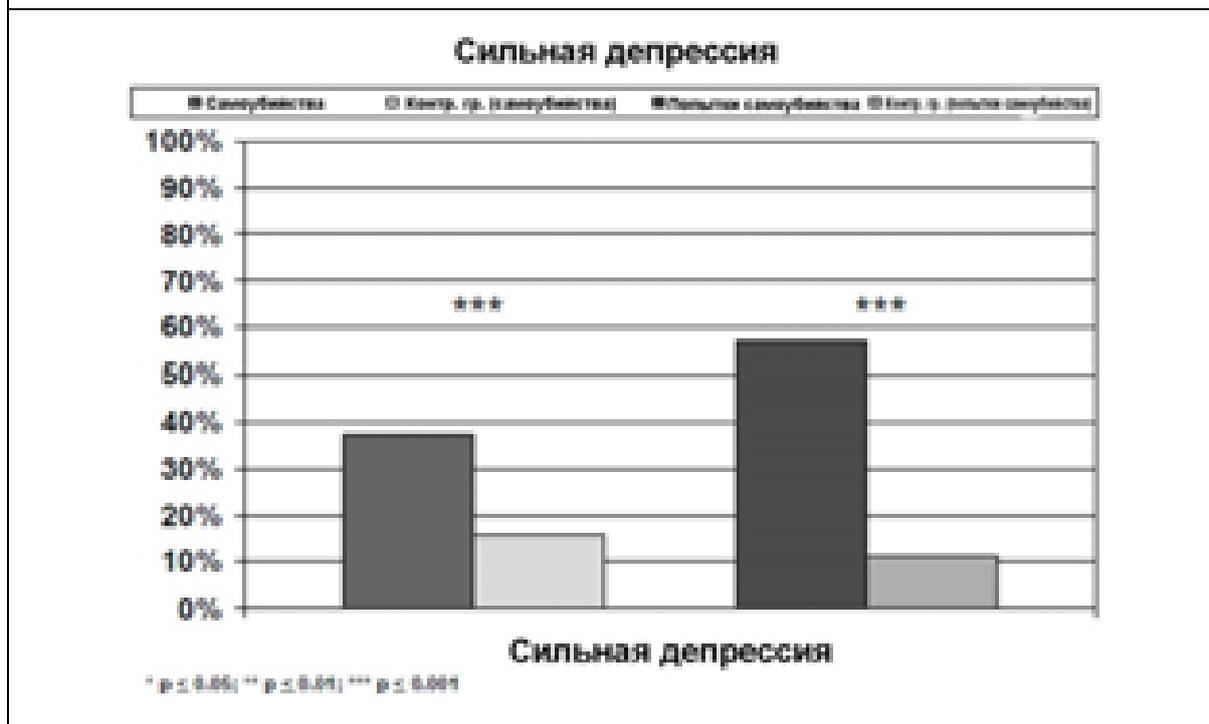


### 3.3.5 Психическое здоровье

**3.3.5a Употребление психоактивных веществ и риск совершения самоубийств:** Менее 10% Молодых людей (и девушек) в группах охваченных исследованием курили сигареты или употребляли насвай (нос). Употребление спиртных напитков также было редкостью во всех группах - менее 10% сообщили, что когда-либо пробовали спиртное. Показатель срока употребления был несколько более высоким в группе самоубийств по сравнению с их контрольной группой - такие же результаты отмечены у группы лиц, предпринимавших попытки самоубийства, в сравнении с их контрольной группой. Пять процентов представителей группы самоубийств сильно пили в течение месяца, предшествовавшего событию. Ни об одном случае употребления запрещенных веществ (марихуаны и т.д.) ни одним Молодым человеком (или девушкой) в рамках исследования не сообщалось (см. Приложение XII и Приложение XIII).

**3.3.5b Сильная депрессия:** Степень депрессии оценивалась по шкале депрессии А.Бека (ШДБ). Доля молодых людей (и девушек) с минимальной или легкой степенью депрессии была небольшой во всех группах за исключением контрольной группы попыток самоубийств. В этой группе минимальная степень депрессии составила 30% и легкая степень - 10%. Распространенность умеренной степени депрессии была очень высокой почти в каждой группе - в контрольной группе самоубийств она составила более 80%, далее по степени убывания следовала группа самоубийств (60%), контрольная группа попыток самоубийства и самый низкий уровень был отмечен в группе попыток самоубийства. Распространенность случаев сильной депрессии сильно варьировала в разных группах.

Рис. 18



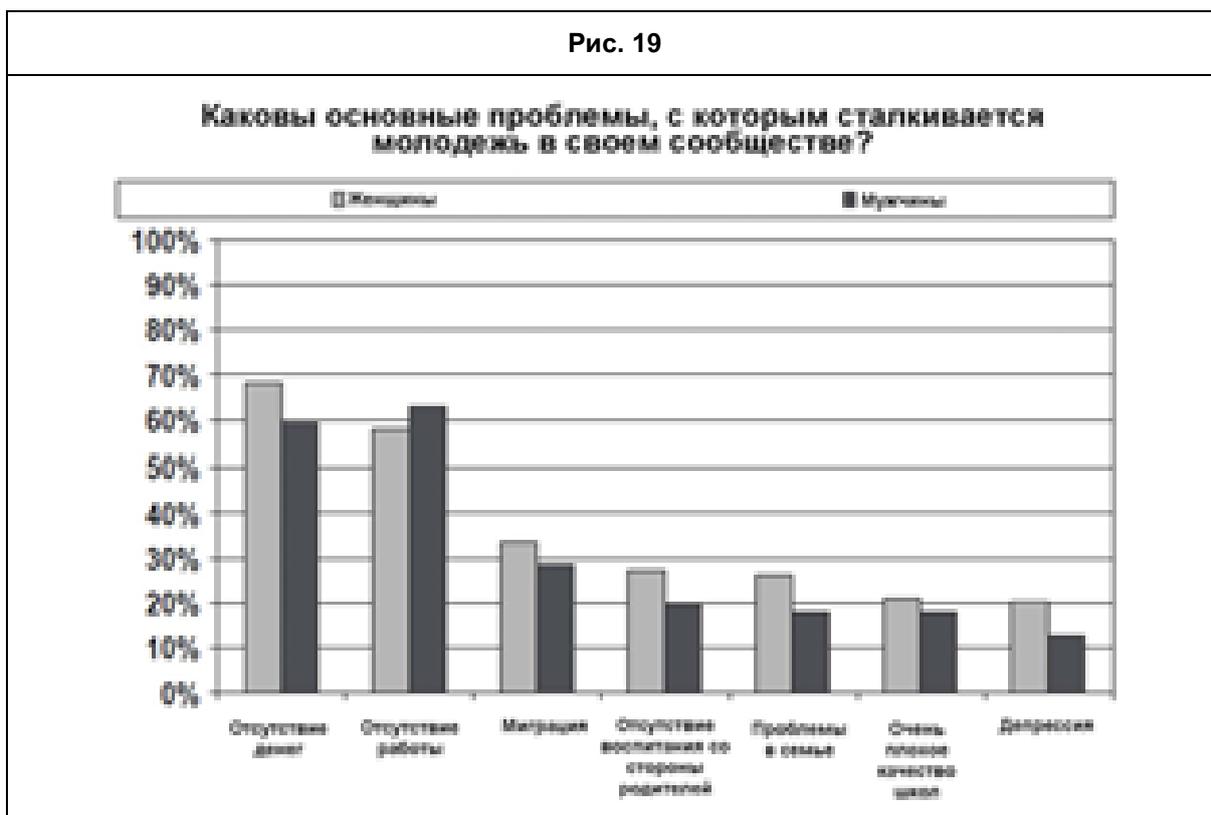
В группе попыток самоубийства был отмечен самый высокий процент случаев сильной депрессии - немногим менее 60%, затем следовала группа самоубийств - менее 40%, контрольная группа самоубийств и наконец контрольная группа попыток самоубийства. В группах самоубийств и попыток самоубийств отмечен значительно более высокий процент случаев сильной депрессии, чем в соответствующих контрольных группах (см. Рис. 18). В рамках исследования также выяснялось были ли в прошлом случаи психических заболеваний, злоупотребления алкоголем и суицидального поведения в биологических семьях Молодых людей (девушек) и в семьях их супруг(ов). Менее 10% участников каждой группы сообщили о наличии в их биологической семье, у супруга (супруги) или его/ее родственников таких фактов в прошлом.

### **3.3.5c Предвестники самоубийства на основании собранных данных:**

Проводился анализ случаев самоубийства и истории попыток самоубийства Молодого человека (или девушки), включая обстоятельства сопровождавшие их последнюю попытку. Молодые люди (и девушки) сообщили о наличии четких предвестников за месяц до события - 24% девушек и 12% юношей открыто заявляли, что "жизнь не имеет никакой ценности"; 20% девушек и 17% юношей открыто заявляли, что "они хотели бы умереть"; 17% девушек и 16% юношей открыто заявляли, что "они подумывают о том, чтобы покончить с собой"; и 16% девушек и 10% юношей открыто говорили, что они "дошли до такого состояния, что готовы покончить с собой" или "спланировали свое самоубийство" (см. Приложение XIV).

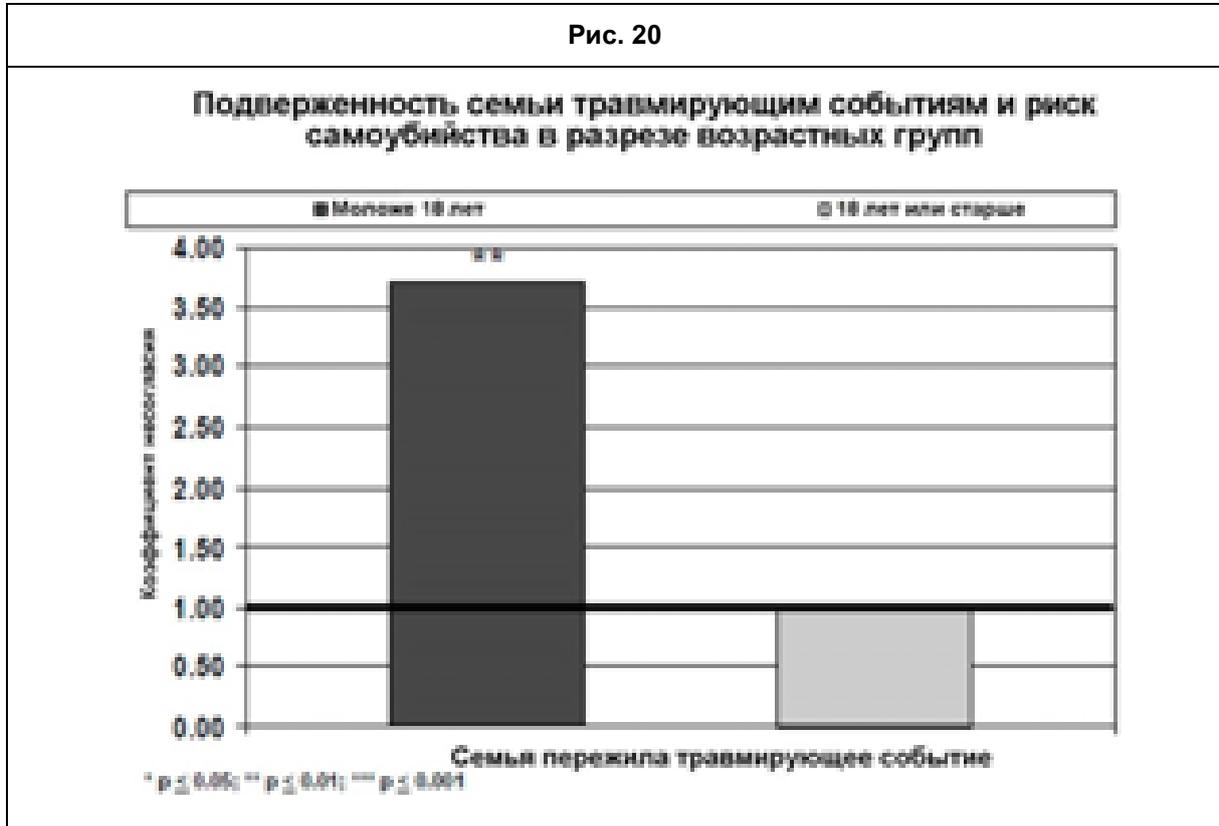
### 3.3.6 Жизненные события

**3.3.6a Проблемы, с которыми сталкивается молодежь:** Приблизительно 60% женщин и мужчин - информантов из числа членов семей (Первичные и Вторичные информанты вместе) указали на отсутствие денег или работы в качестве основных проблем, с которыми сталкивается молодежь в своих сообществах (см. Рис 19). На третьем месте оказалась проблема миграции (приблизительно 30%). Семейные проблемы, качество школ и депрессия составляли в общем от 13% до 28%. По мнению информантов отсутствие денег (60%) и здоровья (20%) является основным препятствием достижения целей в жизни (см. Приложение XV).



**3.3.6b Подверженность психологическим травмам в семье и риск самоубийства среди молодежи:** Подверженность 30 потенциально травмирующим событиям (например, когда в человека стреляли, его/ее похищали, насиловали, подвергали сексуальному или физическому насилию, увольняли с работы), включая травмирующие события, которые мог испытать член семьи или любимый человек, оценивалась в рамках интервью. Существенное различие по числу тех, кто сообщил, по крайней мере, об одном травмирующем событии, было установлено между группой самоубийств и контрольной группой по самоубийствам (34% и 18% соответственно) (см. Приложение XVI). Хотя существенных различий между группой попыток самоубийства и контрольной группой попыток самоубийства обнаружено не было, здесь отмечается такая же как и в предыдущем случае тенденция (меньший процент в контрольной группе чем среди лиц, предпринимавших попытки самоубийства - 28% и 22% соответственно). Те Молодые люди (и девушки) моложе 18 лет, у которых член семьи

или любимым человек перенес травмирующее событие, в три раза чаще предпринимали попытки или совершали самоубийства по сравнению с членами контрольной группы (см. Рис.20).



**3.3.6с Осведомленность о случаях самоубийства:** Чтобы оценить возможное воздействие получения информации о самоубийствах из СМИ, всех информантов попросили перечислить средства массовой информации, которые, насколько им известно, сообщают о случаях самоубийства (см. Рис. 21). Более 25% указали телевидение, причем наибольший процент согласившихся с этим отмечен в группе попыток самоубийства и контрольной группе попыток самоубийства (от 38% до 41%). Приблизительно 20% всех информантов указали, что газеты и журналы публикуют сообщения о самоубийствах. Приблизительно 30% всех информантов и 42% Молодых людей (и девушек), предпринимавших попытки самоубийства, сообщили, что они фактически смотрели по телевизору, слышали по радио или читали в газете материалы о самоубийстве/попытке самоубийства (за исключением материалов о собственной попытке/самоубийстве Молодого человека (девушки), участвующего в исследовании). Семнадцать процентов Молодых людей (девушек), предпринимавших попытки самоубийства, рассказали, что они лично знают кого-то еще, кто пытался покончить с собой, а 13% указали, что они присутствовали на поминках/похоронах или на службе в мечети в память человека, совершившего самоубийство (см. Рис. 22).

Рис. 21

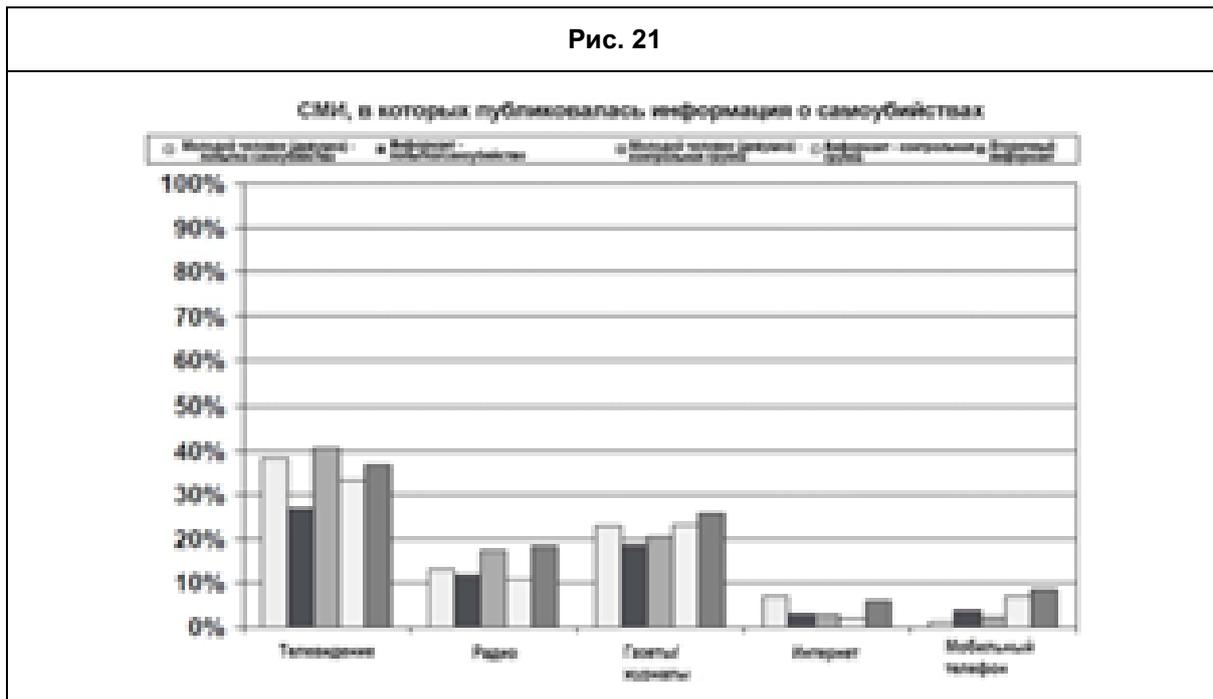
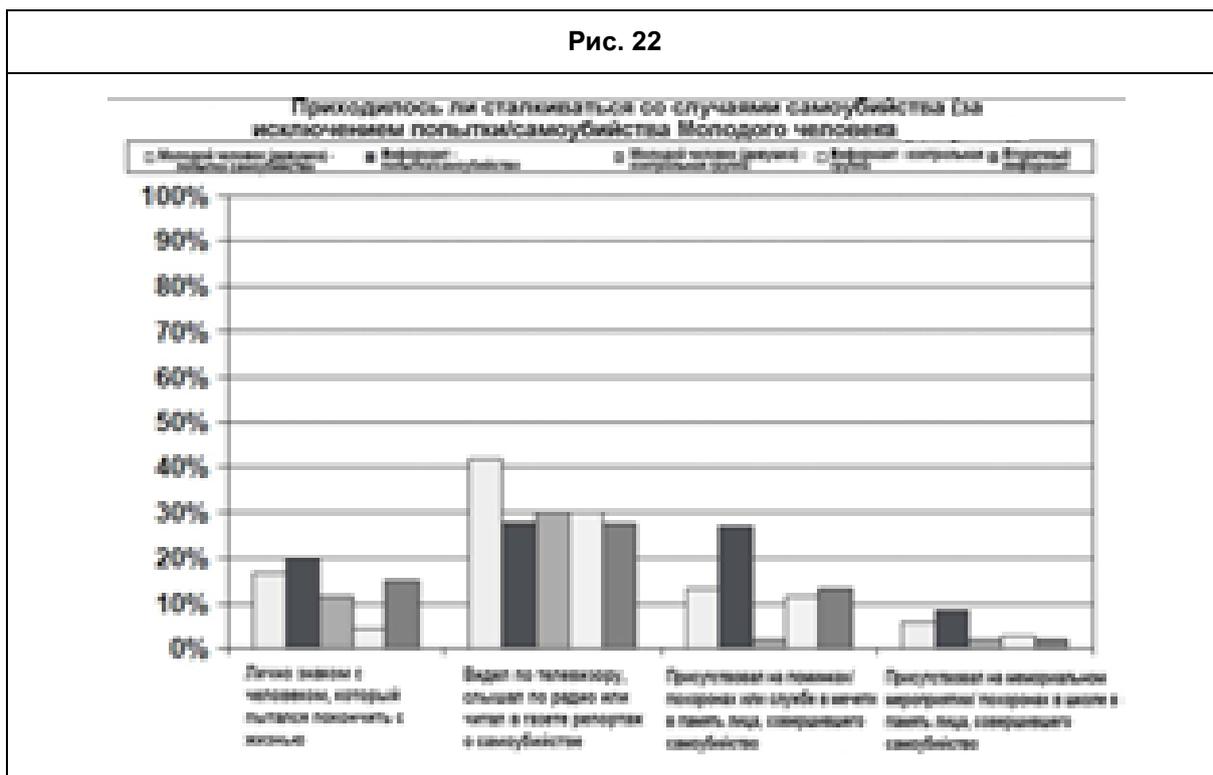
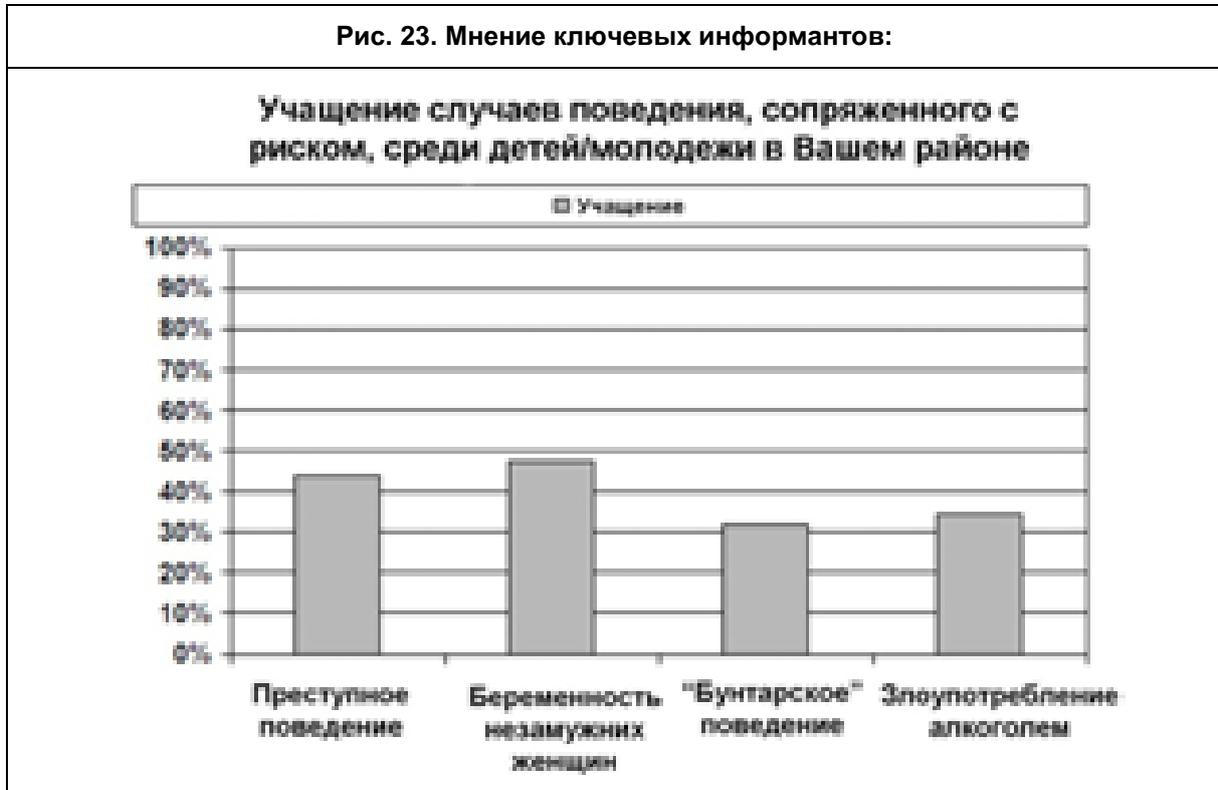


Рис. 22



**3.3.6d Учащение случаев поведения, сопряженного с риском:** Ключевых информантов попросили указать, отмечали ли они увеличение определенных проявлений в нескольких социальных сферах в своем районе. В отношении поведения, сопряженного с риском, среди детей/молодежи, более 40% из всех Ключевых информантов рассказали, что они отмечали увеличение случаев преступного поведения

и беременности незамужних женщин, а более 30% отметили увеличение случаев "бунтарского" поведения и злоупотребления алкоголем (см. Рис. 23).



**3.3.6e Миграция родителей:** Гендерные различия явно проявились в мнениях информантов из числа семей относительно миграции. Шестьдесят один процент информантов-женщин и 72% информантов-мужчин считают, что миграция *матери* скажется отрицательно или крайне отрицательно на жизни Молодого человека (девушки). В противоположность этому, 46% информантов-женщин и 37% информантов-мужчин указали, что миграция *отца* отразится положительно или крайне положительно на жизни Молодого человека (девушки). Однако мнения информантов разделились при ответе на вопрос, будет ли у Молодых людей (девушек) больше или меньше проблем дома в случае миграции их матери. Приблизительно 43% указали, что проблем будет больше или значительно больше, и примерно 43% посчитали, что проблем будет меньше или значительно меньше. При ответе на вопрос о том, как повлияет на Молодого человека (девушку) миграция отца, от 44% до 53% информантов заявили, что проблем дома будет меньше или значительно меньше (см. Приложение XVII).

### 3.3.7 Наиболее значимые факторы риска самоубийств

На основании описанного выше анализа, существенные факторы были отобраны для дальнейшего исследования, чтобы выявить наиболее значимые факторы риска суицидального поведения (завершенные самоубийства и попытки самоубийства), а также

понять степень воздействия каждого фактора риска по отдельности. Анализ проводился в отношении всей выборки в разрезе пола и возраста.

Результаты, приведенные в Таблице 10, показывают, что низкий уровень образования родителей (11 или менее классов) в значительной степени связан с суицидальным поведением. Вероятность того, что молодежь из семей, в которых у родителей низкий уровень образования, будут демонстрировать суицидальное поведение, в два раза выше, чем у молодежи из других семей. Однако выяснилось, что суицидальное поведение не связано с уровнем благосостояния семьи. Суицидальное поведение также в значительной степени связано с наказаниями со стороны родителей. Как и ожидалось, молодежь, страдающая сильными депрессиями, в два раза чаще проявляет суицидальное поведение, чем другие молодые люди. Судя по всему, два фактора имеют дифференциальный эффект на молодежь как моложе, так и старше 18 лет, однако являлись факторами риска суицидального поведения только в отношении тех, кто моложе 18 лет. Молодые люди (девушки), не достигшие 18 лет, члены семей или близкие люди которых перенесли травмирующие события, значительно чаще совершали попытки или завершённые самоубийства. Хотя религия и религиозные убеждения, согласно общемировой статистике, выполняют защитную функцию вне зависимости от религии, в рамках настоящего исследования в отношении лиц не достигших 18 лет было установлено, что частота отправления религиозных обрядов не несет защитную функцию, а напротив в ограниченной степени, но существенно связана с суицидальным поведением. Такая зависимость не была выявлена в более старшей группе.

**Таблица 10. Логистическая регрессия прогноза суицидального поведения (полная выборка)**

Фактор	СОШ <sup>a</sup>	ДИ 95% <sup>b</sup>
Жен	1,01	(0,56, 1,77)
Низкий уровень образования родителей	2,28**	(1,27, 4,10)
Благосостояние семьи <sup>c</sup>	0,99	(0,93, 1,06)
Наказания со стороны родителей <sup>c</sup>	1,30**	(1,05, 1,29)
Сильная депрессия	3,22***	(1,68, 6,19)
Отправление религиозных обрядов св разрезе возрастных групп <sup>d</sup>		
Моложе 18 лет	1,81+	(0,98, 3,34)
18 лет и старше	0,78	(0,56, 1,09)
Жизненные события в семейсповозрастнымгруппам <sup>d</sup>		
Моложе 18 лет	2,94*	(1,10, 7,92)
18 лет и старше	0,87	(0,56, 1,36)

<sup>+</sup> p<0,10; \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001.

<sup>a</sup> скорректированное отношение шансов; <sup>b</sup> доверительный интервал; <sup>c</sup> непрерывные переменные;

<sup>d</sup>Обусловливание в зависимости от возрастной группы статистически значимое.

Отдельный анализ факторов риска был также проведен для мужчин и женщин. Были также включены два фактора, характерных исключительно для женщин (Таблица 11). Это (1) отношение члена семьи к насилию в семье, т.е. степени наказания жены в случаях, когда муж на нее зол, и (2) отношение члена семьи к тому, следует ли мужу или свекрови бить женщину, если она разговаривала с мужчиной, не являющимся родственником. Результаты показывают, что этот последний фактор в значительной мере способствует суицидальному поведению женщин.

**Таблица 11. Логистическая регрессия прогноза суицидального поведения (женщины)**

Фактор	СОШа	ДИ 95% <sup>b</sup>
Низкий уровень образования родителей	2,68*	(1,11, 6,50)
Благосостояние семьи	1,04	(0,94, 1,14)
Наказания со стороны родителей	1,05	(0,88, 1,24)
Насилие в семье с	1,01	(0,77, 1,32)
Женщину следует побить, если она разговаривала с мужчиной, не являющимся ее родственником с	2,05*	(1,14, 3,71)
Сильная депрессия	5,51***	(2,14, 14,18)

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

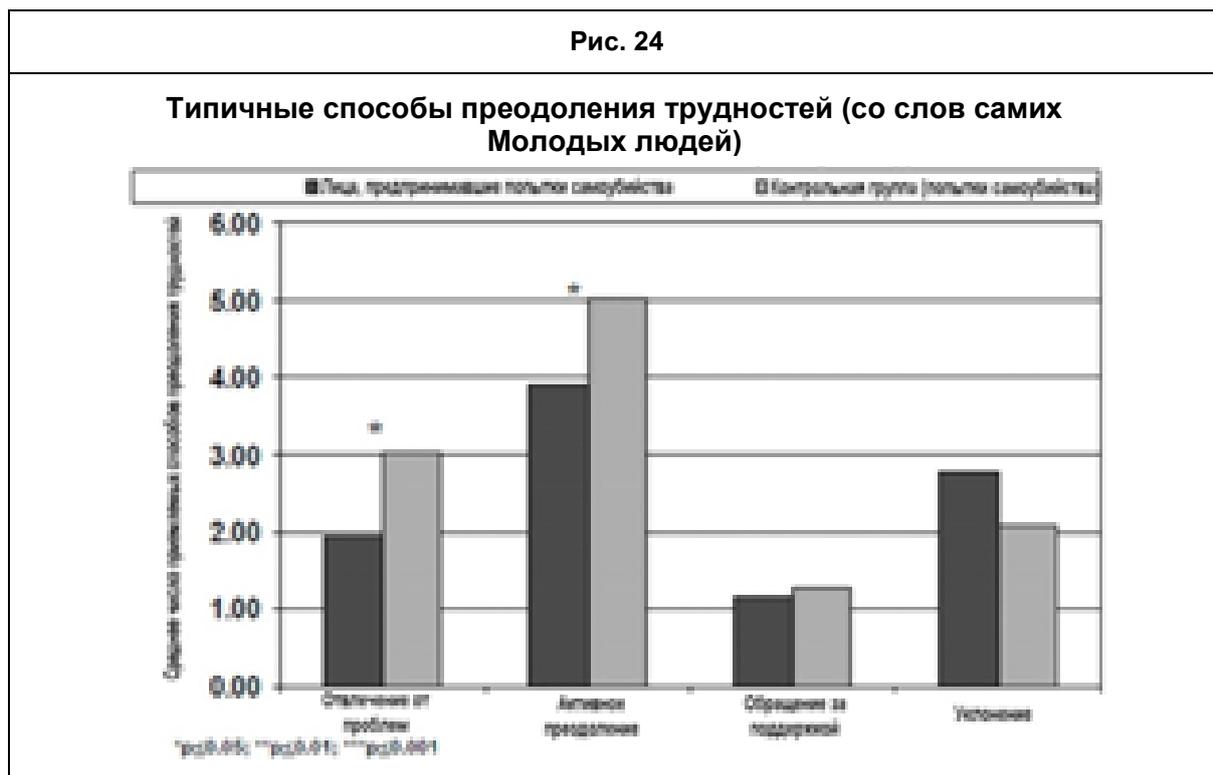
<sup>a</sup> Скорректированное отношение шансов; <sup>b</sup> Доверительный интервал; <sup>c</sup> Непрерывные переменные

### 3.3.8 Защитные факторы

#### **3.3.8a Использование стратегий преодоления проблем лицами, предпринимавшими попытки самоубийства, и членами контрольной группы:**

Использование стратегий преодоления трудностей является важным фактором устойчивости среди детей и подростков. Молодым людям (и девушкам), участвующим в исследовании (предпринимавшим попытки самоубийства и членами контрольной группы), был предложен вопросник о способах преодоления проблем, состоящий из 15 вопросов. Молодые люди (и девушки), предпринимавшие попытки самоубийства, сообщали о значительно меньшем числе отвлекающих занятий или стратегий активного преодоления трудностей, таких как чтение или попытки узнать больше о своей проблеме, и о более частом применении ими стратегий уклонения, таких как избегание людей и уклонение от посещения школы, чем члены соответствующей контрольной группы (см. Рис. 24).

Рис. 24



**3.3.8b Отношения в семье в качестве защитных факторов:** Наличие позитивных отношений с близкими людьми, такими как биологические родители и супруг(а), является важным фактором защиты от самоубийств. Выяснилось, что риск совершения самоубийства/попытки самоубийства Молодыми людьми (и девушками), имеющими позитивные семейные отношения со своей биологической матерью, отцом или супругом (супругой), значительно ниже, чем у Молодых людей (девушек), таких отношений не имеющих.

**3.3.8c Рейтинг счастья:** В ходе интервью респондентов попросили оценить уровень счастья Молодого человека (девушки) в течение месяца до события по шкале от 0 до 10, где "0" означает "глубоко несчастен", а "10" - "в высшей степени счастлив". Рейтинг счастья у лиц, совершивших завершённые самоубийства и попытки самоубийства, был значительно ниже аналогичного рейтинга членов соответствующих контрольных групп (см. Рис. 25). Согласно данным, полученным в отношении лиц, совершивших завершённые самоубийства и попытки самоубийства, их уровень счастья претерпел значительное снижение в течение года, предшествовавшего событию.

### 3.3.9 Системы оказания услуг, отношение и перспективы

**3.3.9a Медицинская помощь после попытки:** Шестидесят пять процентов женщин и 43% мужчин из групп попыток самоубийства и завершённых самоубийств получали медицинскую помощь/были доставлены в больницу после их попытки/самоубийства, и 12%-14% из них врач сообщил, что они страдают от депрессии (см. Рис. 26). Из числа тех Молодых людей (девушек), которые не получали медицинскую помощь после своей попытки, 20% разговаривали о ней со своими родителями, а 49%-58% никогда ни с кем не говорили об этом с момента попытки.

Рис. 25

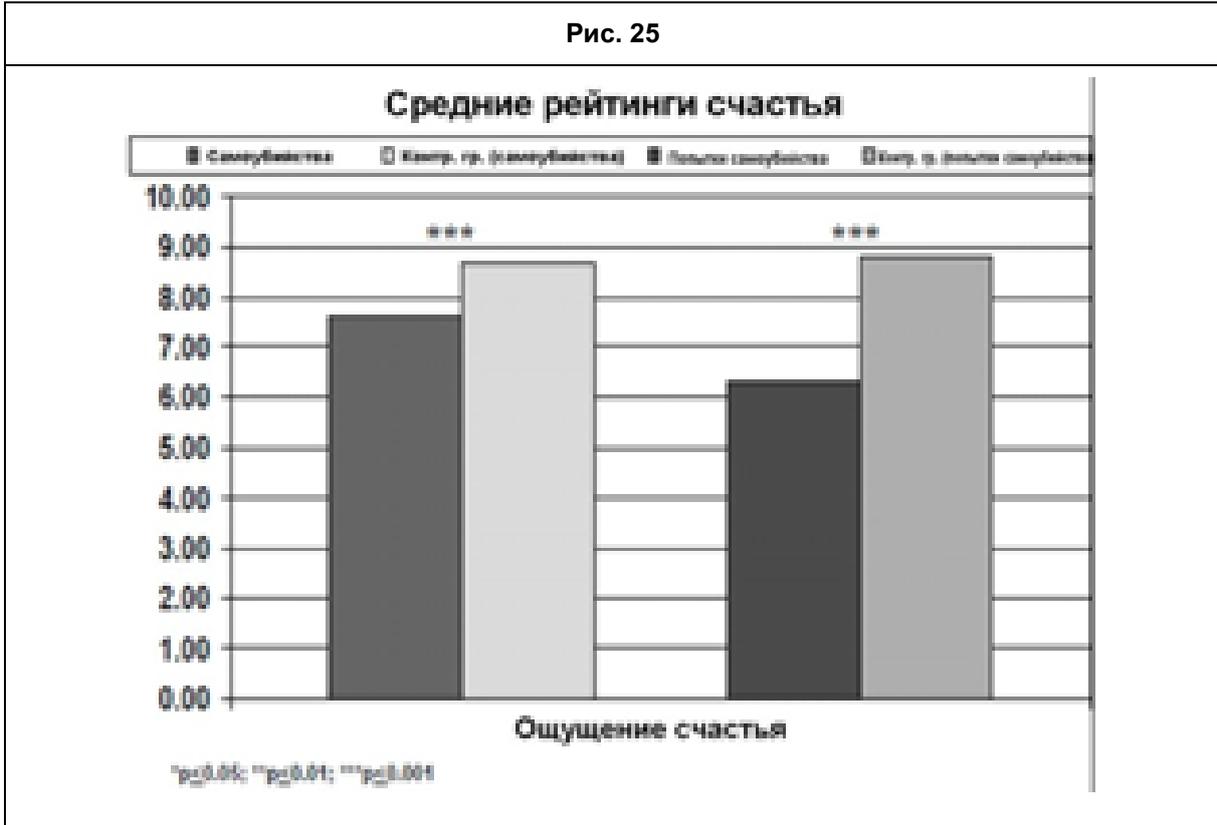
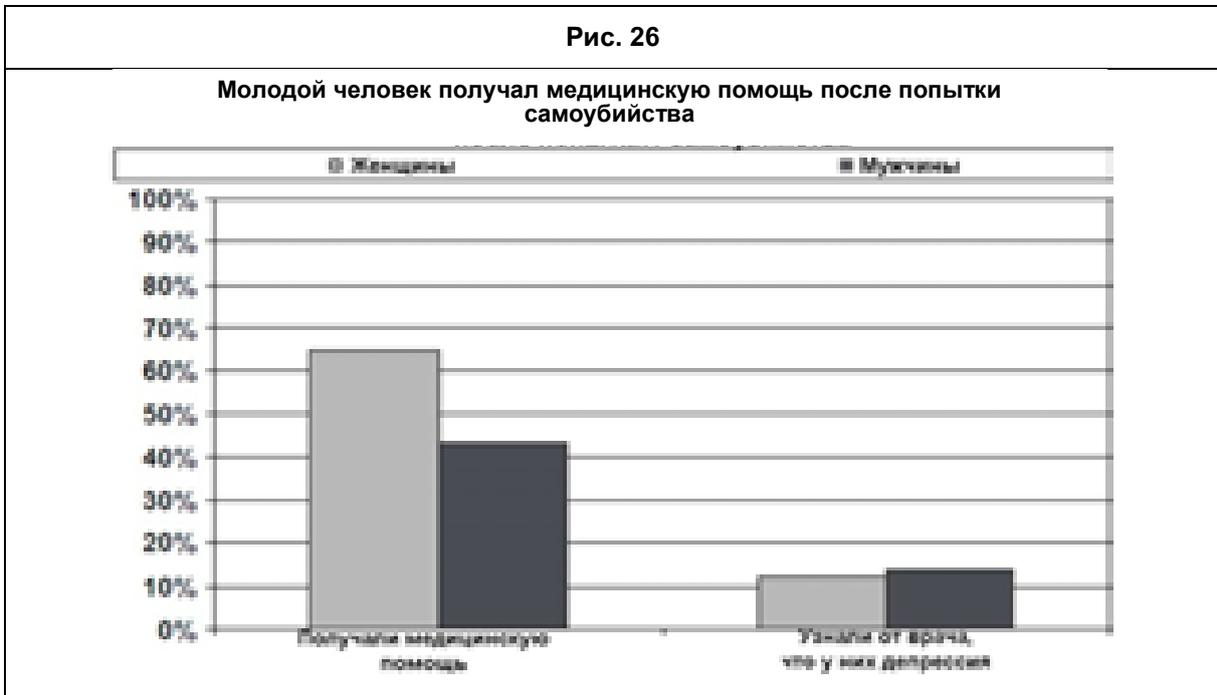
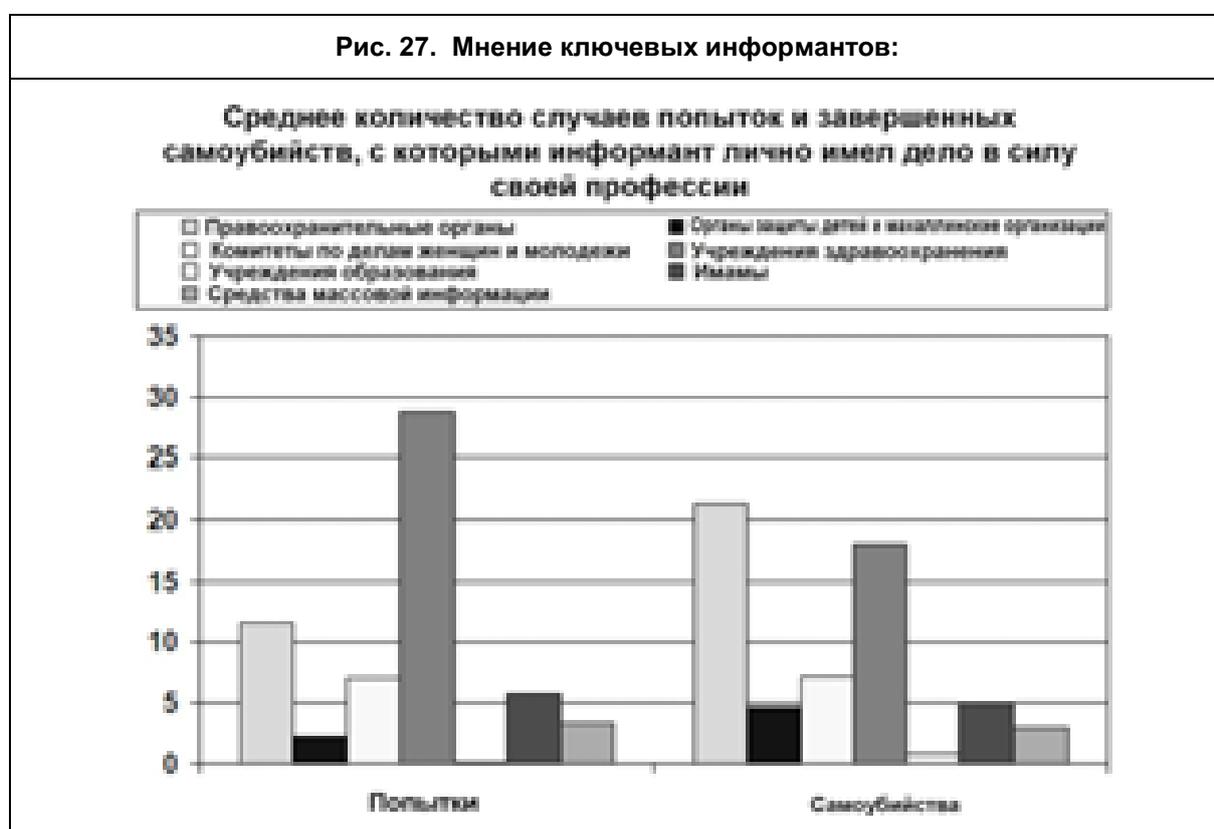


Рис. 26



**3.3.9б Среднее количество завершённых самоубийств/ попыток самоубийства, с которыми имели дело Ключевые информанты:** Число случаев непосредственного знакомства со случаями попыток самоубийства и завершённых самоубийств было различным среди представителей разных категорий (см. Рис. 27). В отношении попыток самоубийства о наибольшем в среднем числе случаев прямого контакта сообщили Ключевые информанты из категории "Здравоохранение". Среднее количество случаев составило 28,7 на одного информанта. Представители правоохранительных органов были на втором месте - в среднем по 11,6 случая, тогда как представители категории "Образование" сообщили, что они никогда непосредственно не сталкивались с такими случаями. С другой стороны, в отношении завершённых самоубийств "Правоохранительные органы" были на первом месте (21,4 случая), а представители "Здравоохранения" - на втором (18,0 случаев). Опять же, представители "Образования" сообщили о наименьшем числе случаев с которыми они сталкивались непосредственно - в среднем по 0,8 случая.



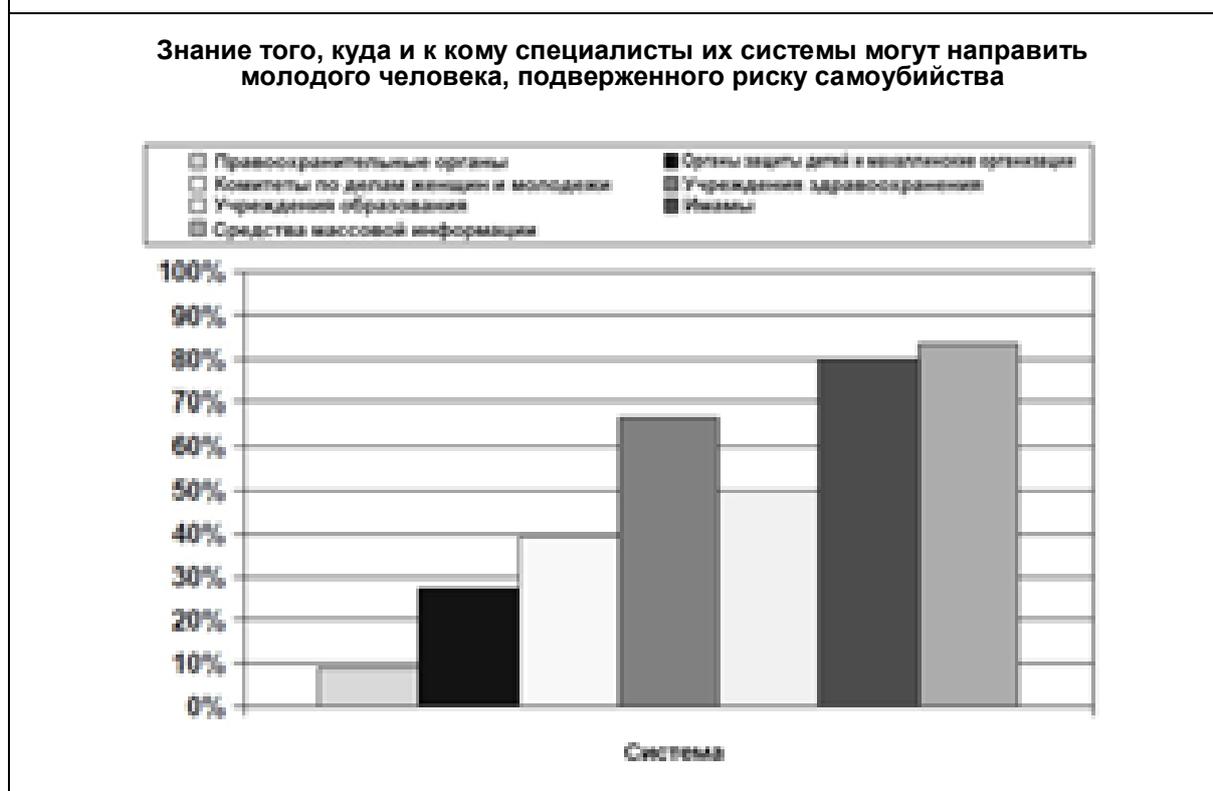
**3.3.9с Специализированные службы занимающиеся проблемами самоубийств среди молодежи:** Хотя 100% имамов и более 80% представителей СМИ сообщили о наличии специализированных служб или организаций в своих районах, занимающихся проблемами самоубийств среди молодежи, менее 60% информантов из категории "Образование", 40% информантов из категории "Органы защиты детей и махаллинские организации" и менее 40% представителей "здравоохранения" заявили о наличии таких служб (см. Рис. 28). Отсутствие конкретики относительно того, какие службы имеются в виду, осложняют значимую интерпретацию этих данных.

Однако менее 40% всех Ключевых информантов (за исключением имамов) сообщили, что в их районах имеется достаточное число служб и организаций, занимающихся проблемами самоубийств среди молодежи. Только в категории "Комитеты по делам женщин и молодежи" положительный ответ на этот вопрос дало большее количество респондентов - 46%.



**3.3.9d Знание того, куда следует направлять молодых людей, подверженных риску:** В ответах Ключевых информантов на вопрос, знают ли они куда конкретно специалисты их системы должны направлять Молодых людей (и девушек), подверженных риску самоубийства, обнаруживается значительный разброс (см. Рис. 29). Менее 10% представителей правоохранительных органов и менее 30% сотрудников органов защиты детей и махаллинских организаций знали, куда их необходимо направлять, в то время как среди имамов и представителей СМИ процент знающих таким места составил 80% и более. Так как в районах отсутствуют аннотированные перечни таких служб, не представляется возможным определить, действительно ли указанные Ключевыми информантами службы выполняют соответствующие функции.

Рис. 29. Мнение ключевых информантов:

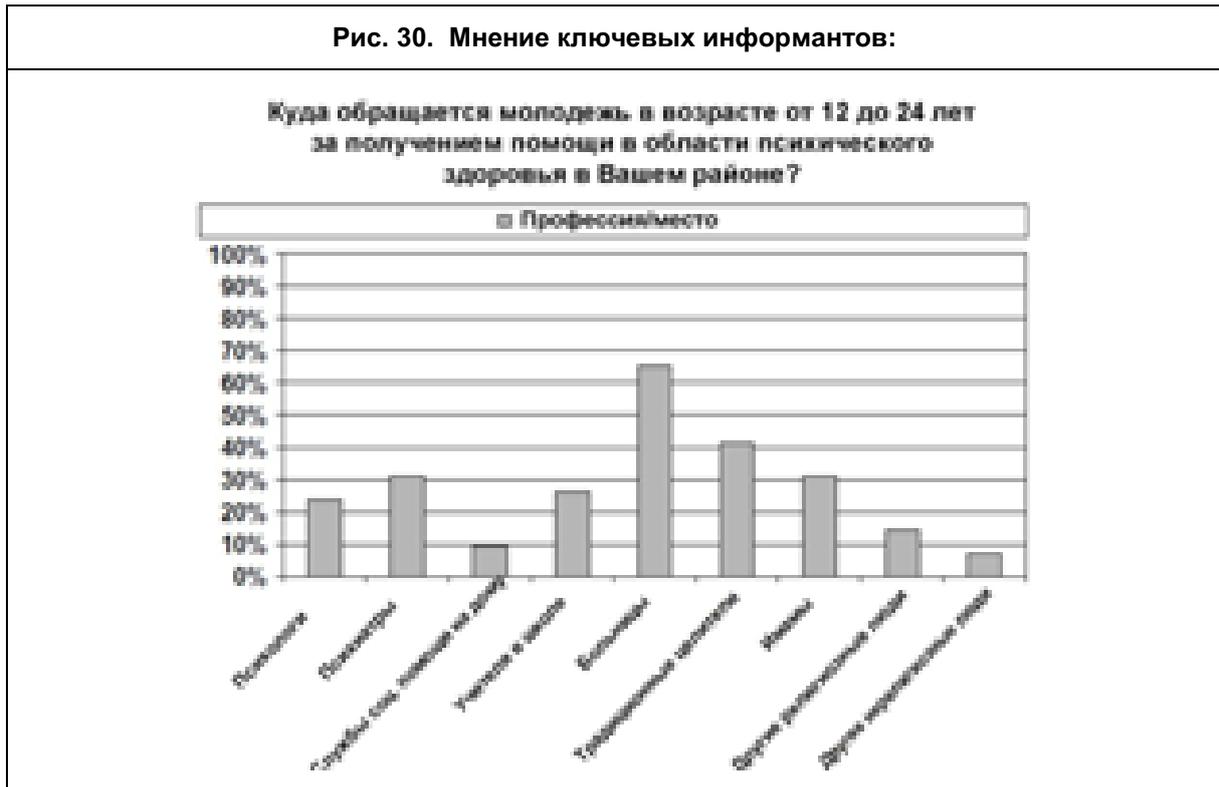


**3.3.9e Допустимость обращения за помощью для молодежи:** От 90% до 100% процентов всех Ключевых информантов (см. Приложение XVIII) сообщили, что Молодой человек (или девушка) моложе 18 лет может непосредственно обращаться за помощью в их систему. За исключением Ключевых информантов из системы образования (67%), по крайней мере, 85% всех Ключевых информантов сообщили, что с точки зрения культуры допустимо, чтобы женщины или мужчины моложе 25 лет обращались за помощью в их систему. Девяносто процентов всех Ключевых информантов рассказали, что они знают о конкретных мерах, принимающихся на местах для предотвращения самоубийств и попыток самоубийства, и опять же 90% сообщили, что эти меры уже помогли спасти жизни людей.

**3.3.9f Сообщение и получение информации о самоубийствах:** Более 70% Ключевых информантов, представляющих СМИ, сообщили, что они пользуются полной свободой публиковать любые новости, в том числе и новости о попытках самоубийств и о самоубийствах. Ключевые информанты, представляющие СМИ, получают информацию о самоубийствах из нескольких источников. Более 70% информантов из СМИ сообщили, что они получают информацию о попытках самоубийства и самоубийствах из прокуратуры, более 40% получают эти сведения от медицинских учреждений и членов семьи/друзей и лишь 14% сказали, что получают информацию от других государственных организаций (см. Приложение XIX).

**3.3.9g Куда обращается молодежь для получения психиатрической помощи:**

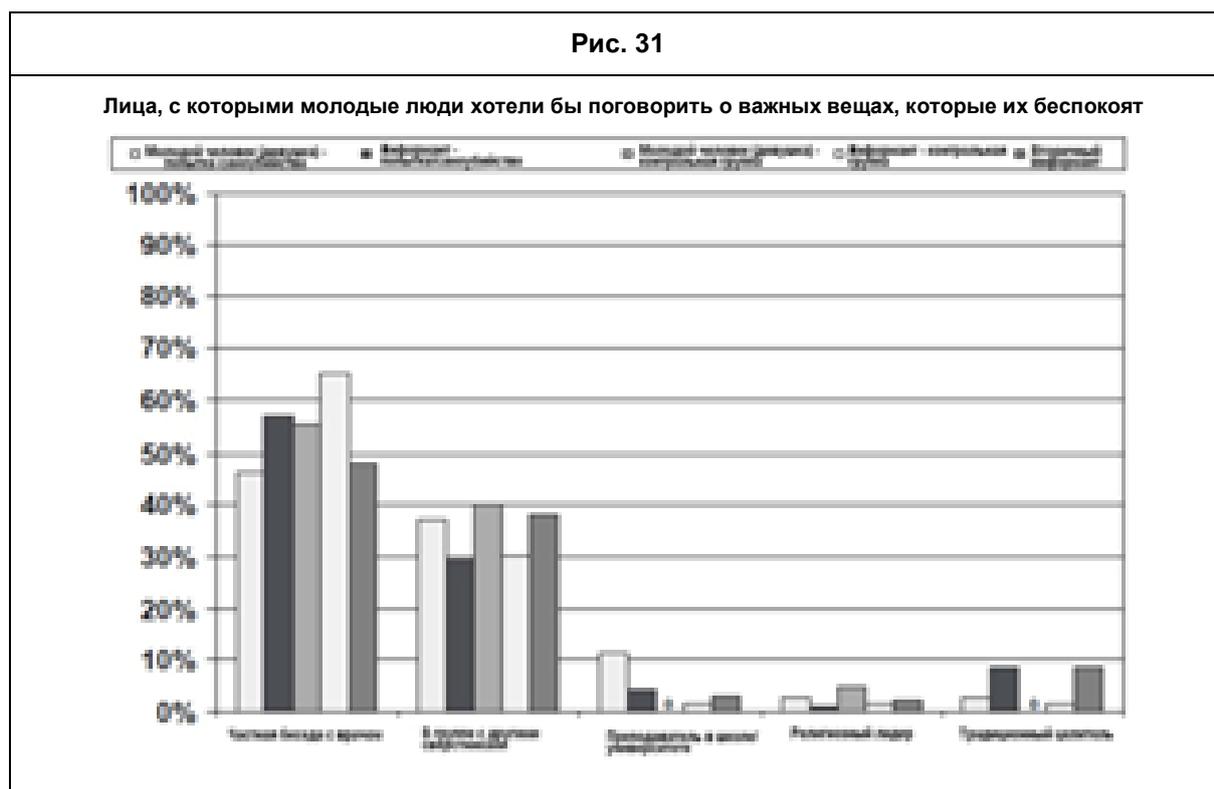
Всем Ключевым информантам задавался вопрос о том, куда Молодые люди (и девушки) в возрасте от 12 до 24 лет обращаются для получения психиатрической помощи в их районах (см. Рис. 30). В то время как 66% назвали больницы, 42% - традиционных целителей и 31% - имамов, лишь 24% и 31% назвали психологов и психиатров, соответственно. Более того, лишь 26% указали, что Молодые люди (и девушки) для получения психологической помощи обращаются к учителям.



**3.3.9h Осведомленность о психическом здоровье:** Была проведена оценка осведомленности всех информантов (Молодых людей (и девушек), Первичных и Вторичных информантов) о психическом здоровье. Сначала информантов просили высказать свое мнение по нескольким вопросам, касающимся психического здоровья детей. По крайней мере 90% всех информантов считает, что ребенку, имеющему эмоциональные и поведенческие проблемы, можно помочь, и, по крайней мере, 80% всех типов информантов уверены, что ребенок, имеющий эмоциональные и поведенческие проблемы, рано или поздно с ними справится. По крайней мере 80% заявили, что ребенок, постоянно чувствующий грусть и беспокойность, почувствует себя лучше, если он/она поговорит с кем-нибудь, и по крайней мере 70% заявили, что состояние постоянной грусти или беспокойства или постоянное пребывание в плохом настроении поддается лечению. Приблизительно 40% всех информантов заявили, что ребенок, имеющий эмоциональные или поведенческие проблемы, избавится от них не сможет никогда. Хотя, по крайней мере, 80% всех информантов признают, что люди, имеющие эмоциональные или поведенческие проблемы, страдают и нуждаются в помощи; лишь от 42% до 58% информантов считают, что наличие эмоциональных или поведенческих проблем является заболеванием. От 25% до 70% процентов всех

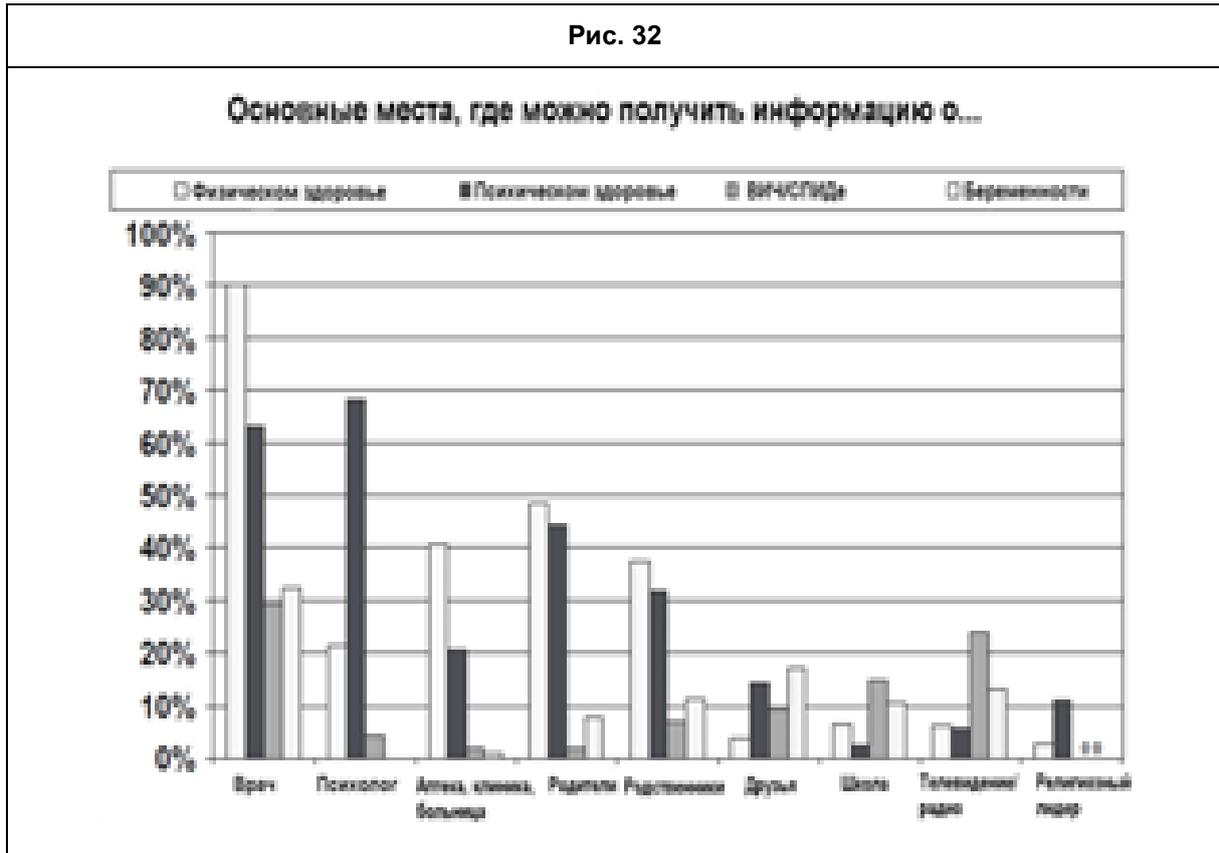
информантов считают, что люди с эмоциональными или поведенческими проблемами на самом деле просто ленивы, слабы или неспособны нормально мыслить (см. Приложение XX).

**3.3.9i Обращение за помощью: желание поговорить с кем-либо:** От 70% до 82% всех информантов сообщили, что они хотели бы с кем-нибудь поговорить о важных вещах, которые их беспокоят. Причем от 46% до 65% процентов из них сказали, что они бы предпочли поговорить конфиденциально с врачом - самый низкий уровень желающих поговорить с врачом (46%) был отмечен среди Молодых людей (и девушек), предпринимавших попытки самоубийства (см. Рис. 31). Для сравнения, 38% Молодых людей (девушек), предпринимавших попытки самоубийства, хотели бы поговорить с группой сверстников (как в контрольной группе молодых людей). Подобно тому, что говорили Ключевые информанты о том, где Молодые люди (и девушки) могут получить услуги психологической помощи (см. Рис. 30 выше), эти информанты очень редко говорили о желании обратиться за помощью к преподавателям в школе/ университете и религиозным лидерам. В противоположность мнению Ключевых информантов эти информанты также очень редко говорили об обращении к услугам традиционных целителей.



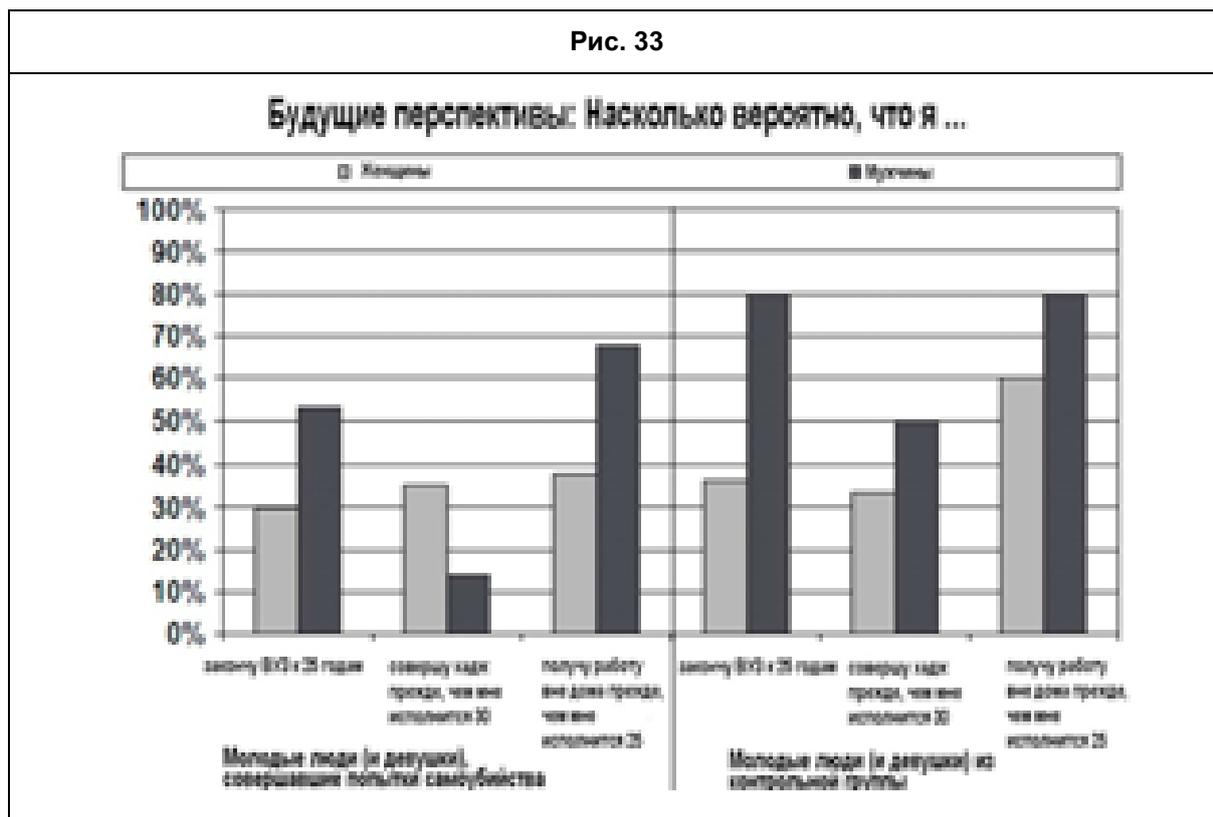
**3.3.9j Осведомленность о психосоциальной поддержке и психическом здоровье: источники информации:** На вопрос о том, откуда они получают информацию о физическом здоровье, психическом здоровье, ВИЧ/СПИДе и беременности, 68% информантов сообщили, что информацию о психическом здоровье они получали от психологов, 63% - от врачей и 44% - от родителей (см. Рис. 32). Большинство информантов получают информацию о физическом здоровье от врачей.

Рис. 32



**3.3.9k Перспективы, проблемы и социальные нормы:** Молодым людям (и девушкам) и членам контрольной группы задавались вопросы, рассчитанные на то, чтобы оценить их видение своего будущего (см. Рис. 33). Их ответы свидетельствуют о ряде гендерных отличий. Притом, что 68% мужчин, пытавшихся совершить самоубийства, и 80% членов контрольной группы указали, что они будут работать не дома, лишь 39% и 60% женщин из тех же групп дали аналогичный ответ. Точно также, значительно больше мужчин, чем женщин (пытавшихся совершить самоубийства и из контрольной группы) сказали, что они планируют получить высшее образование до достижения 25 лет.

Рис. 33



### 3.4. Анализ качественных данных

#### 3.4.1 Ключевые информанты: Анализ качественных данных

Интервью с Ключевыми информантами - Директорами служб и Поставщиками услуг, проводились не только для того, чтобы выяснить мнения специалистов и сотрудников организаций из Согдийской области по вопросам, которые влияют на молодежь, но также и для того, чтобы дать им возможность высказать предложения относительно изменений, которые бы способствовали сокращению числа самоубийств и попыток самоубийства. Важно помнить, что основная задача этих интервью заключалась в том, чтобы выяснить мнения респондентов в целом, не сосредотачиваясь на конкретных людях или ситуациях.

Ключевые информанты рассказали о ряде изменений в социальной, политической, культурной и религиозной сфере, произошедших за последние два года, которые, по их мнению, способствовали росту числа самоубийств среди молодежи в Согдийской области. Директора охваченных обследованием организаций, предоставляющих услуги, в ходе интервью в качестве таких изменений наиболее часто называли высокий уровень безработицы и увеличение экономических трудностей. Они также отмечали большое число юношей и мужчин, которые мигрируют за пределы Согдийской области в поисках работы, в результате чего их семьи остаются без мужей и отцов.

По словам Ключевых информантов, в Согдийской области происходят также изменения и в религиозной сфере, которые влияют на молодежь. Очевидно, что на основании данных интервью с Ключевыми информантами невозможно было определить степень, которой эти изменения могли фактически повлиять на уровень самоубийств и попыток самоубийства в области. Например, восемь из тринадцати Поставщиков услуг (62%) считают, что за последние два года имели место изменения в характере отправления религиозных обрядов, которые повлияли на детей и молодежь. Некоторые предположили, что усиление религиозности и участие в исламских движениях связано с увеличением числа самоубийств и попыток самоубийства в области. Однако, некоторые Поставщики услуг также отметили, что увеличение числа самоубийств связано с распространением других религий (помимо ислама). Лишь двое из пятнадцати Директоров (13%) указали, что по их мнению усиление религиозности привело к повышению числа самоубийств и попыток самоубийства.

Тринадцать Директоров организаций, предоставляющих услуги, указали на изменения в культуре, которые влияют на молодежь в области, и десять из них сказали, что некоторые из этих изменений являются положительными. В качестве важных изменений, положительно влияющих на молодежь, они отметили увеличение числа людей, занимающихся спортом, проведение концертов в сообществах и строительство объектов для проведения культурно-развлекательных мероприятий. Один из Директоров также указал на улучшение положения женщин в обществе в качестве изменения, произошедшего в последнее время.

Кроме того, Ключевые информанты в качестве положительных изменений указали несколько реализованных или запланированных политических мер, которые направлены на оказание поддержки молодежи и, как правило, осуществляются под эгидой национальных органов или международных организаций. Поставщики услуг упоминали о законе "Об ответственности родителей", который был принят вскоре после завершения сбора данных в рамках настоящего исследования. Они также называли недавно принятые законы, запрещающие ранние браки и использование детского труда.

**Предложения Ключевых информантов:** Большинство Директоров и имамов говорили о том, что для предотвращения случаев самоубийств и попыток самоубийства среди детей и молодежи необходимо принятие дополнительных законов и положений о защите детей и ответственности родителей. Они отмечали, что наиболее важные изменения, необходимые для улучшения положения молодежи, включают улучшение экономической ситуации, образования, взаимоотношений в семье и понимания психических заболеваний и других факторов, которые приводят к самоубийствам. Были высказаны предложения о повышении квалификации психологов и психотерапевтов, а также о том, что количество таких специалистов необходимо увеличить. Кроме того, Ключевые информанты высказывались за проведение круглых столов, которые будут способствовать повышению осведомленности по данному вопросу и улучшат взаимодействие между потенциально влиятельными людьми. Было также высказано предложение о том, что проведение встреч для молодежи способствовало бы повышению осведомленности участников о социальных вопросах и психологических проблемах, включая проблему самоубийств.

### 3.4.2 Информанты из числа членов семей: Анализ качественных данных

В ходе индивидуальных интервью также задавались качественные вопросы или вопросы, допускающие произвольные ответы. Используя данный формат, несколько респондентов подробно описали обстоятельства, которые, по их мнению, значительно повлияли на жизнь Молодого человека (или девушки) и способствовали совершению им/ей самоубийства или попытки самоубийства. Приведенные далее примеры описывают то, как респонденты воспринимают те или иные обстоятельства. Они включены в настоящий отчет, чтобы ознакомить читателя с контекстом настоящего исследования. Мы не пытались проверять изложенные респондентами факты. Однако эти примеры, сообщенные лицами, предпринимавшими попытки самоубийства, и членами семей лиц, совершивших самоубийство, являются поучительными. *Примечание:* Персонализирующие сведения о Молодом человеке (или девушке), включая пол и возраст и специфичные подробности в каждом примере, были изменены в целях сохранения конфиденциальности респондентов.

Одной из проблем, с которыми сталкивается молодежь в Согдийской области, является практика заключения договорных браков и браков по принуждению, которая может отрицательно влиять на благополучие молодежи. Одна девушка была доведена до самоубийства тем, что ее семья принуждала ее выйти замуж за мужчину старше себя, который находился на постоянном лечении в больнице. Планировалось, что его отпустят на несколько дней только для того, чтобы он мог жениться на ней, а затем он должен был вернуться в свое лечебное учреждение и оставаться там в обозримом будущем. Девушка же должна была переехать в дом матери своего нового мужа. Предположительно, тяжелое экономическое положение семьи заставило ее родственников воспользоваться такой возможностью выдать ее замуж за мужчину значительно старше ее. Сама же девушка мечтала поступить в университет. Она не хотела себя убивать, но была вынуждена так поступить, чтобы найти выход из этой ситуации.

Другой респондент рассказал о девушке, которую недавно принудили выйти замуж. Она якобы объясняла своим родителям, что не хочет жить со своим новым мужем, но они не обратили внимание на ее слова. Напротив, они посчитали, что она приспособится к обстоятельствам и свыкнется с необходимостью с ним жить. Круг общения этой девушки состоял только из ее родителей и близких родственников, она не поддерживала отношений со своими сверстниками. Судя по рассказу, ее замужество было единственным значительным событием в ее жизни до ее попытки самоубийства.

Некоторые девушки считали себя слишком старыми для замужества. Родственник одной молодой женщины рассказал, что эта молодая женщина совершила самоубийство из-за того, что стала слишком "старой" для замужества. Живя в кишлаке, где девушки не выходят замуж, достигнув ее возраста, она решила, что на ней уже никто не женится. По словам респондента, она совершила самоубийство из-за страха оставаться всю жизнь незамужней.

Респонденты также описывали и другие проблемы, включая насилие в семье. Молодая девушка рассказала, что у нее были хорошие взаимоотношения с ее супругом до тех пор, пока он не начал пить. С этого времени он начал ее избивать. По ее словам она попыталась покончить с собой из-за унижений, которым она подвергалась со

стороны своего супруга. Еще один респондент описал ситуацию, когда девушка подвергалась оскорблениям и избиениям со стороны свекрови и золовки.

По мнению респондентов, еще одним фактором, вызывающим самоубийства молодежи, является смерть близкого родственника. Один родственник Молодого человека утверждал, что он совершил самоубийство вскоре после смерти своего отца.

Несправедливые обвинения в свой адрес - это еще один фактор социального давления, с которым сталкивается молодежь в Согдийской области. Подруга девушки, совершившей самоубийство, рассказала, что кто-то рассказал родителям этой девушки, что она разговаривала с другими молодыми людьми по телефону, и они сочли это непослушанием с ее стороны. Эта девушка, в страхе перед родителями и желая доказать свою невиновность, совершила самоубийство. В другом случае, по словам родственника молодой человек совершил самоубийство, после того, как его обвинили в том, что он украл деньги у знакомого. Деньги потом нашлись, но Молодой человек к тому времени уже покончил с собой.

В качестве важного фактора в жизни молодежи, который может становиться причиной самоубийств, респонденты называли экономические трудности. Несколько матерей утверждали, что основная причина совершения самоубийств их сыновьями заключалась в плохом финансовом положении их семьи.

Чтобы улучшить жизнь своих семей, значительная часть населения мигрирует в другие страны в поисках работы. Один родственник подчеркнул непосредственное влияние, которое оказала трудовая миграция на Молодого человека - он вернулся с заработков из-за границы с грузом психологических проблем, которые отразились на взаимоотношениях в семье. По описанию респондента, до своей поездки за границу Молодой человек было доволен жизнью, но после возвращения в Согдийскую область он не мог себя контролировать и часто становился причиной стрессовых ситуаций для себя и окружающих. По мнению респондента, Молодой человек пристрастился к наркотикам за время своего пребывания за границей.

Хотя большинство респондентов рассказывали об обстоятельствах жизни Молодого человека (или девушки), которые, по их мнению, привели к его или ее самоубийству, многие из них говорили, что были удивлены или шокированы, узнав о смерти Молодого человека (или девушки), а несколько человек сказали, что самоубийство стало полной неожиданностью и что ничто его не предвещало. Судя по всему, окружающие не замечали предвестников самоубийства и эффективные меры приняты не были. Один из родственников рассказал, что он разговаривал с девушкой всего за несколько минут до совершения ей самоубийства и разговор показался ему вполне нормальным.

Описанные выше случаи позволяют лучше понять проблемы, с которыми сталкиваются Молодые люди, испытывающие горе или имеющие суицидальные мысли, в Согдийской области. Однако это лишь примеры, которые могут дополнять великое множество возможных факторов, взаимозависимостей и обстоятельств, которые в конечном счете приводят к совершению Молодым человеком (или девушкой) самоубийства. Хотя авторы не предпринимали попыток проверить достоверность описанных выше случаев, высказанные респондентами мнения позволяют посмотреть

на жизнь молодежи в Согдийской области под другим углом, а также прояснить факторы, которые могут влиять на решение о совершении самоубийства.

### ***3.4.3 Анализ данных органов прокуратуры***

В дополнение к информации, собранной в результате интервью с членами семей и Ключевыми информантами, план проведения исследования предполагал изучение материалов прокуратуры, собранных в ходе дознаний, проводившихся немедленно по получении информации о совершении попытки самоубийства или завершенного самоубийства. Эти дознания проводятся согласно установленному порядку, чтобы выявить любые возможные факты плохого обращения или другие факторы, приведшие к совершению Молодым человеком (или девушкой) самоубийства. По нашему запросу прокуратура Согдийской области предоставила информацию об обстоятельствах, сопутствовавших совершению самоубийств и попыток самоубийства в Ходженте, Пенджикентском, Истравшанском, Исфаринском и Б.Гафуровском районах. К сожалению нам были представлены лишь сокращенные варианты этих отчетов, а не полные версии, как мы просили, на основании которых мы могли бы провести тщательный качественный анализ. Однако и сокращенные версии тем не менее представляют особые ценные мнения людей, которые изучали эти случаи вскоре после того, как они произошли.

После получения информации о самоубийстве или попытке самоубийства, проводится дознание для установления возможных его причин. Важнейшая цель дознания состоит в том, чтобы выяснить не являлось ли лицо, совершившее самоубийство, объектом жестокого обращения или преступных действий, которые могли довести его или ее до суицидального поведения, а также установить действительно ли событие произошло в результате действий самого пострадавшего. В целом, материалы прокуратуры подтверждают сведения, полученные в ходе интервью с членами семей и Ключевыми информантами, относительно причин совершения самоубийств и попыток самоубийства молодыми людьми (и девушками) в Согдийской области.

В числе наиболее распространенных причин суицидального поведения, отмеченных сотрудниками прокуратуры, указывается наличие психического или соматического заболевания, экономические трудности, ссоры с родителями или другими близкими людьми. В некоторых случаях было отмечено, что ответственность за суицидальные действия Молодого человека (или девушки) всецело лежала на конкретном человеке, который неоднократно его или ее избивал или иным образом создавал невыносимые условия. Как правило в материалах прокуратуры решение о совершении самоубийства или попытки самоубийства приписывается единственному, очень узкому аспекту жизни или обстоятельству, что на самом деле может соответствовать действительности, поскольку считается, что многие самоубийства являются результатом импульсивного акта. Например, в одном из случаев в отчете описывается ссора между одним из родителей и ребенком - родитель рассердился на ребенка из-за того, что он недостаточно помогал в работе по дому. Непосредственным результатом этой ссоры, по крайней мере согласно отчету, стало самоубийство ребенка. Этот отчет показывает, что возможность существования более глубоких проблем в жизни Молодого человека в рамках дознания изучалась недостаточно или не изучалась вообще. Эти отчеты в целом свидетельствуют об отсутствии знаний о том, что



суицидальное поведение, как правило, является результатом сложной совокупности переживаний.

В отчетах прокуратуры нами отмечена интересная тенденция, которая заключается в различии, проводимом авторами между Молодыми людьми (и девушками), которые по их мнению имели или не имели оснований для совершения самоубийства или попытки самоубийства. Отчеты включают неоднократные ссылки на оскорбление "чести и достоинства", как будто Молодые люди (и девушки), подвергшиеся оскорблениям, имеют более оправданные причины для совершения самоубийства или попытки самоубийства. В некоторых случаях в отчетах упоминается об извинениях, принесенных лицом, пытавшимся совершить самоубийство, давая, таким образом, понять, что если винить больше некого, виноватым, в конечном счете, следует считать Молодого человека (или девушку).



## 4. ВЫВОДЫ

Значение приводимых здесь выводов разъясняется далее:

- Соотношение завершенных самоубийств и попыток самоубийства в возрастной группе от 12 до 24 лет в Согдийской области по нашим оценкам составляет 2,5:1. В странах Запада это соотношение, как правило, равняется 1:10-20.
- Соотношение самоубийств, совершенных мужчинами и женщинами в возрасте от 12 до 24 лет в Согдийской области, составляет 45% к 55% соответственно. Аналогичное соотношение в странах Запада обычно составляет 80% к 20%.
- В Аштском районе был выявлен самый высокий уровень самоубийств в Согдийской области среди молодежи в возрасте 12-24 лет - 19,2 случая (на 100 000 человек), в том числе 24,8 - среди женщин, 13,7 - среди мужчин. В этом районе услуги по профилактике и предотвращению самоубийств должны быть в первую очередь сосредоточены на молодежи. В этом районе также необходимо провести тщательное исследование, чтобы лучше понять полученные нами результаты и определить пути улучшения сложившейся ситуации.
- Как и ожидалось, молодые люди (и девушки), пребывающие в сильной депрессии, подвержены высокому риску самоубийства, тогда как психические расстройства стали наиболее часто называемой причиной суицидального поведения.
- Девочки и молодые женщины часто говорили, что основной причиной совершения попытки самоубийства или возникновения суицидальных мыслей являлось принуждение к замужеству.
- Эффективность действующей в настоящее время системы расследования случаев самоубийства и попыток самоубийства в Согдийской области является спорной и улучшить ее можно было бы за счет перехода от обвинительного подхода к модели оказания медицинских/ социальных услуг, включая помощь со стороны прокуратуры, в случае необходимости, при наличии подозрительных обстоятельств.
- Одобрение насилия в семье, например, избиения жен, жестокого наказания детей и т.д., чаще встречается среди членов семей, где ребенок предпринимал попытку самоубийства или совершил завершённое самоубийство.
- Значительные события в жизни, травмирующие события в семье, межличностное насилие, потеря близких людей в результате миграции, смерть или разлука, потеря работы или экономические трудности - это достаточно распространенные факторы, как правило, наносящие ущерб психике Молодого человека (или девушки). Информанты часто указывали эти обстоятельства в качестве причин суицидального поведения.
- Молодые люди (девушки), члены семей или близкие люди которых перенесли травмирующие события, значительно чаще совершали попытки или завершённые самоубийства.
- Ключевые информанты часто говорили о связи религиозности с повышенным риском суицидов среди молодежи. Хотя на основании имеющихся данных

невозможно установить причинно-следственную связь, частота отправления религиозных обрядов Молодыми людьми (и девушками) моложе 18 лет, по словам самих Молодых людей (и девушек) и членов их семей, была связана с суицидальным поведением. Однако полученных в ходе настоящего исследования данные показывают, что частота отправления религиозных обрядов Молодыми людьми (и девушками) старше 18 лет является защитным фактором.

- Дети родителей с низким уровнем образования (менее 12 классов) значительно больше подвержены риску попыток самоубийства и завершенных самоубийств.
- Учебные заведения и преподаватели сейчас не рассматриваются Молодыми людьми (и девушками), их семьями и самими преподавателями в качестве потенциальных источников психологической поддержки. Поскольку школа - это место, где регулярно собирается большое количество детей, проведение программ по профилактике и предотвращению самоубийств в данной среде было бы экономически оправданным.
- У всех категорий информантов имеются существенные пробелы в знаниях и осведомленности относительно вопросов психического здоровья, возможных факторов риска самоубийства и потенциальных мер по спасению жизней. Кампании в сфере здравоохранения по повышению осведомленности относительно вопросов психического здоровья помогли бы изменить эту ситуацию с минимальными затратами.
- Хотя в Таджикистане действует методика сбора информации о самоубийствах на областном уровне, к сожалению она не включает полностью достоверную, единообразную общенациональную систему предоставления данных о самоубийствах, которая бы позволила вести непрерывный мониторинг изменений уровня самоубийств, в том числе в разрезе полов, или обеспечила интерпретацию этих данных в связи с данными переписи населения Таджикистана.
- В Согдийской области предоставлению достоверных сведений о самоубийствах и суицидальном поведении препятствует, судя по всему, санкционированный государством действующий порядок реагирования на факты самоубийств, основанный на принципе обвинения и наказания. Маловероятно, что предоставления точных сведений удастся добиться до тех пор, пока этот подход не будет изменен посредством передачи функций по осуществлению пост-суицидных мероприятий и более глубокого понимания основных рисков самоубийства.
- Нигде на территории Согдийской области нет служб психиатрической помощи на базе сообществ. Однако благодаря сети служб на базе сообществ, созданной в рамках настоящего исследования, неожиданно выяснилось, что населения готово пользоваться такими службами.
- Имеются веские основания полагать, что как и везде в Согдийской области риск самоубийства варьирует в зависимости от пола, и что эти различия требуют проведения дополнительных исследований и реализации программ с учетом гендерных особенностей.

**4.1 Предоставление сведений о самоубийствах:** Ввиду отсутствия системы предоставления информации на областном уровне достаточно трудно определить повышается ли уровень самоубийств в Согдийской области или же он снижается или остается без изменений (в разрезе конкретных возрастных групп, национальностей, районов и т.д.). Без этих данных на национальном уровне также невозможно сопоставить уровень самоубийств в Согдийской области с аналогичными показателями по другим областям Таджикистана. Отсутствие национальных данных о самоубийствах, сопоставимых с данными, полученными в ходе настоящего исследования по Согдийской области, также ограничивает возможности обоснованного контекстуального сравнения ситуации в других областях Таджикистана и сопоставления между различными областями.

Занижение числа попыток самоубийства является довольно распространенным явлением во всем мире. По вполне понятным причинам получать точные данные по самоубийствам чрезвычайно сложно и трудно. Действующая в настоящее время система предоставления данных о самоубийствах в Согдийской области, на которой основывалась выборка нашего исследования, не является полностью достоверной или точной. Неправильно классифицируемые случаи, шесть таких случаев, выявленных в ходе нашего исследования, искажают статистические показатели и могут представлять проблемы в клиническом отношении. Кроме того, согласно другим эпидемиологическим исследованиям, общепризнанное соотношение завершенных самоубийств и попыток самоубийства составляет приблизительно 1:10-20, т.е. от десяти до двадцати попыток на каждое завершённое самоубийство. По Согдийской области, согласно имеющимся данным, это соотношение составляет 2,5:1, т.е. 2,5 завершённых самоубийств на каждую попытку. Хотя можно ожидать некоторых различий в соотношении количества попыток и завершённых самоубийств с учетом возраста, пола, культуры и т.д., весьма маловероятно что в Согдийской области число самоубийств превышает количество попыток. Просто потому что все попытки являются безуспешными можно с уверенностью предположить, что в Согдийской области есть много Молодых людей (и девушек), которые пытались совершить самоубийство хотя бы однажды, но не получили помощи или не были включены в настоящее исследование в качестве лиц, совершавших попытки самоубийства, так как они не были выявлены существующей системой сбора данных. Этот вопрос чрезвычайно важен поскольку факт совершения попытки самоубийства в прошлом, как правило, считается самым сильным фактором риска последующего завершённого самоубийства.

Еще одна возможная причина такого на первый взгляд несоразмерного числа случаев завершённых самоубийств и попыток самоубийств в Согдийской области заключается в том, что предпочтительными методами самоубийства здесь являются повешение или отравление. Согласно и статистическим и медицинским данным при использовании этих смертоносных методов вероятность того, что человек предпринимающий попытку самоубийства совершит завершённое самоубийство, очень высока. Выбор чрезвычайно смертоносных методов говорит о том, что без сомнения во многих случаях принимали бесповоротное решение расстаться с жизнью. Другая возможная причина такого несоответствия данных может заключаться в высоком уровне стигматизации суицидального поведения и строгом религиозном запрете на самоубийства, в результате чего люди не обращаются за помощью. За исключением случаев, когда попытка самоубийства настолько серьезна, что требует

профессионального вмешательства, судя по всему, в большинстве случаев попытки самоубийств остаются неучтенными.

**4.2 Используемая в настоящее время методика реагирования на суицидальное поведение:** Используемый в настоящее время обвинительный подход к самоубийствам без сомнения способствует очень низкому соотношению зарегистрированных попыток самоубийства и завершенных самоубийств. Весьма вероятно, что ввиду этого подхода, который направлен на то, чтобы найти виновного, отдельные лица и семьи предпочитают не сообщать о суицидальных событиях, за исключением случаев, когда их невозможно скрыть. Хотя работники прокуратуры действуют из благих побуждений, их действия могут приводить к непредвиденным отрицательным последствиям, поскольку их подход основан на букве закона, а не на стремлении оказать помощь. Поэтому дознания, судя по всему, создают атмосферу вины и вызывают защитное поведение. В таких условиях и члены семьи и лица, выжившие после попытки самоубийства, сосредотачиваются на том, чтобы избежать предоставления изобличающих их сведений, и не стремятся рассказать всю правду об обстоятельствах, вызвавших суицидальное поведение. Это в свою очередь приводит к серьезному дефициту оказываемой помощи, а также к распространению неточных, но безопасных в юридическом отношении описаний событий. Возможно самое главное заключается в том, что это также затрудняет, а зачастую и препятствует предотвращению на ранних этапах, поскольку отдельные граждане и семьи, сталкивающиеся с суицидальными мыслями или попытками, редко сообщают об этом и, соответственно, редко получают необходимую им помощь на раннем этапе. Профилактическое вмешательство сегодня может помешать попытке превратиться завтра в завершенное самоубийство.

**4.3 Мнения о причинах попыток самоубийства/ завершенных самоубийств:** В рамках данного исследования оценивались мнения разных категорий респондентов (включая информантов из числа членов семей, Молодых людей (и девушек) и Ключевых информантов) о причинах попыток самоубийства и завершенных самоубийств. В ответах респондентов постоянно возникала тема экономических трудностей, ссор в семье, соматических заболеваний или увечий и проблем, связанных с браком или несчастной любовью. Причины суицидального поведения, наиболее часто называвшиеся респондентами из числа членов семей, включали семейные ссоры, соматические заболевания или увечья, чувство глубокого уныния и несправедливые обвинения. В отношении женщин моложе 24 лет, совершивших самоубийства или попытки самоубийства, чаще всего в качестве причины называли брак по принуждению, тогда как самой распространенной причиной у мужчин являлись финансовые затруднения или долги.

Более 90% Ключевых информантов утверждали, что развал экономики и высокий уровень безработицы являются важными формами социального давления, способствующими совершению самоубийств или попыток самоубийства. Другие причины, часто называвшиеся Ключевыми информантами, включали психические расстройства, жестокое обращение со стороны членов семьи, разлад между супругами и издевательства.

По словам Ключевых информантов случаи брака по принуждению, жестокого обращения с детьми и насилия в семье участились (40%-54%) за последние два года,

притом что лишь около половины Ключевых информантов заявили, что пострадавшим есть, куда обратиться за помощью. Более 40% всех Ключевых информантов сообщили, что они отмечают рост случаев преступного поведения среди молодежи и беременности незамужних женщин. Более 30% отметили увеличение числа случаев "бунтарского" поведения и злоупотребления алкоголем. Эти сведения, возможно, указывают на ряд новых или усилившихся источников стресса в обществе и семье, которые могут повышать риск суицидов среди молодежи. Многие Ключевые информанты из разных групп отмечали, что они считают браки по принуждению одним из факторов, вызывающим самоубийства среди молодежи. В результате настоящего исследования, как и других исследований, была установлена взаимосвязь между жестоким обращением с детьми и издевательствами и суицидальным поведением. Респонденты также указали, что жестокое обращение со стороны членов семьи и/или семейные ссоры являются причиной самоубийств, особенно среди женщин, что говорит о необходимости внедрения целевых служб поддержки для девочек и молодых женщин.

**4.4 Жизненные события, причиняющие психологические травмы:** Известно, что во всем мире семьи являются основной средой обучения детей и, как правило, нарушение нормальной жизни семьи может иметь более существенное отрицательное влияние на детей, чем потрясения в другие периоды их жизни. Согласно выводам других исследований собранные нами данные показывают, что значительные события в жизни, травмирующие события в семье, межличностное насилие, потеря близких людей в результате миграции, смерть или разлука, потеря работы или экономические трудности - это достаточно распространенные факторы, как правило, наносящие ущерб психике Молодого человека (или девушки). В некоторых случаях потрясения или трудности, по словам респондентов, были причиной суицидального поведения, включая завершённые самоубийства. Следует отметить, что риск самоубийства особенно силен среди Молодых людей (и девушек) моложе 18 лет, чьи семьи пережили травмирующее событие.

**4.5 Учителя:** Учителя играют важную роль в жизни любого ребенка, поскольку они предоставляют информацию, как формально, так и неформально, и проводят много времени с детьми каждый день. Поэтому качество и количество информации, предоставляемой учителем, крайне важно для формирования отношения ребенка к учителю. Однако полученные нами данные убедительно указывают на то, что школы и учителя в настоящее время не используются в достаточной мере для предоставления услуг психологической поддержки. Во многих других странах считается, что учителя должны нести функции по оказанию поддержки и следовательно они могут предотвращать или сокращать случаи суицидального поведения среди молодежи. Однако наши данные говорят о том, что Молодые люди (и девушки), имеющие суицидальные мысли или демонстрирующие суицидальное поведение, судя по всему, не воспринимают учителей как людей, с которыми они могли бы обсудить проблемы, касающиеся психического здоровья/ защиты. Точно так же, учителя не считают, что они должны играть важную роль в обеспечении психологических потребностей или благополучия учащихся. Более того, родители и поставщики услуг сейчас не рассматривают учителей и школы в качестве важного ресурса, который мог бы быть полезен учащимся чем-то еще, помимо изучения школьных предметов в классах. Если найти способ вовлечения учителей в деятельность по предотвращению самоубийств,

как это делается в других странах, можно при минимальных затратах добиться значительных результатов в этой области.

**4.6 Предотвращение самоубийств:** Мы выяснили, что знания всех категорий участников исследования о проблемах психического здоровья в целом недостаточны. Существует также значительный пробел в знаниях относительно возможных факторов риска самоубийства и потенциальных методах спасения жизней. Однако подавляющее большинство респондентов знает, что лицам, страдающим психическими расстройствами, можно помочь. Как и ожидалось, молодежь, страдающая сильными депрессиями, в два раза чаще проявляет суицидальное поведение, чем другие молодые люди. Хотя психические расстройства, экономические трудности, жестокое обращение со стороны членов семьи и издевательства правильно указывались в качестве факторов, которые могут способствовать суицидальному поведению, респонденты гораздо меньше знают о том, как и где можно получить психиатрическую помощь.

На этапе сбора данных в рамках настоящего исследования каждому участнику (детям и взрослым), который рассказывал о наличии у него/нее суицидальных мыслей или поведения, передавался личный "план безопасности", направленный на то, чтобы предотвратить причинение людьми вреда самим себе. Это простая и экономически эффективная методика, использованию которой можно обучить большое количество поставщиков услуг, позволила лицам с суицидальными наклонностями эффективно использовать информацию, позволяющую спасти им жизнь, по крайней мере, в краткосрочной перспективе. Этой методике можно было бы легко обучить многих людей, часто взаимодействующих с молодежью.

**4.7 Доступ к службам психиатрической помощи:** Как и ожидалось, данные настоящего исследования подтвердили значительный дефицит служб психиатрической помощи на базе сообществ практически на всей территории Согдийской области. Что еще более важно, настоящее исследование также наглядно продемонстрировало, что НПО, действующие почти в каждом районе, готовы и хотят предоставлять услуги психиатрической помощи как молодежи так и взрослым людям. Специалисты, проводившие данное исследование, требовали, чтобы услуги психиатрической помощи были доступны семьям участников на протяжении всего исследования, особенно тем людям, которые, как выяснилось в ходе интервью, нуждались в психологической поддержке и помощи в предотвращении суицидального поведения. В соответствии с этим требованием ЮНИСЕФ принял на себя ведущую роль в разработке сети служб, тогда как реализация этой задачи была поручена кафедре психологии Ходжентского государственного университета в сотрудничестве с Таджикским национальным университетом. В ходе этой работы выявлялись лица, нуждающиеся в подобных услугах, особенно Молодые люди (и девушки) и матери, и им предоставлялась соответствующая психиатрическая помощь на базе сообществ в районе их проживания. Большинство из них получали психосоциальную поддержку и психиатрические услуги впервые в жизни. Наиболее существенным результатом психологического вмешательства в рамках исследования было то, насколько широко использовались услуги, предоставлявшиеся созданной сетью. Широкое использование талонов на получение услуг, предоставляемых НПО, которые выдавались каждой семье, участвовавшей в исследовании, свидетельствует о наличии значительной неудовлетворенной потребности в услугах психиатрической помощи на базе сообществ в Согдийской области. Однако, несмотря на способность и желание преподавателей

психологии Ходжентского государственного университета помогать и руководить клиницистами из НПО, по мере необходимости, основным недостатком этой во всех других отношениях отличной сети поставщиков услуг было отсутствие глубоких клинических знаний у сотрудников НПО и преподавателей Ходжентского государственного университета. Необходимо приложить максимум усилий для того, чтобы устранить этот недостаток. Примечательно, что 70%-80% людей, с которыми проводились интервью, включая молодых людей, предпринимавших попытки самоубийства, членов семей и членов контрольной группы, сообщали о том, что они хотели бы поговорить с кем-нибудь о важной проблеме, которая их волнует. Эти данные свидетельствуют о наличии гораздо большего желания получать помощь от служб поддержки, чем считалось ранее.



## 5. РЕКОМЕНДАЦИИ

Ни в одном обществе еще не придумали способа предотвращения самоубийств или простого метода снижения количества завершенных самоубийств. Однако на основании данных, представленных в настоящем отчете, и того, что известно о самоубийствах в других странах, важно отметить, что возможно принятие ряда мер, которые помогут сократить количество самоубийств и попыток самоубийства в районах Согдийской области. Следует подумать о возможности реализации в Согдийской области рекомендаций, перечисленных здесь и подробно изложенных далее.

- Необходима областная (или общенациональная) программа, направленная на предотвращение насилия, пропаганду здорового образа жизни и охрану здоровья девочек и женщин.
- Обучение здоровому образу жизни, включая предотвращение самоубийств, должно быть включено школьную программу.
- Одним из неотложных и экономически эффективных методов предотвращения и сокращения случаев самоубийств должно быть создание телефона доверия или "горячей линии" на случай кризисных ситуаций. Областной (или национальный) центр по приему телефонных звонков является экономичным средством предоставления психологической помощи и предотвращения самоубийств, который в то же время будет способствовать повышению осведомленности о психическом здоровье в сообществах.
- Министерство труда или Министерство труда и социальной защиты населения должно принять на себя ведущую роль в реагировании на случаи самоубийства и попытки самоубийства, заменив тем самым действующую в настоящее время систему, ориентированную на прокуратуру.
- Следует создать убежища для женщин, молодежи и лиц, подвергающихся насилию в семье, а также людей, вступивших в брак по принуждению и жертв других форм насилия, которые бы предоставляли психосоциальную поддержку и возможности получения образования и профессиональной подготовки.
- Необходимо значительно сократить освещение в СМИ случаев самоубийства, а визуальные репортажи об обстоятельствах, сопутствующих таким событиями, следует по возможности исключить полностью.
- Учитывая успехи, продемонстрированные сетью клинической помощи, которая была создана в рамках исследования, необходимо предметно подумать о создании областного или даже национального учебного центра по психологии при Ходжентском государственном университете, цель которого будет заключаться в обучении клиницистов из НПО с особым акцентом на предотвращении самоубийств среди молодежи.
- Специальную рабочую группу по делам молодежи, в состав которой, помимо гражданских лидеров и государственных должностных лиц, входит в основном молодежь, следует поддержать, чтобы она могла систематически решать

вопросы, связанные с психосоциальными потребностями молодежи Согдийской области.

- Национальная система сбора информации о самоубийствах должна быть усовершенствована, чтобы она точно отражала текущие тенденции ситуации с самоубийствами в стране.
- Следует разработать программу повышения осведомленности о психическом здоровье на базе школ, которая бы освещала такие вопросы как стигматизация, чувство собственного достоинства, издевательства, взаимоотношения между сверстниками, насилие в школе, знания о психических заболеваниях, обращение за помощью и т.д., среди учащихся и учителей.
- Студентов педагогических учебных заведений следует обучать методам повышения осведомленности о психическом здоровье, включая способы борьбы с издевательствами, стигматизацией, насилием в семье, чувством безнадежности, употреблением психоактивных веществ и т.д., что позволит им играть более значительную роль в обеспечении благополучия своих учеников.

### ***5.1 Пересмотр роли женщин и девочек***

Многочисленные данные по всем странам мира говорят о том, что здоровье, образование и психологическое состояние женщин критически важно для благополучия семей, включая их экономическое процветание. Повсеместно существующее неравенство полов в Таджикистане в настоящее время является серьезным фактором, затрудняющим любые усилия по улучшению психосоциального здоровья и экономического благосостояния граждан в Согдийской области. Поэтому, роль, права и ожидания в отношении девочек должны стать приоритетом любых стратегий в области социального обеспечения, здравоохранения и образования. Эти данные говорят о том, что риск совершения попытки самоубийства гораздо выше среди тех детей, чьи родители, преждевременно прервали свое образование. Поскольку уровень образования родителей является критически важным показателем благополучия детей, инвестиции в повышение образованности молодежи Таджикистана следует увеличить, поскольку они являются инвестициями в будущее поколение. Капиталовложения в учреждения высшего образования должны стать приоритетом на региональном и национальном уровне. Особо важную роль играет обеспечение равных возможностей получения образования для юношей и девушек, так как общеизвестно, что образование матерей является фактором, определяющим благополучие детей и семей. При рассмотрении вопроса о предоставлении равных возможностей в первую очередь следует изменить сложившееся отношение к фактам насилия в отношении женщин, которые, как показано в настоящем отчете, значительно влияют на повышение риска попыток самоубийств.

Определять то, как следует добиваться изменений в Согдийской области в отношении роли женщин и расширения возможностей девочек, должен именно этот сегмент общества - т.е. женщины Согдийской области при финансовой поддержке соответствующих государственных органов. Мы предлагаем выбрать одну известную женскую организацию - уже существующую или недавно созданную, которая занимается в первую очередь правами женщин и укреплением их благополучия, либо национальную, либо с международными связями, чтобы она получила официальное

признание и могла способствовать предоставлению новых возможностей женщинам Согдийской области. Существующий Комитет по делам женщин мог бы отлично справиться с этими обязанностями, для этого необходимо значительное расширение его полномочий и увеличение бюджета. Очевидно, что для обеспечения успеха этих усилий необходимо выделить достаточный бюджет для работы группы, которая возьмет на себя такие руководящие функции.

### **5.2 Программа повышения осведомленности о психическом здоровье детей в школах**

Разработка экономически эффективной программы повышения осведомленности о психическом здоровье на базе школ могла бы помочь в решении проблем, связанных со стигматизацией, самоуважением, насилием в школе, отсутствием знаний о психических заболеваниях, обращением за помощью, здоровым образом жизни и т.д. Мобильная группа подготовленных специалистов могла бы обеспечить реализацию этой программы во всех школах области. Например, программу можно было бы разработать на областном уровне (или в Министерстве образования), где участники могли бы пройти обучение методике реализации программы и затем предоставлять соответствующие услуги на регулярной основе на всей территории определенного района или всей области. Эти специалисты, за подготовку и координацию работы которых могла бы отвечать кафедра психологии Ходжентского государственного университета, должны будут посещать вверенные им школы, обеспечивая повышение осведомленности учащихся. Существует ряд программ по повышению осведомленности о психическом здоровье детей и психосоциальной поддержке, которые были специально разработаны для развивающихся стран и могут быть с легкостью адаптированы для использования в Таджикистане. Такой подход также могли бы взять на вооружение школы, медицинские работники и существующие службы и кризисные центры, чтобы совместными усилиями улучшить работу по выявлению лиц, нуждающихся в помощи, и направлению таких лиц к специалистам. Информация в напечатанном виде, как например проспект-справочник адресов НПО, подготовленный в рамках настоящего исследования, должна быть в наличии во всех местах, где собирается молодежь, особенно в школах. Это будет способствовать повышению осведомленности и облегчит процесс обращения за помощью.

### **5.3 Телефон доверия**

Согласно данным интервью с Ключевыми информантами, 90% всех поставщиков услуг считают, что ребенку с эмоциональными и поведенческими проблемами можно помочь. Однако менее 70% поставщиков услуг (за исключением медицинских работников и имамов) знали, куда следует направлять Молодого человека (или девушку), подверженного риску самоубийства. Служба, услугами которой можно было бы воспользоваться анонимно и удаленно, могла бы быть весьма полезной для подверженной риску молодежи в области. Это имеет особое значение в свете того, что от 70% до 82% всех индивидуальных информантов из числа молодежи и взрослых заявили, что они хотели бы поговорить с кем-нибудь о проблемах, вызывающих у них сильное беспокойство.

Одним из наиболее экономически эффективных методов предотвращения самоубийств в Согдийской области и предоставления поддержки нуждающимся в ней могла бы стать организация телефона доверия или горячей линии. Горячая линия, обеспечивающая предоставление помощи по телефону, позволила бы людям, нуждающимся в психологической поддержке, звонить на нее анонимно и беседовать с подготовленным специалистом по предоставлению психиатрических услуг. Кроме того, создание телефона доверия способствовало бы повышению осведомленности относительно вопросов психического здоровья и помогло бы изменить отношение к проблемам психического здоровья в Согдийской области.

#### ***5.4 Наличие и доступность услуг***

В ходе проведения исследования в Согдийской области каждому участнику исследования выдавался проспект-справочник по НПО, содержащий название, адрес и контактную информацию каждого НПО или другого поставщика услуг, предоставляющего психосоциальную помощь. Информация указывалась по каждому району. Отклики участников и поставщиков услуг говорят о том, что этот проспект позволил заполнить важный информационный пробел. Мы настоятельно рекомендуем разработать аналогичный, но более полный справочник услуг по области и конкретным районам для широкого распространения среди населения. Необходимо улучшить доступ к таким услугам. В то время как услуги, предоставляемые НПО, могут быть важным средством охвата нуждающихся в помощи семей, реализация и совершенствование существующих государственных социальных услуг, таких как недавно запущенная программа социальной помощи на дому, на областном и районном уровне играет ключевую роль в удовлетворении многогранных потребностей в области психического здоровья и здоровья семьи на уровне сообществ.

#### ***5.5 Изменения порядка расследования после происшествия (самоубийства или попытки самоубийства)***

Чтобы использовать сильные стороны действующей в настоящее время системы сбора информации о самоубийствах в Таджикистане, основная ответственность за анализ ситуации после совершения самоубийства, который сейчас выполняется работниками прокуратуры, должна быть передана медицинским работникам. Цель этой новой формы реагирования на происшествия заключается в проведении комплексной "оценки" без уклона в область уголовного расследования. Такая модель, основанная на принципах поддержки и изучения ситуации в семье, должна рассматривать суицидальное поведение не с целью установления виновного, а исходя из предположения о том, что в большинстве случаев такое поведение вызывается множеством факторов и необязательно является результатом действий другого человека. Очень важно, чтобы человек, проводящий "расследование", также предоставлял психосоциальную поддержку семье, организовывал дальнейшую помощь и последующее наблюдение, если это необходимо.

Такой подход, не ставящий своей целью обвинение, будет способствовать тому, что члены семьи и другие близкие люди будут более открыто и честно делиться информацией. Вместо того, чтобы усугублять недавно пережитую людьми трагедию,

пытаясь установить виновного в ситуации, медицинский работник должен быть готов предоставить на месте необходимую психологическую консультацию, а также рекомендовать имеющиеся ресурсы поддержки, такие как социальные услуги. Несомненно, в ситуациях, когда по всей видимости преступные действия одного или нескольких лиц стали причиной суицидального поведения, следует обращаться за указаниями в прокуратуру.

### **5.6 Услуги на базе сообществ**

Возможности целевой профилактической работы с отдельными лицами, предпринимавшими попытки самоубийства, крайне ограничены поскольку можно предположить, что в текущей ситуации подавляющее большинство лиц, потенциально способных совершить попытку самоубийства, не заявляют о своих намерениях. Поэтому задача заключается в том, чтобы решить, как лучше всего оказывать помощь на уровне групп или сообществ, чтобы предотвратить ненужную гибель людей. К сожалению не существует единой успешной системы предотвращения самоубийств. Если бы такая система существовала, она бы повсеместно использовалась. Однако систематические мероприятия по предотвращению самоубийств являются наиболее универсальным и экономически эффективным подходом, обеспечивающим охват наибольшего числа населения, в данном случае, молодежи. Выбор стратегий для использования определяется целым рядом факторов, при этом существует большое количество информационных материалов, которые можно получить бесплатно, в том числе и через ВОЗ. Сотрудников недавно утвержденной программы по оказанию социальной помощи на дому или аналогичный коллектив специалистов можно было бы привлечь к обучению методам реализации части или всей программы по предотвращению самоубийств на базе сообществ.

Существует взаимосвязь между насилием и самоубийствами и поэтому для решения проблемы самоубийств недостаточно сосредоточить все усилия на профилактических услугах в сфере психического здоровья. Также необходимо развивать комплекс защитных услуг с учетом возраста бенефициаров и специфики гендерных вопросов. Некоторым людям, особенно женщинам и молодым людям, пострадавшим в результате сексуального и физического насилия, необходимы убежища, тогда как другим необходимо безопасное пристанище, чтобы избежать брака по принуждению. Необходимо создать систему защитных услуг, включая предоставление безопасных и охраняемых убежищ. Такие службы должны предоставлять, при необходимости, услуги психологического консультирования и разрешения споров, но также должны иметь возможность предоставления психосоциальной поддержки, образования и обучения, чтобы проживающие там лица могли не просто найти защиту от жестокого обращения, но и открыть для себя новые возможности самореализации.

### **5.7 Освещение в СМИ**

Судя по результатам интервью с Ключевыми информантами, среди которых были сотрудники самых различных СМИ, включая газеты, телевидение и радио - как местного, так и общенационального значения, в Таджикистане, как правило,

отсутствуют ограничения на освещение темы самоубийств в СМИ. В то же время все больше данных свидетельствует о том, что получение информации из СМИ о самоубийствах может провоцировать дополнительные самоубийства. Уязвимые люди иногда не могут устоять перед возможностью стать объектом интереса областных, если не общенациональных СМИ, и иногда они копируют суицидальное поведение, освещаемое в средствах массовой информации. В некоторых странах, которые уже активно работают над снижением уровня самоубийств, в результате повышения осведомленности и переговоров между правительством и СМИ произошло значительное сокращение публикуемых материалов о самоубийствах. Даже без введения цензуры печати во многих странах показ таких потенциально опасных видеоматериалов был либо существенно сокращен, либо отменен вообще. Цель, конечно же, заключается не в ограничении свободы средств массовой информации, а скорее в том, чтобы стимулировать их на выполнение информационных функций, вместо привлечения массового интереса к таким потенциально опасным событиям как самоубийства. Для предотвращения ажиотажа вокруг случаев самоубийства с журналистами можно вести просветительскую работу в области психического здоровья с тем, чтобы поощрять освещение ими вопросов, влияющих на частоту случаев самоубийств среди молодежи, особенно вопросов, относящихся к правам ребенка и гендерному равноправию. Мы настоятельно рекомендуем использовать такой же подход в отношении СМИ Согдийской области, а также национальных СМИ на всей территории Таджикистана.

### **5.8 Региональная клиническая сеть**

Предоставление услуг психологической поддержки для участников настоящего исследования являлось необходимым компонентом этического проведения исследования по такой деликатной теме. Поэтому, согласно условиям исследования ЮНИСЕФ была установлена связь с НПО в каждом из 16 районов, где проводились интервью. Эти НПО были готовы предоставить необходимую поддержку и услуги любому участнику исследования или его семье в течение всего периода проведения исследования. Каждой семье во время интервью выдавалось по восемь талонов, которые можно было использовать для получения бесплатных услуг от любых НПО, участвовавших в проекте. Услуги, предлагавшиеся этими организациями не ограничивались психологической поддержкой, но также включали правовую, экономическую, социальную и медицинскую помощь. НПО в 13 из 16 районов смогли предоставить статистические данные о предоставленных услугах и количестве собранных ими талонов (см. Таблицу 12). Эти услуги предоставлялись клиницистами из Ходжентского государственного университета, привлеченными к участию в исследовании. Как указано в Таблице 12, многие участники исследования обратились за получением таких услуг, причем объем их использования, скорее всего, свидетельствует о том, что раньше они не знали о наличии таких служб. Несомненно, что участие в интервью в рамках исследования, способствовало их обращению за такими услугами.

**Таблица 12. Службы клинической поддержки**

Район	Услуги/ предоставленная помощь					Использованные талоны
	Психологическая поддержка	Правовая поддержка	Экономическая поддержка	Социальная поддержка	Медицинская помощь	
Ходжент	18	5	4		3	24
Исфаринский	26			5	4	33
Канибадамский	34				12	100
Аштский	19					104
Гафуровский	21	3		2	5	34
Чкаловск						
Кайраккумский						
Истравшанский	16	2		3		24
Ганчинский	15					24
Пенджикентский	19	3		4		24
Спитаменский	19				3	8
Айнинский	6					
Матчинский	6					16
Согдийская обл.	78					96
<b>Всего</b>	<b>277</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>14</b>	<b>27</b>	<b>487</b>

НПО, привлекавшиеся в рамках исследования, в сотрудничестве с кафедрой психологии Ходжентского государственного университета создали сеть поставщиков услуг во всех пунктах предоставления услуг в рамках исследования уровня самоубийств. По завершении настоящего исследования специалисты пунктов предоставления услуг выразили настойчивое пожелание, чтобы их сеть сотрудничества продолжала работать, и указали на необходимость постоянного обучения в сфере предоставления психологических услуг. Ввиду вышесказанного, исследовательская группа провела переговоры с руководством Ходжентского государственного университета, предложив рассмотреть возможность создания постоянно действующего областного или даже национального учебного центра по психологии для НПО с особым акцентом на проблеме самоубийств среди молодежи. Руководство Ходжентского государственного университета весьма положительно восприняло эту идею и его работу в этом направлении следует поощрять и оказывать ей поддержку.

## **5.9 Руководство на областном и районном уровне с участием молодежи**

Прежде чем определять конкретные методы снижения уровня самоубийств, органы власти должны принять решение о приоритетности работы по предотвращению самоубийств, особенно среди молодежи. Поскольку председатель хукумата Согдийской области сам обратился с просьбой о проведении данного исследования, следует полагать, что он готов занять активную позицию в этом вопросе. В качестве первого шага необходимо назначить группу заинтересованных, сведущих руководителей для налаживания сотрудничества по этому вопросу с другими заинтересованными сторонами, такими как ЮНИСЕФ, ВОЗ и т.д., с включением в эту группу и представителей молодежи. Это даст возможность этой группе специалистов разработать план действий на основе данных, содержащихся в настоящем отчете. Рабочая группа по изучению случаев самоубийств в Согдийской области прекрасно подходит для начала такой работы, поскольку ее члены уже продемонстрировали свою заинтересованность в критическом рассмотрении различных вариантов решения проблемы самоубийств среди молодежи в Согдийской области.

## **5.10 Областная специальная рабочая группа по делам молодежи**

Согдийской области многонационально, говорит на нескольких языках и характеризуется широким спектром религиозных убеждений и культурных особенностей. Судя по всему, некоторые из этих различий способствуют повышению количества самоубийств и попыток самоубийства среди молодых людей (и девушек), которые особенно уязвимы в отношении факторов давления в период вступления в пору зрелости, когда у них появляются собственные дети и они сталкиваются с сокращением экономических возможностей, типичным для нашего времени. Как может правовая система, включая прокуратуру, помочь в улучшении будущего для такой молодежи? Как могут имамы наилучшим образом поддержать молодежь, которая могла бы воспользоваться их советами? Как могут школы воспитывать любовь к знаниям в одинаковой мере у всех учащихся - как у мальчиков, так и у девочек, чтобы количество юношей и девушек, заканчивающих среднюю школу было примерно одинаковым? Как можно добиться сотрудничества между государственными социальными, медицинскими службами, службами по оказанию помощи семьям и т.д., чтобы улучшить долгосрочные перспективы для молодежи? Как председатель хукумата Согдийской области и другие политические лидеры могут убедить молодежь, что она должна проявлять действительную заинтересованность в будущем Таджикистана? Как может Комитет по делам женщин играть более эффективную роль в оказании помощи молодым женщинам в достижении их целей? Как могут НПО разрабатывать новые и интересные услуги и программы, чтобы помочь улучшить качество жизни молодежи в Согдийской области? Как могут колледжи и университеты в Согдийской области работать более эффективно, чтобы помогать молодежи - и юношам и девушкам, в достижении наивысшего уровня образования? Все эти вопросы могут и должны быть решены.

Существует много вариантов улучшения качества жизни молодежи, а следовательно и сокращения некоторых ключевых факторов риска самоубийства. Для этого необходимо создание Специальной рабочей группы по делам молодежи, состоящей, помимо лидеров гражданского общества и государственных руководителей,

в основном из молодых людей, которые бы единодушно стремились к тому, чтобы понять и улучшить психосоциальные перспективы для молодежи Согдийской области. Как предлагали Ключевые информанты в рамках настоящего исследования, регулярное проведение встреч и заседаний в формате круглого стола, которые будут способствовать повышению осведомленности о важных вопросах и улучшат взаимодействие между потенциально влиятельными людьми, будет полезно для всех. Специальная рабочая группа по делам молодежи, решающая задачи, в которых молодежь кровно заинтересована, является одним из способов предоставления дополнительных возможностей молодежи и, возможно, одновременного решения проблем, связанных с суицидальным поведением. В конечном счете, как и во всех других странах сегодня, в результате беспрецедентных темпов изменения окружающего мира молодежь Согдийской области значительно отличается от своих родителей и предшествующих поколений в том, что касается перспектив и возможностей, и поэтому молодежь следует поощрять и поддерживать в поиске своих путей в будущее.

### **5.11 Национальная система сбора информации о самоубийствах**

В настоящее время получение надежных пригодных для анализа данных о самоубийствах в Согдийской области является проблематичным. Ввиду этого ограничения очень трудно установить динамику изменения уровня самоубийств в Согдийской области - снижается ли этот уровень или же он остается неизменным или повышается. Хотя этот вопрос имеет общенациональное значение и не является лишь проблемой для Согдийской области, эта область уже проявила инициативу в проведении исследования уровня самоубийств и возможно обеспечит продолжение этой работы в будущем. Для эффективного планирования работы и целенаправленного предотвращения самоубийств необходима более подробная информация. Сравнение тенденций в отношении самоубийств в динамике по времени внутри районов или между районами теперь, после опубликования данных переписи населения, должно стать приоритетной задачей. Поэтому вопрос о создании Национальной системы сбора информации о самоубийствах по Таджикистану необходимо обсудить на самом высоком уровне. Одним из показателей психического здоровья, который, к счастью или к несчастью, определяет состояние психического здоровья населения страны и является индикатором, по которому судят о благополучии страны, является уровень самоубийств на 100 000 населения. Эти цифры по всем странам мира публикуются ВОЗ ежегодно (2011b) и очень важно, как в национальном, так и в международном контексте, чтобы этот показатель с течением времени улучшался. Без надежных данных об уровне самоубийств, которые может предоставлять Национальная система сбора информации о самоубийствах, невозможно будет определить приносят ли результат усилия по предотвращению самоубийств в Согдийской области или в любой другой области страны. Очень важно, чтобы эта система сбора информации предусматривала более строгие требования к конфиденциальности в медицинском сообществе, чем те, которые действуют в настоящее время.

## **5.12 Учебный курс для учителей по повышению осведомленности на базе университета**

Изучение многих факторов риска самоубийств, выявленных на основе данных настоящего исследования, включая способы борьбы с издевательствами, стигматизацией, насилием в семье, чувством безнадежности, употреблением психоактивных веществ и т.д., можно легко включить в программу школьных занятий. Обучение учителей по этим вопросам в рамках университетской программы является наиболее экономически эффективным способом, гарантирующим, что дети и молодые люди будут в конечном счете охвачены хорошо спланированной программой по повышению осведомленности о психическом здоровье и предотвращению самоубийств. Цель должна заключаться не в том, чтобы превратить учителей в психотерапевтов, а чтобы предоставить им дополнительные знания, что позволит им играть более существенную роль в обеспечении благополучия своих учеников и эффективно распознавать ранние предвестники психологических проблем. Это позволит своевременно направлять молодежь (когда это необходимо) в службы, предоставляющие психосоциальную поддержку, такие как Дружественные молодежи службы здоровья. Знания учащихся о способах снижения стресса, ведения здорового образа жизни и эффективного преодоления личных и семейных психосоциальных проблем вряд ли повысятся, если они не будут получать надлежащей информации по этим вопросам. Учителя имеют возможность предоставлять такого рода обучение на основе известных фактов. Повышение чуткости учителей к наиболее существенным психосоциальным потребностям молодежи также может повысить мотивацию учащихся продолжить обучение и снизит желание бросить школу. Аналогичным образом, авторитет педагогической профессии также повысился бы, если бы учителя видели свою роль в использовании более комплексного подхода и в проявлении естественной заботы, что позволило бы им оказывать большее влияние на своих учеников и на общество в целом.



## БИБЛИОГРАФИЯ

- Бака-Гарсия, Е., Перес-Родригес, М.М., Манн, Дж.Дж. и Окуэндо, М.А. (2008). Суицидальное поведение среди молодых женщин. *Psychiatr.Clin.North Am.*, 31, 317-331.
- Бертолот, Дж.М. и Флейшманн, А. (2002). Глобальные перспективы эпидемиологии суицидов. *Суицидология*, 7(2), 6-8.
- Бертолот, Дж.М. и Флейшманн, А. (2005). Предотвращение суицидального поведения: перспективы исследований ВОЗ. *Am.J.Med.Genet.C.Semin.Med.Genet.*, 133C, 8-12.
- Бертолот, Дж.М. и Флейшманн, А., Де, Лео Д., Филлипс, М.Р., Ботега, Н.Х., Виджаякумар, Л с соавторами (2010). Повторение попыток самоубийства: данные служб оказания неотложной помощи пяти стран с низким и средним уровнем доходов, принадлежащих к различным культурам, которые участвуют в исследовании ВОЗ "SUPRE-MISS". *Crisis.*, 31, 194-201.
- Брент, Д. А., Гринхилл, Л. Л., Комптон, С., Эмсли, Г., Уэллс, К., Уолкап, Дж.Т. с соавт. (2009). Исследование по лечению лиц, совершавших попытку самоубийства (TASA): предвестники суицидальных событий по данным оперативного лечения. *Вестник американской академии детской и подростковой психиатрии.*, 48, 987-996.
- Брент, Д. А. и Манн, Дж. Дж. (2006). Виды суицидального поведения в семье -- понимание и предотвращение самоубийств среди подростков. *Медицинский вестник Новой Англии*, 355, 2719-2721.
- Брент, Д. А. и Мелхем, Н. (2008). Передача суицидального поведения в семье. *Psychiatr.Clin.North Am.*, 31, 157-177.
- Браун, М. М., Голдштейн Груме, Дж. (2009). Предотвращение самоубийств среди молодых афро-американцев в городских школах. *Профессиональная психология: исследования и практика*, 40, 111-117.
- Брунштейн, К. А., Маррокко, Ф., Клейнман, М., Шонфельд, И. С., и Гулд, М. С. (2007). Издевательства, депрессия и суицидальность среди подростков. *Вестник американской академии детской и подростковой психиатрии.*, 46, 40-49.
- Бурк, А. К., Гелфалви, Х., Эверетт, Б., Карриер, Д., Железны, Дж., Окуэндо, М. А. с соавт. (2010). Влияние чужого суицидального поведения на попытки самоубийства среди детей депрессивных родителей. *Вестник американской академии детской и подростковой психиатрии.*, 49, 114-121.
- Каванаг, Дж. Т., Карсон, А. Дж., Шарп, М., и Лори, С. М. (2003). Психосоциальная аутопсия самоубийств: систематический обзор. *Psychol.Med.*, 33, 395-405.
- Чен, Е.Ю. Чан, В. С., Вонг, П. В., Чан., С. С., Чан, К. Л., Ло, Ю. В. с соавт., (2006). Самоубийства в Гонконге: психологическая аутопсия по методу случай-контроль. *Psychol.Med.*, 36, 815-825.
- Дервич, К., Брент, Д. А., и Окуэндо, М. А. (2008). Завершенные самоубийства среди детей. *Psychiatr.Clin.North Am.*, 31, 271-291.

- Дюма, А., Лесаж, А. Д., Алда, М., Руло, Ж., Дюмон, М., Чоки, Н. с соавт. (2005). Факторы риска завершения самоубийства при сильной депрессии: исследование импульсивного и агрессивного поведения мужчин по методу случай-контроль. *Вестник американской психиатрической ассоциации*, 162, 2116-2124.
- Эскин, М. (1995а). Связь суицидального поведения с социальной поддержкой и самоуверенностью среди учеников старших классов шведских и турецких школ: межкультурное исследование. *Журнал клинической психологии*, 51, 158-172.
- Эскин, М. (1995b). Отношение подростков к самоубийству и суицидальным сверстникам: сравнение среди учеников старших классов шведских и турецких школ. *Скандинавский вестник психологии*, 36, 201-207.
- Эскин, М. (1999а). Социальные реакции шведских и турецких подростков, узнающих о суицидальных намерениях своих друзей. *Социальная психиатрия и психиатрическая эпидемиология*, 34, 492-497.
- Эскин, М. (1999b). Гендерные и культурные различия в отношении частоты случаев суицидальных мыслей и попыток у шведских и турецких подростков в течение 12 месяцев. *Журнал "Гендер, культура и здоровье"*, 4, 187-200.
- Эскин, М. (2003). Межкультурное исследование способов сообщения о суицидальных намерениях, используемых шведскими и турецкими подростками. *Скандинавский вестник психологии*, 44, 1-6.
- Эскин, М. (2003b). Собственная оценка уровня самоуверенности шведских и турецких подростков: межкультурное сравнение. *Скандинавский вестник психологии*, 44, 7-12.
- Гулд, М. С., Фишер, П., Паридес, М., Флори, М., и Шаффер, Д. (1996). Психосоциальные факторы риска завершённых самоубийств у детей и подростков. *Arch.Gen.Psychiatry.*, 53, 1155-1162.
- Гулд, М. С., Гринберг, Т., Велтинг, Д. М., и Шаффер, Д. (2003). Риск самоубийств среди молодежи и превентивные мероприятия: обзор за последние 10 лет. *Вестник американской академии детской и подростковой психиатрии.*, 42, 386-405.
- Гулд, М. С., Маррокко, Ф. А., Клейнман, М., Томас, Дж.Г. Мосткофф, К., Коут, Дж. и Дэвис, М. (2005). Оценка ятрогенного риска программ по выявлению суицидальности молодежи: рандомизированное контролируемое исследование. *ЖАМА.*, 293, 1635-1643.
- Гулд, М. С., Валленштайн, С., Клейнман, М. Х., О'Карролл, П., и Мерси, Дж. (1990). Суицидальные кластеры: исследование влияния в зависимости от возраста. *Американский вестник здравоохранения*, 80, 211-212.
- Грюнбаум, М. Ф., Гелфалви, Х. К., Мортенсон, Л. И., Бурк, А. К., Окуэндо, М. А., и Манн, Дж. Дж. (2010). Приспособление и социальная адаптация: связь с попытками самоубийства и случаями сильной депрессии в рамках будущего исследования. *Журнал "Аффективные расстройства"*, 123, 123-130.
- Хаарр, Р. Н. (2007). Жестокое обращение с женами в Таджикистане. *Феминистская криминология*, 2, 245-270.
- Хаарр, Р. Н. (2010). Суицидальность среди женщин, подвергнутым побоям в Таджикистане. *Насилие в отношении женщин.*, 16, 764-788.

- Хотон, К., Эпплби, Л., Платт, С., Фостер, Т., Купер, Дж., Малмберг, А. и Симкин Дж. (1998). Подход на основе психологической аутопсии к изучению самоубийств: анализ вопросов методологии. *Журнал "Аффективные расстройства"*, 50, 269-276.
- Хирш, Дж. К., Дуберштейн, П.Р., Коннер, К. Р., Хейзел, М. Дж, Бекманн, А., Франус, Н. и Конвелл И.(2006). Ориентированность на будущее, суицидальное мышление и попытки самоубийства среди депрессивных мужчин в возрасте от 50 и старше. *Am.J.Geriatr.Psychiatry.*, 14, 752-757.
- Хьюстон, К., Хотон, К., и Шепперд, Р. (2001). Самоубийства молодежи в возрасте от 15 до 24 лет: исследование по методу психологической аутопсии. *Журнал "Аффективные расстройства"*, 63, 159-170.
- Ховен, К. В., Доан, Т., Муса, Г.Дж., Джалиашвили, Т., Дуарте, К. С., Овуга, Е. с соавт. (2008). Психическое здоровье детей и подростков во всем мире начинается с осведомленности: предварительная оценка по девяти странам. *Int Rev.Psychiatry.*, 20, 261-270.
- Ховен, К. В., Мэнделл, Д. Дж., и Бертолот, Дж. М. (2010). Профилактика психических заболеваний и самоубийств: перспективы здравоохранения. *Eur.Psychiatry.*, 25, 252-256.
- Ховен, К. В., Вассерманн, Д., Вассерманн, К., и Мэнделл, Д. Дж. (2009). Уровень осведомленности в девяти странах: подход, используемый в системе здравоохранения, для профилактики самоубийств. *Leg.Med.(Tokyo).*, 11 Suppl 1:S13-7. *Epub;%2009 Mar 17.*, S13-S17.
- Хаски, М. М., Каплан, А., МакГвайр, Л., Флинн, Л., и Хростовски, Е. и Олфсон М. (2011). Выявление подверженных риску подростков в рамках школьных программ проверки психического здоровья. *Journal of Adolescence*, 34, 505-511.
- Изометса, Е. Т. (2001). Исследования по методу психологической аутопсии - обзор. *Европейская психиатрия*, 16, 379-385.
- Келли, Т. М. и Манн, Дж. Дж. (1996). Точность диагноза по методу психологической аутопсии в соответствии с руководством по диагностике DSM-III-R: сравнение с клиническим прижизненным диагнозом. *Acta Psychiatr Scand.*, 94, 337-343.
- Хан, М. М. (1998). Самоубийства и попытки самоубийства в Пакистане. *Crisis*, 19, 172-176.
- Хан, М. М. (2002). Самоубийства на индийском субконтиненте. *Crisis*, 23, 104-107.
- Кломек, А. Б., Маррокко, Ф., Клейнман, М., Шонфельд, И. С., и Гулд, М. С. (2008). Витимизация сверстников, депрессии и суицидальность среди подростков. *Suicide Life Threat.Behav.*, 38, 166-180.
- Кломек, А. Б., Сурандер, А., Ниемела, С., Кумпулайнен, К., Пиха, Дж., Тамминен, Т., Алмквист, Ф. и Гулд, М. С.(2009). Издевательства среди детей как фактор риска совершения попыток самоубийства и завершенных самоубийств: исследование возрастных когорт населения. *Вестник американской академии детской и подростковой психиатрии.*, 48, 254-261.

- Колвз, К., Варник, А., Тудинг, Л. М., и Вассерманн, Д. (2006). Роль алкоголя при самоубийствах: психологическая аутопсия по методу случай-контроль. *Psychol.Med.*, 36, 923-930.
- Агентство по землеустройству, геодезии и картографии при Правительстве Республики Таджикистан, 2006.
- Латыпов, А. (2010). Целители и психиатры: трансформация психиатрической помощи в Таджикистане. *Транскультурная психиатрия*, 47, 419-451.
- Лестер, Д. (2006). Самоубийство и ислам. *Анналы исследований самоубийств*, 10, 77-97.
- Лизарди, Д., Дервич, К., Грюнбаум, М. Ф., Бурк, А. К., и Манн, Дж. Дж., и Окуэндо, М. А. (2008). Роль морального протеста против самоубийства при оценке суицидальных больных. *Вестник психиатрических исследований*, 42, 815-821.
- Манн, Дж. Дж., Аптер, А., Бертолот, Дж., Ботрэ, А., Карриер, Д., Хаас, А. с соавт. (2005). Стратегии профилактики самоубийств: систематический обзор. *JAMA*, 294, 2064-2074.
- Мелхем, Н. М., Брент, Д. А., Цайглер, М., Иенгар, С., Колко, Д., Окуэндо, М. с соавт. (2007). Семейные истоки раннего проявления суицидального поведения: семейные и индивидуальные предвестники суицидального поведения. *Вестник американской психиатрической ассоциации*, 164, 1364-1370.
- Миранда, Р., Скотт, М., Хикс, Р., Уилкоккс, Х. К., Харрис Мунфах, Дж. Л., и Шаффер, Д. (2008). Характеристики попыток самоубийства, диагноза и будущие попытки: сравнение лиц, многократно совершавших попытки самоубийства, с совершавшими попытки единожды и идеаторами. *Вестник американской академии детской и подростковой психиатрии*, 47, 32-40.
- Миттендорфер-Рутц, Е., Расмуссен, Ф., и Вассерманн, Д. (2008). Тесная связь суицидального поведения с семьей и психопатология молодых людей, предпринимавших попытки самоубийства. Когортное исследование случай-контроль на основе реестра. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, 43, 28-36.
- Миттендорфер-Рутц, Е. и Вассерманн, Д. (2008). Беременность в группах повышенного психосоциального риска: данные исследования и рекомендации относительно вмешательства на раннем этапе. *Psychiatr.Clin.North Am.*, 31, 205-212.
- Филлипс, М.Р., Ли, Х., и Жанг, И. (2002). Уровень самоубийств в Китае, 1995-99гг. *Ланцет*, 359(9309), 835-840.
- Саксена, С., Лора, А., ван Оммерен, М., Барретт, Т., Моррис, Дж., и Сарасено, Б. (2007). Инструмент ВОЗ для оценки систем психического здоровья: сбор информации, важной для реализации политики и предоставления услуг. *Психиатрические службы*, 58, 816-821.
- Шаффер, Д., Гулд, М. С., Фишер, П., Тротман, П., Моро, Д., Клейман, М. и Флори М. (1996). Психиатрический диагноз при детских и подростковых самоубийствах. *Arch.Gen.Psychiatry.*, 53, 339-348.
- Шер, Л., Сперлинг, Д., Стенли, Б. Х., Карбалло, Дж. Дж., Шавал, Г., Зальцман, Г. с соавт. (2007). Побудительные факторы суицидального поведения у депрессивных подростков старшего возраста и молодых людей: какое влияние оказывают расстройства, связанные с употреблением спиртных напитков? *Int J.Adolesc.Med.Health.*, 19, 91-98.

- Шнейдман, Е. (2004). *Аутопсия мозга самоубийцы*. Нью-Йорк: Издательство Оксфордского Университета.
- Сисаск, М., Варник, А., Колвз, К., и Бертолот, Дж. М., Болхари, Дж., Ботега, Н.Х., Флейшманн, А., Виджаякумар, Л., Вассерманн, Д. (2010). Является ли религиозность защитным фактором, препятствующим совершению попыток самоубийства: межкультурное исследование методом случай-контроль. *Arch.Suicide Res.*, 14, 44-55.
- Сисаск, М., Варник, А., Колвз, К., Констабел, К., и Вассерманн, Д. (2008). Субъективное восприятие психологического благополучия (ВОЗ-5) при оценке серьезности попытки самоубийства. *Nord.J.Psychiatry.*, 62, 431-435.
- Стак, С. и Кпосова, А.Дж. (2011). Религия и допустимость самоубийства: межнациональный анализ. *Вестник научных исследований религии*, 50, 289-306.
- Стенли, Б. и Браун, Г. К. (2008). *Руководство по использованию плана безопасности для снижения риска самоубийств: версия для ветеранов боевых действий*. Вашингтон, округ Колумбия: Департамент по делам ветеранов США.
- Государственное агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан (2010)
- Штраус, А. и Кобрин, Дж. (1998). *Основы методов качественных исследований и процедур разработки обоснованных теорий*. (2 изд.) Лондон: Sage Publications.
- Сзанто, К., Калмар, С., Хендин, Х., Ример, З., и Манн, Дж. Дж. (2007). Программа профилактики самоубийств в регионе с очень высоким уровнем самоубийств. *Arch.Gen.Psychiatry.*, 64, 914-920.
- База данных TransMonEE (2012), региональный офис ЮНИСЕФ пострана Центральной и Восточной Европы и СНГ.
- ЮНИСЕФ (2007). *Мультииндикаторное кластерное исследование: Таджикистан*.
- ЮНИСЕФ (2007). *Глобальное медицинское обследование школьников: Таджикистан*.
- Варник, А., Колвз, К., и Вассерманн, Д. (2005). Самоубийства среди русских в Эстонии: исследование на основе базы данных за период до и после провозглашения независимости. *BMJ.*, 330, 176-177.
- Варник, П., Сисаск, М., Варник, А., Юрьев, А., Колвз, К., Леппик, Л., Немцов, А., и Вассерманн, Д. (2010). Значительное увеличения числа смертей в результате телесных повреждений, причиненных с не выявленным умыслом, в прибалтийских и славянских странах бывшего СССР: латентные самоубийства? *Scand.J.Public Health.*, 38, 395-403.
- Велтинг, Д. М., Шаффер, Д., Гулд, М. С., Гарфинкель, Р., Фишер, П., и Дэвис, М. (1998). Согласование данных родителей и жертв при исследовании самоубийств среди подростков. *Вестник американской академии детской и подростковой психиатрии.*, 37, 1161-1166.
- Вассерманн, Д., и Варник, А. (1998). Влияние перестройки в бывшем СССР на предотвращение самоубийств: роль ограничения употребления алкоголя. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 394, 1-4.

- Wasserman, D., Varnik, A., & Dankowicz, M. (1998). Regional differences in the distribution of suicide in the former Soviet Union during perestroika, 1984-1990. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 394, 5-12.
- Всемирная организация здравоохранения (1999). *Цифры и факты о самоубийствах*, Женева, Швейцария.
- Всемирная организация здравоохранения (2002). Изменения в возрастном составе лиц, совершивших самоубийства. Загружено 13.11. 2011 с сайта [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/changes/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/changes/en/index.html).
- Всемирная организация здравоохранения (2005). *Атлас психического здоровья: Таджикистан*, Женева, Швейцария.
- Всемирная организация здравоохранения (2010). *Отчет ВОЗ о системах охраны психического здоровья в нескольких странах с низким и средним уровнем доходов* Женева, Швейцария.
- Всемирная организация здравоохранения (2011a). Профилактика самоубийств (SUPRE). Загружено 13.11.2011 с сайта [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/).
- Всемирная организация здравоохранения (2011b). Уровень самоубийств на 100 000 населения, по странам, годам и полу (Таблица). Загружено 13.11.2011 с сайта [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide\\_rates/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html).
- Ву, П., Ховен, К. В., Коэн, П., Лиу, Х., Мур, Р. Е., Тьет, К., Окези, Н., Уикс, Дж., Бёрд, Х. (2001). Факторы, связанные с использованием психиатрической помощи при депрессии у детей и подростков. *Psychiatr.Serv.*, 52, 189-195.
- Ву, П., Ховен, К. В., Лиу, Х., Коэн, П., Фуллер, К. Дж., и Шаффер, Д. (2004). Употребление психоактивных веществ, суицидальные мысли и попытки у детей и подростков. *Suicide Life Threat.Behav.*, 34, 408-420.
- Жанг, Дж., Конвелл, И., Жу, Л., и Жианг, К. (2004). Культура, факторы риска и самоубийства в сельских районах Китая: психологическая аутопсия по методу случай-контроль. *Acta Psychiatr.Scand.*, 110, 430-437.



## ПРИЛОЖЕНИЕ I. СОТРУДНИКИ

### ЮНИСЕФ

- Глава представительства ЮНИСЕФ в Таджикистане: Хонгвей Гао
- Заместитель главы представительства ЮНИСЕФ в Таджикистане: Артур ванн Дизен
- Глава отдела по защите детей: Шима Баркин Кузьмин
- Специалист отдела по защите детей: Фуркат Лутфуллоев
- Специалист отдела по защите детей/программы по ювенальной юстиции: Наргис Каримова
- Программный ассистент: Салохиддин Шамсиддинов
- Специалист по мониторингу и оценке: Фарход Хамидов
- Специалист по мониторингу и оценке: Фарида Каримова

### Международная исследовательская группа

- Ведущий исследователь: Д-р Кристина В. Ховен, Группа психиатрической эпидемиологии детского возраста (ГПЭДВ), Колумбийский университет
- Советник: Д-р Данута Вассерман (Центр ВОЗ по изучению самоубийств)
- Соисследователь: Д-р Дональд Дж. Менделл (ГПЭДВ)
- Соисследователь: Д-р Пинг Ву (ГПЭДВ)
- Соисследователь: Д-р Калиани Вишваната (ГПЭДВ)
- Директор проекта: Тао Доан (ГПЭДВ)
- Менеджер проекта: Джордж Дж. Муса (ГПЭДВ)
- Координатор проекта и руководитель группы обработки данных на местах: Флоренс Симан (ГПЭДВ)
- Координатор проекта: Спенсер Харбо (ГПЭДВ)
- Руководитель группы обработки данных: Бершенг Уянг (ГПЭДВ)
- Ассистент руководителя группы обработки данных и веб-дизайнер: Берекетаб Лакью (ГПЭДВ)
- Психиатр-консультант: Д-р Ларри Амсел (ГПЭДВ)

### Национальная исследовательская группа

- Директор исследовательской группы: Д-р Нафиса Юнусова (Таджикский государственный национальный университет)
- Менеджер национальной исследовательской группы: Гульнора Гульмирзоева (Таджикский государственный национальный университет)
- Директор группы клинической поддержки: Д-р Мухаррам Рахимова (Ходжентский государственный университет)
- Советник по клинической поддержке: Д-р Азиза Мансурова (Ходжентский государственный университет)
- Отдел по правам ребенка (председатель)

- Отдел по делам женщин и семьи
- Отдел здравоохранения
- Администрация председателя хукумата
- Отдел образования
- Прокуратура области
- Милиция
- Отделы по защите детей и социальной защите города Ходжента

### **Организации, с которыми проведены встречи в Таджикистане**

- Руководство офиса ЮНИСЕФ в Таджикистане
- Отдел по защите детей офиса ЮНИСЕФ в Таджикистане
- Руководство офиса ВОЗ в Таджикистане
- Фонд Ага Хана
- Таджикский государственный национальный университет
- Комиссия по правам ребенка, Исполнительный аппарат Президента Республики Таджикистан
- Министерство здравоохранения
- Комитет по делам женщин и семьи
- Центр стратегических исследований при Президенте
- Отдел по делам несовершеннолетних и молодежи Министерства внутренних дел
- Министерство труда,отдел международных отношений
- Согдийская область, администрация председателя хукумата
- Согдийская область, отдел по правам ребенка
- Согдийская область, отдел по делам женщин и семьи
- Согдийская область, областная прокуратура
- Согдийская область, управление милиции
- Согдийская область, управление здравоохранения
- Ходжент, отдел по защите детей
- Ходжент, ПМПК
- Ходжент, отдел социальной защиты
- Исфаринский и Б.Гафуровский районы, руководство социального сектора
- Гафуровский район, отдел образования
- Местная НПО "Девочки и торговля людьми"
- Местная НПО "Насилие в семье"

### Сотрудники в Ходженте

Проведение интервью	Анализ	Ввод данных	Административная поддержка
Хаятулло Абдуллоев Мутриба Абдуллоева Далер Бобоев Дилшод Бобоев Назира Бободжонова Азиза Джамшедзода Х. Гадоева Гулнора Гулмирзоева Нориниссо Хазраткулова Гулбархор Иноятова Нигина Ишонкулова Мусаллам Камолова М. Кодирова Мукаддас Курбанова Дилрабо Курбонова Бихотича Муродова Махмудджон Очиллов Зилола Окилова Мухаррам Рахимова Фаррух Саидов Шабнам Салохиддин Асадулло Самиев Тахмина Султонова Ахрор Турдиев	Хаятулло Абдуллоев Мунзифа Анварзода Дилшод Бобоев Тухтасун Бободжонов Азиза Джамшедзода Мохира Хакимова Нориниссо Хазраткулова Мусаллам Камолова Мукаддас Курбанова Норматов Насим Сипехр Ниёзов Зилола Окилова Абдумавлон Каюмов Фаррух Саидов Шабнам Салохиддин Асадулло Самиев Тахмина Султонова Ахрор Турдиев Назирджон Турсунов	Мунзифа Анварзода* Тухтасун Бободжонов Мохира Хакимова Ромин Мараджаб Норматов Насим Сипехр Ниёзов Абдумавлон Каюмов Ахрор Турдиев* Назирджон Турсунов Шахбоз	Азиза Джамшедзода Фаррух Саидов Шабнам Салохиддин Асадулло Самиев Тахмина Султонова Ахрор Турдиев Назирджон Турсунов Далер Юсупов

\*Ассистент руководителя группы обработки данных



## ПРИЛОЖЕНИЕ II. ОЦЕНОЧНЫЕ ДАННЫЕ ПО УРОВНЮ САМОУБИЙСТВ В СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ

Таблица 13. Уровень завершенных самоубийств среди молодежи (МЛ) в г.Ходженте и районах на 100 000 человек.

Район/ город	Численность населения (молодежи) <sup>2</sup>	Численность девушек/ молодых женщин <sup>2</sup>	Численность молодых людей <sup>2</sup>	Среднее число случаев среди МЛ в год (09-10) <sup>3</sup>	Среднее число случаев среди девушек (09-10)	Среднее число случаев среди молодых людей (09-10)	Уровень самоубийств среди молодежи (на 100 000 МЛ)	Уровень самоубийств среди девушек (на 100 000 МЛ)	Уровень самоубийств среди молодых людей (на 100 000 МЛ)
г.Ходжент	46 901	21 766	25 135	7,5	4,5	3,0	16,0	20,7	11,9
Б.Гафуровский <sup>1</sup>	96 273	46 996	49 277	11,5	5,5	6,0	11,9	11,7	12,2
Канибадамский	50 131	25 094	25 037	9,0	4,0	5,0	18,0	15,9	20,0
Исфаринский	62 870	31 201	31 669	3,5	1,5	2,0	5,6	4,8	6,3
Пенджикентский	70 732	35 570	35 162	8,0	5,0	3,0	11,3	14,1	8,5
Аштский	36 412	18 181	18 231	7,0	4,5	2,5	19,2	24,8	13,7
Ганчинский	37 367	18 952	18 416	4,5	2,5	2,0	12,0	13,2	10,9
Истравшанский	60 562	30 336	30 227	4,5	2,0	2,5	7,4	6,6	8,3
Спитаменский	31 792	15 705	16 087	4,0	2,5	1,5	12,6	15,9	9,3
Дж.Расуловский	30 961	15 520	15 441	2,5	1,0	1,5	8,1	6,4	9,7
Кайраккумский	11 258	5 606	5 652	2,0	1,0	1,0	17,8	17,8	17,7
Матчинский	30 251	15 040	15 211	2,0	1,0	1,0	6,6	6,6	6,6
Айнинский	18 173	9 958	8 215	1,0	0,0	1,0	5,5	0,0	12,2
Зафарабадский	17 065	8 780	8 285	1,5	1,0	0,5	8,8	11,4	6,0
Шахристанский	9 545	4 809	4 736	0,5	0,0	0,5	5,2	0,0	10,6
Горно-Матчинский	6 342	3 230	3 112	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Всего по Согдийской области</b>	<b>616 637</b>	<b>306 745</b>	<b>309 892</b>	<b>69</b>	<b>36</b>	<b>33</b>	<b>11,2</b>	<b>11,7</b>	<b>10,6</b>

1. В Б.Гафуровский район включены данные по Чкаловску и Табшару (ввиду численности населения и количества случаев самоубийств).

2. Данные о численности населения были получены от Государственного агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан (2010г.). Поскольку данные о численности населения были предоставлены по возрастным группам, доля населения в возрасте 12-14 лет в группе 10-14 лет принималась в размере 60% (если предположить, что распределение по возрасту внутри группы равно).
3. Количество случаев завершенных самоубийств среди молодежи - это все случаи, данные о которых были получены от органов власти Согдийской области в феврале 2011г. Сюда входят все семьи - участвовавшие и не участвовавшие в интервью.

**ПРИМЕЧАНИЕ: Эти уровни основываются на ряде уточненных расчетов и их не следует принимать в качестве окончательных данных.**



### ПРИЛОЖЕНИЕ III. ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Хотя психиатрия стала применяться в Таджикистане с середины 20 века, по мнению Латыпова (2010) текущая ситуация в области охраны психического здоровья в Таджикистане продолжает пребывать в стадии "бездействия"(2010) т.е., когда исследованиям в области психического здоровья не уделяется никакого внимания, а традиционные целители остаются основными поставщиками услуг в области психического здоровья. Главный психиатр Таджикистана отмечает, что поскольку многие квалифицированные медицинские работники уехали из Таджикистана после распада Советского Союза в 1989г., Таджикистан сегодня испытывает острый дефицит в таких специалистах.

До принятия своего собственного закона в 2002г., вопросы охраны в области здоровья в Таджикистане регулировались советским *Законом "О психиатрической помощи"*. По сведениям, полученным в результате применения Инструмента ВОЗ для оценки систем охраны психического здоровья при изучении состояния системы охраны психического здоровья в Таджикистане, был сделан вывод, что о психическом здоровье часто представляются неверные данные или эти данные неправильно анализируются(Saxena et al., 2007). В настоящее время в стране отсутствует согласованная политика в области психического здоровья и нет официального ведомства или руководящего органа, такого как Департамент или управление психического здоровья в структуре Министерства здравоохранения (МЗ), который бы осуществлял руководство в сфере охраны психического здоровья. Вместо отдела или организации, руководящей деятельностью в сфере охраны психического здоровья, один единственный старший специалист в Министерстве здравоохранения занимается всеми неинфекционными заболеваниями, включая психические болезни. Из общей суммы бюджета, выделяемого на здравоохранение в Таджикистане (4,6 процента от валового внутреннего продукта в 2007г.), лишь один процент направляется на охрану психического здоровья. Система медицинского страхования, все еще находящаяся в стадии тестирования, не охватывает психиатрическую помощь(ВНО, 2010).

В настоящее время в Таджикистане действует централизованная советская модель оказания медицинских услуг с уклоном на госпитализацию и стационарное лечение. В рамках этой системы психиатрической помощи уделяется мало внимания(ВОЗ, 2010; Varnik, Kolves, & Wasserman, 2005; Varnik et al., 2010). В Таджикистане имеется всего 53 амбулаторных психиатрических учреждения, которые оказывают помощь всего 629 гражданам на 100 000 человек населения (для сравнения в Узбекистане существует 282 учреждения, оказывающих психиатрическую помощь 1 474 гражданам на 100 000 населения [в два раза больше чем в Таджикистане], а в Кыргызстане имеется 72 учреждения, оказывающих помощь 1 142 гражданам на 100 000 населения(ВОЗ, 2010)). Кроме того, три реабилитационных центра дневного пребывания и три стационарных психиатрических центра на базе сообществ предоставляют 65 койко-мест на 100 000 населения (по сравнению с Узбекистаном, где этот показатель в 12 раз выше и где предоставляется 733,6 койко-мест на 100 000 населения(ВОЗ, 2010). Более

того, у Таджикистана сегодня нет финансовых возможностей оплачивать стоимость медицинских препаратов для лечения психических заболеваний.

В стране не хватает не только лечебных учреждений – налицо острая нехватка квалифицированных психиатров. Более того, психиатрии уделяется всего 2% в программе подготовки будущих врачей (ВОЗ, 2010). В 2007г. государственный университет и государственный педагогический университет окончили 134 специалиста-психолога. Однако эти выпускники не были специально обучены предоставлению услуг по охране психического здоровья. Только 9,3 специалиста по управлению персоналом на 100 000 работают в психиатрических учреждениях(ВОЗ, 2010). Этот общий дефицит специалистов в сфере охраны психического здоровья был отмечен исследовательской группой Колумбийского университета в ходе посещения Согдийской области в октябре 2010г. В области имеется всего десять психиатров, которые должны предоставлять помощь 730 000 детей, проживающих на этой территории. Тем не менее, согласно приказу Министерства образования (2009г.) каждая школа должна иметь в штате хотя бы одного психолога. Очевидно, что это требование не соблюдается. Фактически во всем Таджикистане количество постоянно проживающих в стране психологов составляет 0,1 на 100 000 населения(ВОЗ, 2005). Без проведения реформы вряд ли можно ожидать устранения дефицита в системе охраны психического здоровья(ВОЗ, 2010).



## ПРИЛОЖЕНИЕ IV. ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫБОРКИ И ИНФОРМАНТОВ

### Выборка:

**Выборка случаев завершенных самоубийств:** Включает членов семьи и/или близких знакомых Молодого человека (или девушки) в возрасте от 12 до 24 лет, совершившего завершённое самоубийство.

**Выборка попыток самоубийства:** Включает Молодых людей (и девушек) в возрасте от 12 до 24 лет, которые предпринимали попытку, но не завершили самоубийство, а также членов их семей и/или близких знакомых.

**Контрольная группа:** Включает Молодых людей (и девушек), подобранных в соответствии с возрастом, полом, этнической принадлежностью и географическим местоположением Молодых людей (и девушек) из выборки случаев завершённых самоубийств и попыток самоубийства, а также членов их семей и/или близких знакомых.

---

### Информанты:

**Индексные информанты:** Молодые люди (и девушки), представляющие интерес из выборки *попыток самоубийства* и *случаев завершённых самоубийств*

**Первичные информанты:** Близкие родственники, включая без ограничения родителей, братьев или сестер соответствующего возраста, а также близки знакомых Молодого человека (или девушки).

**Вторичные информанты:** Другие лица (включая без ограничения братьев или сестер, соседей и учителей), с которыми Молодой человек (или девушка) мог поддерживать близкие отношения.

**Ключевые информанты:** Директора/ поставщики услуг, имевшие контакты с большим количеством Молодых людей (или девушек), особенно из районов с высоким уровнем завершённых самоубийств.



## ПРИЛОЖЕНИЕ V. ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ

Все участники, включая Ключевых информантов, должны были прочитать (а в случае детей или неграмотных информантов – прослушать зачитываемый им) текст согласия, в котором разъяснялся характер исследования и им предоставлялась возможность отказаться от участия. Все участники были проинформированы о том, что их участие в исследовании является полностью добровольным и что за ними сохраняется право отказаться от участия в любое время. Устное согласие документально фиксировалось в соответствующем разделе формы согласия.

Респондентов проинформировали о том, что они могут прекратить участвовать в любое время и могут отказаться от ответа на любой вопрос, на который они не захотят отвечать. Поскольку существовала возможность возникновения угнетенного психологического состояния в результате обсуждения тем, затрагиваемых в ходе интервью, или на случай любой критической ситуации участникам предоставлялись контактные данные местных служб помощи.

Вся информация, идентифицирующая участников, которая была получена в рамках интервью, хранилась в закрывающихся на ключ сейфах и шкафах на всем протяжении исследования, а затем была уничтожена после очистки данных. Местная исследовательская группа проследила за тем, чтобы данные хранились только под идентификационными номерами исследования и чтобы никто кроме основных исследователей не имел доступа к информации, соотносящей личность респондента с идентификационным номером, присвоенным ему в рамках исследования. Все исследователи были тщательно обучены применению процедур конфиденциальности и получили указания по использованию в ходе стандартных процедур исследования идентификационных номеров участников, присвоенных им в рамках исследования, вместо их имен. Кроме того, все интервьюеры и офисные сотрудники подписали обязательства о сохранении полной конфиденциальности всех идентифицирующих участников аспектов исследования.

Для некоторых участников интервью заканчивалось качественным разделом, в ходе которого их ответы записывались на диктофон, если участник давал на это согласие. Для сохранения конфиденциальности информация, полученная в рамках этой части интервью, не соотносилась с именем участника, а только с его/ее идентификационным номером и не использовалась для каких-либо других целей кроме исследования. Все аудио-записи хранились в закрывающемся на ключ шкафу в течение всего исследования и были уничтожены после его завершения.

В соответствии с правилами конфиденциальности участникам разъяснялось, что конфиденциальность их сведений могла быть нарушена при возникновении ряда обстоятельств, например, если респондент намеревался причинить вред себе или другому человеку, или если исследователь становился свидетелем или получал сведения о случаях жестокого обращения или пренебрежения. В таких ситуациях исследователь следовал протоколу, который предусматривал уведомление соответствующих органов или медицинских работников.

Каждому человеку в выборке самоубийств и в контрольной группе задавался ряд вопросов о психическом здоровье, в том числе о чувствах в отношении попытки (попыток) совершения самоубийства – реальных или воображаемых. Если респондент говорил, что он/она чувствует желание попытаться совершить самоубийство или находится в угнетенном психологическом состоянии (что определялось на основании установленных критериев), интервьюер должен был прибегнуть к "плану безопасности" по завершении интервью (адаптированный вариант плана, предложенного Стэнли и Брауном, 2008г.). Этот план, который интервьюер и участник должны были изучить совместно, содержал шесть шагов. Респонденту разъяснялось, что он должен использовать эти шаги до тех пор, пока кризисная ситуация не разрешится или пока угроза не уменьшится. Шаги плана безопасности перечислены далее:

### **1. Распознавание предвестников**

Интервьюер сначала помогал составить перечень предвестников, которые респондент мог использовать для определения случаев угнетенного состояния или возникновения суицидальных желаний.

### **2. Использование внутренних стратегий преодоления трудностей**

Затем определялись и записывались личные стратегии преодоления трудностей, которые можно использовать при возникновении таких чувств.

### **3. Социальные контакты, которые могут отвлечь от кризиса**

Составлялся список социальных контактов и социальных ситуаций, в который включались люди и социальные ситуации, которые могли помочь респонденту отвлечься от проблем.

### **4. Обращение к членам семьи или друзьям, которые могут предложить помощь в преодолении кризиса**

В дополнение к социальным контактам составлялся список родственников и друзей, к которым можно обратиться во время кризиса

### **5. Обращение к профессионалам и в организации**

В список контактов также включались специалисты и организации, в числе которых были клиницисты-сотрудники проекта и местные НПО, привлеченные для работы в рамках настоящего исследования.

### **6. Снижение потенциала использования смертоносных средств**

Если респондент находился в соответствующий момент в суицидальном состоянии и шаги с 1 по 5 не решили его проблему, интервьюер немедленно связывался с клиницистом-сотрудником проекта и координаторами исследования. Клиницист выяснял у респондента, какие средства он/она хотел(а) бы использовать во время суицидального кризиса, и совместно с респондентом находил пути отказа от этих средств.

Каждой семье, участвовавшей в исследовании, предоставлялся информационный проспект об исследовании с контактной информацией организаций, предоставляющих помощь в каждом из шестнадцати районов, охваченных исследованием. После проведения интервью, независимо от наличия угнетенного состояния или суицидальных мыслей, участникам передавался список местных неправительственных организаций или НПО и клиницистов, к которым они могли обращаться в случае возникновения потребности в услугах психологической помощи. ЮНИСЕФ заключил контракты с НПО о предоставлении бесплатных услуг любому человеку, предъявляющему талон, на весь срок проведения исследования. Каждой семье выдавалось по восемь талонов, которые можно было использовать для получения услуг любых НПО, с которыми были заключены контракты в Согдийской области и которые были перечислены в информационном проспекте.

Клиницист-сотрудник проекта связывался по телефону с каждым индивидуальным респондентом из выборки завершенных самоубийств и попыток самоубийств, а также с одной третьей частью членов контрольной группы и вторичных респондентов в течение 24 часов после завершения интервью. Цель этих звонков заключалась в том, чтобы выяснить, было ли проведено интервью вежливо и профессионально, соответствовала ли длительность интервью типу интервью, не нуждается ли семья в услугах и, чтобы предложить необходимую помощь. Когда это было возможно, клиницист-сотрудник проекта самостоятельно оказывал такие услуги. Однако поскольку интервью проводились на всей территории Согдийской области, часто возникала необходимость направить респондента в соответствующую местную организацию, включая имеющиеся НПО.

Кроме того, записи всех интервью, поступавшие в офис исследования, немедленно проверялись на предмет наличия клинических проблем, которые могли быть отмечены в ходе интервью, чтобы, если это необходимо, принять соответствующие меры.



## ПРИЛОЖЕНИЕ VI. АНАЛИЗ ДАННЫХ

Все интервью были полуструктурированными и содержали как количественные, так и качественные разделы, которые анализировались независимо друг от друга.

### *Количественный анализ данных*

Изучалось распределение всех количественных переменных для определения возможных выпадающих значений и расчета описательной статистики. Непараметрические модели использовались для переменных с асимметричным распределением. Проводилась проверка на соответствие критерию хи-квадрат для выявления групповых различий в категориальных переменных (пола, этнической принадлежности). Для количественных переменных (например, возраста, числа травмирующих событий) использовался метод Стьюдента для сравнения между двумя группами, где эти непрерывные переменные имели приблизительно нормальное распределение. Корреляционный анализ и диаграммы разброса данных использовались для изучения соотношения между количественными переменными. Все тесты были двусторонними с уровнем достоверности в 0,5.

Обобщенные линейные модели использовались для моделирования ассоциаций между итоговыми мерами и прогностическими параметрами. В частности, модели линейной регрессии использовались в отношении непрерывных переменных результата (после соответствующей коррекции на нормальность и гомоскедастичность ошибок, в случае необходимости). Для двоичных результатов применялось логит-регрессивное моделирование.

### *Анализ качественных данных*

В идеале, ответы на вопросы качественного раздела получались в виде аудио-записи для обеспечения верности того, что фактически было сказано, а не в записи возможной интерпретации интервьюера, что позволяло черпать информацию непосредственно со слов участника. Поскольку участники имели право прекратить интервью в любое время, некоторые отказывались продолжать после окончания количественных вопросов и отказывались отвечать на вопросы из качественного раздела. Из 379 участников из группы самоубийств и попыток самоубийства, с которыми были проведены интервью, 309 (82%) согласились ответить на вопросы качественного опросника. Однако, как ни странно, из 309 респондентов, которые отвечали на вопросы качественного опросника, лишь девять согласились на аудио запись своих ответов. Хотя причины отказа от аудио записи приводились разные, респонденты в целом чувствовали себя неловко от мысли, что их слова будут записаны, и не доверяли процедуре. Те немногие аудио записи, которые были получены, были расшифрованы и записаны квалифицированными специалистами по вводу данных. Эти расшифровки в дополнение к тем интервью, при которых ответы записывались

на бумаге, были переведены с таджикского или узбекского языка на английский для их последующего анализа исследовательской группой из Колумбийского университета. Ввиду того, что глубокий анализ качественных данных провести было невозможно из-за отсутствия аудио записей (см. раздел *"Трудности, возникшие при проведении оценки"* в Приложении VIII), обратный перевод качественных ответов не проводился.

К сожалению, информация, полученная в рамках качественного раздела интервью с Первичными и Вторичными информантами, была слишком ограниченной для проведения эффективного и информативного анализа. Более того, на значительное число вопросов ответы не были даны, или же ответы отсутствовали на аудио записи; а информация, которая была записана, как правило, была недостаточно подробной. Это могло быть вызвано либо тем, что ответы респондентов не содержали подробностей, либо тем, что интервьюеры не смогли записать ответы полностью. Поскольку в процессе интервью ответы не фиксировались дословно, настоящий качественный анализ был невозможен. Несмотря на то, что полноценный качественный анализ провести не удалось, примеры жизненных обстоятельств, с которыми сталкивались Молодые люди (или девушки), включены в раздел 3.4.2 настоящего отчета.

При проведении интервью с Ключевыми информантами, по результатам вопросов, предполагающих качественные произвольные ответы, была получена относительно краткая, но ценная информация. Анализ и обсуждение этих ответов приводится в разделе 3.4.1.



## ПРИЛОЖЕНИЕ VII. РЕЗУЛЬТАТЫ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЕ ИНТЕРЕС

На основе анализа литературы перед проведением данного исследования исследовательская группа гипотетически сформулировала следующие результаты:

### *Влияние насилия в семье*

Молодежь, демонстрирующая суицидальное поведение (либо завершённые самоубийства, либо попытки), чаще подвергалась дурному обращению и/или насилию в семье, что может быть связано с культурными традициями или религиозными практиками, такими как ранние браки или браки по принуждению, проживание в семье супруга или адаптация к ограничительным обычаям в раннем возрасте, и становились жертвами насильственных действий, таких как жестокое обращение, изнасилование, сексуальные домогательства и бесчеловечное отношение, чем молодежь из контрольной группы. (Sisask et al., 2010; Hoven et al., 2010; Vaca-Garcia, Perez-Rodriguez, Mann, & Oquendo, 2008; Lizardi et al., 2008)

### *Наличие психологических проблем*

Молодежь, демонстрирующая суицидальное поведение (либо завершённые самоубийства, либо попытки), чаще сталкивались с психиатрическими проблемами или проблемами, связанными с употреблением психоактивных веществ, переживали травмирующие события или подвергались издевательствам, чем молодежь из контрольной группы (Klomek, Marrocco, Kleinman, Schonfeld, & Gould, 2008; Brunstein, Marrocco, Kleinman, Schonfeld, & Gould, 2007; Klomek et al., 2009; Grunebaum et al., 2010; Burke et al., 2010; Sher et al., 2007; Brent & Mann, 2006; Dumais et al., 2005; Brent & Melhem, 2008; Miranda et al., 2008; Wu et al., 2004; Gould et al., 2005; Sisask, Varnik, Kolves, Konstabel, & Wasserman, 2008; Bertolote, Fleischmann, De, & Wasserman, 2004; Brent et al., 2009).

### *Влияние информации о случаях самоубийства*

Молодежь, демонстрирующая суицидальное поведение (либо завершённые самоубийства, либо попытки), чаще сталкивалась с информацией о самоубийствах либо в сообществе, либо через средства массовой информации, чем молодежь из контрольной группы (Mittendorfer-Rutz & Wasserman, 2008; Mittendorfer-Rutz, Rasmussen, & Wasserman, 2008; Bertolote et al., 2010; Gould, Wallenstein, Kleinman, O'Carroll, & Mercy, 1990; Melhem et al., 2007; Szanto, Kalmar, Hendin, Rihmer, & Mann, 2007; Mann et al., 2005).



## ПРИЛОЖЕНИЕ VIII. РЕКОМЕНДАЦИИ ОТНОСИТЕЛЬНО БУДУЩИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Каждое научное исследование сталкивается с непредвиденными трудностями и ограничениями, особенно международные исследования, проводимые в развивающихся странах, где модели надлежащих методик исследования ограничены. Настоящее исследование столкнулось с рядом трудностей и ограничений, которые изложены в данном отчете наряду с предложениями по преодолению таких препятствий. Мы надеемся, что этот опыт поможет улучшить будущие исследования в Таджикистане.

### *Психосоциальная аутопсия*

Психосоциальная аутопсия завершенных самоубийств неизбежно отличается от большинства методик исследований на основе интервью ввиду того, что проведение непосредственных интервью или наблюдений субъектов исследования невозможно. Это вызывает особые методологические трудности, например, другому человеку может быть трудно в полной мере понять обстоятельства и умонастроение погибшего человека в период, предшествующий самоубийству (Velting et al., 1998). Этот процесс выяснения всех обстоятельств сродни тому, как актер пытается поставить себя на место другого человека. В некоторых случаях респонденты могут увлечься "поисками смысла", т.е. пытаться распознать внутренние и внешние факторы, вызвавшие самоубийство. Чтобы наилучшим образом преодолеть эти ограничения для получения наиболее полной и точной оценки обстоятельств, сопровождавших самоубийство, такая аутопсия должна учитывать несколько мнений (Shneidman, 2004). Несколько информантов просят предложить несколько причинных факторов, независимо от того, было ли о них известно до момента смерти. Помимо этих рассказов, дополнительные свидетельства, включая отчеты судмедэкспертов, записи врача и психиатра, обеспечивают достаточно полную картину события (Cavanagh et al., 2003). Хотя настоящее исследование выиграло от включения выборки попыток самоубийства, поскольку мы смогли провести интервью с Молодыми людьми (и девушками), которые пытались совершить самоубийство, подавляющее большинство информантов относились к группе Первичных информантов, которым необходимо было представить себя на месте Молодого человека (или девушки), чтобы понять и разобраться в ситуации, сопровождавшей самоубийство.

### *Трудности оценки*

*Продолжительность интервью:* Проведение оценки, в рамках которой рассматривается большое количество различных аспектов жизни человека, требует проведения довольно продолжительного интервью, что может вызывать ряд затруднений, в частности в связи с проведением интервью в удобное для респондента время. Это было особенно актуально, учитывая расстояния между местами проведения интервью и время, необходимое на поездки, а также время

года, в которое проводились интервью. Экономическое положение многих семей, принимавших участие в исследовании, сильно зависело от возможности многочасовой работы в поле в летние месяцы, в то время как до домов некоторых семей было сложно добраться в зимнее время. Хотя в рамках настоящего исследования менее чем за 4 месяца было проведено более 700 подробных очных интервью, группа интервьюеров, в основном состоявшая из студентов, сталкивалась с нехваткой времени, поскольку, часть интервью проводились во время экзаменационной сессии.

*Инструмент качественной оценки:* Как указано в Приложении VI, подавляющее большинство участников исследования отказались от аудио записи качественного раздела интервью, которая являлась критически важным компонентом качественного анализа. Хотя интервьюеры были обучены записывать на бумаге ответы на каждый вопрос, фактически было записано очень мало информации, что еще раз подтверждает необходимость аудио записи. К сожалению, провести надлежащий качественный анализ оказалось невозможно в условиях, когда информация уже подверглась обработке и перефразированию лицом, эту информацию записывавшим.

Даже в тех случаях, когда имелась аудио запись интервью, ее нужно было переводить на английский язык для целей анализа. Поскольку на территории Таджикистана используются разные языки и разные диалекты этих языков, также трудно было найти переводчиков, способных перевести каждый документ с языка, на котором он был составлен, на английский язык.

### ***Межкультурные трудности***

*Перевод:* Все материалы интервью составлялись на английском языке сотрудниками Колумбийского университета, а затем переводились на таджикский, узбекский и русский языки переводчиками, предоставленными ЮНИСЕФ. Чтобы удостовериться в правильности перевода этих материалов для интервью с английского языка, протокол, разработанный в ходе начального этапа исследования, предусматривал обратный перевод анкет и заявлений о согласии на английский язык. Однако ввиду непредвиденных трудностей этот этап процесса не всегда выполнялся максимально тщательно.

*Местный вклад:* Компетентные члены сообщества, например члены Рабочей группы, созданной в рамках исследования, представляли свои замечания по поводу плана исследования и вопросника. Для получения качественных данных необходимо было запланировать реалистичные сроки проведения интервью, включая резервное время на случай возникновения непредвиденных проблем. В рамках последующих исследований нужно будет сначала проводить пилотное исследование, чтобы протестировать опросник и методику в условиях реальной жизни, уделяя внимание любым неожиданным реакциям на содержание вопросника, обусловленным культурными особенностями респондентов, а также на логистические ограничения, которые могут повлиять на сроки.

*Закрытые сообщества:* Из всех 16 районов Согдийской области, в которых проводились интервью, в частности в Табшаре пришлось столкнуться с

непредвиденными трудностями ввиду его статуса "закрытого" города и соответственно ограничения доступа для членов исследовательской группы. Это ограничение на первоначальном этапе вызвало задержку в проведении интервью в этом районе более чем на месяц пока не было получено разрешение от областного хукумата на встречу с семьями в этом районе. В рамках будущих исследований задержек и конфликтов в отношении закрытых сообществ можно будет избежать, заранее установив контакты между исследовательской группой и должностными лицами, возможно включая заключение письменных контрактов.

### ***Вопросы привлечения участников***

*Доступ к семьям:* Дома многих семей расположены в изолированных кишлаках далеко от районного центра, добраться до которых можно только автобусом, который ходит один или два раза в день, или на такси, что очень дорого. В некоторых случаях, особенно в Ходженте, семьи проживали не по тому адресу, который был указан на момент суицидального события, в результате чего лица, ответственные за отбор респондентов, вынуждены были разыскивать их по новому адресу, зачастую при помощи жителей махалли.

*Доступность респондентов и их готовность участвовать в исследовании:* Многие потенциальные респонденты, особенно в летнее время, либо работали в поле по многу часов в день, либо уезжали из Таджикистана на заработки в Россию или в другие страны. Кроме того, часто бывали случаи, когда члены семьи страдали от психологических проблем или злоупотребляли психоактивными веществами и поэтому не могли принять участие в таком сложном интервью, или же отец Молодого человека (или девушки) или муж находился в тюрьме. В некоторых случаях лица, с которыми предполагалось проводить интервью, сомневались, следует ли им участвовать в исследовании по вполне понятным причинам, связанным с опасениями, что информация станет достоянием гласности, особенно в случаях с женщинами, совершавшими попытки самоубийства, которые недавно вышли замуж и их мужья не знали об этих попытках.

*Доверие:* Многие семьи не сразу решали довериться интервьюерам и требовали неоднократных заверений в том, что исследование будет строго конфиденциальным. Важнее всего то, что в ходе интервью участники вынуждены были вспоминать тягостные события своей жизни и многие не хотели обсуждать этот мучительный опыт с посторонними.

*Неверно определенные случаи самоубийства:* Данные о заверенных самоубийствах и попытках самоубийства были предоставлены Министерством внутренних дел и Комитетом по делам женщин, которые в свою очередь получали эту информацию от районных прокуратур. В ходе исследования было определено, что четыре случая, зарегистрированных как заверенные самоубийства, фактически являлись попытками самоубийства. Кроме того, два случая, определенные как попытки самоубийства, на самом деле оказались заверенными самоубийствами. В каждом случае, такое наличие таких неверных данных весьма затруднило общение с семьями, к которым обращались

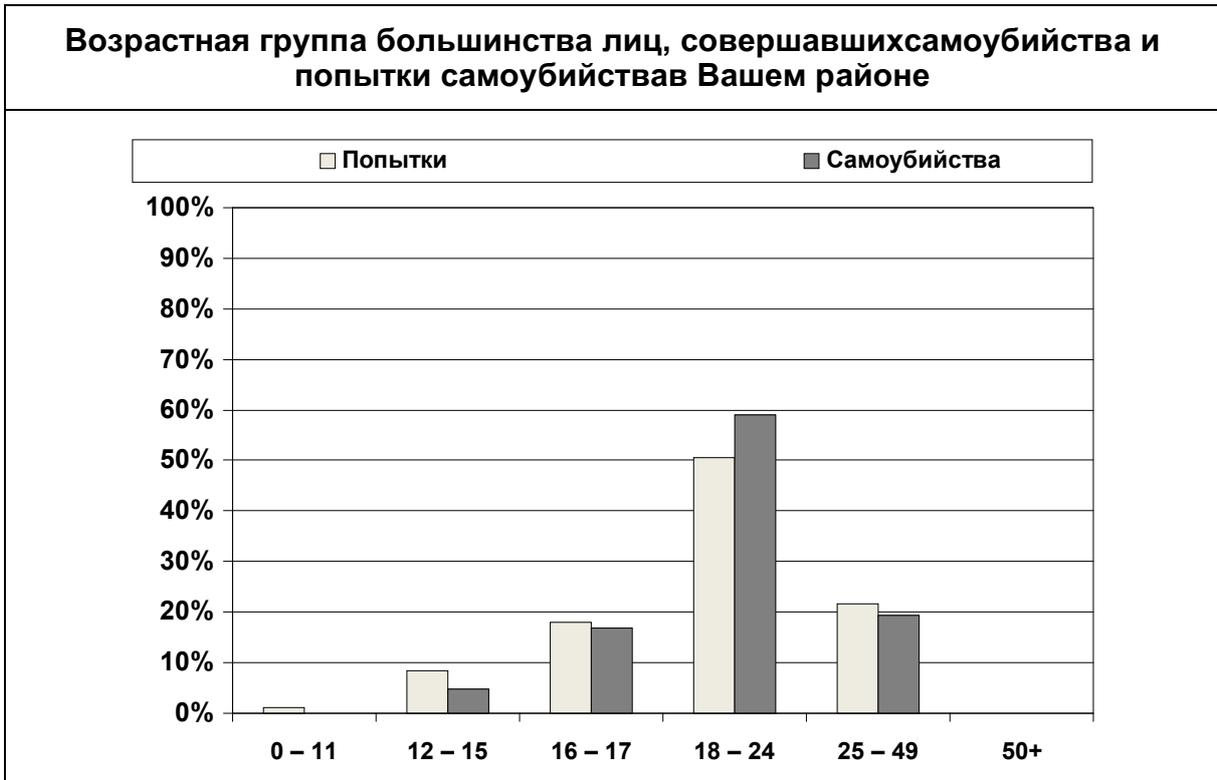
с просьбой принять участие в исследовании. Важно отметить, что такая ситуация говорит о необходимости создания национальной системы сбора информации о самоубийствах в Таджикистане.

*Роль махалли:* В рамках настоящего исследования члены местной махалли помогали в отборе респондентов. При проведении любого исследования в данном регионе следует учитывать возможность такой помощи.

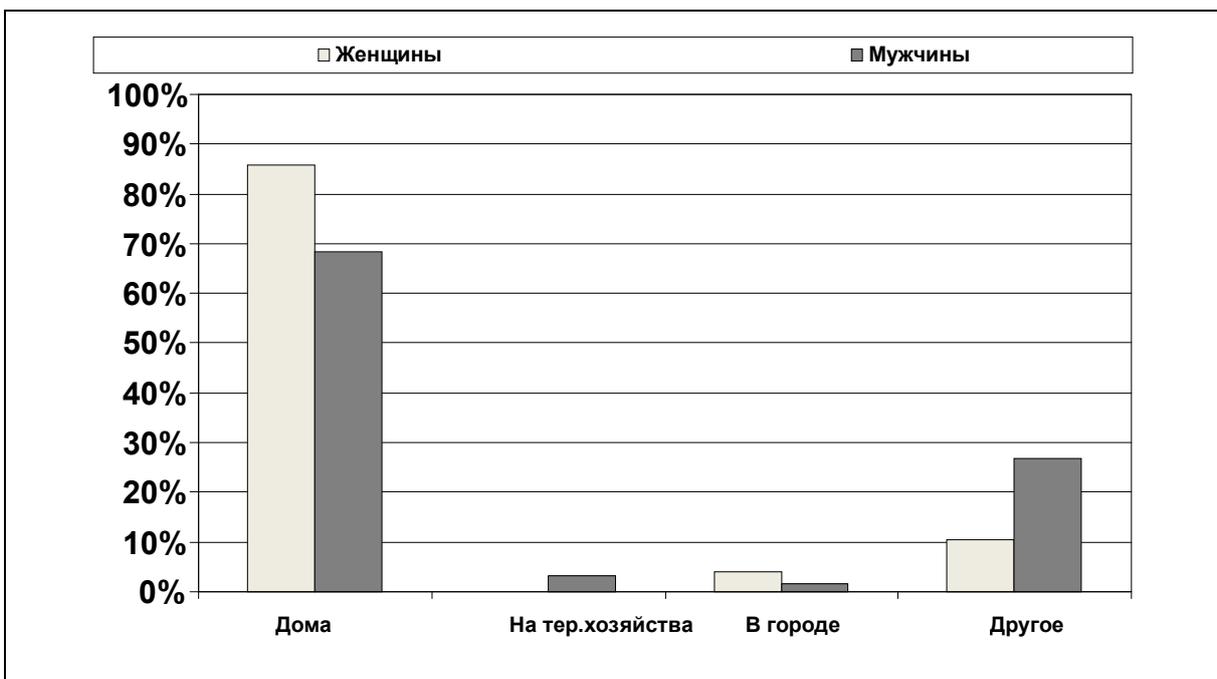
### ***Занижение числа случаев самоубийств***

Хотя установить точное количество лиц совершивших завершённые самоубийства и попытки самоубийства, в любом обществе невозможно, непропорциональное соотношение лиц, совершивших завершённые самоубийства и попытки самоубийства, (официальные данные о числе лиц, совершивших завершённые самоубийства и попытки самоубийства в Согдийской области указывали на превышение членов первой группы над второй, тогда как обычно соотношение прямо противоположное) свидетельствует о значительном занижении количества попыток. Это могло произойти из-за того, что попытки проще "утаить", чем завершённые самоубийства. Кроме того, ввиду того, что Таджикистан является преимущественно мусульманской страной, где многие считают самоубийство грехом, факты о совершении попыток и завершённых самоубийств могут здесь скрываться чаще, чем где-либо еще.

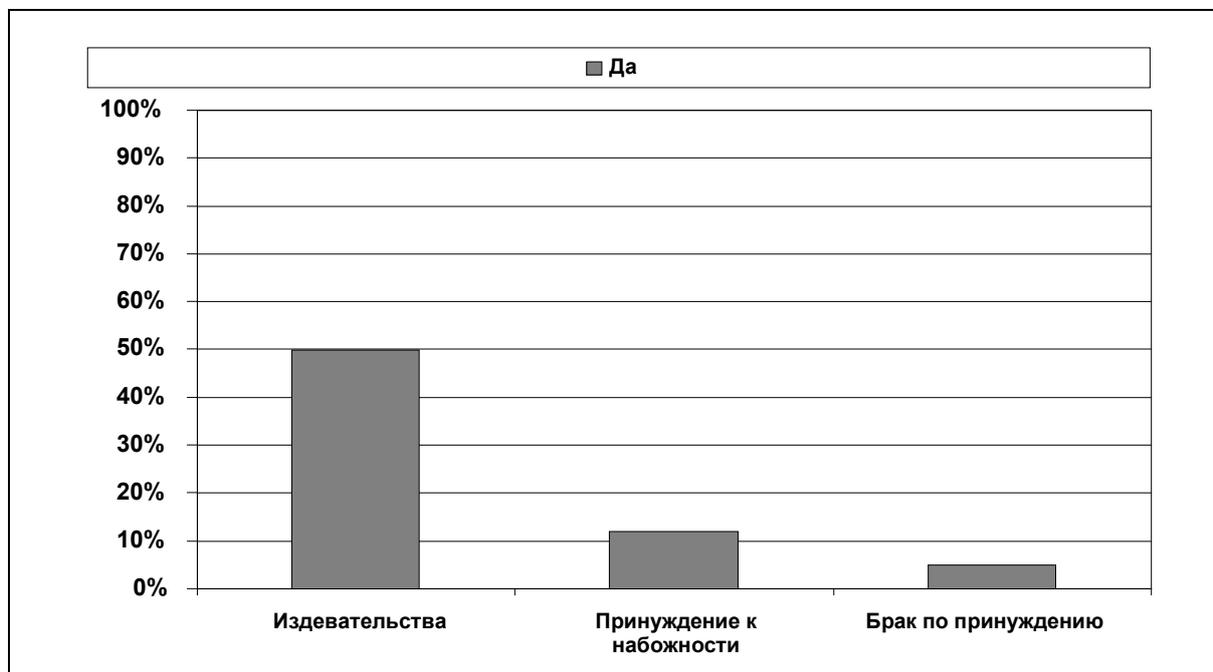
**ПРИЛОЖЕНИЕ IX. МНЕНИЯ КЛЮЧЕВЫХ ИНФОРМАНТОВ:**



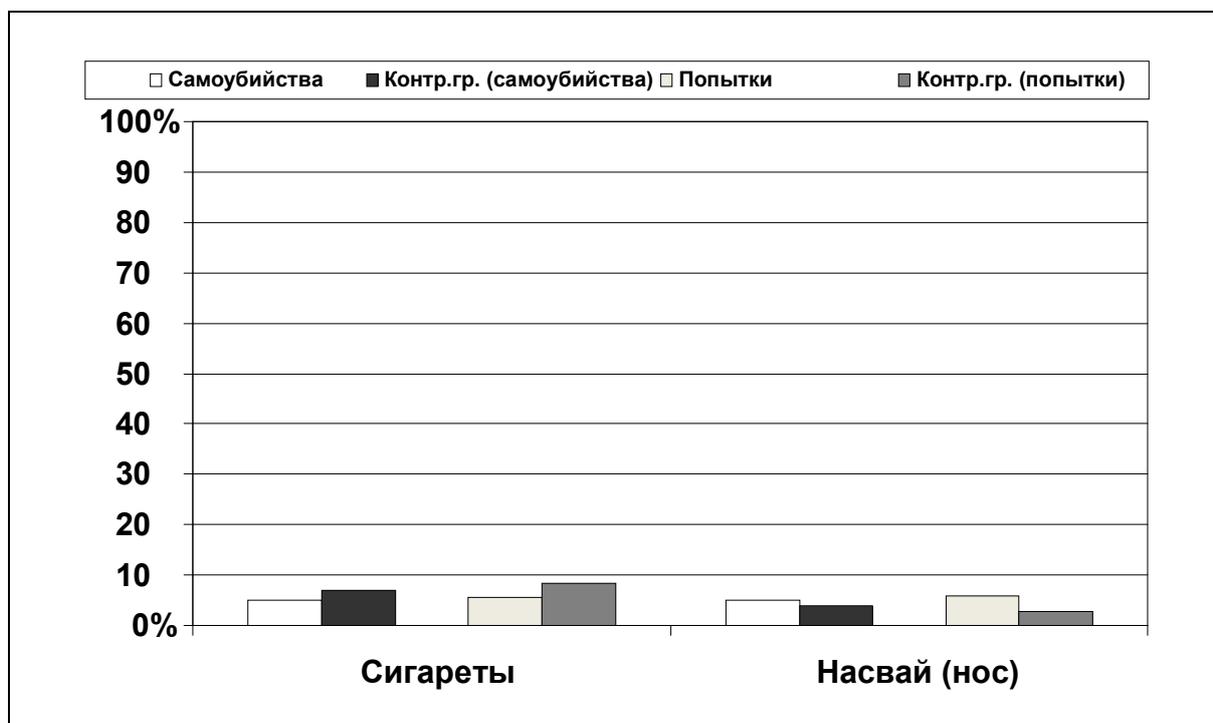
**ПРИЛОЖЕНИЕ X. МЕСТО СОВЕРШЕНИЯ ПОПЫТКИ/САМОУБИЙСТВА**



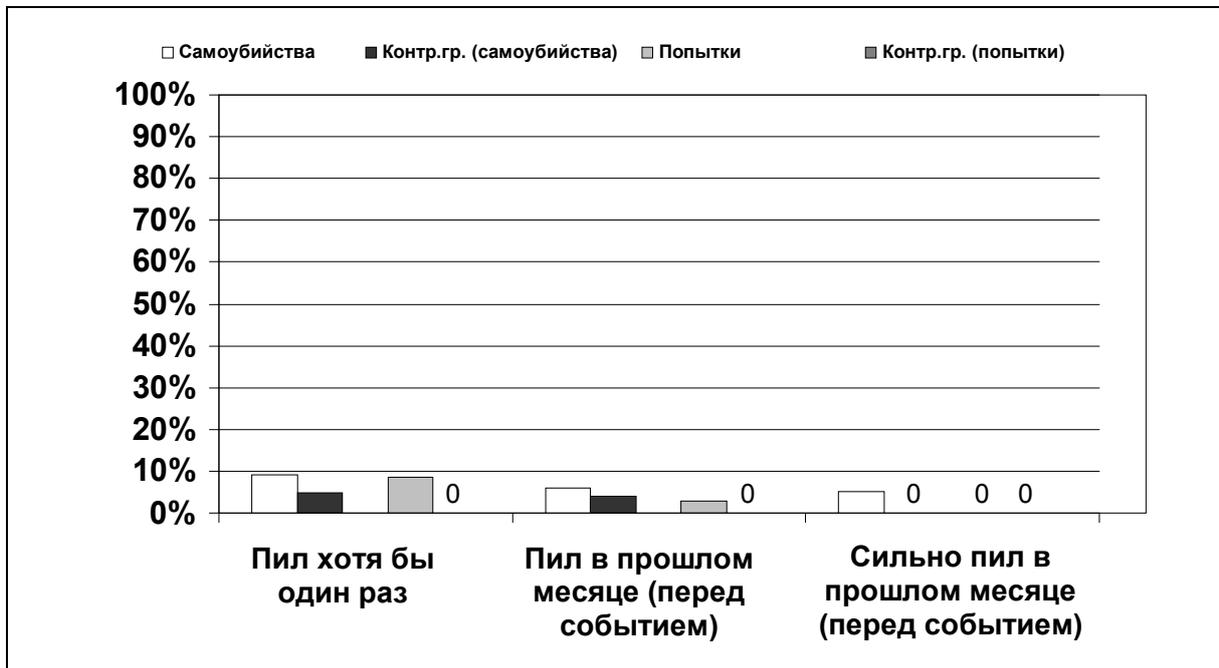
**ПРИЛОЖЕНИЕ XI. МНЕНИЯ КЛЮЧЕВЫХ ИНФОРМАНТОВ:  
ГЛУБИННЫЕ ПРИЧИНЫ НЕКОТОРЫХ ПОПЫТОК И САМОУБИЙСТВ В  
ВАШЕМ РАЙОНЕ**



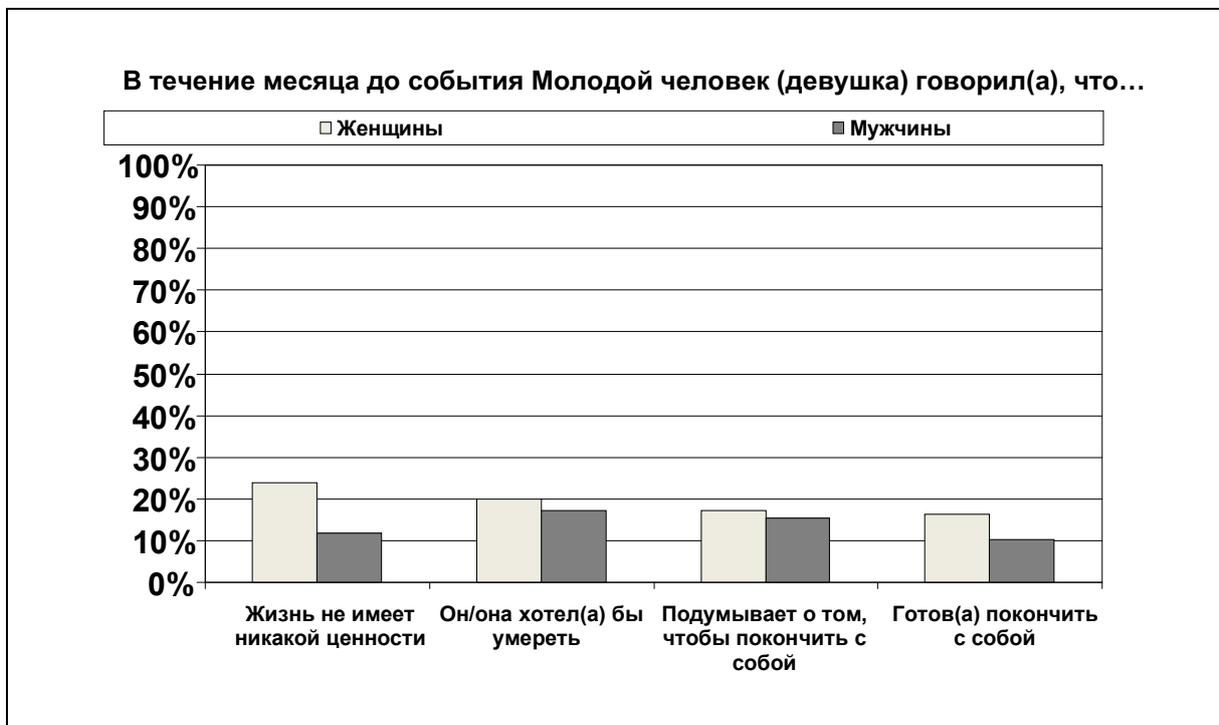
**ПРИЛОЖЕНИЕ XII. КУРЕНИЕ**



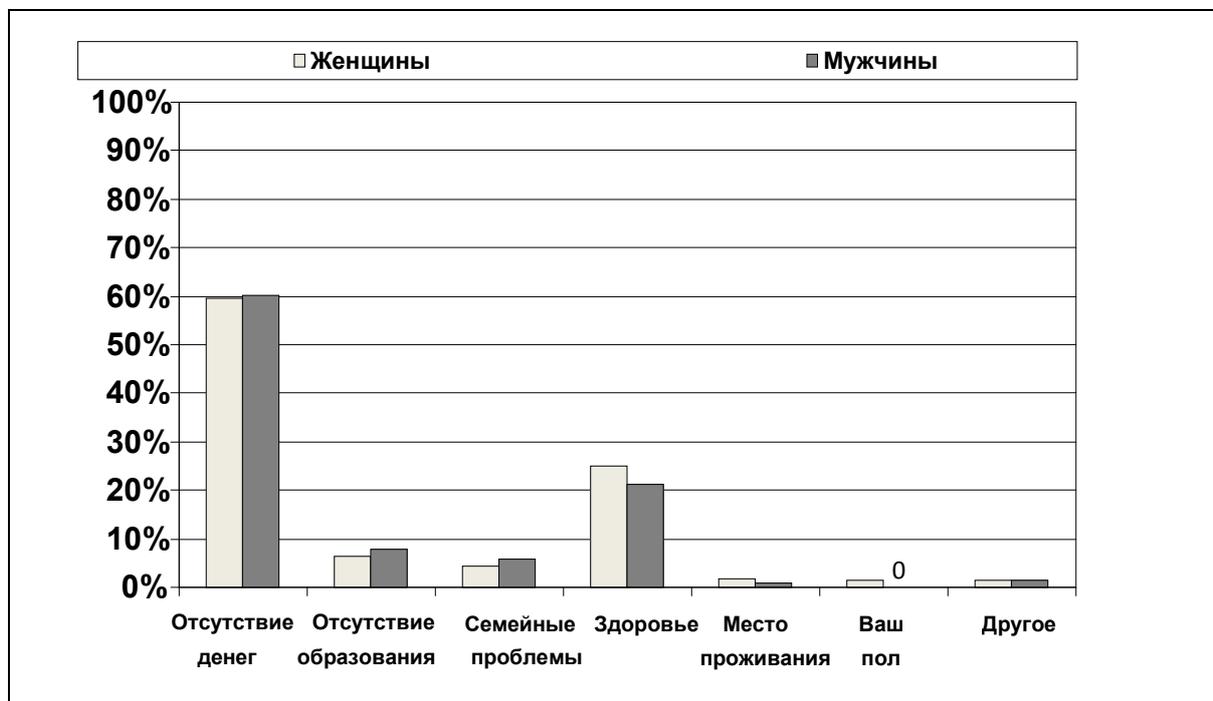
### ПРИЛОЖЕНИЕ XIII. УПОТРЕБЛЕНИЕ СПИРТНЫХ НАПИТКОВ



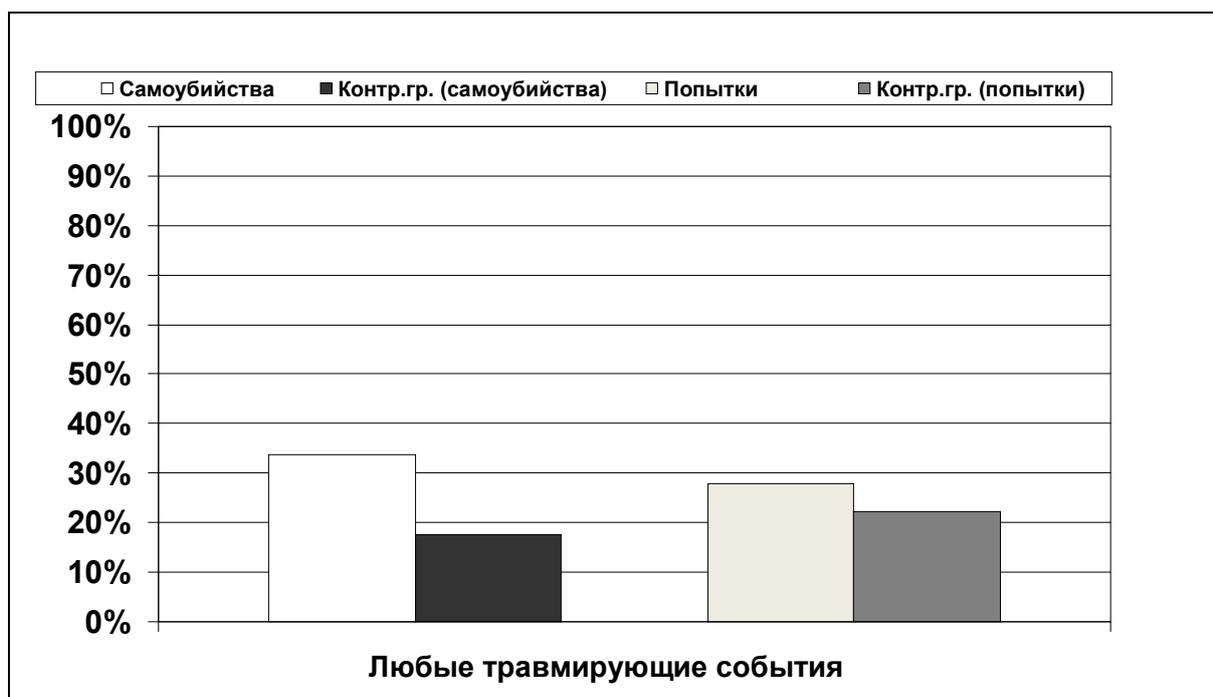
### ПРИЛОЖЕНИЕ XIV. ПРЕДВЕСТНИКИ ПОПЫТКИ/САМОУБИЙСТВА



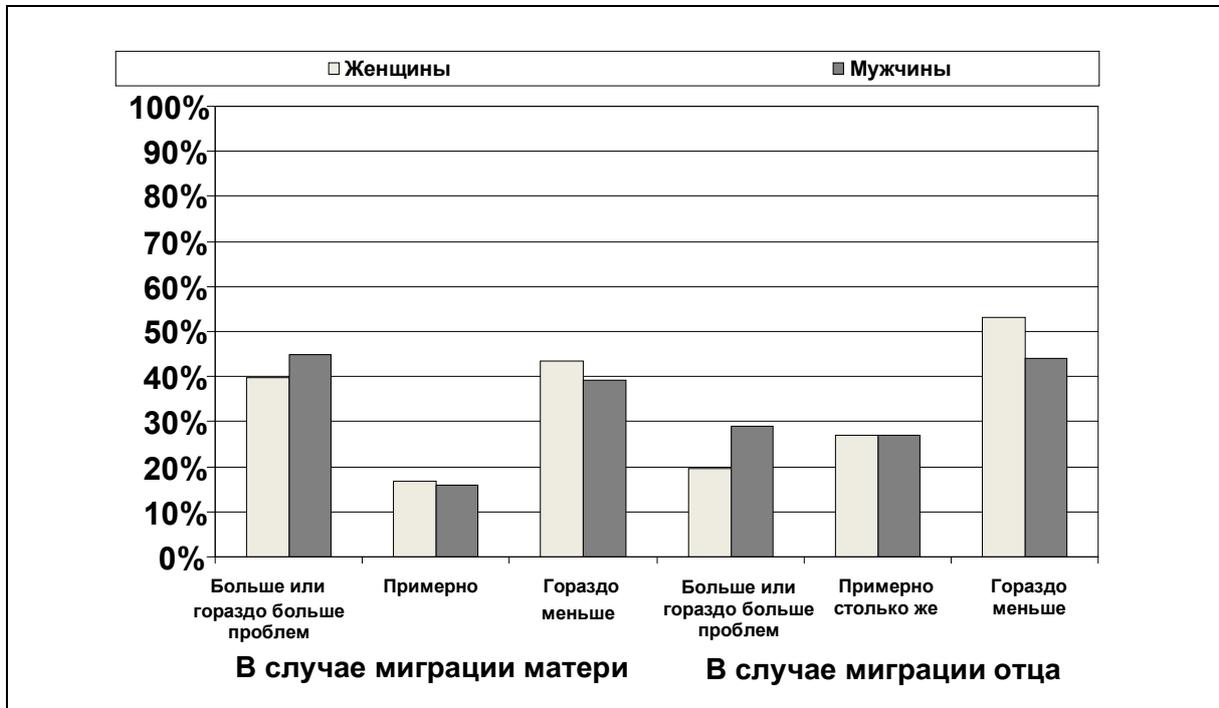
**ПРИЛОЖЕНИЕ XV. ЧТО, ПО ВАШЕМУ МНЕНИЮ, ЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ СЕРЬЕЗНЫМ ПРЕПЯТСТВИЕМ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ВАШИХ ЦЕЛЕЙ В ЖИЗНИ?**



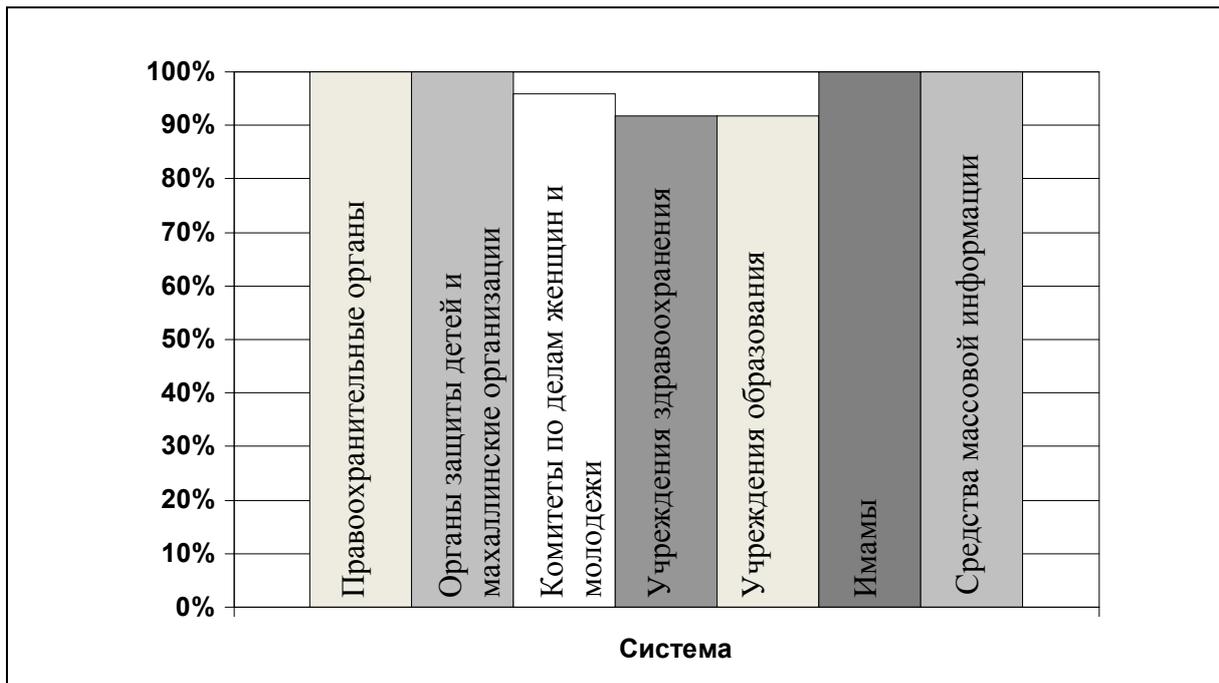
**ПРИЛОЖЕНИЕ XVI. ЛИЦА, СТАЛКИВАВШИЕСЯ С ПОТЕНЦИАЛЬНО ТРАВМИРУЮЩИМИ СОБЫТИЯМИ В ЖИЗНИ**



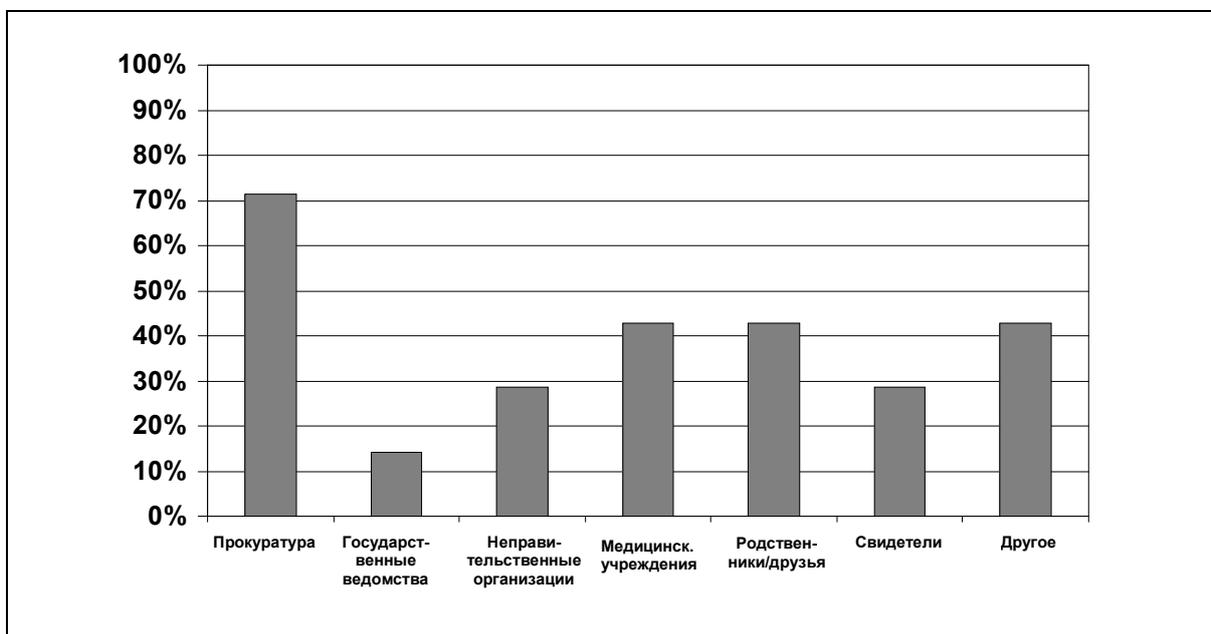
**ПРИЛОЖЕНИЕ XVII. СТАЛКИВАЮТСЯ ЛИ МОЛОДЫЕ ЛЮДИ [ОДИН ИЗ РОДИТЕЛЕЙ] КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ МИГРАНТОМ, С БОЛЬШИМИЛИ МЕНЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ ПРОБЛЕМ ДОМА?**



**ПРИЛОЖЕНИЕ XVIII. МНЕНИЯ КЛЮЧЕВЫХ ИНФОРМАНТОВ: МОЛОДОЙ ЧЕЛОВЕК, НЕ ДОСТИГШИЙ 18 ЛЕТ, МОЖЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБРАЩАТЬСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ В РАМКАХ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ У ВАС СИСТЕМЫ**



## ПРИЛОЖЕНИЕ XIX. МНЕНИЯ КЛЮЧЕВЫХ ИНФОРМАНТОВ: ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ СМИ О САМОУБИЙСТВАХ И ПОПЫТКАХ САМОУБИЙСТВА



## ПРИЛОЖЕНИЕ XX. ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ВОПРОСАХ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

