



Быстрая оценка системы охраны
психического здоровья
и профилактики суицидального
поведения среди подростков и молодёжи
в Республике Таджикистан
(результаты исследования)

© Детский Фонд ООН
Февраль 2018

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

Данное исследование было проведено в рамках совместного плана действий между Правительством Республики Таджикистан представительством Детского Фонда Организации Объединённых Наций по программе укрепления психического здоровья подростков при технической поддержке индивидуального предприятия «Института преодоления кризиса» (г. Павлодар, Казахстан).

Исследование было проведено экспертами индивидуального предприятия «Института преодоления кризиса» совместно с национальными специалистами и независимыми консультантами.

Суждения, изложенные в публикации, принадлежат авторам, и необязательно отражают принципы или взгляды Детского Фонда Организации Объединённых Наций.

Текст настоящего отчёта не редактирован для официального издания и Детский Фонд Организации Объединённых Наций не несёт ответственности за ошибки.

Для дополнительной информации, пожалуйста, обращайтесь по адресу:
dushanbe@unicef.org

Вклад в составление документа

Редакторы

Россинский Юрий, врач психиатр, психотерапевт, медицинский психолог; доктор медицинских наук Российской Федерации и Республики Казахстан, профессор; директор индивидуального предприятия «Институт преодоления кризиса»; член-корреспондент Международной академии психологических наук; консультант-эксперт и сертифицированный мастер-тренер международных образовательных программ (UNODC, UNICEF, COLOMBO PLAN, Treatnet)

Юсупов Олег, психолог; директор общественного фонда «Центр мониторинга за алкоголем и наркотиками» в Республике Казахстан; консультант-эксперт и сертифицированный мастер-тренер международных образовательных программ (UNODC, UNICEF, COLOMBO PLAN, Treatnet, CADAP).

Авторы

Гулмирзоева Гулнора, преподаватель кафедры «Педагогика и психология Российско-Таджикского Славянского университета; Консультант Детского Фонда ООН в Таджикистане по вопросам психического здоровья детей и подростков;

Улугов Умиджон, старший преподаватель кафедры «Предпринимательское право» Российско-Таджикского Славянского университета;

Мирзорахимов Наимджон, генеральный директор республиканской общественной организации «Молодое поколение Таджикистана»;

Магкоев Владимир, врач психиатр; консультант-эксперт и сертифицированный мастер-тренер международных образовательных программ (UNODC, COLOMBO PLAN).

Коцеев Владимир, старший преподаватель кафедры уголовного права Российско-Таджикского Славянского университета.

Сон Дмитрий, директор представительства республиканской общественной организации «Молодое поколение Таджикистана» в Согдийской области;

Бандаев Илхом, доктор медицинских наук Республики Таджикистан, директор государственного учреждения «Республиканский учебный клинический центр семейной медицины».

Зайтметов Хусейн, кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой «Социальная и профессиональная психология» Худжандский Государственный Университет имени Бободжана Гафурова.

Амонов Нодир, кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой «Психология» Таджикского Национального Университета.

Партнёрская поддержка (отдельные лица и организации)

Выражаем благодарность следующим лицам и организациям, оказавшим партнёрскую поддержку в проведении исследования и подготовке отчёта:

Ходжиев Хушбахт, ADAP специалист Детского Фонда ООН в Таджикистане; *Касымова Ниссо*, MD, PhD; Программный офицер Детского Фонда ООН в Таджикистане; *Мирбобоев Хабибулло*, первый заместитель министра Министерства образования и науки Республики Таджикистан; *Мухиддинов Кутбиддин*, начальник управления дошкольного и среднего общего образования Министерства образования и науки Республики Таджикистан; *Осим Каримзода*, начальник управления образования Согдийской области; *Аминов Обиджон*, заместитель директора Республиканского центра семейной медицины; *Исомидинов Аврангзеб*, ассистент кафедры восточной медицины и психотерапии; *Шарипова Мадина*,

к.пс.н. преподаватель кафедры «Психология» Таджикского Национального Университета; Республиканская общественная организация «Молодое поколение Таджикистана»; Общественное объединение «Пешсаф»; Общественное объединение «Общество психологов-консультантов и психотерапевтов Республики Таджикистан».

Участники фокус-групп: *Нигина Шаропова*, д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии им. проф. М.Г. Гулямова; *Абдувосид Фатохов*, врач-психиатр, заместитель главы Республиканского клинического центра психиатрических болезней; *Навруз Шоев*, начальник отдела ювенальной юстиции МЮ РТ; *Зафар Саидшоев*, судья суда г. Душанбе; *Бухоризода Мансур Гоиб*, начальник Службы по предотвращению правонарушений среди несовершеннолетних и молодежи МВД РТ; *Золотухин, А.В.*, декан юридического факультета РТСУ; *Шифо Бобокалонова*, МТМУ № 31; *Фаромурз Дарвешов*, ДЖ. Д. Хурми; *Нигина Бохонова* МТМУ №3; *Мавлуда Муродова*, МТМУ №1; *Мадина Гафорова*, Глава МТМУ; *Бахринисо Рашидзода*, Заместитель Менеджер КАТС Педжикент; *Комилджон Туйчиев*, Председатель Хуррамабадского села, Имам пятикратной мечети; *Кудрат Якубов*, Имам пятикратной мечети джамоата Хурми, села Сарикамар; *Махмуд Алимкулов*, Имам пятикратной мечети джамоата Чинор, села Нуристон; *Амриддин Холиков*, джамоат Чинор, Социальное развитие и связь с молодёжью; *Рахматилло Каюмов*, джамоат Чинор, села Нуристон МТМУ №40; *Яздон Джамилев*, Председатель махаллы, Нуристон, джамоата Чинор; *Сайёра Вохидова*, МТМУ Пенджикент; *Кудрат Шукуров*, Наблюдатель отдела образования.

Финансовая поддержка

Настоящее исследование проводилось в рамках проекта ЮНИСЕФ Таджикистана «Техническая поддержка правительству Республики Таджикистан в моделировании системы охраны психического здоровья и профилактике суицидов подростков и молодёжи в приоритетных регионах (Согдийская область и город Душанбе)».

Список сокращений

ВОЗ (WHO)	Всемирная Организация Здравоохранения
ВОП/СВ	Врач общей практики (семейный врач)
ВТЭК	Врачебно-трудовая экспертная комиссия
ВУЗ	Высшее учебное заведение
ГИП	Глобальная инициатива в психиатрии
ГУИУН	Главное управление исполнения уголовных наказаний
ЕРБ ВОЗ	Европейское региональное бюро ВОЗ
ЗДЛ	Значимые другие лица
ИОО ФС	Институт «Открытое общество» фонд содействия
ИОСПЗ	Инструмент для Оценки Систем Психического Здоровья
КЗ РТ	Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан
КИУН	Кодекс исполнения уголовных наказаний
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
МВД	Министерство внутренних дел
МЗСЗН	Министерство здравоохранения и социальной защиты населения
МКБ-10	Международная классификация болезней десятого пересмотра
ММКО	Молодёжное медико-консультативное отделение
МЮ	Министерство юстиции
МОН	Министерство образования и науки Республики Таджикистан
НПО	Неправительственная организация
ОО	Общественная организация
ООН	Организация Объединённых Наций
ПАВ	Психоактивные вещества
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПМПК	Педагогическая медико-психологическая консультация
РТ	Республика Таджикистан
РТСУ	Российско-Таджикский (славянский) университет
РУКЦСМ	Республиканский учебный клинический центр семейной медицины
СМИ	Средства массовой информации
СК	Следственный комитет
ТГМУ	Таджикский государственный медицинский университет
ТГПУ	Таджикский государственный педагогический университет
УК	Уголовный кодекс
УПК	Уголовно-процессуальный кодекс
ЮНИСЕФ (UNICEF)	Детский Фонд ООН
ЮЮ	Ювенальная юстиция
UNFPA	Фонд ООН в области народонаселения

Оглавление

Вклад в составление документа	2
Список сокращений	4
Резюме	7
Введение.....	12
Методология исследования.....	17
Результаты исследования.....	20
Национальная политика в области охраны психического здоровья	20
Нормативно-правовая база, регулирующая деятельность в области охраны психического здоровья и профилактики суицидов среди молодёжи	23
Кодекс здравоохранения РТ	23
Другие нормативные правовые акты в сфере охраны психического здоровья.....	24
Нормативные акты, регламентирующие участие специалистов семейной медицины в вопросах охраны психического здоровья	26
Законодательство в сфере ювенальной юстиции в РТ	26
Законодательство в сфере кризисных вмешательств в отношении подростков и молодёжи, находящихся в жизненной кризисной ситуации в РТ	28
Рекомендательная инструкция о симптомах психиатрических расстройств групп населения подверженных высокому риску самоубийств	29
Рекомендательная инструкция для врачей по предупреждению суицидального поведения.....	31
Межведомственное взаимодействие, система перенаправлений и координационные механизмы в сфере охраны психического здоровья и профилактики суицида среди подростков и молодёжи	36
Структуры, имеющие отношение к охране психического здоровья и профилактике суицида среди подростков и молодёжи	36
Координирующая роль МЗСЗН РТ в вопросах охраны психического здоровья и профилактики суицидов.....	38
Координационные механизмы в рамках комиссий по защите прав ребёнка	38
Процедуры и практика взаимодействия в сфере охраны психического здоровья	39
Механизмы реагирования на факт суицида/попытки суицида	40
Система охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения в здравоохранении	43
Система охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения в сообществе.....	49
Система охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения в системе образования	50
Подготовка кадров по вопросам психического здоровья и профилактики суицидального поведения	54
Информация, полученная в ходе проведения фокус-групп.....	57

Выводы.....	70
Политика и законодательство в сфере охраны психического здоровья	70
Межведомственное взаимодействие и координационные механизмы.....	73
Система охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения в здравоохранении.....	74
Система охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения вне системы здравоохранения	76
Подготовка кадров по вопросам психического здоровья и профилактики суицидального поведения	77
Рекомендации.....	78
Политика и законодательство в сфере охраны психического здоровья.....	78
Межведомственное взаимодействие и координационные механизмы.....	78
Система охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения в здравоохранении	79
Система охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения вне системы здравоохранения	79
Подготовка кадров по вопросам психического здоровья и профилактики суицидального поведения	80
Список законов и других нормативно-правовых документов.....	82
Интернет ресурсы	84
Список литературы.....	85
Приложения.....	87
Приложение 1. Приказ МЗСЗ РТ от 14 июля 2015 года «Об усилении мер по предупреждению актов самоубийства» с приложениями.....	87
Приложение 2. Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан №54 от 9 февраля 2001 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи».....	91
Приложение 3. Список организаций, оказывающих психологическую помощь и сопровождение, психосоциальную поддержку и уход нуждающимся подросткам и молодёжи на уровне сообщества в г. Душанбе и в Согдийской области.....	92
Приложение 4. Список организаций, осуществляющих подготовку и переподготовку в области охраны психического здоровья в Согдийской области и г. Душанбе с указанием тем, количества часов, преподавательского состава и количества лиц, прошедших обучение в 2017 году.....	111
Приложение 5. Список участников фокус-групп.....	117
Приложение 6. Вопросы для проведения дискуссионных групп (фокус-групп) с подростками и молодыми людьми	119
Приложение 7. Вопросник для фокус-группы родителей, чьи дети пытались покончить или покончили жизнь самоубийством.....	120

Резюме

Охрана психического здоровья в Республике Таджикистан является крайне важной задачей, так как за последние несколько десятилетий страна пережила ряд серьёзных событий (обретение независимости, гражданская война, значительные реформы в экономической и социальной сферах), которые оказали существенное влияние на психическое здоровье и психологическое благополучие граждан Таджикистана.

В течение последних пятнадцати лет в Таджикистане отмечается тенденция снижения стандартизированного показателя смертности от суицидов среди всего населения. Однако вызывает беспокойство высокий уровень превалентных рисков суицидального поведения среди лиц женского пола подросткового возраста, особенно в Согдийской области. Ряд исследований, проведённых в Таджикистане, позволили выделить одну из основных проблем, с которыми сталкиваются наиболее уязвимые группы лиц подросткового и юношеского возрастов обоих полов – это недостаточная осведомлённость и ограниченный доступ к дружественным услугам, обеспечивающим качественную психологическую помощь и поддержку. Люди, имеющие психологические проблемы или психические расстройства, обращаются к психиатрам или психологам только в крайнем случае, предпочитая лечиться у врачей других специальностей или у народных целителей. Это связано с тем, что в Таджикистане традиционно существует настороженно-негативное отношение ко всему, что связано с психическими расстройствами. Это отношение переносится и на службы психического здоровья и на услуги, которые они оказывают.

В настоящее время Детский Фонд Организации Объединённых Наций в Таджикистане совместно с партнёрами реализует проект, направленный на повышение доступа подростков (девочек и мальчиков) к качественным услугам психологической помощи и консультирования. Проект предусматривает создание модели предоставления услуг по охране психического здоровья подросткам с учётом наилучших практик и мирового опыта, адаптированных к условиям Таджикистана. С целью сбора релевантной информации для разработки модели, в рамках проекта было проведено данное исследование (быстрая оценка) существующей системы охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения среди лиц подростково-юношеского возраста в Республике Таджикистан. Быстрая оценка позволила за короткий срок получить необходимые данные, оценить существующую систему охраны психического здоровья и разработать рекомендации по её совершенствованию.

Республика Таджикистан является участником более 60 международных договоров, признающих право на здоровье. В стране на данный момент действует целый ряд стратегических документов, определяющих молодёжную политику, в том числе вопросы, связанные с охраной физического, психического здоровья и семейного благополучия. Наряду с этим, в настоящее время в Таджикистане не имеется единого специфического документа, декларирующего политику в области охраны психического здоровья. Программа психического здоровья не была включена в список ключевых приоритетов Национальной стратегии развития на 2016-2030 годы.

На сегодняшний день единым законом, регулирующим вопросы охраны здоровья в целом и охраны психического здоровья в частности, является Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан. Однако Кодекс не регламентирует напрямую многие вопросы предоставления психиатрической помощи, вместо этого ссылаясь на подзаконные акты. Все эти документы были приняты до введения Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан. После принятия Кодекса не было разработано, или переработано ни одной инструкции по оказанию психиатрической помощи и профилактике самоубийств. Таким

образом, все инструкции и протоколы по оказанию психиатрической помощи, диагностике и профилактике самоубийств основаны на законодательстве, утратившем юридическую силу. Во всём тексте Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан какие-либо упоминания о проблеме суицида и, соответственно, о профилактике суицидального поведения отсутствуют вовсе. В некоторых пунктах Кодекса используются некорректные термины (наркомания, токсикомания, наркоман, токсикоман, алкоголик и т.п.), которые, не соответствуют принятой в международной классификации болезней десятого пересмотра терминологии и носят характер стигмы.

На сегодняшний день существует единственный документ в стране, который касается профилактики суицида – Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан «Об усилении мер по предупреждению актов самоубийства» с приложениями – инструкциями по выявлению и профилактики суицидальной активности. Данные инструкции имеют узкоспециализированную направленность, не описывают симптомы суицидальной активности, виды профилактики суицидального поведения, и нуждаются в существенной переработке.

В нормативно-правовых документах Республики Таджикистан не используются такие понятия (термины), как «кризисная ситуация» и «кризисное вмешательство». Соответственно, никаких положений на этот счёт законодательство также не содержит.

На сегодняшний день в стране существует достаточное количество организаций, которые имеют законодательное право и должны заниматься охраной психического здоровья и профилактикой суицида среди подростков и молодёжи. Межведомственная и внутриведомственная координация в случае выявления суицидальной попытки существует на практике, хотя специального нормативного документа об этом нет. Отдельные положения существуют в законах и ведомственных нормативных правовых актах. Практически все эти положения направлены на выявление или исключение состава преступления в случае суицида. В целом механизмы межведомственной координации на сегодняшний день недостаточно отработаны, отсутствует чёткое разграничение функций и полномочий между различными структурами.

Система здравоохранения в сфере охраны психического здоровья детей, подростков и молодёжи представлена психиатрическими учреждениями, кабинетами педагогической медико-психологической консультации, центрами здоровья, системой первичной медико-санитарной помощи и молодёжными медико-консультативными отделениями. На данный момент в системе охраны психического здоровья существует дефицит специалистов психологов и психиатров. Несовершенство системы учёта лиц, обращающихся за помощью в психиатрические учреждения, является существенным фактором, ограничивающим доступ к услугам по охране психического здоровья.

Сильной стороной существующей системы охраны психического здоровья является тот факт, что в рамках развития семейной медицины предоставление услуг по охране психического здоровья выходит за рамки специализированных психиатрических учреждений в систему учреждений первичной медико-санитарной помощи. В перспективе основную роль в предоставлении психиатрических услуг будут играть специалисты семейной медицины, а психиатры будут заниматься только наиболее сложными случаями психических расстройств. Однако этот процесс только начат и требует соответствующей технической и методологической поддержки.

Молодёжные медико-консультативные отделения являются единственной структурой, которая избирательно оказывает медико-психологическую помощь детям, подросткам и молодёжи на дружественной основе. Данные подразделения и предоставляемые ими услуги являются наиболее привлекательными для подростков и

молодёжи и согласно проведённому картированию имеют наиболее широкий спектр оказываемых услуг.

На данный момент в Таджикистане психиатрическая помощь на уровне сообществ пока не получила должного развития. Следует отметить, что предоставление психологической (за исключением психиатрической помощи) и иной поддержки для подростков и молодёжи в целом и особых групп осуществляется различными организациями и учреждениями в сообществе. Эти и другие организации могли бы стать частью комплексной системы охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения молодёжи и подростков. Однако общественные организации в большинстве случаев не получают поддержки со стороны государства, поэтому их деятельность зачастую носит неустойчивый характер и зависит от финансовой поддержки со стороны внешних доноров.

Относительно медицинской и психологической помощи и поддержки в системе образования следует отметить, что формально медицинские услуги должны предоставляться в каждой школе. Фактически же для предоставления качественной медицинской и психологической помощи в большинстве учебных учреждений нет ни кадров, ни методологии, ни условий. Законодательство в сфере образования содержит положения, предусматривающие возможность оказания медико-психологической помощи, что может стать правовой основой для создания инструкций и протоколов, регулирующих порядок оказания такой помощи в учреждениях образования.

В настоящее время отмечается дефицит психологов в образовательных учреждениях. Даже там, где должности психолога укомплектованы, их в подавляющем большинстве занимают люди, не имеющие базового образования в области психологии. Деятельность школьного психолога не определена чёткими инструкциями, отсутствует положение о школьном психологе. В школах отсутствуют чёткие и подробные инструкции и алгоритм действий школьного персонала в случаях выявления эмоциональных, поведенческих проблем, суицидальной активности среди учащихся; алгоритм действий и инструкции в случае совершения суицида и других макро-травмирующих ситуаций (катастрофа, внезапная смерть и т.п.).

Одним из важных факторов, определяющих эффективность системы охраны психического здоровья, является качество подготовки специалистов. В настоящее время в системе подготовки и последипломного образования учителей, психологов и врачей существуют следующие проблемы. Источники, которые используются при разработке учебных программ, как правило, являются устаревшими, и не включают в себя современные международные практики и концепции в области охраны психического здоровья и профилактики суицида. В учебных программах по подготовке специалистов медицинского профиля – психиатров, семейных врачей, педиатров, терапевтов, количество часов по возрастной психологии, по кризисным состояниям и суицидологии требует увеличения, а содержание соответствующих учебных программ пересмотра. В целом система высшего образования и последипломной подготовки специалистов требует пересмотра существующих образовательных программ в плане их тематической актуальности и приоритетности.

По результатам исследования были выработаны следующие общие рекомендации:

- Пересмотреть законодательство Республики Таджикистан с целью его оптимизации и внесения в него положений, регламентирующих деятельность субъектов в области охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения среди молодёжи и подростков.

- Разработать единый документ, определяющий политику государства в сфере психического здоровья и профилактики суицида среди молодёжи и подростков.
- Разработать программу охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения среди молодёжи и подростков.
- Увеличить финансирование служб психического здоровья на всех уровнях, включая уровень сообществ.
- Продолжить реформы в сфере предоставления услуг психического здоровья, направленные на развитие нестационарных форм предоставления этих услуг (на базе служб первичной медико-санитарной помощи, молодёжных медико-консультативных отделений).
- Создать специализированную суицидологическую службу.
- Расширить сеть учреждений, предоставляющих психологическую помощь молодёжи и подросткам с применением гендерно-ориентированных подходов, в том числе, путём создания кризисных центров, центров реабилитации лиц, совершивших попытку суицида, и их близких.
- Разработать механизмы и процедуры взаимодействия всех заинтересованных структур, включая общественные организации, по вопросам охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения среди молодёжи и подростков.
- Развивать систему онлайн-консультирования для молодых людей, оказавшихся в кризисной ситуации.
- Создать систему обучения и разработать образовательные программы для работников правоохранительных органов, а также для социальных работников, педагогов и психологов в системе правосудия по обращению с несовершеннолетними лицам.
- Пересмотреть Уголовный Кодекс, Уголовно-процессуальный Кодекс, Кодекс исполнения уголовных наказаний, Закон РТ «О порядке и условиях содержания под стражей подозреваемых, обвиняемых и подсудимых» в частях, касающихся сроков задержания и проведения допроса несовершеннолетних лиц; запрета на водворение лиц несовершеннолетнего возраста в дисциплинарный изолятор; прохождения независимого медицинского осмотра на предмет обнаружения следов насилия, применения пыток и жестокого обращения в отношении них; запрета на совместное содержание взрослых и несовершеннолетних правонарушителей;
- Открыть доброжелательные комнаты для допроса несовершеннолетних во всех судах и следственных органах.
- Разработать, апробировать и внедрить специфические программы по охране психического здоровья в школах Республики Таджикистан, включая центры дополнительного образования учащихся.
- Разработать и внедрить информационно-просветительские и образовательные программы для родителей по вопросам психического здоровья и предупреждения суицидального поведения на регулярной основе;
- Способствовать созданию организаций на базе сообществ для предоставления услуг людям, оказавшимся в сложной жизненной ситуации, в особенности девушкам-подросткам и молодым женщинам.
- Разработать нормативно-правовые акты (методические материалы, инструкции) по психологической службе и деятельности психолога в системе образования, а

также по определению уровня психического здоровья и профилактике суицидальной активности среди учащихся.

- Увеличить количество часов по возрастной психологии, кризисным состояниям и суицидологии в учебных программах подготовки специалистов медицинского профиля – психиатров, семейных врачей, а содержание соответствующих учебных программ пересмотреть.
- Пересмотреть тематику, при необходимости разработать и внедрить новые образовательные программы в высших учебных заведениях и организациях последиplomного образования с учётом гендерных аспектов и современных требований в области охраны психического здоровья и профилактики суицида.
- Внедрить в образовательные программы компоненты по личностному и профессиональному росту (личностная терапия и супервизия) для практических специалистов, оказывающих психологические и психотерапевтические услуги.
- В педагогических высших учебных заведениях и Институте повышения квалификации учителей, пересмотреть содержание учебных программ, дополнить их новыми учебными модулями по психологии развития, увеличить количество часов по возрастной психологии, и сам курс «Психология» сделать самостоятельной дисциплиной.
- Для школьных психологов необходимо разработать и ввести отдельные образовательные модули/курсы повышения квалификации.

Введение

Республика Таджикистан (РТ) является независимым государством уже более 20 лет. Это единственная страна Центральной Азии, пережившая гражданскую войну. Жестокое насилие продолжалось с конца августа 1992 года по июль 1993 года, когда страна была фактически разделена на две части. С лета 1993 года интенсивность конфликта пошла на спад, хотя отдельные стычки продолжались до примирения противоборствующих сторон. В 1997 году, при посредничестве Организации Объединённых Наций (ООН), было подписано мирное соглашение, но вплоть до 2000 года у правительства не было полного контроля всех регионов. Гражданская война привела к гибели приблизительно 50 000 человек, и к миграции – внешней и внутренней – населения (Детский Фонд ООН, 2013). Война оказала разрушительное воздействие не только на экономику страны, но и на психическое состояние всего народа. Психологические последствия войны у старшего поколения, непосредственно переживших это тяжёлое время, может проявляться в страхах, тревогах за своих детей в будущем, а также печалью за утрату жизненных ценностей в прошлом, во время войны. Это не может не сказываться на психическом состоянии их детей, внуков – молодого поколения РТ. В связи с этим, крайне необходимой и стратегически важной для стабильного развития и процветания страны в будущем, является задача устранения психологических последствий войны среди населения. Для реализации этой архи важной задачи необходимо совершенствовать систему охраны психического здоровья граждан Таджикистана с особым акцентом на молодое подрастающее поколение – детей, подростков и молодёжь.

В переходные периоды политических, экономических и социальных перемен любого государства, в определённых возрастных группах сообщества наблюдается рост недовольства, отчаяния, ощущения маргинальности, отказа от существующих ценностей, жизненных вызовов, самоубийств. Наиболее уязвимыми группами являются подростки и молодёжь. Самоубийства несовершеннолетних и молодых людей, всегда вызывают большой резонанс в обществе. Возникает вопрос, что побудило человека, который только начинает жить, к решению своих не всегда серьёзных, с взрослой точки зрения, проблем столь радикальным способом. В Таджикистане, где доля населения в возрасте до 30 лет составляет 70% от общей численности населения, охрана психического здоровья и профилактика суицидального поведения детей и молодёжи, приобретает особую значимость.

Подростковый возраст характеризуется формированием идентичности и склонностью к риску. Научные исследования показывают, что у подростков с одной стороны крайне выражена поисковая поведенческая активность и подражание вариантам поведения взрослых людей; с другой стороны, в то время как участки мозга, ответственные за эмоциональные реакции вполне активны, участки, контролирующие и сдерживающие импульсивные реакции, окончательно ещё не сформированы. Такой дисбаланс обуславливает более высокий по сравнению со взрослыми риск возникновения различных кризисных ситуаций (UNICEF/WHO/UNFPA). В сочетании с бедностью и другими негативными социальными факторами, это может способствовать вовлечению в криминальную деятельность, раннему вступлению в половые отношения и ранней беременности, употреблению наркотиков, вовлечению в коммерческий секс и пр. Такие внешние факторы, существующие в Республике Таджикистан, как ограниченный доступ к образованию и его низкое качество, отсутствие доступа к трудоустройству, а также некоторые жёсткие социальные и культурные нормы значительно увеличивают этот риск. В то же время, психиатрические и психологические услуги для подростков в стране малодоступны и зачастую не отвечают их потребностям.

Согласно исследованиям случаев суицидальных попыток, лиц, совершивших эти попытки, можно распределить на три основные нозологические категории: 1) лица, имеющие психические заболевания (психические расстройства психотического уровня); 2) лица, имеющие пограничные нервно-психические расстройства (невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства, эмоциональные расстройства и пр.); 3) практически здоровые лица. Количественное соотношение распространённости случаев совершения суицида данных групп составляет 1,5:5:1 (Рисунок 1) (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980). Соответственно наиболее уязвимой группой в отношении повышенной суицидальной активности, являются лица, имеющие невротиические, связанные со стрессом и эмоциональные расстройства (Ширяев О.Ю., Железняков М.А., Петрова С.В., 2011).



Рисунок 1. Количественное соотношение частоты совершения суицидов лицами разных нозологических групп

Согласно определению Стенли Холла подростковый возраст можно определить, как период «бури и натиска» и «бушевания и напряжения» (Hall G.S., 1908). Некоторые исследователи подростковый возраст называют возрастом нормальной патологии или патологической нормы. В связи с этим подростков условно можно отнести в группу лиц, имеющих пограничные психические расстройства в связи с прохождением ими пубертата (периода полового созревания) (Россинский, 2001). Данный факт также подчёркивает особую значимость охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения среди лиц подросткового возраста.

В течение последних пятнадцати лет в РТ отмечается тенденция снижения стандартизированного показателя смертности на 100 000 населения от суицидов среди всего населения, однако среди лиц женского пола данный показатель имеет неравномерную динамику (Таблица 1).

Таблица 1. Стандартизированный показатель смертности (на 100 000 населения) от суицидов в Республике Таджикистан (ВОЗ)

	2000	2005	2010	2015
Всего	5,7	5,5	5,0	4,9
Мужчины	8,9	8,9	7,7	7,2
Женщины	2,5	2,3	2,3	2,5

В 2011 году по инициативе Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) в РТ было проведено исследование распространённости и динамики суицидального поведения среди детей и молодёжи. Исследование было реализовано Колумбийским университетом, в ответ на просьбу Председателя Согдийской области в связи с предполагаемым увеличением числа самоубийств, которое было отмечено в регионе среди молодёжи и в особенности среди лиц женского пола. По оценкам, уровень суицида в Согдийской области (2009-2010 годы)

Таджикистана составлял 12,2 случаев самоубийств на 100 000 лиц в возрасте от 12 до 24 лет. При этом уровень самоубийств среди женщин был значительно выше, чем показатель самоубийств среди мужчин. В Пенджикентском районе Согдийской области был установлен самый высокий уровень самоубийств среди молодых людей – 32,6 на 100 000 лиц соответствующего возраста. В самом Пенджикенте этот показатель составил 41,4 случаев для лиц женского пола, и 24,0 – мужского пола (Детский Фонд ООН в Таджикистане, Колумбийский Университет, 2012).

Согласно данным программы исследований TransMonEE (Трансформационный мониторинг в целях более эффективного обеспечения социальной справедливости для детей) в Республике Таджикистан уровень смертности (на 100 000 соответствующего населения) от суицидов среди лиц женского пола в возрасте 15-19 лет в течение последних лет превышает аналогичный показатель среди лиц мужского пола этой возрастной группы (Рисунок 2) (TransMonEE, 2016)).

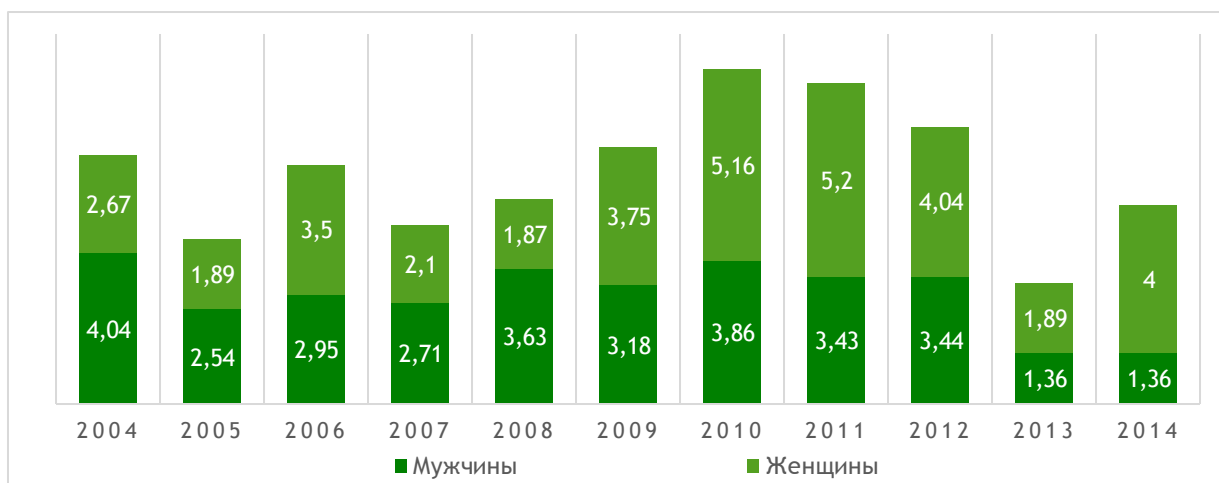


Рисунок 2. Уровень смертности от суицидов среди лиц женского и мужского пола в возрасте 15-19 лет в Республике Таджикистан (на 100 000 соответствующего населения)

Результаты недавнего исследования среди уязвимых подростков, мужчин и женщин, в приграничных районах в Согдийской области позволили выявить ключевые факторы, ухудшающие положение подростков, и которые могут стать причиной различного рода рискованного поведения. Эти факторы включают в себя: преждевременное прерывание получения образования, ранние браки (особенно в отношении лиц женского пола), межличностное насилие и безработица. Жёсткие патриархальные социальные нормы, характерные для таджикского общества в целом, наиболее сильны в Согдийской области. Эти нормы не могут не оказывать влияния на развитие ребёнка. Кроме того, эти и другие исследования, проведённые в Таджикистане, позволяют выделить одну из основных проблем, с которыми сталкиваются наиболее уязвимые группы лиц подросткового и юношеского возрастов обоих полов – это недостаточная осведомлённость и ограниченный доступ к дружественным услугам, обеспечивающим качественную психологическую помощь и поддержку (Civil Society Organization (CSO), 2016).

Инфраструктура социального сектора в Таджикистане, созданная ещё в советский период, предоставляет разнообразный спектр услуг подросткам и молодёжи. Следует, однако, отметить, что координация между различными социальными секторами, предоставляющими соответствующие услуги, недостаточна, а качество услуг психического здоровья требует значительного улучшения. Несмотря на тревожную ситуацию, связанную с психическим здоровьем и высоким уровнем суицидов среди молодых людей, существует дефицит информации, человеческих ресурсов и системного анализа для того,

чтобы усилить программы психического здоровья для детей и подростков (Детский Фонд ООН в Таджикистане, Колумбийский Университет, 2012).

В Таджикистане традиционно существует настороженно-негативное отношение ко всему, что связано с психическими расстройствами. Это отношение переносится и на службы психического здоровья. Люди, страдая от психических расстройств, обращаются к психиатрам только в крайнем случае, предпочитая лечиться у врачей других специальностей или у народных целителей. Такой стереотип поведения поддерживается и оставшейся в наследство от советской психиатрии системой диспансерного учёта. Требования этой системы таковы, что на практике любое обращение человека к психиатру может в дальнейшем стать препятствием для его трудоустройства или поступления в высшие учебные заведения (ВУЗ), поскольку справку от врача-психиатра до сих пор требуют многие работодатели и ВУЗы. В результате, с одной стороны, пациенты не спешат в психиатрические учреждения, а с другой – психиатры вместо оказания лечебных услуг вынуждены выполнять функции «регистраторов» или «контролёров». Естественно, что при таких условиях более 90% пациентов, попадающих в поле зрения врачей-психиатров – люди с выраженными расстройствами, такими, как параноидная шизофрения, в то время как огромное число людей с невротическими, связанными со стрессом, и эмоциональными расстройствами, (депрессивными, фобическими, личностными расстройствами, расстройствами психической адаптации и др.) вообще в их поле зрения не попадают.

Ограниченная доступность психиатрических и психологических услуг для подростков и молодёжи обусловлена следующими конкретными проблемами:

- 1) Недостаток информации и систематического анализа доступных услуг;
- 2) Недостаток координации между поставщиками услуг в сфере психического здоровья подростков, образовательными учреждениями, службами первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и социальной защиты, а также отсутствие чёткого разделения ролей и ответственности между ними;
- 3) Слабое развитие услуг в сфере психического здоровья на уровне сообществ;
- 4) Недостаток стандартов и профессиональных требований к работе психологов, социальных работников и консультантов в сфере услуг по охране психического здоровья подростков;
- 5) Ограниченный потенциал и слабая мотивация специалистов, предоставляющих услуги психологической помощи и консультирования подросткам;
- 6) Фрагментированный подход и ограниченный набор услуг для подростков мальчиков и девочек, а также проблемы качества существующих услуг;
- 7) Устаревшие учебные материалы, диагностические инструменты, инструкции, протоколы консультирования и психологической помощи в программах до- и последипломного обучения, а также отток обученных специалистов из данной сферы деятельности;
- 8) Слабая система мониторинга, включая мониторинг и анализ данных о случаях суицида;
- 9) Низкий уровень осведомлённости и вовлечения сообщества и равных консультантов, а также негативное отношение к системе охраны психического здоровья среди населения;
- 10) Недостаток серьёзного и систематического анализа социальных детерминант и гендерных аспектов при решении проблем в сфере психического здоровья, а также барьеры к получению информации и услуг подростками и молодыми людьми;

- 11) Низкий уровень поддержки и осведомлённости людей, принимающих решения в семьях, в первую очередь родителей, в отношении проблем психического здоровья.

В настоящее время ЮНИСЕФ в Таджикистане совместно с партнёрами реализует проект, направленный на повышение доступа подростков (девочек и мальчиков) к качественным услугам психологической помощи и консультирования. Проект предусматривает создание модели оказания услуг по охране психического здоровья подросткам с учётом наилучших практик и мирового опыта, адаптированных к условиям Таджикистана. Предполагается, что в рамках данной модели будут предоставляться услуги как профессионального консультирования, так и консультирования по принципу «равный-равному». Модель предусматривает предоставление психологической поддержки и психологического консультирования мальчикам-подросткам и девочкам-подросткам в различных учреждениях с учётом гендерно ориентированных стратегий. В рамках проекта планируется создать систему мониторинга и контроля эффективности модели. Сильная фактическая база должна улучшить качество и целенаправленность пилотных вмешательств, рассчитанных на удовлетворение выявленных потребностей.

С целью сбора релевантной информации для разработки модели, в рамках проекта было проведено исследование (быстрая оценка – далее БО) существующей системы охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения среди лиц подростково-юношеского возраста в Республике Таджикистан. Настоящий отчёт представляет результаты этой оценки.

Для проведения настоящего исследования был привлечён ряд специалистов из сфер образования, здравоохранения, министерства внутренних дел (МВД), а также министерства юстиции (МЮ) РТ. Представителями данных ведомств были озвучены проблемы и трудности, возникающие при осуществлении деятельности по охране психического здоровья и профилактике суицидов среди несовершеннолетних лиц и молодёжи, а также даны рекомендации по их устранению.

Методология исследования

Для оценки системы охраны психического здоровья и профилактики суицида среди подростков и молодёжи в Республике Таджикистан был выбран формат быстрой оценки (БО). Данный вид исследования позволяет: за короткий срок получить необходимые для анализа данные и разработать план действий; эффективно использовать временные и человеческие ресурсы; использовать несколько методов и источников сбора данных для оценки их достоверности; извлечь прикладную пользу данных (Nevin S. Scrimshaw, Gary R. Gleason, 1992).

Цели и задачи быстрой оценки

Целью настоящего исследования была оценка наличия ресурсов в области охраны психического здоровья подростков и молодёжи в проектных регионах РТ и их соответствия потребностям целевых групп населения.

Ключевой задачей было проведение обзора и анализа, существующих данных о системе охраны психического здоровья подростков и молодёжи РТ, а также определение потребностей/нужд вышеназванной системы и ресурсов, необходимых для её усовершенствования. Для выполнения этой задачи был проведён анализ законодательства РТ, как правовой основы для деятельности государственных органов, международных и общественных организаций по охране психического здоровья и профилактике суицида среди подростков и молодёжи РТ; проведён обзор и картирование существующих ресурсов (организаций и услуг) в рамках вышеназванной системы, в том числе в сфере образования, здравоохранения, ювенальной юстиции, а также в структурах ответственных за молодёжь, женщин и семьи, местного муниципалитета (джамоаты, махалинские комитеты и т.п.); проводились индивидуальные и групповые интервью ключевых респондентов, представляющих разные социальные сферы и уровни.

Объект исследования

Общим объектом исследования БО явилась существующая система охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения среди подростков и молодёжи в г. Душанбе и Согдийской области РТ. Также объектами исследования БО являлись: вторичные данные о системе охраны психического здоровья и нормативная база, включая доступные не-конфиденциальные источники; первичные данные, полученные от ключевых респондентов (национальных экспертов, руководителей и ведущих специалистов управлений образования, здравоохранения, ведущих специалистов университетов, институтов повышения квалификации, практических специалистов сферы образования и здравоохранения, подростков, родителей детей, совершивших суицид).

Уровни быстрой оценки и исследования

БО системы охраны психического здоровья подростков и молодёжи РТ охватывала четыре уровня (Рисунок 3): национальный, региональный, уровень организаций и представителей гражданского сообщества (педагоги, психологи, подростки и молодёжь, родители детей, совершивших суицид).



Рисунок 3. Уровни быстрой оценки и исследования

Исследование охватывало оценку следующих сфер: национальная политика в области охраны психического здоровья молодёжи; нормативно-правовая база регулирующая деятельность в области охраны психического здоровья; услуги по охране психического здоровья молодёжи в РТ в системе образования и здравоохранения; система перенаправлений и координационные механизмы; система мониторинга и отчётности в области охраны психического здоровья молодёжи.

Основные методы быстрой оценки

Сбор качественных и количественных данных осуществлялся с использованием следующих методов (WHO): обзор существующих источников данных; анализ законодательства РТ, как правовой основы для деятельности государственных органов, международных и общественных организаций по охране психического здоровья и профилактике суицида среди подростков и молодёжи; картирование организаций и услуг в области охраны психического здоровья подростков и молодёжи; интервьюирование ключевых информаторов и респондентов; групповое интервьюирование, фокус-группы.

Этические принципы быстрой оценки и исследования

Методология проведения быстрой оценки основывалась на общепринятых этических принципах: законность и открытость; безопасность и дружелюбность; добровольность участия.

Законность и открытость

Данное исследование является законным и открытым для всех заинтересованных сторон. В первую очередь были получены необходимые разрешения на проведение данного исследования на государственном национальном уровне, уровне ЮНИСЕФ, региональном и индивидуальном уровнях от всех заинтересованных сторон и участников.

Безопасность

Безопасность исследования обеспечивалась всем вовлечённым в него участникам. Первичная информация, полученная в ходе интервью с родителями, подростками, носит сугубо конфиденциальный, а в некоторых случаях, анонимный характер. Каждый респондент имел право отказаться от исследования на любом его этапе, если он испытывал какую-либо обеспокоенность в отношении его участия или по другим причинам. Сам процесс интервью, а также и другие мероприятия в процессе исследования проходили в дружеской и уважительной атмосфере. Интервьюерам перед началом их деятельности был проведён инструктаж по безопасности.

Добровольность участия

Каждому потенциальному участнику исследования предоставлялась информация о целях и методах исследования; о праве участника отказаться от участия в исследовании на любом его этапе, а также о том, что он может задать любые вопросы, касающиеся самого исследования или его участия в нём. Родственникам и родителям (опекунам) детей, совершивших попытку суицида, с которыми проводилось интервью, предлагалось

заполнить письменное информированное согласие. Также письменное информированное согласие предлагалось заполнить родителям, чьи дети участвовали в фокус-группах и на момент исследования не достигли возраста 18 лет. В подавляющем большинстве случаев, родители соглашались на интервью или участие их ребёнка в фокус-группе, но при условии устного согласия. Отказ от письменного согласия связан со страхом, что информация об их участии в «таком» исследовании может вызвать осуждение со стороны окружающих. В РТ существует выраженная стигма в отношении лиц, совершивших попытку суицида, и лиц, страдающих психическими расстройствами. В связи с этим, исследователи принимали условие родителей.

Ограничения исследования

Ограничения быстрой оценки как метода связаны с его качественным, а не количественным характером. Например, быстрая оценка обнаруживает недостаточную доступность психологических услуг, но не может ответить на вопрос, сколько дополнительно требуется психологов. Целью БО является обнаружение проблем, которые далее должны быть исследованы другими методами. Также данный метод не предполагает более глубокого исследования психологических состояний (систему мотивов, психологические последствия кризисных состояний и т.п.) таких ключевых групп респондентов, как например, подростки или родители. Для решения вышеуказанных задач необходимо проведение других исследований, что может быть возможным в случае инициации этих исследований после завершения данного проекта.

Одними из главных ограничений, кроме прочего, настоящего исследования являлись: ограниченные временные рамки для исследования; отсутствие некоторых законодательных документов и статистической информации, документов, определяющих виды помощи целевым группам (методические инструкции, протоколы лечения); отказ некоторых родителей от письменного информированного согласия на участие ребёнка в фокус-группах, обоснованный опасениями негативных последствий (в таких случаях родители давали устное согласие); некоторые организационные моменты (изменения изначально утверждённой методологии исследования перед началом его выполнения, ограничения в финансировании). Тем не менее, мы считаем, что вышеуказанные факторы оказали незначительное влияние и в целом не повлияли на качество исследования.

Результаты исследования

Национальная политика в области охраны психического здоровья

Республика Таджикистан, как светское государство большое внимание уделяет здоровью своих граждан. Так, например, РТ является участником более 60 международных договоров, признающих право на здоровье (ВОЗ, 2015). Статья 38. Конституции Таджикистана, принятой в 1994 году, гласит: «Каждый имеет право на охрану здоровья. Каждый, в рамках, определённых законом, пользуется бесплатной медицинской помощью в государственных учреждениях здравоохранения. Государство принимает меры по оздоровлению окружающей среды, развитию массового спорта, физической культуры и туризма. Другие формы оказания медицинской помощи определяются законом».

Основными стратегическими документами определяющими тем или иным образом направления деятельности государства в сфере молодёжной политики и охраны здоровья молодёжи являются: Национальная стратегия здоровья населения РТ на период 2010-2020 годы; Национальная программа формирования здорового образа жизни в РТ на период 2011-2020 годы; Национальная Программа по искоренению наихудших форм детского труда в РТ на 2015-2020 годы; Стратегия государственной молодёжной политики в РТ до 2020; Государственная программа по предупреждению насилия в семье на 2014-2023 годы; Национальная стратегия активизации роли женщин в РТ на 2011-2020 годы; Национальная стратегия развития образования РТ до 2020 года.

В РТ органом, определяющим политику в сфере охраны здоровья населения является Министерство здравоохранения и социальной защиты населения (МЗСЗН). В стране регулярно разрабатываются и утверждаются стратегические документы по различным направлениям здравоохранения. Так, в настоящее время в Таджикистане действует Национальная стратегия здоровья населения РТ на период 2010-2020 годов. Стратегия, в частности говорит о том, что «...психоневрологические расстройства составляют состояния, от которых потери в продолжительности и качестве жизни в Таджикистане существенно выше, чем в сопоставимых странах региона Европейского регионального бюро ВОЗ (ЕРБ ВОЗ)». Тем не менее, в настоящее время в Таджикистане не имеется единого специфического документа, декларирующего политику в области охраны психического здоровья.

В стране функционируют две службы МЗСЗН, в задачи которых входит охрана психического здоровья: наркологическая, занимающаяся психическими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) и собственно психиатрическая, в сферу ответственности, которой входят все остальные расстройства раздела F (психические и поведенческие расстройства) международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10).

Наркологическая служба

В сфере наркологии имеются отдельные документы, которые могут быть отнесены к элементам политики. Прежде всего, это три Конвенции ООН¹, к которым РТ присоединилась в 1996 году. В соответствии с требованиями названных Конвенций, в 1999 году в стране был создан орган, определяющий государственную политику в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров – Агентство по контролю за наркотиками при Президенте РТ. Агентство регулярно разрабатывает планы

¹ Конвенция ООН 1961г. «О наркотических средствах»; Конвенция ООН 1971г. «О психотропных веществах»; Конвенция ООН 1988г. «О борьбе с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров».

деятельности в рамках своей компетенции. Большая часть этих документов касается вопросов снижения поставок нелегальных веществ, однако небольшая часть означенных в них мероприятий затрагивает и вопросы профилактики употребления наркотических и психотропных веществ.

Наркологическая служба совместно с Национальным Центром мониторинга и профилактики наркомании МЗСЗН, в свою очередь, также разрабатывает стратегические планы профилактики и лечения расстройств, связанных с употреблением ПАВ. В частности, была принята Национальная программа по профилактике распространения наркомании и совершенствованию наркологической помощи в РТ на 2013-2017 годы².

Функционирует межведомственный орган, координирующий взаимодействие различных министерств и ведомств – Координационный совет по профилактике злоупотребления наркотиками. В него входят силовые министерства и ведомства, а кроме того, МЗСЗН, Министерство образования, Министерство труда, Министерство культуры, Министерство юстиции, Комитеты по делам молодёжи спорта и туризма, по делам женщин и семьи. Возглавляет совет заместитель премьер-министра страны. В рамках деятельности этого органа разрабатываются и принимаются программы, носящие комплексный характер. Примером являлась Единая Государственная целевая программа профилактики наркомании, и противодействию незаконному обороту наркотиков в РТ на 2008-2012 годы, которая интегрировала в себя задачи всех заинтересованных структур.

Недостатком всех названных программ является отсутствие механизмов внешней независимой оценки их результатов.

Психиатрическая служба

В рамках психиатрической службы документов, определяющих политику охраны психического здоровья, разработано не было. В 2009 году, после опубликования отчёта ИОСПЗ (Инструмент оценки систем психического здоровья) ВОЗ «Система охраны психического здоровья в Республике Таджикистан», была предпринята попытка разработки стратегии охраны психического здоровья на период 2010-2015 годов. Из числа представителей психиатрической службы Министерства здравоохранения была создана рабочая группа, которая при технической поддержке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) разработала черновой вариант стратегии. Однако этот документ так и не был принят. Со слов одного из членов рабочей группы – представителя службы психического здоровья, процедура принятия этого документа затянулась по техническим причинам.

Программа психического здоровья не была включена в список ключевых приоритетов Национальной стратегии развития на 2016-2030 годы. В Национальной стратегии здоровья населения РТ на период 2010-2020 годов вопросы психического здоровья представлены следующим образом:

- В контексте обеспечения психоэмоционального благополучия детей и подростков в рамках первичной медико-санитарной помощи (ПМСП);
- В контексте разработки и внедрения к 2012 году Программы подготовки и сертификации медицинских психологов из студентов Таджикского государственного педагогического университета (ТГПУ) и Таджикского государственного медицинского университета (ТГМУ) с целью оказания эффективной помощи ВИЧ-инфицированным лицам и их семьям, людям с проблемами психического здоровья и молодёжи с рискованным поведением, а

² http://mmmpn.tj/rus/index.php?option=com_content&view=article&id=72:-2013-2017-&catid=41:2013-01-29-10-58-01&Itemid=63

также введения специальности «медицинский психолог-консультант» в реестр профессий;

- В контексте изменения подходов к ведению больных хроническими заболеваниями: «Профессиональное мышление медиков будет направлено на управление хроническими болезнями, то есть на профилактику заболеваемости. Достижение целей будет проведено развитием семейной медицины. Спорадические визиты пациента будут заменены разработкой плана ведения хронического больного, включая установленным графиком периодичности приёма врачом и средним медицинским работником, при необходимости специалистом узкого профиля. Акцент будет сделан на непрерывный самоконтроль пациентом своего самочувствия и продуманные действия во избежание и при наступлении кризиса. Заметное место займёт целенаправленная информационно-разъяснительная работа по «мирному сосуществованию» со своим недугом. Длительная мотивационная поддержка станет главным направлением лечебно-профилактической помощи. Она будет налажена под эгидой врача семейной медицины и с опорой на семейно-бытовую среду и местное социальное окружение пациентов-хроников».

В опубликованном на официальном сайте МЗСЗН РТ отчёте №4 Совместного ежегодного обзора реализации «Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 гг.», который охватывает период 2013-2014 годов, информации о реализации приведённых выше пунктов Стратегии не содержится (МЗСЗН РТ, 2017).

В отсутствие каких-либо значительных реформ в сфере охраны психического здоровья, психиатрическая служба в Таджикистане функционирует, опираясь на принципы и подходы, которые использовались в советский период. Следует отметить, что некоторые структурные изменения в системе охраны психического здоровья всё же имели место: в 90-х годах XX века произошло значительное сокращение числа стационарных психиатрических коек, что позволило высвободить значительные ресурсы. Однако никаких альтернативных услуг создано не было.

Психиатрическая помощь на сегодняшний день финансируется только из национального бюджета, но уровень этого финансирования вызывает вопросы. Так, 31 мая 2012 года на встрече с журналистами в Душанбе специальный докладчик ООН по вопросу о праве человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья Ананд Гровер выразил обеспокоенность тем, что в стране нет национального плана по вопросам психического здоровья, правительство на данный момент выделяет на службы психического здоровья около 1,5% от общих затрат на здравоохранение, причём, около 50% этих средств направляется в клиники³. В упомянутом выше отчёте ИОСПЗ ВОЗ «Система охраны психического здоровья в Республике Таджикистан» приводятся схожие данные: 1% и 84% соответственно (WHO, 2009). По словам специалистов из системы охраны психического здоровья, за последние годы значимых изменений в финансировании сектора охраны психического здоровья не произошло.

Специальный докладчик ООН Ананд Гровер отдельно заявил о стигме и дискриминации: «В Таджикистане не изменилась стигма в отношении психических больных. Подробности регистрации больного становятся достоянием работодателей, учебных заведений, других государственных учреждений»⁴.

³ Подробности: <https://regnum.ru/news/medicine/1537320.html>

⁴ <https://rus.ozodi.org/a/24599294.html>

Нормативно-правовая база, регулирующая деятельность в области охраны психического здоровья и профилактики суицидов среди молодёжи

В РТ существует ряд законов и подзаконных актов, регулирующих деятельность в сфере психического здоровья. С перечнем этих документов можно ознакомиться в разделе «Список законов и других нормативно-правовых документов». В этой главе будут рассмотрены наиболее значимые из них с точки зрения целей настоящего исследования.

Кодекс здравоохранения РТ

На сегодняшний день единым законом, регулирующим вопросы охраны здоровья в целом и охраны психического здоровья в частности, является Кодекс здравоохранения РТ (КЗ РТ), вступивший в силу 30 мая 2017 года.

Правовые нормы, закреплённые в КЗ РТ регулируют принципы государственной политики в области здравоохранения (ст.3), устанавливают право граждан на охрану здоровья, социальное обеспечение в случае болезни, инвалидности и утраты трудоспособности, на санаторно-курортное лечение и пользование оздоровительными учреждениями, на информацию о состоянии здоровья и факторах, влияющих на здоровье, на возмещение ущерба, причинённого их здоровью, право матери на охрану здоровья, право детей на охрану здоровья (ст. 36, 38, 40, 46, 45,39.). В КЗ РТ установлена обязанность в отношении лиц, вступающих в брак, по прохождению обязательного медицинского обследования (ст.51); регламентированы репродуктивные права подростков и молодёжи, их защита и гарантии реализации (п.3, ч 2. ст. 84, ст. 88). Кодексом предусматриваются обязательные медицинские осмотры и вакцинация детей (ст. 95). Также в настоящий Кодекс включены вопросы формирования здорового образа жизни (ст. 104).

КЗ РТ заменил собой существовавшие ранее Закон «Об охране здоровья населения» и ещё 15 законов, включая законы «О психиатрической помощи» и «О наркологической помощи». В отношении психического здоровья населения в КЗ РТ отведена глава 25.

Анализ показывает, что глава 25 КЗ РТ фактически представляет собой редуцированный старый Закон «О психиатрической помощи» с некоторыми изменениями. Так, в главу 25 КЗ РТ «Оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами» не включён ряд статей, имевшихся в законе «О психиатрической помощи», которые регламентировали: принципы оказания психиатрической помощи; непринудительность обращения за психиатрической помощью; обязательство по сохранению врачебной тайны; согласие на лечение и отказ от лечения; первичное психиатрическое освидетельствование; задачи лечебно-профилактических учреждений, оказывающих амбулаторную и стационарную психиатрическую помощь; виды амбулаторной психиатрической помощи; диспансерное наблюдение; меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи; процедуру выписки из психиатрического стационара; обязанности администрации и медицинского персонала; перевод в другие учреждения и выписка лица из психоневрологического учреждения органов социальной защиты. Таким образом, глава 25 КЗ РТ не регламентирует напрямую многие вопросы предоставления психиатрической помощи, вместо этого ссылаясь на подзаконные акты.

В самом тексте рассматриваемой главы КЗ РТ есть некоторые неясности. В частности, это касается диагностики психических расстройств. Вопрос диагностики психического расстройства является важным, поскольку установление такого диагноза влечёт за собой не только медицинские, но, в ряде случаев, и юридические последствия. Согласно статье 176 КЗ РТ, «...диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и классификацией». При этом нет

чётких указаний на то, в чью компетенцию входит установление диагноза психического расстройства. Статья 182 КЗ РТ «Учреждения и лица, оказывающие медико-психиатрическую помощь» гласит:

- 1) Медико-психиатрическую помощь оказывают психиатрические (психоневрологические) учреждения независимо от форм собственности в тесном сотрудничестве с местными службами ПМСП и службами социальной защиты в порядке, установленном настоящим Кодексом и другими нормативными правовыми актами РТ.
- 2) Право на диагностику психических расстройств, лечение депрессивных состояний имеют специалисты семейной медицины в области первичной медицинской помощи, прошедшие специальную подготовку в порядке, установленном уполномоченным государственным органом в сфере здравоохранения.
- 3) Установление диагноза психического расстройства, принятие решения и дача заключения для судебного рассмотрения вопроса об оказании медико-психиатрической помощи в недобровольном порядке является исключительным правом комиссии врачей-психиатров.

Формулировки приведённой статьи размыты, и смысл их ускользает от понимания.

Возникают следующие вопросы:

- Является ли установление диагноза психического расстройства исключительным правом комиссии врачей – психиатров только в случае судебного рассмотрения вопроса об оказании медико-психиатрической помощи в недобровольном порядке?
- Каковы границы компетенции специалиста семейной медицины в диагностике и лечении психических расстройств?
- В чём именно проявляется тесное сотрудничество психиатрической службы с местными службами первичной медико-санитарной помощи и службами социальной защиты?

Глава 11 КЗ РТ «Семейная медицина» ответов на эти вопросы также не даёт. Поэтому чёткие и однозначные ответы на эти вопросы должны быть прописаны в подзаконных нормативных документах.

Глава 26 КЗ РТ регламентирует оказание медико-социальной помощи больным наркологическими заболеваниями. Данная глава также является сокращённым вариантом утратившего силу Закона РТ «О наркологической помощи» №67 от 8.12.2003г. с некоторыми изменениями и дополнениями. Необходимо отметить применение в данной главе КЗ РТ некорректных терминов (наркомания, токсикомания, наркоман, токсикоман, алкоголик и т.п.), которые, не соответствуют принятой в МКБ-10 терминологии, носят к тому же выраженный оттенок стигмы. В то же время, в данной главе есть чёткое указание на то, что «Лицо может быть признано алкоголиком, токсикоманом и наркоманом только на основании решения комиссии врачей специализированного учреждения здравоохранения».

Во всём тексте КЗ РТ какие-либо упоминания о проблеме суицида и, соответственно, о профилактике суицидального поведения отсутствуют.

Другие нормативные правовые акты в сфере охраны психического здоровья

В процессе исследования было выяснено, что в сфере охраны психического здоровья в РТ приняты и действуют ряд подзаконных нормативных актов. Все эти акты были разработаны и приняты до введения КЗ РТ.

Среди этих документов в первую очередь следует упомянуть имеющий специальную направленность на профилактику суицидов Приказ Министерства

здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (МЗСЗН РТ) «Об усилении мер по предупреждению актов самоубийства» от 14 июля 2015 года №633/1. В данном нормативно-правовом акте в виде приложений, содержатся рекомендательные инструкции «о симптомах психиатрических расстройств групп населения, подверженных высокому риску самоубийств» и «для врачей по предупреждению суицидального поведения». В инструкциях даётся перечень (см. Приложение 1. Приказ МЗСЗ РТ от 14 июля 2015 года «Об усилении мер по предупреждению актов самоубийства» с приложениями) групп лиц, которые необходимо рассматривать как группы риска в отношении суицидальных намерений, указаны стадии суицидального поведения, а также рекомендации по предупреждению суицидальных действий врачами учреждений системы здравоохранения. В частности, в случаях выявления суицидального поведения, в течение 24 часов должны быть уведомлены Главный врач психиатрического учреждения и органы внутренних дел по месту совершения суицида, либо его попытки. Врачам-психиатрам рекомендуется уделять особое внимание пациентам с суицидальными мыслями, заводить контрольные листы на таких лиц и организовывать постоянный присмотр за лицами, совершившими попытку суицида. Все лица, совершившие попытку суицида должны проходить обязательное медицинское обследование у врача психиатра, он же участвует в принятии решения о выписке таких пациентов из медучреждения. На психиатрический диспансерный учёт такие пациенты ставятся в случае, если у них обнаруживается психическое расстройство. В случае прохождения лечения лица после совершения суицидальной попытки в течение 10 дней после получения выписки (имеется ввиду выписка учреждения, где человек, совершивший попытку суицида, лечился), местный врач психиатр должен принять решение о взятии на психиатрический учёт лица, совершившего суицидальную попытку. Лица, совершившие попытку суицида, не входящие в группу психически больных, на учёт не берутся. Врач психиатр также обязан проводить с членами семьи лица, совершившего попытку суицида «комплекс профилактических мер», однако в чём эти меры заключаются в инструкции не указано. Учитывая дефицит кадров в сфере охраны психического здоровья, а также нежелание родственников афишировать факт суицида из-за социальной стигмы, последующего взятия на психиатрический учёт и возможного возбуждения уголовного дела, можно сделать вывод о том, что требования инструкций не всегда и не везде выполнимы. В рекомендательных инструкциях нет описания симптомов, при наличии которых можно поставить диагноз «Депрессивный эпизод/расстройство» или «Суицидальная активность».

Кроме вышеназванного приказа в сфере охраны психического здоровья в РТ действует ряд инструкций и положений, утверждённых Приказом Министерства здравоохранения «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи». Данный приказ ввёл в действие ряд нормативных документов, которые имеют специфический характер (см. Приложение 2. Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан №54 от 9 февраля 2001 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи»). В них даны подробные указания по каждодневной рутинной деятельности сотрудников психиатрической службы. Большинство из названных инструкций были согласованы с Генеральной прокуратурой (ГП) и МВД РТ. Несмотря на то, что этот пакет нормативных документов был принят даже

раньше Закона РТ «О психиатрической помощи» и с тех пор не менялся, фактически именно он в настоящее время является определяющим в деятельности врачей-психиатров. В этих документах есть два пункта, касающиеся профилактики суицида в психиатрическом стационаре. Вопросы профилактики суицида среди общего населения или каких-либо специфических групп населения в них не отражены.

В связи с принятием КЗ РТ легитимность всех имеющихся положений и инструкций, касающихся деятельности психиатрических служб оказалась под вопросом. Более того, на наш взгляд процедуры, затрагивающие права пациентов, не могут регламентироваться только ведомственной инструкцией, а требуют своего отражения в КЗ РТ.

Нормативные акты, регламентирующие участие специалистов семейной медицины в вопросах охраны психического здоровья

Основным нормативным актом, непосредственно регламентирующим деятельность служб семейной медицины в РТ, является Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан № 584 от 31.10.2005 г. «Об утверждении нормативно-правовой базы семейной медицины». Приложение 1 к названному приказу – Квалификационная характеристика врача общей практики (семейного врача) (ВОП/СВ) устанавливает квалификационные требования к данным специалистам. Согласно этим требованиям, кроме прочего, ВОП/СВ должен владеть знаниями, умениями и практическими навыками по психологии и психиатрии.

В данном документе недостаточно ясно определено то, как семейный врач должен определять границы своей компетенции в вопросах, связанных с психическим здоровьем; какие методы использовать для выявления депрессивных расстройств и суицидальных тенденций и каковы его действия при их выявлении; каков порядок взаимодействия семейного врача с психиатрическими службами.

Вопросы вызывает также некорректная терминология, использованная в документе. Термины «наркомания», «токсикомания», «психопатия» не соответствуют диагностическим категориям МКБ-10, принятой в стране.

В ходе интервью представитель Центра семейной медицины указал на то, что в настоящее время уже разработаны клинические протоколы, которые дают ответы на эти вопросы. Протоколы находятся на стадии рассмотрения в МЗСЗН и должны быть утверждены в ближайшее время.

Законодательство в сфере ювенальной юстиции в РТ

В стране не имеется отдельного закона по вопросам ювенальной юстиции. Правовой основой ювенальной юстиции являются Уголовный кодекс (УК), Уголовно-процессуальный кодекс (УПК) и Кодекс исполнения уголовных наказаний (КИУН). Однако Национальное законодательство и политика Таджикистана за последние годы претерпели значительные позитивные изменения касательно правосудия в отношении лиц несовершеннолетнего возраста. Распоряжением Президента РТ от 3 апреля 2013 года был утверждён Национальный план РТ по реализации рекомендаций государств – членов Совета ООН в связи с Универсальным периодическим обзором Республики Таджикистан по правам человека на 2013-2015 годы. Пункт 38 Национального плана посвящён вопросам ювенальной юстиции. Реформы в системе ювенальной юстиции также предусмотрены в Плане мероприятий по противодействию пыткам (по рекомендациям Комитета против пыток ООН и Специального докладчика ООН по пыткам и другим жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения и наказания Хуана Мэндеса) и в Программе судебно-правовой реформы в РТ на 2015-2017 годы от 5 января 2015 года. В МЮ отдел по ювенальной юстиции был создан в марте 2011 года. В

октябре 2009 года Комиссией при Правительстве по правам ребёнка был принят Национальный план действий по реформированию системы ювенальной юстиции на период 2010-2015 годов. В настоящее время пункты Национального плана практически выполнены, а некоторые пункты утратили свою актуальность.

В целях выполнения указанного Национального плана и совершенствования законодательства, регулирующего систему правосудия в отношении детей, были внесены изменения и дополнения в Семейный, Уголовный, Уголовно-процессуальный кодексы (УПК), Кодекс исполнения уголовных наказаний (КИУН) и в другие нормативные правовые акты. Также были приняты законы «О порядке и условиях содержания под стражей подозреваемых, обвиняемых и подсудимых», «Об ответственности родителей за обучение и воспитание детей», «О предупреждении насилия в семье», «Об образовании» и «О защите прав ребёнка», и в них предусмотрены положения в сфере правосудия в отношении детей в соответствии с международными нормами и стандартами. В вышеуказанных нормативных правовых актах предусмотрены следующие важные гарантии относительно защиты прав ребёнка в системе правосудия в отношении детей:

- во время допроса детей присутствие адвоката, законного представителя и педагога (психолога) обязательно;
- допрос подозреваемого, обвиняемого несовершеннолетнего не может проводиться более 2-х часов подряд без перерыва и по совокупности не более 4-х часов в день;
- медицинский осмотр ребёнка проводится при приёме в любое место изоляции от общества;
- минимальный возраст для уголовного преследования определён с 14 лет;
- окончательный срок расследования уголовного дела в отношении лиц несовершеннолетнего возраста установлен до 6 месяцев;
- максимальный срок лишения свободы несовершеннолетнего установлен до 12 лет.

В настоящее время разработан новый проект Программы реформирования системы правосудия в отношении детей на 2017-2021 годы. Данная Программа направлена на выполнение положений Конвенции ООН по правам ребёнка, основных на международных нормах и стандартах по ювенальной юстиции, и соответствующих рекомендаций в сфере правосудия в отношении детей предоставленных договорными органами ООН и Советом ООН по правам человека для РТ. Цель Программы состоит в приведении законодательства и практики в сфере правосудия в отношении детей в соответствие с международными нормами и стандартами, и для создания системы для детей в конфликте с законом и детей являющихся свидетелями или жертвами преступлений и насилия. Настоящая Программа обеспечит надлежащее отношение к детям, уважающее их права и достоинство, а также будет способствовать снижению уровня правонарушений и сокращению совершения повторных правонарушений среди детей, эффективно реагируя на потребности каждого ребёнка в отдельности.

Согласно статьи 32 Закона «О порядке и условиях содержания под стражей подозреваемых, обвиняемых и подсудимых» несовершеннолетним подозреваемым, обвиняемым и подсудимым создаются улучшенные материально-бытовые условия, организуется специализированное медицинское обслуживание и устанавливаются повышенные нормы питания, определяемые Правительством. Такие условия включают в себя: ежедневные прогулки продолжительностью не менее двух часов; возможность для физических упражнений, спортивных игр и проведения досуга; демонстрация кинофильмов и просмотр телепередач; условия для получения общего среднего образования. Согласно статьи 68 данного Кодекса материально-бытовое обеспечение и медицинское обслуживание осуждённых к аресту осуществляется в соответствии с

нормами, установленными для лиц, отбывающих наказание в тюрьмах, а несовершеннолетним осуждённым – в соответствии с нормами, установленными для несовершеннолетних, отбывающих наказание в воспитательных колониях. В исправительных учреждениях устанавливается раздельное содержание мужчин и женщин, несовершеннолетних и взрослых (статья 78 Кодекса исполнения уголовных наказаний).

Следует отметить следующий ряд положительных тенденций в области ювенальной юстиции (ЮЮ) в РТ. Верховный суд РТ постановил, что дела с участием несовершеннолетних рассматриваются заместителями председателя суда. Специализированные судьи для рассмотрения дел несовершеннолетних были назначены, по крайней мере, в 23 судах республики.

При поддержке ЮНИСЕФ были созданы 7 дружелюбных к детям кабинетов в районных судах. Четыре из них оснащены техникой для записи и трансляции бесед с ребёнком. Впервые в колонии для несовершеннолетних была введена штатная единица психолога.

Законодательство в сфере кризисных вмешательств в отношении подростков и молодёжи, находящихся в жизненной кризисной ситуации в РТ

Действующее законодательство РТ не знакомо с термином «кризисное вмешательство». Вместе с тем, в законодательстве РТ нет положений, препятствующих проведению такого вмешательства, а некоторые положения можно расценивать, как основания для проведения такого вмешательства:

- Статья 43 Кодекса Здравоохранения РТ содержит следующее положение: «граждане и их законные представители имеют право отказаться от предоставляемого обследования и лечения, за исключением беременных женщин и несовершеннолетних».
- Статья 185 (Основания для госпитализации в психиатрический стационар) того же Кодекса, предусматривает возможность госпитализации и помещения в психиатрическую больницу при наличии «у лица психического расстройства, требующего обследования или лечения, которые не могут быть проведены в амбулаторных (внебольничных) условиях».
- В 2017 году Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ включили в план по репродуктивному здоровью специальное положение о кризисном вмешательстве, которое касается подростков и молодёжи.
- В ст. 4 Закона РТ «О защите прав ребёнка» задекларировано оказание ребёнку психологической помощи, что также является основанием для кризисного вмешательства в отношении несовершеннолетних находящихся в кризисной жизненной ситуации⁵.
- Статья 13 Закона РТ «Об ответственности родителей за обучение и воспитание детей», предписывает физическим и юридическим лицам уведомлять госорганы «в случаях, когда ребёнок не охвачен обучением и воспитанием, при совершении им противоправных действий, а также при определении обстоятельств, угрожающих его жизни и здоровью...».

Законодательство иных отраслей (образование, правоохранительные органы), в большинстве случаев содержит только общие положения, предусматривающие возможность оказания медико-психологической помощи.

⁵ Закон Республики Таджикистан от 7 января 2015 года, № 1723 «О защите прав ребёнка» (в редакции Закона РТ от 02.01.2018г, №1489).

Рекомендательная инструкция о симптомах психиатрических расстройств групп населения подверженных высокому риску самоубийств

Поскольку Приказ «Об усилении мер по предупреждению актов самоубийства» практически является единственным законодательным документом в системе здравоохранения, имеющим специальную направленность на профилактику суицидального поведения, крайне важным представляется анализ инструкций данного приказа. Пункт № 1 настоящего Приказа декларирует следующее: «Утвердить «Рекомендательную инструкцию о симптомах психиатрических заболеваний групп населения подверженных высокому риску самоубийств» и «Рекомендательную инструкцию для врачей по предупреждению суицидального поведения» (приложение 1 и 2)» (см. Приложение 1. Приказ МЗСЗ РТ от 14 июля 2015 года «Об усилении мер по предупреждению актов самоубийства» с приложениями).

«Рекомендательная инструкция о симптомах психиатрических расстройств групп населения подверженных высокому риску самоубийств» «предназначена в качестве рекомендации для врачей всех направлений с целью определения симптомов психиатрических заболеваний групп населения, подверженных высокому риску самоубийств». По сути данная инструкция должна являться основным диагностическим инструментом, с помощью которого врачи различных специальностей должны уметь определять симптомы суицидальной активности у лиц разных нозологических групп.

Симптомы – это внешние признаки того или иного заболевания или расстройства. Под фразой «Психиатрические заболевания групп населения, подверженных высокому риску самоубийств» скорее всего, понимаются те психические расстройства, которые представляют наибольший риск в плане суицидальной активности. Следовательно, основная форма данной инструкции должна носить дескриптивный характер, т.е. описывать внешние признаки, которые являются специфическими и облигатными (обязательными) для суицидального поведения, и которые в тоже время являются характерными для всех психических расстройств, имеющих или предполагающих суицидальную активность.

Второе, что должна описывать данная инструкция – это дополнительные специфические симптомы, которые характерны для различных видов психических расстройств, имеющих или подтверждающих повышенную суицидальную направленность на момент осмотра пациента/клиента. Описание симптомов должно быть подробным, классифицированным (с описанием типологии суицидальных проявлений), многоосевым, т.е. описывать различные психические сферы (эмоциональную сферу, когнитивную сферу, моторную сферу, поведенческую сферу, сферу сознания) и понятным, поскольку они рассчитаны на все врачебные специальности, а не только на врачей-психиатров. Помимо облигатных симптомов, свидетельствующих о суицидальной активности и симптомов различных психических расстройств, предполагающих суицидальную активность, в инструкции в обязательном порядке должны быть описаны: концепция суицидального поведения; факторы суицидальной активности; (клинические, психологические, социально-демографические и пр.); мотивы и поводы суицидального поведения; особенности постсуицидального периода (типы постсуицидальных состояний, динамика постсуицидальных периодов).

В настоящей Инструкции нет никакого описания обязательных симптомов суицидальной активности. Вместо этого есть описания групп населения, подверженных высокому риску самоубийств. Указаны три группы населения, подверженных высокому риску самоубийства: «а) психиатрические больные; б) больные подверженные двойным психическим расстройствам и в) лица, здоровые с точки зрения психического здоровья».

В связи с этим, представляется важным факт, что наиболее уязвимой группой в плане превалентных рисков – распространённости случаев суицидальных попыток, являются лица, имеющие невротические, связанные со стрессом и эмоциональные расстройства. На втором месте по частоте случаев попыток суицида находятся лица, имеющие психические расстройства психотического уровня. И на третьем месте – психически здоровые лица. В связи с этим представляется целесообразным структурирование данной инструкции по вышеуказанным трём нозологическим группам. Необходимо отметить тот факт, что в настоящей инструкции категория пограничных психических расстройств (невротических, связанных со стрессом и эмоциональных расстройств и пр.) не отражена вовсе и требует своего внесения в данный диагностический инструмент.

В инструкциях отсутствует информация о факторах суицидальной активности и мотивах суицидального поведения. Используемая терминология не всегда носит клинический характер, а названия нозологий (заболеваний), и во многих случаях симптомов, часто не соответствуют терминологии МКБ-10⁶, которая является в РТ основным документом для постановки диагноза того или иного психического расстройства. Например, в первом разделе данного документа используется термин «психиатрические больные», который не является корректным и клинически верным. Есть клиническое понятие «психически больной» или «душевнобольной», т.е. больной с врождённым или приобретённым расстройством психической деятельности.

Первый раздел «Группы населения подверженных высокому риску самоубийств» настоящей инструкции описывает следующие виды психических расстройств, предполагающие риск повышенной суицидальной активности:

- «- на начальных стадиях различных видов шизофрении. Суицидальные действия больных на данных стадиях преимущественно проявляются с симптомами психоза (паника, фобии, бред, галлюцинации, депрессия, и др.), а также связаны с проявлением симптомов изменения личности». В этой связи, важно отметить, что для начальных стадий шизофренических расстройств повышенная суицидальная активность не является характерной. Также необходимо отметить, что утверждение «Суицидальные действия больных на данных стадиях преимущественно проявляются с симптомами психоза (паника, фобии, бред, галлюцинации, депрессия, и др.), а также связаны с проявлением симптомов изменения личности» некорректно и неверно с клинической точки зрения. Также неверно утверждение, что «суицидальные действия ... связаны с проявлением симптомов изменения личности».
- «- параноидная шизофрения с галлюцинациями преследования (императивными), бред (надуманный) и действительный». Данное утверждение также является некорректным и клинически неверным. Параноидная шизофрения с бредом преследования не обязательно предполагает суицидальную активность. Если речь идёт о суицидальных симптомах в рамках данного психического расстройства, то в этом случае инструкция должна описывать специфические симптомы параноидной шизофрении, свидетельствующие о суицидальной активности, а не ограничиваться только названием психического расстройства.
- «- при эпилепсии...»; «- при алкогольном психозе...»; «- на стадии маниакально-депрессивного психоза»; «- при инволюционной депрессии и инволюционном параноиде»; «- при различных видах реактивного психоза». Во всех

⁶ Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Всемирная Организация Здравоохранения. Россия, Санкт-Петербург «Оверлайд», 1994, 304 с.

вышеуказанных случаях настоящей инструкции обозначены только виды психических расстройств и в основном психотического уровня, без описания симптомов суицидальной активности. Более того используются названия расстройств, которые не используются в современной классификации болезней (МКБ-10), например, «маниакально-депрессивный психоз».

В следующем подразделе «б) больные подверженные двойным психическим расстройствам» также перечислены ряд заболеваний без описания суицидальных симптомов. Более того, в некоторых случаях указаны диагнозы, которые не соответствуют критериям сопутствующих или «двойных психических расстройств» и очень сложные для понимания, например, «двойные соматогенные психические расстройства с невротическими реакциями и аффективными расстройствами вместе с соматическими заболеваниями».

Подраздел «в) лица, здоровые с точки зрения психического здоровья» возможно имеет название «Психически здоровые лица»⁷. В данном разделе указаны три категории лиц не имеющих психических расстройств, но, как и в предыдущих случаях, в данном разделе отсутствует какое-либо описание симптомов, характерных для указанных заболеваний и свидетельствующих о наличии повышенной суицидальной активности.

Третий раздел настоящей инструкции описывает типологию суицидального поведения. Необходимо отметить, что данный раздел крайне ограниченно и фрагментарно перечисляет типологию суицидального поведения без описания представленных типов суицидального поведения.

Четвёртый раздел настоящей инструкции «Внезапные случаи – суицидальное поведение во время нарушения сознания, под влиянием ложной мании (императивные галлюцинации) и прочего» ограничивается только названием, без какого-либо описания и, по сути, относится к разделу типологии суицидального поведения. Используются некорректные термины («помутнения рассудка» и т.п.).

Пятый раздел настоящей инструкции описывает пресуицидальный период (пресуицид). Для того, чтобы специалист мог диагностировать пресуицидальный период, он в обязательном порядке должен знать внутренние формы суицидального поведения и их континуум. Данный раздел ограничен перечислением названий четырёх «видов действий», и в разделе отсутствуют описания пресуицидального периода, а также внутренних форм суицидальной активности.

Рекомендательная инструкция для врачей по предупреждению суицидального поведения

Настоящая инструкция «предназначена в качестве рекомендации для врачей психиатров на всех уровнях лечебных учреждений и других врачей связанных областей для предупреждения суицидального поведения»⁸. Был проведён анализ данного документа и определены следующие замечания. В инструкции отражены рекомендации по предупреждению суицидальных действий врачами учреждений системы здравоохранения. Данный документ, представленный тринадцатью рекомендациями, в основном ориентирован на врачей-психиатров и на профилактику суицидального поведения среди лиц, состоящих на психоневрологическом учёте, или впервые

⁷ Данный документ («Рекомендательная инструкция о симптомах психиатрических расстройств групп населения подверженных высокому риску самоубийств») опубликован только на таджикском языке и переведена на русский язык для служебного использования настоящего исследования (быстрой оценки).

⁸ Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (МЗСЗН РТ) «Об усилении мер по предупреждению актов самоубийства» от 14 июля 2015 года № 633/1.

обратившихся за помощью в психиатрические учреждения. В некоторых разделах документ носит неопределённый характер без чётких инструкций к конкретным пошаговым действиям в отношении лиц, имеющих признаки суицидальной активности.

В инструкции отсутствует раздел «введение», где должны даваться определения понятию «профилактика», а также описаны основные принципы и виды профилактики. В инструкции термин «профилактика» заменён термином «предупреждение», что не совсем верно с клинической точки зрения. Все представленные положения не содержат рекомендации по первичной, вторичной и третичной профилактике суицидального поведения. Нет описания мер первичной профилактики, предполагающих предупреждение возникновения и воздействия факторов риска развития суицидальной активности у здоровой части населения. Также не отражены меры вторичной профилактики с лицами, которые представляют собой группу риска по профилю суицидальной активности и суицидального поведения. Нет описания мер по третичной профилактике – реабилитации лиц, совершивших попытку суицида, и членов их семьи в постсуицидальный период с целью предотвращения повторной попытки суицида.

Анализ раздела 2 «Рекомендации специалистам по предупреждению суицидального поведения» выявил те моменты, которые вызывают вопросы в отношении их соответствия требованиям инструкции, как к документу, который чётко и подробно разъясняет, что должен делать специалист для профилактики суицида.

В Пункте «а» рекомендуется «врачам центров и психиатрических больниц, психиатрических кабинетов, центров здоровья городов и районов республики уделять особое внимание *психически больным* с мыслями о самоубийстве и суицидальным поведением, состоящих на учёте в психиатрических центрах, а также в первый раз обращающихся в психиатрические центры». В настоящей рекомендации речь идёт только о лицах, имеющих психические расстройства, однако данные рекомендации адресованы не только врачам-психиатрам, но и врачам «центров здоровья городов и районов». Необходимо отметить, что существует категория лиц, не являющихся пациентами психиатрических учреждений, но имеющих суицидальные риски, например, подростки, находящиеся в ситуации жизненного кризиса, или лица, которые могут обратиться в учреждения ПМСП или находящиеся на лечении в отношении хронического или неизлечимого соматического заболевания (лица с онкологическими заболеваниями, люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), и пр.). Если у данной категории пациентов отмечаются признаки суицидальной активности, они также нуждаются в повышенном внимании и требуют кризисной поддержки и кризисного вмешательства со стороны медицинского/врачебного персонала, в том числе врачей психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов.

Пункт «в» декларирует организацию «постоянного присмотра» «относительно больных, проявивших суицидальное поведение, или о котором стало известно от их родственников». Если данный документ адресован не только врачам-психиатрам, но и врачам иного профиля, необходимо разъяснение термина «постоянный присмотр»: что включает в себя данное понятие («диспансерное наблюдение (учёт)» или «консультативно-лечебную помощь»), какие действия оно предполагает со стороны медицинского и прочего персонала в отношении данной категории лиц, кто конкретно должен осуществлять этот «присмотр». Настоящей инструкцией в первую очередь должны быть декларированы меры первичной профилактики – активного выявления суицидальных тенденций, особенно у лиц подростково-юношеского возраста. Также в обязательном порядке настоящая инструкция должна отражать конкретные рекомендации в отношении мероприятий по вторичной профилактике – работе с лицами, входящими в группу риска по суицидальному профилю и третичной профилактике –

реабилитации лиц, совершивших попытку суицида, и их родственников для предотвращения повторной попытки.

На сегодняшний день законодательство Республики Таджикистан имеет все основания и возможности для выхода из данной ситуации. Статья 182 «Учреждения и лица, оказывающие медико-психиатрическую помощь» КЗ РТ декларирует следующее: пункт 1. «Медико-психиатрическую помощь оказывают психиатрические (психоневрологические) учреждения независимо от форм собственности в тесном сотрудничестве с местными службами первичной медико-санитарной помощи и службами социальной защиты в порядке, установленном настоящим Кодексом и другими нормативными правовыми актами Республики Таджикистан»; пункт 2. «Право на диагностику психических расстройств, лечение депрессивных состояний имеют специалисты семейной медицины в области первичной медицинской помощи, прошедшие специальную подготовку в порядке, установленном уполномоченным государственным органом в сфере здравоохранения».

Согласно проведённому интервью со специалистами (врачами) ПМСП и молодёжных медико-консультативных отделений (ММКО) были получены сведения, что люди, в том числе подростки и молодёжь, имеющие психологические проблемы или какие-либо проблемы, связанные с психическим здоровьем стараются обращаться к семейным врачам или невропатологам в организациях ПМСП и специалистам ММКО. В этой связи семейные врачи могли бы взять на себя часть мероприятий, связанных с первичной, вторичной и третичной профилактикой суицидального поведения среди подростков и молодёжи, тем более что квалификационные требования к врачу общей практики (семейному врачу) предусматривают такую возможность. Профессиональные компетенции позволяют ВОП/СВ проводить скрининг на наличие суицидальных проявлений (первичная профилактика суицидального поведения), а также освоить методы кризисной поддержки и кризисного вмешательства с лицами, имеющими признаки суицидальной активности или находящимися в кризисной ситуации (вторичная профилактика). Для этого необходимо разработать и утвердить образовательные программы в системе высшего и последипломного образования (первичная специализация или тематические специализации) для ВОП/СВ и специалистов ММКО, а также для врачей психиатров, невропатологов психотерапевтов, медицинских психологов по следующим темам: «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства»; «Эмоциональные/аффективные расстройства: клиника, диагностика и лечение»; «Профилактика, скрининг, диагностика суицидального поведения у подростков и молодёжи»; «Кризисные вмешательства/ранняя медико-психологическая помощь подросткам и молодёжи с кризисными состояниями и суицидальной активностью»; «Основы семейного и психологического консультирования» и пр., с подтверждением полученных знаний, умений и навыков сертификатами национального образца, которые признаются государственными органами для определения квалификационной категории врача. Должны быть разработаны диагностические инструменты, протоколы лечения лиц, имеющих эмоциональные расстройства и лиц с суицидальной активностью.

Пункт «г» декларирует «региональным врачам психиатрам усилить контроль за депрессивными состояниями, принять в расчёт, что их современное стационарное лечение, является эффективной мерой предупреждения внезапных и повторных попыток суицида». В первую очередь необходимо отметить, что данный пункт настоящей инструкции делегирует избирательное право и ответственность в отношении контроля лиц, имеющих эмоциональные депрессивные расстройства врачам психиатрам. Повторимся, что Статья 182 КЗ РТ декларирует следующее: «Право на диагностику психических расстройств, лечение депрессивных состояний имеют специалисты

семейной медицины в области первичной медицинской помощи, прошедшие специальную подготовку в порядке, установленном уполномоченным государственным органом в сфере здравоохранения». Это означает, что помимо врачей-психиатров мероприятия по первичной, вторичной и третичной профилактике (в терминологии пункта «усилить контроль») эмоциональных депрессивных расстройств – клинических состояний, имеющих наибольший риск в отношении суицидальной активности, могут также осуществлять врачи общей практики (семейные врачи) и специалисты ММКО. Необходимо отметить, что на сегодняшний день в пилотных регионах – городе Душанбе и Согдийской области фактически работают 58 врачей-психиатров (из них 26 – в городе Душанбе, 32 – в Согдийской области). Во время проведения интервью с врачами-психиатрами, данные специалисты отмечали крайнюю рабочую загруженность. В Республиканском центре психического здоровья детей и подростков в одном кабинете принимают несколько врачей-психиатров одновременно разных пациентов, при этом часть родителей, ожидающих приёма врача, находятся за пределами кабинета врача-психиатра, а часть родителей ожидают в самом кабинете, в тот момент, когда идут консультации других пациентов. В таких условиях невозможно гарантировать конфиденциальность. Данные факты свидетельствуют в пользу того, что перераспределение нагрузки в отношении мероприятий первичной и вторичной профилактики эмоциональных расстройств и суицидальной активности представляется рациональным решением. Тем более, для этого имеются все законные основания.

Пункт «м» включает в себя две части. Первая часть декларирует следующее: «если лицо совершает суицидальные действия и проходит лечение в стационаре, то местный врач психиатр после получения выписки из стационара в течение 10 дней должен принять решение о взятии на психиатрический учёт лица, совершившего суицидальную попытку. Данный пункт требует уточнения: о каком стационаре идёт речь – психиатрическом или любом другом; речь идёт о попытке суицида пациентом с каким-либо заболеванием, без проявления суицидальной активности, или речь идёт о пациенте с повторной попыткой суицида?

Вторая часть данного пункта («м») рекомендует следующее: «Следует учитывать, что в отношении граждан, совершивших суицидальные действия, но не входящих в группу страдающих психическими расстройствами, история болезни со стороны специалистов психиатров не заполняется, и постановка на учёт не производится». В этом моменте («постановка на учёт не производится») данная инструкция также требует уточнения. Постановка на учёт не производится вовсе, или речь идёт только о диспансерном учёте? Необходимо отметить, что в течение первого месяца (ранний постсуицид) человек, совершивший суицидальную попытку, крайне уязвим в отношении травматизации и возрождения повторных суицидальных тенденций, и это состояние (состояние после совершенной суицидальной попытки) требует в первую очередь кризисных вмешательств и консультативного наблюдения до окончания третьего постсуицидального периода – 4-5 месяцев. Принято выделять три динамических периода в постсуицидальном состоянии: 1) Ближайший постсуицид (в течение первой недели после совершённой попытки); 2) Ранний постсуицид (от недели до месяца после попытки); 3) Поздний постсуицид (последующие 4-5 месяцев) (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980). Повторимся, что в раннем постсуициде (месяц после совершенной попытки суицида) пациенты особенно подвержены травматизации и возрождению суицидальных тенденций, поэтому контакт их с суицидологом должен быть тесным и систематическим, независимо от того, происходит ли он в стационарных условиях или амбулаторно. Поэтому, данная инструкция требует своего уточнения и пересмотра в отношении постановки на консультативный учёт

лиц, совершивших суицидальную попытку, «но не входящих в группу страдающих психическими расстройствами» и сроков консультативного учёта.

В пункте «и» говорится, что «региональные врачи психиатры в период после совершения лицом суицидального поведения, должны во время визита проводить с членами семьи комплекс профилактических психиатрических мер (беседы по улучшению душевного состояния лица, совершившего попытку самоубийства и суицидальные действия и др.)». В данном пункте речь идёт о кризисной поддержке человека совершившего суицидальную попытку и коррекционной работе с его родственниками. «Беседа по улучшению душевного состояния» это психологическое или психотерапевтическое вмешательство и в то же время терапевтическая техника, предполагающая кризисную поддержку. И такой технике в обязательном порядке должен быть обучен специалист (врач психиатр, невропатолог, семейный врач, специалист ММКО и пр.), который работает с человеком, совершившим попытку суицида, и его родственниками в постсуицидальный период. Также должны быть разработаны руководства и методические рекомендации для вышеуказанных категорий специалистов по проведению кризисных вмешательств и медико-психологических интервенций для лиц совершивших суицидальную попытку и ближайшего социального окружения (родственники, друзья, одноклассники, соседи и пр.).

Во время проведения фокус-групп с родителями детей подростково-юношеского возраста и интервью с родителями, чьи дети совершили суицидальную попытку в нескольких случаях было отмечено, что во время общения с врачом-психиатром, врач гневно ругал и стыдил как ребёнка, который совершил суицидальную попытку, так и его родителей. Такое поведение со стороны специалиста является непрофессиональным и недопустимым, часто приводит к обострению чувства вины как у человека, совершившего попытку суицида, так и у его родителей (Дернер К., Плог У., 1997). Как итог у этого человека могут обостриться суицидальные намерения, а у родителей снизится мотивация и пропадёт желание дальнейшего сотрудничества с таким специалистом. Именно поэтому в данном пункте настоящей инструкции должно быть следующее дополнение/уточнение: «региональные врачи психиатры и специалисты других специальностей (ВОП/СВ, специалист ММКО), прошедшие обучение и владеющие навыками кризисной поддержки и кризисного вмешательства в период после совершения лицом суицидальной попытки, обязаны во время визита проводить с членами семьи комплекс реабилитационных и профилактических вмешательств».

Межведомственное взаимодействие, система перенаправлений и координационные механизмы в сфере охраны психического здоровья и профилактики суицида среди подростков и молодёжи

Структуры, имеющие отношение к охране психического здоровья и профилактике суицида среди подростков и молодёжи

В охрану психического здоровья и профилактики суицида среди детей, подростков и молодёжи в Республике Таджикистан могут быть вовлечены следующие учреждения и организации:

1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения

- 1.1. Первичная медико-санитарная помощь;
- 1.2. Молодёжные медико-консультативные отделения;
- 1.3. Республиканский клинический центр психиатрических болезней;
- 1.4. Республиканский центр психического здоровья детей и подростков;
- 1.5. Республиканский центр по формированию здорового образа жизни;
- 1.6. Республиканский детский реабилитационный центр;
- 1.7. Республиканский психоневрологический центр в городе Турсунзаде;
- 1.8. Республиканский центр медико-социальной реабилитации «Тангаи»;
- 1.9. Республиканская клиническая больница психических болезней;
- 1.10. Республиканский детский санаторий «Каратаг»;
- 1.11. ГУ «Национальный центр репродуктивного здоровья»;
- 1.12. ГУ «Национальный центр мониторинга и профилактики наркомании»;
- 1.13. ГУ «Таджикский научно-исследовательский центр профилактической медицины»;
- 1.14. «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»;
- 1.15. ГУ «Республиканский клинический центр наркологии имени профессора М.Г. Гулямова»;
- 1.16. ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом»;
- 1.17. ГУ «Республиканский центр по формированию здорового образа жизни»;
- 1.18. Учреждения здравоохранения областей, городов и районов;
- 1.19. Международный реабилитационный центр в Бальджуванском районе;
- 1.20. ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан»;
- 1.21. Государственное унитарное предприятие «Национальный лечебно-диагностический и учебный центр»;
- 1.22. Государственное образовательное учреждение «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»;
- 1.23. Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»;
- 1.24. ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»;
- 1.25. Колледжи в системе Министерства здравоохранения и социальной защиты населения.

2. Министерство образования и науки Республики Таджикистан

- 2.1. Образовательные школы, включая школы-интернаты;
- 2.2. Специализированные лицеи и колледжи;
- 2.3. Вузы;
- 2.4. Государственное учреждение «Республиканский институт повышения квалификации и переподготовки работников системы образования»;

2.5. Государственное учреждение «Республиканский центр дополнительного образования»;

2.6. Институт повышения квалификации и последипломного образования работников сферы здравоохранения.

3. Министерство внутренних дел

3.1. Служба профилактики правонарушений среди несовершеннолетних и молодёжи МВД РТ;

3.2. Приёмник-распределитель;

3.3. Академия МВД РТ.

4. Министерство юстиции

4.1. Главное управление по исполнению уголовных наказаний;

4.2. Воспитательная колония для несовершеннолетних ЯС 3/12;

4.3. Следственный изолятор;

4.4. Институт повышения квалификации работников правоохранительных органов, органов юстиции и юридических служб предприятий, учреждений и организаций;

4.5. Государственное учреждение «Центр правовой помощи».

5. Комиссии по правам ребёнка

6. Комитет по делам женщин

Такое значительное количество задействованных структур требует хорошо налаженной системы координации их деятельности, включающей единый координирующий орган, законодательную базу, а также чёткие механизмы и процедуры взаимодействия.

Координационные механизмы взаимодействия между системами здравоохранения, образования, юстиции, социальной защиты и общественных организаций в РТ в области охраны психического здоровья и профилактики суицида среди детей, подростков и молодёжи декларируются в Кодексе Здравоохранения РТ, согласно 8 которого (Межведомственное взаимодействие и координация в области здравоохранения): «Для обеспечения взаимодействия государственных органов, международных и других организаций в области здравоохранения и социальной защиты населения при Правительстве Республики Таджикистан создаётся Национальный совет по здравоохранению и социальной защите населения».

Национальный координационный совет по вопросам здравоохранения и социальной защиты населения при Правительстве Республики Таджикистан был учреждён Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 31 декабря 2014 года №834. Он заменил собой ранее действовавшие, а ныне упразднённые Координационный совет по вопросам социальной защиты инвалидов и Национальный совет по вопросам здравоохранения при Правительстве Республики Таджикистан. Согласно Положению, «Национальный координационный совет по вопросам здравоохранения и социальной защиты населения при Правительстве Республики Таджикистан, являясь консультативно-совещательным органом, создан с целью укрепления деятельности в сфере здравоохранения и социальной защиты населения, координации деятельности государственных органов и общественных структур в реализации государственной политики в данной отрасли, определения действенных путей и методов внедрения политики и разработки предложений по приоритетным направлениям отрасли». Главой Совета является Вице-премьер страны.

Координирующая роль МЗСЗН РТ в вопросах охраны психического здоровья и профилактики суицидов

Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан является центральным органом исполнительной власти Республики Таджикистан, ответственным за разработку и реализацию единой государственной политики и регулирования правовых норм деятельности в области охраны здоровья и социальной защиты населения. В Кодексе о здравоохранении говорится, что МЗСЗН, соответствующие подразделения местных исполнительных органов государственной власти и министерств (ведомств) республики образуют единую систему государственного управления, обеспечивающую реализацию единой государственной политики в области охраны здоровья и социальной защиты населения.

Кроме того, согласно КЗ РТ, «Уполномоченный государственный орган в сфере здравоохранения координирует деятельность других министерств и ведомств, предприятий и организаций независимо от форм собственности, а также местных исполнительных органов государственной власти по вопросам здравоохранения. Разработанные и утверждённые уполномоченным государственным органом в сфере здравоохранения требования, положения, правила и нормы в области здравоохранения, являются обязательными для исполнения всеми министерствами и ведомствами Республики Таджикистан, местными исполнительными органами государственной власти, предприятиями, учреждениями и организациями, независимо от форм собственности, а также физическими лицами».

Положение о Министерстве здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан также наделяет его широкими полномочиями по координации деятельности всех субъектов в сфере здравоохранения и социальной защиты. В этом положении прописаны и механизмы координации: определение порядка оказания услуг; утверждение методов диагностики и лечения; аттестация и сертификация специалистов, а также аттестация, лицензирование и аккредитация учреждений; получение информации от других министерств и ведомств по вопросам здравоохранения и социальной защиты населения; проведение мониторинга программ; определение приоритетов сектора здравоохранения и социальной защиты; издание в пределах своей компетенции нормативных правовых актов, обязательных для исполнения всеми юридическими и физическими лицами, занимающимися медицинской, фармацевтической деятельностью и социальным обслуживанием.

Координационные механизмы в рамках комиссий по защите прав ребёнка

В 1993 году Республика Таджикистан ратифицировала Конвенцию ООН «О правах ребёнка». Факультативные протоколы к Конвенции о правах ребёнка, касающиеся участия детей в вооружённых конфликтах и торговли детьми, детской проституции и детской порнографии были ратифицированы в июне 2002 года. В 2015 году Президентом страны был подписан Закон РТ «О защите прав ребёнка» и через два года было утверждено Положение о комиссиях по правам ребёнка. Кроме того, 15 марта 2016 года Закон РТ «Об Уполномоченном по правам человека в Республике Таджикистан» был дополнен новой Главой 5, в соответствии с которой учреждены должности Уполномоченного по правам ребёнка в РТ и заместителя Уполномоченного по правам человека в РТ.

Постановлением Правительства от 25 января 2017 года утверждено Положение о комиссиях по правам ребёнка. Настоящее Положение устанавливает основы организации и деятельности комиссий по правам ребёнка. Комиссии по правам ребёнка создаются с целью всесторонней защиты прав и законных интересов ребёнка, в том числе детей-сирот и без попечения, детей, которые нуждаются в государственной помощи и решения

наиболее сложных вопросов, связанных с соблюдением и защитой прав и интересов ребёнка, оказания юридической, социальной, материальной и другой помощи семьям, имеющим детей, детям, находящимся в конфликте с законом и обеспечивают в этом направлении координацию деятельности центральных и местных исполнительных органов государственной власти, органов государственной власти, органов самоуправления посёлков и дехотов, предприятий, учреждений и других организаций. В рамках данного постановления укреплен потенциал координации Национальной комиссии по правам ребёнка (Комиссии при Правительстве по правам ребёнка).

В то же время, статья 6 Закона Республики Таджикистан «О защите прав ребёнка» определяет полномочия уполномоченного государственного органа по защите прав ребёнка, одним из которых является «координация деятельности государственных органов и других организаций по защите прав ребёнка». При этом основным уполномоченным органом по правам ребёнка определено Министерство образования и науки Республики Таджикистан.

Процедуры и практика взаимодействия в сфере охраны психического здоровья

Процедуры внутри- и межведомственного взаимодействия в сфере охраны психического здоровья и профилактики суицида среди подростков и молодёжи регламентируются различными ведомственными положениями и инструкциями. В некоторых случаях эти ведомственные нормативные акты проходят процедуру согласования с другими заинтересованными ведомствами. В сфере охраны психического здоровья эти процедуры описаны в упоминаемом ранее приказе Министерства здравоохранения РТ №54 от 9 февраля 2001 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи». Положения и инструкции, утверждённые данным приказом, содержат описание следующих процедур: порядок приёма в психиатрическую больницу; перевод из психиатрической больницы в другие лечебные учреждения, выписка, констатация смерти, вскрытие трупов, похороны, выдача справок, актов; назначение и производство экспертизы; применение принудительных мер медицинского характера; госпитализации психически больных без их согласия; первичное психиатрическое освидетельствование; сообщение сведений о психическом состоянии граждан; взаимодействие органов здравоохранения и органов внутренних дел по предупреждению общественно опасных действий психически больных.

Наиболее важными с точки зрения настоящего исследования являются следующие положения названного Приказа:

- согласие пациента или его законных представителей на госпитализацию;
- согласие пациента или его законных представителей на первичное психиатрическое освидетельствование, включая и профилактические осмотры;
- информирование психиатром местных органов внутренних дел и вышестоящих органов/учреждений здравоохранения при обнаружении у больного признаков отравления, ранения или насилия;
- производство судебно-медицинского вскрытия в случаях подозрения на насильственную смерть в психиатрическом стационаре;
- госпитализация в психиатрический стационар и первичное психиатрическое освидетельствование по решению врача-психиатра без согласия больного и его законного представителя с санкции прокурора в случае обнаружения у пациента выраженного психического расстройства, лишаящего его способности к принятию осознанных решений и влекущего за собой опасность для его здоровья, серьёзный

моральный или материальный ущерб, если это лицо будет оставлено без лечения и психиатрической помощи;

- возможность постановки врачами других специальностей только предположительного психиатрического диагноза;
- осмотр врачом психиатром пациента в стационаре общесоматического профиля в соответствии с назначением лечащего врача;
- выдача справок и заключений, содержащих какие-либо сведения о психическом состоянии граждан следственным и судебным органам только по их письменным запросам, а подлинников карт стационарных больных и индивидуальных карт амбулаторных больных – по постановлению об их изъятии.

Следует отметить, что представители службы психического здоровья признают необходимость принятия новых нормативных документов, регламентирующих деятельность самой службы и её взаимодействия с другими структурами. В то же время, специалисты высказали потребность в технической помощи и консультации по данному вопросу.

Механизмы реагирования на факт суицида/попытки суицида

Общий механизм реагирования на факт суицида или попытки суицида выглядит следующим образом. При выявлении факта суицида (попытки суицида, суицидального состояния) информируются территориальные правоохранительные органы (отделы внутренних дел). Соответствующее сообщение должно быть сделано гражданами, должностными лицами местных органов власти или учреждений здравоохранения, которым стало известно о таком факте. Обязанность принимать сообщения о событии суицида (попытке суицида) и проведения необходимых неотложных следственных действий, возлагаются на органы внутренних дел в соответствии с требованиями Закона РТ «О милиции» (п. 5 и 7 ст.10), а также Уголовно-процессуального кодекса РТ (ст. 145).

Выявления несовершеннолетних лиц, находящихся в ситуации угрожающей их жизни и здоровью, в том числе обнаруживающих суицидальные наклонности, осуществляется в рамках деятельности органов ювенальной юстиции: комиссии по правам ребёнка, органов опеки и попечительства, органов образования, органов здравоохранения, органов внутренних дел и др.

В соответствии с п. 3 статьи 57 Семейного кодекса РТ должностные лица организаций и иные граждане, которым станет известно об угрозе жизни или здоровью ребёнка, о нарушении его прав и законных интересов, обязаны сообщить об этом в орган опеки и попечительства по месту фактического нахождения ребёнка. Функции органов опеки и попечительства в отношении детей осуществляются местными комиссиями по защите прав ребёнка в соответствии с п.8 Положения об органах опеки и попечительства (утверждено Постановлением Правительства РТ от 25 января 2017 года, №30).

Закон РТ «О предупреждении насилия в семье» возлагает на должностные лица в сферах образования, здравоохранения и местного самоуправления обязанность незамедлительно информировать уполномоченные органы (главным образом органы опеки и милиции) в случае обнаружения потенциальной угрозы жизни и здоровью ребёнка, в том числе при угрозе суицида. При получении таких сведений, органы опеки и попечительства, милиции обязаны принять необходимые меры по защите прав и законных интересов ребёнка (реабилитация ребёнка, изъятие ребёнка и др.), а также меры воздействия на лиц допустивших насилие (вынесение защитного предписания, рассмотрение вопроса о привлечении к административной или уголовной ответственности).

Органами внутренних дел, осуществляется общая доследственная проверка факта суицида или попытки суицида, с целью определения оснований для возбуждения уголовного дела по ст. 109 Уголовного кодекса РТ (доведение до самоубийства). В случае наличия признаков преступления, предусмотренных ст. 109 Уголовного кодекса РТ (доведение до самоубийства), возбуждать уголовное дело по факту суицида или попытке суицида, имеет право только прокурор (ст.146 УПК РТ).

Органами прокуратуры проводится весь комплекс мер направленных на установление обстоятельств суицида или его попытки, в том числе, различные судебно-криминалистические экспертизы (ст.208 УПК РТ). По итогам проведения следствия решается вопрос о составлении обвинительного заключения и передачи дела на рассмотрение в суд. В случае если следствием не будут установлены признаки преступления в действиях других лиц, в связи с совершением несовершеннолетним суицида или его попытки, дело прекращается (ст.234 УПК РТ).

Правоохранительные органы, в случае установления факта совершения попытки суицида несовершеннолетним, в обязательном порядке уведомляют об этом органы опеки и попечительства по месту жительства ребёнка для защиты интересов ребёнка и определении адекватности его воспитания родителями или иными лицами.

Получив соответствующие сведения, органы опеки и попечительства проводят обследование места жительства несовершеннолетнего, собеседование с членами семьи и самим несовершеннолетним. При этом родители или иные лица не вправе ограничить доступ органов опеки к несовершеннолетнему или месту его проживания. В случае оказания противодействия представителям опеки при осуществлении ими своих обязанностей, последние вправе привлечь органы внутренних дел, для получения доступа к месту нахождения несовершеннолетнего, если его жизни и здоровью угрожает опасность (п.3 ст. 53 СК РТ). По результатам обследования и собеседований, органы опеки рассматривают конкретные меры реагирования на сложившуюся ситуацию. В случае если дальнейшее нахождение несовершеннолетнего по месту жительства может угрожать его жизни и здоровью, в том числе привести к повторению попытки суицида, орган опеки может принять решение о немедленном изъятии несовершеннолетнего ребёнка у родителей или других лиц. О принятом решении органы опеки уведомляют прокурора и обеспечивают устройство несовершеннолетнего в социальных учреждениях (ст. 77 СК РТ).

До помещения лица несовершеннолетнего возраста в социальное учреждение, может проводиться медицинское обследование его физического и психического состояния, с целью оказания ему соответствующей помощи, если она необходима. Согласие родителей при этом, как правило, не требуется, поскольку данные действия проводятся органами опеки (ч.3 ст. 161 КЗ РТ). Если дальнейшее проживание лица несовершеннолетнего возраста по месту его последнего пребывания невозможно ввиду угрозы его жизни и здоровью (в том числе ввиду риска повторения попытки суицида), органы опеки обязаны подать в суд иск о лишении родительских прав.

Сотрудники учреждений системы здравоохранения при поступлении пострадавших от суицидальных попыток, информируют о выявленных фактах правоохранительные органы (ст.12 КЗ РТ); также уведомляются органы прокуратуры для выявления признаков преступления. Процедуры и механизмы взаимодействия учреждений здравоохранения по профилактике и в случае суицида регламентируются приказом МЗСЗН РТ от 14 июля 2015 года №633/1 «Об усилении мер по предупреждению актов самоубийства» (см. Приложение 1. Приказ МЗСЗ РТ от 14 июля 2015 года «Об усилении мер по предупреждению актов самоубийства» с приложениями). Данный

приказ предписывает руководителям государственных, областных, межрайонных и городских/районных психиатрических учреждений:

- усилить деятельность в сфере предупреждения суицидального поведения;
- для выявления каждого суицидального состояния и самоубийств в течение 24 часов составлять и направлять срочное сообщение главному врачу учреждения психиатрии и органам внутренних дел в регионе деятельности;
- каждый квартал представлять в Управление организации медицинских услуг и современных технологий Министерства здравоохранения и социальной защиты подробное представление об агитационной деятельности среди населения в сфере предупреждения суицидального состояния.

Приложение 2 к настоящему приказу, «Рекомендательная инструкция для врачей по предупреждению суицидального поведения», также адресована, в основном, врачам-психиатрам. Однако, в ней есть пункты, определяющие взаимодействие между службами психиатрии и другими структурами.

Так, инструкция рекомендует проведение освидетельствования врачом-психиатром всех лиц после попытки самоубийства, проходящих стационарное лечение в лечебных учреждениях непсихиатрического профиля. Вопросы выписки, перевода, выбора лечения решаются совместно с врачами-психиатрами. В случае выявления у такого пациента психических расстройств, он подлежит переводу в психиатрическое учреждение по месту жительства. Лицо, совершившее суицидальные действия, в течение 10 дней после выписки подлежит посещению местного врача-психиатра, который решает вопрос взятия этого лица на диспансерный контроль.

На врачей-психиатров инструкция возлагает обязанность предоставления врачам других специальностей квалифицированной информации о группах населения, подверженных высокому риску суицидального поведения и о различных видах суицидального поведения.

Врачам неврологам и другим врачам общей врачебной практики при первичных обращениях пациентов предлагается особое внимание уделять выявлению суицидальных намерений и суицидальных действий, и при наличии таковых привлекать специалистов по психиатрии.

Система охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения в здравоохранении

Скрининг и оценка психического здоровья в системе здравоохранения Республики Таджикистан проводится в основном в рамках деятельности психолого-медико-педагогических консультаций (ПМПК). Это диагностические коррекционные учреждения, деятельность которых направлена на помощь детям от рождения до 18 лет. Целями данных учреждений являются своевременное выявление, воспитание, обучение, социальная адаптация и интеграция в общество детей с различными особенностями в развитии.

Министерство здравоохранения и социальной защиты РТ при технической поддержке международных организаций провело реформу психолого-медико-педагогических консультаций (ПМПК) в Таджикистане. В настоящее время, ПМПК организованы в структуре Центров здоровья в гг. Душанбе, Курган-Тюбе, Куляб, Худжанд, Хорог, а также в районах: Б. Гафурова, Исфаринском, Пенджикентском, Истаравшанском и Рошткалинском.

В соответствии с Положением, перед ПМПК поставлены следующие цели:

- Психолого-медико-педагогическое и диагностическое обследование детей в целях выявления особенностей их развития;
- Консультирование родителей, педагогов, работников социальных служб и других лиц, работающих с детьми;
- Определение адекватных условий лечения, обучения, воспитания;
- Интеграция детей с ограниченными возможностями в общество;
- Уменьшение возможности попадания детей в закрытые учреждения, увеличение их потенциала к независимой жизни в обществе;
- Раннее выявление проблем или нарушений в развитии ребёнка и оказание соответствующей помощи ребёнку и его семье.

В задачи ПМПК входит: выявление и всестороннее обследование детей, нуждающихся в помощи; взаимодействие с учреждениями системы здравоохранения, социальной защиты и образования в вопросах оказания детям психолого-медико-педагогической помощи; определение сильных сторон ребёнка и оказание консультативной помощи родителям по взаимодействию со своим малышом в домашних условиях с целью его оптимального развития; методическое руководство и оказание помощи педагогам в организации обучения и воспитания детей.

Таким образом, в идеале отделения ПМПК должны способствовать своевременному выявлению детей с нарушениями развития или риском возникновения нарушений; комплексной, всесторонней, динамической оценке нарушений развития у ребёнка, его способностей и потребностей; разработке индивидуальных программ помощи детям с ограничениями жизнедеятельности и их семьям по принципу кейс-менеджмента; организации профессиональной поддержки специалистов образовательных, медицинских учреждений и учреждений социальной защиты, ориентированных на повышение эффективности оказания услуг детям с ограничениями жизнедеятельности и их семьям.

На практике ПМПК функционируют в основном с целью решения вопроса об определении ребёнка в школу, когда ребёнку исполнилось 6 или 7 лет. В рамках такой модели отделения ПМПК продолжают выполнять чисто диспетчерские функции, т.е. направляют ребёнка в то или иное учреждение системы образования, здравоохранения и социальной защиты (Курбонбекова Зарина, 2016).

В системе здравоохранения инструменты скрининга применяются врачами различных специальностей, включая психиатров. Следует, однако, отметить, что в клинических протоколах системы охраны психического здоровья нет стандартизированных подходов к проведению скрининга пациентов/клиентов.

Тем не менее, скрининг применяется всё более широко. Так, при поддержке программы Общественного Здравоохранения Института «Открытое общество» фонд содействия (ИОО ФС) в 2016г. в Таджикистане ПМПК провели тренинги по ранней скрининг – диагностике нарушений развития для медицинских работников Родильных домов и 12 Центров здоровья г. Душанбе. Благодаря реализации проекта, в ПМПК повысилось количество обращений семей, имеющих детей группы риска более раннего возраста (Курбонбекова Зарина, 2016). В программу обучения семейных врачей включено изучение шкалы Бека для диагностики депрессии.

Следует отметить, что система скрининга, направленная на выявление суицидальных рисков в системе здравоохранения и образования отсутствует. Тем не менее, нормативная база для её внедрения, а, следовательно, перспективы существуют, в первую очередь в системе ПМСП, а кроме того, в системе ММКО. В настоящее время ММКО является единственной структурой, которая избирательно оказывает медико-психологическую помощь детям, подросткам и молодёжи на дружественной основе. Данные подразделения и предоставляемые ими услуги являются наиболее доступными для подростков и молодёжи и согласно проведённому картированию имеют наиболее широкий спектр оказываемых услуг.

Основным подразделением в системе МЗСЗН РТ, прямой функцией которого является охрана психического здоровья, является психиатрическая служба. Во главе её стоит внештатный Главный психиатр, который назначается и освобождается от этой должности руководством МЗСЗН.

Психиатрические учреждения организованы по территориальному принципу и подразделяются на республиканские (национальные), областные, региональные/ межрайонные, городские и районные. По типу и функциям они подразделяются на стационарные, полустационарные, амбулаторные и смешанные.

Амбулаторную психиатрическую помощь населению РТ предоставляют, прежде всего, психиатрические кабинеты при районных центрах здоровья, а также диспансерные отделения центров психических болезней.

Амбулаторные психиатрические учреждения выполняют следующие основные функции:

- первичное психиатрическое освидетельствование;
- консультативно-диагностическую, лечебную и психопрофилактическую помощь;
- динамическое диспансерное наблюдение;
- социально-бытовую и правовую помощь;
- юридическое консультирование (при наличии юриста);
- определение времени нетрудоспособности;
- психиатрическую экспертизу (при наличии в структуре данного учреждения соответствующей экспертной комиссии);
- содействие трудоустройству лиц, страдающих психическими расстройствами, совместно с органами социальной защиты и органами исполнительной власти на местах;
- участие в решении вопросов опеки, а в случаях необходимости и её осуществление, в отношении лиц, признанных недееспособными;

- взаимодействие с психиатрическими стационарами по вопросам госпитализации, выписки и дальнейшего наблюдения, а также преемственности в лечении, социальной и трудовой адаптации лиц, страдающих психическими расстройствами;
- взаимодействие с органами милиции в работе по предупреждению общественно-опасных действий психически больных;
- изучение заболеваемости и болезненности психическими заболеваниями среди населения обслуживаемого региона;
- учёт больных по утверждённым формам учётной документации и составление статистических отчётов по формам, утверждённым Госкомстатом Республики Таджикистан;
- консультативную помощь соматическим больницам и поликлиникам;
- участие в массовых профилактических осмотрах учащихся школ, ПТУ, средних и высших учебных заведений;
- участие в работе областных, городских и районных медико-педагогических комиссий;
- проведение медицинских осмотров при трудоустройстве граждан для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности.

Хотя ставки психиатров в амбулаторных психиатрических учреждениях г. Душанбе и Согдийской области почти полностью укомплектованы⁹ (отсутствует психиатр только в Горной Матче), зачастую эти ставки занимают врачи других специальностей.

Специализированные амбулаторные психиатрические услуги детям и подросткам предоставляет только один Республиканский центр психического здоровья для детей и подростков в г. Душанбе. В других регионах страны дети и подростки получают амбулаторные психиатрические услуги в тех же учреждениях, что и взрослые.

На практике психиатры амбулаторных психиатрических учреждений, особенно в районах, большую часть времени вынуждены посвящать работе с учётно-отчётной документацией, выдаче справок и участию в различных комиссиях, поэтому времени на непосредственно лечебную работу у них остаётся мало.

Стационарная психиатрическая помощь в Таджикистане в основном базируется на базе госпитальных учреждений. Это, прежде всего, психиатрические больницы и стационарные психиатрические отделения центров психических заболеваний. Стационары в своей деятельности тесно сотрудничают с амбулаторными психиатрическими учреждениями.

В соответствии с Положением о психиатрической больнице¹⁰, психиатрическая больница является лечебно-профилактическим учреждением, осуществляющим стационарное обследование, лечение и социально-трудовую реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами, а также выполняет экспертные функции. Основными задачами психиатрической больницы являются:

- Оказание специализированной высококвалифицированной лечебно-диагностической и социально-восстановительной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, в условиях стационара;

⁹ Информация со слов директора Национального центра психических болезней

¹⁰ Приложение № 1 к приказу Министерства Здравоохранения Республики Таджикистан № 54 от 09.02.2001г

- Проведение стационарной судебно-психиатрической, военно-врачебной, врачебно-трудовой и других видов экспертиз лицам с психическими расстройствами;
- Осуществление, по решению суда, принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные деяния;
- Обеспечение преемственности с психоневрологическими диспансерами (диспансерными отделениями, кабинетами) и другими учреждениями в лечении и социально-трудовой реабилитации психически больных;
- Освоение и внедрение в практику новых организационных форм, современных средств и методов диагностики и лечения психических заболеваний, а также социально-трудовой реабилитации психически больных, основанных на достижениях науки, техники и передового опыта учреждений здравоохранения.

Пациентами психиатрических стационаров являются в основном люди с тяжёлыми расстройствами психотического уровня. Следует отметить, что возможности для социально-трудовой реабилитации пациентов в психиатрических больницах в настоящее время ограничены.

Количество коек, специально предназначенных для детей и подростков, составляет 30. Большое сокращение психиатрических коек произошло в период с 1996 по 2000 годы в связи с реформой системы здравоохранения. Число койко-мест сократилось, но альтернативные службы так не были введены.

Полустационарные психиатрические учреждения в республике Таджикистан представлены дневными стационарами для людей с психическими расстройствами.

Дневной стационар для лиц с психическими расстройствами является промежуточным звеном между внебольничным и стационарным психиатрическими звеньями, предназначенным для оказания психиатрической помощи лицам, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, но нуждающимся в лечебно-диагностической помощи в дневное время, по объёму и интенсивности приближённой к стационарной.¹¹

Такая форма предоставления услуг имеет массу преимуществ перед стационарной формой, включая более низкую стоимость лечения и снижение риска развития «госпитализма» у пациентов. Однако в стране эта форма услуг не нашла широкого распространения. В республике существуют три дневных лечебных учреждения, из которых одно предназначено для детей и подростков. Большая часть пациентов дневных стационаров – люди с менее тяжёлыми психическими расстройствами.

Кроме перечисленных выше психиатрических учреждений в стране функционируют Дома-интернаты для людей с хроническими психическими расстройствами. Эти дома-интернаты находятся в ведении МЗСЗН.

Следует отметить, что была попытка привлечения пользователей психиатрической помощи и их участия в процессах и услугах в качестве равноправных участников, главным образом инициированная и поддерживаемая Глобальной инициативой в психиатрии (ГИП). Созданная при поддержке ГИП организация пользователей психиатрических услуг вскоре распалась. Была также неудачная попытка инициировать создание групп поддержки для родственников пользователей психиатрических услуг.

В настоящее время в рамках развития семейной медицины фокус предоставления услуг психического здоровья смещается из сферы специализированных учреждений в учреждения ПМСП. В перспективе основную роль в предоставлении психиатрических

¹¹ Приложение № 11 к приказу Министерства Здравоохранения Республики Таджикистан № 54 от 09.02.2001г.

услуг будут играть специалисты семейной медицины, а психиатры будут заниматься наиболее сложными пациентами. Однако этот процесс только начат и требует мощной технической и методологической поддержки.

Отдельного описания требуют молодёжные медико-консультативные отделения (ММКО), оказывающие услуги, дружественные молодёжи. Данные отделения являются структурными подразделениями учреждений здравоохранения.

Первые молодёжные медико-консультативные отделения (ММКО) в Республике Таджикистан были развёрнуты в 2007 году на базе центров репродуктивного здоровья и кожно-венерологических диспансеров в трёх городах: Душанбе, Исфаре и Турсун-заде. Приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 1 февраля 2010 г. № 41 утверждено национальное положение по расширению соответствующих услуг для молодых людей в возрасте от 10 до 24 лет на базе учреждений первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи. В 2017 году названное Положение было дополнено введением услуг психологической помощи и онлайн-консультаций профессионалов в области психического здоровья.

На данный момент в РТ осуществляют свою деятельность 21 молодёжное медико-консультативное отделение, которые прошли сертификацию и имеют статус «услуг, дружественных молодёжи». Также организован методически-организационный мониторинговый центр ММКО, который функционирует на базе Национального центра репродуктивного здоровья и Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Анализируя Положение об ММКО следует выделить следующие функции данных подразделений, которые имеют прямое отношение к сфере охраны психического здоровья:

- участие в организации и проведении ежегодных выборочных добровольных профилактических осмотров молодёжи;
- организация медико-социальной помощи семьям, выявление в них лиц, имеющих факторы социального риска и нуждающихся в доступной медико-социальной защите и поддержке;
- психосоциальное сопровождение молодых людей, находящихся в кризисной ситуации, касающейся их репродуктивного, сексуального и психического здоровья.

В настоящее время в городе Душанбе осуществляют свою деятельность 8 ММКО, в Согдийской области 4 ММКО. Спектр услуг, которые оказывают данные организации, включает в себя:

- Скрининг (на наличие депрессивных расстройств, на наличие тревожных расстройств, склонности к суицидальному поведению, подверженности стрессу, риска, связанного с употреблением психоактивных веществ, на наличие других поведенческих и психических нарушений, потребности в психологической помощи);
- Оценка (депрессивных расстройств, тревожных расстройств, суицидального поведения, подверженности стрессу, проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ, других поведенческих и психических нарушений);
- Предоставление информации в области репродуктивного, сексуального и психического здоровья;
- Информирование (лекции, классные часы и пр. по проблемам психического/психологического здоровья);
- Психологические тренинги;

- Краткосрочные вмешательства (консультирование 5-20 минут);
- Консультация врача (гинеколога) вопросы контрацепции, беременности;
- Консультация психолога и психотерапия;
- Семейное консультирование и семейная психотерапия;
- Услуги по профилактике и лечению соматических расстройств;
- Социальное сопровождение/кейс-менеджмент.

Необходимо отметить особую роль, которую могут выполнять ММКО в сфере охраны психического здоровья молодёжи, при условии соответствующей ресурсной поддержки. Данные подразделения и предоставляемые ими услуги являются наиболее доступными для подростков и молодёжи (расположение, анонимность, отсутствие оплаты и т.д.), кроме того за годы работы ММКО смогли наладить широкую партнёрскую сеть, которая позволяет значительно расширить спектр предоставляемых услуг (сотрудничество с государственными, международными и общественными организациями).

Система охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения в сообществе

На данный момент в Таджикистане психиатрическая помощь на уровне сообществ пока не получила своего развития. Служба социальных работников в сфере психического здоровья на местах отсутствует. В прошлом, в системе психиатрической помощи существовала система посещений больных на дому, которые осуществлялись медсестрой или врачом. Эти медицинские специалисты наблюдали и отмечали, получали ли пользователи этих медицинских услуг необходимое лечение в зависимости от его или её состояния. Элементы этой системы остаются до сих пор, но из-за дефицита кадров посещения проводятся формально. Система принятия последующих мер введена на местах только для тех больных, которые находятся на так называемом «специальном учёте» – это те пациенты, кто совершил преступления.

Следует отметить, что предоставление психологической (за исключением психиатрической помощи) и иной поддержки для подростков и молодёжи в целом и особых групп осуществляется различными организациями и учреждениями в сообществе. В число таких организаций и подразделений входят:

- Консультационные кабинеты при Комитете по делам женщин и семьи;
- Кризисные центры временного пребывания для женщин и их детей;
- Центры самопознания женщин;
- Комнаты поддержки женщин, пострадавших от насилия;
- Отделы по профилактике правонарушений среди несовершеннолетних и молодёжи УВД;
- Кабинеты по профилактике насилия в семье при ОВД;
- Отделы по защите прав детей;
- Управления по делам молодёжи.

Существенную помощь в оказании психологических и социальных услуг для населения оказывают действующие общественные организации. Такие услуги включают в себя: аутрич работу, информирование по принципу «равный-равному» по проблемам психического/психологического здоровья, жизненных навыках и др., консультации психолога (в том числе и «выездные»), психологические тренинги, проведение терапевтических групп и встреч групп взаимопомощи, работу с семьями, социальное сопровождение, организацию досуга и другое. Однако общественные организации не получают достаточной поддержки со стороны государства, поэтому их деятельность зачастую носит неустойчивый характер и зависит от финансовой поддержки со стороны доноров.

Со списком организаций, оказывающих психологическую помощь и социальное сопровождение, психосоциальную поддержку и уход нуждающимся подросткам и молодёжи на уровне сообщества в Согдийской области и г. Душанбе, можно ознакомиться в приложении к данному документу (Приложение 3. Список организаций, оказывающих психологическую помощь и сопровождение, психосоциальную поддержку и уход нуждающимся подросткам и молодёжи на уровне сообщества в г. Душанбе и в Согдийской области.). В данный список включены те организации, о которых удалось получить полные сведения в ходе проведения исследования.

Система охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения в системе образования

В целом, имеющиеся научно-обоснованные данные о школьных мероприятиях по профилактике суицида и после суицидальных действиях ограничены. Исследованиям мешали методологические проблемы, включая отсутствие хорошо спроектированных контролируемых исследований и трудности в точном и последовательном измерении результатов, связанных с суицидальным поведением. Тем не менее, полученные доказательства показывают, что некоторые лучшие практики позволили бы нарастить потенциал в области профилактики суицидального поведения в образовательных учреждениях (Fliege, H., Lee, J. R., Grimm, A., & Klapp, B. F., 2009).

В отсутствие убедительных доказательств того, что программы профилактики суицидального поведения не нанесут вреда, рекомендуется, чтобы универсальные подходы к профилактике суицидального поведения по-прежнему основывались на деятельности по укреплению в целом психического здоровья учащихся (King, K. A., Strunk, C. M., & Sorter, M. T., 2011). Имеются убедительные доказательства в поддержку внедрения обучения школьного персонала и использования рутинного скрининга или тестирования психического здоровья учащихся старших классов, включая суицидальное поведение (Husky, M. M., Sheridan, M., McGuire, L., & Olfson, M., 2011).

Имеются ограниченные данные относительно указанных подходов к профилактике суицида в школе. Образовательные учреждения могут продолжать предлагать рекомендации и поддержку учащимся, которые находятся в риске, но индивидуальные терапевтические вмешательства должны проводиться строго в клинических условиях (King, K. A., Strunk, C. M., & Sorter, M. T., 2011).

Общими практиками, которые считаются полезными, являются:

- Предоставление информационных и/или вспомогательных сессий для учащихся, школьного персонала и родителей;
- Предоставление индивидуальной (в отличие от групповой) поддержки или консультирования;
- Запланированные консультации по показаниям либо со школьным персоналом, либо с внешними специалистами;
- Работа с семьёй и средствами массовой информации (СМИ) в случае свершившегося суицида.

Поскольку не проводилась строгая оценка данных практик, их потенциальные эффекты, как положительные, так и отрицательные, на данный момент трудно чётко определить.

В годы независимости Республики Таджикистан в результате реформ значительные изменения произошли в сфере образования. Наряду с традиционными учебными учреждениями, в сфере образования начали создаваться школы нового типа и частные гимназии. Система образования Республики Таджикистан включает дошкольное, общее начальное и среднее образование, начальное, среднее и высшее профессиональное образование, а также дополнительное образование детей и взрослых. В системе общего среднего образования функционируют учреждения, ориентированные на детей с различными потребностями – и учебные заведения, обеспечивающие образование на повышенном, относительно образовательного стандарта уровне (лицеи, гимназии), и образовательные учреждения для детей с ограничениями в развитии.

Относительно медицинской и психологической помощи и поддержки следует отметить, что медицинские услуги оказываются в каждой школе, посредством предоставления медицинского обслуживания в учреждении (Лори Браш, Дженифер Шин,

Раджани Шрешта, 2011). Законодательство в сфере образования в большинстве случаев содержит только общие положения, предусматривающие возможность оказания медико-психологической помощи, что может выступить основой, для создания инструкций и протоколов, регулирующих порядок оказания такой помощи в учреждениях образования. Кодекс здравоохранения РТ в статье 46 закрепляет право детей на охрану здоровья, согласно этой статье «контроль за охраной здоровья детей, проведение оздоровительных мероприятий в детских учреждениях и образовательных учреждениях осуществляется органами и организациями здравоохранения совместно с органами и учреждениями сферы образования и науки».

В системе образования в Республике Таджикистан существует институт школьных психологов. В штатных нормативах общеобразовательных школ предусмотрена должность психолога. Следует сказать, что эти должности укомплектованы не во всех школах. В 2016-2017 учебном году в г. Душанбе осуществляли свою деятельность 103 психолога, в Согдийской области – 656 психологов (Таблица 2).

Таблица 2. Список психологов, работающих в образовательных учреждениях в 2016-2017 учебном году

Число психологов в 2016- 2017 учебном году						
№	Города/Районы	Было	Стало	Дневные рабочие часы в количестве		Дипломированные специалисты
				Полная ставка	Половина ставки	
1	Душанбе		103			5
	СОГД					
2	Айни	1	1	1	0	0
3	Ашт	55	55	34	21	6
4	Б.Ғафуров	82	82	34	48	3
5	Бӯстон	9	11	7	4	0
6	Ғулистон	6	10	10	0	2
7	Деваштич	48	50	8	42	5
8	Зафаробод	24	22	9	13	7
9	Истаравшан	46	44	30	14	0
10	Истиқлол	6	6	3	3	0
11	Исфара	77	77	17	60	3
12	Конибодом	36	37	2	35	3
13	Кӯхистони Мастчоҳ	21	21	0	21	1
14	Мастчоҳ	22	22	6	16	0
15	Панҷакент	103	109	18	91	7
16	Спитамен	17	24	14	10	1
17	Хуҷанд	43	43	29	14	12
18	Ҷ.Расулов	39	39	18	21	4
19	Шаҳристон	3	3	3	0	3
	Итого:	638	656	243	413	57

Однако даже там, где должности психолога укомплектованы, их зачастую занимают люди, не являющиеся специалистами в области психологии. В основном ставки психолога заняты учителями, которые дополнительно к своей основной деятельности по преподаванию предмета заняты работой психологической службы. Доля дипломированных специалистов с высшим психологическим образованием составляет 8,2% от общего количества специалистов, работающих на ставе психолога в г. Душанбе и

Согдийской области. Данный показатель значительно варьирует в разных районах и населённых пунктах (Рисунок 4).

Несмотря на то, что для системы образования основной задачей является обучение и воспитание детей, школы остаются одними из самых эффективных площадок для профилактических вмешательств, а сотрудники школ могут стать ресурсной поддержкой для учащихся. Так, согласно исследованию ЮНИСЕФ, проведённому в 2012 году, около 26% респондентов указали, что для получения психологической помощи обращаются к учителям.

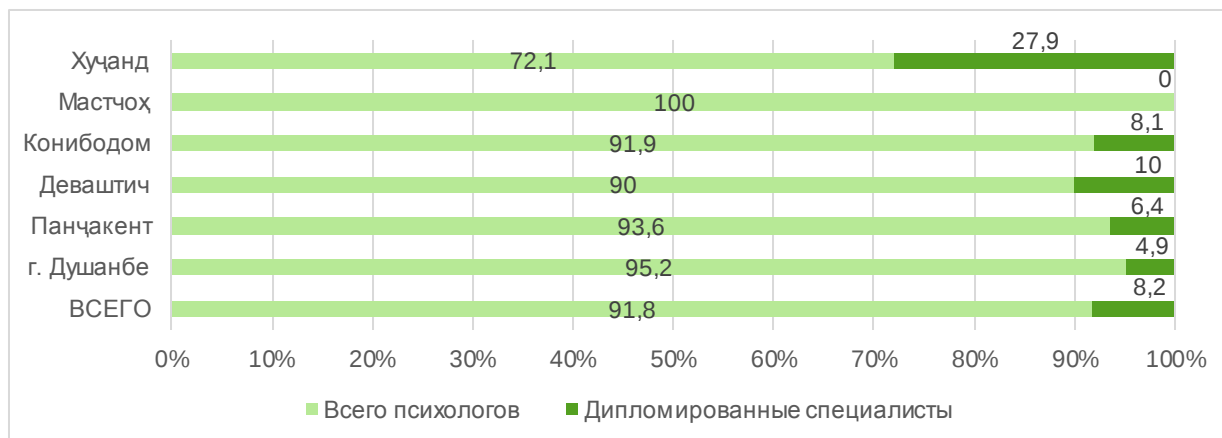


Рисунок 4 Соотношение дипломированных специалистов с высшим психологическим образованием к общему количеству психологов в школах

Полученные в ходе исследования данные указывают на то, что школы и учителя не используются в достаточной мере для предоставления услуг психологической поддержки (Детский Фонд ООН в Таджикистане, Колумбийский Университет, 2012).

При проведении интервью с ключевыми информаторами было определено, что школы в РТ наиболее часто вовлекают инспекторов по делам несовершеннолетних в случаях конфликтных и кризисных ситуаций, включая суицидальное поведение, среди школьников. В соответствии со статьёй 180 КЗ РТ психиатрические и психоневрологические учреждения органов здравоохранения, социальной защиты, образования и другие ведомства, имеющие аналогичные учреждения, обязаны совместно с органами внутренних дел сотрудничать при оказании психиатрической помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, по предотвращению совершения со стороны их действий, угрожающих жизни и здоровью их и окружающих. В зависимости от случая дополнительно вовлекаются махалинские комитеты и профильные социальные учреждения. Первичные ответные меры на конфликтную или кризисную ситуацию у подростков предпринимают в основном директор, заместитель по воспитательной работе и психолог. Однако следует отметить, что отсутствуют чёткие и подробные инструкции для школьного персонала относительно того, какие они шаги должны предпринять в случаях обнаружения эмоциональных или поведенческих проблем, угрозы суицидального поведения, как действовать в случае совершения суицида (пост-суицидальные вмешательства).

Специфические программы по охране психического здоровья в школах РТ практически не представлены, однако определённые компоненты включены в другие программы, касающиеся здоровья, например, некоторые вопросы эмоциональных и поведенческих нарушений могут рассматриваться в рамках программы формирования здорового образа жизни.

В качестве дополнительной площадки для профилактических мероприятий в области охраны психического здоровья детей и подростков в РТ может быть

задействована система дополнительного образования, в задачи которой, кроме всего прочего, также входят:

- профилактика девиантности детей и подростков;
- укрепление психического и физического здоровья детей;
- развитие индивидуальности, коммуникативных способностей ребёнка, детской одарённости;
- коррекция психофизического и умственного развития детей со специальными потребностями.

Однако ресурсов для реализации всех задач системы дополнительного образования не хватает. Сеть учреждений представлена по РТ 75-ю центрами по внешкольному воспитанию, из которых 42 учреждения имеют отдельные здания, построенные в советский период, остальные размещаются в помещениях отделов образования, в детских садах, подвалах, в частных домах и магазинах. Практически вся система дополнительного образования в республике не имеет необходимого оборудования и методических пособий для учителей, не хватает квалифицированных кадров, и такие кадры никто не готовит. Недостаточно выделяется средств на содержание помещений, переподготовку преподавателей. На протяжении последних 20 лет не изучалась потребность в дополнительном образовании. Охват дополнительным образованием в республике составляет менее 1 % от общего числа учащихся школьного возраста¹².

В результате обсуждения современного состояния охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения несовершеннолетних и молодёжи в системе образования национальными экспертами были указаны следующие проблемные области:

- Отсутствуют подзаконные нормативно-правовые акты по профилактике суицидального поведения в образовательных учреждениях (приказ, письмо, ит.п.), методические рекомендации по профилактике суицидального поведения в школах;
- Услуги психолога доступны не во всех образовательных учреждениях. Во многих учреждениях системы образования отсутствует такая штатная единица, особенно это касается регионов и сельской местности;
- Подготовка специалистов в медицинских образовательных учреждениях проводится по общему профилю. Отсутствуют курсы подготовки специалистов психологов и психиатров по вопросам суицидального поведения.
- Отсутствует специализированный научный центр по изучению суицидального поведения;
- Отмечается слабая роль и информированность семей в определении депрессивных состояний и суицидальных намерений несовершеннолетних;
- Большое количество учащихся не вовлечены в деятельность кружков, клубов, секций, объединений системы дополнительного образования;
- Не организована работа с семьями, находящимися в трудной жизненной ситуации;
- Отсутствуют организации досуга несовершеннолетних лиц по месту жительства.

¹² Национальная стратегия развития образования Республики Таджикистан до 2020 года.

Подготовка кадров по вопросам психического здоровья и профилактики суицидального поведения

Одним из основных факторов, оказывающих вклад в систему профилактики и лечения кризисных состояний, эмоциональных и поведенческих нарушений среди детей и подростков, является профессиональная компетентность специалистов, непосредственно работающих с данной целевой группой, включая специалистов образования, здравоохранения, правоохранительных органов и т.д. Подготовкой специалистов психологов и психиатров, преподавателей школ, занимаются высшие учебные заведения страны, в связи с чем, возникла необходимость проведения анализа содержания учебных программ, количества часов, а также соответствия действующих учебных модулей современным стандартам образования.

Специалисты получают знания, умения и навыки в сфере охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения в РТ на базе следующих учебных заведений (см. Приложение 4. Список организаций, осуществляющих подготовку и переподготовку в области охраны психического здоровья в Согдийской области и г. Душанбе с указанием тем, количества часов, преподавательского состава и количества лиц, прошедших обучение в 2017 году.):

- Худжандский государственный университет имени Бободжана Гафурова (ХГУ);
- Таджикский Национальный Университет (ТНУ);
- Таджикский Государственный Педагогический Университет им. С.Айни (ТГПУ);
- Российско-Таджикской Славянский Университет (РТСУ);
- Таджикский Государственный Медицинский университет им. Абу Али Ибн Сино (ТГМН);
- Республиканский Институт повышения квалификации учителей (ИПКУ);
- Областной институт повышения квалификации учителей;
- Государственное Образовательное Учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» при МЗСЗН РТ;
- Республиканский учебный клинический центр семейной медицины.

Вышеназванные образовательные учреждения готовят специалистов психологов, педагогов и врачей.

ТГПУ им. С.Айни – ведущий ВУЗ в стране, выпускающий преподавателей школ. Кафедра «Психология» в нём является межфакультетской и представлена всего двумя дисциплинами: «Общая психология», «Возрастная и педагогическая психология». Предмет «Возрастная психология» не является самостоятельным курсом и объединён с педагогической психологией. Всего на изучение студентами предмета «Возрастная и педагогическая психология» выделено 48 часов, из которых на возрастную психологию приходится 24 часа (8 лекционных, 16 – для практической и самостоятельной работы). Особо необходимо отметить, что на изучение психологии подросткового возраста выделен всего 1 час лекций и 2 часа самостоятельной и практической работы.

В сентябре 2016 года в ТГПУ им. С.Айни открылся новый факультет «Психология дошкольного и инклюзивного образования», при котором имеются две кафедры: «Дошкольное образование» и «Инклюзивное образование», но при этом отсутствует кафедра психологии. Психологические дисциплины для студентов этого факультета, в том числе, возрастная психология (64 часа) читаются на кафедре дошкольного образования.

Курс возрастной психологии в ТНУ (выпускающая кафедра «Психология») и ХГУ (выпускающая кафедра «Социальная и профессиональная психология») читается на протяжении двух семестров, в ТНУ на психологию подросткового возраста выделено 16 часов, включая лекции и практические занятия, в ХГУ всего 9 часов. Кроме этого, данная

тематика в ТНУ включена в курс теории психического развития – «особенности психического развития в подростковом возрасте» на изучение которого выделено 9 часов.

Указанное количество часов недостаточно для глубокого раскрытия особенностей подросткового возраста и изучения всех концепций, включая современные теории анатомо-физиологических особенностей формирования мозга ребёнка. Кроме того, тематика суицида детей и подростков, суицидальных наклонностей не освещается ни в одном из учебных модулей.

В Институте повышения квалификации учителей курс по психологии в количестве 8 часов включён в модуль педагогики и психологии, и не затрагивает вопросы возрастных психологических особенностей детей, в связи с ограниченным количеством часов. Курсы повышения квалификации школьных психологов в ИПКУ не проводятся.

Согласно учебной программе педагогического колледжа, возрастную психологию изучают студенты всех специальностей (русский язык и литература, начальные классы, математика, английский язык, дошкольные учреждения, методика преподавания, таджикский язык и литература, обществознание, биология, экология). На дневном отделении на изучение возрастной психологии выделено 48 часов (за исключением специальности педагога дошкольных учреждений, которые изучают возрастную психологию 32 часа). Кроме этого, 32 часа выделяется на изучение курса детской психологии для студентов, обучающихся по специальностям педагога дошкольных учреждений и начальных классов. На изучение психологии подросткового возраста выделено всего 4 часа. На заочном отделении возрастную психологию изучают 10 часов.

Для подготовки специалистов по работе с детьми данное количество часов по возрастной психологии является недостаточным. Кроме того, необходимо отметить, что учебные модули не соответствуют современным стандартам.

В Таджикском Государственном медицинском Университете им. Абуали Ибн Сино предмет психология изучается студентами в рамках дисциплины «Педагогика и психология» в течение 32 часов. На кафедре психиатрии изучается курс «Психиатрия и медицинская психология», на который отведено всего 96 часов, из которых на медицинскую психологию приходится 30 часов.

В институте последипломного образования также изучают данный курс, однако тематика курса практически не касается психологических особенностей развития детей и подростков.

В Центре семейной медицины семейные врачи изучают медицинскую психологию в течение 8 часов. Во время первичной специализации семейные врачи в рамках курса детские заболевания также касаются вопросов психологии развития. Вопросы кризисного состояния и суицида в клиническом подходе изучаются только в рамках темы «Неврозы» (2 часа).

Здесь необходимо добавить, что в настоящее время на утверждении МЗСЗН находятся переработанные клинические протоколы и соответственно переработанные модули обучения семейных врачей. Содержание учебного курса для семейных врачей по психиатрии в рамках пока ещё не утверждённых обновлённых клинических протоколов будет включать в себя следующие тематические разделы: депрессия и тревожные расстройства (диагностические критерии, дифференциальная диагностика, лечение); нарушение психического равновесия; наркология; основные психотропные препараты (антидепрессанты, транквилизаторы); синдром соматизации; практические навыки применения шкалы Бека для оценки депрессии, диагностика опьянения, купирования психопатологического возбуждения; психотерапевтическая консультация пациентов с депрессией, тревожным состоянием, эпилепсией, поведенческими расстройствами, симптомом соматизации.

Интервью с преподавателями школ выявили недостаточный уровень знаний о психологических особенностях развития детей и подростков. В процессе обсуждения случаев кризисных состояний подростков, большинство педагогов были озадачены поставленными вопросами и не смогли компетентно на них ответить. Отсутствие полноценных и современных знаний, умений и навыков у педагогов по вопросам коммуникации с подростками, индикаторов кризисного состояния ребёнка, взаимодействия с родителями ребёнка, находящегося в сложной или кризисной жизненной ситуации, несомненно оказывает влияние на эффективность проводимых мероприятий в образовательных учреждениях.

В целом характеризуя систему подготовки и переподготовки кадров экспертами выделяются следующие проблемные области. Источники, которые используются при составлении учебных программ, зачастую являются устаревшими, и не включают в себя современные международные практики и концепции в области охраны психического здоровья. Это может быть отчасти связано с ограничением знаний английского языка, так как большинство международных руководств и пособий публикуются на английском языке. В виду того, что отсутствует чёткое и полноценное положение о психологической службе в школе и школьном психологе, не совсем ясными остаются и вопросы подготовки данных специалистов, какие задачи стоят перед школьными психологами, какие функции выполняет психологическая служба в образовании.

Информация, полученная в ходе проведения фокус-групп

Метод группового интервьюирования в фокус-группах явился важным элементом исследования. Фокус-группы были сформированы из числа ведущих экспертов систем образования и здравоохранения, различных социальных ведомств и учреждений, работающих с молодёжью Республике Таджикистан; также были проведены фокус-группы с подростками, молодыми людьми. Помимо фокус-групп были проведены индивидуальные интервью с родственниками детей, совершивших суицид, и с детьми, у которых была попытка суицида. Организовать фокус-группу с родителями, чьи дети совершили суицид не представлялось возможным, т.к. расстояния между джамоатами очень большое, и собираться в одном месте семьям не представлялось возможным. В связи с этим интервьюеры совершали дворовые обходы. Несмотря на то, что результаты данных методов не являются репрезентативными и статистически достоверными, тем не менее, полученная информация и результаты играют важную роль в формировании представления о системе охраны психического здоровья.

Процесс и полученные результаты

Были проведены следующие фокус-группы. Три фокус-группы с ведущими экспертами систем образования и здравоохранения, ювенальной юстиции, МВД, судебной системы, различных социальных ведомств и учреждений, работающих с молодёжью в Республике Таджикистан, а также представителей духовенства (см. Приложение 5. Список участников фокус-групп). Две фокус-группы были проведены в городе Душанбе, одна – в городе Пенджикент.

Три фокус группы были проведены с подростками и молодёжью (14-20 лет). В целом в дискуссионных группах приняло участие 37 подростков и молодых людей. Одна фокус группа была проведена в Центре дополнительного образования Б.Гафуров джамоат Овчи калача, в которой приняли участие 18 человек (9 мальчиков и 9 девочек); одна фокус-группа была проведена в Центре дополнительного образования Согдийской области города Худжанд, в которой приняло участие 12 человек (6 девочек и 6 мальчиков); одна фокус-группа – в г. Душанбе, в которой приняло участие 7 человек (6 девочек и 1 мальчик). Для проведения интервью были разработаны стандартные вопросники (см. Приложение 6. Вопросы для проведения дискуссионных групп (фокус-групп) с подростками и молодыми людьми»).

В девяти семьях, в которых дети совершили суицид, были проведены интервью с членами семьи: семья из города Деваштич (3 человека); семья из города Мастчох, Участок №3 (3 человека); три семьи из города Канибадам (4-4-4 человек); четыре семьи из города Пенджикент (9 человек); семья из Б.Гафуровский район (4 человека).

Фокус-группа 1

В фокус-группе 1, проходившей в г. Душанбе обсуждалась тема: «Межведомственное взаимодействие в области охраны психического здоровья подростков и молодёжи в РТ»; и был задан вопрос: «Какие проблемы существуют в области охраны психического здоровья и профилактики суицида среди подростков и молодёжи в РТ». Необходимо отметить, что при обсуждении указанной темы практически все участники отметили следующее: 1) в законодательной системе РТ предусмотрены и хорошо определены виды взаимодействия между различными ведомствами в отношении охраны психического здоровья; 2) особенное значение в системе оказания помощи детям, в том числе и в плане охраны психического здоровья в настоящее время играют органы Ювенальной юстиции; 3) практическое взаимодействие имеет деловой характер, характеризуется пониманием со стороны взаимодействующих сторон и отсутствием каких-либо конфликтов или противоречий в плане межведомственного взаимодействия.

Однако, также были высказаны и проблемные области. В отношении существующих проблем в области охраны психического здоровья и профилактики суицида среди подростков и молодёжи в РТ, участники высказывали следующие мнения.

Практически все участники отметили факт существующего дефицита хорошо подготовленных профессионалов по профилактике суицида, как в системе здравоохранения, так и в системе образования. Так, например, было отмечено, что в здравоохранении имеется дефицит врачей-психиатров, детских психиатров, квалифицированных врачей-психотерапевтов, отсутствие специалистов-суицидологов, а в системе образования – в школах явно сказывается дефицит квалифицированных психологов. Более того, при имеющихся ставках психолога в образовательных учреждениях, часто эти ставки заняты специалистами, не имеющими базового образования или специализации по специальности «Психолог» и «Педагог-психолог». Это мнение было подтверждено результатами картирования услуг настоящего исследования. На Рисунок 5 отображено соотношение занятых ставок «Психолог» в образовательных учреждениях (школах) специалистами с базовым психологическим образованием и специалистами, не имеющих базового психологического образования.

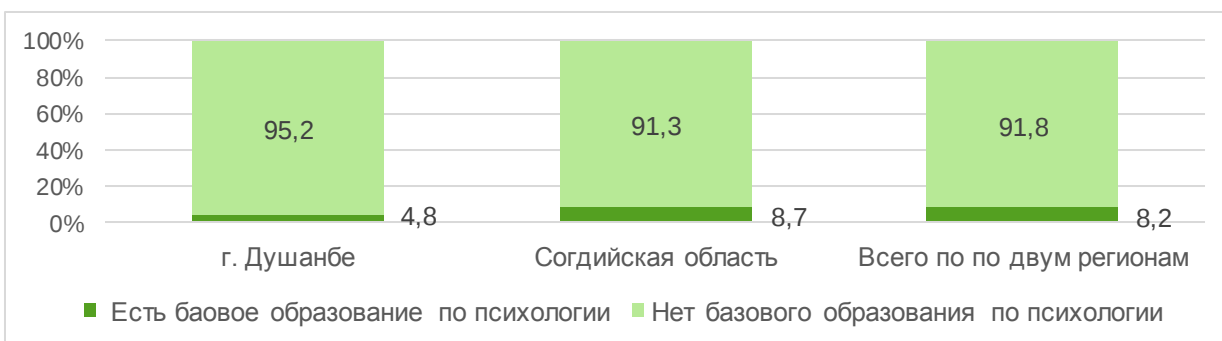


Рисунок 5. Соотношение специалистов, работающих на ставке психолога, имеющих и не имеющих базового психологического образования.

В школах отсутствуют положения о деятельности школьного психолога с чёткими должностными инструкциями и инструментами по диагностике и работе с такими случаями, как суицидальная активность, попытка суицида, гетероагрессия, кризисное состояние ученика и пр. Также отсутствует система лицензирования деятельности психолога (практического психолога, оказывающего психологические услуги населению).

Помимо кадровой проблемы было озвучено, что на сегодняшний день отсутствует виртуальная база данных в отношении организаций и специалистов, оказывающих профессиональные квалифицированные услуги медико-социального, психологического, психотерапевтического, и пр. характера. Большинство участников было высказано мнение о том, что образовательные программы для специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья и профилактики суицида среди подростков и молодёжи, устарели и требуют своего пересмотра и переработки, как в плане качественного содержания (тематика образовательных программ), так и в количественном плане (объём образовательных программ).

В процессе обсуждения была высказана идея о разработке и внедрении программ онлайн консультирования. Такие программы по мнению участников будут наиболее востребованы подростками и молодёжью в связи с максимальным уровнем анонимности, конфиденциальности, а также свободным Интернет-доступом и наличия смартфонов у подавляющего большинства современной молодёжи.

Необходимо отметить тот факт, что некоторые участники выразили официальное мнение, что при общении с лицами подросткового возраста, молодёжью или организации

каких-либо действий по профилактике суицида (деловая документация (инструкции для педагогов-психологов и т.п.), темы классных часов и тематические беседы с родителями учащихся, семинары, конференции, информация в средствах массовой информации (СМИ) и т.д.) целесообразно избегать таких терминов, как «суицид», «суицидальное поведение», а вместо этих терминов использовать другие термины, например, «кризисное состояние», «стрессовое состояние» и т.п. Участники объясняли своё мнение тем опасением, что упоминание таких терминов, как «суицид», «суицидальное поведение/суицидальное состояние» вероятно будет провоцировать подростков и молодёжь на совершение самоубийства. Также проговаривались пожелания, чтобы в настоящем исследовании, в отчётах о данном исследовании исследователи старались избегать данной терминологии. Фасилитаторы отметили те факты, что: данное опасение основывается на мифе о суициде, и что невозможно реформировать систему профилактики суицида не используя данных терминов; желательно организовать кампанию об изменении отношения со стороны лиц, являющимися официальными представителями руководящих органов к данной точке зрения, а также отказе от табуирования этих терминов. Однако данные предложения не были восприняты и не изменили мнения данных участников.

Фокус-группа 2

В фокус-группе 2, также обсуждался вопрос «Проблемы современного состояния охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения несовершеннолетних и молодёжи». В ней приняли участие специалисты МЗСЗН РТ, МЮ РТ, Министерство образования и науки (МОН) РТ, а также МВД РТ. Фасилитатором было предложено обсуждение данного вопроса по различным сферам: министерство здравоохранения; министерство образования; министерство юстиции; министерство внутренних дел; министерство образования и науки. В результате проведения фокус группы, участники сформировали существующие проблемы и рекомендации по их разрешению. Рекомендации, высказанные участниками фокус-группы будут приведены в конце данного раздела.

Сфера здравоохранения. На данный момент в системе охраны психического здоровья существует дефицит специалистов психологов и психиатров; отсутствуют специализированные кризисные центры и центры суицидологии, занимающиеся вопросами профилактики суицидального поведения и оказанием помощи лицам, вовлечённым в ситуацию суицида; отсутствует чёткое взаимодействие между органами, вовлечёнными в профилактику суицидального поведения. Проводимые мероприятия, как со стороны государственных учреждений и ведомств, так и общественных организаций не являются регулярными. После принятия Кодекса Здравоохранения РТ 30 мая 2017 года, не было разработано, или переработано ни одной инструкции по профилактике суицида и реабилитации лиц, вовлечённых в ситуацию суицида. Существующие документы (инструкции и протоколы) по профилактике суицида основаны на законодательстве, утратившем юридическую силу. Население обращается за оказанием психиатрической и психологической помощи только в крайних случаях, предпочитая помощь народных целителей и представителей духовенства. А в случаях обращения за помощью, многие не следуют рекомендациям и назначениям психиатра либо психолога, как в силу экономических (высокая стоимость лекарственных препаратов), так и иных факторов (суеверие, предрассудки).

Сфера образования. В отношении существующих проблем профилактики суицидального поведения в системе образования, участниками были высказаны следующие мнения. Отсутствуют курсы подготовки специалистов педагогов и психологов

по вопросам суицидального поведения. Школа в недостаточной степени привлекает семьи учащихся по обучению родителей и прочих родственников вопросам, касающимся особенностям подросткового возраста, специфики общения с подростком, выявлению признаком кризисного состояния и суицидальной активности ребёнка, психологической помощи. количество учащихся, вовлечённых в деятельность кружков, клубов, секций, объединений системы дополнительного образования, является недостаточным.

Юстиция. В отношении деятельности министерства юстиции участниками фокус-группы были высказаны следующие мнения. Несмотря на то, что органы юстиции напрямую не вовлечены в сферу охраны психического здоровья и профилактики суицидов среди несовершеннолетних лиц и молодёжи, в данной сфере существуют проблемы и потребности в реформировании системы ювенальной юстиции. На сегодняшний день отсутствует эффективный механизм координации в системе ювенальной юстиции; механизм сбора статистических данных относительно детей, являющихся свидетелями или жертвами преступлений и насилия; нет специально обученных следователей или прокуроров по расследованию дел в отношении детей; отсутствует порядок и не указаны сроки оповещения родителей и законных представителей ребёнка о факте задержания; не во всех судах и следственных органах существуют доброжелательные комнаты для допроса несовершеннолетних. Существует дефицит социальных работников, педагогов и психологов по работе с детьми в системе правосудия в отношении детей; сотрудники органов системы ювенальной юстиции не всегда обладают специальными знаниями и имеют должную подготовку относительно прав ребёнка и правосудия в отношении несовершеннолетних лиц. Действующее уголовно-исполнительное законодательство нуждается в пересмотре и совершенствовании; на основании действующих положений национального законодательства несовершеннолетние и взрослые правонарушители, заключённые под стражу могут содержаться совместно, что недопустимо и противоречит пункту 13.4 Пекинских правил. Также, несовершеннолетний правонарушитель может быть помещён в дисциплинарный изолятор. Кроме того, отсутствуют нормы, позволяющие проводить независимый медицинский осмотр несовершеннолетних заключённых для выявления пыток и жестокого обращения. На данный момент отсутствует специальный орган (пробации), который занимался бы изучением условий жизни, психосоциальных и иных особенностей несовершеннолетних, подвергшихся уголовному преследованию, оказанием содействия в получении образования, трудоустройства, социальной, медицинской и иной помощи.

Правоохранительные органы. Относительно деятельности правоохранительных органов по мнению участников группы, система профилактики суицидального поведения несовершеннолетних в системе МВД находится в стадии формирования. Специальных мероприятий по выявлению несовершеннолетних и молодых лиц с суицидальными намерениями не проводится и протоколы, на основании которых, такая деятельность могла бы проводиться, не разработаны. Среди проблем, касающихся профилактики суицидального поведения на уровне МВД были названы следующие. Отсутствуют методические рекомендации относительно выявления фактов суицидальных намерений у несовершеннолетних в конфликте с законом, оказавшихся в поле зрения органов МВД. Имеется дефицит специально обученных психологов по работе с несовершеннолетними в системе МВД. Отсутствуют какие-либо протоколы по взаимодействию органов МВД с другими ведомствами в сфере профилактики суицидального поведения; отсутствуют механизмы перенаправления несовершеннолетних с суицидальными намерениями в системе МВД.

В ходе дискуссии всеми участниками была поддержана идея создания виртуальной базы профилактических и консультативных услуг для несовершеннолетних и молодых

лиц, подверженных суицидальным рискам. Было отмечено, что широкие возможности развития научно-технического прогресса необходимо использовать для профилактики суицидального поведения. К положительным сторонам такой виртуальной базы было отнесено следующее: круглосуточная доступность; возможность выявления и наблюдения лиц из группы суицидального риска; широкий охват нуждающихся в помощи лиц.

Фокус-группа 3

Фасилитаторы третьей группы поставили задачу оценить у участников понимание взаимодействия различных структур и уровень их компетентности в ответ на высокий рост случаев суицида среди подростков и молодёжи в городе Пенджикенте. Для этого фасилитаторы провели с участниками группы ролевую игру по разбору кейса (реального случая, который имел место быть в данном регионе), где каждый из участников играл роль своей реальной занимаемой должности, и вёл себя так, как если бы это происходило на самом деле. Ниже приведено описание данного случая.

Девочка, 15 лет из дисфункциональной семьи, которую воспитывали дедушка и бабушка с трёх лет. Она не имела возможности общения со сверстниками вне школы т.к. была ограничена в общении со стороны опекунов. Опекуны боялись, что внучка пойдёт «по неправильному пути». В данном районе в школе девочки и мальчики не сидят за одной партой. Со стороны руководителей районного отдела образования ведётся пропаганда жёсткого контроля за поведением подростков во избежание нежелательных последствий. У девочки был случайный сексуальный контакт с молодым человеком который старше её на три года. У девочки наступила нежелательная беременность. Из-за страха раскрытия своего статуса (беременности) перед опекунами и осуждения со стороны сообщества, девочка решила совершить самоубийство.

После ролевой игры участникам фокус-группы каждый участник дал обратную связь по отношению его позиции и соответствующих действий/реагирования в данной ситуации, после чего ответил на вопрос «почему он или она поступили именно таким образом». После объяснения участникам была предложена дискуссия на тему взаимодействия различных структур и уровня их компетентности в ответ на рост случаев суицида среди подростков и молодёжи в городе Пенджикенте.

В результате дискуссии участниками были высказаны следующие мнения в отношении проблемных зон, причинных факторов и детерминант на уровне сообщества (культурных норм поведения и реагирования) и взаимодействия на уровне различных сфер и структур:

- Отсутствует чёткое понимание причастности и ответственного реагирования должностных лиц и сотрудников в ситуациях, когда ребёнок находится в кризисном состоянии или совершил суицид;
- Отмечается недостаточное понимание о важности проведения профилактических мер и раннего выявления причин, способствующих рискованному поведению подростка, на разных уровнях и в разных сферах сообщества (образование, здравоохранение, ювенальная юстиция и пр.);
- Отсутствует чёткий алгоритм взаимодействия между вовлечёнными структурами в профилактику суицида среди подростков и молодёжи, а также алгоритм перенаправления лиц, имеющих признаки суицидальной активности, где чётко обозначены и задекларированы обязанности и полномочия каждой структуры;
- Отсутствуют законодательные документы (протоколы, инструкции, методические рекомендации и пр.) на уровне различных вовлечённых структур по ранним

кризисным вмешательствам и оказанию медико-психологической и социально-юридической помощи;

- Отсутствуют законодательные документы, чётко определяющие роль психолога (в том числе школьного психолога), виды деятельности, квалификационные требования;
- Сформировавшиеся исторически культурно-социальные нормы и устои по отношению к роли и статусу женщины и девочки в семье и обществе, оказывают влияние на детей и подростков, ограничивая возможность принятия решений, касающихся их личного выбора в жизни; данный фактор оказывает негативное влияние на формирование здоровых и гармоничных отношений между представителями разных полов, между взрослыми и детьми, между органами власти и её исполнителями;
- Среди некоторых лиц, от которых зависит принятие решений, существует недостаточное понимание важности и значимости внедрения учебных программ по формированию здорового образа жизни, жизненных навыков и критического мышления, как обязательной дисциплины среди детей/подростков на уровне школ;
- Отсутствуют расширенные образовательные и просветительские программы для внеклассных часов по таким темам, как «Стрессоустойчивость и управление стрессом»; «Коммуникативная компетентность»; «Конфликты и способы решения конфликтных ситуаций»; «Психология кризиса и управление кризисом»; «Этика и психология гендерных взаимоотношений»;
- Отмечается намеренное сокрытие случаев суицидальных попыток родственниками и опекунами ребёнка, связанное со страхом стигмы и давления со стороны правоохранительных структур;
- Нет глубокого понимания роли семьи в психосоциальном развитии ребёнка как на уровне специалистов социального сектора, так и на уровне общины;
- Отсутствуют образовательные программы по повышению квалификации для специалистов, взаимодействующих с ребёнком и семьёй (отдел по правам ребёнка, комиссия по правам ребёнка, комитеты по работе с молодёжью, семьи и женщин и т.д.) по различным вопросам психологии в сфере их деятельности;
- Отсутствует статистика и учёт случаев суицидальных попыток на уровне госпитальной службы в связи с отсутствием форм отчётности.

Фокус-группы с подростками и молодыми людьми

В дискуссионных группах приняло участие 37 подростков и молодых людей (16 мальчиков/молодых людей и 21 девочка/девушка). Возрастной диапазон участников группы составлял 14-20 лет. Каждому участнику поочерёдно были заданы стандартные шесть вопросов, каждый из которых имел возможные дополнительные вопросы на тот случай, если участник дал малоинформативный ответ. Все участники по очереди отвечали на этот вопрос. Модератор фиксировал ответы каждого участника. Дополнительные вопросы, также использовались для организации дискуссии (см. Приложение 6. Вопросы для проведения дискуссионных групп (фокус-групп) с подростками и молодыми людьми). Ниже мы приводим сводный анализ ответов подростков. В кавычки внесены реальные комментарии подростков и молодых людей – участников фокус-групп.

1. На вопрос «Что ты делаешь в ситуации сильного эмоционального стресса (серьёзные проблемы, ссоры, конфликты, чувство безнадёжности, безысходности и т.п.)?», в первую очередь участники давали ответы, которые мы сгруппировали, согласно

их соответствия копинг-стратегиям совладания с кризисной ситуацией или типам поведения в конфликтных и/или кризисных ситуациях.

1) Тип совладания – подавление эмоций, уединение/изоляция иногда с попыткой переключения на другую активность:

- «Запираюсь в комнате и начинаю создавать что-либо из цветных бумаг»; «Нахожу удобное место в доме и начинаю что-то делать, то есть занять себя чем-либо»; «Занимаю своё время чем-нибудь, слушаю музыку, читаю книгу»; «Убираюсь дома», «рисую»;
- «Стараюсь не думать об этом и буду одна»; «Ничего не делаю, оставляю все внутри себя»; «Ни к кому не обращаюсь, терплю»; «Гуляю на улице один».

2) Тип совладания – обращение за ресурсной поддержкой ближайшего социального окружения – обращение к значимым другим людям/лицам (ЗДЛ).

- «Обращаюсь к родителям особенно к маме/папе, потому что он самый близкий человек мне»; «Обращаюсь к своей подруге/своему другу, потому что она/он самый близкий человек мне»;
- «Обращусь к психологу».

Было определено, что обращение к психологу в основном отмечали лица юношеского возраста (17-20 лет).

3) Непринятие/отвержение помощи со стороны ближайшего ресурсного окружения и ЗДЛ. В этом случае подростки и молодёжь активно отвергают вариант обращения за помощью и поддержкой к ЗДЛ (родителям, друзьям).

В целом из числа всех участников подростково-молодёжных групп в среднем 30% участников активно отказываются от варианта обращения к ЗДЛ. Необходимо отметить, что такие лица и тип поведения представляет наиболее высокий риск в плане совершения суицидальных попыток. Это подтверждается результатами интервью с родителями, чьи дети совершили завершённый суицид. По словам этих родителей, их дети накануне совершения суицида не говорили с родителями о своих переживаниях или проблемах, не обращались за эмоциональной поддержкой. Они отмечали, что всё выглядело как обычно, и совершение самоубийства являлось для них полной неожиданностью. Среди причин, которые препятствуют или блокируют мотив обращения за поддержкой:

- «Не хочу, чтобы они знали»;
- «Неудобно, стыдно»;
- «Родители не всегда меня понимают».

2. На вопрос «Как ты думаешь, что больше всего тревожит, беспокоит и волнует твоих сверстников?» ответы в подавляющем большинстве, практически были идентичны:

- «Чаще всего материальный вопрос, так как многие являются малообеспеченными»;
- «Как заработать деньги / откуда найти деньги»;
- «Взаимоотношения с родителями»;
- «Взаимоотношения со сверстниками»;
- «Лживое поведение, которые чаще проявляется у многих»;
- «Не могут найти свой путь в жизни»;
- «Не знают куда дальше поступать учиться и как готовиться к этому»;
- «Не показывать свою слабость/быть лидером и авторитетом в группе/красив ли я».

Все ответы в отношении возможных причин для переживаний можно распределить на пять групп: а) переживание материального дефицита; б) проблемы в отношениях с родителями; в) проблемы в отношениях со сверстниками; г) проблемы самоидентификации и самоутверждения, которые являются характерными для

подросткового возраста; д) проблемы самоопределения и принятия собственных решений. Проблема, связанная с собственным выбором и принятием собственного решения в отношении себя, своей жизни подростками и молодыми людьми, указывалась участниками фокус-группы 3.

3. На вопрос «В каких услугах или видах помощи подростки и молодые люди нуждаются больше всего?». Были получены следующие ответы

- «Нуждаются в услугах, где есть необходимые консультативные психологическая помощь»;
- «Нуждаются в местах, где можно провести своё свободное время с пользой / где могут чему-либо научить»;
- «Нуждаются в просветительских работах».

В принципе все ответы ограничивались двумя выше представленными категориями: 1) Потребность в психологической помощи; 2) Потребность в организации досуга и просветительских и развивающих мероприятиях.

На дополнительный вопрос: «Существуют ли в твоём регионе такие услуги?» было получено следующее распределение по ответам: а) 10 человек (27%) ответили утвердительно «Да», и в основном отметили психолога в школе; б) 17 человек (46%) ответили «Нет»; и 10 человек (27%) ответили либо «Не знаю», либо «Затрудняюсь ответить».

На дополнительный вопрос: «Где и кем эти услуги должны предоставляться?» были получены следующие ответы:

- «В центре города», «Чтобы было не далеко»; «Чтобы транспорт был»;
- «Чтобы был хороший специалист психолог».

4. На вопрос «Как ты считаешь, почему подростки совершают самоубийство?» были зафиксированы следующие ответы:

- «Из-за того, что родители не понимают детей, а еще из-за любви»;
- «Больше не видят никакого выхода»;
- «Ни в ком не видят поддержки»;
- «Из-за неумения совладения своими эмоциями»;
- «Они слабые».

Практически все ответы можно распределить на две категории: 1) Дисфункциональные детско-родительские отношения в семье (отсутствие родительского внимания и понимания потребностей и проблем своего ребёнка, отсутствие ощущения поддержки со стороны родителей); 2) Дефицит развития жизненных навыков совладания с кризисными состояниями. Обе причинные категории требуют разработки специфических образовательных программ для педагогов, школьных психологов, специалистов ПМСП и ММКО, родителей по темам семейной психологии, психологии воспитания ребёнка и пр., а также активного вовлечения родителей в данные программы. Для этого есть все законные основания в РТ: «Закон Республики Таджикистан об ответственности родителей за обучение и воспитание детей», «Закон о защите прав ребёнка», которые обязывают родителей к ответственному воспитанию детей и ответственному отношению к их дальнейшей жизни.

5. На вопрос «Почему взрослые или сверстники не всегда успевают предотвратить эти случаи?» были получены следующие ответы:

- «Потому что дети не рассказывают о своих чувствах и переживаниях»;
- «Потому что родители не воспринимают в серьёз состояние детей, думают, что они шутят»;
- «Потому что родители много работают и заняты своими проблемами»;

- «Родители не успевают заметить, потому что дети делают это скрытно»;
- «Не знаю/затрудняюсь ответить».

Данные ответы раскрывают проблемные области, которые выступают как детерминанты или факторы риска в плане суицидальной активности и своевременного предотвращения суицида: а) отсутствие доверительных отношений между детьми и родителями; б) дефицит в общении с родителями. Это также требует проведение мероприятий, которые мы уже отметили выше: необходимо разрабатывать и внедрять специфические образовательные программы для педагогов, школьных психологов, специалистов ПМСП и ММКО, родителей по темам семейной психологии, психологии воспитания ребёнка, психологии возрастных кризисов пр., а также активного вовлечения родителей в данные программы, например, организации тематических циклов родительских собраний в школе.

6. На вопрос: «Как бы ты поступил(а), если бы узнал(а), что твой знакомый или одноклассник хочет покончить с собой?» были получены следующие ответы:

- «Помог бы ему, выслушал бы и рассказал родителям, или же школьному психологу, или же классному руководителю о его намерении»;
- «В первую очередь сообщу его родителям»
- «Поговорю с ним. Попытаюсь отговорить его»;
- «Выслушал и сами решили бы, не сказав взрослым».

Необходимо отметить, что в этом случае не было зафиксировано ни одного ответа из категории «Нет» или «Затрудняюсь ответить». Мы ранжировали вышеуказанные ответы по мере уменьшения их частоты.

Также с участниками групп была организована дискуссия на темы: 1) «Как ты сам относишься к самоубийству»; 2) «Стоит ли говорить с молодыми людьми о суицидах?»; 3) «Существует мнение, что о суициде нельзя говорить открыто, потому что такие разговоры могут подтолкнуть подростка к самоубийству. А какое твоё мнение?»

На вопрос «Как ты сам относишься к самоубийству» участники всех групп однозначно ответили «Негативно».

На вопрос «Стоит ли говорить с молодыми людьми о суицидах?» мнения участников разделились. Большинство участников – 28 человек (75,7%) – ответили, что о суицидах говорить: «не нужно», «нельзя». Эти же участники отметили, что они имеют такое же мнение, что: «О суициде нельзя говорить открыто, потому что такие разговоры могут подтолкнуть подростка к самоубийству». Оставшаяся часть участников – 9 человек (24,3%) – ответили «О суициде можно говорить только учителям или другим специалистам» или «Можно и нужно говорить». Эта группа участников заявляла, что не согласны с тем заявлением, что беседы о суициде подталкивают молодых людей к суициду.

Интервью с родителями, чьи дети совершили попытку суицида или завершённый суицид

Большинство из опрошенных родителей и близкого окружения детей, совершивших суицид, ответили, что они не знают, как можно определить признаки «кризисного состояния» у своих детей и поэтому не замечали, что их ребёнок может находиться в кризисном состоянии (см. Приложение 7. Вопросник для фокус-группы родителей, чьи дети пытались покончить или покончили жизнь самоубийством.). С их точки зрения «все было как обычно: школа, дом, уроки, игры, совместные разговоры за ужином». Только трое из опрошенных родителей отметили, что наблюдали у своих детей излишнюю раздражительность, замкнутость, апатию, снижению активности и успеваемости, но не придали этому особое значение, так как приняли это поведение, как обычное поведение, свойственное подростковому возрасту. В основном родители детей, совершивших суицид, отмечали, что не

разговаривают с ребёнком, не интересуются тем, что происходит в его жизни, не имеют тесных эмоциональных отношений, объясняя это сложившейся культурой и обычаями. В лучшем случае, родители разговаривают со своими детьми только об успеваемости в школе и не более. В качестве иллюстрации ниже приведены несколько реальных случаев.

Случай незавершённого суицида, произошедший в г. Пенджикенте.

Мальчик 13 лет, пытался повеситься в сарае для скота. Семья согласилась на интервью. Встреча проходила в доме, где проживает мальчик. Во время интервью присутствовали родители, обе бабушки, тётя. Разговор с семьёй проходил отдельно, без участия мальчика. На момент проведения беседы мальчик находился в отделении милиции на очередном допросе. На вопрос, как проходит допрос в отделении, никто из родственников ребёнка ничего не смог ответить.

В этой семье трое детей. Родители молодые. Воспитанием ребёнка в основном занимается бабушка. Она отметила, что у неё очень близкие отношения с внуком, и она очень любит внука. Взрослые, в том числе мама ребёнка, никогда не беседуют с сыном, не интересуются его жизнью, и вообще не имеет представления об этом. На вопросы, связанные с вниманием, проявлений любви ребёнку, родственники выражали смущение, чувствовали себя неловко. Маме был задан вопрос «когда в последний раз вы обнимали сына», на который мама отреагировала негативно и не дала ответа. Члены семьи объяснили это местной культурой, обычаями и традициями: «У нас это не принято, мы так выросли, и не знаем, как может быть по-другому». Родители отзываются о ребёнке как спокойном. Мальчик посещает школу, хотя особого интереса к учёбе не проявляет; учится средне, никогда не имел проблем с поведением в школе. Ребёнок не посещает какие-либо кружки, спортивные секции. Семья живёт в собственном доме, как и полагается в таких семьях, есть скот, и основная задача мальчиков смотреть за скотом, пасти, и основное время после школы ребёнок проводит в «контакте» со скотом.

Со слов бабушки, инцидент произошёл днём. После школы мальчик лёг отдыхать. Через некоторое время его брат решил разбудить, однако дома его не обнаружил. После этого брат мальчика побежал в сарай и увидел его повешенным. Брат успел обрезать верёвку и спасти ребёнка. Ребёнок был госпитализирован в отделение интенсивной терапии. Через два дня ребёнок был выписан из больницы и направлен на следственный допрос, где ему не была оказана психологическая помощь. Бабушка заявила, что внук рассказал ей, что причиной этого поступка было «какое-то видение, которое сказало ему, иди повесься». Впоследствии с согласия родителей, с мальчиком, совершившим попытку суицида, проводил интервью психолог. Со слов психолога, во время беседы с мальчиком, ребёнок заявил, что не помнит, что произошло, и что в памяти остались только преследовавший его голос «ты должен это сделать».

Некоторые родители также отмечали, что когда их дети проявляли негативные чувства, то они обращались в первую очередь к местным врачам (семейным или другим врачам из местного центра здоровья). На что последние в свою очередь отвечали, что это нервоз или внутричерепное давление и прописывали соответствующие лекарства.

Случай незавершённого суицида, произошедший в г. Канибадаме.

Мальчик 13 лет, из состоятельной семьи. Со слов родителей, является избалованным ребёнком. Произошла ссора с родителями из-за отказа родителей очередной просьбе/требованию сына. В знак протеста ребёнок ушёл в другую комнату и пытался повеситься. Мать ребёнка обнаружила это и вызвала бригаду скорой помощи, объяснив, что очень сильно испугалась и не знала, что нужно делать в таких ситуациях. Ребёнок был доставлен в местный психиатрический диспансер. В кабинете врач-психиатр кричал, ругал и критиковал как ребёнка, так и его мать. Этот случай демонстрирует крайне непрофессиональное, недопустимое поведение специалиста,

который работает с лицами, более того подростками, находящимися в кризисном состоянии. После произошедшего в больнице, мать забрала ребёнка и увезла его в г. Душанбе, где в течение шести месяцев ребёнок проходил психологическую реабилитацию.

Практически все родители были согласны с тем, что с подростками необходимо проводить профилактические работы, необходимо развивать их жизненные навыки, в особенности навыки критического мышления и выхода из кризисных состояний. Также родители разделяли мнение, что в школах и других учреждениях должны быть квалифицированные психологи, которые могут вовремя диагностировать «кризисное состояние», провести необходимое вмешательство, включая информирование и обучение родителей о правильном поведении в данных случаях. Родители отмечали, что хотят знать о доступных услугах по психологической поддержке и консультированию, чтобы они при необходимости могли обращаться за этой помощью. Многие родители из этой группы выразили своё согласие с тем, что о суициде стоит говорить с детьми, но при этом в более деликатной и профессиональной форме.

Что касается оказания ими психологической помощи собственным детям, родители выражали готовность помогать своим детям психологически. Более того, многие из них отметили, что они пытаются это делать: «как можем, так и советуем». Однако при этом они не всегда уверены в правильности своих действий или принятого решения. Многие из родителей отметили, что чувствуют нехватку знаний и опыта по данной конкретной теме. Они не получали информации и не проходили специального обучения, как можно обнаружить «кризисное состояние» своего ребёнка и как реагировать в данных случаях. Большинство из опрошенных родителей отметили тот факт, что они не знают куда можно обращаться за советом или помощью в таких случаях. Однако необходимо отметить тот факт, что была и другая категория родителей из данной целевой группы. Эти родители выражают сомнение и несогласие в плане обращения к специалистам в обсуждаемых случаях, так как уверены в том, что от этого они получают больше вреда, потому что об этом случае и соответственно, семейной проблеме узнают соседи, родственники и коллеги, что это считается позором в данной социальной культуре.

Категория родителей, которые проживают в сельской местности в числе основных проблем отмечают нехватку квалифицированных специалистов и отдалённость от районного или областного центра. В связи с чем, родители (а в некоторых случаях педагоги и молодые люди) в большей степени обращаются к местным лидерам и целителям (председатель махаллы, женсовета, мулла, гадалка, знахарь и т.п.). Хотелось бы отдельно отметить роль религиозных лидеров в жизни подрастающего поколения в данной местности. Хотя по закону подросткам запрещено без сопровождения родителей посещать религиозные учреждения (мечети, медресе и т.п.), наставления и проповеди мулл играют не малую роль среди подростков. Подростки и молодые люди слушают записи проповедей в онлайн режиме или по интернету, т.к. в настоящее время смартфоны доступны большинству из них. Не исключены случаи, что подростки и несовершеннолетние скрытно, обращаются к религиозным лидерам за советом в трудной жизненной ситуации.

Рекомендации участников фокус-групп

В процессе обсуждения участниками высказывались следующие рекомендации.

В сфере здравоохранения:

- Усилить кадровый потенциал в сфере охраны психического здоровья и профилактики суицида;

- Совершенствовать механизмы взаимодействия между органами, вовлечёнными в профилактику суицидального поведения;
- Разработать новые методические документы (протоколы, инструкции, методические рекомендации) по профилактике суицида и реабилитации лиц, вовлечённых в ситуацию суицида;
- Пересмотреть и переработать образовательные программы для специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья и профилактики суицида среди подростков и молодёжи;
- Рассмотреть возможность введения в программу образовательных учреждений медицинского профиля специальной дисциплины «Суицидология»;
- Рассмотреть возможность создания суицидологических научно-методических центров при медицинских образовательных учреждениях.

В сфере образования:

- Классным руководителям проводить родительские собрания, с разъяснением необходимости внимательного обращения с ребёнком по выявлению у него кризисного состояния и суицидальных намерений;
- Организовывать кружки, секции, клубы в системе дополнительного образования и вовлекать учащихся в их деятельность;
- Выявлять и проводить работу с участием психолога, с семьями, находящимися в трудной жизненной ситуации;
- Создавать детские досуговые центры, для организации занятости и творческого досуга несовершеннолетних;
- Разработать и внедрить расширенные образовательные и просветительские программы для внеклассных часов по таким темам, как «Стрессоустойчивость и управление стрессом»; «Коммуникативная компетентность»; «Этика и психология гендерных взаимоотношений» и т.п.;
- Необходима разработка и внедрение образовательных программ для специалистов, взаимодействующих с ребёнком и семьёй (отдел по правам ребёнка, комиссия по правам ребёнка, комитеты по работе с молодёжью, семьи и женщин и т.д.) по различным вопросам психологии в сфере их деятельности.

В сфере ювенальной юстиции:

- Устранить дефицит социальных работников, педагогов и психологов по работе с детьми в системе правосудия в отношении детей;
- Внедрить новые образовательные программы для специалистов, работающих в системе правосудия;
- разработать механизмы координации в системе ювенальной юстиции;
- Пересмотреть нормы УПК, регламентирующие сроки задержания и проведения допроса несовершеннолетних лиц;
- Решить вопрос о создании доброжелательных комнат для допроса несовершеннолетних лиц во всех судах и следственных органах;
- Включить в систему сбора статистических данных, данные относительно детей, являющихся свидетелями или жертвами преступлений и насилия;
- Создать социальную службу при комиссиях по правам ребёнка в городах и районах республики;
- Обучать и подготавливать социальных работников, педагогов и психологов по работе с детьми в системе правосудия в отношении детей;
- Пересмотреть и внести изменения в нормы УПК, регламентирующие сроки задержания и проведения допроса несовершеннолетних, задержанный ребёнок

течение 12 часов должен быть допрошен, а период содержания ребёнка в соответствующих органах сокращён с 72 часов до 24 часов;

- Установить обязанность правоохранительных органов незамедлительно оповещать родителей и законных представителей ребёнка о факте задержания;
- Разработать специальные инструкции по обращению с несовершеннолетними (как правонарушителями, так и потерпевшими) и разработать образовательные программы для лиц, вовлечённых в правоохранительную деятельность (сотрудников службы профилактики преступлений несовершеннолетних и молодёжи, следователей, прокуроров);
- Внести изменения в Кодекс исполнения уголовных наказаний РТ, устанавливающие запрет на водворение несовершеннолетнего в дисциплинарный изолятор, установить обязанность прохождения независимого медицинского осмотра на предмет обнаружения следов насилия, применения пыток и жестокого обращения в отношении них.
- Внести изменения в Закон «О порядке и условиях содержания под стражей подозреваемых, обвиняемых и подсудимых», устанавливающие запрет на совместное содержание взрослых и несовершеннолетних правонарушителей;
- Дополнить ч.2 ст. 89 Уголовного кодекса РТ (освобождение от уголовной ответственности с применением принудительных мер воспитательного характера), такими мерами, как направление детей в центр дополнительного образования и другие реабилитационные центры;
- Разработать планы и провести профессиональную подготовку по правам ребёнка сотрудников правоохранительных органов, пенитенциарных учреждений, адвокатов и судей;
- Необходимо установить законодательные требования к наличию специального образования или квалификации при назначении судей для рассмотрения дел несовершеннолетних.

В сфере системы МВД:

- Разработать методические рекомендации по выявлению фактов суицидальных намерений у несовершеннолетних в конфликте с законом, оказавшихся в поле зрения правоохранительных органов;
- Разработать учебно-образовательные программы повышения квалификации для психологов, работающих с несовершеннолетними в системе МВД;
- Разработать протоколы межведомственного взаимодействия в сфере профилактики суицидального поведения;
- Разработать механизмы перенаправления несовершеннолетних лиц с суицидальными намерениями находящихся в приёмниках распределителях системы МВД;
- Проводить разъяснительные беседы с населением, в том числе с использованием СМИ, о необходимости сообщать в правоохранительные органы о фактах жестокого обращения и насилия в семье.

Выводы

Политика и законодательство в сфере охраны психического здоровья

Республика Таджикистан является страной, имеющей множество международных соглашений, которые затрагивают основные права человека, включая право на здоровье. Конституция страны декларирует право граждан на бесплатную медицинскую помощь в объёме, определяемом законодательством. В стране регулярно на национальном уровне разрабатываются и утверждаются стратегические документы, направленные на охрану здоровья населения, включая здоровье молодёжи. Недостатком большинства этих программ является отсутствие механизмов внешней независимой оценки их результатов.

Национальная стратегия здоровья населения РТ на период 2010-2020 годов признаёт, что «...психоневрологические расстройства составляют состояния, от которых потери в продолжительности и качестве жизни в Таджикистане существенно выше, чем в сопоставимых странах региона Европейского регионального бюро ВОЗ (ЕРБ ВОЗ)». Тем не менее, вопросам охраны психического здоровья в стратегии отведено незначительное место – всего три пункта плана. По имеющейся информации, даже эти пункты выполнены не были.

В Таджикистане не имеется единого документа, определяющего политику в области психического здоровья. Этими вопросами фактически занимается психиатрическая служба МЗСЗН, которая несёт отпечаток советской системы психиатрии. Акцент в ней ставится на стационарное медикаментозное лечение тяжёлых психических расстройств и так называемое диспансерное наблюдение/учёт, а фактически – надзор за пациентами, состоящими на учёте. В этой системе не предоставляется услуг психотерапии и психологической реабилитации. Финансирование психиатрической службы весьма скудно. Таким образом, психиатрическая помощь является малопривлекательной для пациентов. Положение ещё более усугубляет существующая стигма в отношении лиц, имеющих психические расстройства, и психиатрической службы в целом, а также в отношении психиатрических и психологических услуг.

Кодекс здравоохранения РТ, вступивший в силу 30 мая 2017 года, в части регуляции деятельности в сфере охраны психического здоровья является декларативным. Анализ этого закона выявил следующие проблемы:

- В КЗ РТ отсутствуют какие-либо упоминания о проблеме суицида и, соответственно, о профилактике суицидального поведения.
- В некоторых пунктах КЗ РТ применены некорректные термины (наркомания, токсикомания, наркоман, токсикоман, алкоголик и т.п.), которые, не соответствующая принятой в МКБ-10 терминологии и носят характер стигмы.
- В КЗ РТ отсутствует регламентация некоторых положений и процедур, затрагивающих права пациентов; вместо этого Кодекс ссылается на «законодательство», а фактически – на ведомственные инструкции.
- В Кодексе нет чётких указаний на то, в чью компетенцию входит установление диагноза психического расстройства.

По результатам анализа нормативно-правовых актов в сфере психического здоровья, имеющих статус ведомственных инструкций МЗСЗН РТ, были сделаны следующие выводы.

- Все эти документы были приняты до введения КЗ РТ. После принятия Кодекса Здравоохранения РТ не было разработано, или переработано ни одной инструкции по оказанию психиатрической помощи и профилактике самоубийств. Таким образом, все инструкции и протоколы по оказанию психиатрической помощи,

диагностике и профилактике суицида основаны на законодательстве, утратившем юридическую силу.

- Нормативно-правовое регулирование в системе охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения осуществляется на основе Кодекса здравоохранения и иных актов на уровне Правительства РТ и уполномоченных органов государственной власти. Данные акты регулируют, преимущественно, оказание только медицинской (на уровне медицинских учреждений). Социально-психологическая помощь не имеет достаточной нормативно-правовой базы и чаще отнесена к компетенции учреждений здравоохранения.
- Приказ МЗСЗН РТ от 14 июля 2015 года «Об усилении мер по предупреждению актов самоубийства» имеет узкоспециализированную направленность, не описывает виды профилактики суицидов, а кроме того, не вполне корректен (см. ниже).
- Ряд нормативных документов, введенный Приказом Министерства здравоохранения РТ №54 от 9 февраля 2001 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи» не менялся более 15 лет.
- Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан № 584 от 31.10.2005 г. «Об утверждении нормативно-правовой базы семейной медицины» также содержит некорректную терминологию.
- Отсутствуют механизмы (приказы, положения, инструкции, методические рекомендации) реабилитационного процесса лиц, совершивших попытку суицида, и лиц, переживающих потерю близкого в результате суицида.
- В законодательстве на прописана система профилактической деятельности и реабилитации в отношении лиц, совершивших суицидальную попытку, не имевших психического расстройства (отсутствие правового регулирования посткризисного вмешательства, мониторинга психического состояния и социальной адаптации).

На сегодняшний день существует единственный документ в РТ, который касается профилактики суицида – Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (МЗСЗН РТ) «Об усилении мер по предупреждению актов самоубийства» от 14 июля 2015 года №633/1. Настоящий приказ имеет два приложения: Приложение 1 «Рекомендательная инструкция о симптомах психиатрических заболеваний групп населения подверженных высокому риску самоубийств» и Приложение 2 «Рекомендательная инструкция для врачей по предупреждению суицидального поведения».

«Рекомендательная инструкция о симптомах психиатрических заболеваний групп населения подверженных высокому риску самоубийств» должна являться основным диагностическим инструментом, с помощью которого врачи различных специальностей должны уметь определять симптомы суицидальной активности у лиц разных нозологических групп. Однако в настоящей инструкции выявлены следующие неточности и недостатки, требующие пересмотра данного рабочего инструмента: настоящая инструкция представлена в крайне ограниченной форме и не описывает непосредственно симптомы суицидальной активности; описательная часть, дескриптивный анализ суицидальной симптоматики не представлены; используется клиническая терминология, которая не соответствует терминологии МКБ-10, а также в некоторых случаях используются некорректные и клинически неверные описания нозологических состояний, утверждений; наиболее уязвимые нозологические группы в плане повышенной суицидальной активности (невротические, связанные со стрессом, эмоциональные расстройства) не представлены и не описаны вовсе. В целом данный вариант инструкции

не отвечает критериям диагностического инструмента и требует разработки более совершенной версии.

«Рекомендательная инструкция для врачей по предупреждению суицидального поведения» в большей степени ориентированы на врачей психиатров и в основном в отношении психически больных состоящих на учёте или впервые обратившихся за помощью в психиатрические учреждения. Соответственно данный документ не учитывает потенциал специалистов, имеющих законное право заниматься деятельностью по профилактике суицидального поведения среди различного контингента пациентов и лиц, имеющих суицидальную активность или находящихся в кризисной ситуации. Настоящие рекомендации не отражают понятия «профилактика», её виды, а также не отражают специфические рекомендации по первичной, вторичной и третичной профилактике суицидального поведения у лиц различного нозологического профиля. Настоящий документ в некоторых случаях носит неопределённый характер без чётких инструкций к конкретным пошаговым действиям в отношении лиц, имеющих признаки суицидальной активности. Также в документе отсутствует информация о консультативно-лечебной помощи (консультативном учёте), некорректно указаны сроки постсуицидального периода и не прописана необходимость в кризисной поддержке, кризисных вмешательствах и другой медико-психологической помощи в постсуицидальный период в целях предотвращения повторных случаев суицида; отсутствует информация о кейс-менеджменте (социальном сопровождении), если человек после совершения незавершённого суицида не находится в каком-либо медицинском учреждении. Актуальность и необходимость в рекомендательной инструкции для врачей по предупреждению суицидального поведения высока и не вызывает сомнения. Данный вариант инструкции нуждается в коррекции и существенной доработке.

Таким образом, в нормативно-правовых документах РТ недостаточно отражены понятие и порядок проведения скрининга на предмет суицидальных рисков, а в отношении лиц несовершеннолетнего возраста, не страдающих психическим расстройством, но подверженных суицидальным рискам, таких мер вообще не предусмотрено.

Несмотря на то, что в стране не имеется отдельного закона по вопросам ювенальной юстиции, в законодательстве и правоприменении в отношении несовершеннолетних лиц имеются позитивные изменения. Внесены соответствующие изменения в законодательство страны, призванные приблизить его к признанным стандартам. Реализуются программы реформирования системы правосудия в отношении детей. Следует, однако отметить, что о профилактике суицидального поведения напрямую не говорится ни в одном из документов, разработанных в рамках программ ювенальной юстиции (ЮЮ). Нормативно-правовое регулирование оказания психологической помощи лицам, совершившим попытку самоубийства, а также несовершеннолетним, находящимся в конфликте с законом, находится на уровне формирования и в обязательном порядке должно учитывать возрастные особенности развития психической сферы несовершеннолетних лиц. Согласно действующему уголовно-исполнительному законодательству, несовершеннолетние и взрослые правонарушители, могут содержаться совместно, что является недопустимым ввиду отрицательного воздействия на несовершеннолетних лиц. Законом не закреплена обязательная процедура проведения независимого медицинского осмотра несовершеннолетних заключённых лиц и/или лиц, находящихся под стражей, на предмет выявления следов пыток/жестокого обращения.

В нормативно-правовых документах Республики Таджикистан не используются такие понятия (термины), как «кризисная ситуация» и «кризисное вмешательство».

Соответственно, действующее законодательство не содержит никаких положений и не регламентирует кризисное вмешательство, как необходимое средство для оказания первичной психосоциальной, медико-психологической помощи.

Межведомственное взаимодействие и координационные механизмы

На сегодняшний день в РТ существует достаточное количество организаций, которые имеют законодательное право и должны заниматься охраной психического здоровья и профилактикой суицида среди подростков и молодёжи. Основные участники существующей модели охраны психического здоровья и профилактики суицида среди подростков и молодёжи в РТ, а также их основные функции представлены на Схеме 1.

Схема 1. Функций основных поставщиков услуг в действующей модели охраны психического здоровья детей, подростков и молодёжи в РТ.



Наличие множества структур, призванных участвовать в охране психического здоровья и профилактике суицидов среди детей, подростков и молодёжи, требует чётких механизмов координации. Между тем, таковые механизмы на сегодняшний день недостаточно отработаны. Отсутствует чёткое институциональное разграничение функций и полномочий между различными структурами; зачастую не прописаны процедуры взаимодействия между ними. В результате предоставление услуг не является континуальным и целостным. Например, не вполне понятно, какой круг вопросов координации находится в компетенции Национального координационного совета по вопросам здравоохранения и социальной защиты населения при Правительстве Республики Таджикистан, а какой – в компетенции МЗСЗН РТ. Похожая ситуация сложилась в сфере защиты прав ребёнка, где координирующими функциями наделены Комиссии по правам ребёнка, Уполномоченный по правам ребёнка и Министерство образования и науки РТ.

Межведомственная и внутриведомственная координация в случае выявления суицидальной попытки существует на практике, хотя специального нормативного документа об этом нет. Отдельные положения существуют в законах и ведомственных нормативных правовых актах. Практически все эти положения направлены на выявление или исключение состава преступления в случае суицида. Координирующим органом в этих случаях номинально является прокуратура. При выявлении факта суицида (попытки суицида, суицидального состояния) информируются территориальные правоохранительные органы (отделы внутренних дел). Соответствующее сообщение должно быть сделано гражданами, должностными лицами местных органов власти или учреждений здравоохранения, которым стало известно о таком факте. Органы внутренних дел обязаны принимать сообщения о событии суицида (попытке суицида) и проводить необходимые неотложные следственные действия.

Выявления несовершеннолетних находящихся в ситуации угрожающей их жизни здоровью, в том числе способствующих проявлению суицидальных наклонностей осуществляется в рамках деятельности органов ювенальной юстиции, комиссии по правам ребёнка, органов опеки и попечительства, органов образования, органов здравоохранения, органов внутренних дел и др. Правоохранительные органы, в случае установления факта совершения попытки суицида лицом несовершеннолетнего возраста, в обязательном порядке уведомляют об этом органы опеки и попечительства по месту жительства ребёнка для защиты интересов ребёнка и определении адекватности его воспитания родителями или иными лицами. Сотрудники учреждений системы здравоохранения при поступлении пострадавших от суицидальных попыток, информируют о выявленных фактах правоохранительные органы, а также органы прокуратуры.

Система охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения в здравоохранении

Система здравоохранения в сфере охраны психического здоровья детей, подростков и молодёжи представлена психиатрическими учреждениями, ПМПК, центрами здоровья, системой ПМСП и ММКО. Анализ имеющихся данных позволяет сделать следующие выводы относительно охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения в системе здравоохранения.

Амбулаторную психиатрическую помощь населению РТ предоставляют психиатрические кабинеты при районных центрах здоровья, а также диспансерные отделения центров психических болезней. Должности психиатров в некоторых из них занимают врачи других специальностей. Специализированные амбулаторные

психиатрические услуги детям и подросткам предоставляет только одна организация – Республиканский центр психического здоровья для детей и подростков в г. Душанбе.

Стационарная психиатрическая помощь в Таджикистане развёрнута на базе госпитальных учреждений, которые оказывают помощь в основном людям с тяжёлыми психическими расстройствами. Существуют три лечебных учреждения по типу стационара дневного пребывания (форма предоставления лечебных услуг лицам, имеющим психические расстройства, без необходимости круглосуточного пребывания пациента в стационаре), из которых одно предназначено для детей и подростков. Большая часть пациентов дневных стационаров – люди с менее тяжёлыми психическими расстройствами. Данная форма оказания помощи имеет ряд преимуществ, включая низкие экономические затраты и высокую интенсивность ухода. Однако на сегодняшний день данная форма не использует свой потенциал в полной мере.

На данный момент в системе охраны психического здоровья существует дефицит специалистов психологов и психиатров.

Социальная стигма – исторически сложившееся предвзятое отношение к лицам с психическими расстройствами, является одним из значимых факторов, ограничивающих доступ к медико-психологическим и психиатрическим услугам.

Несовершенство системы учёта лиц, обращающихся за помощью в психиатрические учреждения, является другим фактором, создающим барьер для получения услуг психического здоровья. Любое обращение человека к психиатру может в дальнейшем стать препятствием для его трудоустройства или поступления в ВУЗ, поскольку справку от психиатра до сих пор требуют многие работодатели и ВУЗы. Подробности регистрации лица, обратившегося за помощью, становятся достоянием работодателей, учебных заведений, других государственных учреждений.

Население обращается за оказанием психиатрической и психологической помощи только в крайних случаях, предпочитая помощь народных целителей и представителей духовенства, особенно в сельской местности.

В настоящее время ПМПК действуют в ряде городов и районов страны и имеют перспективы дальнейшего развития. В идеале отделения ПМПК могут и должны способствовать своевременному выявлению детей с нарушениями развития или риском возникновения нарушений; индивидуальной оценке таких нарушений, а также его способностей и потребностей; разработке индивидуальных программ помощи детям с ограничениями жизнедеятельности и их семьям по принципу кейс-менеджмента. На практике ПМПК всего лишь решают вопрос об определении ребёнка в школу, т.е. продолжают выполнять чисто диспетчерские функции. Для достижения приемлемого уровня качества работы, ПМПК нуждаются в повышении потенциала и методологической помощи.

На сегодняшний день в рамках развития семейной медицины предоставление услуг психического здоровья выходит за рамки специализированных психиатрических учреждений в систему учреждений ПМСП. В перспективе основную роль в предоставлении психиатрических услуг будут играть специалисты семейной медицины, а психиатры будут заниматься только наиболее сложными пациентами. Однако этот процесс только начат и требует соответствующей технической и методологической поддержки.

Помимо учреждений ПМСП огромным потенциалом в системе охраны психического здоровья обладает ММКО. В настоящее время ММКО является единственной структурой, которая избирательно оказывает медико-психологическую помощь детям, подросткам и молодёжи на дружественной основе. Данные подразделения и предоставляемые ими услуги являются наиболее доступными для

подростков и молодёжи и согласно проведённому картированию имеют наиболее широкий спектр оказываемых услуг.

На данный момент в РТ отсутствуют специализированные кризисные центры и центры суицидологии, занимающиеся вопросами профилактики суицидального поведения и оказанием помощи лицам, вовлечённым в ситуацию суицида.

Система охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения вне системы здравоохранения

На данный момент в Таджикистане психиатрическая помощь на уровне сообществ пока не получила своего развития. Следует отметить, что предоставление психологической (за исключением психиатрической помощи) и иной поддержки для подростков и молодёжи в целом и особых групп осуществляется различными организациями и учреждениями в сообществе.

Существенную помощь в оказании психологических и социальных услуг для населения оказывают действующие общественные организации. Крайне важны и большой потенциал имеют услуги, предоставляемые по принципу «равный-равному».

Количество общественных организаций в Таджикистане к 2006 г. достигло 2750. Сферами их деятельности являются¹³:

- образование, наука и культура – 20 %;
- гуманитарная помощь и благотворительная деятельность – 17%;
- профессиональные интересы – 11%;
- женские организации – 28%;
- права человека – 5%;
- работа с детьми и подростками – 9%;
- экология и окружающая среда – 2%;
- другие секторы – 8%.

В частности, в Таджикистане с 2012 года действует Национальная Коалиция родительских организаций детей с ограниченными возможностями, объединявшая в 2014 году 25 родительских организаций, действующих в городах: Душанбе, Истравшан, Исфара, Куляб, Пенджикент, Хорог, Худжанд, Чкаловск и районах: Айни, Бохтар, Б. Гафуров, Вахш, Вахдат, Кабадиён, Мургаб, Рудаки, Фархор, Пяндж.

Эти и другие организации могли бы стать частью комплексной системы охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения молодёжи и подростков. Однако общественные организации в большинстве случаев не получают поддержки со стороны государства, поэтому их деятельность зачастую носит неустойчивый характер и зависит от финансовой поддержки со стороны внешних доноров.

Относительно медицинской и психологической помощи и поддержки в системе образования следует отметить, что формально медицинские услуги должны предоставляться в каждой школе. Фактически же для предоставления качественной психологической помощи в большинстве учебных учреждений нет ни кадров, ни методологии, ни условий. Законодательство в сфере образования содержит положения, предусматривающие возможность оказания медико-психологической помощи, что может стать правовой основой для создания инструкций и протоколов, регулирующих порядок оказания такой помощи в учреждениях образования.

¹³ Развитие гражданского общества в Таджикистане, г. Душанбе 2009 г. Сеть развития Ага-Хана и Аллавида.

В настоящее время отмечается дефицит психологов в образовательных учреждениях. Даже там, где должности психолога укомплектованы, их в основном занимают люди, не имеющие базового образования в области психологии.

Отсутствуют чёткие и подробные инструкции и алгоритм действий школьного персонала в случаях выявления эмоциональных, поведенческих проблем, суицидальной активности среди учащихся; алгоритм действий и инструкции в случае совершения суицида и других макро-травмирующих ситуаций (катастрофа, внезапная смерть и т.п.).

Подготовка кадров по вопросам психического здоровья и профилактики суицидального поведения

В настоящее время в системе подготовки и последипломного образования учителей, психологов и врачей существуют следующие проблемы. Источники, которые используются при разработке учебных программ, как правило, являются устаревшими, и не включают в себя современные международные практики и концепции в области охраны психического здоровья и профилактики суицида.

В силу того, что отсутствуют нормативные документы о психологической службе в школе и деятельности школьного психолога, не совсем ясными остаются и вопросы подготовки данных специалистов, поскольку непонятно, какие задачи стоят перед школьными психологами, какие функции выполняет психологическая служба в образовании.

В учебных программах по подготовке специалистов медицинского профиля – психиатров, семейных врачей, педиатров, терапевтов, количество часов по возрастной психологии, по кризисным состояниям и суицидологии требует увеличения, а содержание соответствующих учебных программ – пересмотра.

Система высшего образования и последипломной подготовки специалистов требует пересмотра существующих образовательных программ в плане их тематической актуальности и приоритетности.

В системе подготовки кадров, вовлечённых в процесс отправления правосудия в отношении несовершеннолетних и расследования попыток суицида (дознавателей, следователей, прокуроров, судей и пр.) отсутствуют нормативные требования по их специальному образованию по вопросам возрастной психологии, особенностей взаимодействия с несовершеннолетними лицами, в том числе, находящихся в конфликте с законом.

Рекомендации

На основе данных, полученных в ходе проведённого исследования, можно сделать следующие рекомендации.

Политика и законодательство в сфере охраны психического здоровья

- Внести следующие изменения и дополнения в КЗ РТ:
 - Привести терминологию в соответствии с принятыми стандартами;
 - Ввести положения прямого действия, касающиеся ограничения прав пациентов;
 - Ввести понятия «суицид», «профилактика суицида», «кризисная ситуация» и «кризисное вмешательство», а также положения, регламентирующие деятельность в этих сферах;
 - Ввести чёткие указания на порядок установления диагноза психического расстройства.
- Пересмотреть или разработать пакет нормативных документов (инструкций, методических рекомендаций и пр.) для регламентации деятельности в сфере охраны психического здоровья и оказания психологической помощи (в здравоохранении, включая семейную медицину, в образовании, ювенальной юстиции, системе МВД).
- Разработать всеобъемлющие гендерно ориентированные инструкции по диагностике и профилактике суицидального поведения, пригодные для использования специалистами различных сфер деятельности;
- Разработать инструкции и методические материалы по реабилитации лиц, совершивших попытку суицида, и лиц, переживающих потерю близкого в результате суицида.
- В рамках структур, участвующих в отправлении правосудия в отношении несовершеннолетних лиц, либо связанных с такой деятельностью, разработать нормативно-правовые акты, регулирующие порядок и механизмы выявления и профилактики суицидального поведения подростков и молодых людей, находящихся в конфликте с законом.
- Предусмотреть в уголовно-исполнительном законодательстве чёткие нормы по раздельному содержанию несовершеннолетних и взрослых правонарушителей для исключения отрицательного психологического и иного воздействия на несовершеннолетних лиц.
- Законодательно закрепить обязательную процедуру проведения независимого медицинского осмотра несовершеннолетних заключённых лиц и/или лиц, находящихся под стражей, на предмет выявления следов пыток/жестокого обращения.

Межведомственное взаимодействие и координационные механизмы

- Законодательно определить орган, ответственный за межведомственную координацию деятельности по профилактике суицидов и кризисным вмешательствам;

- Разработать нормативный правовой документ, регламентирующий взаимодействие по профилактике суицидов и кризисным вмешательствам на основе мультидисциплинарного подхода.

Система охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения в здравоохранении

- Разработать механизмы для более активного вовлечения и интенсификации деятельности дневных стационаров в сфере оказания психиатрических и психосоциальных услуг.
- Вынести психиатрическую помощь в сфере диагностики, профилактики, лечения и оказания психологической помощи лицам с эмоциональными расстройствами и суицидальными рисками за пределы специализированных психиатрических учреждений в систему первичной медико-санитарной помощи.
- Разработать и реализовать на регулярной основе информационно-просветительские программы по вопросам психического здоровья и противодействия стигме в отношении лиц, имеющих психические расстройства, а также в отношении службы психического здоровья в целом.
- Усовершенствовать систему диспансерного и консультативного учёта лиц, обращающихся за помощью в медицинские учреждения по вопросам психического здоровья: определить ответственность и компетенции различных учреждений при постановке на диспансерный или консультативный учёт; определить нозологические категории, предполагающие постановку на диспансерный или консультативный учёт.
- Деятельность ПМПК по оценке готовности к обучению ребёнка в школе дополнить функциями по оценке психического здоровья ребёнка (скрининга), что будет способствовать своевременному выявлению детей с эмоциональными и поведенческими нарушениями и разработке индивидуальных программ помощи таким детям.
- Расширить сеть ММКО в проектных регионах и по стране в целом, а также оказать методологическую и техническую поддержку по расширению спектра услуг данных организаций.
- Рассмотреть возможность создания суицидологических научно-методических центров при медицинских образовательных учреждениях.

Система охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения вне системы здравоохранения

- Разработать механизмы вовлечения общественных организаций, а также местных органов самоуправления в работу по охране психического здоровья и профилактике суицидального поведения молодёжи и подростков.
- На базе сообществ поощрять создание и развитие организаций для предоставления услуг людям, оказавшимся в сложной жизненной ситуации, в особенности девушкам-подросткам и молодым женщинам (кризисные центры, временные убежища, консультационные центры и т.п.).

- Учредить фонды для финансирования деятельности общественных организаций и органов местного самоуправления по охране психического здоровья и профилактике суицидального поведения молодёжи и подростков и разработать прозрачный механизм такого финансирования.
- Разработать, апробировать и внедрить специфические программы по охране психического здоровья в школах РТ.
- В качестве дополнительного ресурса и площадки для профилактических мероприятий задействовать центры дополнительного образования учащихся.
- Разработать и внедрить информационно-просветительские и образовательные программы для родителей по вопросам психического здоровья и предупреждения суицидального поведения на регулярной основе.
- Разработать нормативно-правовые акты по психологической службе и деятельности психолога в системе образования, а также инструменты (инструкции, методические рекомендации и пр.) по определению уровня психического здоровья и профилактике суицидальной активности среди учащихся с учётом гендерных аспектов.
- Рассмотреть вопрос о создании виртуальной базы профилактических и консультативных услуг для несовершеннолетних и молодых людей, подверженных суицидальным рискам или находящихся в кризисной ситуации.
- Расширить сферу предоставления психологической и консультативной помощи детям, подросткам и молодёжи с использованием современных средств связи и технологий: онлайн-консультирование, телефоны доверия, мобильные приложения и т.п.

Подготовка кадров по вопросам психического здоровья и профилактики суицидального поведения

- Пересмотреть тематику, при необходимости разработать и внедрить новые образовательные программы в высших учебных заведениях и организациях последиplomного образования с учётом современных требований в области охраны психического здоровья и профилактики суицида;
- Пересмотреть объём часов в образовательных программах, посвящённых вопросам охраны психического здоровья и профилактики суицида;
- Внедрить в образовательные программы компоненты по личностному и профессиональному росту (личностная терапия и супервизия) для практических специалистов, оказывающих психологические и психотерапевтические услуги;
- В ВУЗах и ИПКУ, занимающихся подготовкой педагогов, рекомендуется пересмотреть содержание учебных программ, дополнить новыми учебными модулями по психологии развития, увеличить количество часов по возрастной психологии, и сам курс «Психология» сделать самостоятельной дисциплиной;
- Для школьных психологов, которые в данный момент нигде не проходят повышение квалификации, необходимо разработать и ввести отдельные образовательные модули/курсы повышения квалификации.

- Ввести в образовательные программы для педагогов и школьных психологов вопросы профилактики суицидов среди учащихся, в особенности, среди учащихся женского пола.
- Разработать и внедрить учебно-образовательные программы по вопросам возрастной психологии, особенностей взаимодействия с несовершеннолетними лицами, в том числе, находящихся в конфликте с законом, для специалистов, вовлеченных в процесс отправления правосудия в отношении несовершеннолетних лиц, а также для специалистов по расследованию попыток суицида (дознавателей, следователей, прокуроров, судей и пр.).

Список законов и других нормативно-правовых документов

1. Конституция Республики Таджикистан, 6 ноября 1994.
2. Указ Президента Республики Таджикистан «О мерах по повышению положения женщин в обществе» от 3 декабря 1999 года, №5.
3. Кодекс здравоохранения, от 30 мая 2017 года №1413.
4. Семейный Кодекс Республики Таджикистан, 13.11.1998 г.
5. Уголовный Кодекс Республики Таджикистан, 21.05.1998 г.
6. Уголовно-процессуальный Кодекс Республики Таджикистан, 03.12.2009 г.
7. Кодекс исполнения уголовных наказаний Республики Таджикистан, 06.08.2001 г.
8. Кодекс об административных правонарушениях Республики Таджикистан, 31.12.2008г.
9. Процессуальный кодекс об административных правонарушениях Республики Таджикистан, 22.07.2013 г.
10. Национальная стратегия активизации роли женщин в Республике Таджикистан на 2011-2020 годы.
11. Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 годы.
12. Стратегия государственной молодёжной политики в Республике Таджикистан до 2020 года.
13. Национальная стратегия развития образования Республики Таджикистан до 2020 года.
14. Национальная программа формирования здорового образа жизни в Республики Таджикистан на период 2011-2020 годы.
15. Национальная Программа по искоренению наихудших форм детского труда в Республике Таджикистан на 2015-2020 годы.
16. Государственная программа по предупреждению насилия в семье на 2014-2023 годы.
17. Программа реформы (развития) милиции на 2014-2020 годы от 3 мая 2014 года, № 296.
18. План мероприятий по реализации программы реформы (развития) милиции на 2014-2020 годы.
19. Стратегия реформы милиции в Республике Таджикистан на 2013-2020 годы, от 18 марта 2013 года, № 1438.
20. Программа реформирования системы правосудия в отношении детей на 2017-2021 годы 29.06.2017 г., №322.
21. Национальная программа по профилактике распространения наркомании и совершенствованию наркологической помощи в РТ на 2013-2017 годы.
22. Постановление Правительства Республики Таджикистан «О Порядке оказания медицинских услуг по консультированию в сфере репродуктивного здоровья несовершеннолетним и молодёжи, в том числе представителям групп риска» от 28 ноября 2015 года, № 748.
23. Закон «О медицинском страховании в Республике Таджикистан», от 18 июня 2008 года №408.
24. Закон «Об образовании» от 22 июля 2013 года, №1004.
25. Закон «О защите прав ребёнка», от 18 марта 2015 года, №1196.
26. Закон «О социальном обслуживании», от 5 января 2008 года №359.
27. Закон «О социальной защите инвалидов», от 29 декабря 2010 года, №675.
28. Закон «О молодёжи и государственной молодёжной политике», от 15 июля 2004 года №52.

29. Закон «О противодействии торговле людьми и оказании помощи жертвам торговли людьми», от 26 июля 2014 года, №1096.
30. Закон «Об ответственности родителей за обучение и воспитание детей», от 2 августа 2011 года №762.
31. Закон «О предупреждении насилия в семье», от 19 марта 2013 года, №954.
32. Закон Республики Таджикистан О государственных гарантиях равноправия мужчин и женщин и равных возможностей их реализации, от 1 марта 2005 года №89.
33. Закон Республики Таджикистан О начальном профессиональном образовании, от 22 апреля 2003 года №21.
34. Закон Республики Таджикистан О среднем профессиональном образовании, от 8 августа 2015 года №1225.
35. Закон Республики Таджикистан О высшем и послевузовском профессиональном образовании, от 19 мая 2009 года, №531.
36. Закон Республики Таджикистан О дополнительном образовании, от 16 апреля 2012 года №826.
37. Закон Республики Таджикистан О милиции, от 17 мая 2004 года №41.
38. Закон Республики Таджикистан «О порядке и условиях содержания под стражей подозреваемых, обвиняемых и подсудимых», от 28 июня 2011 года №720.
39. Закон РТ «Об Уполномоченном по правам человека в Республике Таджикистан» jп 15 марта 2016 года.
40. Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан «Об усилении мер по предупреждению актов самоубийства» от 14 июля 2015 года №633/1.
41. Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан №54 от 9 февраля 2001 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи».
42. Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан № 584 от 31.10.2005 г. «Об утверждении нормативно-правовой базы семейной медицины».
43. Правила проведения обязательного медицинского обследования лиц, вступающих в брак от 23.08.16, №374.
44. Положение об ММКО приложения к приказу Министерства здравоохранения РТ, от 01.02.10, №41.
45. Положение о комиссиях по правам ребёнка от 25 января 2017 года №29.
46. Концепции оказания бесплатной юридической помощи в РТ, утверждена 2 июля 2015 года.
47. Типовое положение о дошкольном учреждении в РТ, от 29.04.15, №256.
48. Типовое положение об общеобразовательных учреждениях РТ, от 01.06.16 года, №237.
49. Типовое положение об образовательном учреждении высшего профессионального образования Республики Таджикистан.
50. Типовое положение о негосударственном общеобразовательном (частном) учреждении в Республике Таджикистан (в редакции постановления Правительства РТ от 06.03.2014г.№175, от 10.02.2016г.№66).
51. Положение об органах опеки и попечительства, от 25 января 2017 года, №30.
52. Порядок выявления и учёта детей, оставшихся без попечения родителей, от 6 октября 2016 года, №419.

Интернет ресурсы

www.health.tj	Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ
www.maorif.tj	Министерство образования и науки РТ
www.vkd.tj	Министерство внутренних дел РТ
www.youth.tj	Комитет по делам молодёжи и спорта при Правительстве РТ
www.kumitaizanon.tj	Комитет по делам женщин и семьи при Правительстве РТ
www.prokuratura.tj	Генеральная прокуратура РТ
www.pdv.tj	Проект по предотвращению домашнего насилия
www.ygt.tj	Общественная организация «Молодое поколение Таджикистана»
www.unicef.org	Детский Фонд ООН
www.who.int	Всемирная организация здравоохранения

Список литературы

- American Foundation for Suicide Prevention and Suicide Prevention Resource Center. (2011). *After a Suicide: A Toolkit for Schools*. Newton, MA: Education Development Center, Inc.
- Civil Society Organization (CSO). (2016). *ASTI within the CSSF (Conflict Security and Stability Fund) project*.
- Fliege, H., Lee, J. R., Grimm, A., & Klapp, B. F. . (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review . *J Psychosom Res*, 66(6), 477-493.
- Hall G.S. (1908). *Adolescence* (2 vol.). New York.
- Husky, M. M., Sheridan, M., McGuire, L., & Olfson, M. (2011). Mental health screening and follow-up care in public high schools. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(9), 881-891.
- King, K. A., Strunk, C. M., & Sorter, M. T. (2011). Preliminary effectiveness of surviving the teens((R)) suicide prevention and depression awareness program on adolescents' suicidality and self-efficacy in performing help-seeking behaviors. *Journal of School Health*, 81(9), 581-590.
- Nevin S. Scrimshaw, Gary R. Gleason. (1992). *Rapid assessment procedures - qualitative methodologies for planning and evaluation of health related programs*. Boston, MA. USA: International Nutrition Foundation for Developing Countries (INFDC).
- Tang, T.-C., Jou, S.-H., Ko, C.-H., Huang, S.-Y., & Yen, C.-F.. (2009). Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 63(4), 463-470.
- TransMonEE. (26 декабрь 2016 г.). Получено из Трансформационный мониторинг в целях более эффективного обеспечения социальной справедливости для детей (TransMonEE): <http://transmonee.org/ru/country/tajikistan/>
- UNICEF/WHO/UNFPA. (б.д.). *Adolescent: 10-19, Young People: 10-24, Youth: 15-24* .
- WHO. (2009). *A report of the assessment of the mental health system in Tajikistan using the World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)*. Получено из World Health Organization: http://www.who.int/mental_health/tajikistan_who_aims_report.pdf
- WHO. (б.д.). *Rapid Assessment and Action Planning Process (RAAPP)*. Получено из World Health Organization: http://www.who.int/school_youth_health/assessment/raapp/en/
- Wyman, P. A., Brown, C. H., LoMurray, M., Schmeelk-Cone, K., Petrova, M., Yu, Q., et al. (2010). An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *American Journal of Public Health*, 100(9), 1653-1661.
- Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. (1980). *Диагностика суицидального поведения, методические рекомендации*. Москва.
- Виртц Ш., Тейнш Р., Умарова В. (2004). *Дети с ограниченными возможностями. Забота и уход*. UNICEF.
- ВОЗ. (2015). *Ситуационный анализ. Состояние сферы реабилитации в Республике Таджикистан/Situational Analysis: State of Rehabilitation in Tajikistan*. Всемирная Организация Здравоохранения.
- Дернер К., Плог У. (1997). *Человеку свойственно ошибаться: Перевод с немецкого*. Санкт-Петербург.

- Детский Фонд ООН. (2013). *Глобальная инициатива: «Дети, оставшиеся вне школы».* Страновое исследование: Таджикистан. . Детский Фонд ООН.
- Детский Фонд ООН в Таджикистане, Колумбийский Университет. (2012). *Исследование распространённости и динамики самоубийств среди детей и молодых людей (в возрасте от 12 до 24 лет) в Согдийской области Республики Таджикистан.* г.Душанбе: Детский Фонд ООН в Таджикистане.
- Курбонбекова Зарина. (23 12 2016 г.). *Важность внедрения программы раннего выявления и раннего вмешательства в Республике Таджикистан.* Получено из www.osiaf.tj: <https://www.osiaf.tj/ru/2016/12/23/russkiy-vazhnost-vnedreniya-programmyi-rannego-vyyavleniya-i-rannego-vmesh>
- Лори Браш, Дженифер Шин, Раджани Шрешта. (2011). *Обзор законов и программ по отсеву учащихся из школ в Таджикистане.* Creative Associates International, Inc.
- МЗСЗН РТ. (2017). *Отчёт №4 Совместного ежегодного обзора реализации «Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 гг.».* Получено из Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан: http://moh.tj/wp-content/uploads/2017/07/2014-JAR_REPORT_RUS.pdf
- Россинский, Ю. А. (2001). Автореферат диссертации на соискание учёной степени к.м.н. *Клинико-биологические особенности проявлений расстройств психической адаптации у подростков женского пола.* Томск, Россия: НИИ психического здоровья Сибирского отделения РАМН.
- Саъдиев Ш. С. (2012). *История таджикского народа. Краткий курс лекций. Учебное пособие.* г.Душанбе.
- Ширяев О.Ю., Железняков М.А., Петрова С.В. (2011). Сравнительный анализ незавершенных суицидальных попыток населения воронежской области за период 2009-2010 гг. при различных психических заболеваниях. *ГОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко. Научно-медицинский вестник центрального Черноземья №44*, 67-74.

Приложения

Приложение 1. Приказ МЗСЗ РТ от 14 июля 2015 года «Об усилении мер по предупреждению актов самоубийства» с приложениями

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**
734025 г. Душанбе ул. Шевченко, 69, тел.: (372) 2211835, факс: (372) 221-75-25

ПРИКАЗ

от 14 июля 2015 года № 633/1 г. Душанбе

Об усилении мер по предупреждению актов самоубийства¹⁴

С целью усиления мер по предупреждению случаев самоубийства, в соответствии с пунктом 10 Положения о Министерстве здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан, утверждённого Постановлением Правительства Республики Таджикистана от 3 марта 2014 года №148,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить «Рекомендательную инструкцию о симптомах психиатрических заболеваний групп населения подверженных высокому риску самоубийств» и «Рекомендательную инструкцию для врачей по предупреждению суицидального поведения» (приложение 1 и 2).

2. Руководителям управлений организации медицинских услуг и современных технологий; организации медицинских услуг матерям, детям и планирования семьи; реформы, первичной медико-санитарной помощи и международных отношений; социальной защиты населения Министерства здравоохранения и социальной защиты, руководителям служб государственного контроля, руководителям научно-исследовательских институтов, государственным учебным учреждениям, государственным учреждениям профилактики заболеваний, руководителям управления здравоохранения Горно-Бадахшанской автономной области, Хатлонской и Согдийских областей, города Душанбе, Главных врачей центральных больниц и директорам центров здоровья городов и районов республиканского подчинения, которые имеют в собственной структуре учреждения (отделы, кабинеты) психиатрических болезней, обеспечить исполнение данного приказа.

3. Руководителям государственных, областных, межрайонных и городских/районных учреждений психиатрических болезней:

а) усилить деятельность в сфере предупреждения суицидального поведения;

б) для выявления каждого суицидального состояния и самоубийств в течение 24 часов составлять и направить срочное сообщение Главному врачу учреждения психиатрических заболеваний и органам внутренних дел в регионе деятельности;

в) каждый квартал представлять в Управление организации медицинских услуг и современных технологий Министерства здравоохранения и социальной защиты

¹⁴ Документ разработан только на таджикском языке, перевод на русский является не официальным и сделан в целях ознакомления.

подробное представление об агитационной деятельности среди населения в сфере предупреждения суицидального состояния.

Приложение №1 к приказу Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан от 14 июля 2015 года №633/1

РЕКОМЕНДАТЕЛЬНАЯ ИНСТРУКЦИЯ О СИМПТОМАХ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ ПОДВЕРЖЕННЫХ ВЫСОКОМУ РИСКУ САМОУБИЙСТВ

Данная инструкция предназначена в качестве рекомендации для врачей всех направлений с целью определения симптомов психиатрических заболеваний групп населения, подверженных высокому риску самоубийств.

К группам населения подверженных высокому риску самоубийств относятся:

- а) психиатрические больные:
 - на начальных стадиях различных видов шизофрении. Суицидальные действия больных на данных стадиях преимущественно проявляются с симптомами психоза (паника, фобии, бред, галлюцинации, депрессия, и др.), а также связаны с проявлением симптомов изменения личности;
 - параноидная шизофрения с галлюцинациями преследования (императивными), бред (надуманный) и действительный;
 - при параноидной шизофрении, которая преимущественно протекает с повышением и понижением тревоги на стадии обострения депрессии, депрессивной паранойи;
 - при юношеской шизофрении с подавленным отношением к жизни;
 - при самопроизвольной или терапевтической ремиссии, во время, когда суицидальное поведение связано с наличием критического отношения к снижению собственной общественной оценки и проявлению профессиональных неудач;
 - при эпилепсии и органической эпилепсии с изменением природы (дисфория) во время помутнения сознания;
 - при алкогольном психозе;
 - на стадии маниакально – депрессивного психоза;
 - при инволюционной депрессии и инволюционном параноиде;
 - при различных видах реактивного психоза;
- б) больные подверженные двойным психическим расстройствам:
 - имеющие симптомы расстройства личности (психопатии), возбудимые и психастенический тип личности;
 - имеющие симптомы психопатии и истерики;
 - двойные соматогенные психические расстройства с невротическими реакциями и аффективными расстройствами вместе с соматическими заболеваниями;
 - хронические алкогольные заболевания с симптомами психопатии, деградации личности;
 - наличие различных вариантов случаев реактивных нарушений, в том числе состояние кратковременной раздражительной реакции на действие;
- в) лица с точки зрения психического здоровья:
 - имеющие эмоционально неустойчивый характер, во время возрастных кризисов;
 - около преклонного и преклонного возраста, как реакция личности на утрату авторитета в обществе, на работе, в семье и сильное ограничение внутренней личностной связи (интерперсональный);
 - благополучные лица, попавшие в сложные ситуации и относящиеся к ним с обидой отчаянием, протестом.

3. Суицидальное поведение предполагает различные аутоагрессивные действия, в рамках, которых в клинической практике выделяют следующие виды:

- а) действительное самоубийство (завершённое), которое привело к смерти – умышленное лишение себя жизни;
- б) незавершённое самоубийство – попытка умышленного лишения себя жизни, которые по независящим от самоубийцы причинам не привела к смерти;
- в) действия по демонстрации самоубийства, в особенности угрозы его совершения, а также имитация самоубийства;
- г) действия по причинению вреда здоровью и членовредительство;
 - аутоагрессивные действия с патологической склонностью;
 - агрессивные действия, но ввиду невозможности проявления агрессии против других, обращению её против себя.

Внезапные случаи – суицидальное поведение во время нарушения сознания, под влиянием ложной мании (императивные галлюцинации) и прочего.

В зависимости от продолжительности времени с момента появления мысли о самоубийстве до попытки его совершения, выделяются следующие действия:

- импульсивность (несколько минут);
- ожесточённость (несколько часов);
- подавленность (несколько дней);
- длящиеся (продолжительные) (более чем одна неделя).

Необходимо помнить, что демонстративные самоубийства, в особенности в качестве угрозы (шантажные), а также имитационные и совершаемые с целью членовредительства часто приводят к смерти. Они по сравнению с действительными самоубийствами имеют большую необходимость в принятии строгих мер по их предотвращению и психиатрической помощи, вместе с тем входящие в эту группу имеют большой риск повторения попытки самоубийства.

Приложение №2 к приказу Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан от 14 июля 2015 года №633/1

РЕКОМЕНДАТЕЛЬНАЯ ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

1. Данная инструкция предназначена в качестве рекомендации для врачей психиатров на всех уровнях лечебных учреждений и других врачей связанных областей для предупреждения суицидального поведения.

2. С целью предупреждения суицидального поведения специалистам рекомендуется:

д) врачам центров и психиатрических больниц, психиатрических кабинетов, центров здоровья городов и районов республики уделять особое внимание психически больным с мыслями о самоубийстве и суицидальным поведением, состоящих на учете в психиатрических центрах, а также в первый раз обращающихся в психиатрические центры.

е) в психиатрических центрах и других учреждениях, оказывающих нестационарную помощь психиатрического характера (в том числе детям и подросткам), исходя из региона, организовать ведение контрольных листов на больных с риском суицидального поведения и совершения самоубийства;

ж) относительно больных, проявивших суицидальное поведение, или о котором стало известно от их родственников организовать постоянный присмотр;

з) региональным врачам психиатрам усилить контроль за депрессивными состояниями, принять в расчёт, что их современное стационарное лечение, является эффективной мерой предупреждения внезапных и повторных попыток суицида;

и) местные врачи психиатры должны проводить оценку склонности к самоубийству среди больных, лечащихся в психиатрической больнице, в качестве показателя;

к) врачи психиатры больниц должны усилить контроль за проходящими лечение больными имеющими склонность к самоубийству, в том числе в период ремиссии лечения;

ё) все лица после попытки самоубийства, проходящие стационарное лечение в общесоматических отделениях, хирургии, реанимации, токсикологии и других отделениях больниц должны проходить обязательное медицинское обследование врача психиатра. Вопрос выписки, перевода в другое место, выбор лечения состояния психики должен проводиться совместно с врачами психиатрами.

л) больные с психоневрологическими расстройствами с суицидальным поведением и попытками суицида переводятся из общесоматических учреждений в психиатрические учреждения по месту жительства (посредством сообщения по телефону).

м) если лицо проходило стационарное лечение по поводу совершения суицидальной попытки, то в течение 10 дней после получения выписки из стационара, местный врач-психиатр должен организовать визит по месту жительства и рассмотреть вопрос о взятии на диспансерный контроль лица совершившего суицидальное поведение. Следует учитывать, что в отношении граждан, совершивших суицидальные действия, но не входящих в группу страдающих психическими расстройствами, история болезни со стороны специалистов психиатров не заполняется, и постановка на учёт не производится.

н) региональные врачи психиатры в период после совершения лицом суицидального поведения, должны во время визита проводить с членами семьи комплекс профилактических психиатрических мер (беседы по улучшению душевного состояния лица, совершившего попытку самоубийства и суицидальные действия и др.);

й) врачи психиатры должны предоставлять врачам неврологам и другим врачам общесоматических больниц квалифицированную информацию и инструкции о группах населения подверженных высокому риску самоубийств и суицидального поведения и различных видах суицидального поведения;

о) врачам неврологам и другим врачам общей врачебной практики особое внимание уделять больным, которые первый раз обращаются для определения симптомов психического расстройства, намеревающихся совершить суицид и суицидальные действия, с проведением консультирования у врачей психиатров и привлечением специалистов по психиатрии.

п) в работе по предотвращению и агитации – массовую пропаганду по борьбе против алкоголизма, нарушений законодательства, в том числе вопросов, связанных с поведением подростков и молодёжи, показать связи попыток самоубийства и суицидов с другими видами поведения, склонными к проявлению такого рода явлений.

Приложение 2. Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан №54 от 9 февраля 2001 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи»

ФАРМОН-ПРИКАЗ №54 от 9 февраля 2001 года

О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи

В целях дальнейшего совершенствования психиатрической помощи населению Республики Таджикистан, повышения качества и уровня деятельности психиатрических и психоневрологических учреждений

УТВЕРЖДАЮ:

1. Положение о психиатрической больнице (Приложение № 1).
2. Положение о производстве судебно-психиатрической экспертизы в Республике Таджикистан (Приложение № 2).
3. Инструкция о порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно-опасные деяния, (Приложение № 3).
4. Положение об отделении судебно-психиатрической экспертизы при психиатрической больнице для лиц, содержащихся под стражей. (Приложение № 4).
5. Положение об отделении для принудительного лечения с усиленным режимом наблюдения психиатрической больницы. (Приложение № 5).
6. Положение о психиатрическом отделении для больных с сочетанной тяжёлой соматической и психической патологией (сомато-психиатрическое отделение) (Приложение № 6).
7. Инструкция о порядке госпитализации психически больных без их согласия и согласия родственников. (Приложение № 7).
8. Инструкция о порядке оформления и учёта лечебных отпусков в психиатрических стационарах (Приложение № 8).
9. Положение о Республиканском (областном, городском, межрайонном) психоневрологическом диспансере) (Приложение № 9).
10. Инструкция о порядке первичного психиатрического освидетельствования граждан (Приложение №10).
11. Положение о дневном стационаре для психически больных (Приложение №11).
12. Положение о Республиканском организационно-методическом консультативном отделе психиатрической помощи (Приложение № 12).
13. Инструкция о порядке сообщения сведений о психическом состоянии граждан (Приложение №13).
14. Инструкция о порядке выдачи справок психоневрологическими диспансерами (Приложение № 14).
15. Положение о главном психиатре органа здравоохранения (Приложение № 15).
16. Перечень форм медицинской документации, необходимых для работы психиатрических учреждений Республики Таджикистан (Приложение № 16).
17. Инструкция об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел по предупреждению общественно опасных действий психически больных (Приложение 17.).

Приложение 3. Список организаций, оказывающих психологическую помощь и сопровождение, психосоциальную поддержку и уход нуждающимся подросткам и молодёжи на уровне сообщества в г. Душанбе и в Согдийской области.

№ (общ)	НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	ЗОНА ОХВАТА	УСЛУГОПОЛУЧАТЕЛИ	ВИДЫ УСЛУГ	ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ ОБ УСЛУГАХ	КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ
1	Молодежное медико-консультативное отделение (ММКО)	г. Душанбе (а также обращаются со всей страны)	Подростки и молодёжь 12-30 лет. а) учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные подростки (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные)	- Скрининг (на наличие депрессивных расстройств, на наличие тревожных расстройств, склонности к суицидальному поведению, подверженности стрессу, риска, связанного с употреблением психоактивных веществ, на наличие других поведенческих и психических нарушений, потребности в психологической помощи); - Оценка (депрессивных расстройств, тревожных расстройств, суицидального поведения, подверженности стрессу, проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ, других поведенческих и психических нарушений); - Получение информации в области репродуктивного, сексуального и психического здоровья; - Информирование (лекции, классные часы и пр. по проблемам психического/психологического здоровья); - Психологические тренинги; - Краткосрочные вмешательства (консультирование 5-20 минут); - Консультация врача (гинеколога) вопросы контрацепции, беременности; - Консультация психолога; - Психотерапия; - Семейное консультирование; - Семейная психотерапия; - Услуги по профилактике и лечению соматических расстройств; - Социальное сопровождение/кейс -менеджмент; - Перенаправление в другие схожие службы.	- Аутрич работники; - Медработники; - Встречи в школах; - Друзья; - Родители; - Соседи; - Акции; - Радио и ТВ.	РТ, г. Душанбе, ул. М. Турсунзаде 31 (национальный центр репродуктивного здоровья), (+992) 918 63 24 02 РТ, г. Душанбе, ул. Шевченко 10 (городской центр репродуктивного здоровья), (+992) 918 74 74 26 РТ, г. Душанбе, ул. Фучик 14 (клинический центр здоровья №1), (+992) 918 61 65 97 РТ, г. Душанбе, ул. Фирдавси 13/2 (центре здоровья №1), (+992) 93 504 76 60 РТ, г. Душанбе, ул. Айни 80 (городской центр репродуктивного здоровья №3), (+992) 93 879 18 18 РТ, г. Душанбе, ул. А. Дониш 12 (городской центр репродуктивного здоровья №5), (+992) 900 22 65 68 РТ, г. Душанбе, ул. Рудаки 186 (городской центр репродуктивного здоровья №8), (+992) 918 69 63 41 РТ, г. Душанбе, ул. Навои 4 а (городской центр репродуктивного здоровья №10), (+992) 93 441 57 05 (ЗШ), 918614054 (ИА)

№ (общ)	НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	ЗОНА ОХВАТА	УСЛУГОПОЛУЧАТЕЛИ	ВИДЫ УСЛУГ	ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ ОБ УСЛУГАХ	КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ
2	Кафедра психологии Таджикского национального государственного университета	г. Душанбе (а также обращаются со всей страны)	Молодёжь от 18 до 23 лет (и старше): а) организованная (учащиеся, трудящиеся); б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Консультация психолога; - Психологические тренинги; - Психотерапия; - Семейное консультирование; - Семейная психотерапия; - Перенаправление в другие схожие службы; - Исследование/оценка нужд, разработка, распространение методологии и проведение обучения специалистов.	- Преподаватели; - Студенты.	РТ, г. Душанбе, ул. БуниХисорак (+992) 93 422 79 21 (ДМ), 934490049 (ШМ), 881888082 (КК)
3	Консультационный кабинет при Комитете по делам женщин и семьи при Правительстве РТ	г. Душанбе (а также обращаются со всей страны)	Дети, подростки и молодёжь до 30 лет (и старше): а) учащиеся, трудящиеся; б) жертвы насилия (в том числе и домашнего) б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные, оказывающие секс услуги)	- Информирование равный-равному (инфо сессии, семинары и пр. по проблемам психического/психологического здоровья, жизненных навыков и др. темы ЗОЖ); - Консультация психолога; - Семейное консультирование; - Организация досуга; - Временное жилье, питание и пособие; - Перенаправление в другие схожие службы.	- Хукуматы и махаллинские комитеты; - Партнерские государственные и ОО; - Местное население.	РТ, г. Душанбе, ул. Лохути 14, (+992) 37 221 34 71
4	Кризисный центр временного пребывания для женщин и их детей Бовари ба фардо	г. Душанбе (а также обращаются со всей страны)	Дети, подростки и молодёжь до 30 лет (и старше): а) учащиеся, трудящиеся; б) жертвы насилия (в том числе и домашнего) б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные, оказывающие секс услуги)	- Информирование равный-равному (инфо сессии, семинары и пр. по проблемам психического/психологического здоровья, жизненных навыков и др. темы ЗОЖ); - Консультация психолога; - Семейное консультирование; - Организация досуга; - Временное жилье, питание и пособие; - Перенаправление в другие схожие службы.	- Хукуматы и махаллинские комитеты; - Партнерские государственные и ОО; - Местное население.	РТ, г. Душанбе, ул. Лохути 14 каб. №412 (в здании Комитета по делам женщин и семьи при Правительстве РТ), (+992) 37 227 97 66

№ (общ)	НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	ЗОНА ОХВАТА	УСЛУГОПОЛУЧАТЕЛИ	ВИДЫ УСЛУГ	ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ ОБ УСЛУГАХ	КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ
5	Государственное учреждение Центр самопознания женщин	г. Душанбе	Подростки и молодёжь от 14 до 30 лет (и старше): а) учащиеся, трудящиеся; б) жертвы насилия (в том числе и домашнего) б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные, оказывающие секс услуги)	- Информирование равный-равному (инфо сессии, семинары и пр. по проблемам психического/психологического здоровья, жизненных навыках и др. темы ЗОЖ); - Консультация психолога; - Семейное консультирование; - Образовательные курсы; - Организация досуга; - Перенаправление в другие схожие службы.	- Хукуматы и махаллинские комитеты; - Партнёрские государственные и ОО; - Местное население; - СМИ	РТ, г. Душанбе, ул. М.Турсунзода 27а (4-ый этаж), (+992) 37 221 87 73, 221 87 75
6	Комната поддержки женщин, пострадавших от насилия	г. Душанбе	Подростки и молодёжь от 14 до 30 лет (и старше): а) учащиеся, трудящиеся; б) жертвы насилия (в том числе и домашнего) б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные, оказывающие секс услуги)	- Консультация психолога; - Семейное консультирование; - Перенаправление в другие схожие службы.	- Хукуматы и махаллинские комитеты; - Партнёрские государственные и ОО; - Местное население.	РТ, г. Душанбе (родильный дом №2)
7	Комната поддержки женщин, пострадавших от насилия	г. Душанбе	Подростки и молодёжь от 14 до 30 лет (и старше): а) учащиеся, трудящиеся; б) жертвы насилия (в том числе и домашнего) б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные, оказывающие секс услуги)	- Консультация психолога; - Семейное консультирование; - Перенаправление в другие схожие службы.	- Хукуматы и махаллинские комитеты; - Партнёрские государственные и ОО; - Местное население.	РТ, г. Душанбе, (республиканская больница Караболо)
8	Отдел по профилактике правонарушений среди несовершеннолетних и молодежи УВД	г. Душанбе (районы И.Сомони, Сино, Фирдавси и Шохмансур)	Подростки и молодёжь от 12 до 30 лет: а) организованные (учащиеся); б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Проведение встреч со школьниками и студентами по профилактике правонарушений; - Работа с семьями.	- ОПР; - Семьи; - Школы; - ВУЗы; - Участковые.	РТ, г. Душанбе, (+992)

№ (общ)	НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	ЗОНА ОХВАТА	УСЛУГОПОЛУЧАТЕЛИ	ВИДЫ УСЛУГ	ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ ОБ УСЛУГАХ	КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ
9	Кабинет по профилактике насилия в семье при ОВД	г. Душанбе, район Шохмансур	Подростки и молодёжь от 14 до 30 лет (и старше): а) учащиеся, трудящиеся; б) жертвы насилия (в том числе и домашнего) б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные, оказывающие секс услуги)	- Консультация психолога; - Правовая помощь; - Семейное консультирование; - Проведение встреч со школьниками и студентами по профилактике правонарушений; - Перенаправление в другие схожие службы.	- ОПР; - Семьи; - Школы; - ВУЗы; - Участковые.	РТ, г. Душанбе, (+992) 918 51 23 32
10	Кабинет по профилактике насилия в семье при ОВД	г. Душанбе, район Фирдавси	Подростки и молодёжь от 14 до 30 лет (и старше): а) учащиеся, трудящиеся; б) жертвы насилия (в том числе и домашнего) б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные, оказывающие секс услуги)	- Консультация психолога; - Правовая помощь; - Семейное консультирование; - Проведение встреч со школьниками и студентами по профилактике правонарушений; - Перенаправление в другие схожие службы.	- ОПР; - Семьи; - Школы; - ВУЗы; - Участковые.	РТ, г. Душанбе, (+992) 907 90 85 20
11	Государственное унитарное предприятие (ГУП) Молодёжный центр г. Душанбе (Национальный молодёжный ресурсный центр)	г. Душанбе (а также обращаются со всей страны)	Подростки и молодёжь от 14 до 30 лет: а) учащиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные)	- Информирование равный-равному (аутрич в местах скопления, инфо сессии, семинары и пр. по проблемам психического/психологического здоровья, жизненных навыков и др. темы ЗОЖ); - Консультация психолога; - Краткосрочные вмешательства (акции); - Семейное консультирование; - Организация досуга; - Образовательные курсы; - Перенаправление в другие схожие службы.	- Школы; - ВУЗы; - Партнёрские государственные и ОО; - Местное население.	РТ, г. Душанбе, (+992) 93 977 41 51
12	Общественная организация Общество психологов и психотерапевтов Таджикистана	Республика Таджикистан	Дети, подростки и молодёжь до 30 лет: а) учащиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные и их близкие).	- Консультация психолога (в том числе и выездные); - Психологические тренинги; - Психотерапия (терапевтические занятия в группах и встречи групп взаимопомощи); - Семейное консультирование; - Семейная психотерапия; - Перенаправление в ММКО, социальные службы, юридическая консультация и другие схожие службы; - Развитие межсекторального и сетевого сотрудничества; - Исследование/оценка нужд, разработка, распространение методологии и проведение обучения специалистов, разработка и распространение информационно-образовательных материалов.	- Партнёрские ОО и государственные учреждения; - Местное сообщество.	Головной офис: РТ, г. Душанбе, (+992) 918557333

№ (общ)	НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	ЗОНА ОХВАТА	УСЛУГОПОЛУЧАТЕЛИ	ВИДЫ УСЛУГ	ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ ОБ УСЛУГАХ	КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ
13	Общественная организация Молодое поколение Таджикистана	Республика Таджикистан	Дети, подростки и молодёжь до 30 лет: а) учащиеся; б) неорганизованные группы (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные дети, потребители наркотиков, люди, живущие с ВИЧ, ТБ и их близкие).	- Информирование равный-равному (аутрич в местах скопления, инфо сессии, семинары, организация клубов, дебаты, онлайн через веб-сайт mmko.tj и социальная сеть Фейсбук, Ютуб и пр. по проблемам психического/психологического здоровья, жизненных навыках и др. темы ЗОЖ); - Консультация психолога (в том числе и выездные); - Психологические тренинги; - Краткосрочные вмешательства (акции); - Психотерапия (терапевтические занятия в группах и встречи групп взаимопомощи); - Семейное консультирование; - Семейная психотерапия; - Социальное сопровождение и перенаправление в ММКО, социальные службы, юридическая консультация и другие схожие службы; - Информирование об медико-социальных, правовых и иных услугах посредством СМИ (ТВ, радио, социальные сети) и обновления/распространения справочников, постеров (в том числе и в электронном формате); - Адвокация получения дополнительных услуг согласно запросам бенефициаров; - Обучение аутрич, тренеров, соцработников и других профильных специалистов по принципу равный-равному; - Развитие межсекторального и сетевого сотрудничества; - Исследование/оценка нужд, разработка, распространение методологии и проведение обучения специалистов, разработка и распространение информационно-образовательных материалов; - Организация досуга.	- Веб-сайты организации: www.ygt.tj, www.mmko.tj и страницы в Фейсбуке, Ютуб; - Партнёрские ОО и государственные учреждения; - Аутрич-работа; - СМИ; - Местное сообщество.	Головной офис: РТ, г. Душанбе, ул. Р.Набиева 71, (+992 44) 6206146, 6205921; Представительство в Согде, г. Худжанд, ул. Текстильщиков (в здании спортивно-оздоровительного центра им. З.Рустамовой), (+992 3422) 41212

№ (общ)	НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	ЗОНА ОХВАТА	УСЛУГОПОЛУЧАТЕЛИ	ВИДЫ УСЛУГ	ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ ОБ УСЛУГАХ	КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ
14	Общественная организация «Здоровье»	г. Душанбе, Вахдат	Дети, подростки и молодёжь до 30 лет (и старше): а) учащиеся, трудящиеся; б) жертвы насилия (в том числе и домашнего) б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные, оказывающие секс услуги)	- Психологическая помощь жертвам домашнего насилия; - Психологическая помощь жертвам торговли людьми.	- Партнёрские государственные и ОО.	РТ, г. Душанбе.
15	Общественная организация (центр социально-правовой поддержки женщин и подростков) «Фемида»	г. Душанбе	Дети, подростки и молодёжь до 30 лет (и старше): а) учащиеся, трудящиеся; б) жертвы насилия (в том числе и домашнего) б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные, оказывающие секс услуги)	- Психологическая помощь жертвам насилия.	- Партнёрские государственные и ОО.	РТ, г. Душанбе, (+992) 37 224 76 20, 93 501 62 92, 907 34 94 95
16	Общественная организация «Авесто»	г. Душанбе	Дети, подростки и молодёжь до 30 лет (и старше): а) учащиеся, трудящиеся; б) жертвы насилия (в том числе и домашнего) б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные, оказывающие секс услуги)	- Психологическая помощь жертвам насилия.	- Партнёрские государственные и ОО.	РТ, г. Душанбе (+992) 918489080

№ (общ)	НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	ЗОНА ОХВАТА	УСЛУГОПОЛУЧАТЕЛИ	ВИДЫ УСЛУГ	ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ ОБ УСЛУГАХ	КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ
17	Общественная организация «СПИН Плюс»	г. Душанбе, Вахдат	Подростки и молодёжь от 18 до 30 лет (и старше) имеющие опыт употребления наркотиков, имеющие контакт с риском передачи ВИЧ: а) организованная (учащиеся, трудящиеся); б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные дети, освободившиеся из мест лишения свободы).	- Юридическое консультирование; - Консультация психолога; - Перенаправление в другие схожие службы; - Правовая помощь по вопросам получения медицинских услуг; - Риск инфицирования ВИЧ/ИППП при употреблении наркотиков инъекционным путём; - Риск инфицирования ВИЧ/ИППП при сексуальных контактах; - Пути передачи ВИЧ/ИППП; - Профилактика ВИЧ/ИППП; - Услуги, которые можно получить в организации; - Содействие в первичной диагностики ТБ, профилактика ТБ; - До/после тестовое консультирование; - Проведение групп поддержки; - Социальный эскорт; - Социальная поддержка и уход га дому для ВИЧ; - Консультирование по вопросам зависимости от ПАВ.	- Партнёрские ОО; - Центры по профилактике и борьбе со СПИД; - Наркологические клиники.	РТ, г. Душанбе, ул. Бехзод 70, (+992) 901 51 19 91
18	Общественная организация «Гули сурх»	г. Душанбе	Дети, подростки и молодёжь до 30 лет (и старше) живущие с ВИЧ: а) организованная (учащиеся, трудящиеся); б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные дети, освободившиеся из мест лишения свободы).	- Консультация психолога; - Перенаправление в другие схожие службы; - Правовая помощь по вопросам получения медицинских услуг; - Риск инфицирования ВИЧ/ИППП при сексуальных контактах; - Профилактика ВИЧ/ИППП; - Услуги, которые можно получить в организации; - Содействие в первичной диагностики ТБ, профилактика ТБ; - До/после тестовое консультирование; - Проведение групп поддержки; - Социальный эскорт; - Социальная поддержка и уход га дому для ВИЧ.	- Партнёрские ОО; - Центры по профилактике и борьбе со СПИД.	РТ, г. Душанбе, пр. С.Шерози 27 кв.86, (+992) 37 235 28 97

№ (общ)	НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	ЗОНА ОХВАТА	УСЛУГОПОЛУЧАТЕЛИ	ВИДЫ УСЛУГ	ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ ОБ УСЛУГАХ	КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ
19	Общественная организация «Марворид»	г. Душанбе	Дети, подростки и молодёжь до 30 лет (и старше) живущие с ВИЧ: а) организованная (учащиеся, трудящиеся); б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные, освободившиеся из мест лишения свободы).	- Консультация психолога; - Перенаправление в другие схожие службы; - Правовая помощь по вопросам получения медицинских услуг; - Риск инфицирования ВИЧ/ИППП при сексуальных контактах; - Профилактика ВИЧ/ИППП; - Услуги, которые можно получить в организации; - Содействие в первичной диагностике ТБ, профилактика ТБ; - До/после тестовое консультирование; - Проведение групп поддержки; - Социальный эскорт; - Социальная поддержка и уход га дому для ВИЧ.	- Партнёрские ОО; - Центры по профилактике и борьбе со СПИД.	РТ, г. Душанбе, ул. Тургенева 52, (+992) 904 99 08 20
20	Проект по предотвращению домашнего насилия (PDV/GOPA)	г. Душанбе	Подростки и молодёжь от 14 до 30 лет (и старше): а) жертвы насилия (в том числе и домашнего) б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные, оказывающие секс услуги).	- Онлайн консультирование: http://www.pdv.tj/ru/feedback/ - Юридическое консультирование; - Консультация психолога; - Перенаправление в другие схожие службы.	- Партнёрские ОО; - ОПР; - Отдел по делам женщин и семьи; - Местное население.	РТ, г. Душанбе, ул. Бохтар, 37/1 Бизнес-центр Вефа, 8-ой этаж, каб. 801, (+992) 37 227 10 75, 37 227 70 76
21	Общественная организация Дети, мигранты и уязвимые граждане	г. Душанбе	Дети, подростки и молодёжь от 0 до 30 лет: а) учащиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные, беженцы).	- Информирование равный-равному (инфо сессии, семинары и пр. по проблемам психического/психологического здоровья, жизненных навыков и др. темы ЗОЖ); - Консультация психолога; - Краткосрочные вмешательства (акции); - Организация досуга; - Образовательные курсы.	- Партнёрские государственные и ОО; - Местное население.	РТ, г. Душанбе, ул., (+992) 93 503 28 83

№ (общ)	НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	ЗОНА ОХВАТА	УСЛУГОПОЛУЧАТЕЛИ	ВИДЫ УСЛУГ	ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ ОБ УСЛУГАХ	КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ
22	Общественная организация «Бюро по правам человека»	г. Душанбе	Подростки и молодёжь от 14 до 30 лет (и старше): а) организованная (учащиеся, трудящиеся); б) неорганизованные (жертвы насилия и обмана, с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Юридическое консультирование; - Консультация психолога; - Перенаправление в другие схожие службы.	- Партнёрские ОО; - ОПР; - Отдел по делам женщин и семьи; - Местное население.	РТ, г. Душанбе, ул. Проспект Рудаки 137, 5 этаж, каб. 6., (+992)
23	Общественная организация «Центр по правам человека»	г. Душанбе	Подростки и молодёжь от 14 до 30 лет (и старше): а) организованная (учащиеся, трудящиеся); б) неорганизованные (жертвы насилия и обмана, с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Юридическое консультирование; - Консультация психолога; - Перенаправление в другие схожие службы.	- Партнёрские ОО; - ОПР; - Отдел по делам женщин и семьи; - Местное население.	РТ, г. Душанбе, ул. Валаматзаде 8/1 кв. 30, (+992) 2275187
24	Общественная организация «Правовой центр ребёнка»	г. Душанбе	Дети, подростки и молодёжь от до 30 лет: а) организованная (учащиеся, трудящиеся); б) неорганизованные (жертвы насилия и обмана, с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Юридическое консультирование; - Консультация психолога; - Перенаправление в другие схожие службы.	- УВД и ОВД; - Партнёрские и государственные ОО; - ОПР; - Отдел по делам женщин и семьи; - Местное население.	РТ, г. Душанбе, ул. Бухоро 49а, (+992) 37 221 81 25, 37 221 04 33, 37 231 11 11
25	Общественная организация «Лига женщин юристов»	г. Душанбе	Подростки и молодёжь от 14 до 30 лет (и старше): а) жертвы насилия (в том числе и домашнего) б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные, оказывающие секс услуги).	- Юридическое консультирование; - Консультация психолога; - Перенаправление в другие схожие службы.	- УВД и ОВД; - Партнёрские и государственные ОО; - ОПР; - Отдел по делам женщин и семьи; - Местное население.	РТ, г. Душанбе, ул. Айни 53 каб. №3, (+992) 37 221 13 33
26	Отдел по профилактике правонарушений среди несовершеннолетних и молодёжи УВД	Согдийская область	Дети, подростки и молодёжь до 30 лет: а) организованные: учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Проведение встреч со школьниками по профилактике правонарушений; - Работа с семьями.	- ОПР; - Семьи; - Школы; - Участковые.	РТ, СО, г. Худжанд, ул. М.Аминзода, (+992) 92 955 25 00

№ (общ)	НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	ЗОНА ОХВАТА	УСЛУГОПОЛУЧАТЕЛИ	ВИДЫ УСЛУГ	ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ ОБ УСЛУГАХ	КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ
27	Отдел по правам ребёнка (ОПР) при исполнительном органом государственной власти (Хукумат) Согдийской области	Согдийская область	Дети и подростки до 18 лет: а) организованные: учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Консультация и защита прав ребёнка; - Семейная консультация; - Перенаправление; - Материальная помощь.	- Партнёрские ОО; - Перенаправление с других отделов Хукумата и отдела по делам несовершеннолетних	РТ, СО, г. Худжанд, проспект Р.Набиев 45, (+992) 92 777 04 89
28	Управление по делам молодёжи	Согдийская область	Дети, подростки и молодёжь до 30 лет: а) организованные: учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Проведение образовательных семинаров и тренингов по социально-значимым заболеваниям; - Развитие чувства патриотизм; - Привлечение молодёжи к волонёрской деятельности.	- Молодёжные отделы при образовательных учреждениях; - Активисты.	РТ, СО, г. Худжанд, ул. Камоли Худжанди 81, (+992) 92 703 23 84
29	Общественная организация «Гулрухсор»	Согдийская область	Женщины и девушки, которые подверглись насилию.	- Временное жилье; - Юридическая консультация; - Психологическая консультация.	- Партнёрские ОО; - ОПР; - Отдел по делам женщин и семьи; - Отдел образования; - Местное сообщество.	РТ, СО, г. Худжанд, ул. Р.Набиев 111, (+992) 3422 6-05-10, 6-70-61
30	Общественная организация «Чашмаи хаёт»	Согдийская область	Дети, подростки и молодёжь до 30 лет (и старше): а) организованные: учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные (женщины и девушки, которые подверглись насилию и торговле, с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Психологическая помощь жертвам домашнего насилия; - Психологическая помощь жертвам торговли людьми.	- Партнёрские ОО; - ОПР; - Отдел по делам женщин и семьи; - Отдел образования; - Местное сообщество.	РТ, СО, г. Худжанд, ул., (+992) 92 825 32 66
31	Общественный фонд «Мой ребёнок»	Согдийская область	Дети, подростки и молодёжь до 30 лет: а) организованные: учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Материальная помощь нуждающимся детям и семьям; - Благотворительные акции.	- Партнёрские ОО; - Местное сообщество.	РТ, СО, г. Худжанд, ул. Ленина 183, (+992) 92 904 07 06

№ (общ)	НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	ЗОНА ОХВАТА	УСЛУГОПОЛУЧАТЕЛИ	ВИДЫ УСЛУГ	ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ ОБ УСЛУГАХ	КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ
32	Общественная организация Дафтари озодии шахрванди	Согдийская область	Дети, подростки и молодёжь до 30 лет: а) организованные: учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Юридическое консультирование.	- Партнёрские ОО; - Местное сообщество.	РТ, СО, г. Худжанд, ул. Ленина 183 кб 8 а, (+992) 92 701 80 63
33	Общественная организация Замон ва чомеа	Согдийская область	Дети, подростки и молодёжь от 14 до 30 лет (и старше): представители уязвимых групп по отношению к ВИЧ и ТБ, в том числе с ограниченными возможностями	- Консультирование; - Проведение исследований; - Обучение, тренинги, фасилитация.	- Коалиция Партнёрство - Остановим ТБ в Таджикистане; - ОО СПИН плюс; - Управление по делам женщин и семьи; - Джамоаты; - Местное население.	РТ, СО, г. Худжанд 18 мкрн, дом №7, (+992) 92 770 16 56

№ (общ.)	НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	ЗОНА ОХВАТА	УСЛУГОПОЛУЧАТЕЛИ	ВИДЫ УСЛУГ	ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ ОБ УСЛУГАХ	КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ
34	ММКО в Согдийской области	Согдийская область	Подростки и молодёжь от 12 до 30 лет: а) организованные: учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Скрининг (на наличие депрессивных расстройств, на наличие тревожных расстройств, склонности к суицидальному поведению, подверженности стрессу, риска, связанного с употреблением психоактивных веществ, на наличие других поведенческих и психических нарушений, потребности в психологической помощи); - Оценка (депрессивных расстройств, тревожных расстройств, суицидального поведения, подверженности стрессу, проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ, других поведенческих и психических нарушений); - Получение информации в области репродуктивного, сексуального и психического здоровья; - Информирование (лекции, классные часы и пр. по проблемам психического/психологического здоровья); - Психологические тренинги; - Краткосрочные вмешательства (консультирование 5-20 минут); - Консультация врача (гинеколога) вопросы контрацепции, беременности; - Консультация психолога; - Психотерапия; - Семейное консультирование; - Семейная психотерапия; - Услуги по профилактике и лечению соматических расстройств; - Социальное сопровождение/кейс -менеджмент.	- Аутрич работники; - Встречи в школах; - Друзья; - Радио и ТВ.	РТ, СО, г. Худжанд, 18 мкрн, Центр здоровья №5 (6-й этаж), (+992) 92 773 24 23 РТ, СО, г. Худжанд, 34 мкрн, северо-восточная промзона, (+992) 92 774 73 20 РТ, СО, г. Пенджикент, ул.50 лет Таджикистана (городской центр здоровья №6), (+992) 92 611 48 81 РТ, СО, г. Исфара, ул. Б.Махкамов 9 (центральная районная больница), (+992) 918 70 73 03
35	Кафедра психологии педагогического колледжа Худжандского государственного университета	г. Худжанд (а также обращаются из всей Согдийской области)	Молодёжь от 18 до 23 лет (и старше): а) учащиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Консультация психолога; - Психологические тренинги; - Психотерапия; - Семейное консультирование; - Семейная психотерапия; - Перенаправление в другие схожие службы; - Исследование/оценка нужд, разработка, распространение методологии и проведение обучения специалистов.	- Преподаватели; - Студенты.	РТ, СО, г. Худжанд, ул. Репина 60 (+992) 92 992 19 79

№ (общ)	НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	ЗОНА ОХВАТА	УСЛУГОПОЛУЧАТЕЛИ	ВИДЫ УСЛУГ	ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ ОБ УСЛУГАХ	КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ
36	Государственное учреждение Детский реабилитационный центр Согдийской области	г. Худжанд (а также обращаются из всей Согдийской области)	Дети и подростки до 18 лет: а) организованные: учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Скрининг (на наличие депрессивных расстройств, на наличие тревожных расстройств, склонности к суицидальному поведению, подверженности стрессу, риска, связанного с употреблением ПАВ, на наличие других поведенческих и психических нарушений, потребности в психологической помощи); - Оценка (депрессивных расстройств, тревожных расстройств, суицидального поведения, подверженности стрессу, проблем, связанных с употреблением ПАВ, других поведенческих и психических нарушений); - Информирование (лекции, классные часы и пр. по проблемам психического/психологического здоровья); - Психологические тренинги; - Краткосрочные вмешательства (консультирование 5-20 минут); - Консультация психолога; - Психотерапия; - Семейное консультирование; - Семейная психотерапия; - Группы взаимопомощи; - Услуги по профилактике и лечению соматических расстройств; - Социальное сопровождение/кейс -менеджмент; - Юридическое консультирование и/или адвокация; - Предоставление жилья, питания; - Материальная помощь; - Организация досуга; - Образовательные услуги.	- Партнёрские ОО; - ОПР; - Отдел по делам женщин и семьи; - Местное сообщество.	РТ, СО, г. Худжанд, ул. Загородная №7, (+992) 92 864 65 02
37	Кабинет по профилактике насилия в семье при ОВД	г. Худжанд	Подростки и молодёжь от 14 до 30 лет (и старше): а) учащиеся, трудящиеся; б) жертвы насилия (в том числе и домашнего) б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные, оказывающие секс услуги)	- Консультация психолога; - Правовая помощь; - Семейное консультирование; - Проведение встреч со школьниками и студентами по профилактике правонарушений; - Перенаправление в другие схожие службы.	- ОПР; - Семьи; - Школы; - ВУЗы; - Участковые.	РТ, СО, г. Худжанд проспект И.Сомони, (+992) 3422 4 03 95
38	Общественная организация Ассоциация женщины и общество	г. Худжанд	Дети, подростки и молодёжь до 30 лет (и старше): представители уязвимых групп	- Консультирование; - Проведение исследований; - Обучение, тренинги, фасилитация.	- ОПР; - Семьи; - Школы; - ВУЗы; - Участковые.	РТ, СО, г. Худжанд 18 мкрн дом №7, (+992) 95 156 01 27

№ (общ)	НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	ЗОНА ОХВАТА	УСЛУГОПОЛУЧАТЕЛИ	ВИДЫ УСЛУГ	ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ ОБ УСЛУГАХ	КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ
39	Отдел по правам ребёнка при Хукумате	г. Пенджикент	Дети и подростки до 18 лет: а) организованные: учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Консультация и защита прав ребёнка; - Семейная консультация; - Перенаправление; - Материальная помощь.	- Партнёрские ОО; - Перенаправление с других отделов Хукумата и отдела по делам несовершеннолетних	РТ, СО, г. Пенджикент, ул. Рудаки 129 (здание Хукумата г. Пенджикента), (+992) 92 633 17 00
40	Медико-педагогическое психологическое консультирование	г. Пенджикент и Пенджикентский район (также обращаются дети из Айни и Горной Мастчи)	Дети и подростки от 7 до 18 лет: а) находящиеся в трудной жизненной ситуации; б) находящиеся на учёте в детской комнате милиции; в) находящихся в психологическом кризисе; г) с диагнозом ДЦП; д) глухонемые; е) немые.	- Скрининг (на наличие депрессивных расстройств, на наличие тревожных расстройств, склонности к суицидальному поведению, подверженности стрессу, на наличие других поведенческих и психических нарушений, потребности в психологической помощи); - Оценка (депрессивных расстройств, тревожных расстройств, суицидального поведения, подверженности стрессу, других поведенческих и психических нарушений); - Информирование (лекции, классные часы и пр. по проблемам психического/психологического здоровья); - Психологические тренинги; - Краткосрочные вмешательства (консультирование 5-20 минут); - Консультация психолога; - Семейное консультирование; - Семейная психотерапия; - Юридическое консультирование и/или адвокатура; - Социальное сопровождение/кейс-менеджмент; - Образовательные услуги; - Предоставление временного жилья (сроком на 3 месяцев); - Организация досуга.	- Партнёрские ОО; - ОПР; - Отдел по делам женщин и семьи; - Местное сообщество.	РТ, СО, г. Пенджикент, проспект Рудаки 157, (+992) 92 759 70 42
41	Центр дополнительного образования	г. Пенджикент и Пенджикентский район.	Дети и подростки до 18 лет: а) учащиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Информирование равный-равному (аутрич в местах скопления, инфо сессии, семинары и пр. по проблемам психического/психологического здоровья, жизненных навыках и др. темы ЗОЖ); - Консультация психолога; - Психологические тренинги; - Семейное консультирование; - Образовательные курсы; - Перенаправление в другие схожие службы.	- Партнёрские ОО и государственные учреждения; - Аутрич-работа; - СМИ; - Местное сообщество.	РТ, СО, г. Пенджикент, ул. Энгельс 16 (+992) 92 756 79 17

№ (общ.)	НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	ЗОНА ОХВАТА	УСЛУГОПОЛУЧАТЕЛИ	ВИДЫ УСЛУГ	ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ ОБ УСЛУГАХ	КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ
42	Общественная организация Занони шарк	г. Пенджикент и Пенджикентский район, Айнинский и Горно-мастчинские районы)	Дети и подростки от 7 до 18 лет: а) находящиеся в трудной жизненной ситуации; б) находящиеся на учёте в детской комнате милиции; в) подверженные домашнему насилию.	- Консультация психолога; - Предоставление временного жилья (сроком на 3 месяцев); - Организация досуга.	- Партнёрские ОО; - ОНР; - Отдел по делам женщин и семьи; - Местное сообщество.	РТ, СО, г. Пенджикент, ул. С.Шарфова 9, (+992) 92 713 54 00
43	Общественная организация Навнихолони Зарафшон	г. Пенджикент и Пенджикентский район.	Дети и подростки от 7 до 18 лет: а) находящиеся в трудной жизненной ситуации; б) находящиеся на учёте в детской комнате милиции.	- Информирование (лекции, классные часы и пр. по проблемам психического/психологического здоровья); - Консультация психолога (в основном выездные); - Психологические тренинги; - Краткосрочные вмешательства (консультирование 5-20 минут); - Психотерапия; - Семейное консультирование; - Семейная психотерапия; - Услуги по профилактике и лечению соматических расстройств; - Предоставление временного жилья (сроком на 3 месяцев); - Организация досуга; - Юридическое консультирование и/или адвокаты.	- Партнёрские ОО; - Местное сообщество.	РТ, СО, г. Пенджикент, ул. Мирзо Бедиль 40, (+992) 92 759 70 42
44	Общественная организация Чавонони пешаф	г. Пенджикент и Пенджикентский район, г. Канибадам и Канибадамский район, г. Гафуров и Гафуровский район	Дети и подростки от 7 до 18 лет: а) дети с ограниченными возможностями; б) дети, не имеющие возможность учиться по разным причинам.	- Семейное консультирование; - Юридическое консультирование и/или адвокаты; - Перенаправление в схожие службы; - Предоставление временного жилья (сроком на 3 месяцев); - Организация досуга.	- Партнёрские ОО; - ОНР; - Отдел по делам женщин и семьи; - Местное сообщество.	РТ, СО, г. Пенджикент, ул. Рудаки 161, (+992) 92 751 61 40
45	Отдел по правам ребёнка при Хукумате	г. Деваштич, админ. центр Деваштичского района	Дети и подростки до 18 лет: а) организованные: учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Консультация и защита прав ребёнка; - Семейная консультация; - Перенаправление; - Материальная помощь.	- Партнёрские ОО; - Перенаправление с других отделов Хукумата и отдела по делам несовершеннолетних	РТ, СО, г. Девешаштич, ул. И.Сомони, (+992) 918 32 64 82

№ (общ.)	НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	ЗОНА ОХВАТА	УСЛУГОПОЛУЧАТЕЛИ	ВИДЫ УСЛУГ	ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ ОБ УСЛУГАХ	КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ
46	Отдел по правам ребёнка при Хукумате	город поселкового типа (ГПТ) Бустон, админ.центр Мастчинского района	Дети и подростки до 18 лет: а) организованные: учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Консультация и защита прав ребёнка; - Семейная консультация; - Перенаправление; - Материальная помощь.	- Партнёрские ОО; - Перенаправление с других отделов Хукумата и отдела по делам несовершеннолетних	РТ, СО, ГПТ Бустон Саид Шариф 35, (+992) 92 714 14 91
47	Отдел по правам ребёнка	г. Канибадам, Канибадамский район	Дети и подростки до 18 лет: а) организованные: учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Консультация и защита прав ребёнка; - Семейная консультация; - Перенаправление; - Материальная помощь.	- Перенаправление с других отделов Хукумата и отдела по делам несовершеннолетних	РТ, СО, г. Канибадам ул. Ёдгорова 72 (здание Хукумата), (+992) 92 823 91 42
48	Отделение по профилактике правонарушений среди несовершеннолетних и молодёжи ОВД	г. Канибадам, Канибадамский район	Дети, подростки и молодёжь до 30 лет: а) организованные: учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Проведение встреч со школьниками по профилактике правонарушений; - Работа с семьями.	- ОПр; - Семьи; - Школы; - Участковые.	РТ, СО, г. Канибадам
49	Общественная организация Пайванди шахрванди	г. Канибадам, Канибадамский район	Дети, подростки и молодёжь до 30 лет (и старше): с ограниченными возможностями	- Защита прав детей с ограниченными возможностями; - Работа с семьями, живущими с людьми с ограниченными способностями; - Обучение людей с ограниченными способностями жёстам и мимике общения.	- Хукуматы и махаллинские комитеты; - Партнёрские государственные и ОО; - Местное население.	РТ, СО, г. Канибадам, ул. Ленина 360, (здание быв.сельхоз химии), (+992) 92 838 88 10
50	Отдел по правам ребёнка при Хукумате	г. Гафуров	Дети и подростки до 18 лет: а) организованные: учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Консультация и защита прав ребёнка; - Семейная консультация; - Перенаправление; - Материальная помощь.	- Партнёрские ОО; - Перенаправление с других отделов Хукумата и отдела по делам несовершеннолетних	РТ, СО, г. Гафуров, ул. А.Нозиров 14, (+992) 92 606 90 77

№ (общ.)	НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	ЗОНА ОХВАТА	УСЛУГОПОЛУЧАТЕЛИ	ВИДЫ УСЛУГ	ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ ОБ УСЛУГАХ	КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ
51	Отдел образования	г. Гафуров, Гафуровский район.	Дети и подростки до 18 лет: а) учащиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Информирование равный-равному (аутрич в местах скопления, инфо сессии, семинары и пр. по проблемам психического/психологического здоровья, жизненных навыках и др. темы ЗОЖ); - Консультация психолога; - Психологические тренинги; - Семейное консультирование; - Образовательные курсы; - Перенаправление в другие схожие службы; - Исследование/оценка нужд, разработка, распространение методологии и проведение обучения специалистов.	- Преподаватели; - Школьники; - Партнёрские ОО и государственные учреждения; - Аутрич-работа; - СМИ; - Местное сообщество.	РТ, СО, Б.Гафуров ул. Железнодорожная 5, (+992) 92 970 50 00
52	Отдел по делам женщин и семьи	Б.Гафуровский район	Дети, подростки и молодёжь до 30 лет: а) организованные: учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Проведение образовательных семинаров; - Работа с семьями; - Перенаправление в партнёрские организации.	- Партнёрские ОО; - Перенаправление в другие отделы Хукумата; - Перенаправление в отдел по делам несовершеннолетних	РТ, СО, г. Гафуров, ул.Абдурасул Нозиров 14, (+992) 92 755 50 09
53	Отдел по делам молодёжи	Б.Гафуровский район	Дети, подростки и молодёжь до 30 лет: а) организованные: учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Проведение образовательных семинаров и тренингов по темам социально значимым заболеваниям; - Патриотизма; - Привлечение молодёжи к волонёрской деятельности.	- Молодёжные отделы при образовательных учреждениях; - Активисты.	РТ, СО, Б.Гафуровский р-н, г. Гафуров, ул. Ленина 6, (+992) 92 885 00 81
54	Убежище для жертв домашнего насилия	г. Гафуров	Дети, подростки и молодёжь от до 30 лет (и старше): а) организованная (учащиеся, трудящиеся); б) неорганизованные (жертвы насилия и обмана, с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные).	- Информирование равный-равному (инфо сессии, семинары и пр. по проблемам психического/психологического здоровья, жизненных навыков и др. темы ЗОЖ); - Консультация психолога и юриста; - Организация досуга; - Временное жилье, питание и пособие; - Перенаправление в другие схожие службы.	- УВД и ОВД; - Партнёрские ОО; - Перенаправление с других отделов Хукумата и отдела по делам несовершеннолетних	РТ, СО, г. Гафуров, (+992) 83448 3 45 10

№ (общ.)	НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	ЗОНА ОХВАТА	УСЛУГОПОЛУЧАТЕЛИ	ВИДЫ УСЛУГ	ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ ОБ УСЛУГАХ	КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ
55	Центр по профилактике и борьбе со СПИД	Б.Гафуровский район	Подростки и молодёжь от 12 до 30 лет (и старше): а) организованные: учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные дети).	- До и после тестовое консультирование; - Тестирование на ВИЧ; - Психологическая поддержка для ЛЖВ; - Патронаж на дому ЛЖВ; - Перенаправления.	- Патронажная медицинская сестра; - Партнёрские ОО.	РТ, СО, г. Гафуров, ул. Хувайдулоева 2 (районный центр здоровья), (+992) 92 774 89 10
56	Отдел дерматологической венерологии	Б.Гафуровский район	Подростки и молодёжь от 12 до 30 лет (и старше): а) организованные: учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные дети).	- До и после тестовое консультирование; - Тестирование на ИППП; - Лечение ИППП.	- Партнёрские организации.	РТ, СО, г. Гафуров, ул. Хувайдулоева 2 (районная поликлиника), (+992) 92 750 45 48
57	Отдел по правам ребёнка	г. Исфара	Дети и подростки до 18 лет: а) организованные: учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные дети).	- Консультация и защита прав ребёнка; - Семейная консультация; - Перенаправление; - Материальная помощь.	- Партнёрские ОО; - Перенаправление с других отделов Хукумата и отдела по делам несовершеннолетних	РТ, СО, г. Исфара, ул. Маркази 20 (здание Хукумата г.Исфары), (+992) 98 708 95 00
58	Отдел по делам женщин и семьи	г. Исфара	Дети, подростки и молодёжь от до 30 лет (и старше): а) организованная (учащиеся, трудящиеся); б) неорганизованные (жертвы насилия и обмана, с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные дети).	- Проведение образовательных семинаров; - Работа с семьями; - Перенаправление в партнёрские организации.	- Партнёрские ОО; - Перенаправление в другие отделы Хукумата; - Перенаправление в отдел по делам несовершеннолетних	РТ, СО, г. Исфара, ул. Маркази 20 (здание Хукумата), (+992 3462) 2 39 70
59	Центр по профилактике и борьбе со СПИД	г. Исфара	Подростки и молодёжь от 12 до 30 лет (и старше): а) организованные: учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные дети).	- До и после тестовое консультирование; - Тестирование на ВИЧ; - Психологическая поддержка для ЛЖВ; - Патронаж на дому ЛЖВ; - Перенаправления.	- Патронажная медицинская сестра; - Партнёрские ОО.	РТ, СО, г. Исфара, ул. Б.Махкамов 5 (городской центр здоровья), (+992) 918 11 30 90

№ (общ.)	НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	ЗОНА ОХВАТА	УСЛУГОПОЛУЧАТЕЛИ	ВИДЫ УСЛУГ	ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ ОБ УСЛУГАХ	КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ
60	Отдел дерматологической венерологии	г. Исфара	Подростки и молодёжь от 12 до 30 лет (и старше): а) организованные: учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные дети).	- До и после тестовое консультирование; - Тестирование на ИППП; - Лечение ИППП.	- Партнёрские организации.	РТ, СО, г. Исфара, деаи Мадпар (центр дерматологической венерологии), (+992) 92 786 16 45
61	Центр репродуктивного здоровья	г. Истаравшан	Подростки и молодёжь от 12 до 30 лет (и старше): а) организованные: учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные дети).	- Получение информации в области репродуктивного и сексуального здоровья; - Краткосрочные вмешательства (акции); - Перенаправления.	- Центры здоровья; - Партнёрские государственные и ОО; - Школы/колледжи; - Местное сообщество.	РТ, СО, г. Истаравшан, ул. Гагарина 76, (+992) 92 750 35 53
62	Общественная организация "Фонда развития общества"	г. Истаравшан	Дети и подростки до 18 лет: а) организованные: учащиеся, трудящиеся; б) неорганизованные (с девиантным поведением, занимающиеся временной работой, уличные дети).	- Юридическое консультирование; - Защита прав женщин и детей; - Перенаправления.	- Партнёрские ОО; - Отдел образования; - Местное сообщество.	РТ, СО, г. Истаравшан, ул. Ленина, (+992) 92 714 62 86
63	Женский ресурсный центр Женщин против насилия	г. Истаравшан	- Женщины и девушки, которые подверглись насилию.	- Юридическое консультирование; - Защита прав женщин и детей; - Перенаправления.	- Хукуматы и махаллинские комитеты; - ОВД; - Партнёрские государственные и ОО; - Местное население.	РТ, СО, г. Истаравшан, ул. Ленина 109, (+992) 3454 2 11 66, 92 71402 02, 92 790 33 20

Приложение 4. Список организаций, осуществляющих подготовку и переподготовку в области охраны психического здоровья в Согдийской области и г. Душанбе с указанием тем, количества часов, преподавательского состава и количества лиц, прошедших обучение в 2017 году.

Название учебного учреждения	Кафедра / факультет	Количество преподавателей	Кол-во ставок	Название учебных программ (объем часов) по психологии детей и подростков, психологии кризиса	Тематика учебных программ / дисциплин	Курс	Движение студентов в 2017 году
Худжандский государственный университет имени Бободжона Гафурова (ХГУ)	Кафедра «Социальная и профессиональная психология» (выпускающая)	Всего 9 чел. Из них: 1) к.п.н., доцент – 2 чел. 2) к.п.н, доцент – 1 чел. 3) Старший преподаватель – 5 чел. 4) Преподаватель – 1 чел.	14	Возрастная психология (154 часов). Из них Лекций – 48 часов, Практических – 96 часов. Подростковый возраст – 9 часов.	1. Младенчество; 2. Раннее детство; 3. Дошкольное детство; 4. Младший школьный возраст; 5. Подростковый возраст; 6. Юность.	2	Поступило 2016-2017 – 25 чел.; Магистрантов – 8 чел.
				Детская психология (106 часов)	1. Предмет и принципы детской психологии 2. Общая характеристика психического развития ребёнка 0-7 лет 3. Развитие деятельности ребёнка 4. Развитие трудовой деятельности ребёнка 5. Развитие игровой деятельности 6. Развитие познавательных процессов у дошкольников 7. Развитие личности дошкольников	4	Поступило 2017-2018 – 29 чел.; Магистрантов – 8 чел.
	Кафедра «Общая психология» (межфакультетская)	Всего 11 чел. Из них: 1) к.п.н., доцент – 4 чел. 2) к.п.н, доцент – 2 чел. 3) Старший преподаватель – 3 чел. 4) Преподаватель – 2 чел.	13	Общая и социальная психология 48 часов	1. Предмет и задачи общей и социальной психологии 2. Психические процессы 3. Психические состояния 4. Психические состояния 5. Психология групп	1,2	Окончивших нет, так как кафедра образована в 2016 г.
				Возрастная и педагогическая психология 48 часов	1. Предмет и задачи возрастной и педагогической психологии 2. Теории псих. развития 3. Периодизация психического развития 4. Психическое развитие на всех возрастных 5. Психология обучения	2,3	

Название учебного учреждения	Кафедра / факультет	Количество преподавателей	Кол-во ставок	Название учебных программ (объем часов) по психологии детей и подростков, психологии кризиса	Тематика учебных программ / дисциплин	Курс	Движение студентов в 2017 году
Российско-Таджикской Славянский Университет	Кафедра «Методика преподавания, психологии и педагогики» (меж-факультетская)	Всего 12 чел. Из них: 1) к.п.н., профессор – 2 чел. 2) к.п.н, доцент – 4 чел. 3) Старший преподаватель – 6 чел.	10	Возрастная психология (50 часов)	1. Теории психического развития ребенка 2. Период новорожденности; 3. Ранний возраст; 4. Преддошкольный возраст; 5. Дошкольный возраст; 6. Младший школьный возраст; 7. Подростковый возраст. 8. Юношеский возраст	4	
Таджикский Национальный Университет	Кафедра «Психология» (выпускающая)	Всего 13 чел. Из них: 1) к.п.н., доцент – 2 чел. 2) к.п.н, доцент – 1 чел. 3) к.полит.н – ю1 чел. 4) Старший преподаватель – 2 чел. 5) Ассистент – 7 чел.	18	Возрастная психология (216 часов)	1. Роль игры в психическом развитии детей; 2. Период новорожденности; 3. Детский период; 4. Преддошкольный возраст; 5. Дошкольный возраст; 6. Младший школьный возраст; 7. Подростковый возраст.		Окончили в 2017г. – 23 чел. Поступили в 2017г. – 25 чел. Из них:
				Психологическая служба и консультирование (96 часов)	1. Оказание психологической помощи детям дошкольного и младшего школьного возрастов; 2. Психологическое консультирование подростков; 3. Психологическая работа с лицами юношеского возраста		Очные группы: 1 курс – 25чел.; 2 курс – 31чел.; 3 курс – 22чел.; 4 курс – 34чел.
				Психология семейных отношений (36 часов)	1. Взаимоотношение родителей и детей; 2. Влияние распада семьи на детей.		Б) Заочники: 1 курс – 17 чел. 2 курс – 29 чел. 3 курс – 17 чел.
				Теория психического развития (36 часов)	1. Особенности психического развития в раннем детстве; 2. Особенности психического развития в преддошкольном возрасте; 3. Особенности психического развития в дошкольном возрасте; 4. Особенности психического развития в младшем школьном возрасте;		4 курс – 25 чел. 5 курс – 17 чел. В) Магистры; 1 курс – 10 чел. 2 курс – 10 чел.

					5. Особенности психического развития в подростковом возрасте		Г) Доктор РНД 1 курс – 2 чел. 2 курс – 2 чел. 3 курс – 1 чел.
				Диагностика интеллекта (36 часов).	1. Диагностика интеллекта в раннем детстве; 2. Диагностика интеллекта в дошкольном возрасте; 3. Диагностика интеллекта в дошкольном возрасте; 4. Диагностика интеллекта в младшем школьном возрасте; 5. Диагностика интеллекта в подростковом возрасте.		
				Основы судебно-психологической экспертизы (48 часов)	1. Судебно-психологическая экспертиза с несовершеннолетними правонарушителями; 2. Судебно-психологическая экспертиза с несовершеннолетними пострадавшими.		
				Насилие в семье (36 часов)	1. Предотвращение насилия против малолеток в семье; 2. Предотвращение насилия против несовершеннолетних детей.		

Название учебного учреждения	Кафедра / факультет	Количество преподавателей	Кол-во ставок	Название учебных программ (объем часов) по психологии детей и подростков, психологии кризиса	Тематика учебных программ / дисциплин	Курс	Движение студентов в 2017 году
Таджикский Государственный Педагогический Университет им. С.Айни (ТГПУ)	Кафедра «Психология» (меж-факультетская)	Всего 14 чел. Из них: 1) к.п.н., доцент – 3 чел. 2) Старший преподаватель – 7 чел. 3) Ассистент – 4 чел.	17	Возрастная психология (24 часов)	1. Роль игры в психическом развитии детей; 2. Период новорожденности; 3. Детский период; 4. Преддошкольный возраст; 5. Дошкольный возраст; 6. Младший школьный возраст; 7. Подростковый возраст; 8. Юношеский возраст.		
	Факультет «Психология дошкольного и инклюзивного образования»			Возрастная психология (64 часов)	1. Роль игры в психическом развитии детей; 2. Период новорожденности; 3. Детский период; 4. Преддошкольный возраст; 5. Дошкольный возраст; 6. Младший школьный возраст; 7. Подростковый возраст. 8. Юношеский возраст		
Таджикский Государственный Медицинский университет им. Абу Али Ибн Сино	Кафедра психиатрии и наркологии им. профессора Гулямова М.Г. (меж-факультетская)	Всего 10 чел. Из них: 1) д.м.н., профессор – 1 чел. 2) к.м.н., доцент – 1 чел. 3) к.м.н., ассистент – 1 чел. 4) Старший преподаватель – 7 чел.	9,5	Психиатрия и медицинская Психология (96 часов)	1. Предмет и задачи психиатрии и медицинской психологии. История развития. Профессор М.Г. Гулямов-основоположник психиатрии в РТ. 2. Ощущения, представления, восприятие. Расстройства восприятия 3. Мышление. Нарушение мышления по форме и содержанию. 4. Интеллект, память Патология интеллектуально-мнестической сферы. 5. Эмоции и воля. Патология эмоциональной сферы. Патология волевой сферы. 6. Сознание. Синдром нарушения сознания. 7. Учение об индивидуальности. Расстройства зрелой личности. Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства.	Мед.фак. 5 курс	В 2017 году психиатров выпустилось 4 человека
				Медицинская психология (32 часов)		Стом.фак. 4 курс Обществ. здравоохран-е 4 курс 6 курс	

					8. Эпилепсии. Психические расстройства в остром и отдаленном периодах травмы черепа. 7. Шизофрения. 8. Аффективные расстройства. 9. Психические расстройства при сосудистых инфекционных заболеваниях, ВИЧ СПИД. 10. Лечение психических заболеваний. 11. Алкоголизм, наркомания, токсикомания. 12. Нейросифилис. 13. Умственная отсталость. 14. Инволюционные, старческие психозы.		
--	--	--	--	--	---	--	--

Название учебного учреждения	Кафедра / факультет	Количество преподавателей	Кол-во ставок	Название учебных программ (объем часов) по психологии детей и подростков, психологии кризиса	Тематика учебных программ / дисциплин	Курс	Движение курсантов в 2017 году
Республиканский Институт повышения квалификации учителей (РИПКУ)	Кафедра «Педагогика и психология»	Всего 10 чел. Из них: 1) д.п.н., профессор – 1 чел. 2) к.п.н, доцент – 3 чел. 3) к.п.с.н., доцент – 3 чел. 4) Ст. преподаватель – 1 чел.	7	Педагогика и психология (8 часов)	1. Педагогическое общение. 2. Педагогическое мастерство и его психологические особенности. 3. Формирование личности педагога. 4. Педагогические способности. 5. Умение руководить классом.		Обучено 23 990 человек
Областной Институт повышения квалификации учителей (ОИПКУ)	Кафедра «Педагогика и психология»	Всего 3 чел. Из них: 1) Старший преподаватель – 3 чел.	4	Педагогика и психология (8 часов)	1. Педагогическое общение. 2. Педагогическое мастерство и его психологические особенности. 3. Формирование личности педагога. 4. Педагогические способности. 5. Умение руководить классом.		
ГОУ «Институт последипломного образования в сфере	Кафедра психиатрии и наркологии	Всего 3 человека: к.м.н., доцент - 1 человек;	2	Психиатрия и наркология	1. Актуальные вопросы экстренной помощи в психиатрии и наркологии 2. Эпилептические психозы 3. Пограничные психические расстройства		Обучено 12 человек (только врачи-
				Неотложная помощь в психиатрии и наркологии			

здравоохранения Республики Таджикистан» при МЗСН РТ		врач высшей категории - 2 человека.		Актуальные проблемы психиатрии и наркологии	4. Лечение психических заболеваний 5. Организация психиатрической помощи. 6. Симптомы и синдромы психических расстройств 7. Эндогенные психозы 8. Экзогенные и органические психические расстройства		психиатры и наркологи)
				Вопросы диагностики и лечения шизофрении и эпилепсии			
				Обязанности медсестры в психиатрии и наркологии			

Название учебного учреждения	Кафедра / факультет	Количество препод-телей	Кол-во ставок	Название учебных программ (объем часов) по психологии детей и подростков, психологии кризиса	Тематика учебных программ / дисциплин	Курс	Движение курсантов в 2017 году
ГУ «Республиканский учебный клинический центр семейной медицины» (РУКЦСМ)	Учебный центр (только для семейных врачей и медсестёр в семейной медицине)	нет данных	нет данных	Психология в семейной медицины – (8 часов): лекции – 4 часа; семинарские занятия – 1 час; практические занятия – 3 часа).	1. Медицинская психология как наука. 2. Разделы психологии и психиатрии. 3. Структура деятельности семейных медицинских специалистов. 4. Психология личности (темперамент, характер, способности и пр.). 5. Психология здорового человека и больного человека.		Обучено: 161 семейных врачей в РТ 885 медсестёр семейной медицины.

Приложение 5. Список участников фокус-групп

Фокус-группа 1.

Дата и место проведения: 19.09.2017 г., город Душанбе.

Фасилитаторы группы: Россинский Ю.А., Юсупов О.Г.

Участники фокус-группы:

1. Гулмирзоева Гулнора Донаевна, РТСУ, кафедра педагогики и психологии, преподаватель. Консультант ЮНИСЕФ по вопросам психического здоровья детей и подростков;
2. Мухиддинов Кутбиддин Фазлидинович, начальник управления дошкольного и среднего общего образования МОН РТ;
3. Аминов Обиджон Тохирович, заместитель директора Республиканского центра семейной медицины;
4. Холдорбекова Зебуниссо, заместитель начальника службы по предотвращению правонарушений среди несовершеннолетних и молодёжи МВД;
5. Розиков Дилошуб Мирзокулович, главный специалист управления по делам молодежи Комитета по делам молодежи и спорта при Правительстве РТ;
6. Мирзорахимов Наимджон Рахимович, генеральный директор республиканской общественной организации «Молодое поколение Таджикистана»;
7. Махмедов Хусейн, главный специалист управления образования города Душанбе;
8. Магкоев Владимир Асланбекович, эксперт в области психического здоровья, консультант тренер UNODC;
9. Исомидинов Аврангзеб Анварович, ассистент кафедры восточной медицины и психотерапии.

Фокус-группа 2.

Дата и место проведения: октябрь 2017 г., город Душанбе

Фасилитатор группы: Улугов Умиджон Амонович, старший преподаватель кафедры предпринимательского права Российско-Таджикского Славянского университета.

Участники группы:

1. Шаропова Нигина Менходжевна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии им. проф. М.Г. Гулямова ТГМУ им. Абуали ибн Сино;
2. Фатохов Абдувосид Абдухалимович – врач-психиатр, зам. главы Республиканского клинического центра психиатрических болезней;
3. Шоев Навруз – начальник отдела ювенальной юстиции МЮ РТ;
4. Саидшоев Зафар Сафаралиевич – судья суда г. Душанбе;
5. Бухоризода Мансур Гоиб – начальник Службы по предотвращению правонарушений среди несовершеннолетних и молодежи МВД РТ;
6. Золотухин А.В. – декан юридического факультета РТСУ.

Фокус-группа 3.

Дата и место проведения: 07.11.2017 г., город Пенджикент

Фасилитаторы группы: Касымова Ниссо Камоловна, Гулмирзоева Гулнора Донаевна.

Участники фокус-группы

1. Бобокалонова Шифо, МТМУ №31;
2. Дарвешов Фаромурз, ДЖ.Д. Хурми;
3. Бохонова Нигина, МТМУ №3;
4. Муродова Мавлуда, МТМУ №1;
5. Гафорова Мадина, Глава МТМУ;
6. Рашидзода Бахринисо, Зам. Менеджер КАТС Педжикент;
7. Туйчиев Комилджон, Председатель Хуррамабадского села, Имам пятикратной мечети;
8. Якубов Кудрат, Имам пятикратной мечети джамоата Хурми, села Сарикамар;
9. Алимкулов Махмуд, Имам пятикратной мечети джамоата Чинор, села Нуристон;
10. Холиков Амриддин, джамоат Чинор, Социальное развитие и связь с молодёжью;
11. Каюмов Рахматилло, джамоат Чинор, села Нуристон МТМУ №40;
12. Джамилов Яздон, Председатель махаллы, Нуристон, джамоата Чинор;
13. Вохидова Сайёра, МТМУ Пенджикент;
14. Кудрат Шукуров, Наблюдатель отдела образования.

Приложение 6. Вопросы для проведения дискуссионных групп (фокус-групп) с подростками и молодыми людьми

Вопрос № 1: «Что ты делаешь в ситуации сильного эмоционального стресса (серьёзные проблемы, ссоры, конфликты, чувство безнадёжности, безысходности и т.п.)?»

Дополнительные вопросы:

а) «Если обращаешься за помощью, то к кому? и почему именно к этому человеку/людям?»;

б) Обсуждаешь ли ты своё состояние с родителями? Если да/нет, что почему?»;

Вопрос № 2-3: «Как ты думаешь, что больше всего тревожит, беспокоит и волнует твоих сверстников? В каких услугах или видах помощи они нуждаются больше всего?»

Дополнительные вопросы:

а) «Где и кем эти услуги должны предоставляться?»

б) «Существуют ли в твоём регионе такие услуги?»

Вопрос № 4-5: «Как ты считаешь, почему подростки совершают самоубийство? Почему взрослые или сверстники не всегда успевают предотвратить эти случаи?»

Дополнительные вопросы:

а) «Как ты сам к этому относишься?»;

б) «Стоит ли об этом говорить, обсуждать эту тему?», «Почему?»

в) «Существует мнение, что о суициде нельзя говорить открыто, потому что такие разговоры могут подтолкнуть подростка к самоубийству. А какое твоё мнение?»;

Вопрос №6: «Как бы ты поступил(а), если бы узнал(а), что твой знакомый или одноклассник хочет покончить с собой?»

Дополнительный вопрос:

а) «Почему ты поступил бы именно так?».

Приложение 7. Вопросник для фокус-группы родителей, чьи дети пытались покончить или покончили жизнь самоубийством.

Дата проведения интервью: « _____ » _____ 2017 г.

Количество участников в группе: _____ человек. Желательное количество – 8-10 человек. Максимальный состав группы – 12 человек.

Место проведения интервью: _____

Время начала работы фокус-группы: _____

Время завершения работы фокус-группы: _____

Возможные вопросы, которые могут быть обсуждены на фокус-группе:

1. Знаете ли Вы признаки, по которым Вы могли бы определить, что ваш ребёнок находится в депрессивном и/или кризисном состоянии?
2. Как Вы считаете, что помешало в вашем конкретном случае своевременно заметить кризисное состояние вашего ребёнка и его намерение покончить с собой?
3. Как Вы считаете, что могло бы помочь в вашем конкретном случае, чтобы предотвратить суицидальную попытку вашего ребёнка?
4. Как Вы считаете, что должна делать система здравоохранения, чтобы своевременно заметить кризисное состояние ребёнка и предотвратить суицид?
5. Как Вы считаете, какие мероприятия должны проводиться в школе, чтобы своевременно заметить кризисное состояние ребёнка и предотвратить суицид?
6. Рассказывали ли Вам учителя и/или психологи, и/или медработники о том, что такое суицид, что такое суицидальное поведение, признаки суицидального поведения в подростковом возрасте?
7. У Вас есть информация о специалистах (психолог, врач-психиатр, специалист УДМ), к которым Вы можете обратиться в случае, если у вашего ребёнка плохое, подавленное настроение или тяжёлый период в его жизни?
8. Вы разговаривали со своим ребёнком о его проблемах, его психологическом состоянии, переживаниях и чувствах?
9. Хотели бы Вы обращаться за помощью к педагогу и/или психологу, и/или врачу психотерапевту по поводу своего ребёнка, если бы была такая возможность.
10. Знаете ли Вы куда и кому конкретно должны направить своего ребёнка, в случае, если у него плохое, подавленное, плаксивое настроение?
11. Обучались ли вы когда-либо навыкам оказания психологической помощи и поддержки детям и подросткам в их трудных жизненных ситуациях?
12. Хотели бы Вы получать регулярную информацию от специалистов о психологии ребёнка и о профилактике суицидального поведения?
13. Как Вы считаете, нужно ли открыто говорить о суицидах с детьми, в сообществе, чтобы предотвратить самоубийства? Или об этом лучше не говорить вовсе?