

УДК 616.89-008.441-053.6:159.9.072(574)  
МРНТИ 76.29.52  
DOI: [10.53065/kaznmu.2025.75.4.003](https://doi.org/10.53065/kaznmu.2025.75.4.003)

Поступил в редакцию: 11.09.2025  
Принято к публикации: 20.10.2025

## ПРЕДИКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Л.М. ЖАМАЛИЕВА<sup>1</sup>, А.Т. ЕСКАЛИЕВА<sup>2</sup>, А.А. АБЕТОВА<sup>2</sup>, Н.Б. ЕСИМОВ<sup>2</sup>,  
Р.Х. МУЗАФАРОВ<sup>2</sup>, Ш.М. ТЛЕУБАЕВА<sup>2</sup>, С.К. КУДАЙБЕРГЕНОВА<sup>2,3</sup>,  
Д.А. АБЕТОВА<sup>2</sup>, Ш.С. ЖАКИЕВА<sup>1</sup>, Г.Р. САТТАРОВ<sup>2</sup>, И.Г. СМОЛИНОВ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова», г. Актобе, Республика Казахстан

<sup>2</sup> РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК, г. Алматы, Республика Казахстан

<sup>3</sup> НАО «Казахский национальный университет имени аль-Фараби», г. Алматы, Республика Казахстан

### Аннотация

**Введение.** Казахстан относится к странам со средне-высоким уровнем смертности в результате суицидов, при этом данные о пресуицидальных состояниях и психосоциальных детерминантах суицидального поведения у молодежи ограничены.

**Цель.** Выявить взаимосвязь факторов социальной среды, травмирующих (стрессогенных) жизненных событий и внутриличностных характеристик с риском суицидального поведения среди молодежи Республики Казахстан в возрасте 18–40 лет.

**Материалы и методы.** Проведено прикладное сравнительное исследование без рандомизации с деидентификацией данных, включившее 100 участников 18–40 лет, обратившихся в РНПЦ психического здоровья МЗ РК и Центр психического здоровья г. Алматы (январь–июнь 2025 г.). Первая группа (n=30) – лица с суицидальными тенденциями (суицидальные мысли и/или попытки), вторая (n=70) – лица группы риска (депрессия, тревога, стресс, злоупотребление психоактивными веществами, расстройства личности). Использованы: авторский социолого-клинический опросник, шкала DASS-21, опросник суицидального риска Пайкея. Статистический анализ включал  $\chi^2$ -критерий Пирсона, точный критерий Фишера и ранговую корреляцию Спирмена ( $\alpha=0,05$ ).

**Результаты.** Для участников с суицидальными тенденциями чаще отмечались более низкий уровень образования и неблагоприятная трудовая ситуация ( $p<0,05$ ), дезадаптация в семейной сфере, отсутствие ощущения счастья и безопасности в родительской семье, напряженная семейная атмосфера, дефицит доверительных отношений (ряд ассоциаций  $p<0,05$ ). В этой группе значимо чаще фиксировались компьютерная зависимость (36,6% против 15,7%;  $p<0,05$ ), грубые издевательства, насилие и разрушение жизненных планов, а также выраженные перепады настроения и навязчивые мысли ( $p<0,01$ ). Для группы риска характерна более высокая распространенность зависимости от психоактивных веществ (60% против 16,7%;  $p<0,001$ ). По DASS-21 в обеих группах выявлены умеренные и высокие уровни депрессии, тревоги и стресса, при этом в первой группе средние баллы DASS и опросника Пайкея (8,56 балла) показали сильную положительную корреляцию ( $R_s$  до 1,0;  $p<0,05$ ), во второй группе – умеренную и высокую корреляцию ( $R_s$  до 0,61;  $p<0,05$ ).

**Заключение.** Риск суицидального поведения у молодежи ассоциирован с сочетанием неблагоприятных социальных детерминант (низкий уровень образования, безработица, семейная дисфункция, психотравмирующие жизненные события) и внутриличностных факторов (депрессия, тревога, стресс, перепады настроения, навязчивые мысли, аддиктивное поведение). Полученные данные подтверждают целесообразность использования DASS-21 и опросника Пайкеля для раннего скрининга суицидального риска и обосновывают необходимость масштабного популяционного исследования в ключевых регионах Казахстана.

**Ключевые слова:** суицид, биопсихосоциальная модель, молодежь, депрессия, тревога, стресс, шкала DASS (Шкала депрессии, тревоги и стресса), опросник Пайкеля.

**Введение.** Согласно информации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Казахстан занимает среднюю позицию среди стран с высоким уровнем самоубийств – примерно 15–17-ое место с показателем около 18 случаев на 100 000 населения [1]. В глобальном контексте ситуация лучше, чем в лидерах рейтинга, но значительно хуже, чем мировой средний уровень, который составляет 9 случаев на 100 000 населения.

Самоубийства – существенная проблема, влияющая на состояние здоровья населения и требующая ответных мер со стороны общественного здравоохранения. Самоубийства можно предотвращать своевременным принятием научно обоснованных и зачастую недорогостоящих мер вмешательства. Для обеспечения эффективности национальных мер реагирования требуется всеобъемлющая междисциплинарная стратегия профилактики самоубийств. Считается, что большая часть самоубийств могла бы и не произойти, если бы были предприняты надлежащие вмешательства [1, 2].

Общеизвестно, что суицид формируется рядом взаимодействующих культурных, социальных, психологических, биологических, ситуационных, финансовых факторов в сочетании с психическими расстройствами, которые выступают в качестве основного фактора риска. Вместе с тем, суицидальное поведение различается в разных странах, что показывают национальные исследования самоубийств [3].

Одной из специфичных для подростков и молодежи причин суицидов, признаются трудности с урегулированием эмоций. Исследования сосредоточены в основном на личности, в то время как теоретические основы подчеркивают роль эмоций, отношений и общества [4]. В систематическом обзоре было показано, что трудности в регулировании эмоций связаны с суицидальным поведением (мыслями и попытками), как у взрослых, так и у подростков [5], однако другие исследователи сообщают о противоречивых результатах влияния на попытки самоубийства [6].

Подчеркивается роль социума в динамике суицидальных тенденций. Так, результаты исследований демонстрируют, что люди с высокой социальной поддержкой легче адаптируются к стрессу, реже доходя до стадии истощения, тогда как изоляция и конфликты усугубляют дистресс, следовательно - суицидальное поведение [7].

Немаловажное значение в динамике суицидального поведения имеет эмоциональная сфера человека. Эмоциональная нестабильность, вызванная хроническим стрессом и истощением, усиливает склонность к суицидальным действиям у лиц с низкой эмоциональной регуляцией [8].

Еще одним составляющим суицидального поведения являются негативные когнитивные установки (катастрофизация, чувство обузы), которые служат триггерами перехода от стадии сопротивления к стадии истощения, что усиливает риск суицидального поведения [9].

В целом, суицидальное поведение связано с многофакторными процессами, где ключевую роль играют адаптационный синдром, тип стресса (острый, хронический,

дистресс) и особенности психологического профиля человека. Адаптационный синдром, описанный Г. Селье, характеризует реакции организма на стрессовые воздействия и включает три стадии: тревога, сопротивление и истощение. Каждая стадия влияет на когнитивные, эмоциональные, социальные и физиологические показатели. Исследования, посвященные изучению внешних индикаторов суицида, таких как нарушение сна и питания, злоупотребление психоактивными веществами, отражают стадии истощения адаптационного синдрома, который является центральным механизмом, связывающим когнитивные, психологические и физиологические показатели, и, становится пусковым механизмом суицидального поведения [10].

В странах с высоким уровнем дохода основными причинами суицидов являются нарушения в психическом состоянии. Установлено, что пациенты с депрессивными расстройствами особенно склонны к суицидальному риску. Тяжелая депрессия, тяжесть безнадежности наряду с историей попыток самоубийства, суицидальными мыслями и психотическими симптомами предсказывали последующие попытки самоубийства и смерть от самоубийства [11]. Также прослеживается связь между депрессией и стрессом с одной стороны и риском самоубийства с другой. Следовательно, общепринятыми является гипотеза о том, что вышеперечисленные расстройства находятся к группе риска суицида. Клинически значимые симптомы депрессии и тревоги широко распространены среди молодых людей, испытывающих суицидальные мысли (по разным оценкам около 24% и 49%, соответственно) [12-15].

Литература по биографическому фактору систематически демонстрирует, что если в семье человека кто-либо из его ближайших родственников совершил самоубийство, то риск самоубийства для такого человека повышается. Также риск самоубийства повышают полученные в детстве психологические травмы (потеря родителей, эмоциональное, физическое или сексуальное насилие), равно как и травматические жизненные ситуации (потеря работы, социальная изоляция, острый психологический стресс) [16-18].

Причиной самоубийства могут послужить и недавние события в жизни человека. Потеря кого-либо из близких, нестабильность семьи, тяжелая личная утрата или отчужденные отношения с семьей, домашнее насилие, отчуждение и развод — все это может быть названо факторами риска. Безденежье, безработица, резкое снижение социально-экономического статуса также могут быть факторами, повышающими риск самоубийства [19-23].

Таким образом, многочисленные исследования распространенности суицидальных исходов, пресуицидальных состояний во многих странах мира и Казахстане, имеют разные ограничения, либо по характеристикам участников, либо инструментам оценки, и т.д., поэтому дают противоречивые результаты. Цифры, отражающие число самоубийств, как правило, занижены по причине неэффективности систем эпидемиологического надзора, неправомерного отнесения самоубийств к числу смертей от несчастных случаев, а также криминализации самоубийств в некоторых странах. В стремлении сделать стратегии предотвращения самоубийств эффективными и культурно приемлемыми, важно изучать глубинные механизмы, надежные индикаторы, факторы риска суицидальности для разработки эффективных вмешательств, программ профилактики и реабилитации.

Это обосновывает необходимость выполнения следующих базовых задач, основным направлением которых являются раннее выявление, обследование, ведение и последующее сопровождение всех лиц, страдающих суицидальными формами поведения. Данное исследование является частью научно-технической программы и

направлено на ранее выявление риска суицида для дальнейших эффективных вмешательств.

Данное исследование направлено на выявление взаимосвязи факторов социальной среды, травмирующих (стрессогенных) жизненных событий и внутриличностных характеристик с риском суицидального поведения среди молодежи Республики Казахстан в возрасте 18–40 лет.

**Материалы и методы.** Проведено прикладное исследование без рандомизации, с процедурой деидентификации и присвоением кода участника. В качестве материала исследования выбран минимальный необходимый объем выборки для проверки статистических гипотез с включением 100 участников, направленное на решение конкретных практических задач для создания новых разработок в рамках превенции суицидов среди молодежи. Исследование проводилось в период с января по июнь 2025 года на базе «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК (г. Алматы, РК) и «Центр психического здоровья» (г. Алматы, РК). В начальном этапе исследования изучались медицинские карты стационарных пациентов для формирования группы и определения соответствия критериям отбора. Участники контрольной, 3-й группы - здоровые участники, были включены для валидации психометрических инструментов в количестве 100. Участники контрольной группы рекрутированы с помощью рассылок в мессенджеры, объявления на сайте центра с роликом, отражающим содержание исследования и предложением участия в исследовании. Анкетирование проводилось с информированного согласия, на бумажных носителях, в условиях конфиденциальности. Среднее время заполнения опросников – 20–25 минут.

Разделение на 2 группы. 1-ую группу составили лица с суицидальными тенденциями (с попыткой суицида и/или суицидальными мыслями) – 30 участников; 2-я группу – лица, находящиеся в группе риска суицида (стресс, депрессия, тревога, злоупотребление психоактивными веществами и расстройства личности) – 70 участников. В ряде международных и национальных документов, в частности, United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP), касающихся молодежной политики и психического здоровья, к молодежи относят лиц до 39–40 лет, что позволяет рассматривать возраст 18–40 лет как обоснованную категорию для анализа психосоциальных факторов и профилактических программ.

Критериями включения явились: добровольное согласие на участие в исследовании; наличие опыта суицидальных мыслей или попыток в прошлом; возраст от 18 до 40 лет. Критерием исключения явилась текущая острая психическая нестабильность, требующая медицинского вмешательства.

Все методы исследований применялись в соответствии с этическими принципами научной практики с описанием процедуры обеспечения конфиденциальности участников и механизмов управления рисками раскрытия персональных данных, включая:

- анонимизацию данных при сборе и хранении;
- ограничение доступа к идентифицирующей информации только членам исследовательской группы;
- использование кодов вместо персональных данных в базе; – хранение данных на защищенных серверах;
- информированное согласие участников с указанием прав на отзыв данных.

Получено разрешение Локальной этической комиссии НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова» от 26.04.2024 г. (протокол № 4).

1. Социолого-клиническое исследование с применением опросника, который содержит набор вопросов, раскрывающих отношение респондентов к феномену суицида; блок социо-демографических переменных, отображающий социальный портрет исследуемых; блок переменных, отображающий факторы социальной среды; блок переменных, отображающий внутриличностные параметры и состояния.

2. Психометрический метод - для комплексного скринингового исследования на депрессию, тревожность, измерения уровня суицидальных мыслей:

а) DASS-21 (Depression, Anxiety, Stress Scale – 21), (Lovibond, Lovibond, 1995), адаптированная версия DASS-21 (Золотарева, 2020). Шкала включает 21 пунктов, объединенный в три подшкалы: депрессия, тревога, стресс (по 7 пунктов каждая). Подсчет баллов осуществлялся по стандартному алгоритму авторов методики. Каждая подшкала оценивается отдельно в баллах от 0 до 3. DASS-21 имеет укороченный формат, поэтому результаты умножаются  $\times 2$  для интерпретации.

*Интерпретация результатов подшкалы Депрессия:*

0-9 баллов – отсутствие депрессии;  
10-13 баллов – легкая депрессия;  
14-20 баллов – умеренная депрессия;  
21-27 баллов – тяжелая депрессия;  
28+ баллов – очень тяжелая депрессия.

*Интерпретация результатов подшкалы Тревога:*

0-7 баллов – отсутствие тревоги;  
8-9 баллов – легкая тревога; 10-14 баллов – умеренная тревога;  
15-19 баллов – тяжелая тревога;  
20+ баллов – очень тяжелая тревога.

*Интерпретация результатов подшкалы Стресс:*

0-14 баллов – отсутствие стресса;  
15-18 баллов – легкий стресс;  
19-25 баллов – умеренный стресс;  
26-33 баллов – тяжелый стресс;  
34+ баллов – очень тяжелый стресс.

б) Опросник суицидального риска Пайкеля (Paykel Suicide Scale). Содержит 5 пунктов, отражающих частоту возникновения суицидальных мыслей и попыток за различные периоды времени. Каждый пункт оценивается по шкале 0–5, каждая шкала оценивается в баллах от 0 до 3, итоговый балл отражает общий уровень суицидального риска.

*Интерпретация результатов опросника:*

0-3 баллов – отсутствие либо низкий уровень риска суицида;  
4-7 баллов – умеренный уровень риска суицида;  
8-11 баллов – высокий уровень риска суицида;  
12-15 баллов – очень высокий уровень риска суицида.

Для оценки внутренней согласованности опросника DASS-21 и опросника суицидального риска Пайкеля был проведен анализ коэффициента альфа Кронбаха и исправленных корреляций «пункт–итог». Для каждого пункта рассчитывались: шкалированное среднее при исключении пункта, шкалированная дисперсия при исключении пункта, исправленная корреляция пункта с суммарным баллом, а также значение альфа Кронбаха при исключении пункта. Высокие значения корреляций



указывают на вклад пункта в общий конструкт, а изменение альфы Кронбаха позволяет определить значимость каждого пункта в структуре шкалы.

Для статистической обработки использовался  $\chi^2$ -критерий Пирсона, для выявления связи между двумя категориальными переменными. Данный размер достаточен для получения предварительных оценок распространенности и направленности эффектов, а также для проверки приемлемости методик и логистики исследования перед проведением масштабного подтверждающего исследования. При  $\alpha=0.05$  и мощности 0.8 между группами с размерами, указанными выше, минимально обнаруживаемые абсолютные различия в долях находятся в диапазоне  $\sim 0.17$ – $0.30$  в зависимости от сравниваемых групп и исходной частоты события. Это означает, что настоящее исследование обеспечивает адекватную мощность для выявления крупных по величине эффектов и оценки направленности различий; для выявления небольших эффектов потребуются значительно большие выборки, которые запланированы для последующего этапа исследования при положительных результатах пилота. В дальнейшем планируется проведение исследования в 3-х крупных регионах страны с количеством участников более 1000.

### **Результаты.**

*А. Результаты социолого-клинического исследования с применением авторского опросника.*

1. Социально-демографические переменные (пол, возраст, образование, семейное положение, занятость) (Таблица 1).

*Анализ половой принадлежности участников:*

В 1-й группе участников мужского пола 16 (53,3%), женского – 14 (46,7%);

Во 2-й группе участников мужского пола 19 (27,1%), женского – 51 (72,9%).

*Анализ возрастного диапазона участников:*

В 1-й группе средний возраст участников составил –  $25,9 \pm 7,69$  лет;

Во 2-й группе средний возраст участников составил –  $28,5 \pm 5,8$  лет.

*Анализ уровня образования участников:*

1-й группы: Высшее – 7 (21,9%), среднее – 13 (43,8%), неполное среднее – 10 (34,4%)

2-й группы: Высшее – 46 (65,7%), среднее – 24 (34,3%), неполное среднее – 0.

Уровень значимости данной взаимосвязи между двумя группами соответствует  $p < 0.001$ .

*Анализ семейного положения обследованных:*

1-й группы: женат/замужем – 6 (18,8%), холост/не замужем – 20 (65,6%), разведен – 5 (15,6%).

2-й группы 1: Женат/замужем – 19 (27,1%), холост/не замужем – 51 (72,7%), разведен – 0.

Уровень значимости данной взаимосвязи между двумя группами соответствует  $p < 0.05$ .

*Анализ трудовой занятости участников:*

1-й группы: работающие – 10 (33,3%), обучающиеся – 0, безработные – 10 (33,3%), прочие (самозанятые, сезонные работы) – 10 (33,3%).

2-й группы: работающие – 45 (64,3%), обучающиеся – 14 (20,0%), безработные – 11 (15,7%), прочие (самозанятые, сезонные работы) – 0

Уровень значимости данной взаимосвязи между двумя группами соответствует  $p < 0.05$ .

**Таблица 1.** Сравнительная таблица социально-демографических характеристик участников

№ п/п	Показатель	1-я группа	2-я группа	<i>p</i>
1	Пол	Мужчины – 16 (53,3%) Женщины – 14 (46,7%)	Мужчины – 19 (27,1%) Женщины – 51 (72,9%)	<0,05
2	Возраст (М ± SD)	25,9 ± 7,69	28,5 ± 5,8	>0,05
3	Образование	Высшее – 7 (21,9%) Среднее – 13 (43,8%) Неполное среднее – 10 (34,4%)	Высшее – 46 (65,7%) Среднее – 24 (34,3%) Неполное среднее – 0	<0.001
4	Семейное положение	Женат/замужем – 6 (18,8%) Холост/не замужем – 20 (65,6%) Разведен – 5 (15,6%)	Женат/замужем – 19 (27,1%) Холост/не замужем – 51 (72,7%) Разведен – 0	<0.05
5	Трудовая занятость	Работающие – 10 (33,3%) Обучающиеся – 0 Безработные – 10 (33,3%) Прочие – 10 (33,3%)	Работающие – 45 (64,3%) Обучающиеся – 14 (20,0%) Безработные – 11 (15,7%) Прочие – 0	0.001

Все пункты проверялись через  $\chi^2$ -критерий Пирсона, так как объемы выборок были достаточны. Статистически значимыми ( $p < 0.05$ ) оказались все пункты, кроме возраста. Примечание: в исследование включены участники в возрасте от 18 до 40 лет.

2. Психосоциальные факторы (неблагоприятные жизненные события, семейные отношения, конфликтные ситуации, опыт насилия, уровень изоляции) (Таблица 2).

*1) Тип семьи в детстве*

Участники 1-й группы воспитывались в полной семье 22 (73,3%), в неполной – 8 (26,6%). Участники 2-й группы воспитывались в полной семье 45 (64,3%), в неполной – 23 (32,8%).

*2) Эмоциональный климат в родительской семье*

В 1-й группе: Опрос о ситуации, собственного положения и самочувствия в семье, в которой вырос участник, выявил, что большинства участников (43,3%) росли в семье, где старшие члены семьи искренне интересовались его школьными делами и успеваемостью, чего не было у 6,7% участников. 50% участников не смогли ответить на этот вопрос однозначно. Выявлено, что у некоторых (20%) часто возникало желание уйти из дома родителей навсегда, только 6,7% участников точно не имели такого желания. Основная часть участников (73,3%) не смогли ответить на этот вопрос однозначно. Всего 36,7% участников в семье родителей ощущали себя счастливыми и в безопасности, окруженными заботой, а 16,7% участников не ощущали себя в безопасности в своей семье. Половина участников (46,6%) не смогли ответить на этот вопрос однозначно. Некоторые участники (23,3%) не могли довериться и быть

открытыми перед своими близкими, что бы ни случилось, и такое же количество участников (20%) точно могли этого делать. Более половины участников (56,6%) отметили, что мало общалась со своими родителями, а родители мало общались с ними, в то время как часть участников (33,3%) отрицали это. Некоторые участники (23,3%) отметили, что в семье родителей была куча проблем, постоянно царило напряжение, тогда как примерное такое количество (26,6%) – это отрицали. 50% участников не смогли ответить на этот вопрос однозначно. Часть участников (36,6%) считали, что росли в крепкой и любящей семье, чего не было у небольшого количества (13,3%). 50% участников не смогли ответить на этот вопрос однозначно.

Во 2-й группе: Опрос о ситуации, собственного положения и самочувствия в семье, в которой вырос участник, выявил, что подавляющее большинство участников (70%) росли в семье, где старшие члены семьи искренне интересовались его школьными делами и успеваемостью, чего не было у части участников (30%). Вместе с тем, выявлено, что у части участников (31,4%) часто возникало желание уйти из дома родителей навсегда, 54,3% участников точно не имели такого желания. Основная часть участников (81,4%) в семье родителей ощущали себя счастливыми и в безопасности, окруженными заботой, а 18,5% участников не ощущали себя в безопасности в своей семье. 48,5% всех участников не могли довериться и быть открытыми перед своими близкими, что бы ни случилось, и 51,5% участников точно могли это делать. 55,7% участников отметили, что мало общались со своими родителями, а родители мало общались с ними, в то время как вторая 44,3% участников - отрицали это. 51,4% участников отметили, что в семье родителей была куча проблем, постоянно царило напряжение, тогда как 48,6% – это отрицали.

### *3) Семейные отношения в настоящем (субъективная оценка участника в баллах)*

1-я группа: 50% участников считают себя счастливыми в своей семье, указав баллы выше 80 из 100. 33,3% участников отметили средние баллы (от 50 до 73 из 100), который показывает удовлетворенность семейной жизнью. 13,3% участников не ответили на вопрос, подчеркивая безразличное отношение к этой сфере. Очень низкий балл (30 из 100) выявлен у 3,33% участников, связанный с возможным накоплением проблем и разочарованности.

2-я группа 2: 91,4% считают себя счастливыми в своей семье, указав баллы выше 80 из 100. Незначительная часть участников (7,2%) отметили средние баллы (от 50 до 70 из 100), который показывает удовлетворенность семейной жизнью. Очень низкий балл (30 из 100) выявлен у 1,4% участников, связанный с возможным накоплением проблем и разочарованности.

### *4) Отношение к религии*

1-я группа: глубоко верующие – 36,6%, неверующие – 30%, без интерпретации – 33,4%.

2-я группа: глубоко верующие – 60%, неверующие – 35,7%, без интерпретации – 4,3%.

### *5) Психотравмирующие события за последние 2 года*

1-я группа: у основной части участников (73,3%) случались за последние два года психотравмирующие события, такие как: повторные тяжелые конфликты в семье или в партнерстве (30%); повторяющееся насилие, рукоприкладство в ближнем окружении (20%); потерпели грубые издевательства 26,7% участников; потерпели автоаварию, и понесли непосильные убытки (10%); увольнение, потеря хорошего рабочего места (10%); стали жертвой насилия 13,3%), из них 6,7% – сексуального характера; у 6,7% есть тяжело больной ребенок; часть обследованных (16,7%) заболели тяжелой, хронической болезнью, из них у 6,7% - диагностировали болезнь, которая трудно поддается лечению;



10% – участвовали в правонарушении с последующим судебным разбирательством и наказанием. В результате этих событий, у подавляющего большинство участников (73,3%) разрушились важные для них жизненные планы.

2-я группа: у части участников (35,7%) случались за последние два года психотравмирующие события, такие как: повторные тяжелые конфликты в семье или в партнерстве (48,5%); повторяющееся насилие, рукоприкладство в ближнем окружении (11,4%); потерпели грубые издевательства 8,5% участников; потерпели автоаварию, и понесли непосильные убытки (20%); увольнение, потеря хорошего рабочего места (34,2%); стали жертвой насилия сексуального характера (1,4%); у 5,7% есть тяжело больной ребенок; часть обследованных (7,1%) заболели тяжелой, хронической болезнью; у 35,7% – смена жилья. В результате этих событий, у подавляющего большинство участников (35,7%) разрушились важные для них жизненные планы.

*6) Отношение к религии участников:*

1-я группа: считали себя глубоко верующим человеком 36,6% участников, 30% – точно не верующим, а для 33,4% участников данный вопрос вызвал затруднение в ответах.

2-я группа: считали себя глубоко верующим человеком 60% участников, точно не верующим – 35,7%, а для 4,3% участников данный вопрос вызвал затруднение в ответах.

*7) Изучение различных зависимостей у участников:*

1-й группы: лишь небольшая часть считает себя зависимым от психоактивных веществ (16,7%), игровой зависимостью (36,7%).

2-й группы: большая часть считает себя зависимым от психоактивных веществ (60%), игровой зависимостью (15,7%).

Межгрупповой сравнительный анализ психосоциальных факторов показал, что статистически значимыми ( $p < 0.05$ ) оказались все пункты, кроме «Тип семьи в детстве» и «Мало общения с родителями» – в них зафиксированы незначимые различия между двумя группами ( $p > 0.05$ ).

**Таблица 2.** Основные психосоциальные характеристики выборки

№ п/п	Показатель*	Группа 1, n=30 (%)	Группа 2, n=70 (%)	p
1	Тип семьи в детстве	Полная – 22/30 (73,3%) Неполная – 8/30 (26,6%)	Полная – 45/70 (64,3%) Неполная – 23/70 (32,8%)	>0.05
2	Интерес родителей к учебе	Да – 13/30 (43,3%) Нет – 2/30 (6,7%) Неопределенно – 15/30 (50%)	Да – 49/70 (70%) Неопределенно – 21/70 (30%)	<0.05
3	Желание уйти из дома	Часто – 6/30 (20%) Нет – 2/30 (6,7%) Неопределенно – 22/30 (73,3%)	Часто – 22/70 (31,4%) Нет – 38/70 (54,3%) Неопределенно – 10/70 (14,3%)	=0.001
4	Чувство безопасности в семье	Да – 11/30 (36,7%) Нет – 5/30 (16,7%) Неопределенно – 14/30 (46,6%)	Да – 57/70 (81,4%) Нет – 13/70 (18,6%)	<0.001

5	Доверительные отношения	Могли – 6/30 (20%) Не могли – 7/30 (23,3%) Неопределенно – 17/30 (56,7%)	Могли – 36/70 (51,5%) Не могли – 34/70 (48,5%)	<0.05
6	Мало общения с родителями	17/30 (56,6%)	39/70 (55,7%)	>0.05
7	Наличие постоянного напряжения/проблем в родительской семье	7/30 (23,3%)	36/70 (51,4%)	<0.05
8	Семейные отношения в настоящее время (в баллах)	$\geq 80$ – 15/30 (50%) 50–73 – 10/30 (33,3%) $\leq 30$ – 1/30 (3,3%) Неопределенно – 4/30 (13,3%)	$\geq 80$ – 64/70 (91,4%) 50–70 – 5/70 (7,2%) $\leq 30$ – 1/70 (1,4%)	<0.001
9	Отношение к религии	Верующие – 11/30 (36,6%) Неверующие – 9/30 (30%) Неопределенно – 10/30 (33,4%)	Верующие – 42/70 (60%) Неверующие – 25/70 (35,7%) Неопределенно – 3/70 (4,3%)	<0.05
10	Психотравмирующие события ( $\geq 1$ )	22/30 (73,3%)	25/70 (35,7%)	<0.001
11	Разрушение жизненных планов	22/30 (73,3%)	25/70 (35,7%)	<0.001
12	Зависимость от психоактивных веществ	5/30 (16,7%)	42/70 (60%)	< 0.05
13	Компьютерная зависимость	11/30 (36,6%)	11/70 (15,7%)	< 0.05

\*Примечание: Все пункты проверялись через  $\chi^2$ -критерий Пирсона, так как объемы выборок были достаточны. Статистически значимыми ( $p < 0.05$ ) оказались все пункты, кроме: 1, 6 – в них зафиксированы незначимые различия между двумя группами.

### 3. Психологические и внутриличностные характеристики (Таблица 3)

*Исследование психологических особенностей (безднадежность, самооценка, импульсивность) показало следующее:*

1-й группы:

- Тревожность (60%)
- Беспричинная злобность, агрессивность (50%)
- Усталость, заторможенность, нехватка энергии (60%)
- Периодический страх и паника (56,7%)
- Нарушение сна (56,7%)
- Раздражительность (53,3%)
- Импульсивность (53,3%)
- Перепады настроения, чаще подавленное (86,6%)

- Странные, навязчивые мысли (66,7%)
- Чувство безвыходности (90%).
- 2-й группы:
  - Тревожность (50%)
  - Беспричинная злобность, агрессивность (42,85%)
  - Усталость, заторможенность, нехватка энергии (70%)
  - Периодический страх и паника (54,2%)
  - Нарушение сна (61,4%)
  - Раздражительность (57,1%)
  - Импульсивность (38,5%)
  - Перепады настроения, чаще подавленное (60%)
  - Странные, навязчивые мысли (38,5%).

Межгрупповой сравнительный анализ психологических особенностей показал, что статистически значимые различия выявлены по двум параметрам: перепады настроения и наличие навязчивых мыслей ( $p < 0.05$ ). Для обоих признаков величина эффекта соответствует среднему размеру. По всем другим показателям (тревожность, агрессивность, усталость, паника, нарушение сна, раздражительность, импульсивность) различия оказались статистически незначимыми ( $p > 0.05$ ).

**Таблица 3.** Основные психологические особенности выборки

№ п/п	Показатель	Группа 1 (n=30)	Группа 2 (n=70)	$\chi^2$ (df=1)	$p$	V
1	Тревожность	18 (60%)	35 (50%)	0.84	$>0,05$	0.09
2	Агрессивность	15 (50%)	30 (42.8%)	0.43	$>0,05$	0.07
3	Усталость	18 (60%)	49 (70%)	0.95	$>0,05$	0.10
4	Панические состояния	17 (56.7%)	38 (54.2%)	0.05	$>0,05$	0.02
5	Нарушение сна	17 (56.7%)	43 (61.4%)	0.20	$>0,05$	0.05
6	Раздражительность	16 (53.3%)	40 (57.1%)	0.12	$>0,05$	0.04
7	Импульсивность	16 (53.3%)	27 (38.5%)	1.87	$>0,05$	0.14
8	Перепады настроения	26 (86.6%)	42 (60%)	6.86	$< 0.05$	0.26
9	Навязчивые мысли	20 (66.7%)	27 (38.5%)	6.65	$< 0.05$	0.26

Все пункты проверялись через  $\chi^2$ -критерий Пирсона. Статистически значимыми ( $p < 0.05$ ) оказались пункты: 8, 9 — именно в них зафиксированы реальные различия между двумя группами.

#### 4. Суицидальные мысли и обращение за помощью, роли поддержки

1-я группа: 90% участников отметили отсутствие суицидальных мыслей в настоящее время (на фоне лечения) у лиц, обратившихся после попытки суицида, при сохранении их у 10%. Основная часть (90%) участников согласны с тем, что, если человека частенько навещают мысли о собственном самоубийстве, надо обратиться к

врачу, в частности, к психиатру, что и было ими сделано. Так как подавляющее большинство (73,3%) до обращения к специалистам неоднократно намекали окружающим, что имеются мысли о суициде, но адекватной реакции и помощи не получили.

2-я группа: наличие суицидальных мыслей отметили 82,8% участников, при этом размышления о способе суицида выявлены у 50%. Также 97,1% участников согласны с тем, что, если человека частенько навещают мысли о собственном самоубийстве, надо обратиться к врачу, в частности, к психиатру, что и было ими сделано. Так как, некоторые участники (20%) до обращения к специалистам неоднократно намекали окружающим, что имеются мысли о суициде, но адекватной реакции и помощи не получили. Подавляющее большинство (71,4%) выразили желание с удовольствием записаться на курсы по теме, как окружающим правильно вести себя с теми, у кого есть предрасположенность к самоубийству.

*Б. Результаты психометрического исследования.*

а) По результатам анализа все пункты DASS-21 показали высокую внутреннюю согласованность (Таблица 4). Исправленные корреляции варьировали от 0,533 до 0,723, что соответствует хорошему и очень хорошему уровню дискриминативности пунктов. Значения альфа Кронбаха при исключении какого-либо пункта оставались в диапазоне 0,938–0,941, не превышали общую альфу, что подтверждает целостность шкалы. Таким образом, все пункты вносят значимый вклад в структуру опросника, а его надежность является высокой.

**Таблица 4.** Психометрическая интерпретация пунктов DASS-21

Пункт	Шкал. среднее при исключении	Шкал. дисперсия при исключении	Исправленная корреляция	Альфа при исключении
Мне было трудно успокоиться	18,77	195,904	0,654	0,939
У меня возникало ощущение сухости во рту	18,80	196,601	0,590	0,940
Мне казалось, что я не могу испытывать положительных эмоций	18,91	194,436	0,685	0,938
Мне было тяжело дышать	18,89	197,804	0,533	0,941
Мне было сложно заставить себя сделать что-либо	18,49	197,149	0,580	0,940
Я был склонен слишком бурно реагировать	18,52	193,700	0,662	0,939
Я ощущал дрожь	18,99	196,796	0,604	0,940
Я чувствовал, что трачу много душевных сил	18,43	193,124	0,651	0,939

Я опасался ситуаций, где мог запаниковать	18,72	193,888	0,694	0,938
Я чувствовал, что мне нечего ждать от жизни	18,97	194,872	0,646	0,939
Я замечал, что начинал сильно нервничать	18,55	194,065	0,658	0,939
Мне было трудно расслабиться	18,58	195,418	0,646	0,939
Я чувствовал себя разбитым и унылым	18,59	194,600	0,615	0,939
Меня раздражало все, что отвлекало меня от дел	18,65	195,514	0,619	0,939
Я чувствовал, что был близок к панике	18,81	192,755	0,723	0,938
Я был не в состоянии чем-то увлечься	18,82	192,892	0,704	0,938
Я чувствовал, что не представляю ценности	18,92	195,044	0,643	0,939
Я чувствовал себя достаточно ранимым	18,68	193,894	0,662	0,939
Я ощущал сердцебиение	18,93	197,056	0,584	0,940
Я испытывал страх без причины	18,97	197,433	0,608	0,940
Я чувствовал, что моя жизнь не имеет смысла	19,02	194,403	0,668	0,939

б) По результатам все пункты опросника суицидального риска Пайкеля демонстрируют высокую степень согласованности с суммарным баллом, исправленные корреляции варьируют от 0,607 до 0,805, что соответствует хорошему и отличному уровню дискриминативной способности пунктов (Таблица 5). Значения коэффициента альфа Кронбаха при исключении каждого пункта (0,785–0,867) не свидетельствуют о росте надежности шкалы, что подтверждает целостность инструмента. Таким образом, все вопросы являются значимыми и вносят вклад в измерение конструкта суицидального риска, а общая надежность шкалы оценивается как высокая.



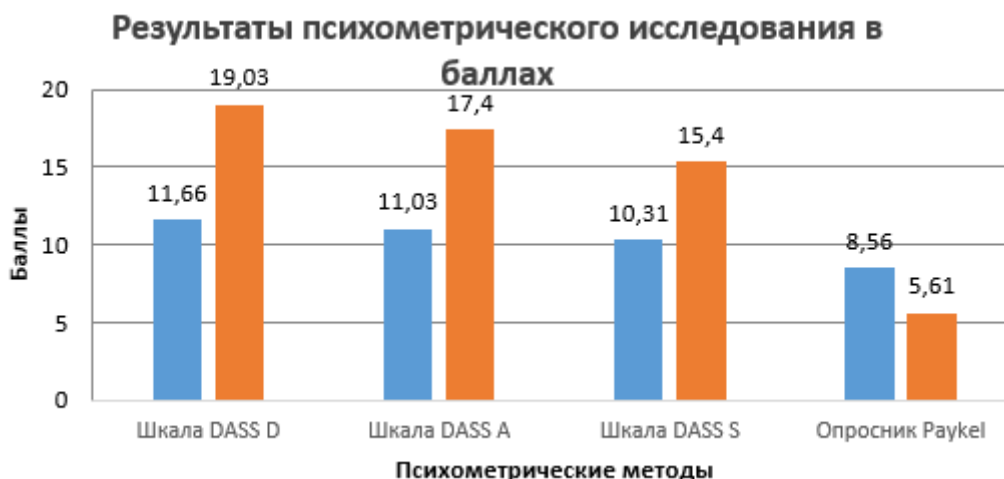
**Таблица 5.** Психометрическая интерпретация пунктов опросника Пайкеля

<b>Пункт</b>	<b>Шкал. среднее при исключении</b>	<b>Шкал. дисперсия при исключении</b>	<b>Исправленная корреляция (item-total)</b>	<b>Альфа Кронбаха при исключении</b>
Ощущали ли вы, что ваша жизнь не имеет смысла?	2,42	14,541	0,607	0,867
Представляли ли вы, что вы умерли? Например, что можете уснуть и не проснуться?	2,58	14,561	0,670	0,835
Думали ли вы о попытке самоубийства, даже если не собирались это делать?	2,77	13,894	0,786	0,785
Серьезно задумывались о самоубийстве или обдумывали, как именно это сделать?	3,06	15,792	0,805	0,794

Анализ результатов комплексного психометрического исследования показал, что в 1-й группе выявлена значимая корреляционная связь на уровне 0,05 с умеренным уровнем депрессии, тревоги, стресса по шкале DASS Д (11,66 баллов)- $R_s=0,479$ , DASS Т (11,03 баллов)-  $R_s=0,599$ , DASS С (10,31 баллов)- $R_s=0,428$ , которая коррелирует с результатом опросника Пайкеля (8,56 баллов)- $R_s=1,000$ . Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Во 2-й группе выявлена статистически значимая связь с высоким или умеренным уровнем депрессии, тревоги, стресса по шкале DASS Д (19,03 баллов) -  $R_s=0,610$ , DASS Т (17,40 баллов)- $R_s=0,231$ , DASS С (15,40 баллов)- $R_s=0,430$ , которая коррелирует с результатом опросника Пайкеля (5,61 баллов). Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Результаты психометрического исследования в баллах представлено на Рисунке 1.



**Рисунок 1.** Результаты психометрического исследования в баллах

**Обсуждение.** Полученные данные, указывающие на то, что уровень образования, семейная и трудовая адаптация ассоциированы с риском суицидальных тенденций, согласуются с многочисленными исследованиями и обзорами. Всемирная организация здравоохранения подчеркивает множественность социальных детерминант суицида – в том числе экономические трудности, потерю работы и проблемы в близких отношениях – как ключевые факторы повышенного риска [1].

Исследовательские данные свидетельствуют о том, что образование оказывает защитный эффект: более высокий уровень образования связан с меньшим риском попыток самоубийства, причем эффект остается значимым даже после контроля за психиатрическими расстройствами и поведенческими медиаторами. Это согласуется с нашей находкой о роли низкого образовательного уровня как фактора уязвимости [14].

Влияние трудовой адаптации и занятости подтверждается исследованиями, показывающими устойчивую связь между безработицей либо экономическими трудностями и повышенным риском суицидального поведения на индивидуальном и популяционном уровнях; экономические кризисы и длительная потеря работы увеличивают риск, что перекликается с нашими результатами по трудовой адаптации [15].

Роль семейных факторов также хорошо документирована: нарушения семейного функционирования, низкая эмоциональная поддержка и семейная дисфункция ассоциируются с увеличением суицидальных идей и самоповреждающего поведения; ряд исследований указывает на прямое влияние семейной функции и частично – опосредование через депрессию [16]. Наши выводы о значении семейной адаптации соответствуют этим наблюдениям.

Наконец, региональные оценки для Казахстана и соседних стран подчеркивают, что социально-экономические факторы (безработица, неустойчивая занятость) и семейные проблемы являются важными драйверами суицидального риска на местном уровне, что дает контекстальную поддержку нашим находкам [17-23].

В нашем исследовании выявлено, что причинами суицидальных попыток явились дезадаптация в семейном отношении, отсутствие ощущения счастья в своей семье, а также деструктивные увлечения (компьютерная зависимость) на фоне неприятных событий, грубых издевательств, насилия и разрушение планов на будущее. Эти явления сопровождалась перепадами настроения, чаще подавленное, а также наличие навязчивых мыслей. При психометрическом исследовании выявлена сильная

корреляционная связь с умеренным уровнем депрессии, тревоги, стресса по шкале DASS, которая коррелирует с результатом опросника Пайкеля.

Для лиц с риском суицида более характерными были отсутствие интересов к ним со стороны старших членов семьи и доверительных отношений со своими близкими; напряженная обстановка в семье родителей, а также деструктивные увлечения (зависимость от психоактивных веществ). Из жизненных событий более значимыми были – увольнение, потеря хорошего рабочего места. При этом, достоверно чаще выявлены мысли о самоубийстве и большая приверженность к вере. При психометрическом исследовании выявлена статистически значимая связь с высоким или умеренным уровнем депрессии, тревоги, стресса по шкале DASS, которая коррелирует с результатом опросника Пайкеля.

Участники обеих групп до обращения к специалистам неоднократно намекали окружающим, что имеются мысли о суициде, но адекватной реакции и помощи не получили. Подавляющее большинство выразили желание с удовольствием записаться на курсы по теме, как окружающим правильно вести себя с теми, у кого есть предрасположенность к самоубийству.

Таким образом, результаты наших исследований согласуются с международными данными: низкий уровень образования, плохая семейная адаптация и неблагоприятная трудовая ситуация являются устойчивыми факторами повышенного риска суицидальных тенденций. Механизмы включают уменьшение социальных и экономических ресурсов, повышенную уязвимость к депрессии и ограниченный доступ к поддержке и услугам. Эти факторы особенно релевантны для контекста Казахстана, где экономическая нестабильность и семейные стрессоры также были отмечены в региональных исследованиях.

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют о том, что наибольшего внимания заслуживают лица с риском суицида, то есть находящиеся в состоянии депрессии либо тревоги, а также лица с компьютерной зависимостью и злоупотребляющие психоактивными веществами, поскольку в данной группе исследованных выявлены наивысшие показатели психометрического исследования. Наиболее значимыми является проведение клинико-социологических опросов и применение скрининговых исследований с использованием шкалы DASS и Пайкеля в перспективе, направленные для дальнейшей работы в поиске несложных путей превенции суицидов среди молодежи.

Перспективы данного исследования - распространение информации о том, как полученный результат применить для направления дальнейшей работы в области превенции суицидов среди молодежи, развитию навыков стрессоустойчивости и расширению доступа к поддержке и услугам.

#### **Конфликт интересов**

Мы заявляем об отсутствии конфликта интересов.

#### **Вклад авторов**

Разработка концепции – Л.М. Жамалиева, А.Т. Ескалиева, А.А. Абетова, Н.Б. Есимов

Исполнение – Р.Х. Музафаров, Ш.М. Тлеубаева, С.К. Кудайбергенова, Д.А. Абетова

Обработка результатов - Ш.С. Жакиева Г.Р. Саттаров, И.Г. Смолинов

Научная интерпретация результатов – Л.М. Жамалиева, А.Т. Ескалиева, А.А. Абетова, Н.Б. Есимов

Написание статьи – А.А. Абетова, Н.Б. Есимов

Заявляем, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

**Финансирование:** осуществлялось в рамках научно-технической программы «Пресуицидальные установки как комплексный индикатор и объект мониторинга: популяционное исследование юношества и молодых взрослых в Казахстане» в рамках программно-целевого финансирования на 2024-2026 годы (ИРН BR24993083)

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Всемирная организация здравоохранения. Самоубийства в мире [Электронный ресурс]. 2025. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (дата обращения: 24.08.2025).  
Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya. Samoubiystva v mire [Internet]. 2025. Available from: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (cited 24.08.2025).
2. Алтынбеков К.С., Негай Н.А., Абетова А.А. Методология и результаты национального исследования по потреблению психоактивных веществ среди молодежи в Республике Казахстан. Вестник КазНМУ. 2021;4:193–201. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/metodologiya-i-rezultaty-natsionalnogo-issledovaniya-po-potrebleniyu-psihoaktivnyh-veschestv-sredi-molodezhi-v-respublike-kazahstan>  
Altynbekov KS, Negay NA, Abetova AA. Metodologiya i rezul'taty natsional'nogo issledovaniya po potrebleniyu psikhoaktivnykh veshchestv sredi molodezhi v Respublike Kazakhstan. Vestnik KazNMU. 2021;4:193–201. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/metodologiya-i-rezultaty-natsionalnogo-issledovaniya-po-potrebleniyu-psihoaktivnyh-veschestv-sredi-molodezhi-v-respublike-kazahstan>
3. Kustubayeva A, Kamzanova A, Kudaibergenova S, Pivkina V, Matthews G. Major depression and brain asymmetry in a decision-making task with negative and positive feedback. *Symmetry*. 2020;12(12):2118. doi:10.3390/sym12122118.
4. Адилбек С.А. Особенности суицидов в Центральном Казахстане. Инновации. Наука. Образование. 2021;28:1337–1346. EDN: QWIOFQ.  
Adilbek SA. Osobennosti suitsidov v Tsentral'nom Kazakhstane. Innovatsii. Nauka. Obrazovanie. 2021;28:1337–1346. EDN: QWIOFQ.
5. Низамудин М.А., Хон Н.Н., Гарбер А.И., Скляр С.В. Взаимосвязь индивидуально-личностных особенностей с показателями по шкалам Бека у подростков с суицидальными мыслями. Психология және социология сериясы. 2023;4(87):202. doi:10.26577/JPoS.2023.v87.i4.04  
Nizamudin MA, Khon NN, Garber AI, Sklyar SV. Vzaimosvyaz' individual'no-lichnostnykh osobennostey s pokazatelyami po shkalam Beka u podrostkov s suitsidal'nymi myslyami. Psikhologiya zhane sotsiologiya seriyasy. 2023;4(87):202. doi:10.26577/JPoS.2023.v87.i4.04.
6. Есимов Н.Б., Измаилова Н.Т. Интеграция ПМСП с психиатрической и наркологической службами. Вестник КазНМУ. 2019;2:210–213.  
Esimov NB, Izmailova NT. Integratsiya PMSP s psikhiatricheskoy i narkologicheskoy sluzhbami. Vestnik KazNMU. 2019;2:210–213.
7. Zhamaliyeva LM, Zhamankulova DG, Abenova NA, Koshmaganbetova GK. Educational intervention effects on depression and anxiety in patients after myocardial infarction: a randomized controlled trial. *J Cardiovasc Dev Dis*. 2023;10:267. doi:10.3390/jcdd10070267.
8. Liu H, Zheng C, Cao Y, et al. Gatekeeper training for suicide prevention: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Public Health*. 2025;25:1206. doi:10.1186/s12889-025-21736-1.
9. Sheppler CR, Edelmann AC, Firemark AJ, et al. Stepped care for suicide prevention in teens and young adults: design and methods of a randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials*. 2022;123:106959. doi:10.1016/j.cct.2022.106959.
10. Younesi P, Haas C, Dreischulte T, et al. Brief interventions for suicidal ideation in primary care: a systematic review. *BMC Prim Care*. 2025;26(1):167. doi:10.1186/s12875-025-02848-4.

11. Azizi H, Davtalab Esmacili E, Khodamoradi F, Sarbazi E. Effective suicide prevention strategies in primary healthcare settings: a systematic review. *Middle East Curr Psychiatry*. 2022;29:101. doi:10.1186/s43045-022-00271-4.
12. Jumageldinov A, Nuradinov A, Einloft Brunnet A, Derivois D. Cultural risk factors of suicidal behavior among adolescents in Kazakhstan. *L'Encephale*. 2020;46(6):500–502. doi:10.1016/j.encep.
13. Ospanova A, Zhumatay A, Nabiyeva M. Reasons and solutions for preventing high rate of youth suicide in Kazakhstan, based on successful suicide prevention programs. *Res Arch Rising Scholars*. 2025. doi:10.58445/rars.2434.
14. Rosoff DB, Kaminsky ZA, McIntosh AM, Davey Smith G, Lohoff FW. Educational attainment reduces the risk of suicide attempt among individuals with and without psychiatric disorders independent of cognition: a bidirectional and multivariable Mendelian randomization study with more than 815,000 participants. *Transl Psychiatry*. 2020;10:388. doi:10.1038/s41398-020-01047-2.
15. Mathieu S, Treloar A, Hawgood J, Ross V, Kølves K. The role of unemployment, financial hardship, and economic recession on suicidal behaviors and interventions to mitigate their impact: a review. *Front Public Health*. 2022;10:907052. doi:10.3389/fpubh.2022.907052.
16. Yang Q, Hu YQ, Zeng ZH, Liu SJ, Wu T, Zhang GH. The relationship of family functioning and suicidal ideation among adolescents: the mediating role of defeat and the moderating role of meaning in life. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:15895. doi:10.3390/ijerph192315895.
17. Lyu J, Ding L, Zhou Z, Zhang Q, Li X. The correlation between economic development and suicide rate — based on the global WHO and WB database. *Front Public Health*. 2022;13:1596682. doi:10.3389/fpubh.2025.1596682.
18. Zhamaliyeva LM, Ablakimova N, Batyrova A, Veklenko G, Grjibovski AM, Kudaibergenova S, Seksenbayev N. Interventions to reduce mental health stigma among health care professionals in primary health care: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2025;22(9):1–22. doi:10.3390/ijerph22091441.
19. Mambetalina A, Kereimaganbetova Z, Ganiyeva G, Zhukonova G, Baizhumanova B, Sissenova A. Psychological intervention for pre-suicidal attitudes in youth. *Health Psychol Res*. 2025;13(2):1–11. doi:10.14440/hpr.2700324.
20. Аккузинова К.Ф., Молдагалиев Т.М., Сексенбаев Н.Ж., Төлеуов Е.Ә., Жамалиева Л.М., Гедиминас М., Таутанова А.К., Есимов Н.Б., Абетова А.А., Кудайбергенова С.К. Социально-экономические детерминанты смертности от суицидов среди молодежи в Казахстане: анализ влияния безработицы. *Наука и Здравоохранение*. 2025;27(2):108–115. doi:10.34689/SH.2025.27.2.013.  
Akkuzinova KF, Moldagaliyev TM, Seksenbaev NZh, Toleuov EA, Zhamaliyeva LM, Gediminas M, Tautanova AK, Esimov NB, Abetova AA, Kudaibergenova SK. Sotsial'no-ekonomicheskie determinanty smernosti ot suitsidov sredi molodezhi v Kazakhstane: analiz vliyaniya bezrabotitsy. *Nauka i Zdravookhranenie*. 2025;27(2):108–115. doi:10.34689/SH.2025.27.2.013.
21. Toleuov EA, Moldagaliyev TM, Seksenbayev NZh, Akkuzinova KF, Zhamaliyeva LM, Bubeliene D, Muzafarov R, Tleubayeva Sh, Malsova BK. Suicide across different age groups. *Nauka i Zdravookhranenie*. 2025;27(1):123–129. doi:10.34689/SH.2025.27.1.015.
22. Baspakova A, Zhamaliyeva L, Abitova A, Umbetova A. Pre-suicide attitudes in young people: a mini-review of risk factors and psychological perspectives. *J Health Dev*. 2025;60(5). doi:10.32921/2663-1776-2025-60-5-jhd022.



23. Abenova NA, Zhamaliyeva LM, Seypenova AN, Zhakiyeva ShS, Abetova AA, Urazova GN, Seksenbaev NZh. Lipid profile in patients with depressive disorders and suicidal behavior: a literature review. West Kazakhstan Medical Journal. 2025.

**Сведения об авторах:**

Жамалиева Лаззат Манбетжановна, врач общей практики, канд.мед.наук, ассоциированный профессор, профессор кафедры общей врачебной практики Некоммерческое акционерное общество "Западно-Казахстанский Медицинский университет имени Марата Оспанова", Республика Казахстан, г. Актобе, lzhamaliyeva@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3625-3651>.

Ескалиева Алтынай Тукеновна, психиатр, канд.мед.наук, ген.директор РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК, Республика Казахстан, г. Алматы, a.eskalieva@mentalcenter.kz, ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6072-9115>.

@Абетова Айгулим Абдурасуловна, психиатр, канд.мед.наук, руководитель отдела РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК, Республика Казахстан, г. Алматы, aigul-abetova@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4757-3477>.

Есимов Наби Болатович, психиатр, PhD, MBA, заместитель генерального директора РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК, Республика Казахстан, г. Алматы, nabi\_es@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7827-5125>.

Музафаров Ринат Хусаинович, психиатр, руководитель отдела международного сотрудничества и связей с общественностью РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК, Республика Казахстан, г. Алматы, rinat.muzaфарov@bk.ru, ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0930-5935>.

Тлеубаева Шайзат Мухаметкаировна, психиатр, директор филиала РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК, Республика Казахстан, г. Павлодар, Shaizat@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4141-4464>.

Кудайбергенова Сандугаш Кансаровна, психолог, старший преподаватель кафедры общей и прикладной психологии Казахского национального университета имени аль-Фараби, психолог РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК, Республика Казахстан, г. Алматы, Sandugash.Kudaibergenova@kaznu.kz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9297-8089>.

Абетова Дана Ауэзовна, психолог, магистр социальных знаний по специальности Психология, НАО «Университет Нархоз», Республика Казахстан, г. Алматы, Abetova92@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2654-6493>.

Жакиева Шынаргул Сагидуллиновна, врач общей практики, ассистент кафедры «Общая врачебная практика», НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова», Республика Казахстан, г. Актобе, zhakiyevass@inbox.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4183-6723>.

Саттаров Газиз Рустамович, психиатр, младший научный сотрудник, РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК, Республика Казахстан, г. Алматы, sattarovgaziz@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0541-9137>.

Смолинов Ильшат Гайратжанович, психиатр, младший научный сотрудник, РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК,

Республика Казахстан, г. Алматы, [ilshatsmolinov@gmail.com](mailto:ilshatsmolinov@gmail.com), ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0450-8691>.

#### **Авторлар туралы мәліметтер**

Жамалиева Лаззат Манбетжанқызы, жалпы практика дәрігері, медицина ғылымдары кандидаты, қауымдастырылған профессор, Жалпы дәрігерлік практика кафедрасының профессоры, «Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медициналық университеті» КеАҚ, Қазақстан Республикасы, Ақтөбе қаласы, [Izhamalieva@mail.ru](mailto:Izhamalieva@mail.ru), ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3625-3651>.

Ескалиева Алтынай Төкенқызы, психиатр, медицина ғылымдары кандидаты, ҚР ДСМ «Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы» ШЖҚ РМК бас директоры, Қазақстан Республикасы, Алматы қ, [a.eskalieva@mentalcenter.kz](mailto:a.eskalieva@mentalcenter.kz), ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6072-9115>.

@Абетова Айгүлім Әбдірәсілқызы, психиатр, медицина ғылымдары кандидаты, ҚР ДСМ «Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы» ШЖҚ РМК бөлімінің басшысы, Қазақстан Республикасы, Алматы қ, [aigul-abetova@mail.ru](mailto:aigul-abetova@mail.ru), ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-4757-3477>.

Есімов Наби Болатұлы, психиатр, PhD, MBA, ҚР ДСМ «Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы» ШЖҚ РМК бас директорының орынбасары, Қазақстан Республикасы, Алматы қ, [nabi\\_es@mail.ru](mailto:nabi_es@mail.ru), ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7827-5125>.

Музафаров Ринат Хусаинұлы, психиатр, ҚР ДСМ «Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы» ШЖҚ РМК халықаралық ынтымақтастық және қоғаммен байланыс бөлімінің басшысы, Қазақстан Республикасы, Алматы қаласы, [rinat.muzaфарov@bk.ru](mailto:rinat.muzaфарov@bk.ru), ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0930-5935>.

Тілеубаева Шайзат Мұхаметқайырқызы, психиатр, ҚР ДСМ «Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы» ШЖҚ РМК филиалының директоры, Қазақстан Республикасы, Павлодар қаласы, [Shaizat@mail.ru](mailto:Shaizat@mail.ru), ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4141-4464>.

Құдайбергенова Сандұғаш Қансарқызы, психолог, психология ғылымдары кандидаты, Әл-Фараби атындағы Қазақ Ұлттық Университетінің жалпы және қолданбалы психология кафедрасының аға оқытушысы, ҚР ДСМ «Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы» ШЖҚ РМК психологы, Қазақстан Республикасы, Алматы қ, [Sandugash.Kudaibergenova@kaznu.kz](mailto:Sandugash.Kudaibergenova@kaznu.kz), ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9297-8089>.

Абетова Дана Әуезқызы, психолог, Психология мамандығы бойынша әлеуметтік білім магистрі, "Нархоз университеті" КеАҚ, Қазақстан Республикасы, Алматы қ, [Abetova92@mail.ru](mailto:Abetova92@mail.ru), ORCID iD: <https://orcid.org/0009-0002-2654-6493>.

Жакиева Шынарғұл Сагидулливна, жалпы практика дәрігері, «Жалпы дәрігерлік практика» кафедрасының ассистенті, «Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медициналық университеті» КеАҚ, Қазақстан Республикасы, Ақтөбе қаласы, [zhakiyevass@inbox.ru](mailto:zhakiyevass@inbox.ru), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4183-6723>.

Саттаров Газиз Рустамович, психиатр, Кіші ғылыми қызметкер, ҚР ДСМ «Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы» ШЖҚ РМК, Қазақстан Республикасы, Алматы қ, [sattarovgaziz@gmail.com](mailto:sattarovgaziz@gmail.com), ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0541-9137>.

Смолинов Ильшат Гайратжанович, психиатр, Кіші ғылыми қызметкер, ҚР ДСМ «Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы» ШЖҚ РМК, Қазақстан Республикасы, Алматы қ, [ilshatsmolinov@gmail.com](mailto:ilshatsmolinov@gmail.com), ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0450-8691>.

**Information about the authors:**

Zhamaliyeva Lazzat Manbetzhanovna, General Practitioner, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Professor of the Department of General Medical Practice, NPJSC "West Kazakhstan Medical University named after Marat Ospanov", Republic of Kazakhstan, Aktobe, lzhamaliyeva@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3625-3651>.

Yeskaliyeva Altynay Tukenovna, psychiatrist, Candidate of Medical Sciences, General Director of the Republican Scientific and Practical Center for Mental Health of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Almaty, Republic of Kazakhstan, a.eskaliyeva@mentalcenter.kz, ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6072-9115>.

@Abetova Aigulim Abdurasulova, psychiatrist, Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of the Republican Scientific and Practical Center for Mental Health of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Almaty, Republic of Kazakhstan, aigul-abetova@mail.ru, ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-4757-3477>.

Yessimov Nabi Bolatovich, psychiatrist, PhD, MBA, Deputy General Director of the Republican Scientific and Practical Center for Mental Health of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Almaty, Republic of Kazakhstan, nabi\_es@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7827-5125>.

Muzafarov Rinat Husainovich, psychiatrist, Head of the Department of International Cooperation and Public Relations at the Republican Scientific and Practical Center for Mental Health of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Almaty, Republic of Kazakhstan, rinat.muzafarov@bk.ru, ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0930-5935>.

Tleubayeva Shaizat Mukhametkairovna, psychiatrist, Director of the branch of the Republican Scientific and Practical Center for Mental Health of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Republic of Kazakhstan, Pavlodar, Shaizat@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4141-4464>.

Kudaibergenova Sandugash Kansarovna, psychologist, senior lecturer at the Department of General and Applied Psychology of the Al-Farabi Kazakh National University, psychologist at the Republican Scientific and Practical Center for Mental Health of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Almaty, Republic of Kazakhstan, Sandugash.Kudaibergenova@kaznu.kz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9297-8089>.

Abetova Dana Auezovna, psychologist, Master of Social Knowledge in Psychology, NPJSC "Narxoz University", Almaty, Republic of Kazakhstan, Abetova92@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2654-6493>.

Zhakieva Shynargul Sagidullivna, General Practitioner, Assistant Professor of the Department of General Medical Practice, NPJSC "West Kazakhstan Medical University named after Marat Ospanov", Republic of Kazakhstan, Aktobe, zhakiyevas@inbox.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4183-6723>.

Sattarov Gaziz Rustamovich, psychiatrist, Junior Researcher, Republican Scientific and Practical Center of Mental Health of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Republic of Kazakhstan, Almaty, sattarovgaziz@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0541-9137>.

Smolinov Ilshat Gairatzhanovich, psychiatrist, Junior Researcher, Republican Scientific and Practical Center of Mental Health of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Republic of Kazakhstan, Almaty, ilshatsmolinov@gmail.com, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0450-8691>.

## ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ЖАСТАРЫ АРАСЫНДАҒЫ СУИЦИДТІК МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚТЫҢ БОЛЖАУШЫЛАРЫ

Л.М. ЖАМАЛИЕВА<sup>1</sup>, А.Т. ЕСКАЛИЕВА<sup>2</sup>, А.А. АБЕТОВА<sup>2</sup>, Н.Б. ЕСИМОВ<sup>2</sup>,  
Р.Х. МУЗАФАРОВ<sup>2</sup>, Ш.М. ТЛЕУБАЕВА<sup>2</sup>, С.К. КУДАЙБЕРГЕНОВА<sup>2,3</sup>,  
Д.А. АБЕТОВА<sup>2</sup>, Ш.С. ЖАКИЕВА<sup>1</sup>, Г.Р. САТТАРОВ<sup>2</sup>, И.Г. СМОЛИНОВ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> «Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медициналық университеті» КеАҚ, Ақтөбе қаласы, Қазақстан

<sup>2</sup> ҚР ДСМ «Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы» ШЖҚ РМК, Алматы қ, Қазақстан

<sup>3</sup> «Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті» КеАҚ, Алматы қ, Қазақстан

### Түйіндеме

**Кіріспе.** Қазақстан суицидтік өлім-жітім деңгейі орташа-жоғары елдер қатарына жатады, сонымен бірге жастар арасындағы пресуицидтік жағдайлар мен суицидтік мінез-құлықтың психоәлеуметтік детерминанттары туралы деректер шектеулі.

**Мақсаты.** Қазақстан Республикасының 18–40 жастағы жастары арасында әлеуметтік орта факторлары, психотравмалық оқиғалар және тұлғаишілік сипаттамалардың суицидтік мінез-құлық қаупімен байланысын анықтау.

**Материалдар мен әдістер.** Рандомизациясыз, деректерді деидентификациялау жүргізілген қолданбалы салыстырмалы зерттеу жүргізілді, оған ҚР ДСМ Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығына және Алматы қ. Психикалық денсаулық орталығына (2025 ж. қаңтар–маусым) жүгінген 18–40 жастағы 100 қатысушы енгізілді. Бірінші топ (n=30) – суицидтік үрдістері бар тұлғалар (суицидтік ойлар және/немесе суицид жасауға талпыныстар), екінші топ (n=70) – қауіп тобы (депрессия, мазасыздану, стресс, психобелсенді заттарды теріс пайдалану, тұлғалық бұзылыстар). Авторлық әлеуметтанулық-клиникалық сауалнама, DASS-21 шкаласы, Пайкельдің суицидтік тәуекел сауалнамасы қолданылды. Статистикалық талдау Пирсонның  $\chi^2$ -сынамасын, Фишердің дәл критерийін және Спирменнің рангілік корреляциясын қамтыды ( $\alpha=0,05$ ).

**Нәтижелер.** Суицидтік үрдістері бар қатысушыларда неғұрлым төмен білім деңгейі және қолайсыз еңбек жағдайы жиірек тіркелді ( $p<0,05$ ), отбасылық салада дезадаптация, ата-аналық отбасында бақыт пен қауіпсіздік сезімінің болмауы, отбасылық атмосфераның шиеленісуі, сенімді қарым-қатынастардың тапшылығы байқалды (бірқатар ассоциациялар  $p<0,05$ ). Осы топта компьютерлік тәуелділік (36,6% қарсы 15,7%;  $p<0,05$ ), өрескел мазақ ету, зорлық-зомбылық және өмірлік жоспарлардың күйреуі, сондай-ақ айқын көңіл-күй өзгерістері мен қажытатын (навязчивые) ойлар едәуір жиі тіркелді ( $p<0,01$ ). Қауіп тобы үшін психобелсенді заттарға тәуелділіктің таралу жиілігінің жоғары болуы тән (60% қарсы 16,7%;  $p<0,001$ ). DASS-21 бойынша екі топта да депрессия, мазасыздану және стресстің орташа және жоғары деңгейлері анықталды, бұл ретте бірінші топта DASS және Пайкель сауалнамасының орташа балдары (8,56 балл) күшті оң корреляция көрсетті ( $R_s$  1,0-ге дейін;  $p<0,05$ ), ал екінші топта – орташа және жоғары корреляция ( $R_s$  0,61-ге дейін;  $p<0,05$ ).

**Қорытынды.** Жастар арасындағы суицидтік мінез-құлық қаупі қолайсыз әлеуметтік детерминанттардың (төмен білім деңгейі, жұмыссыздық, отбасылық дисфункция, психотравмалық өмірлік оқиғалар) және тұлғаишілік факторлардың (депрессия, мазасыздану, стресс, көңіл-күйдің өзгермелілігі, қажытатын ойлар, тәуелділік мінез-құлқы) үйлесімімен ассоциацияланған. Алынған деректер суицидтік тәуекелді

ерте скринингтеуде DASS-21 мен Пайкель сауалнамасын қолданудың орынды екенін растайды және Қазақстанның негізгі өңірлерінде ауқымды популяциялық зерттеу жүргізудің қажеттілігін негіздейді.

**Түйінді сөздер:** суицид, био-психо-әлеуметтік модель, жастар, депрессия, мазасыздық, стресс, DASS (Depression Anxiety Stress Scale) шкаласы, Пайкель сауалнамасы (Paykel).

## PREDICTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR AMONG YOUNG PEOPLE IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

L.M. ZHAMALIYEVA <sup>1</sup>, A.T. ESKALIYEVA <sup>2</sup>, A.A. ABETOVA <sup>2</sup>, N.B. YESSIMOV <sup>2</sup>,  
R.H. MUZAFAROV <sup>2</sup>, SH.M. TLEUBAYEVA <sup>2</sup>, S.K. KUDAIBERGENOVA <sup>2,3</sup>,  
D.A. ABETOVA <sup>2</sup>, SH.S. ZHAKIEVA <sup>1</sup>, G.R. SATTAROV <sup>2</sup>, I.G. SMOLINOV <sup>2</sup>

<sup>1</sup> «West Kazakhstan Medical University named after Marat Ospanov», Aktobe c., Republic of Kazakhstan

<sup>2</sup> RSE on the REU «Republican Scientific and Practical Center of mental Health» of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Almaty c., Republic of Kazakhstan

<sup>3</sup> «Al-Farabi Kazakh National University», Almaty c., Republic of Kazakhstan

### Abstract

**Introduction.** Kazakhstan belongs to countries with a medium-high level of suicidal mortality, while data on presuicidal states and psychosocial determinants of suicidal behavior among young people are limited.

**Objective.** To determine how social environment factors, traumatic events, and intrapersonal characteristics are associated with the risk of suicidal behavior among young people aged 18–40 years in the Republic of Kazakhstan.

**Materials and Methods.** An applied comparative non-randomized study with data de-identification was conducted, including 100 participants aged 18–40 years who sought care at the Republican Scientific and Practical Center for Mental Health of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan and the Almaty Mental Health Center (January–June 2025). The first group (n=30) comprised individuals with suicidal tendencies (suicidal thoughts and/or attempts), the second group (n=70) comprised individuals at risk (depression, anxiety, stress, substance abuse, personality disorders). The following tools were used: an author-designed sociological-clinical questionnaire, the DASS-21 scale, and the Paykel Suicidal Risk Questionnaire. Statistical analysis included Pearson's  $\chi^2$  test, Fisher's exact test, and Spearman's rank correlation ( $\alpha=0.05$ ).

**Results.** Participants with suicidal tendencies more often had a lower level of education and an unfavorable employment situation ( $p<0.05$ ), maladaptation in the family sphere, lack of a sense of happiness and security in the parental family, a tense family atmosphere, and a deficit of trusting relationships (a number of associations  $p<0.05$ ). In this group, computer addiction (36.6% versus 15.7%;  $p<0.05$ ), severe bullying, violence and disruption of life plans, as well as pronounced mood swings and intrusive thoughts ( $p<0.01$ ) were recorded significantly more often. The risk group was characterized by a higher prevalence of substance dependence (60% versus 16.7%;  $p<0.001$ ). According to DASS-21, moderate and high levels of depression, anxiety, and stress were found in both groups; at the same time, in the first group, the mean DASS scores and Paykel questionnaire score (8.56 points) showed a strong positive correlation ( $R_s$  up to 1.0;  $p<0.05$ ), while in the second group a moderate and high correlation was observed ( $R_s$  up to 0.61;  $p<0.05$ ).



**Conclusion.** The risk of suicidal behavior among young people is associated with a combination of unfavorable social determinants (low level of education, unemployment, family dysfunction, psychotraumatic life events) and intrapersonal factors (depression, anxiety, stress, mood swings, intrusive thoughts, addictive behavior). The obtained data confirm the feasibility of using DASS-21 and the Paykel questionnaire for early screening of suicidal risk and substantiate the need for a large-scale population study in key regions of Kazakhstan.

**Key words:** suicide, bio-psycho-social model, youth, depression, anxiety, stress, Depression Anxiety Stress Scale (DASS), Paykel Suicide Risk Questionnaire.