

# СУИЦИД СРЕДИ ДЕТЕЙ В КАЗАХСТАНЕ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ДОКЛАД



# СУИЦИД СРЕДИ ДЕТЕЙ В КАЗАХСТАНЕ

## СПЕЦИАЛЬНЫЙ ДОКЛАД

Консультанта ЮНИСЕФ

Доктора Робин Н. Хаарр

Консультант UNICEF Доктор Робин Н. Хаарр имеет обширный опыт работы в области насилия в отношении детей и женщин, незаконной торговли людьми и эксплуатации труда, а также в вопросах защиты детей и оказания поддержки жертвам насилия под эгидой таких международных организаций, как ЮНИСЕФ, ПРООН, ООН Женщины, и других. Д-р Хаарр работала в Азии, СНГ, Центральной и Восточной Европе, а также в Африке. Ее приверженность и лидерство в вопросах противодействия насилию в отношении детей и женщин, а также в сфере совершенствования систем защиты детей и поддержки жертв насилия привело к важным изменениям соответствующих политик и программ развития.

Настоящий отчет основан на данных, полученных в результате проведения исследований по инициативе ЮНИСЕФ, Правительства Норвегии, ЮСАИД и Национального центра по правам человека (учреждение Уполномоченного по правам человека) в Республике Казахстан.

Обозначения, используемые в настоящем издании, и изложение материала не подразумевают выражения со стороны ЮНИСЕФ какого бы то ни было мнения в отношении правового статуса детей в Казахстане, той или иной страны, или территории, или ее органов власти, или делимитации ее границ. При перепечатке, цитировании и ином использовании информации из обзора ссылка на данную публикацию обязательна.

Издание распространяется бесплатно.

Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) в Республике Казахстан

г. Астана, 010000, ул. Бейбитшилик 10-А, блок 1

Тел: (+7 7172) 32 17 97, 32 29 69, 32 28 78

Факс: +7 (7172) 321803

[www.unicef.kz](http://www.unicef.kz)

[www.unicef.org](http://www.unicef.org)

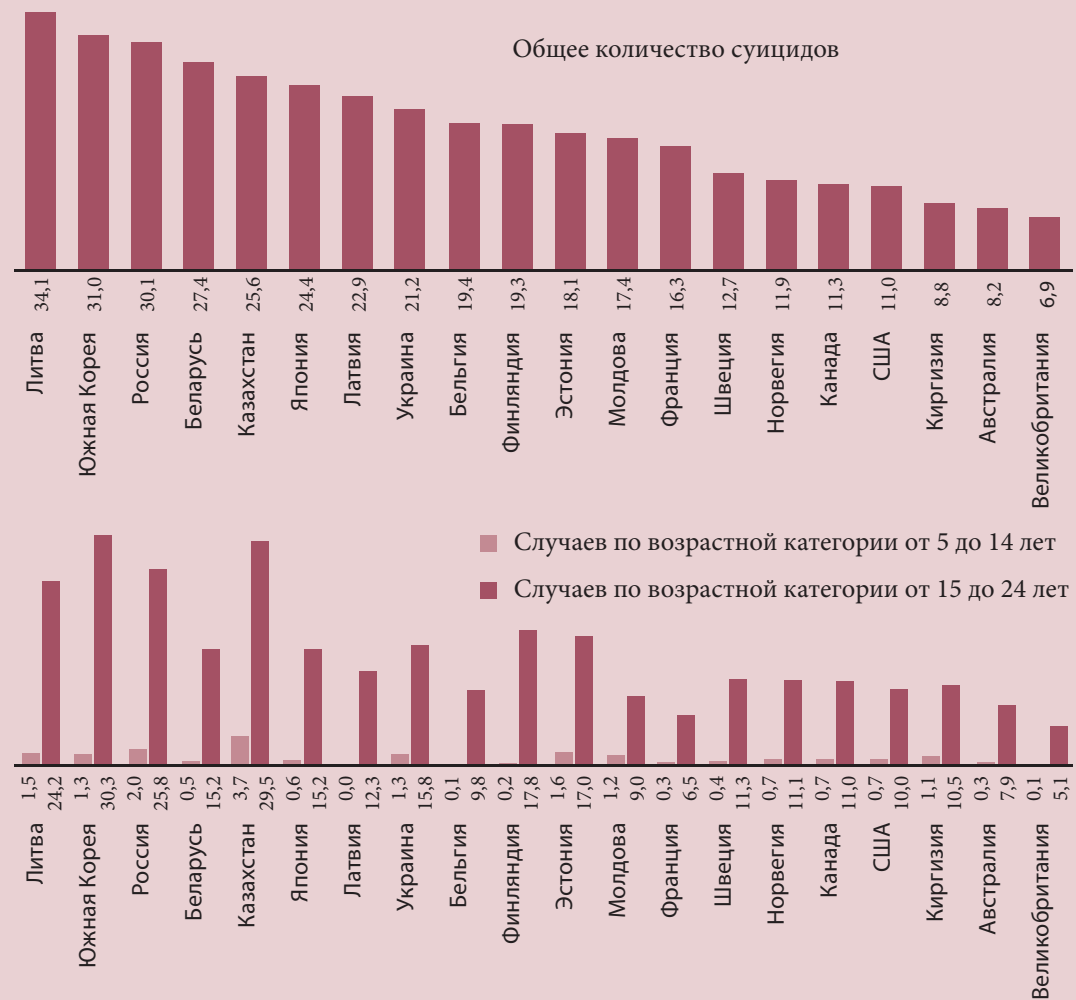
**М**еждународные сравнения показывают, что в Казахстане при сопоставлении с другими развивающимися и развитыми государствами мира не только выше общий уровень суицида, но также выше и уровень суицида среди детей в возрасте от 5 до 14 лет и молодежи в возрасте от 15 до 24 лет (см. Таблицу 1). В последние несколько лет большое количество суицидов среди детей в Казахстане<sup>1</sup>, вызвало обсуждение данной проблемы представителями государственных органов и других ключевых сторон и привело к разработке совместного плана действий по предотвращению детского и подросткового суицида на 2011 г.

Критически важно, чтобы все политики и программы действий, разрабатываемые в целях предотвращения детского и подросткового суицида, были обоснованы пониманием природы и степени охвата суицидальным поведением<sup>2</sup> рассматриваемых возрастных групп. Тем не менее, на данный момент информация о распространенности детского и подросткового суицидального поведения в Казахстане крайне скудна, часто не систематизирована и противоречива. Кроме того, отсутствует какая-либо система данных в области природы детского и подросткового суицида, включая способы реализации и причины суицидального поведения. При отсутствии систематизированных данных и исследований вопроса суицида среди детей разрабатываемые меры предотвращения и реагирования на подобное поведение выглядят больше как предположения, основанные на отрывочной информации, почерпнутой из некоторых отчетов о случаях суицида среди несовершеннолетних и молодежи, в то время как требуется системный и всесторонний анализ и понимание суицида и попыток такового. Таким образом, представляется, что необходимо провести исследование в области детской и подростковой суицидальности, результаты которого следует использовать для разработки соответствующих политик и программ.

<sup>1</sup> Термин «несовершеннолетний» применим к лицам, не достигшим возраста 18 лет.

<sup>2</sup> Согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2002 г., стр. 185), «суицидальное поведение варьируется по степени от просто мысли покончить с жизнью и далее, включая, разработку планов по совершению суицида и подготовку средств для воплощения такового, попытку покончить жизнь самоубийством и выполнение самого акта самоубийства (которое называется завершённым самоубийством/суицидом). Суицидальные действия, без смертельного исхода часто называются попыткой самоубийства/суицидальной попыткой».

### Уровень суицида на 100 000 человек (2004-2009)



Прим.: Данные предоставлены Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) за период с 2004 по 2009 г.г.



## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ

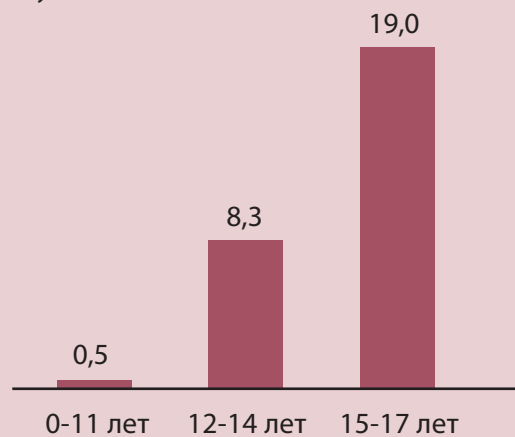
**Ч**то мы знаем на данный момент о распространенности суицидального поведения среди несовершеннолетних и подростков в Республике Казахстан (РК)? Согласно данным, полученных от Министерства образования и науки РК, его областные управления зафиксировали в 2009 г. 264 случая суицида среди детей в возрасте от 5 до 18 лет и 256 случаев суицида среди детей в 2010 г. Для сравнения: Генеральная прокуратура сообщила только о 144 случаях суицида среди детей, включая попытки суицида, в 2009 г. и 152 случаях суицида среди детей, включая попытки суицида, в 2010 г. Несмотря на полезность данной информации, следует отметить ее непоследовательность и противоречивость.

Для сравнения: в недавнем отчете Агентства РК по статистике об уровне детского указано, что в 2010 г. имели место 3617 случаев самоубийств, из которых 1286 случаев (35,5%) приходится на лиц в возрасте от 0 до 29 лет. Проблематичным, в отношении указанных данных, является то, что они не отражают реальную картину детской и подростковой суицидальности, поскольку включают в себя статистику суицида среди взрослых от 18 до 29 лет; тем не менее, статистика суици-

дальных случаев среди лиц в возрасте от 18 до 29 лет может сильно отличаться от статистики суицидов среди лиц до 18 лет. Таким образом, указанная информация не дает нам достаточно полной картины о степени распространенности суицида среди детей в возрасте до 18 лет.

Отчет, подготовленный Агентством РК по статистике также отмечает легкое увеличение в 2010 г. по сравнению с 2009 г. количества случаев суицида среди лиц от 0 до 14 лет. В частности, сообщалось, что в 2009 г. имели место 69 случаев суицидов несовершеннолетних и 74 случая в 2010 г. Эти данные противоречат информации Министерства образования и науки и Генеральной прокуратуры РК, - возможно ввиду различий в подходах к определению возрастных категорий. Кроме того, эти данные не включают информацию по детям в возрасте от 15 до 17 лет, которые, согласно ВОЗ, составляют возрастную категорию с самым высоким риском суицида среди несовершеннолетних. Фактически, Агентство РК по статистике озвучило следующие данные по суициду среди несовершеннолетних в 2010 г.: 0-11 лет – 0,5 случая на 100 000 человек; 12-14 лет – 8,3 случая на 100 000 человек; 15-17 лет – 19,0 случаев на 100 000 человек.

Суицид среди несовершеннолетних в 2010 г., случаев на 100 000 человек



Данные Агентства РК по статистике

Вышеуказанная информация раскрывает существенное увеличение статистики суицидального поведения у несовершеннолетних, по мере их взросления и вступления в подростковый период.

В целом данные, представленные в настоящем разделе документа дают читателю малый обзор реальной степени распространенности проблемы детского суицида, ввиду непоследовательности и противоречивости информации. При этом, большая часть данных неполноценна, так как не включены все дети в возрасте до 18 лет. В большинстве случаев указанные про-

блемы имеют отношение к практике отчетности, регистрации и сбора данных на областном и республиканском (общенациональном) уровнях. Также ясно прослеживаются пробелы и непоследовательности в процессах сбора данных и составления и ведения отчетности на областном и региональном уровнях, а также в части разбивки рассматриваемого вопроса на составные категории, которые, в свою очередь, неясны или полностью отсутствуют. В частности, данные по суицидам обычно не фиксируют возраст и половую принадлежность либо не разделяют между суицидальными попытками и смертельными исходами в результате таковых. Другая проблема в том, что в Республике нет единой организации по сбору и своду данных по суицидальному поведению, в результате чего, опять же, данные по суицидам непоследовательны и противоречивы.

В государствах Центральной Азии самоубийство окружают определенные общественные и религиозные табу, что создает некоторые проблемы при сборе данных. Таким образом, суицидальные случаи редко отображаются в официальной отчетности или же, как обычно случается, маскируются под несчастные случаи [1, 2]. Например, многие выжившие после по-

пытки суицида часто отрицают, что намеренно хотели покончить жизнь самоубийством из-за страха, что семьи отрекутся от них. Семьи самоубийц предпочитают маскировать самоубийства под несчастные случаи из-за страха унижения и позора. Многие случаи суицида также остаются неотмеченными в отчетах, так как происходят в сельской местности, где жертвы суицидальных попыток часто умирают из-за ненадлежащего качества или отсутствия скорых медицинских услуг. В результате, по всей Центральной Азии, имеет место значительное упущение в отчетности и неправильная классификация суицидальных попыток и смертельных исходов [1, 2].

Совсем недавно, в 2011 г., ЮНИСЕФ провел исследование уязвимости детей в городской среде, в ходе которого детей и молодежь просили поделиться собственным опытом суицидального поведения и членовредительства. Указанное исследование выявило, что 27,4% из 468 опрошенных респондентов осуществляли нанесение вреда самим себе и проявляли суицидальное поведение. Выборка включила три группы детей и молодежи и при сравнении этих групп, выяснилось, что жертвы торговли людьми (34,0%) были наиболее вероятными

кандидатами на членовредительство и суицидальное поведение, равно как и уязвимые дети (27,4%) и работники секс-индустрии (20,8%) [17].

В то время как большинство респондентов предпринимали первые попытки само-вредительства и суицидального поведения в возрасте от 14 до 16 лет (11,8%), имели место существенные различия между уязвимыми детьми, жертвами торговли людьми и сотрудниками секс-индустрии. Возрастной период, в течение которого уязвимые дети совершали первые попытки членовредительства или показывали первые проявления суицидального поведения, составил отрезок от 8 до 16 лет, при среднем значении возраста на уровне 13,7 лет. Для сравнения: возраст, в котором жертвы незаконной торговли людьми впервые предприняли попытки членовредительства и проявили признаки суицидального поведения, составил отрезок от 12 до 30 лет, при среднем значении возраста в 17,1 лет. И наконец, возраст, в котором работники секс-индустрии проявили суицидальное поведение или предприняли первые попытки членовредительства составил от 13 лет до 21 года, при среднем показателе возраста в 16,6 лет.

## РЕКОМЕНДАЦИИ

В части сбора данных по случаям суицидов и попыток суицида имеются следующие рекомендации:

- Необходимо наличие руководств по сбору данных по попыткам суицида и смертельных исходов таковых для сокращения в них пробелов и непоследовательностей, а также для обеспечения надежности такой информации.
- Необходимо наличие четко сформулированных категорий разбивки данных, (т.е. возраст, пол, способ самоубийства, попытка такового или летальный исход) и руководств по сбору данных для сокращения в них пробелов и непоследовательностей, а также для обеспечения надежности такой информации.
- Необходимо донести указанные категории разбивки данных и руководства по сбору данных до уровня административно-районных органов для обеспечения надлежащей регистрации и обработки такой информации на местном уровне и последующей централизованной обработки данных на республиканском уровне.

- Необходима единая организация общенационального уровня, ответственная за сбор и сведение данных по всем регионам, что позволит сократить противоречивость данных и проблемы в связи с этим.

Надлежащее решение проблем, возникающих в связи со сбором данных и управлением таковыми, часто требует обучения и технического содействия лицам, ответственным за данное направление деятельности.

В части анализа данных, было бы лучшим решением проанализировать имеющиеся данные о детском суициде и попытках детского суицида только возрастной группы младше 18 лет и детализировать эту группу разбивкой ее на возрастные подкатегории, в частности: от 0 до 9, 10 до 14 и 15 до 17 лет. Также представляется важным детализировать данные разбивкой их по критериям пола и сравнением показателей у мальчиков и девочек. Особенно полезным было бы анализировать данные, сгруппированные по критериям возраста-пола, как-то: девочки от 0 до 9; мальчики от 0 до 9; девочки от 10 до 14; мальчики от 10 до 14, и девочки от 15 до 17 и мальчики от 15 до 17 лет.

Такой анализ мог бы помочь лучше понять возрастные и гендерные различия в общей картине распространенности суицида среди детей и попыток таковых и специфические различия между подкатегориями возраста-пола, которые оказывают влияние на общую статистику детского и подросткового суицида. Причина, по которой анализ возрастнo-гендерных подкатегорий представляется особенно важным в том, что он может выявить, что мальчики в возрасте 0-9 и 10-14 лет более склонны к суициду, чем девочки того же возраста, а также, что девочки в возрасте 15-17 лет более склонны совершать суициды, нежели мальчики той же возрастной группы. Такая важная информация может быть получена при использовании предложенного метода анализа.

Также важно, чтобы данные о детском суициде и попытках суицида среди детей анализировались таким образом, чтобы раскрывались различия между городской и сельской местностью, а также между показателями по областям.





## ФАКТОРЫ РИСКА ДЕТСКОГО СУИЦИДА

**С**уицид может быть одним из видов поведения, понять которое людям очень сложно, но, тем не менее дети, по всему миру, предпринимают суицидальные попытки и совершают самоубийства, равно как вовлекаются в различные виды членовредительства (т.е. дети намеренно причиняют физический вред своему телу, например наносят себе синяки, порезы, ожоги, выдергивают себе волосы и куски кожи, поглощают токсические вещества и ломают себе кости). Международные исследования показали, что членовредительство не обязательно подразумевает наличие суицидального намерения. Тем не менее, несовершеннолетние членовредители более склонны рассматривать возможность совершения суицида и предпринимать такие попытки [3].

Дети, обычно, очень скрытны в вопросах членовредительства и суицидального поведения; тем не менее, международные исследования показали, что дети, признавшие намеренное нанесение себе травм и увечий, равно как и наличие у себя суицидального поведения часто говорят, что поступают так с собой для облегчения страданий от грусти, беспокойства, эмоционального расстройства,

для ухода в сторону от безнадежной ситуации и просто потому что они хотели умереть [3]. В процессе исследований выявлено, что преднамеренное членовредительство и суицидальное поведение могут проявиться на ранних этапах жизненного пути, примерно в возрасте 7 лет и, скорее всего, проявляться между 12 и 15 годами, продолжаясь в течение недель, месяцев и лет [3].

Далее, международные исследования показывают существенные вариации причин, по которым дети совершают самоубийства. Конечно же есть общие ситуации, обстоятельства и факторы, уводящие детей в зону суицидального риска [4, 5]. Нижеследующие разделы суммируют собранные данные и выявленные факторы риска, подвигающие детей и подростков на самоубийства и суицидальные попытки.

## СОЦИАЛЬНЫЕ И СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА

Международные исследования показывают, что суицидальное поведение имеет отношение ко многим социальным, экономическим и семейным факторам [4, 5, 6].

**ТЯЖЕЛОЕ СОЦИАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ** – большинство исследований связей между степенью тяжести социального положения и суицидом и риском совершения суицидальных попыток выявили повышенный риск суицидального поведения среди детей и подростков из социально необеспеченных слоев общества, а именно семей с низким достатком, в состоянии нищеты, живущим на пособие или в зависимости от третьих лиц, а также с ограниченными академическими достижениями [5, 6].

**РАЗДЕЛЬНОЕ ПРОЖИВАНИЕ ИЛИ РАЗВОД РОДИТЕЛЕЙ** – исследования выявили повышенный риск суицида и попыток такового среди детей и подростков из семей с историей раздельного проживания или развода родителей [4, 5, 6]. Например исследование показало, что жертвами суицидальных действий наиболее вероятно становятся дети из «неполных семей» [5]. Исследование далее выявило, что несовершеннолетние, предпринимавшие попытки покончить жизнь самоубийством, очень часто наблюдали как минимум три смены

одного из партнеров в родительском браке в возрасте 5-15 лет, по сравнению с теми, кто таких попыток не предпринимал [5]. Некоторые исследования показали, что потеря одного из биологических родителей по причине раздельного проживания или развода более связана с повышенным риском развития детских психопатологий, включая депрессии и суицидальное поведение, нежели потеря одного из родителей в связи со смертью [5].

**ПСИХОПАТОЛОГИИ РОДИТЕЛЕЙ** – исследования предполагают, что статистика самоубийств и попыток таковых выше среди детей, родители которых имели психопатологии, включая депрессии, нарушения в связи с употреблением и злоупотреблением некоторых веществ и антиобщественное поведение. При этом, у семей жертв суицидов отмечены более высокие уровни депрессивных расстройств и нарушений в связи с употреблением и злоупотреблением некоторыми веществами [5].

**СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПРЕЦЕДЕНТЫ В СЕМЬЕ** – большинство исследований выявило, что с повышенным риском детского и подросткового суицида и попыток такового связаны ранее имевшие место в семье суицидальные инциденты и формы поведения [4, 5].

**СЕМЕЙНЫЕ КОНФЛИКТЫ** – многочисленные исследования показали более высокую статистику попыток суицида среди детей, наблюдавших родительские конфликты, включая семейное насилие [6]. Фактически дети часто сообщали о том, что конфликты в семье стали причиной их суицидальных попыток [5].

**ПЕРЕНЕСЕННОЕ В ДЕТСТВЕ ФИЗИЧЕСКОЕ И/ИЛИ СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ** – значительное количество исследований изучило связь между перенесенным в детстве физическим и/или сексуальным насилием и суицидальным риском и попытками предпринять самоубийство, равно как намеренным членовредительством. Данное исследование последовательно выявило более высокую степень предрасположенности к суицидальным действиям и прочим формам намеренного членовредительства среди детей и молодежи, переживших физическое и/или сексуальное насилие в детстве (ин-

цест, действия растлевающего характера и изнасилование) [4, 5, 7-10]. Исследования также показали, что физическое и сексуальное насилие предшествует повторяющимся попыткам суицида [7].

**ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ РОДИТЕЛЯМИ И ДЕТЬМИ** – существует достаточное количество исследовательским путем собранных свидетельств тому, что слабые отношения между родителями и детьми, ненадлежащие навыки общения внутри семьи, а также завышенные или наоборот заниженные ожидания и меры контроля со стороны родителей, включая дисциплину, также связаны с повышенным риском суицида среди детей [5, 6].



## СТРЕССОВЫЕ СЛУЧАИ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ЖИЗНЕННЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

Существуют научные свидетельства тому, что среди детей и подростков, а также молодых людей, предпринимавших попытки и совершивших суицид, наблюдалась высокая степень перенесенных, в результате стресса и неблагоприятных обстоятельств, травм [5]. Психологическая аутопсия молодых людей, погибших в результате суицидальных действий показала, что в большинстве случаев акту или попытке самоубийства предшествовали вполне определяемые стрессовые случаи (например межличностные конфликты и травмы в связи с этим, дисциплинарно-поведенческие обострения, изнасилование) [5, 17]. Существует признание того, что какое-то событие, имевшее место до самоубийства ребенка, может также присутствовать в жизни других несовершеннолетних, но такое событие становится фактором, провоцирующим суицидальное поведение, только в том случае, когда оно имеет место в жизни конкретно лиц, подверженных суицидальному поведению [5].

Исследование также показало, что дети в проблемных и уязвимых семьях (т.е. семьях, подверженных влиянию множественных суровых стрессов и неспособных создать комфортную обстановку для детей) могут реагировать на стресс импульсивно, неподобающе и, в крайних случаях – с проявлениями суицидального поведения. Исследование показало, что «незрелое когнитивное функционирование детей делает их уязвимыми во времена стрессовых обстоятельств в семье и может направить их мышление в сторону вывода, что их семьям будет лучше без них» [6].

## СИТУАТИВНЫЕ И ОКРУЖАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Международное исследование изучило степень зависимости суицидального поведения от окружающих и ситуативных факторов [5].

**ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ** – исследование показало, что дети в условиях интернатных учреждений, например в детских домах и исправительных учреждений для несовершеннолетних преступников, подвержены повышенному риску намеренного членовредительства и суицидального поведения. Риск членовредительства и суицидального поведения еще выше среди детей, помещенных в исправительные учреждения для взрослых [8]. Недавнее исследование детей в государственных интернатных учреждениях Казахстана показало наличие практики членовредительства. Дети, совершавшие членовредительские действия, были больше склонны рассматривать условия содержания в своих учреждениях, как плохие, наблюдали случаи насилия в таких учреждениях или же сами стали жертвами такового (см. Диаграмму 1).

**НАСИЛИЕ В ШКОЛЕ И БУЛЛИНГ** – исследование показывают, что дети, переживающие школьное насилие и отношения между одноклассниками с элементами унижения и вымогательства, подвержены более высокому риску суицидаль-

ного поведения [4, 8]. При этом, также подвержены повышенному риску суицидального поведения дети, часто являющиеся объектами телесного наказания со стороны учителей и администраторов учебных заведений [8].

**СЕЛЬСКИЕ, ОТДАЛЕННЫЕ И ГОРОДСКИЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДА** – исследования показали, что часто статистика суицидов в сельской местности и удаленных районах выше, чем в городах; статистика самоубийств в удаленных местах практически в два раза больше, чем в административных и правительственных центрах [4, 5]. Также могут быть различия в методах воплощения суицидальных замыслов между сельской местностью и городом [5]. Причины более высокой статистики суицидов среди молодежи, проживающей в сельской местности остаются пока неясными, но могут включать в себя социальную изоляцию, большие затруднения при распознавании первичных признаков такого поведения, ограниченный доступ к учреждениям здравоохранения и врачам, более высокий уровень бедности и нищеты и более низкий уровень академической успеваемости [4].

### Диаграмма 1. Намеренное членовредительство и суицидальное поведение среди детей в учреждениях интернатного типа в Казахстане

В 2010 г. аппарат Уполномоченного по правам человека (Омбудсмена) РК, при поддержке Офиса ЮНИСЕФ в Казахстане, провел оценку насилия в отношении детей в государственных детских учреждениях интернатного типа [11]. Данное исследование также изучило проявление членовредительства среди детей в учреждениях. На основании анкетирования 997 детей в 15 таких учреждениях, было выявлено, что 8,5% резидентов указанных учреждений (n=85) были замечены в членовредительстве, т.е. преднамеренном нанесении себе вреда из-за подавленности и грусти. Из этих 85 человек, 55% составили мальчики и 45% – девочки. Большинство из них (75,3%) были замечены в проявлениях преднамеренного рецидивного членовредительства (от 2 до 100 раз). Дети образовательных учреждений для детей с девиантным поведением (12,4%) были больше подвержены риску членовредительского поведения, чем дети в детских домах (8,1%) и приютах (5,4%). Эти статистические данные основаны на сообщениях от самих детей. Тем не менее, дети, скорее всего, занизили в своих сообщениях уровень своего членовредительского поведения, ввиду секретности и табу, его окружающих. Ограничением данного исследования явилось отсутствие доступных данных о количестве детей, предпринявших попытки и совершивших самоубийства в рассматриваемых учреждениях, а также то, что дети, предпринимавшие попытки суицида, специально не выявлялись.

Чтобы понять влияние институционализации на членовредительское и суицидальное поведение детей, в рамках настоящего исследования проведено сравнение данных детей, занимавшихся и не занимавшихся членовредительством. Результаты показали, что членовредители существенно чаще были склонны оценивать условия своего содержания в рассматриваемых учреждениях как «плохие – очень плохие» и, как минимум, в два раза больше склонны расценивать свое существование в них, как небезопасное. Дети, занимающиеся членовредительством, в три раза чаще были склонны заявлять о боязни других детей и персонала, нежели дети, не занимающиеся членовредительством. Также, дети, занимавшиеся членовредительством, скорее всего, наблюдали случаи насилия в учреждениях своего пребывания; они практически в два раза чаще наблюдали насилие среди детей и в три раза – насилие, применяемое персоналом учреждений в отношении детей.

	Дети, занимающиеся членовредительством N=85		Дети, не занимающиеся членовредительством N=912	
	n	%	n	%
<b>Условия содержания в учреждении</b>				
Оценили условия как «Плохие – Очень плохие»	16	18,8	24	2,6
Чувствуют себя в учреждении небезопасно	23	27,1	92	10,1
Боятся других детей в учреждении	18	21,2	59	6,5
Боятся персонала учреждения	16	18,8	56	6,1
Наблюдали насилие				
Среди детей всех форм	72	84,7	426	46,7
Со стороны персонала всех форм	73	85,9	280	30,7
<b>Жертвы насилия в учреждении</b>				
Физического насилия со стороны других детей, пребывающих в учреждении	32	37,6	108	11,8
Физического насилия со стороны персонала	31	36,5	61	6,7
<b>Пренебрежение нуждами</b>				
Испытывали пренебрежение нуждами	47	55,3	168	18,4
<b>Побеги</b>				
Совершали побеги из учреждения	27	31,8	80	8,8

В отношении виктимизации следует отметить, что дети, занимавшиеся членовредительством, в три раза чаще подвергались физической атаке или травмированию со стороны других детей, и в пять раз чаще подвергались физическому наказанию персоналом, по сравнению с детьми, членовредительством не занимавшимися.

В заключение, дети, занимавшиеся членовредительством в три раза чаще были склонны совершать побеги, нежели дети, членовредительством не занимавшиеся. Фактически, один из трех членовредителей имел историю побегов из учреждения.

Вышеуказанные выводы показали, что обстановка в детских учреждениях причиняет некоторым детям значительный дискомфорт и эмоциональный стресс, приводящий к членовредительству и суицидальному поведению.

## ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ

Исследование также выявило связь между индивидуально-личностными факторами, включая личностные и генетические аспекты, и суицидальным поведением [5].

**ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ** – определенные персональные черты (как, например низкая самооценка, ощущение безнадежности, социально-неприемлемое поведение, ощущение непригодности, интроверсия, невротические состояния, импульсивность, безрассудство, возбуждение, раздражительность, агрессивность и импульсивное насилие) часто отмечались в качестве факторов, провоцирующих суицидальное поведение; тем не менее, налицо недостаточность научных свидетельств тому, что любая из перечисленных черт реально имеет отношение к суицидальному поведению [4, 5].

**СЕКСУАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ** – в последние годы, исследования выявили повышенный риск самоубийств и попыток таковых среди гомосексуальной, лесбийской и бисексуальной молодежи. Аргументом в пользу данного утверждения является то, что гомофобные настроения в обществе создают серьезные социальные и личностные стрессовые факторы, которые повышают вероятность суицидального поведения [4, 5].

**ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ** – более высокая статистика суицида наблюдалась в семьях детей с суицидным поведением, давая простор для предположения, что некоторую роль в провокации подобного поведения могут сыграть генетические факторы. При этом, данные исследований близнецов и приемных детей подтвердили возможность того, что генетические и биологические факторы могут играть определенную роль в возникновении некоторых форм суицидального поведения [4, 5].

## ФАКТОРЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

В научном мире имеется более чем достаточно свидетельств тому, что три душевных расстройства, а именно аффективные расстройства, расстройства в связи с употреблением и злоупотреблением некоторых веществ и антиобщественное поведение являются значимыми психиатрическими условиями для возникновения суицидальных настроений среди молодежи [5].

**АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА** – многочисленные исследования выявили, что молодежь с аффективными расстройствами находится в зоне повышенного риска суицида и попытки такового [4, 5]. Такие расстройства обычно характеризуются неожиданными перепадами настроения и ажитированным выражением такового, включая маниакальные и депрессивные проявления и, часто, комбинации таковых (биполярные расстройства).

**РАССТРОЙСТВА В СВЯЗИ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ И ЗЛУПОТРЕБЛЕНИЕМ НЕКОТОРЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ** – исследования также выявили, что болезни, связанные с употреблением и злоупотреблением веществами, имеют связь с суицидом и попытками суицида среди молодежи [4, 5].

**АНТИОБЩЕСТВЕННОЕ ПОВЕДЕНИЕ** – были зафиксированы существенные связи между антиобщественным поведением, включая дисциплинарные, оппозиционно-вызывающие и антиобщественные личностные нарушения и расстройства, и риском суицида и попытки такового в молодежной среде [5].

**ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА** – зафиксирован повышенный риск суицида и попытки такового среди молодежи с тревожными расстройствами [4, 5].

Международные исследования также выявили, что ранее предпринятые попытки покончить жизнь самоубийством являются самым явным показателем потенциально готовящейся суицидальной попытки или того, что человек все-таки воплотит свои суицидальные планы в реальность. В реальности риск повторного суицида остается повышенным в течение первого года и особенно его первых шести месяцев после попытки самоубийства [4]. Тем не менее, большинство людей, пытавшихся покончить жизнь самоубийством, ранее таких попыток не предпринимало [4].

Ясно, что причины детского суицида комплексны. Факторы риска многочисленны и часто взаимодействуют. [4]. Одной единой причины детского суицида нет и при этом существует множество стрессовых обстоятельств и латентных факторов, сопровождающих существование ребенка в социуме, которые повышают риск совершения самоубийства или попытки такового. Суицид становится последним средством в попытке справиться со стрессовыми событиями в жизни и/или подавляющими обстоятельствами в течение долгого времени [12]. Самоубийство также может быть «мощным посылом

внешнему миру или конкретному человеку о своих опасениях, гневе, грусти, ощущениях безнадежности и разочарования» [12]. К сожалению, для некоторых из детей самоубийство становится решением жизненных проблем и стрессов.

К сожалению, в Казахстане в наличие имеется немного систематизированной информации и данных о факторах, вызывающих детские суицидальные настроения и действия. Большая часть имеющейся информации основана на мифах и стереотипных предположениях о причинах детского суицида, равно, как на отрывочной информации, почерпнутой из некоторых дел о жертвах самоубийства. Проблемной стороной стереотипного способа выстраивания предположений является факт того, что часто он базируется на мифах и неправильных представлениях в области детского суицида. Первый миф – это то, что никаких сигналов надвигающегося детского суицида не существует, в то время, как ключом к решению данной проблемы является знание того, что надо искать [13]. Другим мифом является распространенное мнение, что причиной попыток самоубийства среди детей является желание манипулировать и привлекать к себе внимание. Правда в

том, что основными причинами детской суицидальности являются желание умереть или убежать от безнадежной ситуации или ужасного душевного состояния. Крайне малое количество детей предпринимают попытки суицида, чтобы привлечь внимание [13].

Проблемой отрывочной информации является ее ненаучность и, часто, неточность в связи с тем, что она основывается на единичных случаях, вторичных источниках и слухах. Отрывочная информация не надежна, так как основана не на фактах и тщательных исследованиях, включая набор достаточного количества случаев и свидетельств. Следовательно, являясь ненаучной, отрывочная информация ничего не доказывает.

В 2011 г., ЮНИСЕФ начал заполнять некоторые пробелы в области исследований и сбора и обработки информации по детскому суициду в Казахстане. Исследованием факторов уязвимости детей в городской среде было выявлено, что уязвимые дети, жертвы незаконной торговли людьми и секс-индустрии предпринимают суицидальные попытки или совершают самоубийства в результате разнообразных факторов, таких, как, например:

- Конфликты с родителями и опекунами
- Жестокое обращение
- Увиденное насилие в семье
- Развод или смерть родителей и опекунов
- Отказ от ребенка
- Смерть единокровных родственников и лучших друзей
- Конфликты с/утра любимых
- Издевательства со стороны сверстников в школе
- Институционализация
- Развратные действия и изнасилование
- Бедность
- Утрата ребенка
- Множественные стрессовые факторы, ограничения и проблемы

Только жертвы торговли людьми и работники секс-индустрии рассказали о том, что занимаются членовредительством и проявляли суицидальное поведение ввиду перенесенного опыта торговли и эксплуатации [17].

## РЕКОМЕНДАЦИИ

Казахстану необходимы системные исследования в области детского суицида, которые сконцентрируются не только на вопросах распространенности проблемы, но и на факторах, предшествовавших самоубийствам и попыткам детского суицида. Важно, чтобы такая деятельность учитывала необходимость количественно-качественной оценки разных факторов риска, провоцирующих детские суициды и попытки таковых, изложенных в настоящем документе. Это приобретает особую важность в свете последних международных исследований, продемонстрировавших, что существует широкий диапазон различных ситуаций, обстоятельств и факторов, повышающих риск детского суицида. Способность вести мониторинг и анализ многочисленных факторов детского суицида очень важна. Исследование в области детской суицидальности не должно ограничиваться только рассмотрением отдельных ситуаций, обстоятельств и факторов.

Также представляется важным включить в такое исследование изучение гендерных различий причин суицидов. Мы не можем основывать свои исследования на предположении, что у мальчиков и


девочек одинаковые причины для совершения самоубийств. Таким образом, любое исследование детской суицидальности должно учитывать необходимость отобразить количественно-качественные различия между суицидальными тенденциями среди мальчиков и девочек и причинами суицидов и попыток таковых. Такая информация даст лицам, разрабатывающим соответствующие политики, лучшее понимание гендерных различий в области детского суицида и возможность разработать гендерно-ориентированные программы предотвращения и вмешательства.

Исследование детского суицида и суицидальности должно также сконцентрироваться на понимании возрастных различий. Мы не можем предполагать, что дети в возрасте до 10, 11-14 и 15-17 лет предпринимают попытки или совершают самоубийства по одним и тем же причинам. Фактически, происходит смена обстоятельств и ситуаций по мере перехода из детского возраста в подростковые годы [4, 5]. В то же время, риск совершения или попытки самоубийства среди них существенно возрастает, как показывают данные ВОЗ и Агентства РК по статистике. Таким образом существует реальная не-

обходимость понять какие именно ситуации, обстоятельства и факторы из жизни детей вызывают повышение риска совершения самоубийств детьми в процессе их взросления. Также важно понять, в каком возрасте у детей начинают возникать суицидальные мысли и сколько раз за период взросления из детства в подростковый период они предпринимают попытки покончить жизнь самоубийством или совершают акты членовредительства.

Также представляется чрезвычайно важным отслеживать любые упоминания или сообщения детей о своем членовредительстве или суицидальном настроении и, адресатов таких сообщений. Важно также знать, каков был ответ обозначенного адресата (адресатов) и пользовались ли такие дети поддержкой и терапией в отношении членовредительства и суицидального поведения. Подобная информация поможет лицам, вовлеченным в составление и реализацию политики государства в данной области, понять и уметь распознавать поведение детей, находящихся под воздействием факторов риска, а также находить способы вмешательства и предотвращения, равно как и пробелы в системе защиты здоровья и жизни детей.





## МЕТОДЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ДЕТСКОГО СУИЦИДА

**Р**азнообразие методов, используемых детьми для совершения актов суицида является другой важной областью изучения. Международные исследования показали, что методы совершения самоубийств зависят от имеющихся в распоряжении детей средств и их возраста. Например, в государствах со свободным владением и обращением огнестрельного оружия, оно является одним из наиболее часто используемых средств для реализации суицидальных замыслов; в США, огнестрельное оружие фигурирует практически в двух третях всех случаев совершения самоубийств.

В других странах, где оружие не столь широко и вольно распространено, лица, подверженные суицидальным тенденциям, кончают жизнь самоубийством через повешение, передозировку, самоотравление (например пестицидами), утопление и прыжки с высоты [4]. Некоторые исследования показали, что воплощение суицидального замысла повешением более характерно для несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, в силу специфики их возраста и ограниченности средств, доступных указанной группе риска [6]. Также, было выявлено, что статистика суицидов в разбивке по конкретным спо-

собам самоубийств подвержена влиянию времени [4, 5].

В некоторых частях мира, например в Центральной Азии, на Среднем Востоке и в Южной Азии самосожжение является «драматической и смертельной формой суицида», широко используемой женщинами и девочками [14]. Акты самосожжения часто происходят публично, чтобы вызвать чувство вины у лиц, причинявших жертвам таких актов насилие [15]. Исследование данной проблемы показало, что такой способ самоубийства не столько выражение желания покончить с жизнью, сколько форма протеста и бунта против дискриминации, подавления и чрезмерного регулирования женского пола в семье и обществе и с целью обвинения сторон, повинных в угнетении и унижении [1, 2, 14, 16]. Во многих странах, где общественные и религиозные табу распространяются на область суицидального поведения и поступков, самоубийства посредством самосожжения маскируются родными и близкими под несчастные случаи в процессе приготовления пищи и не доводятся до сведения соответствующих контролирующих органов. В некоторых странах контролирующие органы даже не ведут статистический учет актов самосожжения


и в целом отрицают само существование данного явления [1, 2].

К сожалению, в Казахстане не так много систематизированных данных и информации в области методов реализации суицида казахстанскими детьми. В ходе одного из некоторых системных исследований, проведенных в РК для измерения членовредительского и суицидального поведения среди уязвимых детей и молодежи, было выявлено, что указанный контингент приводил свои суицидальные замыслы в воплощение посредством повешения, прыгивания с высоты, утопления, передозировки лекарствами, отравлением, вскрытием вен в районе кистей рук и самосожжением. Некоторые респонденты сообщали о предумышленном членовредительстве в форме нанесения порезов и ушибов самим себе. В некоторых случаях намерением акта членовредительства было совершение самоубийства, в то время как в иных обстоятельствах членовредители не преследовали цель совершить самоубийство, а просто хотели намеренно причинить себе физический вред и почувствовать боль [17].



## РЕКОМЕНДАЦИИ

Представляется важным, чтобы исследование детского суицида и суицидальности в Казахстане было спланировано с учетом необходимости проведения количественно-качественной характеристики методов, используемых детьми для совершения суицидов и попыток таковых. Также важно, чтобы исследования в данной области предусмотрели гендерно-возрастные различия в методах суицида. Мы не можем строить свои исследования на предположении, что у мальчиков и девочек одинаковые методы для воплощения суицидальных замыслов. В связи с этим, любое исследование в рассматриваемой области должно охватить гендерные количественно-качественные различия методов суицида. Также, в процессе изучения методов самоубийства, следует сосредоточить усилия на понимании возрастных различий. Такая информация позволит сторонам, задействованным в процесс разработки соответствующей политики и программ, глубже вникнуть в гендерно-возрастные различия в методах детского суицида и проработать, с их учетом, специфические методы предотвращения и вмешательства.



## РЕАГИРОВАНИЕ НА ДЕТСКИЙ СУИЦИД НА ОБЩЕНАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

**В** заключение: на данный момент в Казахстане отсутствует систематизированная информация о текущем положении дел в области реагирования на детский суицид, включая меры по предотвращению самоубийств детей, выявлению детей с членовредительскими и суицидальными проявлениями и вмешательству в акты членовредительства и суицида среди несовершеннолетних. В дополнение к этому, имеет место ограниченное знание и понимание индивидуальных, семейных и общественных факторов, обеспечивающих защиту детей от суицидальных настроений и поведения [5].



## РЕКОМЕНДАЦИИ

Необходима оценка национальной системы реагирования на феномен детского суицида в Казахстане. Она должна включать в себя определение и оценку существующих способов предотвращения детского суицида, выявления несовершеннолетних с преднамеренным членовредительским и суицидальным поведением и вмешательства в акты детского членовредительства и суицида. Данные исследования должны охватить все административные уровни (район-область), а также сельскую местность и города. При этом следует определить различные контролируемые органы и неправительственные организации, являющиеся частями системы реагирования на детский суицид и суицидальность, а также роли, выполняемые всеми вовлеченными сторонами в сфере предотвращения, выявления и вмешательства.

Также, необходима специальная оценка текущей деятельности по предотвращению, выявлению и реагированию на суицидальные настроения группы риска в государственных детских учреждениях интернатного типа.

Позитивным эффектом такой оценки является то, что она поможет определить достигнутый на общенациональном уровне прогресс в области предотвращения, выявления и вмешательства в детский суицид и выявить пробелы в системах реагирования на детский суицид и защиты детей. В дополнение, такая оценка может содействовать составлению важных рекомендаций в части дальнейшего совершенствования системы реагирования на детский суицид и защиты детей в Казахстане.

## ЛИТЕРАТУРНЫЕ ИСТОЧНИКИ

1. Haarr, R.N. (2010). Suicidality among Battered Women in Tajikistan. *Violence Against Women*, Vol. 16, No. 7, pp. 764-788.
2. Campbell, E.A. & I.Z. Guiao (2004). Muslim Culture and Female Self-Immolation: Implications for Global Women's Health Research and Practice. *Health Care for Women International*, Vol. 25, pp. 782-793.
3. Cornell Research Program on Self-Injurious Behavior in Adolescents and Young Adults. Retrieved from: <http://www.crpsib.com/whatissi.asp>
4. Krug, E.G. et al. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
5. Beautrais, A.L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 34, pp. 420-436.
6. Beautrais, A.L. (2001). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 34, pp. 420-436.
7. Ystgaard, M. et al. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse & Neglect*, Vol. 28, pp. 863-875.
8. Pinheiro, P.S. (2006). *World Report on Violence Against Children*. Geneva, Switzerland: United Nations Children's Fund.
9. Molnar, B.E. et al. (1998). Suicidal behavior and sexual/physical abuse among street youth. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 22, No. 3, pp. 213-222.
10. Martin, G. et al. (2004). Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 28, pp. 491-503.
11. Haarr, R.N. (2010). *Violence Against Children in State-Run Residential Institutions in Kazakhstan: An Assessment*. Astana, Kazakhstan: United Nations Children's Fund.
12. Konradsen et al. (2006). Reaching for the Bottle of Pesticide – A Cry for Help. *Self-Inflicted Poisonings in Sri Lanka*. *Social Science & Medicine*, Vol. 62, pp. 1710-1719.
13. TLC. 10 Myths About Teen Suicide. Retrieved from: <http://tlc.howstuffworks.com/family/10-myths-about-teen-suicide4.htm>
14. Aliverdinia & Pridemore (2009). Women's Fatalistic Suicide in Iran: A Partial Test of Durkheim in an Islamic Republic. *Violence Against Women*, Vol. 15, No. 2, pp. 307-320.
15. Campbell & Guiao (2004). Muslim Culture and Female Self-Immolation: Implications for Global Women's Health Research and Practice. *Health Care for Women International*, Vol. 25, pp. 782-793.
16. Laloe & Ganesan (2002). Self-Immolation: A Common Suicidal Behavior in Eastern Sri Lanka. *Burns*, Vol. 28, No. 5, pp. 475-481.
17. Haarr, R.N. (2011). *A Rapid Assessment of Children's Vulnerabilities to Risky Behaviors, Sexual Exploitation and Trafficking in Kazakhstan*. Astana, Kazakhstan: United Nations Children's Fund.