

МОНИТОРИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ИЗУЧЕНИЮ СЛУЧАЕВ СУИЦИДА ЗА 2024 ГОД В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

1. Введение

Настоящая аналитическая справка подготовлена на основе данных, предоставленных региональными Центрами психологической поддержки, и отражает статистику завершённых случаев суицида на территории Республики Казахстан за 2024 год.

Актуальность проблемы обусловлена стабильно высокими показателями суицидов в детской и подростковой среде, которые не только наносят невосполнимый урон семьям, но и являются индикатором системных социальных, экономических и психологических проблем в обществе. Во исполнение Комплексного плана по защите детей от насилия, превенции суицида и обеспечения их прав и благополучия на 2023-2025 годы, проблема подросткового суицида по-прежнему требует целенаправленного, научно обоснованного и адресного подхода.

Целью документа является количественная оценка ситуации, выявление регионов с наиболее неблагоприятными показателями и формирование информационной основы для разработки целенаправленных профилактических мер всех организаций, заинтересованных в благополучии казахстанских детей.

Мониторинговое исследование 2024 года случаев суицида среди учащихся, проведено в соответствии со стратегией развития некоммерческого акционерного общества «Национальный научно-практический институт благополучия детей «Өркен» на 2023-2025 годы, на основе Национального плана развития Республики Казахстан до 2025 года, Национального проекта «Качественное образование «Образованная нация», Концепции развития дошкольного, среднего, технического и профессионального образования Республики Казахстан на 2023 - 2029 годы, Комплексного плана по защите детей от насилия, превенции суицида и обеспечения их прав и благополучия на 2023-2025 годы.

Данный документ может быть использован руководителями и специалистами государственных органов, курирующим вопросы образования, здравоохранения, социальной защиты, внутренних дел, а также администрациями регионов, руководителями образовательных учреждений и организаций гражданского общества.

2. Методология исследования

Проведенное исследование опирается на комплекс методов сбора и анализа данных:

- **Статистический анализ.** Обработка первичных статистических данных, предоставленных региональными Центрами психологической поддержки, по 173 завершённым случаям суицида за 2024 год. Данные

проанализированы по следующим параметрам: регион, дата, пол, возраст, место и способ совершения суицида, состав семьи, социальный статус, успеваемость, наличие обращений к специалистам, факты буллинга и др.

- **Кластерный анализ.** Группировка регионов по уровню суицидальной активности (низкий, средний, высокий) для последующей дифференциации мер вмешательства.

3. Ограничения исследования:

- официальная статистика, вероятно, не полностью отражает реальную картину в силу стигматизации темы и возможного сокрытия истинных причин смерти;

- информация о каждом случае подросткового суицида не всегда была полной и подробной;

- исследование носит ретроспективный характер, что ограничивает возможность установления прямых причинно-следственных связей.

Несмотря на указанные ограничения, собранный массив данных является репрезентативным и позволяет сделать обоснованные выводы о структуре и динамике явления.

4. Динамика завершенных суицидов среди несовершеннолетних в РК (2020-2024 гг.)

Анализ пятилетней динамики позволяет отследить общие тенденции и оценить эффективность принимаемых мер в среднесрочной перспективе.

Таблица 1

Год	Количество случаев	Абсолютный прирост/снижение
2020	144	-
2021	175	+31
2022	155	-20
2023	203	+48
2024	173	-30



Описание диаграммы

1. Отсутствие устойчивой положительной динамики. За пятилетний период не наблюдается стабильного снижения показателей. Рост в 2021 и 2023 годах сменяется снижением в 2022 и 2024, что указывает на волнообразный характер проблемы. Общее число случаев в 2024 году остается выше, чем в 2020-м.

2. Недостаточная эффективность общих мер. Колебания могут свидетельствовать о том, что применяемые профилактические меры носят недостаточно адресный и системный характер, не успевают адаптироваться к меняющимся социальным условиям и не охватывая все ключевые группы риска.

5. Общая статистика завершённых суицидов по регионам РК за 2024 год

Согласно данным, в 2024 году в Казахстане было зарегистрировано **173** завершённых случая суицида.

В таблице 2 представлены данные по количеству суицидов и по количеству суицидов в пересчете на 100 тысяч школьников в разрезе регионов.

Для более наглядного восприятия данных, они представлены в диаграммах 2 и 2.1, представленных ниже.

Таблица 2

№	Регион	Количество случаев суицида за 2024 г.	Количество случаев суицида на 100 тысяч школьников
1	Ұлытау область	1	1,3
2	Восточно-Казахстанская область	2	2,0
3	Павлодарская область	2	1,7
4	Северо-Казахстанская область	2	2,7
5	Абай область	3	3,0
6	Костанайская область	3	2,7
7	Карагандинская область	4	2,3
8	Акмолинская область	5	3,9
9	Актюбинская область	5	15,5
10	Кызылординская область	6	3,5
11	Жетісу область	7	5,4
12	Мангистауская область	7	4,0
13	Атырауская область	8	5,2
14	Западно-Казахстанская область	9	13,5
15*	Астана*	10*	3,9
16	Жамбылская область	14	6,2
17	Алматы	15	4,1
18	Шымкент	17	6,3
19	Алматинская область	19	5,3
20	Туркестанская область	34	6,1
	Итого	173	

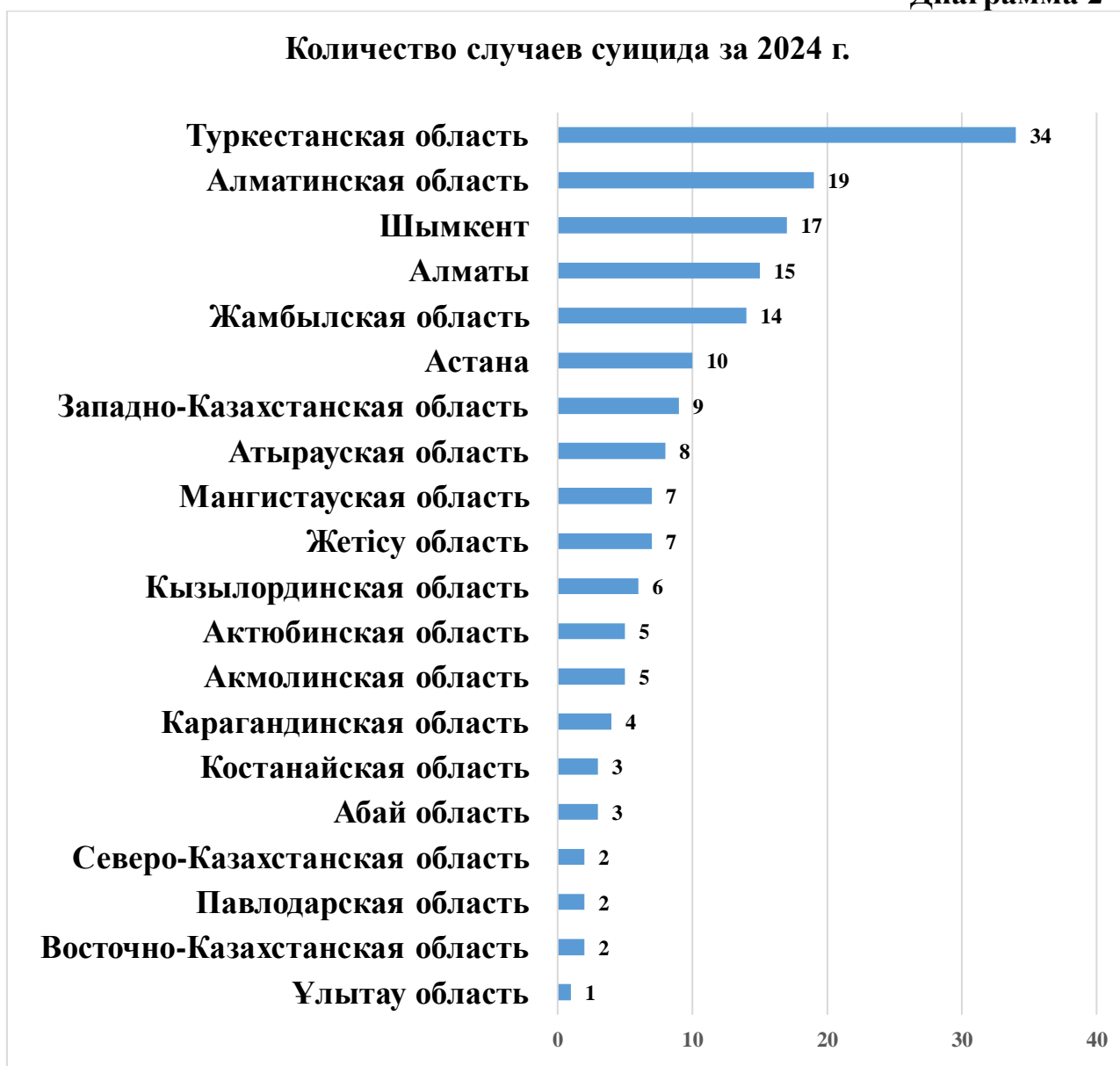
Примечание. *

В соответствии с письмом № 01-02/457 от 29.08.2025 года, касающимся проведения мониторингового исследования причин завершённых суицидов среди несовершеннолетних за 2024 год, КГУ «Центр психологической поддержки» акимата города Астаны предоставил информацию по 10 зарегистрированным случаям, один случай переквалифицирован в несчастный случай.

Стигматизация темы суицида в некоторых случаях затрудняет сбор достоверной информации. Реальные показатели, как правило, превышают официальные данные, поскольку часть случаев маскируется под другие причины смерти — например, ДТП или случайные отравления.

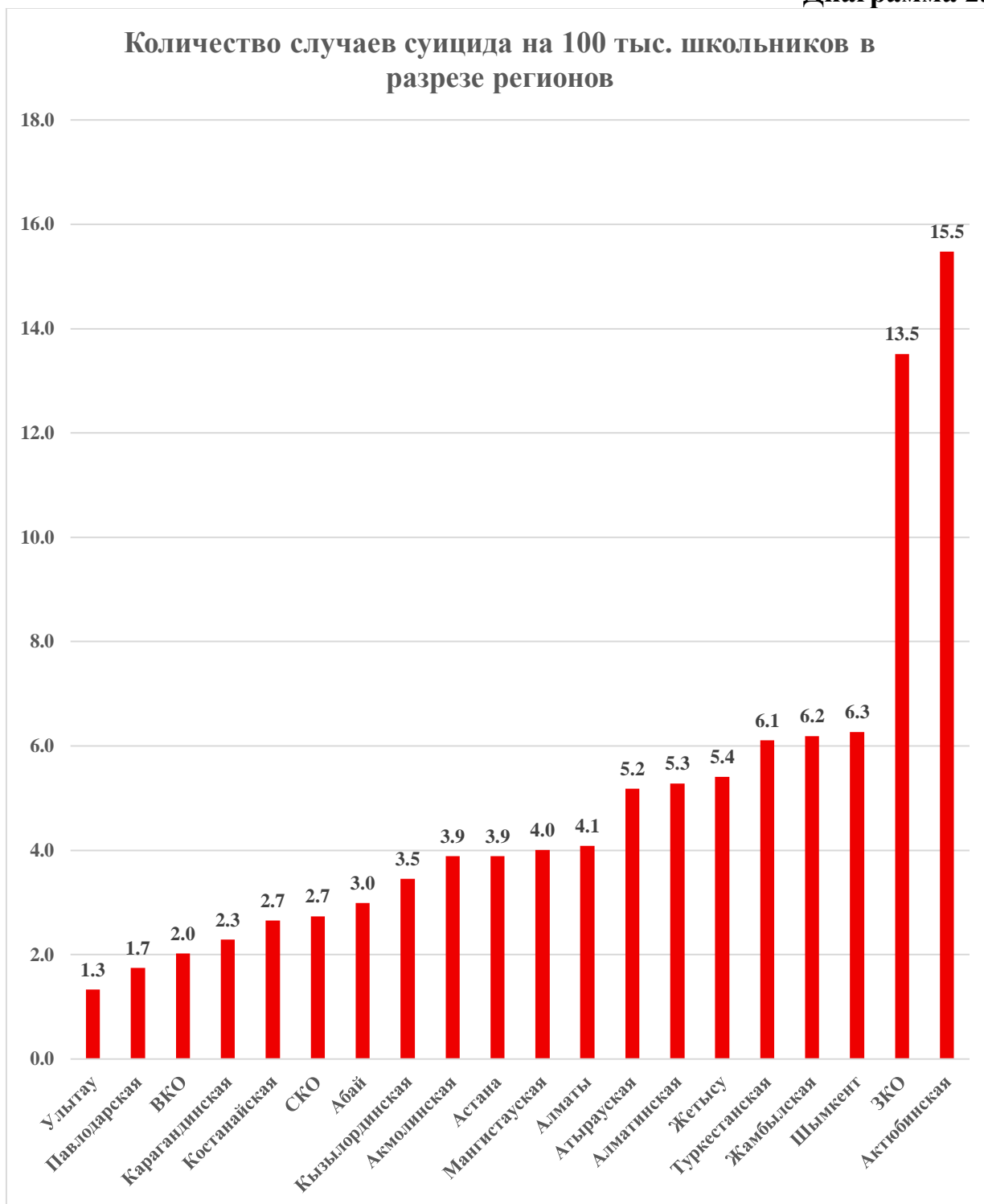
По данным таблицы 2 и диаграмме 2 можно увидеть, что наибольшее количество суицидов произошло в Туркестанской области – 34 факта.

Диаграмма 2



Но в пересчете фактов суицида на 100 тысяч школьников, акценты смещаются. (См. диаграмму 2.1.) Самое большое количество суицидальных случаев на 100 тыс. школьников происходит в Актюбинской – 15,5 и Западно-Казахстанской областях – 13,5 фактов суицида соответственно. И далее по нисходящей до 1,3 в области Улытау.

Диаграмма 2.1.



6. Статистика завершенных суицидов по тринадцати параметрам, в том числе в разрезе регионов РК

Диаграмма 3

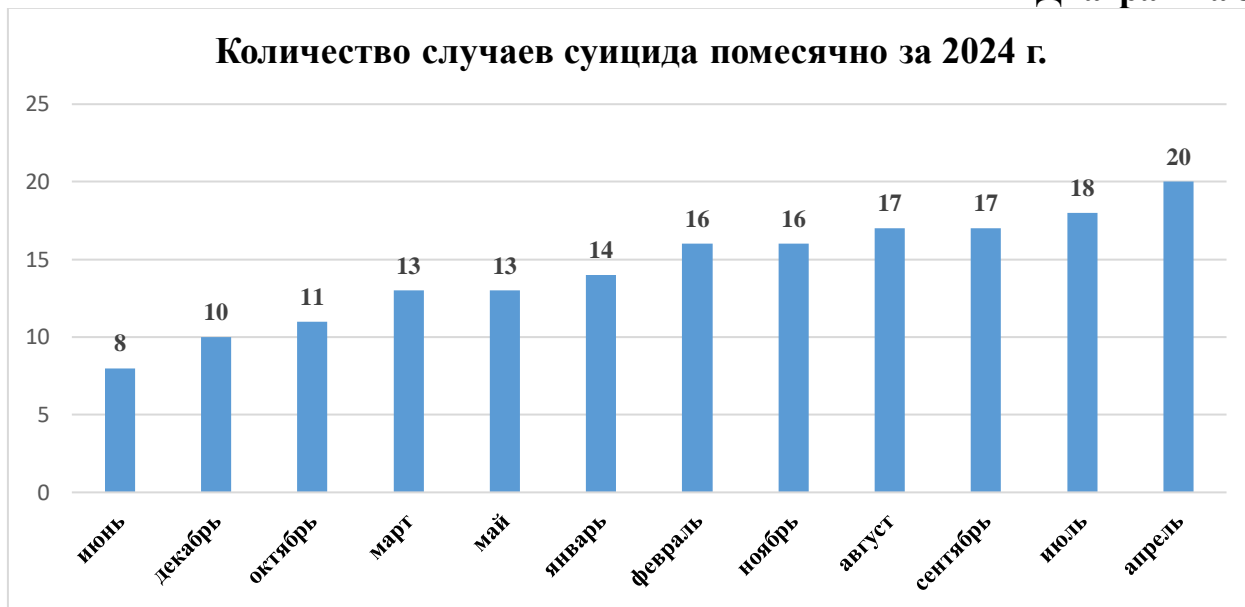


Диаграмма иллюстрирует сезонность явления.

Наблюдается сезонный характер распределения случаев, что согласуется с общемировыми тенденциями. Это указывает на необходимость усиления превентивных мер и информационных кампаний в критические периоды года.

Диаграмма 4

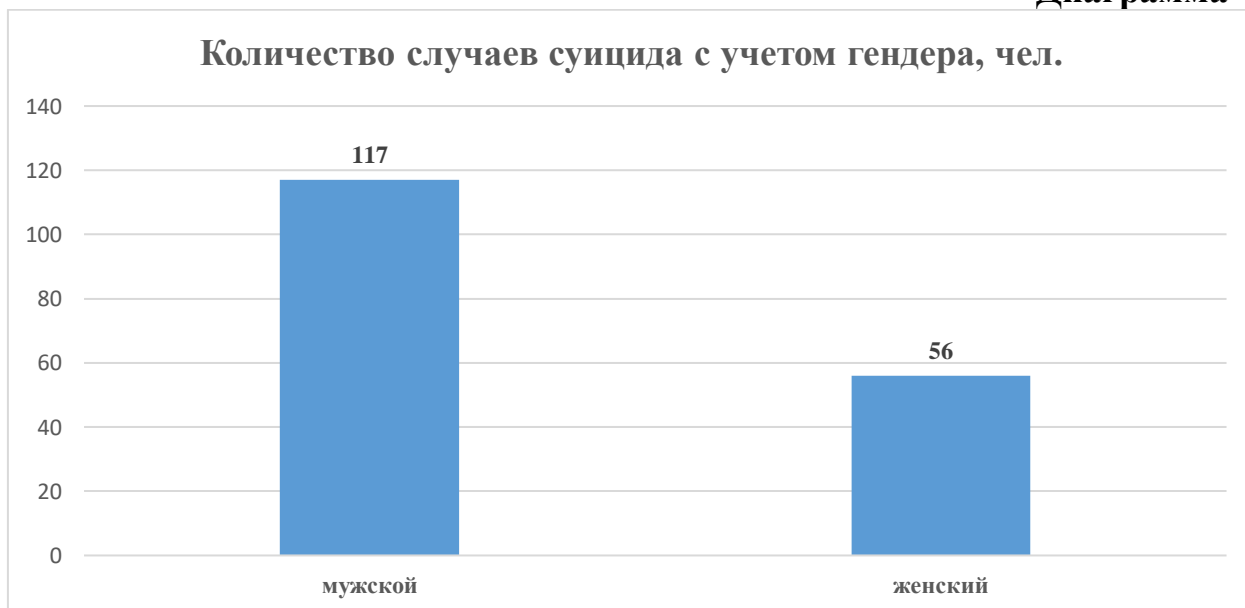


Диаграмма демонстрирует соотношение случаев суицида среди мальчиков (68%) и девочек (32%).

Статистика показывает значительное преобладание завершённых суицидов среди мальчиков (70-80%), что характерно для большинства стран и диктует необходимость разработки гендерно-ориентированных программ профилактики, направленных на мальчиков.

Диаграмма 4.1



Диаграмма 4.1 носит уточняющий характер гендерных признаков случаев суицида.

Большинство девочек, совершивших суицид в 2024 году, проживали в Алматы, Алматинской и Туркестанской областях, по 6 девочек в каждом регионе. По 5 девочек совершили суицид в городах Астана и Шымкент. Как можно заметить в регионах-«лидерах» – южные регионы.

В Северо-Казахстанской области и области Улытау случаев суицида в 2024 году среди девочек не зафиксировано.

Диаграмма 4.2



Диаграмма 4.2 носит уточняющий характер гендерных признаков случаев суицида.

Большинство мальчиков, совершивших суицид в 2024 году, проживали в Шымкенте, Алматинской, Жамбылской и Туркестанской областях.

Девять мальчиков совершили суицид в Алматы. Как можно заметить в регионах-«лидерах» – вновь южные регионы.

В Павлодарской области случаев суицида в 2024 году среди мальчиков не зафиксировано.

Диаграмма 5



Диаграмма показывает количество случаев в разных возрастных когортах (от 10 до 18 лет.)

Наибольшее количество суицидов, согласно мировой статистике, приходится на лиц трудоспособного возраста (30-45 лет) и молодёжь (18-29 лет). В нашем случае это группа **учащихся 17 лет**, 34 мальчика и 12 девочек.

Это определяет целевую аудиторию для программ психического здоровья в образовательных учреждениях.

Диаграмма 5.1

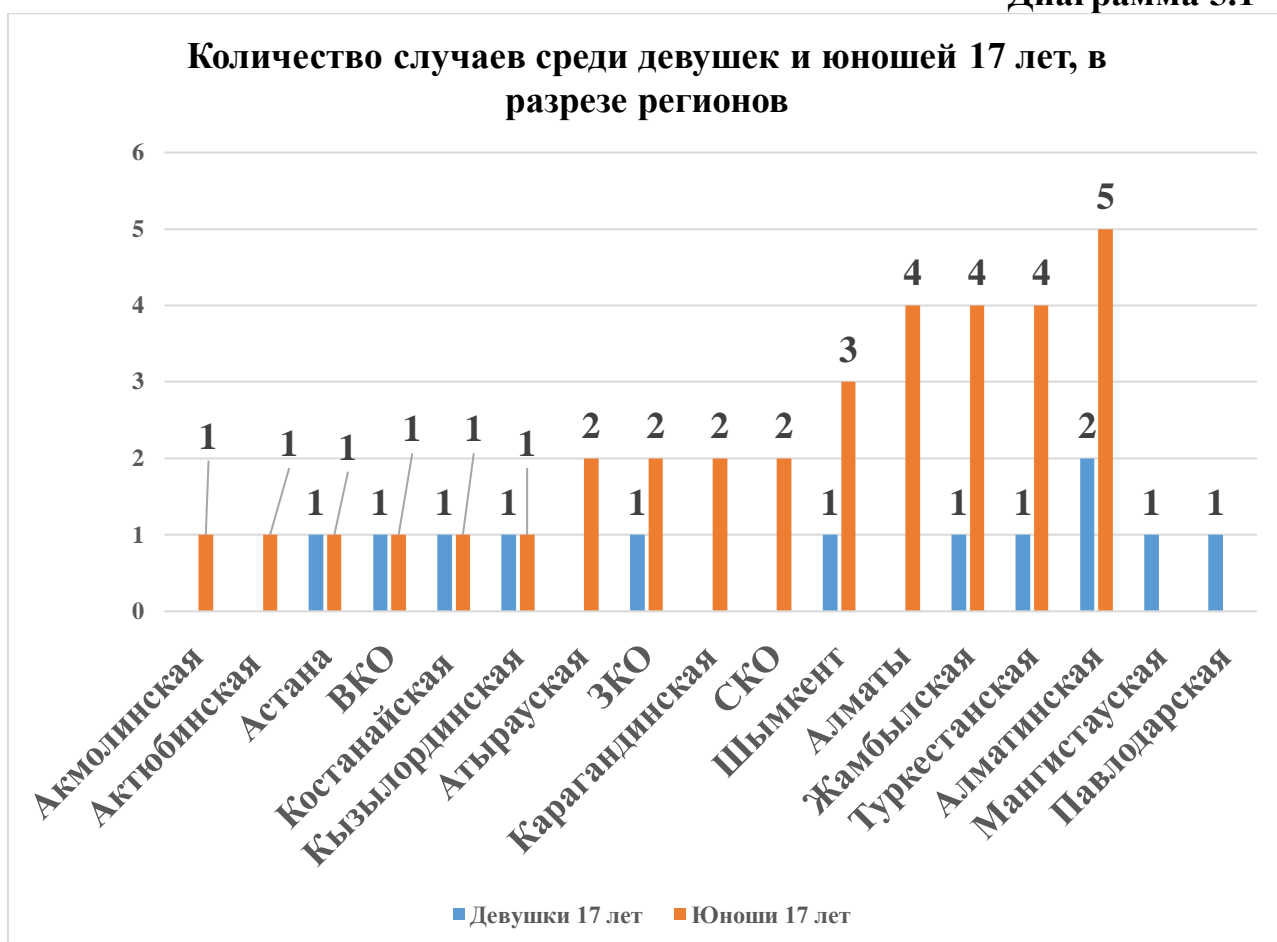


Диаграмма 5.1 носит уточняющий характер по количеству случаев суицида с учетом возраста.

Из 173 случаев суицида 46 произошло с девушками и юношами 17 лет. В Алматы, Жамбылской, Туркестанской, Алматинской областях ушло из жизни от 4 до 5 юношей.

Диаграмма 5.2



Диаграмма 5.2 носит уточняющий характер по количеству случаев суицида с учетом возраста.

Из 173 случаев суицида 30 произошло с девушками и юношами 16 лет. В Туркестанской области ушло из жизни 11 юношей.

Диаграмма 6



Диаграмма показывает перечень мест, в которых происходили случаи суицида в 2024 г.

До родителей довести информацию, с целью предотвращения трагических ситуаций, Большинство случаев происходит дома или вблизи него, что подчёркивает важность работы с семьей и контроля родителей за доступом к потенциально опасным местам (чердаки, подвалы, сараи и другие придомовые пристройки).

Особо можно отметить место происшествия «многоэтажный дом», возможно стоит управляющим организациям жилым фондом предусмотреть полную недоступность чердаков, подвалов, больших коридоров, тамбуров и т.д., а правоохранительным органам (участковым полицейским) проводить регулярные рейды по осмотру этих мест.

Диаграмма 6.1



Диаграмма 6.1. носит уточняющий характер по месту происшествия – дом/квартира пострадавшего в разрезе регионов.

Диаграмма 6.2

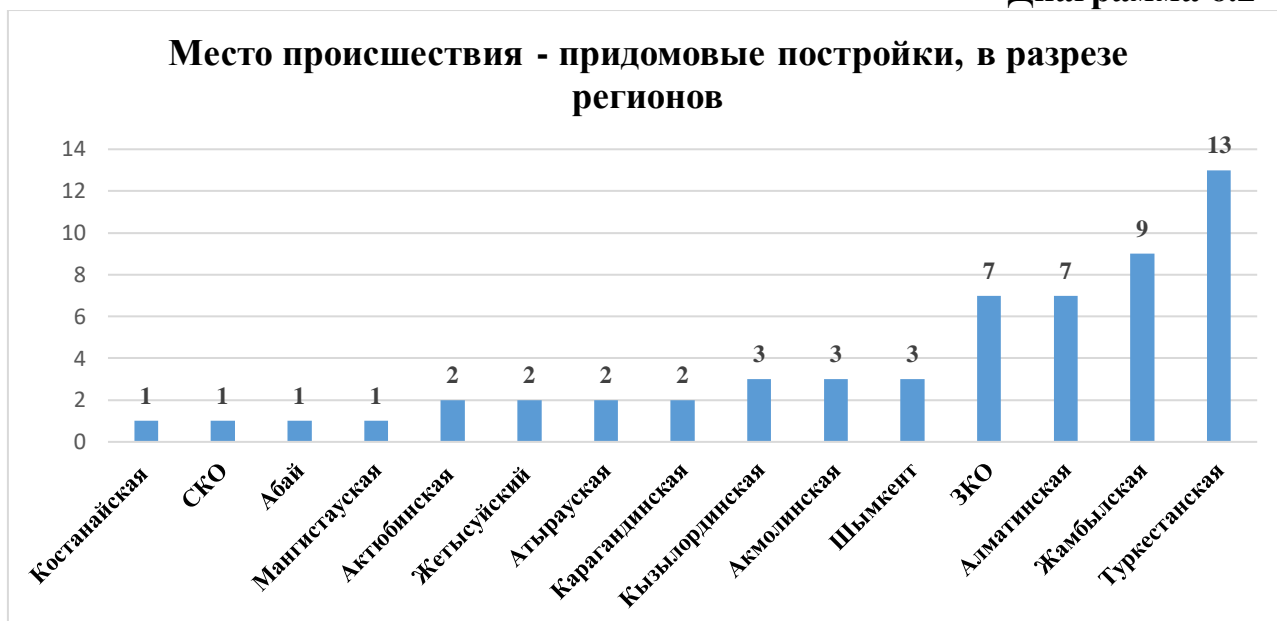


Диаграмма 6.2. носит уточняющий характер по месту происшествия – придомовые постройки в разрезе регионов.

Диаграмма 7



Диаграмма ранжирует наиболее частые способы суицидов, произошедших в 2024 г.

Определение наиболее распространённых методов позволяет разрабатывать меры по ограничению доступа к средствам суицида (например, к лекарствам), что является одной из эффективных стратегий профилактики.

Диаграмма 7.1

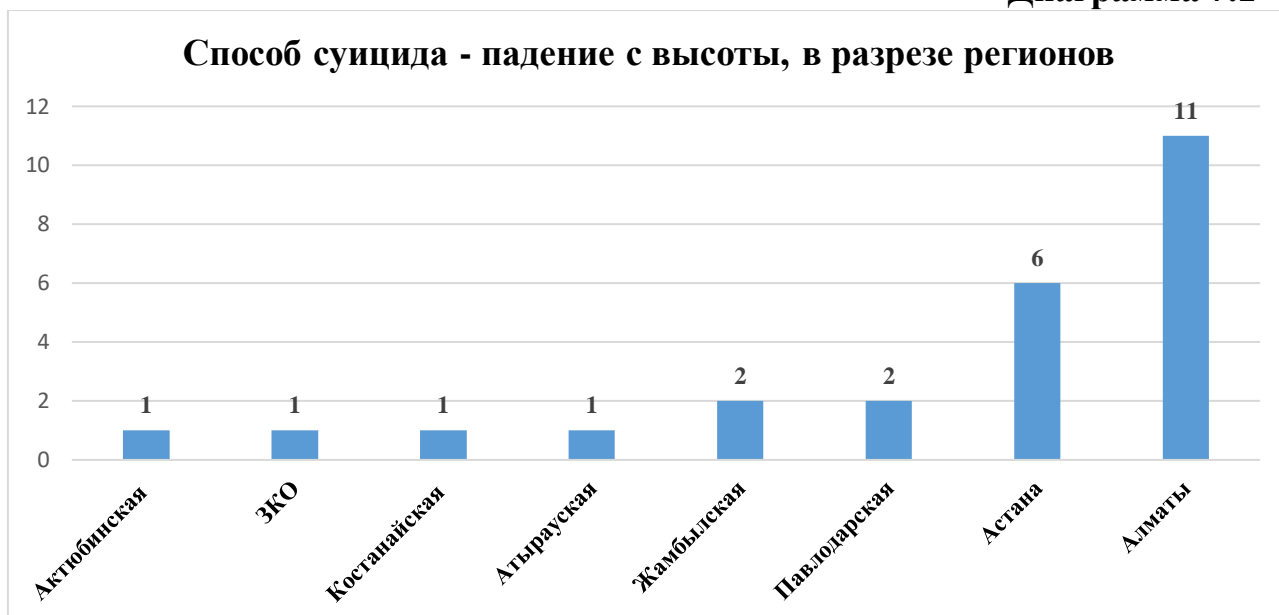


Диаграмма 7.1 носит уточняющий характер по способам суицида в разрезе регионов.

Как мы видим, способ суицида – падение с высоты более типичен для г. Алматы

Диаграмма 7.2



Диаграмма 7.2 носит уточняющий характер по способам суицида в разрезе регионов.

Как мы видим, способ суицида – повешение более типичен для Туркестанской области.

Диаграмма 8

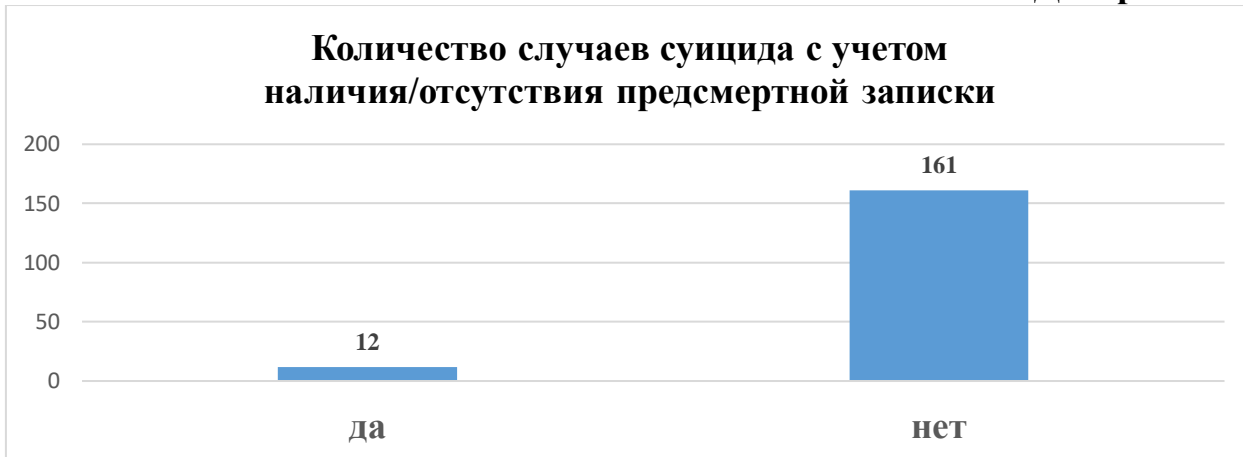


Диаграмма ранжирует наличие/отсутствие предсмертных записок, в случаях суицида, произошедших в 2024 г.

Можно предположить, что отсутствие предсмертных записок, говорит о спонтанном принятии решения о совершении суицида, т.е. не имело под собой длительной подготовки. И если бы в этот критический момент рядом оказался кто-то, кто эмоционально поддержал подростка, то, возможно, трагедии удалось бы избежать.

Диаграмма 8.1

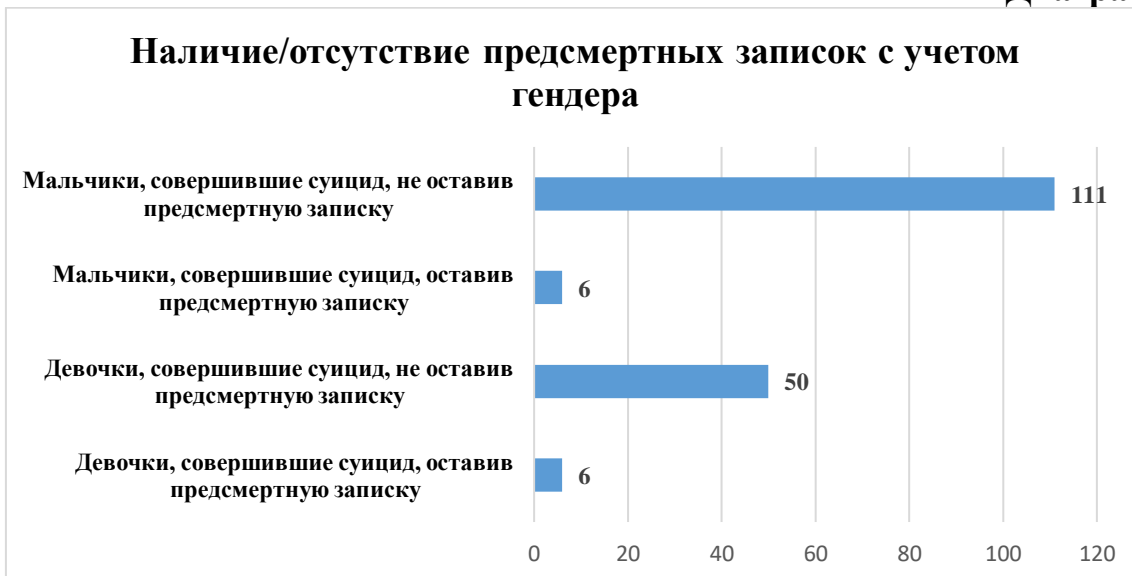


Диаграмма 8.1 носит уточняющий характер по наличию/отсутствию предсмертных записок с учетом гендера.

Как мы видим, мальчиков и девочек, оставивших предсмертные записки, равное количество, по 6 человек.

Диаграмма 9

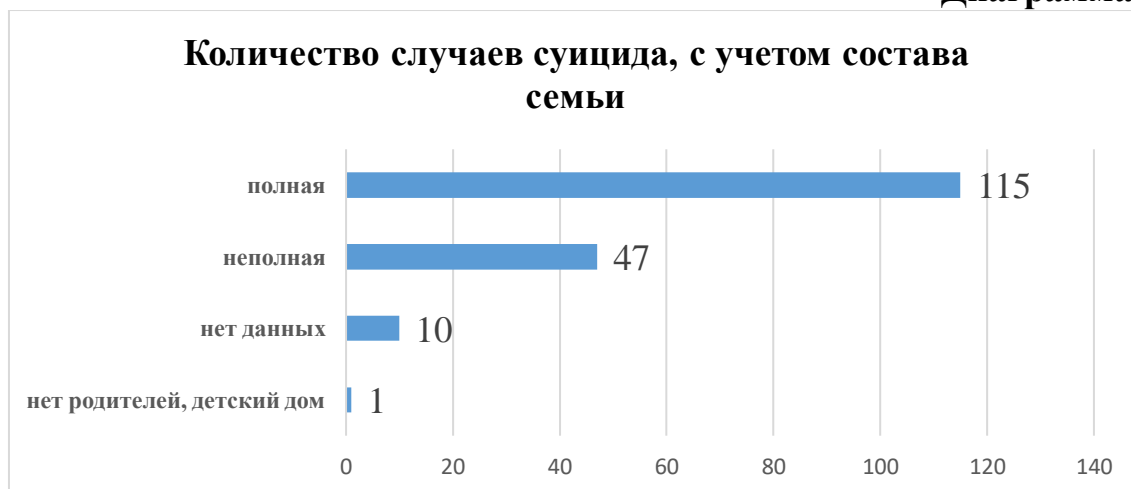


Диаграмма ранжирует состав семьи, в случаях суицида, произошедших в 2024 г.

Вероятной причиной большинства суицидальных случаев в 2024 году стали внутрисемейные, детско-родительские отношения. Суициды часто происходят в полных семьях, только внешне считающихся благополучными.

Диаграмма 9.1

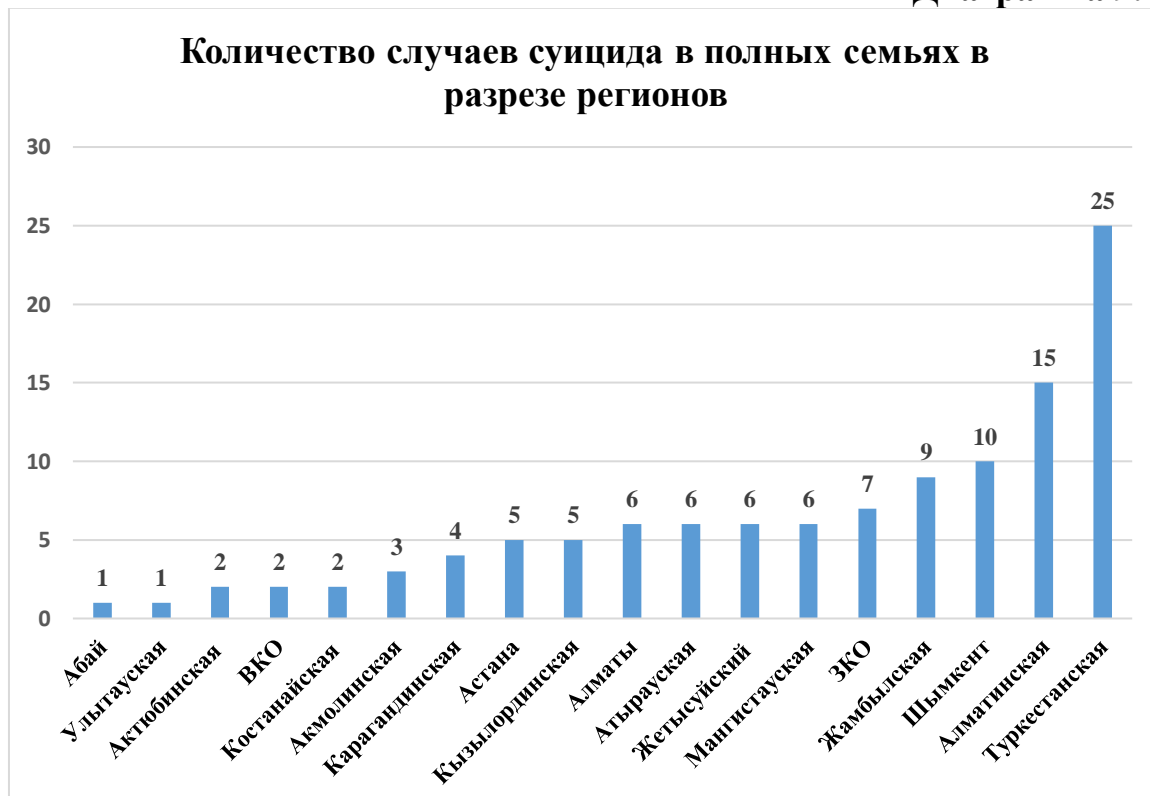


Диаграмма 9.1 носит уточняющий характер по количеству случаев суицида в полных семьях в разрезе регионов.

Большинство случаев суицида 2024 года в полных семьях произошли в Жамбылской области, Шымкенте, Алматинской и Туркестанской областях.

Диаграмма 10

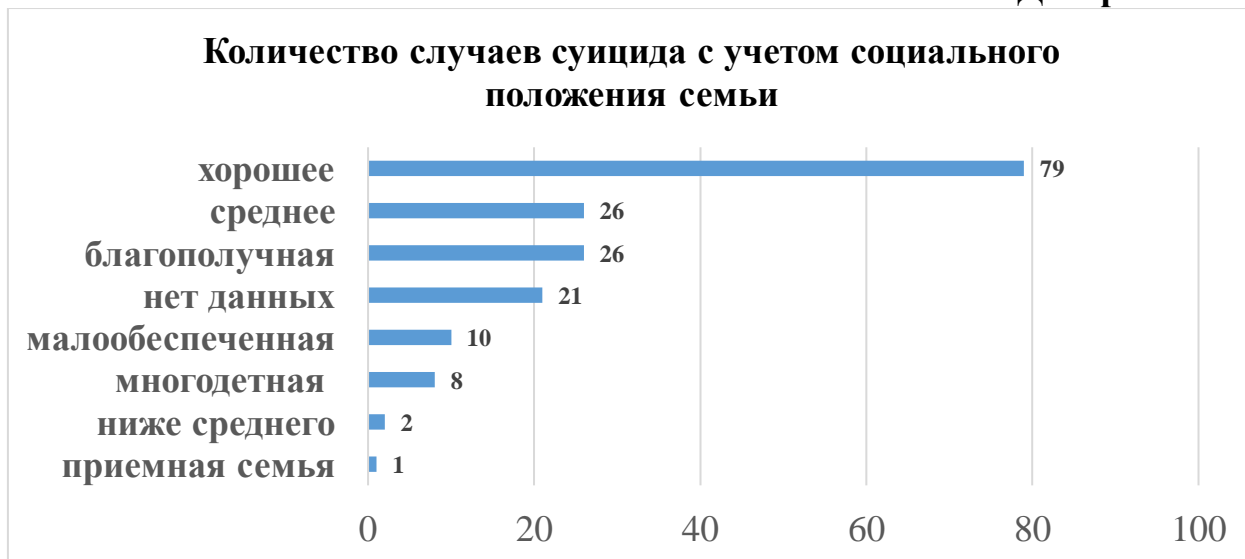


Диаграмма отображает доли семей, с различным социальным статусом.

Часто, в исследовательских данных можно увидеть указания на повышенные риски суицида в неблагополучных и малообеспеченных семьях, что указывает на важность социальной поддержки и программ помощи. Но в данном случае большее количество суицидов произошло в семьях с хорошим социальным статусом: взрослые имеют образование или профессию, имеют стабильное материальное положение (доход, наличие жилья).

Вероятно, это еще один признак, указывающий на наличие внутрисемейных проблем и проблем в детско-родительских взаимоотношениях.

Диаграмма 11

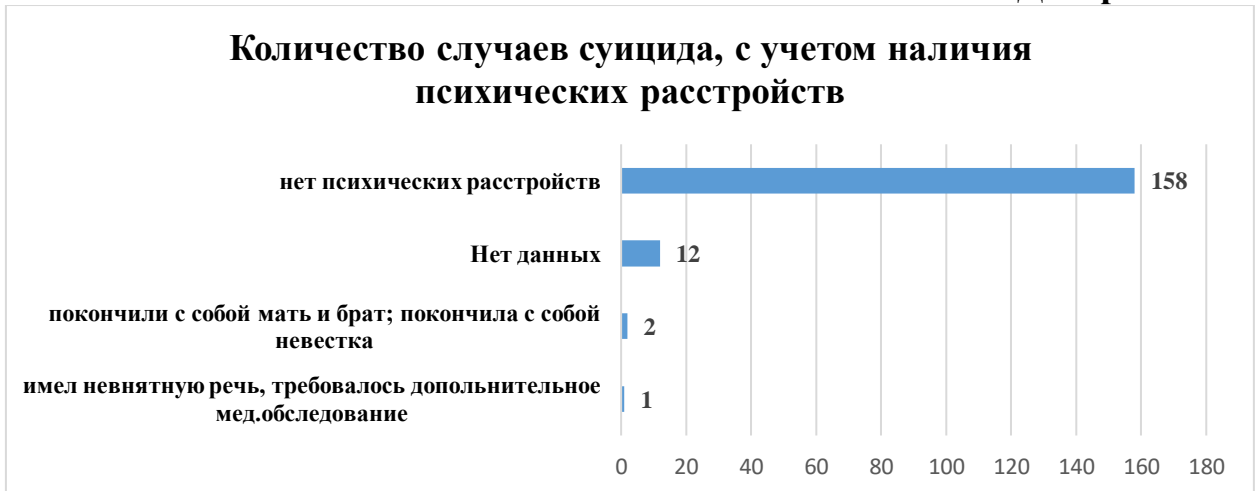


Диаграмма показывает, какая доля лиц, совершивших суицид, имела зафиксированные психические расстройства.

У большинства подростков не было диагностировано психологического расстройства, но это лишь указывает на необходимость улучшения выявления и первичного диагностирования депрессии и других расстройств в системе школьной психологической службы. «...исследования, проведенные как в Казахстане, так и в других странах, показывают, что не менее 90% подростков, совершивших суицид, имели симптомы депрессии и низкий уровень психологической устойчивости...» Источник: <https://www.unicef.org/kazakhstan>

Диаграмма 12



Диаграмма показывает, какая доля лиц, совершивших суицид, ранее обращалась к специалистам, всего **10,4 %** от общего количества пострадавших.

У большинства подростков не зафиксировано обращений к специалистам, хотя бы к школьному психологу или любым другим взрослым за помощью.

И то, что 173 ребенка ушли из жизни говорит о том, что первичное диагностирование проводилось формально, возможно не соблюдались инструкции к методикам, недостаток профессионализма у специалиста, проводящего диагностику. Кроме этого, в педагогике и психологии существует такой метод, как наблюдение. Подготовленный коллектив, обученный специальным навыкам, вполне может увидеть некоторые признаки у подростка, относящиеся к суицидальному поведению.

Диаграмма 13



Диаграмма показывает, какая доля лиц, совершивших суицид, ранее подвергалась травле, буллингу или другим формам насилия.

У большинства подростков не зафиксировано фактов буллинга, они не обращались хотя бы к школьному психологу или любым другим взрослым за помощью. И это дополнительно подчеркивает необходимость проведения диагностирования безопасности образовательной среды в системе школьной психологической службы.

Диаграмма 14



Диаграмма демонстрирует какую успеваемость показывали учащиеся, совершившие суицид.

У большинства подростков успеваемость была на уровне «хорошо» и «удовлетворительно». То есть поводом ухода из жизни школьную успеваемость нельзя считать основным.

Диаграмма 15



Диаграмма демонстрирует наличие обсуждений учащимися, совершивших суицид, возможности и формы суицида в социальных сетях.

Большинство подростков не обсуждали в социальных сетях и переписке с друзьями возможность совершения суицида.

7. Факторы, влияющие на суицидальное поведение детей и подростков

1. Детско-родительские отношения

Одним из основных факторов детского суицидального поведения являются конфликты с родителями и близкими.

Подростковый суицид является, как правило, криком о помощи, который никто не услышал. Однако можно выделить определенные **признаки-намерения**, предшествующие совершению суицида, такие как, **словесные, поведенческие, ситуационные**.

К словесным признакам-намерениям можно отнести прямые и косвенные высказывания ребенка о смерти, когда он сообщает, что собирается покончить с собой, не может так дальше жить, не хочет обременять никого своей проблемой, что родителям больше не придется о нем беспокоиться. Либо подростки могут много шутить на тему самоубийства и проявлять интерес к вопросам смерти.

Поведенческие признаки-намерения могут проявляться в том, что подростки упорядочивают незавершенные дела, круто меняют свои поведенческие привычки, разрешают конфликтные отношения с давними оппонентами, дарят другим значимые для себя личные вещи, проявляют признаки отчаяния, уныния, сниженного настроения, потери интереса к текущим делам.

Ситуационные признаки-намерения приближающегося суицида могут проявляться в социальной изолированности подростка, чувстве отверженности, ощущении себя жертвой насилия и наличием слишком критического настроения по отношению к себе

К любым признакам необходимо относиться серьезно. В действительности ребенок хочет найти поддержку, оптимизм, которые помогли бы ему утвердиться в желании жить, и, в первую очередь, он рассчитывает на понимание родителей, на их искреннюю любовь и принятие. Следует четко понимать: ребенок чувствует, когда его любят действительно, или ему только часто повторяют, что его любят.

2. Психические расстройства и отсутствие своевременной квалифицированной медицинской помощи подростку/либо отказ родителей от нее.

Проблемы психического здоровья, такие как депрессия и тревожные расстройства и другие, часто остаются невыявленными и не пролеченными у подростков. Стигматизация психических заболеваний мешает родителям обращаться за профессиональной помощью, даже к школьному психологу. Между тем ранняя диагностика психических расстройств в большинстве случаев помогает избежать серьезных нарушений в психике детей и позволит улучшить качество жизни ребенка в дальнейшем.

3. Психоэмоциональные трудности и влияние социальных сетей

По различным причинам подростки сталкиваются с чувством одиночества, непониманием со стороны родителей и сверстников, отсутствием друзей, неразделенной любовью, недостаточным доступом к информационным ресурсам в сельской местности (слабый интернет), разводом родителей, травлей/буллингом и др.

Социальные сети могут иметь положительное влияние, предоставляя платформу для общения, самовыражения и поддержки, но чрезмерное или неконтролируемое использование чаще приводит к негативным последствиям.

Негативное влияние социальных сетей может вызывать:

Психологические проблемы

- Тревожность и депрессия: постоянное сравнение себя с другими, «идеальными» образами которых представлен в ленте, может привести к развитию депрессивных синдромов. Страх что-то упустить также провоцирует тревогу.
- Низкая самооценка: анонимность позволяет высмеивать людей, что негативно сказывается на самооценке.
- Зависимость: формируется зависимость, которая может привести к асоциальному поведению, проблемам с учебой и реальным социальным взаимодействиям.

Физиологические последствия

- Нарушения сна: интенсивное использование устройств, особенно перед сном, нарушает выработку мелатонина (гормона сна), что ведет к ухудшению качества сна, эмоциональной нестабильности и повышению стресса.
- Изменение гормонального фона: чрезмерное время, проведенное в интернете, может изменять гормональный фон.
- Раздражительность и агрессия: постоянный поток информации и негативные комментарии могут вызывать раздражительность и агрессию.

Поведенческие изменения

- Ухудшение навыков общения: решение всех вопросов онлайн ведет к потере навыков реального общения.
- Кибербуллинг: анонимные комментарии и травля в сети могут иметь серьезные последствия для психического здоровья.
- Агрессивное поведение: как следствие, могут возникать агрессия и трудности в общении в реальной жизни.

8. Региональные особенности и причины суицидального поведения.

Региональные особенности суицида 2024 года.

1. **Значительный разброс показателей.** Наблюдается существенный разброс в количестве случаев между регионами. Показатели варьируются от 1 случая в Улытауской области до 34 в Туркестанской области.

2. **Выявление групп риска.** Регионы можно условно разделить на три группы:

- **Наименьшие показатели (1-5 случаев):** Улытауская, Восточно-Казахстанская, Павлодарская, Северо-Казахстанская, Абайская, Костанайская, Карагандинская, Акмолинская, Актюбинская области.

- **Средние показатели (6-9 случаев):** Кызылординская, Жетысу, Мангистауская, Атырауская, Западно-Казахстанская области.

- **Наибольшие показатели:** к этой группе относятся крупные города и области с высоким населением: Астана (10), Жамбылская область (14), г. Алматы (15), г. Шымкент (17), Алматинская область (19) и Туркестанская область (34).

- **Туркестанская область** является регионом с самым высоким абсолютным числом завершённых суицидов (34 случая), что выдвигает её в эпицентр проблемы подросткового суицида и требует усиления внимания соответствующих служб по параметрам, приведенным в рекомендациях.

- **Алматинская область и г. Шымкент** также демонстрируют критически высокие показатели (19 и 17 случаев соответственно), что свидетельствует о серьезности проблемы в южном регионе страны.

- **Крупные мегаполисы** (Астана, Алматы, Шымкент) в совокупности дают 42 случая, что составляет около 24% от общереспубликанского показателя, что диктует необходимость разработки специальных городских программ психического здоровья.

Гендерное распределение и региональные особенности

- **Девочки:**

Наибольшее количество случаев среди девочек зафиксировано в Алматы, Алматинской и Туркестанской областях — по 6 случаев.

По 5 случаев — в Астане и Шымкенте.

Акмолинская область (7 случаев всего) и Жетысу (5 случаев всего) — ни одного случая суицида среди девочек.

Особенность: лидируют южные регионы и мегаполисы.

- **Мальчики:**

Наибольшее количество случаев среди мальчиков — в Шымкенте, Алматинской, Жамбылской и Туркестанской областях.

Алматы — 9 случаев среди мальчиков.

Павлодарская область — нет случаев среди мальчиков.

Особенность: снова лидируют южные регионы.

Региональные особенности с учетом гендера.

Южные регионы (Алматы, Алматинская, Туркестанская, Жамбылская области, Шымкент) — стабильно высокие показатели среди обоих полов.

Северные и восточные регионы (Акмолинская, Павлодарская) — низкие показатели, причём в некоторых случаях отсутствуют случаи по одному из полов.

Мегаполисы (Алматы, Астана, Шымкент) — высокая концентрация случаев, особенно среди мальчиков в Алматы.

Анализ распределения суицидов среди детей из полных семей по регионам:

Высокий уровень:

- Туркестанская область — 25 случаев. Это самый высокий показатель среди всех регионов, что подтверждает тенденцию высокой концентрации суицидов в южных областях.
- Алматинская область — 15 случаев.
- Шымкент — 10 случаев.

Эти три региона формируют основную группу риска среди полных семей.

Средний уровень:

- Жамбылская область — 9 случаев.
- ЗКО — 7 случаев.
- Алматы, Атырауская, Жетысуская, Мангистауская области — по 6 случаев.
- Астана и Кызылординская область — по 5 случаев.

Эти регионы также требуют внимания, но ситуация менее критична, чем в Туркестанской и Алматинской областях.

Низкий уровень:

- Карагандинская область — 3 случая.
- Акмолинская, Костанайская, ВКО — по 2 случая.
- Абай, Улытауская, Актюбинская — по 1 случаю.

Северные и западные регионы демонстрируют минимальные показатели.

Южные регионы (Туркестанская, Алматинская, Шымкент) — лидируют по числу суицидов среди детей из полных семей.

Это может быть связано с социально-экономическим давлением; культурными нормами и семейными ожиданиями; недостатком психологической поддержки в школах.

Северные и восточные регионы — низкие показатели, что может отражать более стабильную социальную среду или лучшую доступность профилактических программ.

Выводы по социальному положению семей

Основная группа риска — семьи с хорошим и средним социальным положением:

Хорошее положение — 79 случаев (самый высокий показатель).

Среднее и благополучное положение — по 26 случаев.

Это подтверждает, что суицид среди подростков не является исключительно проблемой малообеспеченных или неблагополучных семей. **Наоборот, в 2024 году в Казахстане большинство случаев происходило в семьях, которые считаются социально устойчивыми.**

Анализ распределения суицидов по возрасту

Возрастная динамика:

Минимальные показатели в младшей группе:

- 10 лет — 3 случая;
- 11 лет — 9 случаев.

С 12 лет начинается рост случаев суицида:

- 12 лет — 13 случаев
- 13 лет — 18 случаев
- 14 лет — 22 случая

Пик суицидальных случаев приходится на подростковый возраст:

- 15 лет — 25 случаев;
- 16 лет — 30 случаев;
- 17 лет — 46 случаев (максимум).

После 17 лет резкое снижение: 18 лет — 7 случаев.

Особенность

Критический возраст — 15–17 лет, особенно 17 лет, когда количество случаев почти вдвое превышает показатели 16-летних.

Это совпадает с периодом:

- выпускных экзаменов и выбора профессии;
- высокого давления со стороны семьи и общества;
- формирования идентичности и эмоциональной нестабильности.

Анализ случаев суицида среди 16-летних по регионам

Почти все регионы имеют 1 случай среди юношей 16 лет (Атырауская, Акмолинская, Алматинская, Алматы, Абай, Мангистауская, Шымкент, Жетысуская, Астана, Кызылординская).

Среди девушек 16 лет — единичные случаи (Алматы, Жетысуская, Туркестанская, Астана, Шымкент).

Лидирующий регион:

- Туркестанская область — 11 случаев среди юношей (резкий скачок по сравнению с другими регионами).
- Жамбылская область — 3 случая среди юношей.

Это подтверждает тенденцию высокой концентрации суицидов в южных регионах.

Особенности распределения:

Юноши значительно преобладают среди 16-летних (особенно в Туркестанской области).

Девушки встречаются единично, без выраженного регионального кластера.

Анализ роли школьного психолога и упущенных возможностей

Факт: из 173 случаев суицида лишь 18 подростков (10,4%) обращались к школьному психологу, тогда как 133 трагедии произошли без какой-либо попытки поиска помощи.

Вывод: столь низкий процент обращений демонстрирует системную неэффективность действующей модели раннего выявления кризисных состояний.

Аргумент: 93% случаев носили импульсивный характер — без предсмертных записок и цифровых следов. Это означает, что решение принималось внезапно, и наличие рядом компетентного взрослого могло стать решающим фактором предотвращения трагедии.

Международные исследования подтверждают: **программы раннего выявления и сотрудники школ в качестве «вахтеров суицида» снижают риск суицидального поведения почти вдвое.**

Рекомендация: внедрить регулярные психоэмоциональные диагностики в школах, системное обучение педагогов и психологов распознаванию признаков кризиса, а также создать анонимные каналы экстренной помощи для подростков.

Эти меры соответствуют рекомендациям ВОЗ («Helping Adolescents Thrive») и доказали эффективность в США, Канаде и странах ЕС.

Систематические обзоры показывают: **интервенции, направленные на улучшение навыков помощи и повышение эмпатии среди школьных сотрудников, особенно эффективны при спонтанных суицидальных действиях.**

Анализ роли школьного психолога и критического возраста

Анализ данных показывает, что пик суицидальных случаев приходится на возраст **16–17 лет — 76 трагедий**, что составляет почти половину всех случаев среди старших подростков.

Наиболее уязвимой группой являются юноши, которые демонстрируют повышенную импульсивность и склонность к скрытому переживанию кризиса.

Этот возраст совпадает с периодом выпускных экзаменов, выбора профессии и формирования идентичности, когда эмоциональная нагрузка достигает максимума, а требования семьи и общества усиливают стресс.

Почему роль педагога-психолога жизненно важна?

В этот период подростки чаще сталкиваются с тревожностью, депрессией и чувством безысходности, но редко обращаются за помощью (только 10,4% случаев имели контакт с психологом).

Решение о суициде часто принимается внезапно: 93% случаев — без предсмертных записок, что подтверждает импульсивный характер действий.

Международные исследования показывают, что наличие доступного психолога в школе и регулярные диагностики снижают риск суицидального поведения почти вдвое.

На основе данных можно рекомендовать следующие шаги:

- Внедрить систему регулярного психоэмоционального мониторинга для учащихся 9–11 классов.
- Организовать тренинги для педагогов и родителей по распознаванию признаков кризиса.
- Создать анонимные каналы экстренной помощи (чат-боты, горячие линии).

Анализ роли школьного психолога и импульсивности суицидальных действий

Анализ 173 завершённых случаев суицида среди несовершеннолетних в 2024 году показывает, что большинство трагедий носили импульсивный характер:

- 161 случай произошёл без предсмертной записки,
- 127 — без цифрового следа (переписки или обсуждений в социальных сетях).

Это свидетельствует о внезапности решения, принятого в состоянии острого эмоционального кризиса.

Даже кратковременное присутствие рядом взрослого с навыками психологического сопровождения (психолога или даже любого сотрудника школы) могло разрушить цепочку развития кризиса.

Исследования подтверждают, что ситуация кризиса у подростков развивается быстро решение может быть принято в течение нескольких минут, и вовремя оказанная поддержка значительно снижает вероятность трагедии.

Международный опыт подтверждает эффективность системных мер в школах. Метаанализ 49 исследований (42 039 участников) показал, что универсальные программы профилактики в образовательных учреждениях снижают риск суицидального поведения почти вдвое.

Выводы

Критическая зона — Туркестанская область, где число случаев среди юношей в 16 лет почти в 10 раз выше, чем в других регионах.

Южные регионы (Туркестанская, Жамбылская) требуют усиленной профилактики среди юношей старшего подросткового возраста.

В остальных регионах показатели единичные, но требуют внимания для предотвращения роста.

Вероятные причины суицидального поведения детей

На основе проведенного многоаспектного анализа можно сформулировать систематизированные выводы, представляющие собой интегральную картину проблемы.

Региональный аспект.

Проблема суицидов среди несовершеннолетних в Казахстане имеет ярко выраженную территориальную специфику.

Сформировался устойчивый кластер повышенного риска на юге страны (Туркестанская, Алматинская области, г. Шымкент), а также в крупных мегаполисах (Алматы, Астана). Это требует отказа от унифицированного подхода в пользу дифференцированной региональной политики, учитывающей локальные социально-экономические, культурные и демографические факторы.

Социодемографический портрет группы наивысшего риска.

Наиболее уязвимой группой являются юноши в возрасте 16-17 лет, проживающие в полных, с внешней точки зрения благополучных семьях, в городской местности или густонаселенных сельских регионах. Высокий уровень завершенных суицидов среди юношей связан с комплексом гендерных стереотипов, поощряющих сдерживание эмоций и агрессию, в том числе направленную на себя.

Ключевой триггер: кризис детско-родительских отношений.

Основным катализатором суицидального поведения выступают не внешние факторы (буллинг, школьная неуспеваемость), а глубокие нарушения в эмоциональной коммуникации внутри семьи. Подросток не находит понимания, поддержки и принятия в самом близком окружении, что порождает чувство одиночества, ненужности и экзистенциального тупика. Внешнее благополучие семьи часто маскирует хронические конфликты, завышенные ожидания родителей и эмоциональную холодность.

Спонтанность и импульсивность.

Большинство случаев носит характер импульсивного поведенческого акта в ситуации острого эмоционального кризиса, а не результата длительного планирования. На это указывает небольшое количество предсмертных записок (7% от общего количества суицидентов), обсуждений в соцсетях и предварительных обращений за помощью. Девочки чаще чем мальчики оставляли предсмертные записки, 7 девочек и 5 мальчиков. Возраст оставивших записки варьируется от 11 до 17 лет. Выявить региональные особенности в наличии/отсутствии предсмертных записок не представляется возможным, ввиду крайне небольшой информации. Все вышеизложенное делает критически важной задачу обучения окружения (родителей, педагогов, сверстников) распознаванию признаков надвигающегося кризиса.

Системный пробел: неэффективность раннего выявления.

Существующая система психологического сопровождения в школах и на уровне первичного здравоохранения не выполняет в полной мере функцию

«сита». Она не способна своевременно идентифицировать детей с депрессивными и тревожными состояниями. Низкий процент обращений к специалистам перед суицидом свидетельствует о барьерах: стигме, недоверии, низкой информированности и, возможно, недостаточной компетентности части специалистов.

Проблема суицидов не является следствием единичной причины. Это симптом системной дисфункции, затрагивающей институты семьи, образования и здравоохранения. Борьба с детским суицидом требует не разрозненных акций, а комплексной национальной стратегии, направленной на укрепление психологического благополучия детей на всех уровнях.

9. Рекомендации

- **Региональная концентрация усилий**

Сфокусировать ресурсы на регионах с наибольшим числом суицидов: **Туркестанской, Алматинской областях, гг. Алматы, Шымкент и Астана.**

- **Усиление межведомственного взаимодействия**

Оптимизировать систему взаимодействия между Центрами психологической поддержки, организациями образования, органами здравоохранения, образования, полиции и социальной защиты для раннего выявления групп риска; готовить информационные материалы для специалистов в области медицины, образования и управления; распространять результаты исследования среди профессионального сообщества, заинтересованного в благополучии подрастающего поколения РК.

- **Профилактика среди несовершеннолетних**

Внедрить в школах регулярные скрининги психологического состояния учащихся силами школьных психологических служб и Центров психологической поддержки.

Провести обучение/тренинги для педагогов и родителей по распознаванию суицидальных признаков с привлечением специалистов в соответствующей области, например, в Центрах педагогической поддержки родителей.

Оптимизировать систему доступных и анонимных служб психологической помощи для подростков.

- **Сезонная профилактика**

Усилить информационные и профилактические кампании в критические периоды (весна и осень).

- **Гендерно-ориентированные программы**

Разработать программы, направленные на эмоциональную поддержку мальчиков-подростков, с учётом их специфических потребностей.

- **Работа с семьей**

Проводить семинары и консультации для родителей по вопросам детско-родительских отношений в рамках деятельности Центров педагогической поддержки родителей (ЦППР) и Центров психологической поддержки (ЦПП).

Обеспечить доступность семейной психотерапии (материальную и территориальную) для детей и взрослых в различных организациях.

- **Ограничение доступа к средствам суицида**

Ужесточить контроль за хранением лекарств, ограничить доступ к опасным местам в многоквартирных домах.

- **Повышение квалификации школьных психологов**

Обеспечить обучение школьных психологов методам ранней диагностики депрессии и суицидального поведения, постоянно повышать их квалификацию с учетом региональных потребностей.

- **Мониторинг и анализ.** Продолжить регулярный сбор и анализ данных с углубленным изучением причин и факторов детского суицида во всех регионах, даже с низкими показателями случаев суицида.
- **Создание анонимных каналов помощи.** Запустить круглосуточные он-лайн чаты. Разработать мобильное приложение с функцией экстренного обращения.
- **Инициировать дополнения в законодательство по вопросам профилактики выпадения детей из окон.**

10. Заключение

Проведенный анализ однозначно свидетельствует: проблема суицидов среди несовершеннолетних в Казахстане является сложной, многогранной и требующей безотлагательных, скоординированных действий на всех уровнях, в связи с формированием устойчивого кластера повышенного риска на юге страны (Туркестанская, Алматинская области, г. Шымкент), а также в крупных мегаполисах (Алматы, Астана).

Ключ к ее решению лежит не в поиске виновных, а в создании целостной, проактивной системы поддержки психологического благополучия ребенка, где семья, школа и общество выступают как единый защитный фронт. Эта система должна состоять из людей, которые самостоятельно иницируют действия, предвидят возможные проблемы и возможности, а также берут на себя ответственность за свои решения и их последствия.

Предложенные рекомендации носят комплексный и практико-ориентированный характер. Их реализация потребует консолидации политической воли, финансовых ресурсов и экспертного потенциала.

Однако инвестиции в психическое здоровье молодого поколения – это не только вопрос гуманитарный, но и фундаментальная основа долгосрочной социальной стабильности и экономического процветания страны. Каждый сохраненный разум и каждая спасенная жизнь – это бесценный вклад в будущее Казахстана.