

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ ИМЕНИ В.П. СЕРБСКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Шкитырь Елизавета Юрьевна

**ПОСМЕРТНАЯ КОМПЛЕКСНАЯ СУДЕБНАЯ ПСИХОЛОГО-
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ (КЛИНИЧЕСКИЕ
И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)**

14.01.06 – «Психиатрия»

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук
Бадмаева Валентина Дорджиевна

Москва - 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5-14
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ.....	15-42
1.1. Возрастные особенности суицидального поведения детей и подростков.....	15-22
1.2. Факторы риска суицидального поведения несовершеннолетних.....	22-34
1.3. Судебно-психиатрические аспекты посмертной КСППЭ «по факту смерти».....	34-42
ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	43-53
ГЛАВА 3. БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ.....	54-73
3.1. Биологические факторы.....	55-60
3.2. Психосоциальные факторы	60-73
ГЛАВА 4. КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ.....	74-108
ГЛАВА 5. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСМЕРТНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ОКОНЧИВШИХ ЖИЗНЬ САМОУБИЙСТВОМ.....	109-156
5.1. Посмертная КСППЭ несовершеннолетних при установлении психогенных психических расстройств в период, предшествующий самоубийству.....	117-129
5.2. Посмертная КСППЭ несовершеннолетних при психических расстройствах непсихогенной природы в период, предшествующий самоубийству и расстройствах, обусловленных неспецифическим психогенно травмирующим фактором.....	129-137

5.3. Посмертная КСППЭ несовершеннолетних с завершёнными суицидами под влиянием интернет-среды.....	137-152
5.4. Алгоритм экспертного исследования при проведении посмертной КСППЭ несовершеннолетних, окончивших жизнь самоубийством.....	152-156
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	157-172
ВЫВОДЫ.....	173-176
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	177-219
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	220-229

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

КСППЭ – комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза

МКБ-10 – Международная классификация болезней -10

ПАВ – психоактивные вещества

ПБ – психически больные

ПЗ – психически здоровые

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство

СЗ ПАВ – синдром зависимости от психоактивных веществ

СОШ – среднее общеобразовательное учреждение

СПЭ – судебно-психиатрическая экспертиза

РФ – Российская Федерация

СК РФ – Следственный комитет Российской Федерации

СМИ – средства массовой информации

УК РФ – Уголовный кодекс Российской Федерации

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Россия в рейтинге стран по продолжительности и защищённости детства находится на 947 строке (Индекс учитывает показатели здравоохранения, образования и в целом безопасности детства, и чем он ближе к 1000, тем уровень защищённости детства соответственно выше), что в целом является хорошим результатом (Global childhood report, 2020). Однако суицидальное поведение детей и подростков все еще остается актуальной проблемой современного общества. В Российской Федерации (РФ) самоубийства среди несовершеннолетних длительные годы находятся на достаточно высоком уровне (Байбарина Е.Н. с соавт., 2017). В 2017г. завершённые самоубийства у лиц (10-14 лет) составили 1,6 на 100 тыс. детей для данной возрастной группы, что в два раза превышает среднемировой показатель, а в возрасте 15-19 лет уже 8,4 на 100 тыс. лиц этого возраста, что на 13,5% больше, чем в мире (Положий Б.С., 2019). По данным Следственного комитета (СК) РФ в 2018г. в России окончили жизнь самоубийством 788 несовершеннолетних, что почти на 14% превышает показатели 2017г. Однако, по данным исследователей (Кекелизде З.И. с соавт., 2020), при рассмотрении количества завершённых суицидов по регионам, за один месяц – апрель 2020г., приходящийся на период самоизоляции вследствие пандемии COVID-19, уровень завершённых самоубийств среди несовершеннолетних не имел тенденции к эскалации, вместе с тем, число суицидальных попыток возросло примерно в два раза. Исследователями во многих развитых странах прогнозируется снижение уровня детско-подростковых суицидов, однако в Южной Америке, Восточной Азии, положительных сдвигов в этом направлении не отмечается (Glenn et al., 2020). Кроме того, усматривается тенденция к «омоложению» детско-подросткового контингента (Войцех В.Ф., 2007; Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 2009; Положий Б.С., 2010 - 2019; Макашева В.А., Слободская Е.Р., 2014; WHO, 2018).

Анализ существующих подходов к рассмотрению причин суицидального поведения детей и подростков показывает роль различных факторов – семейных, социальных, межличностных и иных внешних воздействий (Банников Г.С. с соавт., 2015; Розанов В.А. с соавт., 2021; Van Heeringen K. et al., 2014; Rufino K., Patriquin M., 2019). Многими авторами отмечается, что у подростков с повторными суицидальными попытками и завершёнными суицидами наблюдаются разнообразные поведенческие девиации, включая злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ), характерологические изменения по органическому типу, тревожные и посттравматические расстройства, депрессивные состояния с переживаниями одиночества и безнадежности, нарушения пищевого поведения, формирующаяся личностная патология (Незнанов Н.Г., Костюк Г.П., 2018; Скрыбин Е.Г. с соавт., 2021; King C.A. et al., 2013; Goldston D.B., 2015; Centers for Disease Control and Prevention, 2019). Вместе с тем только 12,6% суицидентов попадали под наблюдение врачей (Hawton K., Rodham K., 2002; Nugent A.C. et al., 2019).

Дискуссии относительно превалирования биологических или социальных факторов в формировании суицидального поведения в настоящее время представляются не столь актуальными. Теперь на их место приходит интегративный подход в соответствии с биопсихосоциальной концепцией, которая рассматривает суицидальность как результат взаимодействия совокупности факторов (биологических, психологических и социальных) (Положий Б.С., 2010-2019; Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., Мазо Г.Э., 2020; Van Heeringen K., 2012). Современные данные показывают, что большая часть несовершеннолетних суицидентов ведет активную социальную жизнь в интернете, вступает в группы суицидальной направленности, где они общаются на соответствующие темы, разыскивают партнеров для совершения совместного суицида, получают инструкции по наилучшему способу ухода из жизни, индуцируют друг друга (Бадмаева В.Д. с соавт., 2016; Любов Е.Б., Палаева Р.И., 2018; Бычкова А.М., Раднаева Э.Л., 2018; Макушкин Е.В. с соавт., 2020).

В связи с ростом суицидальной активности среди детско-подросткового населения, особенно вовлеченных в различные «группы смерти» в социальных сетях, Федеральным законом от 7 июня 2017 г. № 120-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и статью 151 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации в части установления дополнительных механизмов противодействия деятельности, направленной на побуждение детей к суицидальному поведению» ст. 110 УК РФ была расширена за счет ч.2, которая определяется такими квалифицирующими признаками деяния, как «совершение преступления в отношении несовершеннолетнего или лица, заведомо для виновного находящегося в беспомощном состоянии ...», «в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении, средствах массовой информации или информационно-телекоммуникационных сетях (включая сеть «Интернет»)». Помимо этого, УК РФ был дополнен двумя новыми статьями: 110-1 «Склонение к совершению самоубийства или содействие совершению самоубийства»; 110-2 «Организация деятельности, направленной на побуждение к совершению самоубийства». Вышеуказанные изменения УК РФ ставят перед экспертами совершенно новые задачи при проведении посмертной комплексной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) по возбуждаемым уголовным делам о склонении несовершеннолетних к суициду либо о содействии совершению самоубийства и требуют научного и практического анализа.

Степень разработанности исследуемой проблемы

Методологические основы посмертной судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) и КСППЭ лиц, окончивших жизнь самоубийством, разработаны в экспертологических трудах судебных психиатров и психологов (Зеневич Г.В., 1938; Калашник Я.М., 1963-1970; Липанов Р.Р., 1971; Коченов М.М., 1978; Кудрявцев И.А., 1999; Шостакович Б.В., Пелипас В.Е., 1989; Харитонов Н.К., 1991; Сафуанов Ф.С., 1995-2021; Горинов В.В., 1986-1994; Печерникова Т.П., 1990-2004; Ткаченко А.А., 2001-2002; Туденева Т.Н., 2004; Фастовцов Г.А., 2004; Савина О.Ф. и Морозова М.В. 2007; Сафуанов Ф.С., Секераж Т.Н. 2017 и др.). Однако относительно посмертной КСППЭ

несовершеннолетних по факту суицида встречаются лишь единичные работы (Сафуанов Ф.С., Секераж Т.Н., 2017; Спадерова Н.Н. с соавт., 2018; Бычкова А.М., Ворсина О.П., 2020). Вместе с тем проблема разработки ее методологии и методики является актуальной. Как показывает практика, данные экспертизы требуют несколько иных подходов по сравнению со СПЭ взрослых лиц. Прежде всего, это связано с возрастной спецификой, а также появлением новых информационных рисков, потенцирующих суицидальное поведение детей и подростков. Меняются и экспертные задачи, которые ставятся при производстве КСПЭ несовершеннолетних по указанным делам.

В связи с вышеизложенным, посмертная КСПЭ несовершеннолетних по факту суицида представляет собой один из наименее разработанных видов экспертиз и требует совершенствования как методологических подходов, так и выработки экспертных критериев оценки психического состояния несовершеннолетних в юридически значимый период.

Целью исследования являлось ретроспективное выявление комплекса клинико-психопатологических, социально-психологических, ситуационных (психогенных) факторов определяющих психическое состояние детей и подростков в юридически значимый (пресуицидальный) период для совершенствования методологии проведения посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних.

Задачи исследования

1. Определить комплекс клинико-психопатологических, социально-психологических, ситуационных (психогенных) факторов, оказывающих влияние на суицидальное поведение несовершеннолетних и провести их сравнительный анализ с учетом возрастной периодизации.
2. Выявить и описать основные психические и поведенческие расстройства у несовершеннолетних с суицидальным поведением, уточнив их актуальную клиническую и возрастную специфику.
3. Выделить модели причинно-следственной связи между действиями конкретных лиц, обвиняемых (подозреваемых) в доведении до самоубийства и

психическим состоянием несовершеннолетнего суицидента в юридически значимый (пресуицидальный) период.

4. Изучить влияние информации деструктивной направленности в интернет сети на психическое состояние несовершеннолетнего суицидента и определить ее судебно-психиатрическое значение в юридически значимый (пресуицидальный) период.
5. Уточнить принципы и алгоритм экспертного исследования в рамках посмертной комплексной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних, окончивших жизнь самоубийством.

Научная новизна исследования

Впервые проведено ретроспективное целостное исследование психического состояния несовершеннолетних суицидентов по материалам уголовных дел, направленных судебно-следственными органами для проведения посмертной КСППЭ. Выполнен сравнительный анализ факторов (клинико-психопатологических, ситуационных (психогенных)), а также социально-психологических), оказывающих влияние на суицидальную активность несовершеннолетних в зависимости от возрастного периода. Описана клиническая структура психических и поведенческих расстройств у несовершеннолетних суицидентов и определена их возрастная предпочтительность. Впервые уточнены критерии и выделены модели (варианты) причинно-следственной связи между действиями конкретных лиц, обвиняемых в доведении до самоубийства и психическим состоянием несовершеннолетнего суицидента в пресуицидальном периоде. Разработаны принципы комплексной судебной психолого-психиатрической оценки влияния информации деструктивной направленности в сети интернет на суицидальное поведение несовершеннолетних.

Теоретическая значимость исследования

Получены новые данные, формирующие представление об актуальных и потенциальных факторах риска суицидального поведения несовершеннолетних с учетом их психического состояния и возрастного периода. Впервые изучено

влияние деструктивного контента на психическое состояние несовершеннолетних и его роль в суицидальном поведении детей и подростков. На основании проведенного системного анализа клинико-психопатологических, социально-психологических, ситуационных (психогенных) показателей совершенствованы методологические подходы при проведении посмертной КСППЭ несовершеннолетних с учетом современных условий и измененного законодательства.

Практическая значимость результатов работы заключается в том, что данные исследования могут быть использованы в клинической детско-подростковой психиатрии, суицидологии и в судебно-психиатрической практике. Полученные новые сведения, учитывающие влияние современных цифровых технологий на психическое состояние несовершеннолетних лиц, позволят более эффективной организации лечебно-профилактических мероприятий при оказании специализированной психиатрической помощи подросткам и перспективному развитию межведомственной медико-социальной профилактики суицидального поведения несовершеннолетних. Уточненные критерии и разработанные модели (варианты) причинно-следственной связи между действиями обвиняемых в доведении до самоубийства и психическим состоянием суицидента будут способствовать оптимизации работы экспертных комиссий по проведению КСППЭ по «факту смерти».

Методологическая база диссертационной работы определялась системным и консеквентным применением методов научной деятельности. Для достижения поставленных в диссертационном исследовании цели и задач выполнен ретроспективный клинико-психопатологический, клинико-динамический и герменевтический анализ посмертных КСППЭ несовершеннолетних, окончивших жизнь самоубийством. Диссертационная работа основываясь на категориях клинической подростковой, социальной и судебной психиатрии. В области клинической подростковой психиатрии исследование опиралось на фундаментальные работы Сухаревой Г.Е., Ковалева В.В., Гурьевой В.А., Личко А.Е., Вострокнута Н.В., Макушкина Е.В.,

Буториной Н.Е., Макарова И.В. и др.; в области суицидологии – Амбрумовой А.Г., Войцеха В.Ф., Корнетова А.Н., Положего Б.С., Дмитриевой Т.Б., Любова Е.Б., Зотова П.Б. и др.; в области судебной психиатрии и психологии – Фелинской Н.И., Пелипаса В.Е., Калашникова Я.М., Кудрявцева И.А., Шостаковича Б.В., Кондратьева Ф.В., Печерниковой Т.П., Горинова В.В., Туденевой Т.Н., Харитоновой Н.К., Сафуанова Ф.С., Дозорцевой Е.Г., Ткаченко А.А.

Квалификация определяемых психических и поведенческих расстройств основывалась на клинико-диагностических критериях, приведенных в Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), а также в специализированных руководствах по детско-подростковой психиатрии.

Положения, выносимые на защиту

1. Посмертные комплексные судебные психолого-психиатрические экспертизы несовершеннолетних с суицидальным поведением требуют узкоспециализированных познаний в области детско-подростковой психиатрии и психологии. Их спецификой является оценка психического и эмоционального состояния в период, предшествующий смерти, а также всех возможных факторов, оказывающих влияние на формирование психического состояния детей и подростков.

2. Биопсихосоциальный подход является оптимальным для исследования суицидального поведения лиц детско-подросткового возраста. Потенциальные (биологические, социальные) факторы представляют собой значимые предикторы формирования и реализации суицидального поведения у несовершеннолетних. Актуальные (клинические) факторы влияют на суицидальную активность несовершеннолетних в зависимости от возрастных особенностей и выраженности психопатологических нарушений.

3. Психические и поведенческие расстройства у несовершеннолетних с суицидальным поведением характеризуются клинико-динамическими особенностями, сопряженными с возрастными закономерностями развития и гендерной специфичностью. Психогенные психические расстройства, обусловленные межличностными проблемами и социальной, включая школьной

дезадаптацией, в большинстве случаев отмечаются у лиц старшего подросткового и юношеского возраста и существенно повышают их суицидальную активность.

4. Аутоагрессивной направленности контент оказывает специфическое воздействие на психическое состояние несовершеннолетних с формированием психогенных психических расстройств особой клинико-динамической структуры и является одним из существенных факторов суицидальной активности подростков.

5. Предметом экспертной оценки при посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизе по делам о самоубийствах несовершеннолетних является психическое (эмоциональное) состояние лица в период, предшествующий смерти, и установление причинно-следственной связи указанного состояния с действиями обвиняемого (или подозреваемого), которым лицом, осуществляющим производство по делу, дана юридическая квалификация в соответствии со ст.ст. 110, 110.1 Уголовного кодекса РФ.

Степень достоверности полученных результатов подтверждается репрезентативностью клинической выборки, применением адекватных методов исследования в т.ч. статистических для решения поставленных задач.

Личный вклад автора в проведенное исследование

Автор лично сформулировал цель, задачи исследования, подготовил план оригинальной диссертационной работы, изучил и сопоставил литературные данные с теоретическими положениями исследования. Диссертант самостоятельно провел ретроспективное исследование, составил базу данных, провел ее статистическую обработку, обобщил полученные результаты, подготовил публикации, текст диссертации и автореферат.

Апробация работы

Основные положения диссертационного исследования были доложены:

- на XVI Съезде психиатров России: Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» (23-26.09.2015г., г. Казань);

- на III Всероссийской Костромской школе молодых ученых и специалистов в области психического здоровья. «Шизофрения: настоящее, взгляд в будущее» (19-22.04.2016г., г. Кострома);

- на Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии «Психическое здоровье детей страны – будущее здоровье нации» (4-6.10.2016г., г. Ярославль);

- на XIII Всероссийской школе молодых ученых в области психического здоровья (23-27.04.2017г., г. Суздаль);

- на Научно-практической конференции: «Современные тенденции развития психиатрической помощи: от региональных моделей к общей концепции» (14-15.09.2017г., г. Екатеринбург);

- на IV Хорватско-российском Международном конгрессе по психиатрии, наркологии и психотерапии: «The fourth Croatian-Russian psychiatric congress. Conference proceedings» (13-15.04.2018г., Хорватия);

- на Проблемном совете по судебной психиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» (16.10.2020г.);

- на Международном конгрессе: «20th WPA World Congress of Psychiatry» (Virtual Congress) (10-13.03.2021г.);

- на III Конгрессе «Психическое здоровье человека XXI века» (8-10.10.2021г., г. Москва).

Реализация и внедрение результатов исследования

Результаты диссертационного исследования используются в клинической деятельности, а также при производстве КСППЭ несовершеннолетних лиц в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, ГБУЗ МО «Центральная клиническая психиатрическая больница», ГБУЗ Тюменской области «Областная клиническая психиатрическая больница».

Публикации

По теме диссертационной работы опубликовано **18** печатных работ, в том числе **6** статей в рецензируемых научных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Министерства образования РФ.

Объем и структура диссертации

Диссертационное исследование изложено на 229 страницах машинописного текста и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, списка сокращений, списка литературы (всего библиографических источников - 366, из них - 237 отечественных и 129 иностранных публикаций), а также приложения (11 таблиц). Иллюстративный материал диссертации включает 13 рисунков.

ГЛАВА 1

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

1.1. Возрастные особенности суицидального поведения детей и подростков

Феномен «суицидальное поведение» – сложный комплекс взаимодействующих факторов: социопсихологических, индивидуальных, средовых, этнокультуральных, биологических (WHO, 2014, 2018). Это более емкое понятие, нежели сам термин «суицид», так как объединяет суицидальные попытки, завершённые суициды, а также аутоагрессивное реагирование в целом (Амбрумова А.Г., 1995). Согласно МКБ-10 «самоубийство – это преднамеренное нанесение себе самоповреждения либо в ходе отравления или иного травмирования» и отмечается с помощью дополнительного кода X (МКБ-10, глава XX), при этом не разграничивается сам акт самоубийства и парасуицидального проявления (Казаковцев Б.А., Голланд В.Б., 1998). Более широко употребляемым в научной литературе является деление на завершённое самоубийство и суицидальные попытки (Амбрумова А.Г., 1985), при этом дефиниция суицида заключается в намеренности лица лишения себя жизни (WHO, 2014, 2018), а парасуицид лишь собственно проявление аутодеструктивной активности, без летального исхода (Любов Е.Б., Зотов П.Б., 2021).

Суицид несовершеннолетних в последние годы занимает одну из ведущих причин смертности и инвалидизации детско-подросткового населения во многих странах мира, вне зависимости от степени экономической развитости, что обуславливает большое количество исследований в этой области среди суицидологов, детских психиатров и специалистов смежных профессий (Положий

Б.С., 2010; Любов Е.Б. с соавт., 2012; Фесенко Ю.А., Холмогорова А.Б., 2017; Karch D.L. et al., 2013; Sawicka J. et al., 2013).

Стоит отметить, что если в целом по России с начала 2000г. общая смертность в результате суицидов снижается, то в отношении несовершеннолетних отмечена не столь позитивная динамика. В 2013г. РФ вышла на первое место среди стран Европы по уровню самоубийств несовершеннолетних, при этом был отмечен рост числа суицидов в раннем подростковом возрасте, а также парных суицидов (по различным данным от 17 до 39%) (Росстат, 2016). В 2017-2019 гг. исследователями отмечается некоторое плато по частоте завершенных суицидов среди несовершеннолетних до 17 лет и составляет 1,2-1,3 на 100 тыс. лиц данной возрастной группы (Положий Б.С., 2019). Однако, важно отметить существенные региональные различия уровней самоубийств: так лидирующая Республика Алтай (Сибирский федеральный округ) превышает среднероссийский показатель по суицидам среди несовершеннолетних в 6,9 раза (9 на 100 тыс. лиц) и значительно превосходит уровень самоубийств в Республиках Северного Кавказа (Положий Б.С., 2019).

Согласно базе данных о смертности (2018) Европейского региона ВОЗ, число суицидов в возрасте до 14 лет в РФ соответствует 0.8, что является высоким показателем и соотносится с такими развивающимися странами как Туркменистан (1.0), Украина (0.9), Черногория (0.8) и др. В 2019 г. смертность молодых людей (15-19 лет) обоих полов в результате суицида занимала четвертое место (Campisi S. et al., 2020; ВОЗ, 2021). По данным СК РФ в 2020г. в стране совершили суицид 548 несовершеннолетних. Однако по мнению специалистов, указанные статические данные, являются значительно заниженными и не соответствуют реальному числу погибших и лишь приблизительно дают возможность оценить степень суицидальной опасности несовершеннолетних (Эрдынеева К.Г., Филиппова В.П., 2010; Hu J. et. al., 2015), особенно это касается случаев самоубийств, сокрытых под маской несчастных случаев (Морев М.В. с соавт., 2014; Martin P.C. et al., 2015; Cents R. et al., 2016).

Многие авторы прогнозируют рост числа детско-подростковых

самоубийств, как следствие ухудшения психического здоровья данного контингента, а также снижения адаптивных возможностей под влиянием различных психотравматизаций, в т.ч. за счет опасного информационного контента (Вагин Ю.Р., 2011; Макушкин Е.В. с соавт., 2015; Hetrick S. et al., 2012). При этом одной из важных целей ВОЗ являлось снижение уровня самоубийств на 10% к 2020г., а к 2030г. снижение глобального уровня смертности от самоубийств на треть (Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020; WHO, 2019). В России также на национальном уровне принимают меры медицинской и социальной профилактики суицидального поведения среди несовершеннолетних (Байбарина Е.Н. с соавт., 2017; Макушкин Е.В., Демчева Н.К., 2019).

Проблема суицидальной активности несовершеннолетних связана, прежде всего, с возрастным фактором. Подростковый возраст – это период трансформации индивида от детства к взрослости, биологической перестройки организма, психологических процессов, а также этапа становления и формирования ценностей, взглядов и убеждений. В этот кризисный период в организме ребенка наблюдаются процессы, которые качественно влияют на дальнейшее развитие и жизнь данного индивида (Выготский Л.С., 1960; Авдулова Т.П., 2021; Fergusson D.M. et al., 2000). Специалисты (психиатры и психологи) определяют пубертатный криз и как самостоятельный этап в формировании ребенка и как особый переходный период от детства к взрослости (Гурьева В.А. с соавт., 2007; Иванова А.Е. с соавт., 2011). Л.С. Выготский (1960) отмечал, что психическое развитие маленького индивида сопряжено с изменениями в сознании на функциональном уровне, когда каждая стадия онтогенеза отражает готовность ребенка к восприятию новой информации (переживаний, ощущений) и каждый последующий этап характеризуется преобладанием одних психических процессов над другими. Это в комплексе (расширение жизненного опыта; развитие мыслительной сферы) определяет поведение ребенка на уровнях его осознанности и произвольности. Свойственные подростковому возрасту максимализм, низкая стрессовая толерантность, недостаточность прогноза в условиях психотравмирующей ситуации («кризис» собственной личности; чувство

одиночества, утрата привычного детского окружения, замедление усвоения новых социальных ролей) легко приводят к дезорганизации и суицидальному поведению (Иванова А.Е. с соавт., 2011; Макушкин Е.В., Чибисова И.А., 2017; Cha C. et al., 2018; Biswas T. et al., 2020). По мнению ряда авторов суицидальная активность несовершеннолетних реализуется за счет «депрессивной» окраски окружающего и несформированности антисуицидальных барьеров (Корнетов А.Н., 2003; Мазаева Н.А. с соавт., 2008; Попов Ю.В., Пичиков А.А., 2011). Считается, что формально к окончанию подросткового периода (17 лет) самостоятельность, морально-нравственные установки определяются менее чем у 10% юношей (Барденштейн Л.М., Можгинский Ю.Б., 2005; Гурьева В.А. с соавт., 2007), причем для них характерна дисгармония между биологическим взрослением, представлениями о собственной взрослости и незрелыми эмоциональными реакциями (Вахрушева Л.Н., 2011; Sartorius N., 2013). По мнению С. Тиано с соавт. (2005), суицидальная активность в детско-подростковом возрасте имеет свои особенности, а именно: собственно желание смерти и желание совершить суицид, и рассматриваются авторами как изолированные друг от друга феномены. Специфических симптомов достоверно указывающих на возможность совершения несовершеннолетним самоубийства на сегодняшний день в литературе не содержится (Цыганков Б.Д., Ваулин С.В., 2012). Вместе с тем некоторые авторы описывают ряд аффективных, вербальных симптомов, а также изменений в поведении, нарушения сна, потерю аппетита, которые позволяют заподозрить суицидальный риск (Соколова Е.Т., Сотникова Ю.А., 2006; Кудрявцев И. А., Декало Е. Э., 2012).

Традиционно суицидальное поведение делят на две основные группы – истинное и демонстративное (Шир Е., 1984; Личко А.Е., 1985). Однако такой подход в детско-подростковом возрасте носит условный характер, в связи с недостаточностью жизненного опыта, малым объемом познаний в целом, возрастной личностной незрелостью, прогностической несформированностью, непониманием необратимости смерти, субъективными проблемами половой идентификации (Петрова Н.Н., Задорожная М.С., 2013; Пичиков А.А., 2015; Clifford A.C. et al., 2013; Tsypes A. et al., 2016; Toomey R.V. et al., 2018). А.Г.

Амбрумова (1995) выделяла три стадии суицидального поведения. Начальная – стадия возникновения суицидальной идеи и ее обдумывания, поздняя – стадия амбивалентности, пронизанная сомнениями, взвешиванием «за и против» и финальная – стадия выхода (совершения самого суицидального акта). Однако у несовершеннолетних по сравнению с взрослыми практически отсутствует стадия амбивалентности. А.Е. Личко (1985) считал, что только у 10% несовершеннолетних имеются истинные суицидальные намерения. По мнению Я.И. Гилянского (2013), в возрастном аспекте суицидальная активность несовершеннолетних тесно связана с конфликтными взаимоотношениями в учебной среде, интимно-личностной и семейно-бытовой сферах. Согласно отечественным исследованиям, суицидальные мысли наблюдались у 14% несовершеннолетних (Холмогорова А.Б., Воликова С.В., 2012). М. Donald с соавт. (2001) указывали, что каждый 3-й молодой человек имел в прошлом суицидоопасные замыслы, 1,2% молодых людей обдумывали план суицида, предпринимали суицидальные попытки - 6,9%. По данным Р. Miotto с соавт. (2003), более трети несовершеннолетних имели мысли суицидального характера. Более поздние исследования показали, что от 10,3 до 17% молодых людей планировали попытку самоубийства, а 5,4-10,6% совершили суицидальные действия в течение двух лет (Кирпиченко А.А., Барышев А.Н., 2015; Zaborskis A. et al., 2016; Glenn C.R. et al., 2017). А.Е. Иванова с соавт. (2011) отмечают, что суицидальные мысли возникают у 45% девочек и 27% мальчиков. В допубертатном периоде (до 12 лет) суицидальное поведение чаще проявляется у лиц мужского пола, в возрастной группе 12-14 лет у обоих полов частота суицидальных попыток не различается, в более старшем периоде – выше у лиц женского пола (Кривулин Е.Н., Кривулина О.Е., 2014; Пичиков А.А., 2015; Collishaw S.M., 2015). Считается, что у юношей, в связи с более высоким уровнем агрессии и брутальности не только выше процент реализации суицидальной попытки, но и ее завершенности (7:3 в абсолютных цифрах) (Rhodes A.E. et al., 2012), в отличие от девочек (Karch D.L. et al., 2013).

По разным данным, соотношение числа завершённых самоубийств к суицидальным попыткам в детско-подростковом возрасте колеблется от 1:30 (Cutcliffe J.R., 2003), 1:200 (Maris R.W., 2002), до 1:700 (McMahon E.M. et al., 2014) и по отношению к среднему возрасту возрастает почти в 10 раз (до 1:70-1:100) (Войцех В.Ф., 2007; Кальной В.С., 2010). При этом соотношение между мужским и женским полом при завершённых суицидах составляет 3:1 (Лазебник А.И., 2000). Достоверно доказано, что более половины несовершеннолетних с ранней суицидальной активностью повторно осуществляют суицидальные действия (Czyz E.K., King C.A., 2015). Эти лица чаще отличаются деликвентным поведением, чем их сверстники, употребляют ПАВ, у девочек отмечается ранняя беременность (Кальной В.С., 2010; Попов Ю.В., Пичиков А.А., 2011; Kann L. et al., 2015). Считается, что нередко последующие суицидальные действия у подростков носят более brutальный характер, учитывая опыт неудавшейся попытки, и рассматриваются в рамках аддиктивного поведения с закреплением стереотипного реагирования на психотравмирующие ситуации (Менделевич В.Д., 2002; Бруг А.В., 2008; Цыганков Б.Д., Ваулин С.В., 2012; Пичиков А.А., 2015). Согласно исследованиям уровень самоубийств среди несовершеннолетних резко увеличивается к старшему подростковому и юношескому возрастному периоду, достигая 18,4% и выше (Попов Ю.В., Пичиков А.А., 2011; Логинов И.П., Солодкая Е.В., Савин С.З., 2014; Goldston D.V. et al., 2015).

Способы совершения суицида у несовершеннолетних как показывают данные, зависят от ряда условий: половой принадлежности, культуральных особенностей, территории проживания, и даже эстетической стороны, которая имеет важное значение для девушек. Так по данным D.L. Karch и соавт. (2013), аутоудушение встречается в более чем 50,2% случаев. Другие авторы (Ворсина О.П., Симуткин Г.Г., 2012; Зотов П.Б., Родяшин Е.В., 2013) отмечают, что самоповешение, отравление, тяжелые самоповреждения, приводящие к суициду, встречаются в данном периоде в равных пропорциях. Попытки отравления и самоповреждения сосудов считаются более «модными» способами, которые выбирают подростки для ухода из жизни (Коломыцев Д.Ю., 2019). Однако,

согласно последним исследованиям (Бадмаева В.Д. с соавт., 2016), подростки все чаще предпочитают такие летальные способы суицида как падение с высоты (68,0%), также для некоторых регионов актуальным становятся преднамеренные железнодорожные травмы и применение огнестрельного оружия, что согласуется с данными ВОЗ (Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020; WHO, 2019).

Пик суицидальной активности, как правило, приходится преимущественно на теплое время года: в весенний (34%) и летний (31%) периоды (Christodoulou C. et al., 2012; Benard V. et al., 2015). Суточный пик суицидальных попыток, по данным D.L. Karch и соавт. (2013) отмечается в дневное время (около 80%), чаще в условиях домашней обстановки, в выходные дни или в понедельник.

Стоит обратить внимание, что различия в проявлении суицидальной активности в разных возрастных группах детско-подросткового периода вызваны также и различным восприятием образа смерти. С.В. Зиновьев (2002) указывает, что своеобразие понимания ребенком жизни и смерти является субстратом суицидальной активности. Кроме того, исследователь показывает, что истинность суицидального поведения у детей младшего возраста определить маловероятно. Так, примерно с 7-8 лет у детей появляется некоторое представление о смерти, в т.ч. собственной, но она им кажется чем-то далеким, в последующем добавляются установки окружения (религиозные и прочие аспекты), в которых формируется индивид (McIntire M.C., 1972). В возрастном отрезке 10-12 лет у детей понимание смерти представляется как явление проходящее, временное, применяемое в качестве наказания окружения, а не истинного желания уйти из жизни. У ребенка отсутствует страх перед смертью, он легко оперирует этим понятием и различными опасными способами, т.е. «играет в смерть», не испытывая при этом отрицательных эмоций (Бруг А.В., 2008; Иванова А.Е. с соавт., 2011; Жезлова Л.Я., 2012; Каневский В.И., 2013; Raposo S. et al., 2014). Именно появление страха смерти тесно взаимосвязано с взрослением и более полными представлениями о жизненных ценностях, так называемый экзистенциальный поиск, размышления о смерти и жизни (Личко А.Е., 1985; Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2019; OsierNybo M. et al., 2008). У подростков, в силу свойственных в данном возрасте

эмоциональной неустойчивости, завышенной самооценки, эгоцентризма, а также несформированности критических способностей отмечается «обесценивание жизни как самоценности» (Матафонова Т.Ю., 2013; Czyz E.K., King C.A., 2015).

А.А. Султанов (1983) писал, что у психически здоровых несовершеннолетних основными факторами суицидальной активности являются психотравмирующая внутрисемейная ситуация, изменение в социальном статусе, не соответствующее притязаниям, употребление ПАВ (для облегчения реализации суицидального акта). В результате все действия несовершеннолетнего, при непонимании «конечности жизни» и не проецирующие это в отношении самого себя (Амбрумова А.Г., 1978), направлены на восстановление утраченной межличностной социальной коммуникации (Зиновьев С.В., 2002).

Е. Шир (1984) аналогично утверждает, что суицидальное поведение подростка направлено на активацию социальных связей и погашению имеющегося конфликта. При этом А.Г. Амбрумова и В.А. Тихоненко (1978) отмечали, что у несовершеннолетних страх смерти не основывается на осознанном понимании ценности жизни, а при сопутствующем аффективном расстройстве (депрессии) – отсутствует вовсе.

Таким образом, особенности адаптационных механизмов и своеобразие индивидуально-психологических характеристик в детско-подростковом периоде дают возможность выделять детско-подростковую суицидологию как самостоятельную область знаний (Иванова А.Е., 2011; Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2019).

1.2. Факторы риска суицидального поведения несовершеннолетних

Многие исследователи, изучающие проблему суицидального поведения, уделяют особое внимание детерминирующим их факторам, что проявляется в различных подходах к пониманию его развития. Так, биологический подход базируется на изучении нарушений ранних этапов онтогенеза у человека, его

семейного суицидального анамнеза, а также нейробиологических исследованиях (Brent D.A., Mann J.J., 2006; Wasserman D. et al., 2008; Pompili M. et al., 2010; Janelidze S. et al., 2011; Mann J.J., 2013). В ряде работ рассматривается этиологическая связь между аномалиями развития в онтогенезе, психопатологической симптоматикой и последующим суицидальным поведением (Шалимов В.Ф., 2003; Макушкин Е.В., 2009; Ворсина О.П., Баркова Н.П., 2012; Малинина Е.В. с соавт., 2016; Хруленко-Варницкий И.О., 2017). Методы нейровизуализации позволили ученым определить у несовершеннолетних неравномерность в темпах созревания и отставание в скорости миелинизации структур мозга. При этом некоторые зоны головного мозга, к примеру, несущие ответственность за функционирование моторики и сенсорики формируются раньше, а отделы ответственные за контроль позднее. Как следствие, в детско-подростковом возрасте отмечается незрелость эмоционально-волевой сферы на фоне недостаточного когнитивного контроля (Casey B.J., Duhoux S., Cohen M.M., 2010). При дизонтогенетических нарушениях нестабильность психической деятельности подростка еще более усугубляется, обуславливая аффективные расстройства и импульсивность в поступках (Макушкин Е.В., 2009; Лобачева Л.П., 2018).

В современных условиях с появлением возможности проведения более сложных генетических, нейробиохимических и иммунологических методов исследований расширяются границы оценки степени суицидального риска индивида. Так, ряд исследований (Розанов В.А. с соавт, 2019; Janelidze S. et al., 2011) свидетельствуют о генетической обусловленности суицидальной активности. Выявлено, что в первом поколении у семей суицидентов частота суицидального поведения в 4,5 раза выше, чем в семьях без суицидального анамнеза. Аналогичные данные были получены при сравнении детей, усыновленных семьями с «неблагополучной» наследственностью и детей, усыновленных семьями без фамильной истории суицида. У первых в шесть раз преобладала суицидальная активность. Согласно гипотезе S. Kety (1986) в первом случае, у этих детей утрачена способность к контролю над импульсивным

поведением. Однако многие исследователи считают, что наследоваться может склонность лица к психопатологическим нарушениям, в структуре которых проявляется суицидальная активность человека, при наличии определенных условий и дезадаптации (Амбрумова А.Г., 1980; Александровский Ю.А., 2007). В работе А.Е. Ивановой с соавт. (2011) показана связь склонности индивида к суициду с работой детоксикационных систем и ее ферментов – NAT2, обеспечивающие синтезирование в эпифизе мелатонина из серотонина. По активности данного фермента человеческая популяция подразделяется на две группы N-ацетиляторов: быстрые и медленные. Было выяснено, что при медленной активности данного фермента люди более склонны к суицидальному поведению. У несовершеннолетних в период пубертатного криза активность фермента NAT2 резко сокращается, как следствие, снижается уровень мелатонина. В результате, такие подростки чаще страдают аффективными расстройствами (депрессиями), и у них наблюдается более высокий суицидальный риск. В других исследованиях рассматривается взаимосвязь генов и ранее полученной, но до определенного момента латентной психотравмы с последующим (под влиянием триггера) развитием суицидальной активности (Розанов В.А., Моховиков А.Н., Вассерман Д., 1999; Розанов В.А. с соавт., 2016; Szyf M., 2009). Однако многие работы доказывают, что носительство подобных генов само по себе не формирует суицидальное поведение, кроме генетической предрасположенности, необходимо влияние и других факторов (Hong C.J. et al., 2003; Soloff P.H. et al., 2005; Wasserman D. et al., 2008).

Ряд исследователей к маркерам депрессивных расстройств и суицидальной активности относят дисфункции в дофаминергической, норадренергической, серотонинергической и других системах мозга (Balcioglu Y.H., Kose S., 2017; Quessy F. et al., 2021; Sohn M., 2021).

Ряд авторов придерживаются мнения, что суицидальная активность в детском возрасте больше связана с ситуативно-личностным реагированием, нежели с психопатологической симптоматикой (Панченко Е.А., Положий Б.С, 2012) и только к подростковому периоду роль психических заболеваний в

суицидогенезе возрастает (Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2019). Однако в работах других исследователей подчеркивается существенная роль психопатологии (расстройство личности, аффективная патология, реактивные состояния, эндогенные процессы, употребление ПАВ и т.д.) в развитии суицидального поведения в детско-подростковом возрасте (Nock M.K. et al., 2008; Bolton J.M. et al., 2008). Согласно данным суицидальная активность психически больных, в т.ч. несовершеннолетних, неуклонно растет от 10-20% с начала 20 века до 80-90% всех совершаемых суицидов в современное время (Лейбович Я.Л., 1923; Амбрумова А.Г., 1995; Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2019; Wessel G., Koch W., 1963). Это, по мнению Р.Г. Липанова (2000), связано с динамикой взглядов на психическую патологию в целом. Так, самоубийство не может быть совершено лицом без психических расстройств, поскольку понятие нормы психического здоровья измеряется способностью индивида к адаптивному поведению, а добровольный уход из жизни вступает в противоречия с инстинктом самосохранения (Загниборода О.В., 1998; Положий Б.С., 2010). Вместе с тем считается, что свыше 70% подростковых суицидов совершается на фоне психического здоровья (Dodig-Curkovic K. et al., 2010; Rajewska-Rager A. et al., 2015).

При клинико-нозологическом анализе суицидов у несовершеннолетних ведущее место занимают акцентуации личностных черт, формирующиеся расстройства личности, невротические и аффективные нарушения, в меньшей степени – психотические расстройства, что связывают со своевременностью медикаментозной терапии (Липанов Р.Г., 2000; Банников Г.С. с соавт., 2012). У несовершеннолетних суицидентов с психическими расстройствами в генезе суицидальной активности играют роль следующие аспекты: собственно психопатология, внешние факторы, обуславливающие нарушение адаптации за счет психотравматизации, просуицидальные (антисуицидальные) установки. При тяжелых психических расстройствах (особенно при острых психотических состояниях) суицидальная активность детерминирована преимущественно психопатологическими переживаниями (Чумак С.А., Пилягина Г.Я., 2005;

Распопова Н.И., 2010; Parellada M. et al., 2010), и, наоборот, при меньшей выраженности психических расстройств суицидальное поведение формируется за счет суицидальных установок личности и окружения суицидента (Sharma V. et al., 1998).

Стоит отметить, что именно в детско-подростковый период дебютируют многие расстройства психической деятельности. В этом возрасте возрастает риск аффективных расстройств, деструктивных форм поведения, а также суицидальной активности (Амбрумова А.Г., Вроно Е.Н., 1985; Попов Ю.В., Пичиков А.А., 2011; Ведяшкин В.Н., 2011; Apter A. et al., 2010). Из отечественных наблюдений следует, что у несовершеннолетних (8-18 лет), совершивших суицидальные действия, часто определялись депрессивные состояния: от 15 до 25% случаев (Кравченко Н.Е., 2007; Панченко Е.А., Положий Б.С., 2012).

Связь между аффективными депрессивными расстройствами и суицидальностью описывают многие авторы и, называют ее одной из ведущих причин смертности среди несовершеннолетних (Цыганков Б.Д., Ваулин С.В., 2012; Owen R. et al., 2015; Gibbons R.D. et al., 2015; Weeks M., Colman I., 2016; Gili M. et al., 2018). Вместе с тем, депрессивные расстройства у несовершеннолетних трудно диагностировать из-за их маскированности нарушениями поведения и дистимическим реагированием на внутренние переживания, дисфорическими реакциями со злобностью, раздражительностью, вспыльчивостью, что затрудняет своевременную их диагностику, утяжеляет симптоматику и ведет к суицидальной активности (Смулевич А.Б., 2007; Агарков А.А., 2010; Панченко Е.А., Положий Б.С., 2012; Varile J.P. et al., 2012). Также трудности диагностики обуславливаются атипичностью и стертой депрессивного симптомокомплекса у несовершеннолетних (Корень Е.В., Куприянова Т.А. 2012; Панченко Е.А., Положий Б.С., 2012), которые, более чем в 22% случаев проявлялись суицидальными тенденциями (Иванова Е.И. с соавт., 2008). Стоит отметить, что из различных вариантов депрессивных состояний у несовершеннолетних (астеноподобный, тоскливо-тревожный, динамический, дисфорический) наиболее высоким суицидальным риском обладает дисфорический вариант,

сопровождается недовольством, вспыльчивостью, склонностью к раздражительности в сочетании со злобным аффектом, что нарушает социальную, в т.ч. школьную адаптацию и приводит к девиантному поведению (Агарков А.А. с соавт., 2010; Алфимова М.В., Мельникова Т.С., 2012). Также аффективные расстройства, сопровождающиеся тревожностью, тоской значительно повышали суицидальный риск (Hawton K. et al., 2013; Avenevoli S. et al., 2015; Bentley K.H. et al., 2016). А.Т. Веck (1985) считал, что наиболее надежным предиктором суицидальной активности у таких подростков является безнадежность и безвыходность. G.L. Klerman (1988) из-за значительного числа депрессивных расстройств среди несовершеннолетних назвал 20 век «веком молодежной меланхолии». Исследователями замечено, что психофармакотерапия несовершеннолетних для коррекции аффективных расстройств зачастую не имеет влияния на снижение их суицидального риска (Иванова Е.И. с соавт., 2008; Sarchiapone M. et al., 2007).

При эндогенных процессах проявления суицидальной активности встречаются от 6,3% до 70%, что составляет около 55% всего суицидального поведения в целом (Липанов Р.Г., 2000; Мухаметшина З.Ф., 2008; Прокопович Г.А. с соавт., 2013). У несовершеннолетних с заболеваниями шизофренического спектра, в зависимости от преобладающей симптоматики, выделяют депрессивное, обсессивное, бредовое и психопатоподобное суицидальное поведение (Куликов А.В., 2007; Soloff Р.Н. et al., 2005). Отмечено, что большинство больных эндогенными заболеваниями совершают суицидальные попытки в течение первых лет начала заболевания (Любов Е.Б., Цупрун В.Е., 2013; Ventriglio A. et al., 2016). Доказано, что депрессивный и депрессивно-параноидный синдромы чаще встречались при завершенных самоубийствах, суицидальные попытки преимущественно сопровождали параноидную симптоматику (Липанов Р.Г., 2000; Grunebaum M. et al., 2001). Некоторые авторы отмечают, что наличие слуховых галлюцинаций императивного характера, эмоциональное уплощение, диссоциативные изменения уменьшают страх

больных перед самоубийством, тем самым эндогенные процессы представляют значительную суицидальную опасность (Захаров Н.Б., 2004).

Доказана роль психогенных факторов в формировании суицидального поведения индивида. Любая форма насильственных действий, совершенная в отношении несовершеннолетнего (физическое, психологическое, сексуальное) в несколько раз (3 и более) повышает риск суицида (Воликова С.В., Нифонтова А.В., Холмогорова А.Б., 2013; Carballo J.J. et al., 2020). R. Famularo и соавт. (1988), считают, что ПТСР в детском возрасте является не просто тяжелым психическим расстройством, оно сопровождается высокой коморбидностью суицидальных действий, данную закономерность отмечают и отечественные исследователи (Хмелева Ю.Б., 2005; Войцех В.Ф., 2007; Бундало Н.Л., 2008; Вагин Ю.Р., 2011).

Сверхсильным стрессором, обуславливающим нарушения адаптивных функций индивида и часто приводящим к формированию ПТСР с суицидальной активностью, является сексуальное насилие в отношении несовершеннолетних (Бадмаева В.Д., 2003; Koyawala N. et al., 2015; Stubbs V. et al., 2016).

Существенная роль в суицидальной активности несовершеннолетних отводится и злоупотреблению ими ПАВ (алкоголь, наркотические средства) (Любов Е.Б., 2017), ряд авторов наркоманию рассматривают в качестве проявления суицидального поведения (Корнетов А.Н., 1999; Кальной В.С., 2010; Разводовский Ю.Е., 2014; Brumbach T., 2021). Так, Э. Гроллман (2001), выделяет «прямой» и «непрямой» суицид, последний проявляется при злоупотреблении различными видами ПАВ. Согласно Т.В. Журавлевой с соавт. (2015), у лиц с зависимостью суицидальный риск возрастает в 14 раз. По данным других авторов, частота суицидальной активности на фоне употребления ПАВ варьирует от 7 до 54% (Гильбурд О.А., Глотова Е.А., 2011; Разводовский Ю.Е., 2014). Считается, что влияние ПАВ на суицидальную активность несовершеннолетних происходит в основном через потенцирование депрессивного состояния, сформированного внутриличностными проблемами либо вызванного усугублением иных психопатологических расстройств. При этом усиление влечения ведет к нарушению процесса контроля над собственными действиями при получении

фармакогенного и иного удовольствия (Григорьева А.А., Корчагина Г.А., 2017). Наиболее опасной формой суицидогенеза является полинаркомания, особенно сочетание тяжелых наркотических веществ со снотворными и седативными препаратами (Егоров А.Ю., Софронов А.Г., 2009). Также комбинированные формы зависимости могут часто выступать в качестве провокаторов суицидальной активности, особенно при скрытой суицидальности, когда несовершеннолетние принимают ПАВ в качестве антидепрессанта (Солдаткин В.А., Дьяченко А.В., Меркурьева К.С., 2012).

Некоторые авторы считают, что проявление суицидального поведения - это результат взаимодействия генов, степени развития структур головного мозга и социума, что наиболее отчетливо находит отражение в рискованных действиях индивида, когда личность подвергает себя опасности с различной степенью осознания этого (Ворошилин С.И., 2013; Рахимкулова А.С., 2021; Розанов В.А. с соавт., 2019; Flores, J.P., 2020). Так, подростки часто выбирают ружинг, паркур, зацепинг (Bridge J.A. et al., 2006), употребляют ПАВ (Dearden K.A. et al., 2009; Brumback T., 2021), наносят физические самоповреждения (Brunner R., Parzer P., Haffner J. et al., 2007), принимают участие в буллинге (Brunstein-Klomek A. et al., 2007; Dorol-Beauroy-Eustache O., 2021), имеют рискованные формы сексуального поведения (Houck C.D. et al., 2008) или нарушения пищевого поведения (Ahren-Moonga J. et al., 2008). Считается, что для подросткового возраста характерны сочетанные проявления рискованного поведения (Рахимкулова А.С., 2021; Terzian M.A. et al., 2011). Комбинация рискованного стиля поведения подростка с установками, принятыми в его микросоциальном окружении, в сочетании с отрицательно окрашенными чувствами печали, тоски, с ощущением одиночества и ненужности, ведут к нарушению адаптивных возможностей, стрессовому состоянию, развитию психических нарушений и многократно увеличивают суицидальную опасность, которая в свою очередь воспринимается дезадаптированной психикой как «выход из ситуации» (Холмогорова А.Б., Воликова С.В., 2012; Положий Б.С., 2019).

В последние годы активизировались исследования суицидальной активности при нервной анорексии. Доказано, что при данной патологии завершённый суицид наблюдается более чем в 22% случаев (Arcelus J. et al., 2011; Smink F.R. et al., 2012). Наиболее уязвимой группой являются молодые лица женского пола (14-21 год) (Bulik S.M. et al., 2006). Стоит отметить, что часто встречается сочетание нервной анорексии с аффективными, тревожными расстройствами на фоне формирующейся личностной патологии, а также в структуре эндогенных расстройств, что в свою очередь потенциально увеличивает суицидальный риск (Root T.L. et al., 2010; Rawal A. et al., 2010). Замечено, что формирование суицидальной активности при нервной анорексии связано с нарушением психологических защитных механизмов, связанных с самовосприятием своего образа и личности в целом, а также недостатком в когнитивно-эмоциональной дифференциации, что легко приводит к дезадаптации индивида (Бобров А.Е., 2015; Arcelus J. et al., 2011).

Роль индивидуально-личностных особенностей несовершеннолетних суицидентов также значимо влияют на суицидальный риск, что особенно выявляется в рамках проведения ретроспективной «психологической аутопсии» (Кудрявцев И.А., 1999; Любов Е.Б., Зотов П.Б., 2018; Сыроквашина К.В., 2018; Сафуанов Ф.С., 2021).

В процессе развития суицидологии как самостоятельной научной дисциплины важное значение придается социальному подходу, согласно которому риск суицидальной активности основывается на социальном окружении, в котором пребывает личность (Дюргейм Э., 1994). Негативные взаимодействия с микро- и макросоциумом, намеренная или вынужденная изоляция (при потере связей) либо искаженные взаимоотношения в группе (социуме), обуславливают повышение суицидальной активности (Joiner T. et al., 2005; Stone L.V. et al., 2014). Наряду с отмеченным, важную роль в формировании суицидального поведения играют особенности внутрисемейных отношений, а также межличностная коммуникация в рамках социума - референтной группы (Степунина Н.Е., Корень Е.В., 2012; Бохан Н.А. с соавт., 2018). Микросоциальное

окружение, внутрисемейные взаимоотношения имеют двойственное влияние на риск суицидальной активности. Наличие близких, семьи обладает провитальным действием, но одновременно с этим и является одним из существенных источников суицидогенеза при наличии психотравмирующей ситуации (Бородин С.В., Михлин А.С., 1978; Шнейдман Е., 2001; Матафонова Т.Ю., 2013; Buhnick-Atzil O. et al., 2014; Alleyne-Green B. et al., 2015). К предикторам суицидогенеза в рамках семьи относят: родительский перфекционизм, матриархальный ригидный стиль воспитания, насилие над ребенком в семье, утрата родительского авторитета, неполная структура семьи или развод, наряду с дефицитом материнской привязанности (Матафонова Т.Ю., 2013; Bhatta M.P. et al., 2014; Song I.H. et al., 2015), что усугубляет у несовершеннолетнего эмоциональную лабильность на стрессовую ситуацию (Коган Б.М., Яшин А.А., 2017; Brodsky V.S., 2016). Согласно результатам исследований, значительная часть подростков оценивали свои внутрисемейные взаимоотношения негативно, как неблагополучные на фоне употребления ПАВ родителями, иными близкими, а также постоянных конфликтов, в т.ч. с использованием родителями физического насилия (Ишимбаева А.Н., 2013; Панченко Е.А., 2015; Лукашук А.В., 2017; Devries K.M. et al., 2014; Robinson W.L. et al., 2016).

В последнее время отчетливо заметен вектор смещения суицидогенеза с неблагополучных, асоциальных семей в сторону высокостатусных и «внешне благополучных», с хорошим финансовым подкреплением (Панченко Е.А., Положий Б.С., 2012; Лукашук А.В., 2017). Часто такие семьи закрыты для окружения, они «формально» внешне соответствуют всем социальным требованиям и нормам, при содержательном нарушении детско-родительских взаимоотношений с использованием различных форм насилия, завышенными требованиями в отношении ребенка, либо пренебрежением (Иванова А.Е. с соавт., 2011; Попов Ю.В., Пичиков А.А., 2011; Панченко Е.А., Положий Б.С., 2012; Бадмаева В.Д. с соавт., 2016). Нарушение детско-родительской взаимосвязи с искаженными стилями воспитания (тревожное, избегающее, ненадежное и др.) ведут к развитию у ребенка патологических черт характера, психопатологических,

в т.ч. аффективных нарушений, тревожно-фобических состояний, проявлениям ауто- и гетероагрессии, являясь благоприятной почвой для развития суицидальной активности несовершеннолетних (Холмогорова А.Б., Воликова С.В., 2012; Панченко Е.А., 2015).

Некоторые исследования указывают на суицидальные поведенческие стереотипы реагирования на психотравмирующие ситуации, повторяющиеся из поколения в поколение, но при этом не имеющие генетической детерминированности (Амбрумова А.Г., 1978). В данном аспекте следует отметить и роль имитационной суицидальной активности несовершеннолетних. Так, в молодом возрасте большое значение имеет склонность к подражательному поведению. В результате, деятельность СМИ с демонстрацией печатной, видео и иной продукцией, содержащей суицидальные высказывания, могут иметь для несовершеннолетнего суицидопровоцирующий характер, это так называемые индуцированные суициды (Иванова А.Е. с соавт., 2011; Вихристюк О.В., 2013; Демдоуми Н.Ю., Денисов Ю.П., 2014). Считается, что самоубийство подростка помимо непосредственного психологического ущерба для семьи суицидента и его ближайших родственников, несет в общество (благодаря влиянию СМИ) отрицательные эмоции - безысходность, отчаяние, приближение беды. Замечено, что завершённое самоубийство несовершеннолетнего является травмирующим фактором для несовершеннолетних свидетелей: одноклассников, школьного окружения и близких друзей (Randall J.R., Nickel N.C., Colman I., 2015).

По мнению ряда авторов, существует также тесная взаимосвязь между самоубийством и доступностью средств суицида: лекарственных препаратов в свободном доступе, в т.ч. для детей, огнестрельного оружия и т.д. (Панченко Е.А., Положий Б.С., 2012; Положий Б.С., 2019; Lim et al., 2014).

Многие работы отечественных исследователей посвящены изучению этнокультуральных факторов суицидогенеза. Так, отмечается, что данный аспект значительно влияет на морально-нравственную сторону и определяет потенциальную возможность и даже готовность к совершению суицида из-за

принятых в определенной культуре форм стресс-реагирования, понятий греховности и «нормативности» суицидального акта. Это подтверждается и работами о различиях в распространенности суицидов среди представителей разных этнических групп, проживающих в сопоставимых условиях (Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 2009; Ворсина О.П., Симуткин Г.Г., 2012; Положий Б.С., 2019). Так, среди несовершеннолетних отмечен высокий уровень суицидов в финно-угорской группе (67,8 на 100 тыс. населения) (Положий Б.С., 2019).

Современные подходы рассматривают суицидальное поведение как комплекс биопсихосоциальных факторов, а именно: биологических, психологических, социальных, патопсихологических, этнокультуральных, экономических и др., влияющих на индивида (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1978,1980; Коцюбицкий А.П. с соавт., 2018; Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2019; Положий Б.С., 2019; Розанов В.А. с соавт., 2021). Именно для анализа суицидальной активности в рамках биопсихосоциального подхода зарубежными учеными были разработаны «объединённая мотивационно-волевая модель» (Integrated Motivational Volitional Model) и трехшаговая модель E.D. Klonsky (2012), которые отражают сложную многофакторную связь между имеющейся симптоматикой и возможностью суицидального риска на разных стадиях суицидогенеза (Klonsky E.D., May A.M., 2016; Burke T.A., Alloy L.B., 2016; Derek de Beurs, 2018).

Общепризнанной является концепция суицидального поведения А.Г. Амбрумовой (1978; 1980; 1996), согласно которой суицид трактуется в качестве социо-психологической дезадаптации личности при психотравме. При этом такой подход является мультиаспектным и охватывает достаточно большой круг взаимозависимых факторов от дисбаланса гомеостаза организма до экзистенциальных проблем.

Б.С. Положий (2010, 2015) описал суицидальную активность как процесс на формирование которого оказывают влияние детерминанты 3 рангов: 1) биологические, 2) этнокультуральные, личностно-психологические, социальные, медицинские 3) стрессовые.

Следовательно, неблагоприятная суицидальная ситуация среди лиц детско-подросткового периода обусловлена сложным взаимодействием биопсихосоциальных факторов (эпидемиологических, социально-демографических, социально-экономических, личностно-психологических, психопатологических и других).

1.3. Судебно-психиатрические аспекты посмертной КСПЭ «по факту смерти»

Методологические основы посмертной СПЭ и КСПЭ лиц, окончивших жизнь самоубийством, разрабатывались в экспертологических трудах по судебной психиатрии, психологии и в юриспруденции (Зеневич Г.В. и Останков П.А., 1938; Калашник Я.М., 1963-1971; Коченов М.М., 1977,1980; Горинов В.В., 1986-2013; Кудрявцев И.А., 1999; Шостакович Б.В., Пелипас В.Е., 1989; Харитоновна Н.К., 1991; Сафуанов Ф.С., 1995-2017; Иммерман К.Л., Качаева М.А., 1999; Печерникова Т.П., 1990-2004; Ткаченко А.А., 2001-2002; Туденева Т.Н., 2004; Фастовцов Г.А., 2004, Морозова М.В., Савина О.Ф., 2007, 2008; Шишков С.Н., 2018; Сыроквашина К.В., 2020 и др.).

Многими отечественными исследователями в области судебной психиатрии описаны клинико-психопатологические расстройства у суицидентов (Фелинская Н.И., 1968, 1970; Липанов Р.Р., 1971; Пелипас В.Е., 1971; Овезов А. 1975; Боброва И.Н., Шубина Н.К., Шибанова Н.И., 1977; Горинов В.В., 1986,1994 и др.). Отмечена роль психогенных расстройств в возникновении суицидального поведения. При этом авторы указывали, что течение психогенной реакции зависит от психологической защиты личности и «актуального психофизического статуса», однако выделить ведущий фактор в пресуицидальном периоде часто не представлялось возможным (Шостакович Б.В., Пелипас В.Е., 1989; Харитоновна Н.К., 1991 и др.).

Н.И. Фелинская (1968; 1982) в судебно-экспертной практике отмечала тонкую грань между психологическими проявлениями и психопатологией при

психогенных расстройствах сознания. Так реакции «короткого замыкания», по мнению автора, требуют отграничения от реакций «протеста», присущих психопатическим личностям. Исследуя взаимосвязь психогений и патологической «почвы» автор указывала, что фоновое наличие эндогенного расстройства либо органического поражения головного мозга обуславливает сложный психопатологический комплекс – результат взаимопроникновения патологий, что ведет к утяжелению клинической картины и проявлению реактивных расстройств.

У личностей психопатического круга, привлеченных к уголовной ответственности В.Е. Пелипас (1971) выделял два вида суицидального поведения: «суицидальный шантаж» с манипулятивной целью воздействия на окружающих, а также беспричинные суицидальные действия на фоне дисфорически измененного настроения. Он также впервые выделил «опосредованные» суициды среди психопатических личностей, а именно, когда человек намеренно совершал тяжкое преступление, чтобы в дальнейшем быть осужденным к высшей мере наказания (смертной казни). Кроме того автор указывал, что разрешение психотравмирующей ситуации после суицидальной попытки способствует в дальнейшем закреплению данного паттерна поведения у лиц с формированием демонстративно-шантажных форм реагирования.

И.Н. Боброва, Н.К. Шубина, Н.И. Шибанова (1977) при анализе посмертных СПЭ выявили, что большинство самоубийств были совершены психически больными в депрессивном состоянии, которым предшествовали психотравмирующие события. Однако, по мнению авторов, наличие шизофрении и маниакально-депрессивного психоза снижает влияние внешних факторов на суицидальную активность.

В.Е. Цупрун (1985) считал, что взаимосвязь между самоубийством и психопатологией отражает не собственно суицидальный риск, а его место в структуре данной болезненности. При этом отмечается высокая зависимость суицидального поведения у лиц с депрессивными и астеническими расстройствами с осознанием неразрешимости конфликта при попытках личностной переработки. В случае психотической патологии, именно наличие

психотических переживаний определяет суицидальную мотивацию, тогда как роль психогений и личностного реагирования на них, незначительна.

По мнению многих исследователей, суициды при шизофрении совершаются, как правило, в начале заболевания либо в период обострения, особенно при депрессивно-параноидных и депрессивно-ипохондрических синдромах (Калашник Я.М., 1963; Липанов Р.Г., 1971; Овезов А., 1975).

Изучая на судебно-психиатрическом материале суицидальное поведение у эндогенных больных О.И. Печенкина (2009) выявила, что значительное число первых суицидальных попыток ими совершалось на инициальном этапе эндогенного процесса, при незначительных преморбидных изменениях личности. Таким образом, именно сохранность личностной структуры была определяющим фактором в нарушениях поведения (суицидальных действиях), с учетом внешней ситуации. Повторность суицидальных действий существенно коррелировала с наличием в клинической картине психопатоподобного или невротоподобного синдромов. Психотические переживания (галлюцинаторно-бредовые состояния) определяли аутоагрессивные действия.

Т.П. Печерникова, Т.И. Кадина, Н.В. Бутылина (1996), анализируя посмертные СПЭ, отмечали влияние неспецифических стрессовых факторов (изоляция либо изменение привычных стереотипов жизни) у психически здоровых лиц с возникновением суицидоопасного состояния (внезапно либо после кумуляции стрессовых переживаний). Авторы в т.ч. исследовали аутоагрессивное поведение среди военнослужащих срочной службы и выявили влияние психогенных факторов при наличии любой криминальной ситуации. Фоном для возникновения аутоагрессии являлась психосоциальная дезадаптация с изменением привычного жизненного устоя, социального окружения, наличием внеуставных отношений. Причем самоубийства чаще совершались суицидентами в первые месяцы срочной службы.

По мнению Г.А. Фастовцова (2004) возникновение и динамика пресуицидального периода связано с комплексным воздействием психотравмы и личностных особенностей суицидента. Автором описаны облигатные и

факультативные феномены пресуицидального периода, характеризующие этапы его развития (латентный, инициальный и манифестный). Уточнена длительность пресуицидального периода, которая зависит как от внешних факторов, так и постоянных и приобретенных в процессе жизни личностных особенностей.

В своей работе М.А. Лапицкий и С.В. Ваулин (2000) отмечают, что аутоагрессия у несовершеннолетних часто протекает по типу аффективной разрядки, особенно у лиц с эпилептоидной акцентуацией.

В подростковом возрасте наряду с ситуационными протестными реакциями, протекающими импульсивно по механизму «короткого замыкания», нередки у несовершеннолетних, страдающих хроническими психическими расстройствами и немотивированные суициды (Гурьева В.А., 2001), а также аутоагрессия в рамках синдрома расстройства влечений (Макушкин Е.В., 2002).

Т.И. Кадина (1998) установила тесную взаимосвязь между личностью и ситуацией при принятии решения о суициде. Автор отмечала, что развитие аутоагрессии зависит от взаимодействия личностных особенностей и межличностных взаимоотношений, сочетание которых приводит к дезорганизации психической деятельности с затруднением интеллектуальной переработки психотравмирующей ситуации, сопровождающийся снижением критических и прогностических функций наряду с депрессивными идеями о собственной несостоятельности.

Г.В. Зеневич и П.А. Останков (1938) исследуя проблематику «расширенного самоубийства» у привлеченных к уголовной ответственности женщин, считали это довольно редким явлением, в основе которого лежит патологическая любовная мотивация, что чаще является результатом схождения патологической (эндогенной) почвы с экзогенными факторами.

По мнению В.П. Мартыненко (1974) наибольшую общественную опасность представляют женщины с эндогенными заболеваниями в состоянии измененного сознания с предшествующей тревогой, страхом и растерянностью, а также при депрессивно-параноидном синдроме, либо непосредственно перед развитием

острого психотического состояния. При этом наличие экзогенных факторов усиливало их социальную опасность.

К.Л. Иммерман и М.А. Качаева (1999) провели глубокий судебно-психиатрический анализ острых психогенных депрессивных состояний у лиц женского пола с попыткой «расширенного самоубийства». Авторами выявлено совершение «расширенного» суицида женщинами на пике депрессивного состояния по патологическим альтруистическим мотивам.

А.А. Ткаченко с соавт. (2001, 2002) описана аутоэротическая асфиксия (эротический суицид) и предложен особый алгоритм экспертного исследования в случае наступления смертельного исхода, с рекомендацией включения в состав комиссии, кроме экспертов психиатра и психолога, также и эксперта сексолога для выявления расстройств сексуальной сферы. Однако, в целом ряде таких случаев, эксперты вынуждены формулировать свои выводы в вероятностной форме, так как установление причинно-следственной связи между событием и конкретным обвиняемым (подозреваемым) лицом находится в ведении следственных органов.

О сложности и широком спектре вопросов, решаемых в процессе проведения посмертной КСППЭ, отмечали С.М. Лившиц и И.А. Мизрухин (1965). Ими были исследованы 238 случаев посмертных экспертиз по «факту смерти», из которых 95% составляли экспертизы по случаям суицидов. Мнение авторов относительно предмета экспертного исследования при проведении подобных экспертиз представлялись неоднозначными. Так, ряд исследователей считали, что экспертная комиссия должна оценивать психическое состояние лица на момент совершения суицида (Калашник Я.М., 1963, 1964, 1970; Руссинов А.А., 1970). В более поздних работах судебных психиатров и психологов представляется целесообразным изучение психического состояния суицидента в период, предшествовавший самоубийству (Горинов В.В., 1994; Сафуанов Ф.С., 1995-2017). Я.М. Калашник (1963,1964) отмечал, что если нет возможности установить нозологический диагноз суициденту, то возможно использование синдромального подхода. При этом автор указывал на необходимость

отграничения болезненных проявлений от состояний в рамках психологических реакций. Судебно-психиатрическими экспертами (Калашник Я.М., 1963,1964; Лившиц С.М., Мизрухин И.А., 1965) подчеркивалась необходимость полноты материалов уголовного дела, отражение в них не только самого обстоятельства суицида, но и особенностей поведения лица в пресуициде. Калашником Я.М. (1964) были впервые составлены методические рекомендации для следственных органов по сбору материалов уголовного дела при назначении посмертных СПЭ по факту суицида.

Наличие либо отсутствие психического состояния, предрасполагающего к суициду Коченов М.М. (1978) считал ведущей задачей посмертной СПЭ, а установление причин совершения самоубийства и постановки категоричных вопросов следствия о возможности совершения лицом суицида, некорректным.

По мнению И.А. Кудрявцева (1999) правомерным является установление причинно-следственной связи и ее характера (определяющий, предрасполагающий, провоцирующий) между действиями третьих лиц и психическим состоянием суицидента в пресуицидальном периоде.

Ф.С. Сафуанов (1995) также отмечает, что решение вопроса о причинно-следственной связи должно решаться в отношении действий обвиняемого лица и психическим состоянием потерпевшего в пресуицидальном периоде. Автор подчеркивает, что недопустимо использовать выводы экспертов в качестве доказательной базы при определении рода наступления смерти. Так, например, само наличие депрессивного состояния и суицидальных мыслей при жизни не может однозначно свидетельствовать о совершении данным человеком самоубийства.

По данным литературы неоднозначным представляется при проведении посмертной СПЭ по факту самоубийства решение вопроса «о способности суицидента осознавать фактический характер своих действий и руководить ими», который нередко ставится на разрешение судебно-следственными органами. С.М. Лившиц и И.А. Мизрухин (1965), В.В. Гуськов и В.А. Пантюшкина (1970) указывали, что данный вопрос не является идентичным юридическому критерию

«способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими» обвиняемого лица.

В.В. Горинов (1994) считает ведущей задачей при экспертном исследовании состояния суицидента оценка тяжести психических расстройств, так как от этого зависит определение «юридического критерия». Автор отмечает, что заключение экспертной комиссии о невозможности суицидента «понимать значение своих действий и руководить ими» является правомерным при наличии у него психотических проявлений или состояния декомпенсации.

Т.П. Печерникова и Т.Н. Туденева (2004) доказывали существенность в постановке вышеуказанного формата вопроса тем, что принуждение к суициду лица заведомо «не способного осознавать значение своих действий и руководить ими» надлежит определять как убийство. Ряд видных юристов, кроме того, обосновывали включение в данную группу лиц детско-подросткового возраста (Борзенков Г.Н., 2008; Коробеев А.И., 2008). Однако в судебно-следственной деятельности данные деяния всегда квалифицируются по ст. 110 УК РФ «Доведение до самоубийства» (Крылова Н.Е., 2016). Ф.С. Сафуанов (1995-2017) также указывает, что в настоящее время данный вопрос является неоправданным переносом критерия статьи 21 УК РФ «Невменяемость» (что актуально для живого лица) в посмертную экспертизу. Автор отмечает, что если и назреют какие-либо изменения в этом отношении со стороны судебно-следственных органов, то вопрос «о способности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими» нужно будет определять относительно юридически значимого периода, например – подстрекательство малолетнего ребенка либо умственно отсталого совершить реально опасное для жизни действие, которое заканчивается его смертью, также – систематическое унижение человеческого достоинства на фоне которого развивается психогенное расстройство и реализуется суицид.

Согласно данным Т.Н. Туденовой (2004) способы суицида «не всегда» являются специфичными маркерами, указывающими на наличие психических расстройств с психотическим уровнем. Автор указывает, что экспертное

заклучение, а именно оценка психического состояния лица в пресуицидальный период, должно строиться на медицинском (синдромальном, нозологическом) и юридическом критериях, которые могут быть даны «в предположительной форме». Автором отмечена неоднозначность влияния психопатологических расстройств и психогении на суицидальное поведение, а также важная роль изначально имеющих морально-нравственных установок у личности. Исследователь показала, что снижение остроты актуального психического состояния ведет к уменьшению роли психопатологии в суицидогенезе и наряду с этим возрастает роль личностно-ситуационных факторов.

Психологи О.Ф. Савина и М.В. Морозова (2007) при рассмотрении особенностей экспертного психологического исследования пресуицидальных состояний у юношей-военнослужащих срочной службы выделяют основные варианты суицидального поведения у данного контингента с учетом личностных особенностей, внешних условий и способов адаптации. Также ими описан «феномен маскированности» пресуицидальных состояний.

Считается, что проведение посмертных КСППЭ является трудоемким процессом, связанным с противоречивостью данных либо их отсутствием (Морозова М.В., Никитина А.С., Савина О.Ф., 2008), и от качества собранных материалов уголовного дела зависит возможность обоснованного вынесения экспертного решения (Макушкин Е.В. с соавт., 2018).

Современные тенденции, связанные с негативным влиянием на детей и подростков информации, содержащейся в интернете и социальных сетях, и побуждающие несовершеннолетних к суициду инициировали внесение в УК РФ качественно новых статей (110-1 «Склонение к совершению самоубийства или содействие совершению самоубийства», 110-2 «Организация деятельности, направленной на побуждение к совершению самоубийства» УК РФ). Исходя из этого Ф.С. Сафуановым и Т.Н. Секераж (2017) предлагаются методические основы экспертного исследования при возбуждении уголовного дела по данным статьям. Авторы предлагают оценивать деятельность лиц, организаций, а также текстовое содержание их информационного контента посредством комплексной

психолого-лингвистической экспертизы, направленной на выявление признаков побуждения к суицидальному поведению. Рассматривая имеющиеся виды экспертиз «по факту смерти», исследователи отмечают существенную запутанность проблематики из-за расхождения мнений собственно о предмете экспертного анализа. В результате появляются различные экспертные инициативы по формулировке вопросов судебно-следственными органами при назначении подобного рода СПЭ. Источником же сложившейся ситуации авторы считают различные правовые последствия при доказанном факте самоубийства либо когда суицид рассматривается как один из вариантов юридически значимой ситуации.

К.В. Сыроквашиной (2020) представлен алгоритм проведения посмертных КСПЭ по факту суицида несовершеннолетних с точки зрения эксперта-психолога, где пошагово показана роль различных факторов в их взаимосвязи в развитии суицидального поведения и их экспертная оценка.

Таким образом, представленный обзор литературы, касающийся проблематики суицидальной активности несовершеннолетних, наряду с неоднозначностью позиций применяемых при судебно-психиатрической оценке определяют очевидную актуальность данной тематики и необходимость новых исследований, рассматривающих суицидогенез в детско-подростковом возрасте для совершенствования методологии проведения посмертной КСПЭ несовершеннолетних лиц.

ГЛАВА 2

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинический материал представлен 170 случаями несовершеннолетних с завершённым суицидом, в отношении которых проводилась посмертная КСППЭ в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России за период 2011-2018 гг. (94,7 % - 161 случай собственные наблюдения, 5,3 % - 7 случаев – архивные материалы).

Критерии включения объекта в исследование:

1. Посмертные КСППЭ по факту суицида по материалам уголовных дел, направленных следственными органами.
2. Ст. 110 УК РФ «Доведение до самоубийства», 110-1 УК РФ «Склонение к совершению самоубийства или содействие совершению самоубийства».
3. Возраст суицидентов – до 18 лет.

Для выполнения поставленных задач была разработана оригинальная тематическая карта, включающая 112 параметрических характеристики (возрастные, социальные, клинические, параклинические, экспертологические, криминологические).

По **половозрастному составу** клинический материал распределился следующим образом.

По полу:

- незначительно преобладали лица женского пола – 52,4% (89) и 47,6% (81) мужского пола.

Распределение по возрасту:

- возраст исследуемых составил 9 - 17 лет;
-средний возраст – $14,62 \pm 1,84$ лет ($M \pm SD$, где M - среднее выборочное, SD – стандартное отклонение).

Для уточнения психического состояния суицидентов и особенностей их развития в соответствии с возрастной периодизацией в выборке были выделены три возрастных периода:

- препубертатного (младшего) периода (9-12 лет), средний возраст – $11,21 \pm 0,32$ лет;
- подросткового (среднего) периода (13-14 лет), средний возраст – $13,66 \pm 0,16$ лет;
- юношеского (старшего) периода (15-17 лет), средний возраст - $16,05 \pm 0,48$ года (таблица 1 в Приложении).

По данным исследования в выборке преобладали несовершеннолетние подросткового и юношеского возрастного периода – 53,5% (91 суицидентов) с незначительным гендерным различием. Эти данные полностью соотносятся с отечественными и зарубежными исследованиями (Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2019; Положий Б.С., 2019; Karch D.L. et al., 2013; Sawicka, J. et al., 2013).

Треть суицидентов (32,9%) составили лица подросткового возраста (13-14 лет). Вместе с тем, более прицельный анализ внутри каждой возрастной группы показал, что в младшей возрастной группе (9-12 лет) несколько преобладали мальчики (17,1% против 10,2% девочек), тогда как в более старшем периоде лица женского пола (рис.1).

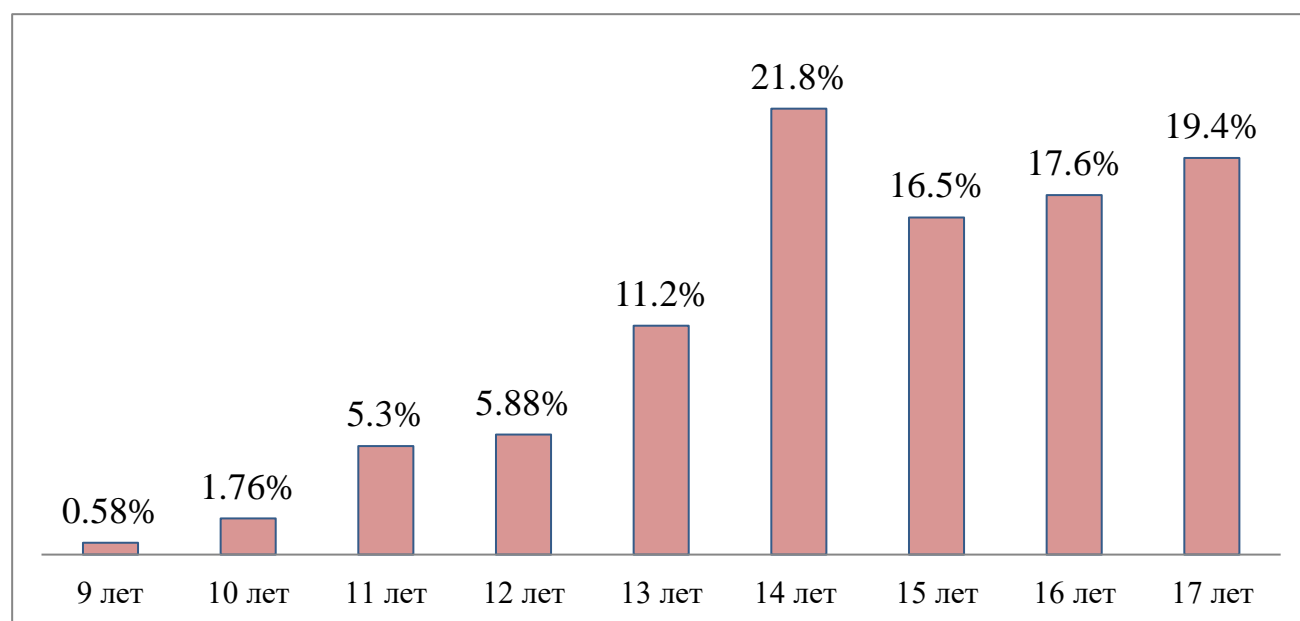


Рисунок 1. Несовершеннолетние суициденты, распределение по возрасту

В целом по половому составу в общей выборке несколько преобладали девочки – 52,4% (рис.2).

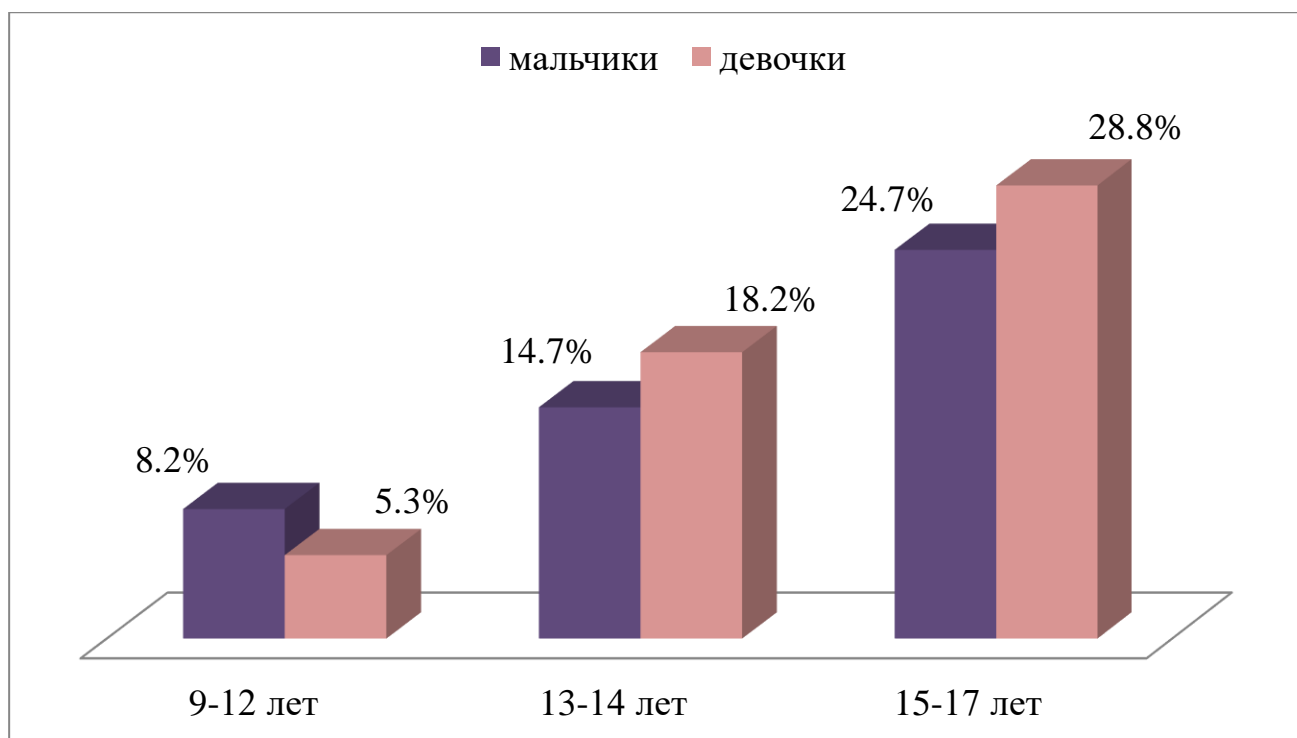


Рисунок 2. Половой состав несовершеннолетних суицидентов согласно возрастным группам

Таким образом, с учетом возрастного состава нами были выделены 3 группы исследования:

1. Препубертатная группа (9-12 лет) – 23 человека (13,5%);
2. Подростковая группа (13-14 лет) – 56 человек (32,9%);
3. Юношеская группа (15-17 лет) – 91 человек (53,5%).

Как показывает исследование, в выборке преобладали несовершеннолетние юношеского возраста, что соответствует мировым данным (WHO, 2014; 2019).

Соотношение психически здоровых суицидентов (ПЗ) и с посмертно установленным психическим расстройством (ПБ) продемонстрировано на рисунке ниже (рис.3).

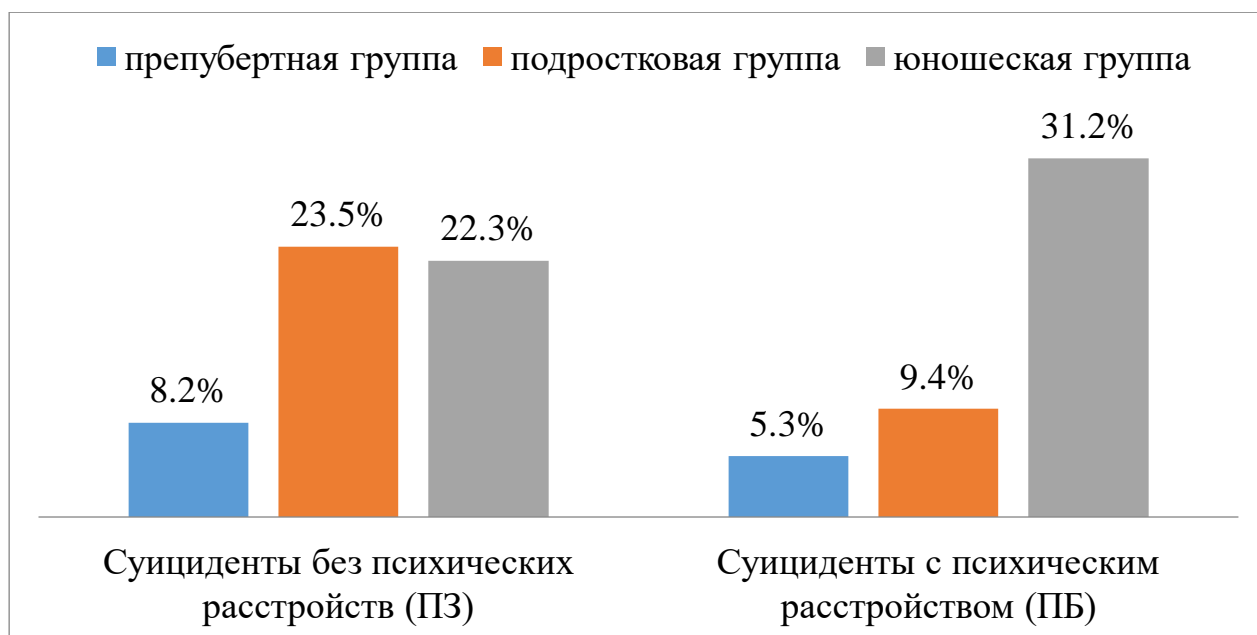


Рисунок 3. Соотношение несовершеннолетних суицидентов согласно возрастным группам

Как следует из исследования психически здоровые суициденты преобладали в препубертатной и подростковой группе 8,2% (14 случаев, n=170) и 23,5% (40 случаев, n=170), соответственно. В юношеской группе в количественном отношении преобладали суициденты с посмертно установленным психическим расстройством (далее с психическим расстройством) - 31,2% (53 случая).

Анализ места проживания. По месту жительства суицидентов выборка сформирована практически из лиц, проживавших в городе – 96,5% (164 случая), лишь единичные представлены лицами из сельской местности – 3,5% (6 человек). Это объясняется спецификой выборки, поскольку на посмертную КСППЭ в НМИЦ ПН направлялись уголовные дела по факту самоубийств несовершеннолетних преимущественно следственными органами г. Москвы и Московской области (рис. 4).

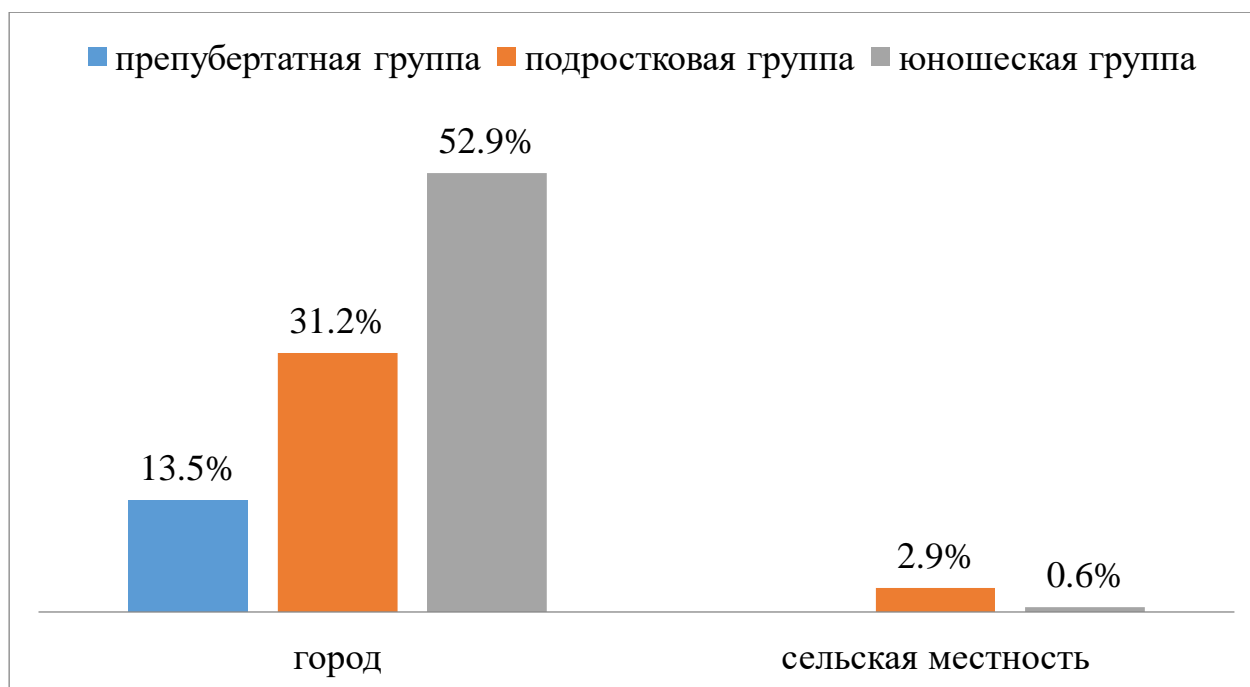


Рисунок 4. Демографические характеристики несовершеннолетних суицидентов по возрастным категориям

Вместе с тем, согласно общероссийским данным, уровень суицидов в сельской местности среди несовершеннолетних в прошлые годы в РФ был выше в 2,9 раза, нежели в городах (Положий Б.С., 2019).

Сезонное распределение суицидов показало, что чаще несовершеннолетние совершали самоубийства в весенний период (март-май) - 37,6 % (64 человек); в летние месяцы, чаще в июне – 30 % (51 случай). Реже подростки совершали суицид в осенне-зимний периоды (20% - 34 и 12,3% - 21 человека соответственно) (таблица 2 в Приложении). Данные показатели в целом отражают литературные данные (Розанов В.А., 2018; White R.A. et al., 2015).

Каких-либо достоверно значимых сезонных вариаций самоубийств в рассматриваемых группах по наличию/отсутствию психического расстройства не выявлялось ($p > 0,05$).

С одной стороны, такое сезонное распределение можно объяснить возрастанием стрессовых ситуаций в весенне-летний период (экзамены, итоговые контрольные, тестирование и т.д.), что повышает уровень эмоционального напряжения учащихся, особенно в семьях с неблагополучными внутрисемейными

отношениями, патологическим стилем воспитания, а также при проблемах межличностного романтического характера (Bhosle S. et al., 2015). С другой стороны имеются многочисленные исследования биологического влияния солнечного света на суицидальную активность - взаимосвязь гормонального фона, биоритмов и т.д., воздействие высокой температуры в летние месяцы (особенно аномальной жары) и резких температурных перепадов в целом на церебральные функции (Christodoulou C. et al., 2012; Vyssoki B. et al., 2014; Benard V. et al., 2015).

Суицидальные попытки несовершеннолетних в анамнезе. Согласно суицидологическим исследованиям нет единого взгляда на понимание терминов «парасуицид» и собственно «суицидальные попытки», и как результат существует множество их классификаций (Каневский В.И., 2013; Руженков В.А., Руженкова В.В., 2014; Любов Е.Б., Зотов П.Б., 2021). Для более конкретного и глубокого рассмотрения суицидальной активности, обеспечения унифицированности клинического подхода, нами вербальная (мысли, намерения) и поведенческая (попытка суицида) суицидальная активность рассмотрена в целом.

Суицидальные мысли и попытки были зафиксированы у 30% (51 случай) несовершеннолетних. Собственно суицидальные попытки характеризовались нанесением преднамеренных колото-резанных повреждений своему телу (часто в области груди, живота, крупных сосудов), осуществлением актов самоудушения и самоотравления. Для отравления подростки в основном принимали лекарственные препараты, нередко психотропные (рисперидон, золофт, флуоксетин, феварин и т.д.), которые обычно выписывались специалистами им или близким родственникам (рис.5).

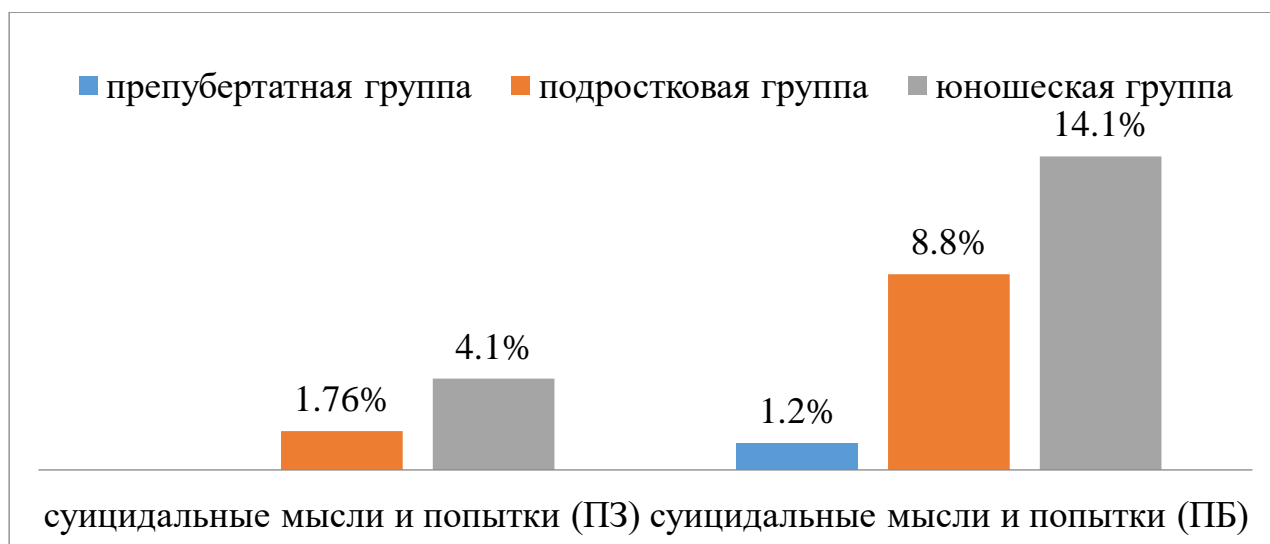


Рисунок 5. Распределение суицидальной активности несовершеннолетних суицидентов

Как показывает анализ исследуемого материала, число повторных суицидальных попыток растет не только с возрастом несовершеннолетних, но их частота выше в группе с посмертно установленным диагнозом. Так при рассмотрении по возрастианию, в препубертатной группе лишь в единичных случаях отмечались суицидальные мысли и попытки (у детей имеющих посмертный диагноз) – 1,2% (2 человека, $n=51$, $p=0,097$), тогда как в подростковой – 35,3% (18 случаев) имели суицидальную активность, статистически значимо в группе с установленным психическим расстройством – 72,2% (13 случаев, $p<0,001$). В юношеской возрастной группе суицидальная активность встречалась в 60,8% (31 случай), причем из данных суицидентов достоверно чаще имели психическое расстройство несовершеннолетние в 87,1% (27 случаев, $p=0,004$), а в 22,5 % (7 случаев) суицидальные попытки были зафиксированы более трех раз.

Следовательно, с возрастом у несовершеннолетних растет число лиц, совершивших суицидальные попытки и к юношескому возрасту нередко отмечается закрепление суицидального паттерна поведения, особенно среди несовершеннолетних с психическими отклонениями.

Способы самоубийства. Согласно полученным данным наиболее частым способом суицида несовершеннолетних ($n=170$) являлось «преднамеренное

самоповреждение путем прыжка с высоты» (X80 согласно МКБ-10) – 55,3% (94 несовершеннолетних), следующим по частоте было «преднамеренное самоповреждение в результате повешения, удушения и удушения» (X70) – 22,3% (38 случаев). В меньшей степени зафиксировано «преднамеренное самоповреждение путем прыжка под движущийся объект или лежания под ним» (далее железнодорожная травма) (X81) – 9,4% (16 случаев), «преднамеренное самоотравление» (X61-64) – 8,2% (14 случаев), «преднамеренное самоповреждение путем выстрела из огнестрельного оружия» – 3,5% (6 случаев), а также «преднамеренное самоповреждение острым предметом» (пила, нож) – 1,2% (2 случая) (таблица 3 в Приложении).

Распределение способов реализации суицида в зависимости от гендера обследованных выявило достоверное преобладание медикаментозных отравлений среди девочек - 15,7% (14 случаев, $n=89$, $\chi^2=11,916$, $p<0,001$), в то время как лица мужского пола значимо чаще совершали самоудушение – 35,8% (29 случаев, $n=81$, $\chi^2=10,245$; $p<0.01$) (таблица 4 в Приложении).

При сравнении способов самоубийства у несовершеннолетних с наличием/отсутствием посмертно установленного психического расстройства показало, что статистически значимых различий среди возрастных групп по самым распространенным видам – падение с высоты и повешение не отмечалось ($p>0,05$). Большинство способов самоповреждений, а именно посредством железнодорожной травмы, огнестрельного оружия, самоотравления, острых предметов, не были представлены в самой младшей возрастной группе, но значительно чаще встречались в подростковой и юношеских группах. Представляет интерес тот факт, что отравление, как способ ухода из жизни в нашем исследовании использовали исключительно лица женского пола и достоверно чаще в юношеской группе с психическим расстройством – 22,6% (12 случаев, $\chi^2=3.883$; $p<0,05$), что в целом подтверждает общую тенденцию (Васильев В.В., 2010). Следует отметить, что психически здоровые девочки порой действовали по так называемому «имитационному механизму» – 14,1% (13 случаев, $n=92$).

По данным исследования, самоубийство от железнодорожной травмы в большинстве случаев выбирали те суициденты, которые ранее неоднократно свои суицидальные высказывания в социальных сетях сопровождали изображениями, связанными с железной дорогой и были «поклонниками» «Рины Паленковой» (ник в социальной сети), девочки подростка, совершившей в 2015 г. самоубийство этим способом. Девочки юношеской группы с психическими расстройствами – 7,6 % (13 случаев, n=170) канонизировали этот образ, использовали ее фотографии на заставке рабочего стола компьютера и телефона, помнили день ее смерти, посещали страницы в социальной сети, созданные в ее честь, а также делали фотографии на железнодорожных путях, схожие с фотографиями погибшей девочки.

Огнестрельное оружие с суицидальной целью применяли в основном лица мужского пола – 6,2% (5 человек) наряду с самоповреждением от режущих предметов – 2,5% (2 человека) и были представлены в основном подростковой и юношеской возрастными группами вне зависимости от наличия/отсутствия психического расстройства ($p>0,05$). Выбор этого способа был обусловлен доступностью. Как правило, в семьях суицидентов оружие хранилось дома, чаще свободно, если в сейфе, то с открытым хранением ключей. В одном из случаев подросток получил доступ к оружию из-за халатного отношения к своим обязанностям работников стрелкового тира.

При выборе самоотравления несовершеннолетние использовали чаще лекарственные препараты, применяемые в общесоматической практике, противотуберкулезные, а также психотропные средства.

Таким образом,

- в общей выборке по возрастному составу преобладали лица подросткового (32,9 %) и юношеского (53,5%) возрастного периодов, без существенных гендерных различий;
- частота сезонного распределения суицидов у несовершеннолетних в весенне-летний период (особенно в мае-июне) могла быть обусловлена экзаменационными и другими итоговыми мероприятиями (ОГЭ, ЕГЭ),

обуславливающие существенное возрастание стрессовых ситуаций и эмоциональную напряженность учащихся, особенно при дополнительных неблагоприятных воздействиях. При этом каких-либо статистически значимых сезонных вариаций суицида по возрастным группам по наличию/отсутствию психического расстройства не выявлялось;

- несовершеннолетние чаще выбирали наиболее летальный способ ухода из жизни – самоповреждение в виде падения с высоты, что в целом обусловлено спецификой выборки (преимущественно городские жители). С возрастом (особенно у девочек) наблюдалось расширение способов суицида с более тщательной подготовкой, продумыванием эстетической «привлекательности» («прекрасная смерть», «как умереть красиво» и т.д.) и желанием максимального эмоционального эффекта от своего поступка на значимое для них окружение. Исходя из этого, способ самоубийства в виде отравления чаще выбирали лица женского пола юношеской возрастной группы с наличием психических расстройств, а мальчики чаще выбирали самоповешение вне зависимости от наличия/отсутствия психического расстройства.

Основные методы исследования

- ретроспективный клинико-анамнестический (сбор анамнестических сведений из материалов уголовного дела, медицинской документации и иных источников, предоставленных следственными органами);
- ретроспективный клинико-психопатологический – квалификация нозологических форм психических расстройств проводилась с использованием клинических дефиниций и диагностических критериев МКБ-10 (раздел «Психические и поведенческие расстройства») с учетом возрастных особенностей детско-подросткового периода;
- ретроспективный клинико-эпидемиологический – использовался для установления факторов суицидального риска при изучении социодемографических и социокультуральных характеристик несовершеннолетних, клинического анализа прошлых жизненных событий и установления их значимости в возникновении и развитии суицидального

поведения, а также обстоятельств и способов суицидальных действий. Данные характеристики определялись на основании изучения материалов уголовных дел, медицинской документации, допросов свидетелей и т.д.;

- герменевтический – изучение письменной продукции суицидентов (рисунков, записок, дневниковых записей), скриншотов из браузеров социальной сетей и интернет страниц.

Дополнительные методы исследования

- анализ психологических заключений, выполненных психологами Лаборатории психологии детского и подросткового возраста и отделения психологии Центра.

- статистический (с помощью компьютерной программы STATISTICA 10.0) с использованием описательной статистики и непараметрических методов статистического анализа (вычисление абсолютной и относительной частоты признаков, построение и анализ таблиц сопряженности с помощью критерия согласия Пирсона χ^2), различия считались статистически значимыми при уровне ошибки $p \leq 0,05$. Полученные в результате исследования фактические данные в виде качественных и количественных признаков регистрировались в тематической карте и составили компьютерную базу данных.

ГЛАВА 3

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

К факторам суицидального риска традиционно (WHO, 2019) относятся биологические, индивидуально-психологические, клинические, социокультуральные и субъективно экзистенциальные. Однако они практически всегда рассматривались исследователями отдельно, делая акцент на каком-либо ведущем факторе или их группе (Bridge J.A. et al., 2006; Van Orden K.A. et al., 2010). Некоторые исследователи отдают приоритет психологическим (смысловым) факторам суицидального риска (Кудрявцев И.А., Декало Е.Э., 2012). Г.С. Банников с соавт. (2015) рассматривают потенциальные и актуальные факторы риска суицида. К актуальным они относят клинически очерченные психические нарушения с ощущениями одиночества, безвыходности, гнева и обиды. Потенциальные («почва») факторы охватывают роль семьи в суицидогенезе, личностную структуру и ее дисгармоничность. С.А. King с соавт. (2013) считают, что психические расстройства, выступающие как хронические факторы суицидального риска в условиях психотравмирующей ситуации (актуальный фактор) значительно повышают риск суицида. D.A. Brent, N. Melhem (2008), выделяли центральные (конкретные психотравмирующие события) и периферические (этапы онтогенеза несовершеннолетнего) факторы суицидогенеза.

В последние годы, как отмечалось выше, приоритетной является биопсихосоциальная модель суицидального риска (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1978,1980; Положий Б.С., 2005-2019; Руженков В.А. с соавт., 2012; Садуакасова К.З., 2017; Van Heeringen K., Mann J., 2014). В своих исследованиях А.С. Рахимкулова и В.А. Розанов (2013) распределили факторы риска суицидального поведения на биологические, психиатрические, демографические,

психологические и социальные, отразив их провоцирующую или потенцирующую роль.

В данном исследовании также использована **концепция биопсихосоциальной модели** при сравнительном анализе факторов суицидального поведения в возрастных группах: препубертатном, подростковом и юношеском, также с учетом наличия/отсутствия психического расстройства.

Все изучаемые факторы были сформированы в следующие группы: биологические, психосоциальные, клинические, непосредственно взаимосвязанные друг с другом (Бадмаева В.Д. с соавт., 2016).

3.1. Биологические факторы

Анализ *психопатологически отягощенной наследственности* у несовершеннолетних показал, что в более старших возрастных группах значимым являлось наличие у родителей несовершеннолетних лиц, окончивших жизнь самоубийством, синдрома зависимости от психоактивных веществ (СЗ ПАВ), в большей степени от алкоголя, реже от других видов ПАВ (каннабиноиды) или полинаркомании – всего 23,5% (40 случаев), все наблюдения документально подтверждены. При этом достоверно чаще страдали СЗ ПАВ родители старших групп: юношеской – 57,5% (23 случая) и подростковой – 37,5 % (15 случаев), особенно имевшие психические расстройства: 82,6 % (19 случаев, $\chi^2=4.685$, $p=0,031$) и 66,7% (10 случаев, $\chi^2=7,398$, $p=0.007$) соответственно, в отличие от препубертатной группы – 11,1 % (1 случай с психическим расстройством, $p=0,694$).

Отягощенность психическими заболеваниями родителей либо иных ближайших родственников суицидентов составила всего 12,3% (21 случай, $n=170$), и отмечалась в основном в двух возрастных группах: подростковой и юношеской – 38,1% (8 случаев), 57,1% (12 случаев), соответственно. Наиболее неблагоприятным данный фактор был у несовершеннолетних с психической патологией, и составляли в юношеской группе – 20,7% (11 случаев, $n=53$,

$\chi^2=5,034$, $p=0,025$), в подростковой – 43,75% (7 случаев, $n=16$, $\chi^2=10,558$, $p=0,002$).

Суициды и суицидальные попытки в семьях несовершеннолетних были отмечены также только в этих возрастных группах без существенных различий между ними: юношеской – 11% (10 случаев), подростковой – 10,7% (6 случаев, $n=170$). При этом история семейной суицидальности была достоверно выше у несовершеннолетних с психической патологией: подростковая группа – 31,25% (5 случаев, $n=16$, $\chi^2=7,256$, $p=0,008$), юношеская группа – 18,9% (10 случаев, $n=53$, $\chi^2=6,695$, $p=0,010$). Наиболее неблагоприятным в прогностическом плане являлся завершённый суицид родителей либо неоднократные суицидальные попытки у матерей несовершеннолетних (рис. 6).

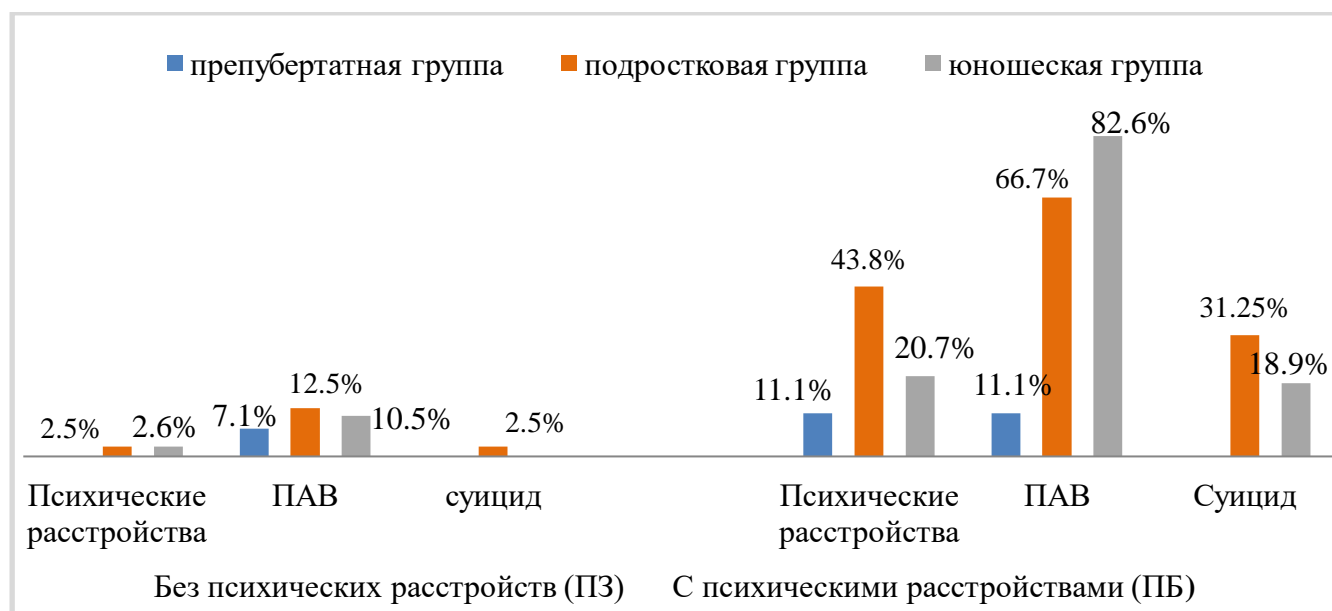


Рисунок 6. Распределение несовершеннолетних суицидентов по психопатологически отягощенной наследственности

Таким образом, психопатологически отягощенная наследственность статистически чаще встречалась в старших (подростковой и юношеской) группах и у лиц с психическим расстройством, что вероятно связано с возрастанием негативного влияния биологических факторов на суицидальное поведение несовершеннолетних.

При рассмотрении *перинатальной патологии* у несовершеннолетних лиц, окончивших жизнь самоубийством, были исследованы следующие факторы:

- антенатальные патологические детерминанты (соматические заболевания, токсикозы и гестозы беременности, различные интоксикации, психические стрессовые события и физические травмы во время беременности);
- перинатальные патологические детерминанты (особенности протекания периода родов у матерей суицидентов: стимуляция родовой деятельности, преждевременные роды, оперативное родоразрешение, гипоксические и асфиксические состояния плода);
- постнатальные патологические детерминанты (аффективное стрессовое состояние женщины, связанное с материнством, особенно в первый год жизни ребенка, частые заболевания (соматические, инфекционные) у ребенка в первые 3 года жизни).

Из приведенных данных (таблица 5 в Приложении) следует, что перинатальная патология выявлялась во всех трех возрастных группах и квалифицировалась специалистами как «перинатальная энцефалопатия».

Согласно медицинской документации несовершеннолетние наблюдались специалистами с различными нарушениями внутриутробного развития и первого года жизни. Так оперативное родоразрешение (кесарево сечение) отмечалось в 19,4% (33 случаев). Родовые травмы в виде нарушения мозгового кровообращения имелись практически в четверти случаев – 24,7% (42 наблюдения).

В постнатальном периоде и раннем детстве (до 3-х лет) у исследуемых выборки имели место гипертензионный в 32,9% (56 случаев) и судорожный - 10% (17 случаев) синдромы, реже нейроинфекции и оперативные вмешательства под общим наркозом.

Анализ по группам сравнения (возраст, наличие/отсутствие психического расстройства) показывает, что практически во всех группах отмечалась перинатальная патология.

Патология беременности достоверно чаще встречалась в подростковой и

юношеской группе у суицидентов с психическим расстройством ($p < 0,001$ и $p < 0,05$, соответственно). Патология родов достоверно чаще превалировала во всех возрастных группах у суицидентов с психическими отклонениями ($p < 0,05$, $p < 0,001$, $p < 0,001$ – в порядке возраста).

Ранние постнатальные вредности чаще встречались в препубертатной и подростковой группах у суицидентов с психическими заболеваниями ($p = 0,028$ и $p < 0,001$, соответственно). Согласно полученным данным, перинатальная патология достоверно чаще была представлена у суицидентов с психическим расстройством, что свидетельствует о негативном влиянии на психическое развитие несовершеннолетних различных патологических процессов в интра-, ante- и постнатальном периодах.

Характеристика раннего периода развития.

Согласно полученным данным в раннем периоде у несовершеннолетних суицидентов была представлена преимущественно задержка психомоторного развития – 20% (34 случаев). В период первого возрастного криза обращает внимание ретардация становления речи в 22,4% (38 случаев), характеризовавшаяся в последующих возрастных периодах элементами общеупотребительной речи с бедностью лексического запаса, аграмматизмами. Данные нарушения были обусловлены проявлениями ранней органической патологии. Преждевременное психомоторное развитие выявлялось у 2,9 % (5 случаев) суицидентов, с развитием в последующем психопатологии шизофренического спектра и специфических нарушений развития.

Психопатологическая симптоматика в раннем периоде развития у суицидентов характеризовалась в основном расстройствами невротического уровня и неврозоподобными нарушениями. Они являются специфическими для детского возраста и в отечественной детской литературе ранее обозначались как «конституциональная нервность» либо «невропатия». Таким образом, они считались исключительно функциональными явлениями или «патологической почвой» для возникновения в последующем психопатологии (Сухарева Г.Е., 1955).

В исследуемом материале (таблица 6 в Приложении) невротические расстройства проявлялись инсомническими (нарушения сна) – 15,9% (27 случаев), астено-невротическими – 21,6% (38 случаев), обсессивно-компульсивными (патологические стереотипии) – 6,5% (11 случай) и фобическими – 3,5% (6 случаев) расстройствами. Неврозоподобные нарушения проявлялись энурезом – 10% (17 случаев), логоневрозом – 4,1% (7 случаев), в единичных случаях энкопрозом – 0,6%.

При сравнении по группам, неврозоподобные нарушения отмечались у более чем половины исследуемых суицидентов вне зависимости от возраста. Вместе с тем проявления энуреза и нарушения сна отмечались достоверно чаще в подростковой группе с психической патологией – 31,3 % (5 случаев, $p < 0,01$) и 37,5 % (6 случаев, $p < 0,01$), соответственно, по сравнению с остальными группами ($p > 0,05$). Логоневроз был представлен небольшим числом случаев, преимущественно у суицидентов с психическими нарушениями. Астено-невротический синдром достоверно чаще встречался в подростковой и юношеской группах с психическим расстройством - 56,2% (9 случаев, $p < 0,001$) и 33,9% (18 случаев, $p < 0,05$), соответственно. Патологические стереотипные действия статически чаще выявлялись у суицидентов с психическими заболеваниями в допубертатной и подростковой возрастных группах – 33,3% (3 случая, $p < 0,05$) и 31,2% (5 случаев, $p < 0,01$) соответственно.

Таким образом, анализ predispositional биологических факторов показывает, что особо негативное влияние на несовершеннолетних суицидентов имела психопатологически отягощенная наследственность (злоупотребление родителями ПАВ, наличие психических расстройств, история семейного суицида). Полученные данные соотносятся с другими исследованиями (Бисалиев Р.В., 2011; Janelidze S. et al., 2011; Brent D.A. et al., 2015) и позволяют отметить роль генетического фактора в формировании конституциональной предрасположенности к суицидальному поведению у несовершеннолетних, а также подтверждают теорию «стресс-диатеза» (Mann J.J. et al., 1999; Wasserman D. et al., 2008), придающей важное значение наследственным факторам и

чувствительности к суициду, приобретаемой в результате онтогенеза. Также неблагоприятным субстратом для последующих психопатологических нарушений являлись невротические нарушения у несовершеннолетних в детском возрасте, что в дальнейшем создавали почву для повышения суицидального риска.

3.2. Психосоциальные факторы.

Существенное влияние социальных факторов на суицидальное поведение доказано исследователями (Положий Б.С., 2019; Розанов В.А. с соавт., 2021). Макросоциальные факторы (социальные установки в обществе, политическая и экономическая составляющая) на несовершеннолетних воздействуют опосредовано, преимущественно через значимое окружение, следовательно, важную роль для них приобретает микросоциальная среда (семья, школа и иные объединения). Согласно отечественным авторам роль семейно-бытовых условий в суицидогенезе превышает 40% (Зулкарнеева З.Р., 2000; Любов Е.Б., Цупрун В.Е., 2013; Меринов А.В., 2017).

Особенности структуры семьи.

Имеются разные мнения у исследователей относительно того, какую именно по составу семью можно назвать полной. Так, в большинстве случаев полной считается семья, состоящая из супружеской пары при наличии детей либо без них (Синельников А.Б., 2015, Чурилова Е.В., 2015). По мнению Е.А. Личко (1985), семья, имеющая отчима/ мачеху, является деформированной.

В нашем исследовании мы классифицировали семьи следующим образом:

- при наличии обоих родителей в т.ч. в зависимости от биологического родства между членами семьи как полные: с биологическими родителями и семьи, с одним небιологическим родителем;
- при отсутствии одного из родителей как неполные;
- при отсутствии обоих родителей, но с проживанием с родственниками или с опекунами, как опекунские;
- при отсутствии обоих родителей и проживании в интернате, как ребенок-сирота.

В исследуемом материале число полных семей, где один из родителей был не биологический, составили 28,8% (49 случаев) и несколько превалировали над семьями с обоими биологическими родителями – 27,6% (46 случаев). Итак, почти в половине наблюдений несовершеннолетние воспитывались в полных семьях – 55,8% (95 случаев), вне зависимости от родства. Число неполных семей составили 42,9% (73 случаев). Вместе с тем анализ материала по возрастным группам показывает о преобладании неполной структуры семьи в юношеской возрастной группе – 32,3% (55 случаев) (таблица 7 в Приложении).

Согласно результатам исследования полные семьи, где один из родителей был неродным (чаще отчим) статистически чаще встречались у несовершеннолетних с психическими расстройствами в подростковой и юношеской группах – 15 % (6 случаев, $p < 0,05$) и 37,7 % (20 случаев, $p < 0,05$), соответственно. Суициденты с психической патологией из неполных семей достоверно чаще встречались также в подростковой и юношеской группах – 56,2% (9 случаев, $p < 0,05$) и 77,3% (41 случай, $p < 0,05$), соответственно. Опекунские семьи, ребенок-сирота отмечались в исследовании в единичных случаях.

Таким образом, по мере взросления несовершеннолетних наблюдалось уменьшение доли полных семей, и значительно возрастали негативные структурные изменения - рост разводов родителей (36,4% – 62 случая) с возрастанием частоты неполных семей. Данные тенденции подтверждаются зарубежными исследованиями, свидетельствующими о том, что развод в истории семьи является серьезной предпосылкой суицидальной активности детей, даже спустя несколько лет после распада их семьи (Bridge J.A. et al., 2006; Zaborskis A. et al., 2016).

Исходя из литературных данных, воспитание только одним из родителей уже само по себе несет неблагоприятные последствия и считается одним из предикторов суицидогенеза (Wilcox H.C., 2010; Pompili M. et al., 2010). Существует мнение, что одинокие родители часто имеют свои личностные проблемы с потребностью в эмоциональном участии, при неумении позитивно коммуницировать как с

окружающими, так и с собственными детьми. Они нередко испытывают трудности в выражении своих внутренних переживаний, сложности в личной жизни они пытаются компенсировать «используя» отношения с ребенком, что в дальнейшем может негативно сказаться на продуктивности общения с ним. В итоге в таких семьях дети чаще предпочитают не обсуждать проблемы, и не могут найти необходимой поддержки, в которой они нуждаются (Лукашук А.В., 2017).

Внутрисемейные взаимоотношения.

При анализе внутрисемейных взаимоотношений с точки зрения гармоничности (согласно показаниям родителей, сиблингов, свидетелей, школьных и иных характеристик) и дисфункциональности за основу была взята классификация по А.Е. Личко (1985).

Так, дисфункциональными являлись семьи с искаженными формами воспитания: 1) гиперопека, доминирующая с тотальным контролем над ребенком (невозможность иметь собственное мнение отличное от родительского, выбора друзей и общения с ними, контроль учебного процесса, дополнительных занятий и увлечений, «слежка» за ребенком в виртуальном пространстве) или потворствующая – совмещение контроля с воспитанием по типу «кумира семьи»; 2) гипоопека (несовершеннолетний предоставлен сам себе, без должного контроля в учебе и времяпрепровождении, либо чисто формальное выполнение родителями своих обязанностей, что несовершеннолетние ощущали себя ненужными и лишними); 3) иные формы дисфункционального воспитания (с физической и психологической агрессией – скрытой и явной; эмоциональное отвержение, пренебрежение потребностями несовершеннолетнего либо чересчур завышенные ожидания). Согласно мнению многих авторов патологическое воспитание в семье влияет на формирование у ребенка негативных чувств (отверженность, либо невозможность формирования адекватного реагирования при гиперопеке) и является крайне высоким фактором суицидальной активности (Положий Б.С., Панченко Е.А., 2012; Мишина Т.М., 2015; Положий Б.С., 2019; Stewart J.G. et al., 2015).

Как показывают результаты исследования (таблица 8 в Приложении) у несовершеннолетних суицидентов отмечалось значительное преобладание дисфункциональных семейных взаимоотношений во всех возрастных группах - 84,1% (143 случая), вне зависимости от наличия/отсутствия у них психического расстройства ($p > 0,05$ для всех групп). В таких семьях наблюдалось чрезмерное аффективное реагирование родителей на различные поступки несовершеннолетних, порой с психологическим и физическим насилием. Это часто вело к дистанцированности детей от близких и сверстников, злоупотреблению ПАВ, повышая суицидальную активность в субъективно тяжелых ситуациях, что в целом согласуется с исследованиями (Панченко Е.А., 2015; Любов Е.Б., Зотов П.Б., 2021).

Согласно полученным данным, подростки свои коммуникативные потребности нередко реализовывали в социальной сети «ВКонтакте», групповых чатах игр, в т.ч. суицидальной направленности. В младших и средних возрастных группах отмечалась более тесная интеграция с родными, особенно в рамках семейных взаимоотношений по типу гиперопеки с потворствующим компонентом. При фрустрирующих ситуациях у этих детей часто возникали суицидальные тенденции в виде «протестных» форм реагирования или импульсивности. В юношеской возрастной группе нередко отмечались эмоциональные репрессии и физическое насилие со стороны родителя (отчима), при безучастном отношении матери либо со стороны агрессора матери (деспотичная, нередко злоупотребляющая алкоголем). Данные ситуации являлись одним из триггеров суицидального поведения детско-подросткового возраста. Так, у несовершеннолетних из «гармоничных» семей наблюдалась чрезмерная строгость к себе, завышенные требования к своим достижениям (учебные, спортивные, музыкальные и т.д.), что в конечном итоге приводило к столкновению с фактической реальностью и развитием суицидальной настроенности.

Особенности социального статуса семьи.

Социальный статус семьи несовершеннолетних лиц, окончивших жизнь самоубийством, складывался из следующих характеристик: финансово-экономическая защищенность семьи, социальный статус родителей и их трудоустроенность. Так, «благополучными» считались семьи, где один либо оба родителя имели квалифицированную работу в соответствии с их образовательным уровнем, в семье отсутствовали финансовые проблемы. В неблагополучных семьях, как правило, родители не работали, либо имели разовую занятость, злоупотребляли алкогольными напитками либо были лишены родительских прав, имели судимость (8,2 % – 14 случаев), и нередко семья жила на социальные пособия (таблица 9 в Приложении).

Согласно полученным данным семьи несовершеннолетних суицидентов в 80 % (во всех возрастных группах вне зависимости от наличия/отсутствия у них посмертно установленного психического расстройства ($p > 0,05$)) являлись внешне «благополучными», без каких-либо проблем и конфликтных ситуаций (по показаниям свидетелей, актам обследования социально-бытовых условий жизни несовершеннолетнего, бытовым характеристикам).

Число «неблагополучных» семей составило 20% (34 случая), при этом статистически чаще они наблюдались у суицидентов с психическими расстройствами в подростковой и юношеской группах - 56,25% (9 случаев, $p < 0,05$) и 28,3% (15 случаев, $p < 0,05$), соответственно.

Таким образом, характеристика семьи несовершеннолетних суицидентов показала, что они воспитывались в полных, во внешне «благополучных» семьях, но с дисфункциональными внутрисемейными взаимоотношениями (воспитание по типу гиперопеки с доминирующим тотальным контролем, с авторитарностью, отсутствием эмоционального отклика между членами семьи, чрезмерным аффективным реагированием родителями на различные поступки несовершеннолетних).

Формы обучения несовершеннолетних суицидентов.

Согласно изучаемому материалу практически все несовершеннолетние обучались в общеобразовательных учебных заведениях (таблица 10 в Приложении).

72,3% (123 случая) несовершеннолетних являлись учащимися общеобразовательной школы, что в целом объясняется особенностями выборки. Обращает также внимание, что практически каждый пятый несовершеннолетний обучался в школе с углубленным изучением предметов, гимназии или лицее – 20,6% (35 случаев) с преобладанием лиц женского пола (62,9 % – 22 случая, при $n=35$). Многие учащиеся участвовали в школьных олимпиадах по разным предметам, вели активную школьную деятельность, выступали на различных конкурсах и т.д., получали дополнительное образование (музыкальная, спортивная, танцевальная школы, школы с углубленным изучением языков и т.д.), занимались с репетиторами, в т.ч. по профилю своего будущего образования. Учащиеся общеобразовательных школ в целом успешно осваивали программу во всех возрастных группах вне зависимости от наличия/отсутствия у них психического расстройства. Эти учащиеся не имели явных нарушений в поведении, лишь 7,1 % (12 человек) состояли на внутришкольном учете за постоянные прогулы, курение и распитие алкогольных напитков в школе. Обучение по индивидуальной программе или специальной коррекционной, в связи с трудностями усвоения знаний из-за когнитивной недостаточности отмечалось лишь у 2,9% (5 случаев, $p<0,01$) несовершеннолетних.

Как известно, школьная успешность является одним из проявлений благополучия социального функционирования учащегося. Однако нередко проблемы в микросоциальной среде, конфликты меж- и внутриличностного плана проявляются прежде всего школьной дезадаптацией и снижением успеваемости учащихся. Исходя из этого, была проанализирована успеваемость исследуемых несовершеннолетних за последние полгода до совершения ими суицида (рис.7).

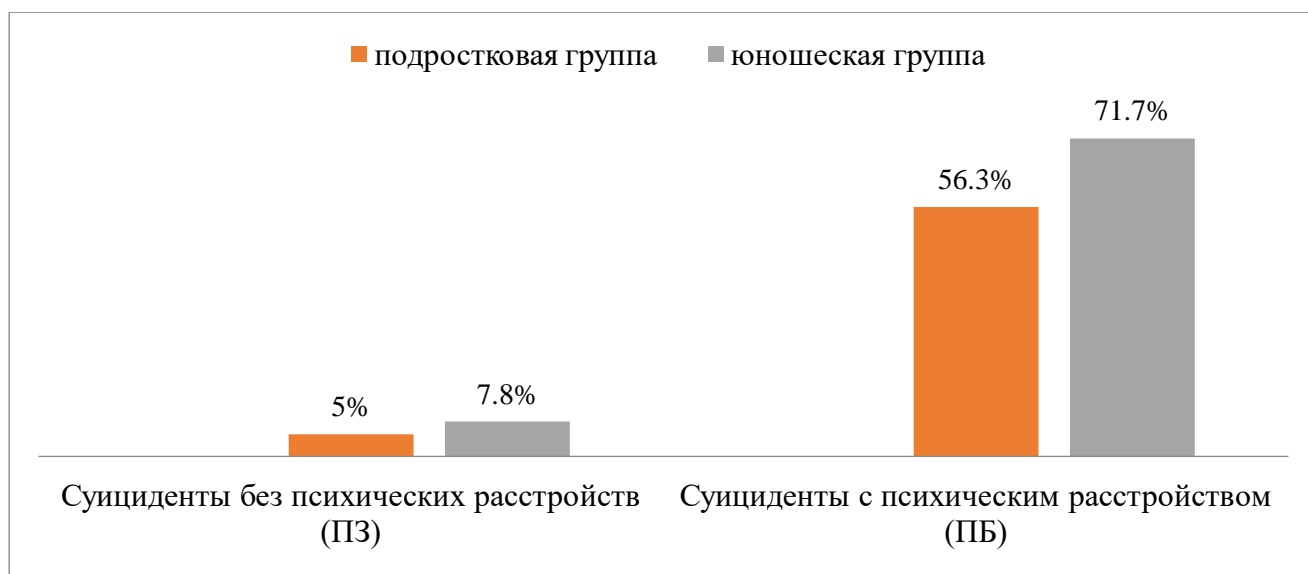


Рисунок 7. Характеристика успеваемости несовершеннолетних суицидентов

Так, тенденция со снижением успеваемости отмечалась в старших возрастных группах (30,6% – 52 случая, $n=170$) с существенным преобладанием в юношеской группе у суицидентов с психическим заболеванием (71,7% – 38 случаев, $n=53$, $p=0,008$). В подростковой группе было отмечено снижение успеваемости только у 6,4% (11 случаев, $n=170$), причем статистически чаще у лиц с психическим расстройством (81,8% – 9 случаев, $n=11$, $p<0.01$). Также обращает внимание, что подростки со школьной неуспешностью чаще воспитывались в семьях, где родители злоупотребляли спиртными напитками, и они были предоставлены сами себе.

Характеристика конфликтов у несовершеннолетних с суицидальным поведением.

Негативные взаимодействия с социальным окружением, нарушение межличностной коммуникации, патологический стиль воспитания и искаженные детско-родительские отношения играют существенную роль в формировании суицидальной активности (Бадмаева В.Д. с соавт., 2016; Бохан Н.А. с соавт., 2017; Joiner Т., 2005). В последнее время также замечен сдвиг суицидальной активности с неблагополучных, неполных семей в сторону «внешне» благополучных, в т.ч. с наличием обоих биологических родителей (Лукашук А.В., 2017).

Как следует из полученных данных (таблица 11 в Приложении) в сфере конфликтов во всех возрастных группах на первый план выступали внутрисемейные проблемы: препубертатная – 10,6% (18 случаев), подростковая – 23,6% (40 случаев), юношеская – 18,2% (31 случай). Для лиц младшего возраста сфера конфликтов в основном ограничивалась только проблемами внутрисемейных взаимоотношений. При этом разграничение по наличию/отсутствию психического расстройства во всех возрастных группах было статистически не значимо.

Межличностные конфликты оказались более значимыми для юношеской (12,9% – 22 случая) и подростковой (7,6% – 13 случаев) групп. Однако существенных статистических различий у лиц с психическим расстройством во всех возрастных группах не установлено ($p > 0.05$). Межличностные конфликты характеризовались проблемами взаимопонимания со сверстниками, трудностями в установлении коммуникативных связей с окружающими, буллингом в школе.

В юношеском возрасте приобретали существенное значение проблемы в сфере взаимоотношений с противоположным полом (21,7% – 37 случаев, $p > 0,05$) по сравнению с подростками (4,7% – 8 случаев).

В подростковом возрасте важное значение приобретают проблемы самоидентификации, в т.ч. половой (Ворошилин С.Н., 2012; Сыроквашина К.В., 2018; Silenzio V. et al., 2009; Pineda Roa C.A., 2013). Как показал анализ представленных в материалах уголовного дела объективных сведений (дневниковые записи, истории интернет-переписок со сверстниками, показания свидетелей), начиная с возраста 13-14 лет, нередко на фоне получения информации из интернет-среды или общения со сверстниками, подростки идентифицировали себя с лицами ЛГБТ-сообщества, делились своими переживаниями в групповых чатах в интернете, «instagram», «ВКонтакте». При этом несовершеннолетние испытывали внутренние переживания, как относительно собственной сексуальной принадлежности, так и при столкновении с непониманием со стороны окружающих (подростковая группа – 8,9% (5 случаев) и юношеская группа – 18,7% (17 случаев), $p > 0.05$).

Рискованное поведение несовершеннолетних.

Рискованное поведение многими авторами рассматривается как «опасное» при принятии человеком риска для своего здоровья и жизни и оценивается в качестве стигмы формирования суицидогенеза, особенно у лиц с проявлениями психического расстройства (Рахимкулова А.С., Розанов В.А., 2013; Меденцева Т.А. с соавт., 2016; Рахимкулова А.С., 2017; Авдулова Т.П., 2021). В подростковом возрасте к таким видам поведения относят паркур (скоростное перемещение и преодоление препятствий с использованием прыжковых элементов), бейсджампинг (экстремальный вид спорта, в котором используют специальный парашют для прыжков с фиксированных объектов), роуп-джанпинг (прыжки с верёвкой с высокого объекта при помощи сложной системы амортизации из альпинистских веревок и снаряжения), зацепинг (передвижение на железнодорожном транспорте с помощью различных приспособлений - поручни, подножки, лестницы), руфинг (увлечение, заключающееся в прогулках по крышам городских высоток) и т.д. Несуицидальное повреждение кожных покровов (пирсинг, татуировки, тоннели) также рассматривается авторами как проявления рискованного поведения, но в данном случае опасения по поводу причинения собственному телу физического вреда, болезненных ощущений – подавлены (Руженков В.А., Руженкова В.В., 2014; Любов Е.Б., Зотов П.Б., 2021).

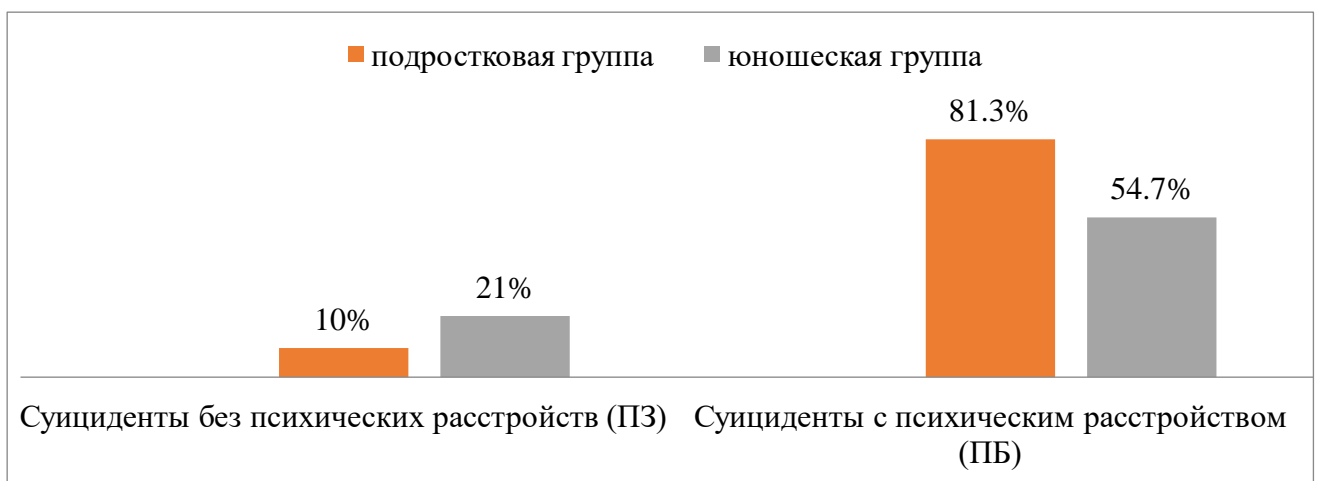


Рисунок 8. Распределение несовершеннолетних суицидентов с рискованным поведением

В исследуемой выборке рискованное поведение проявлялось лишь у лиц подросткового и юношеского возраста (22,4% – 38 случаев и 10,0% – 17 случаев, соответственно, $n=170$). При этом достоверно чаще проявляли себя в рискованных формах поведения лица с психическим расстройством как в подростковой группе (81,25 % – 13 случаев, $n=16$, $\chi^2=12,496$, $p<0,001$), так и юношеской (54,7% – 29 случаев, $n=53$, $\chi^2=5,009$, $p=0,026$) группах.

Возрастная закономерность формирования рискованного поведения, обусловленного недостаточной зрелостью корковых структур, со стремлением выделяться перед сверстниками, также желанием испытать острые ощущения, включая «миф о собственной исключительности», социальной идентификацией и сексуальностью описана отечественными и зарубежными исследователями (Рахимкулова А.С., Розанов В.А., 2013; Крайг Г., Бокум Д., 2017; Рахимкулова А.С., 2021).

К экстремальным видам занятий (27,3% – 15 случаев) были отнесены ружинг, посещение заброшенных закрытых строений повышенной опасности, в т.ч. шахт, подвалов, старых кладбищ, зацепинг, бейс- и роуп-джанпинг, паркур.

В нашем исследовании несуицидальное повреждение кожных покровов (пирсинг, татуировки, тоннели) составили 15,2% (26 случаев).

Считается, что рискованное поведение имеет одни истоки с суицидальностью. В исследуемом материале согласно объективным данным такое поведение несовершеннолетних было обусловлено рядом факторов: желанием эмансипации от значимого окружения (родители, учителя), потребностью в принадлежности к определенным молодежным группам, не всегда социально одобряемым, потребностями эмоционального отклика от ближайшего окружения, недостаточной осознанностью степени риска такого поведения.

Воздействие информационной среды.

Современную жизнь человека сложно представить без интернета, но вместе с тем с вхождением цифровых технологий появились и новые риски. Интернет нередко стал использоваться как средство идеализации самоубийства и как подстрекательство к суициду.

В настоящее время текстовый контент, аудио- и видеофайлы часто содержат опасную информацию, провоцирующую деструктивное поведение (Новикова А.П., 2007; Любов Е.Б. с соавт., 2016; Голенков А.В., 2021; Robinson J. et al., 2017). В последнее время также наиболее опасным фактом является «креолизация» суицидального содержания в киберпространстве, что несет многократное увеличение суицидального риска для несовершеннолетних. Это соединение визуализации в виде различных картинок суицидальной направленности и появление скрытого текста при наведении на изображение, что вызывает сочетание нескольких видов суггестивной коммуникации и оптимизирует воздействие на психику несовершеннолетнего, при этом благополучно обходя запреты Роскомнадзора (Демдоуми Н.Ю., Денисов Ю.П., 2014).

Многие исследователи считают, что частота посещаемости различных сайтов должна также рассматриваться как степень угрозы суицидальной активности (Daine K. et al., 2013). При этом суицидальный контент набрал такой размах, что некоторые авторы отождествляют феномен суицидального поведения (либо суицидальной зависимости) с подменой реальности, уносящей всех на подмостки виртуальной среды и общего восприятия данного явления как социально одобряемого (Силаева В.Л., 2004; Демдоуми Н.Ю., Денисов Ю.П., 2013). Такого рода изображения представляют собой не просто «картинки», а «креолизованные тексты», которые соединяют в себе вербальную и невербальную коммуникацию.

У исследуемых несовершеннолетних знакомство с контентом суицидальной направленности протекало по двум основным векторам:

- путем «случайного» перехода по ссылке в интернете;
- путем активного поиска, а именно после получения информации от сверстников, от родных, опрашивавших детей в плане опасности суицида, после профилактических занятий в школе по антисуицидальной тематике или после просмотра соответствующих программ по телевидению.

Воздействие суицидального контента на несовершеннолетнего осуществлялось в двух вариантах:

- косвенном – в основном за счет просмотра «депрессивного» контента, прочтения статей про методы и способы суицида, комиксов и манг (японских комиксов), просмотра «аниме» о персонажах, наносящих жесткие самоповреждения, либо изуродованных (без конечностей, с выколотыми глазами, забинтованных, с ранами, ссадинами, кровавыми следами на теле и одежде и т.д.), которые по сюжету совершали гетероагрессивные действия и самоубийства;
- в прямом – осуществлялось при участии подростка в обсуждении суицидальных тем в сообществе, также за счет выполнения заданий, получаемых в ходе так называемых «суицидальных игр», которые преподносились в императивной форме, за невыполнение заданий следовало исключение из группы, либо угрозы, как в отношении самого подростка, так и его родных.

Для несовершеннолетних было важно перейти от уровня закрытой группы, где он не имел никаких прав на проявление ответного реагирования и важного с его точки зрения обсуждения, до открытой. На уровне открытой группы у несовершеннолетнего появлялась возможность активного участия в обсуждении, получении номера и «большей заинтересованности» в нем куратора.

В нашем исследовании только у 5,3% (9 человек) из всей выборки (в юношеской группе - 11,3 % (6 случаев, все с психическими расстройствами, $n=53$, $\chi^2=4,119$; $p=0,043$), в подростковой – 18,75 % (3 случая, $n=16$, $\chi^2=6,654$; $p=0,010$) было доказано участие в группах суицидальной направленности. Информация была получена из содержимого переписки несовершеннолетних в интернете, истории посещения браузера; письменной продукции, рисунков, фотографий, а также показаний близких, друзей, которые видели их переписку, а также владели достоверной информацией. Степень участия каждого из суицидентов в «группах смерти» была разная. Некоторые ограничивались обсуждением своих проблем в общем чате группы; другие проходили определенные задания (наносили себе самоповреждения, делали соответствующие фото: на краю крыши, в заброшенных

зданиях, на мостах); третьи пытались через группу искать себе партнера по реализации суицида, с формированием созависимости (индуктор-реципиент).

Таким образом, суицидальной направленности контент является фактором существенно повышающим риск суицидального поведения несовершеннолетних.

Следует отметить, что выявленные *психосоциальные и биологические факторы* отнесены к **потенциальным факторам риска**, «создающим почву» для суицидального поведения несовершеннолетних.

Итак, в ходе проведенного анализа установлено следующее:

- для несовершеннолетних с суицидальным поведением имели высокую значимость психопатологически отягощенная наследственность СЗ ПАВ, преимущественно алкоголем, наличие в анамнезе суицидов и суицидальных попыток. Указанные факторы достоверно чаще встречались в подростковой и юношеской возрастных группах у лиц с психическим расстройством;
- перинатальная патология статистически значимо выявлялась у психически неблагополучных несовершеннолетних, что указывает о неблагоприятном влиянии на психическое развитие различных патологических процессов в перинатальном периоде;
- негативное аутодеструктивное влияние на несовершеннолетних, особенно с психической патологией, оказывали дисфункциональные семейные взаимоотношения, включая изменение структуры семьи (развод родителей, появление в семье небιологического родителя), искаженные формы воспитания, проявления психологического и физического насилия, эмоциональная депривация, обусловившие постепенную их дистанцированность от ближайшего окружения вне возрастной зависимости;
- внешне «благополучные» семьи чаще отмечались у несовершеннолетних суицидентов вне зависимости от возраста и психической патологии, тогда как «неблагополучные» семьи достоверно чаще наблюдались у суицидентов с психическим расстройством в подростковой и юношеских группах;

- каждый пятый несовершеннолетний (20,6%), вне зависимости от возраста являлся социально успешным с высокими интеллектуальными возможностями, проявлял активную занятость (олимпиады, творчество, спорт); при этом снижение успеваемости в пресуицидальный период отмечалось чаще в юношеской группе у несовершеннолетних с психическим расстройством;
- в сфере конфликтов у несовершеннолетних выявлялось смещение вектора от семейных в младшей (препубертатной) возрастной группе к межличностным в школе и в сфере межполовых взаимоотношений в подростковом и юношеском периоде, вне зависимости от психической патологии;
- рискованное поведение со стереотипизацией деструктивных форм поведения, желанием эмансипации, потребностью в принадлежности к определенным молодежным группам, не всегда социально одобряемым, недостаточной осознанностью степени риска чаще отмечались в старших возрастных группах с психическим расстройством;
- суицидальной направленности контент является фактором, существенно повышающим риск суицидального поведения несовершеннолетних.

ГЛАВА 4

КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Наличие психического расстройства, по данным отечественных и зарубежных исследований, многократно повышает суицидальный риск (Васильев В.В., Сергеева Е.А., 2017; Любов Е.Б., Носова Е.С., 2017; Rhodes A. et al., 2014). При этом ряд авторов считают, что само психическое расстройство является одним из ведущих факторов суицидогенеза (Цыганков Б.Д., Ваулин С.В., 2012; Любов Е.Б., Цупрун В.Е., 2013).

Из анализа материала следует, что психические и поведенческие расстройства наряду с акцентуированными личностными чертами были выявлены в 54,7% (93 случаев). Вместе с тем клинически очерченная психопатология в рамках отдельных нозологических форм (в соответствии с МКБ-10) отмечалась в 45,8% (78 случаев), и далее будет рассматриваться именно данная группа из выборки. При жизни у профильных специалистов наблюдались лишь треть исследуемых - 36,5% (62 человека). Наиболее часто они обращались к неврологу - 18,2% (31 детей и подростков). Психологов, в том числе школьных, посетили 12,9% (20 случаев) несовершеннолетних, и лишь в 5,9% (10 исследуемых) обращались к психиатру и им были диагностированы психические расстройства в рамках различных нозологических форм.

Так, в подростковой группе квалифицировались в единичных случаях «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения в детско-подростковом возрасте» (F92.8; F92.9) – 1,2% (2 случая, n=170), а также «Органическое расстройство личности» (F07.08) – 0,6% (1 случай).

В юношеской группе психопатологию диагностировали чаще: «Смешанное расстройство поведения и эмоций» (F92), «Псевдоневротическая шизофрения» (F21.3), «Депрессивный эпизод средней степени тяжести» (F32.1), «Органическое расстройство личности» (F07.08), «Несоциализированное расстройство

поведения» (F91.1). Данные нозологии отмечались единично по выборке, всего в 7,5% (5 случаев). Также в 1,2% (2 наблюдения) у несовершеннолетних были выявлены «Акцентуированные личностные черты».

У остальных несовершеннолетних психопатологические проявления были выявлены иными специалистами, преимущественно неврологами, и квалифицировались в рамках внемозологического синдромального подхода («вегето-сосудистая дистония», «астено-невротический синдром» и пр.) с назначением соответствующей неспецифической терапии (ноотропные средства, адаптогены и т.д.) (рис.9).

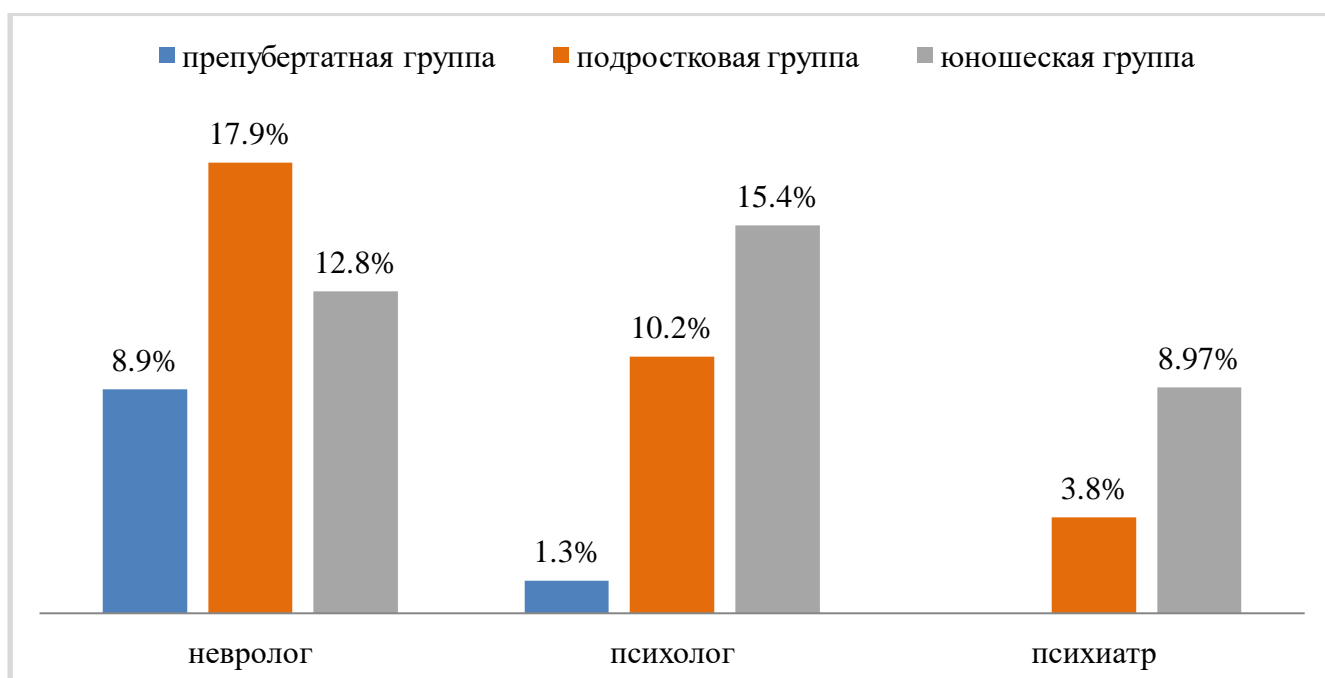


Рисунок 9. Обращение к профильным специалистам несовершеннолетних суицидентов в зависимости от возраста

Данные показатели представляются крайне низкими и свидетельствуют о недостаточном охвате психолого-психиатрической помощью наиболее уязвимой детско-подростковой группы.

На рис. 10 ниже схематично представлены клинико-нозологические группы ретроспективно выявленных психических расстройств у несовершеннолетних суицидентов.



Рисунок 10. Психические и поведенческие расстройства у несовершеннолетних суицидентов

В нозологической структуре расстройств ведущее место у несовершеннолетних суицидентов занимало «Расстройство приспособительных реакций» (F43.2) – 23% (18 случаев). Следующим по частоте являлись «Формирующиеся расстройства личности» (F60-61) – 16,6% (13 наблюдений). Квалификация «Органического расстройства личности» (F07) осуществлялась в 15,4% (12 случаев) в рассматриваемой выборке. В 11,5% (9 случаев) отмечались расстройства шизофренического спектра (F20-23). Только у лиц препубертатной группы в 11,5% случаев (9 человек) выявлялись психические расстройства в рамках «Общих расстройств психологического (психического) развития» (F84). Психические и поведенческие расстройства (ППР), связанные с употреблением ПАВ (F10-19) наблюдались в 10,3% (8 случаев). Реже выявлялись «Расстройства

приема пищи» (F50) в 6,4% (5 случаев) и «Аффективные расстройства» (F32) в 5,1% (4 случая) в выборке.

Расстройство приспособительных реакций (F43.2)

Согласно полученным данным отмечается корреляция по частоте диагностики «Расстройства приспособительных реакций» – 23,1% (18 случаев; n=78) с возрастным периодом у несовершеннолетних суицидентов. Так, абсолютное большинство случаев было квалифицировано в юношеской группе – 66,7% (12 случаев; n=18).

Наиболее часто в клинической картине расстройства адаптации у несовершеннолетних отмечались как аффективные, так и поведенческие нарушения. Поэтому им чаще проводилась диагностика «Смешанной тревожной и депрессивной реакции, обусловленной расстройством адаптации» (F43.22) – 44,4% (8 случаев; n=18), «Смешанного расстройства эмоций и поведения, обусловленного расстройством адаптации» (F43.25) – 33,3% (6 случаев; n=18), реже «Пролонгированной депрессивной реакции, обусловленной расстройством адаптации» (F43.21) – 22,2% (4 случая; n=18).

Известно, что роль стресса в процессе суицидогенеза является существенной (Гришкина М.Н., 2015; Розанов В.А. с соавт., 2016). Подробный анализ показал, что несовершеннолетние нередко за несколько месяцев до совершения суицида пережили стрессовую реакцию, часто в виде утраты эмоционально значимого человека, либо вынужденного расставания с ним. Другим психотравмирующим фактором являлся школьный буллинг. Как правило, это выражалось в притеснении новичков, перешедших из других школ или на национальной почве, либо в результате конфликтных взаимоотношений со сверстниками. Нередко буллинг сопровождался физическим насилием не только в рамках образовательного учреждения, но и угрозами физической расправы над их родными, распространением порочащей информации в социальных сетях и интернете.

Немаловажную роль в формировании расстройства адаптации у детей и подростков играли и конфликтные отношения в семье (нередко с отчимом). Часто

конфликты усугублялись с рождением сиблинга, или открытым неприятием родителями увлечений подростка (длительное времяпровождение за телефоном или компьютером), дружбы с определенными лицами (например, с представителями ЛГБТ-сообщества, либо из другого социального слоя), развод родителей, порой с последующей алкоголизацией матери и жестоким обращением (нанесение побоев подростку в состоянии опьянения и т.д.).

В преморбиде у данных несовершеннолетних отмечалась низкая устойчивость к фрустрации, ранимость, повышенная сензитивность, впечатлительность, тревожность, социальная отчужденность. В пресуицидальный период окружающие замечали появление у них тревожности и беспокойства, подавленного настроения, либо аффективных колебаний, снижение успеваемости, нарушения сна. Большая часть суицидентов – 66,7% (12 человек; n=18) достаточно открыто и демонстративно заявляли о своем нежелании жить («эта крыша идеальна для выхода», «надоела эта жизнь», «все плохо»), при этом нередко у несовершеннолетних отмечалось амбивалентное отношение к суициду – они заявляли родственникам и знакомым о том, что суицид – это «выбор трусов и дураков».

По объективным данным, которые содержались в материалах уголовного дела, более трети – 38,9% (7 случаев; n=18) несовершеннолетних с расстройством адаптации ранее предпринимали суицидальные попытки (преднамеренное отравление лекарственными препаратами, выход и ожидание поезда на железнодорожных путях, опасное нахождение на большой высоте с высказыванием угрозы суицида, нанесение глубоких самоповреждений и пр.). На наш взгляд это может свидетельствовать, что большинство суицидальных попыток несовершеннолетних направлены не на самоуничтожение (хотя изначально они являлись потенциально опасными для жизни), а на восстановление коммуникативно-социальных связей со значимым окружением (Шир Е., 1984), обратить внимание на свои проблемы – «крик о помощи».

В 27,8% (5 случаев; n=18) у несовершеннолетних были также отмечены выраженные поведенческие расстройства с уходами из дома, непослушанием,

игнорированием обязанностей, снижением успеваемости и другими нарушениями поведения.

В содержимом социальных сетей суицидентов («ВКонтакте», игровые сообщества с возможностью общения между игроками) имелись репосты депрессивной тематики, в т.ч. аутоагрессивной (демонстрация самопорезов и т.д.), в переписке («ВКонтакте», Telegram, Whatsapp) они обсуждали суицид как нечто чуждое им, навязанное жизненными обстоятельствами, но при этом считали бессмысленным и продолжение жизни в целом.

44,5% (8 случаев; n=18) лиц юношеской группы совершили суицид на фоне алкогольного опьянения. Нередко прием алкоголя несовершеннолетними осуществлялся для «облегчения» реализации суицидального намерения, что подтверждалось данными из скриншотов их переписок в социальной сети, показаниями свидетелей, которым они транслировали о своем намерении принять смерть безболезненно и более эффективно.

У суицидентов препубертатной и подростковой групп симптоматика расстройств характеризовалась стертой аффективной компонентой, повышенной тревожностью, фобическими проявлениями и с выходом на первый план поведенческих девиаций в виде протестных реакций, негативизма, оппозиции. Суицидальные действия предварительно ими не обдумывались и возникали импульсивно в результате стрессовых событий по механизму «короткого замыкания» (Введенский И.Н., 1947; Лунц Д.Р., 1955; Гурьева В.А., 2001). При более продолжительном пресуицидальном периоде аутоагрессивные высказывания несовершеннолетних носили как характер отчаяния, так и воздействия на окружающих с целью привлечь внимание, манипулятивного «призыва». Сам суицидальный акт совершался при субъективном понимании невозможности повлиять на ситуацию, недовольстве собой и значимым окружением, повышенном чувстве обиды, в основе которого лежало стремление наказания, отмщения, при недостаточном понимании необратимости ухода из жизни. Выбор средств совершения суицида обуславливался ситуационной

доступность (окно при падении с высоты, таблетки с аптечки, пояс халата, собачий поводок при самоповешении и пр.).

Клинический пример.

В., 17 лет, росла в полной благополучной семье. С детства страдала проблемами с осанкой, старалась заниматься танцами и гимнастикой, в школе имела успехи в учебе, участвовала в олимпиадах. Обучалась в 11 классе, хорошо сдала пробный экзамен. При этом особых друзей не имела, характеризовалась сверстниками положительной, доброй, но не нуждающейся в близких дружеских взаимоотношениях. Также сверстники отмечали у В. в последние несколько месяцев неустойчивое настроение, порой бывала грустной, очень переживала за предстоящий ЕГЭ. В семье В. больше чувств питала к отцу, к матери была холодна, часто конфликтовала с ней по пустякам. Анализ рукописных дневниковых записей В. показал сниженное настроение, чувство одиночества, нехватку реальных друзей: «у меня ничего общего нет ни с одним человеком в этом мире». В. испытывала односторонние романтические чувства к более взрослому юноше, в записях отмечались сомнения в плане интимных отношений с ним, суицидальные мысли: «...подходила к этой цели много лет..., просто хочу умереть ради себя, спастись от мук, от грусти, от страшного будущего...». Данных за участие несовершеннолетней в группах суицидальной направленности в материалах уголовного дела не содержалось. Однако имелись сведения, что за два года до суицида у В. на странице в социальной сети «ВКонтакте» стали появляться картинки и аватарки депрессивно-суицидального характера. Комиссия экспертов пришла к выводу, что у В. при жизни имелись проявления «Смешанного расстройства эмоций и поведения» (по МКБ-10: F43.25)..., что наряду с присущими ей индивидуально-психологическими особенностями (закрытость, склонность не раскрывать свои внутренние переживания, эмоциональная нестабильность, переменчивость самовосприятия в виде стремления к самосовершенствованию и одновременной неудовлетворенности собой) на фоне субъективно психотравмирующих переживаний (взаимоотношения с противоположным полом, в семье, предстоящий ЕГЭ) проявились чувство одиночества, ощущение сложности межличностного контакта, отстраненности от окружающих, бессмысленность эмоциональной коммуникации, пессимистическая оценка перспективы, а также неспособность справиться с ситуацией, что способствовало формированию суицидальных намерений.

Формирующиеся расстройства личности (F60-61)

Формирующаяся личностная патология была диагностирована только в юношеской группе – 16,6% (13 случаев; n=78). При жизни поведенческие нарушения у несовершеннолетних квалифицировались в рамках нозологий

детско-подростковой рубрики МКБ-10: «Смешанное расстройство поведения и эмоций» (F92.8; F92.9); «Несоциализированное расстройство поведения» (F 91.1).

Следует отметить, что при диагностике формирующегося расстройства личности в подростково-юношеском периоде наряду с критериями МКБ-10 необходимо учитывать дополнительный «этиопатогенетический критерий В.А. Гурьевой» (2001): 1) наследственный, конституциональный тип развития (по П.Б. Ганнушкину, 1933); 2) структуру типа личности несовершеннолетнего; 3) преимущественно однотипный способ психопатического реагирования; 4) клиническую динамику (реакции, декомпенсации, фазы, патологическое развитие); 5) аффективные колебания (психогенные реакции и спонтанные расстройства настроения); 6) соответствие периодов усиления личностных расстройств возрастным кризам.

Так при проведении посмертной КСППЭ практически у половины несовершеннолетних с личностным расстройством - 46,1 % (6 случаев; n=13) квалифицировалось *«Формирующееся смешанное расстройство личности»* (F61.03). Данный тип личностной патологии в подростковом возрасте диагностируется чаще других с проявлением в клинической картине нескольких радикалов.

У подростков с раннего детства до препубертата отмечались проявления психической неустойчивости, повышенной возбудимости, которые нередко отмечались на фоне сложных внутрисемейных отношений, обусловленных не только поведением несовершеннолетнего, но и особенностями характерологического склада родителя (опекуна). В преморбиде у подростков проявлялись черты в виде аффективной лабильности, эгоцентричности, демонстративности, поверхностности, капризности, повышенной впечатлительности, внушаемости, конфликтности, с трудностями в разрешении сложных ситуаций, наряду с повышенной чувствительностью к критике в свой адрес. В процессе взросления у несовершеннолетнего в период структурирования расстройства нивелирования полиморфности клинической картины не происходило.

Из-за смешения различных патохарактерологических черт (шизоидных и эмоционально-неустойчивых, истероидных и шизоидных черт, истерических и зависимых и пр.) не представлялось возможным установить какой-либо определенный тип личностной патологии. При этом наряду с патохарактерологическими чертами проявлялись возрастные реакции оппозиции, негативизма и эмансипации, признаки дисгармоничности пубертата, психоэндокринные изменения, что еще более усугубляло клиническую картину (Гурьева В.А. с соавт., 2001).

У некоторых несовершеннолетних по механизму «самовзвинчивания» в ответ на стрессовую ситуацию усиливалась аффективная неустойчивость, отмечались выраженные колебания настроения. Данные особенности оказывали влияние на реализацию суицидальной активности (из-за напряженных взаимоотношений в семье, проблем в межличностном общении со сверстниками, конфликтов в школьной среде, потери значимого лица и пр.), которая вначале могла носить демонстративно-шантажный характер.

Суицидальные действия несовершеннолетними предпринимались после многократных намеков или открытых угроз, в т.ч. в присутствии близких. Способ суицида в отличие от суицидальных попыток взрослых психопатических личностей (Панченко Е.А., 2012) подростками избирался опасный и заведомо летальный, что может объясняться личностной незрелостью суицидентов с пониженным порогом чувства страха, и как результат приобретения «патологической адаптации» в силу неоднократных предыдущих суицидальных попыток.

«Формирующееся эмоционально-неустойчивое расстройство личности» (F60.3) наблюдалось у 23,1% (3 случаев; n=13) несовершеннолетних. В детском возрасте такие дети отличались аффективной неустойчивостью, двигательной расторможенностью, конфликтностью и драчливостью, с проявлениями «органической почвы» наблюдались у невролога. Патохарактерологические особенности подростков характеризовались неустойчивой самооценкой, эмоциональной лабильностью, импульсивностью, агрессивностью в отношении

окружающих, неоднократными актами самоповреждений (самопорезы и т.д.), нанесением татуировок, пирсинга, рискованным поведением (паркур, ружинг, посещение опасных заброшенных мест, кладбищ в ночное время и пр.), наряду с расторможенностью сферы влечений и неспособностью контролировать эмоциональность и регулировать поведение. В результате большинство случаев самоубийств у данных подростков носило импульсивный характер и реализовывалось сиюминутно, либо в течение ближайших часов после психотравмирующей ситуации (во время конфликта с родителем выбросился из окна своей комнаты с 11 этажа, поругался с девушкой и прыгнул с балкона и т.д.). Согласно свидетельским показаниям, суицидальный акт, как правило, у таких личностей был незапланированным, совершался внезапно при остро возникшем чувстве обиды, злости, раздражении и имел целью наказание значимого лица в ответ на конфликтную ситуацию или нанесение обиды, оскорбления. Обращает внимание, что чем более ярким был эмоциональный аффект, тем короче был пресуицидальный период, т.е. реализация происходила в считанные минуты. Все суициденты ранее совершали менее brutальные суицидальные попытки, высказывали суицидальные мысли. В некоторых случаях реализация суицидального намерения отмечалась на фоне опьянения ПАВ, что также снижало волевую регуляцию своего поведения несовершеннолетними.

При «*Формирующемся шизоидном расстройстве личности*» (F60.13) – 15,4% (2 случая; n=13) у суицидентов с детского возраста отмечались моторная неловкость, угловатость, пассивность, наряду со сниженным фоном настроения, робостью, склонностью к уединению. Отличительной особенностью таких личностей являлась их аутистичность в виде замкнутости, отгороженности, нежелания устанавливать коммуникативные связи с окружающими, сензитивность, мнительность наряду с эмоциональной сдержанностью, склонностью к аутистическому фантазированию, односторонней нередко сверхценной увлеченностью (Гиндикин В.Я., Гурьева В.А., 1999). В классе эти личности были незаметны, учились средне, характеризовались положительно, но в силу трудностей в установлении межличностных взаимоотношений со

сверстниками они не имели друзей. В данных случаях суициды не были импульсивными, обуславливались в т.ч. повышенной самооценкой в сочетании с субъективным чувством внутренней неполноценности.

Суицидальные действия такими подростками планировались длительно, тщательно приобретались необходимые предметы, выбирались обстановка и время, чтобы им не смогли помешать в реализации суицидального намерения. Подростки открыто не высказывали суицидальных мыслей, но творчество некоторых носило крайне пессимистичный характер (поэзия и рассказы с фатальным содержанием, имитация смерти в играх), несовершеннолетние активно искали информацию, связанную со смертью в интернете, читали статьи, в т.ч. на медицинскую тематику. В связи с повышенной способностью к интроспекции такие суициденты были оторваны от реальности при внешней сохранности простой коммуникации. Мотивация суицида в таких случаях внешне не была связана с каким-либо психотравмирующим событием.

«Инфантильное расстройство личности» (F60.83) было квалифицировано в единичном случае в старшей возрастной группе (7,6%; n=13). Преморбидные особенности несовершеннолетнего характеризовались личностной и эмоциональной незрелостью, поверхностностью и облегченностью суждений, пассивностью, внушаемостью. Незрелое, обусловленное возрастом стремление к самоутверждению, усугубляемое инфантильностью приводило к реагированию по типу оппозиции или демонстративной «детской» реакцией протеста. В характеризующих материалах и показаниях свидетелей (учителей, одноклассников) отмечалось преобладание в поведении подростка игровых компонентов, их внушаемость, инфантильность. Психический инфантилизм нередко подтверждался сведениями в медицинской документации об изменениях со стороны эндокринологического статуса. Суицидальный акт у незрелой личности носил импульсивный характер, на фоне аффективного состояния. При этом несовершеннолетний ранее не высказывал суицидальные мысли и не предпринимал попыток. Содержимое аккаунтов социальных сетей также носило нейтральный в суицидальном аспекте характер.

«Формирующееся расстройство типа зависимой личности» (F60.73) также было квалифицировано в одном случае (7,6%; n=13). В преморбиде у данного несовершеннолетнего преобладали беспомощность, пассивность, страх и нежелание нести ответственность за свои поступки, при этом межличностные отношения и действия его полностью контролировались матерью, проявлявшей к нему повышенный контроль со стилем воспитания по типу гиперопеки. Несовершеннолетний постоянно находился под ограничительным контролем матери и испытывал амбивалентное отношение к смерти. Потеря значимого для него человека привела к декомпенсации состояния с реализацией суицидального намерения.

Клинический пример.

Д., 14 лет, рос в полной семье, однако в препубертатном периоде отец ушел из семьи, общение с ребенком не поддерживал. После развода у матери Д. стали отмечаться странности в поведении, она перестала выходить из дома, общаться с соседями, со стороны знакомых описывалось, что мать была «помешана» на «здоровье ребенка» кормила только определенными продуктами, в строгих пропорциях и следила за режимом, не разрешала пользоваться компьютером и телефоном. Отмечалось, что Д. «всегда говорил словами матери», «своего мнения не имел». После госпитализации матери в психиатрическую больницу и попытке социальными службами забрать Д. в дом-интернат он совершил суицид. Комиссия экспертов пришла к заключению, что у Д. имелось «Формирующееся расстройство типа зависимой личности» (F60.73). Так, под влиянием матери и объективных жизненных условий у Д. отмечалось снижение социальных связей и межличностной коммуникации. Д. в силу своего возраста, психического состояния, вызванного индуцированием больной матерью, находясь под ее влиянием, в полной психологической и физической зависимости от нее, не имея внешних контактов и реальной возможности противостоять ее действиям и не мог самостоятельно обратиться за помощью. Изменение жизненных условий, вынужденный уход значимого лица (матери) и попытка забрать Д. с привычной территории привело к брутальной форме аутодеструктивного поведения.

Органическое расстройство личности (F07)

Органическое расстройство личности было квалифицировано у 15,4% (12 случаев; n=78) несовершеннолетних из выборки: в пубертатной в 53,8% (7 случаев; n=12) и юношеской в 41,7% (5 случаев; n=12) возрастных группах.

Диагностика проводилась в рубриках МКБ-10 «Органическое расстройство личности в связи со смешанными заболеваниями» (F07.08) и «Органическое расстройство личности и поведения в связи со смешанными заболеваниями» (F07.88). При жизни диагностика в рамках органической патологии проводилась лишь двум подросткам.

В раннем онтогенезе у несовершеннолетних наблюдались перинатальная патология, задержка психического развития (психомоторного, психоречевого), синдром нервно-рефлекторной возбудимости, фебрильные судороги. В период первого возрастного криза (3-5 лет) присоединились невротические реакции и невротоподобные нарушения с различными фобиями (страх одиночества, боязнь темноты и т.д.), энурезом, реже энкопрезом, логоневрозом, нарушениями сна. По мере взросления при дополнительных экзогенно-органических вредностях (оперативные вмешательства под общим наркозом, черепно-мозговые травмы и пр.) симптоматика усложнялась появлением поведенческих расстройств с возбудимостью, выраженными вегетативными реакциями. В дошкольном периоде у несовершеннолетних нередко отмечались гипердинамический синдром (повышенная возбудимость, двигательная расторможенность, снижение концентрации внимания), нарушения речевого развития, аффективная лабильность с реакциями непослушания, негативизма, упрямством при малонюансированной эмоциональности. Дети на отказ нередко реагировали бурными проявлениями аффекта с двигательным возбуждением и агрессией. Психопатоподобные нарушения поведения проявлялись у детей в детском дошкольном учреждении (ломал игрушки, бил сверстников, срывал игры, кричал). При обучении в начальных классах у ребенка отмечались трудности в усвоении учебного материала, он был невнимателен, не досиживал уроки, шумел, мешал окружающим ученикам. Как правило, поведенческие нарушения у детей усугублялись под влиянием неблагоприятных микросоциальных условий в семье. В целом клиническая картина расстройств характеризовалась большим клиническим полиморфизмом и явлениями дезадаптации в социальной среде (детский сад, школа). Практически половина детей – 41,7% (5 случаев; n=12)

наблюдались у профильных специалистов, чаще у невролога, при выраженных поведенческих расстройствах – у детского психиатра.

В подростковом периоде у несовершеннолетних усугублялись когнитивные нарушения (снижение познавательной мотивации, ухудшение памяти, медленный темп интеллектуальной деятельности) и эмоционально-волевые расстройства (эмоциональная лабильность, аутохтонные колебания, эксплозивность, импульсивность). Психоорганические проявления обуславливали низкую школьную успеваемость, конфликты со сверстниками и учителями. Поведенческие нарушения усугублялись слабоочерченными дисфорическими состояниями в т.ч. спонтанными, склонностью к бродяжничеству и мелкому воровству. На фоне аффективных колебаний, нередко у несовершеннолетних отмечались аутоагрессивные тенденции с повторными суицидальными попытками, которые подтверждались объективными данными в материалах уголовного дела. Подростки высказывали угрозы суицида, наносили самопорезы и прижигали кожные покровы, совершали повторные акты самоудушения в присутствии родственников. У большинства суицидентов – 75% (9 случаев; n=12) вне зависимости от возраста имелись внутрисемейные проблемы с конфликтными отношениями как между подростком и родителями, так и между самими родителями. Притязания родителей к несовершеннолетнему были часто связаны с проблемами в учебе, его поведением. В таких семьях нередко подросток воспитывался отчимом, который применял жесткий, авторитарный стиль по отношению не только к несовершеннолетнему, но и к остальным членам семьи, порой с проявлениями физической агрессии и угрозой лишения материального обеспечения.

Более трети подростков (33,3% - 4 случая; n=12) имели сложности во взаимоотношениях со сверстниками, предпочитали одиночество, много времени проводили за компьютерными играми, порой злоупотребляли алкогольными напитками. Аффективные нарушения у 25% (3 случая; n=12) подростков старшей возрастной группы с органической патологией усугублялись также сложными романтическими проблемами с противоположным полом.

Ретроспективный анализ показал, что лишь у одного подростка в юридически значимый период отмечалась декомпенсация органической патологии с дисфорической реакцией с тоскливо-злобным аффектом и демонстративностью, и суицидальный акт носил импульсивный характер с мгновенной реализацией суицидального намерения, что было подтверждено объективными данными в материалах уголовного дела. В состоянии алкогольного опьянения по данным посмертной СМЭ находились 2 подростка (16,7%; n=12).

Клинический пример.

Н., 16 лет, воспитывался в неполной, дисфункциональной семье с доминированием женского руководства, в условиях гипоопеки. Беременность у матери им протекала на фоне отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза (предыдущие выкидыши, токсикоз, гестоз, анемия и функциональная почечная недостаточность), родился в срок, посредством операции кесарево сечение, крупным плодом – 4200 г, в состоянии асфиксии, оценкой по шкале Апгар – 6/7 баллов. С детства наблюдался неврологом в связи с органическим поражением структур головного мозга резидуального характера, получал соответствующую терапию. Наряду с этим плохо переносил езду в транспорте, постоянно отмечались нарушения сна. Был трудноуправляемым ребенком, имелись сложности в усвоении общеобразовательной программы и адаптации в коллективе. В 12 лет Н. перенес черепно-мозговую травму, был госпитализирован в профильное учреждение с диагнозом «Органическое психотическое расстройство» со слуховыми и зрительными галлюцинациями («видел мужчину в плаще, который приказывал что-либо сделать», «слышал голоса из стен»), выраженными страхами. После выписки получал поддерживающую терапию. С 13 лет поведение Н. ухудшилось, стал очень раздражительным, возбудимым, агрессивным, постоянно устраивал истерики, ломал мебель, перестал посещать уроки, угрожал родителям суицидом, убегал из дома к другим родственникам. В школе у Н. также отмечались грубые нарушения поведения (кричал на учителей, бил одноклассников, портил имущество), при этом постоянно угрожал самоубийством, наносил самопорезы, бился головой о стену. Наблюдался у психиатра с диагнозом: «Органическое расстройство личности». При осмотрах психиатром предъявлялись жалобы на головные боли, конфликтность, агрессивность, вспыльчивость, «истеричность», частые перепады настроения, низкую успеваемость, пропуски занятий без уважительной причины, также Н. высказывал угрозы в сторону родителей (угрожал убийством, при ссорах хватался за нож), отказывался от приема лекарственных средств, периодически приходил домой в состоянии алкогольного опьянения. В связи с вышесказанным Н. был переведен на

индивидуальное обучение. После окончания 9 классов Н. поступил в техникум на автомеханика. Зарекомендовал себя слабым студентом, по характеру ленивым, вспыльчивым, драчливым. За грубые нарушения дисциплины после первого курса Н. был отчислен из техникума. В дальнейшем он нигде не обучался, жил за счет матери. Из показаний матери Н. известно, что он на протяжении трех лет встречался с девушкой, с которой часто ссорился, в последние месяцы жизни он постоянно возвращался от нее «в расстроенных чувствах из-за ее ревности и частых скандалов». Н. воспринимал разногласия с девушкой «крайне близко к сердцу», испытывал «тяжелые душевные волнения». После очередного конфликта девушка «в категоричной форме заявила ему о расставании», и после неудачной попытки с ней поговорить Н. послал ей сообщение с угрозой, что «повесится или замерзнет...» и совершил самоубийство на дереве перед ее окнами. Комиссия экспертов пришла к заключению, что Н. при жизни страдал «Органическим расстройством личности и поведения в связи со смешанными заболеваниями» (по МКБ-10: F 07.88). Об этом свидетельствовали данные анамнеза и меддокументации, о том, что у Н., перенесшего перинатальную патологию, воспитывавшегося в условиях гипопеки, с детского возраста проявился гипердинамический синдром (плаксивость, возбудимость, расторможенность, чрезмерная подвижность, неусидчивость), наблюдались церебростенические нарушения (укачивание в транспорте, нарушения сна). В последующем на фоне дополнительных экзогенно-органических вредностей (травма головы, употребление алкогольных напитков), а также конфликтных отношений в семье у Н. происходит расширение церебростенической симптоматики (частые, выраженные головные боли, головокружения, повышенная утомляемость), проявились интеллектуально-мнестические (снижение памяти, снижение умственной работоспособности, неустойчивость внимания, повышенная отвлекаемость), выраженные эмоционально-волевые нарушения с расстройством в сфере влечений (раздражительность, конфликтность, агрессивность, возбудимость, демонстративность, импульсивность, аффективные реакции, эмоциональная лабильность, снижение самоконтроля, пропуски школьных занятий без уважительной причины, отказ от учебы, уходы из дома), суицидальные тенденции, также наблюдались психотические эпизоды со слуховыми и зрительными галлюцинациями, выраженными страхами, что обусловило его трудности в усвоении школьных знаний, обучение по индивидуальной программе на дому, наблюдение профильными специалистами (психиатр, нарколог, невролог), госпитализацию в психиатрический стационар. На фоне субъективно значимой для Н. психотравмирующей ситуации (ссора с девушкой), его психическое и психоэмоциональное состояние, в период непосредственно предшествующий смерти, определялось декомпенсацией имевшего у него психического расстройства с тоскливо-злобным аффектом, преобладанием демонстративных, импульсивных реакций с трудностями регуляции своего поведения, недостаточностью

самоконтроля, неспособностью адекватно переработать конфликт и выработать конструктивное решение по выходу из создавшейся ситуации.

Расстройства шизофренического спектра (F20-23)

Расстройства шизофренического спектра отмечались в нашем исследовании у 11,5% (9 случаев; n=78) несовершеннолетних юношеской возрастной группы. Посмертная диагностика проводилась чаще в рамках «Шизотипического расстройства» (F21) – 44,4% (4 случая; n=9), реже в рамках «Параноидной шизофрении» (F20.0) – 22,2% (2 случая; n=9), а также «Неуточненной шизофрении» (F20.9) – 22,2% (2 случая; n=9) и единичного «Острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении» (F 23.1) – 11,1%.

При жизни лишь 33,3% (3 случая, n=9) несовершеннолетних наблюдались у психиатра с диагнозом «Псевдоневротическая шизофрения» (F21.3) и «Смешанное расстройство эмоций и поведения» (F92). Остальные у других специалистов с диагнозом «Астено-невротический синдром», лишь в единичном случае подросток обращался к психологу, который отмечал у него «Акцентуированные личностные черты».

Психическое развитие практически у половины несовершеннолетних – 44,4% (4 случая; n=9) протекало асинхронно с опережением интеллектуального развития. Так дети рано стали разговаривать, читали бегло уже в начальных классах, легко усваивали школьный материал, с младших классов участвовали в олимпиадах, интеллектуальных конкурсах. С раннего возраста их увлечения являлись «достаточно серьезными», читали литературу, предназначенную для более старшего возрастного периода (Достоевский Ф.М., бизнес-книги, аналитические исследования, о политике), с легкостью усваивали иностранные языки, в свободное время нередко увлекались медицинской тематикой (изучали атласы по анатомии, специальные ютуб-уроки по основам хирургии и другим дисциплинам).

В период манифестации эндогенного расстройства клиническая картина характеризовалась достаточно широким спектром симптоматики:

неврозоподобная, грубая психопатоподобная, параноидные включения, галлюцинаторно-параноидный синдром, специфические для данного возрастного периода сверхценные образования, явления деперсонализации и дереализации. Посмертная диагностика хронического психического расстройства облегчалась наличием соответствующих сведений в медицинской документации, показаний свидетелей, наличием письменной продукции (дневники, письма), включая содержимое социальных сетей и предсмертные записки. Психопатологическая мотивация суицида у лиц с шизофренией и совершение ими самоубийства под воздействием психотической симптоматики отмечается многими исследователями и указывается, что больные часто диссимулируют склонность к суицидальному поведению (Носачев Г.Н., Дальнова И.Г., Дальнов О.А., 2010; Распопова Н.И., 2010; Любов Е.Б., Цупрун В.Е., 2013; Торопова И.А., 2016; Kasckow J. et al., 2011). Данные, полученные в нашем материале, в целом согласуются с этими исследованиями. Так в большей части – 77,8% (7 случаев; n=9) несовершеннолетние скрывали от окружающих суицидальные намерения, вместе с тем делали соответствующие записи в дневниках, тщательно готовились к реализации задуманного самоубийства.

При ведущей психопатоподобной симптоматике в клинической картине доминировали повышенная раздражительность, возбудимость, агрессивность часто к младшим сиблингам, холодность по отношению к родным и близким, негативизм, поведенческие нарушения с отказом от посещения школы, уходами из дома и бродяжничеством в одиночестве. Суицидальная активность у подростков, как правило, проявлялась на незначительную, но субъективно значимую для них конфликтную ситуацию и провоцировалась адекватными требованиями родственников, учителей относительно их успеваемости и поведения. Порой самоубийство подростки реализовывали в присутствии родственников. В письменной продукции и интернет-содержимом, а также в смс-записях в телефоне при данной ведущей симптоматике не прослеживалось предварительного планирования и проработки суицида, также эти подростки не

оставляли предсмертных записок, что может говорить об импульсивности их действий.

Неврозоподобная симптоматика у несовершеннолетних характеризовалась сочетанием аффективных расстройств, тревожности, навязчивыми нарушениями, симптомами дереализации и деперсонализации, расстройствами сна, аппетита, наряду с соматовегетативными проявлениями. Депрессивный аффект протекал с идеаторными навязчивостями, подавленностью, сенестопатическими нарушениями, переживаниями антивитального характера и навязчивыми суицидальными мыслями, «заполнявшими сознание» суицидента (сведения из письменной продукции – личных дневников, рисунков). Как правило, суицидальный акт реализовывался на высоте тревожно-депрессивного аффекта при обострении психопатологической симптоматики.

Параноидный синдром у несовершеннолетних суицидентов проявлялся бредовыми идеями отношения, ипохондрическими и дисморфофобическими расстройствами, которые близкими воспринимались как проявления «переходного» (подросткового) периода. Как правило, родные обращались за консультацией к психологу, который квалифицировал нарушения в рамках акцентуированных личностных черт. Лишь один подросток при жизни состоял на учете у психиатра с диагнозом «Псевдоневротическая шизофрения» (F 21.3) и принимал психотропную терапию, неоднократно госпитализировался в психиатрическую больницу. При превалировании дисморфофобических расстройств у подростков отмечались также проявления деперсонализации. Они были убеждены в собственной измененности, чуждости своего лица и тела, не воспринимали свою внешность как собственную. Парасуицидальными действиями в виде уродующих прижиганий тела, рук, самоповреждений кожных покровов, они пытались «исправить» себя, вернуть «свою внешность», «заставить ощущать себя» (записи в медицинской документации и личных дневниках). Суицидальная активность в ряде случаев была обусловлена безнадежностью, самоуничижительными мыслями и пессимизмом относительно своего будущего.

Галлюцинаторно-параноидный синдром был отмечен в одном случае. Подростку была проведена посмертная диагностика в рамках «Острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении» (F 23.1). Ранее он не наблюдался у специалистов. Воспитывался в целом в «гармоничной» семье, имел хорошую успеваемость, участвовал во внеурочной деятельности, был достаточно адаптирован в социальной среде. За несколько недель до совершения суицида у несовершеннолетнего резко изменилось состояние, он оборвал все контакты, перестал «выходить в сеть», не читал сообщения друзей и не отвечал на них. Он отказывался от еды, запирался в комнате, все время проводил в интернете. При анализе в истории браузера у него были выявлены тысячи различных ссылок за последние два дня его жизни – анимэ, передачи на политические темы, фильмы на иностранном языке, триллеры, хорроры и т.д., при этом время просмотра некоторых сайтов не превышало нескольких минут. У подростка появились императивные вербальные псевдогаллюцинации, бредовые идеи воздействия, преследования с тревожным и дисфорическим аффектом, на высоте психомоторным возбуждением. Симптоматика подтверждалась данными в материалах уголовного дела: из показаний соседей и родных следовало, что несовершеннолетний пытался «экспериментировать» на окружающих, «проверял свою мистическую энергию», говорил, что ему «кто-то приказывает так делать», на просьбы родственников не реагировал, кричал, вел себя агрессивно, считал, что они хотят его убить, пытаются на него влиять. При судебно-химическом и токсикологическом исследовании трупа каких-либо веществ, включая ПАВ, выявлено не было.

Суициденты с посмертной диагностикой «Шизотипического расстройства» (F21) ранее также не наблюдались у психиатра. Из дневниковых записей, показаний близких одноклассников, друзей следовало, что суицидальная тематика занимала их достаточно давно, у них отмечались явления метафизической интоксикации, не было страха смерти. Они постоянно размышляли о сути жизни, ее бессмысленности, проявляли повышенный интерес к психологии, философии, религии. Подростки покупали религиозную литературу, а также предметы

оккультизма, некромантики (кресты, черепа, специальные чаши для крови), делали рисунки гробов, изображали мертвецов и т.д. В своих записях, а также друзьям и знакомым они указывали, что смерть – это «правильный выход из хаоса жизни». Они достаточно подробно описывали план своей гибели, сопровождая комментариями, испытывая удовольствие от своей деятельности и рационализировали суицидальный акт. При этом внешне в кругу семьи и в школьном окружении подростки выглядели достаточно адаптированными, что может свидетельствовать об их склонности к диссимуляции своих переживаний и сокрытию от окружающих. Суицидальная активность таких подростков часто была обусловлена психопатологической симптоматикой, при отсутствии внешних триггеров либо незначительном конфликтом, не соответствующем по силе и значимости аутоагрессивному последствию.

Клинический пример.

К., 15 лет, воспитывалась в полной семье, являлась младшей из двоих детей. В детстве у нее отмечалась задержка моторного развития, боязнь темноты, плаксивость, нарушения сна с вычурными ощущениями («постоянно мерзла по ночам»). С началом обучения проблем со школьным материалом не испытывала, участвовала в олимпиадах, занимала призовые места. Характеризовалась тихой, неразговорчивой, но очень грамотной, «красиво оформляющей свои мысли», творческой (рисовала, писала рассказы). Кроме того, К. увлекалась анимэ, японской музыкой. Последние несколько лет К. стала набирать вес, отказывалась от еды, собирала мусор в комнате и не разрешала его выкидывать, на попытки реагировала агрессивно, периодически высказывала мысли о самоубийстве, однако, при этом неестественно смеялась. Также К. одновременно просматривала страницы в сети интернет, посвященной медицине, в т.ч. про психические расстройства. К. делала рисунки и записи суицидального содержания («я сильная, я слабая... я сангвиник, холерик... Постепенно эмоции становятся просто механическими. Чувствую себя куклой. А из-за моего ужасного характера от меня все уходят... Из-за меня у всех столько проблем... Было бы лучше, если бы меня вообще не было. Хочу умереть!», «...Когда я сближаюсь с кем то, он или его близкие умирают. Если так, то я должна умереть», «...Мои кошмары пришли снова...мне нужна открытая крыша»). Незадолго до совершения суицида К. стала часто ходить на крыши высотных домов, за что она неоднократно доставлялась в отделение полиции, где сообщала, что «просто хотела почитать книги в тишине». Родные замечали, что дочь стала отдаляться от них, дистанцировалась.

Одноклассники отмечали у К. частые колебания настроения – «то радостная, то огорченная». К. совершила самоубийство, прыгнув с крыши 12-этажного дома, и оставила предсмертную записку со следующим содержанием: «Ну что ж... Для начала я скажу, что никто в этом не виноват. Это исключительно мой выбор... Я начала думать о самоубийстве еще лет в 9. Я честно старалась быть нормальной, не обращать внимания на странный голос у меня в голове и странные сны, так похожие на реальность, что я уже не могу отличить реальность от иллюзий... этот мир, он не принимает меня. Ну раз так... я отправлюсь искать другой... Дело даже не в ссорах с родителями или друзьями, и не в плохих оценках в школе. Я просто устала. Устала от снов, голоса в голове, бесконечных насмешек и замечаний, преследующих меня с раннего детства. Все вокруг всегда твердят, что я ничтожество и ничего хорошего из меня не выйдет, и это действительно так. Каждый самоубийца хочет, чтобы его остановили, верно? Но сейчас рядом никого нет. Никто меня не поймет...Люди, я завещаю вам свою мечту. Измените этот гребаный мир!!! Всем пока! Я знаю, ангелы умеют летать... Интересно, а демоны тоже? М. ты подумай, ну что я могу тебе дать? Лишь боль твою преумножить». При судебно-медицинском исследовании трупа К. каких-либо ПАВ не выявлено. Комиссия экспертов пришла к заключению, что К. при жизни страдала хроническим психическим расстройством в форме «шизофрении неуточненной» (по МКБ-10: F20.9). В пубертатном периоде у К. на фоне чувства собственной измененности, наблюдалось нарастание отчужденности с появлением немотивированной холодности и безразличия к родным, биполярных колебаний настроения с нарушением эмоционально-волевой сферы и аутоагрессивными тенденциями, формированием негативной симптоматики шизофренического спектра, идеаторных нарушений, бредовой интерпретации происходящего, галлюцинаций и псевдогаллюцинаций («странный голос у меня в голове», «странные сны, так похожие на реальность, что я уже не могу отличить реальность от иллюзий» и т.д.). В период предшествующий смерти К. на фоне видимого внешнего спокойствия находилась во власти внутренних переживаний безнадежности, пессимизма, склонности к оценке внешних обстоятельств как негативных и фиксацией на этом, субъективностью интерпретации событий, негативным самоотношением и склонностью к самообвинению, недовольством собой, наряду с субъективным ощущением изменений своей личности, со своеобразием восприятия смерти и ее возможных последствий, представлении о смерти как способе перехода в другую реальность и возможности межличностных контактов после смерти, что могло обусловить реализацию суицидального намерения.

Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10-19)

«Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением

психоактивных веществ» (далее «ППР, связанные с употреблением ПАВ») отмечались у 10,3% (8 случаев; n=78) несовершеннолетних, и преимущественно в юношеской возрастной группе. Представлены были подрубриками МКБ-10 «Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя» (F10.1) и «Пагубное употребление нескольких наркотических и других ПАВ» (F19.1). Несовершеннолетние данной подгруппы чаще всего употребляли слабоалкогольные напитки (пиво, коктейли), которые некоторые исследователи относят к «просуицидальным» веществам (Емяшева Ж.В. с соавт., 2012; Меринов А.В., 2017). Из других ПАВ несовершеннолетние злоупотребляли каннабиноидами (растительными и синтетическими), амфетаминами, лекарственными препаратами, что может характеризовать подростковую поисковую активность, склонность к рисковому поведению, что связано с большей подверженностью таких суицидентов к психосоциальной дезадаптации (Гильбурд О.А., Глотова Е.А., 2011; Мохонько А.Р., Игонин А.Л., 2016; Александрова Н.А., Шкитырь Е.Ю., 2018).

У подростков с посмертной диагностикой «ППР, связанные с употреблением психоактивных веществ» имелись характерные соматические нарушения. Так по данным судебно-медицинских экспертиз у всех несовершеннолетних посмертно были выявлены начальные проявления гепатита или диффузные изменения поджелудочной железы. Аддикции у несовершеннолетних сопровождались конфликтами с ближайшим окружением, агрессивностью, недержанием аффекта, девиантными формами поведения (административные нарушения за распитие алкогольных напитков в общественных местах, бродяжничество, совершение правонарушений в состоянии опьянения и т.д.), которые обуславливали нарушения микросоциальной адаптации как в семье, так и в учебном заведении. С другой стороны, нередко, внутрисемейные проблемы и конфликтные отношения со сверстниками приводили к аддиктивному поведению, создавая «порочный круг», благополучно выйти из которого у подростка не хватало ресурсов.

Как показало исследование, никто из несовершеннолетних данной группы

при жизни не попадал в поле зрения психиатра, не обращался к психологу, лишь в единичном наблюдении подросток состоял на профилактическом учете у нарколога. В ряде случаев несовершеннолетних ставили на внутришкольный учет в связи с непосещением занятий без уважительных причин, либо за приход в школу в состоянии опьянения. Часто подростки отличались рискованным поведением – зацепинг, нахождение на путях в непосредственной близости от приближающегося поезда. Практически у всех суицидентов в анамнезе имели место две и более суицидальные попытки, которые отличались демонстративностью, вместе с этим они использовали способы с высокой степенью опасности и отмечена тенденция к утяжелению последующих суицидальных действий. Для данных несовершеннолетних были характерны акты самоповреждений кожных покровов не только предплечий, но и бедер, живота. Следует отметить, что суицидальные попытки у несовершеннолетних чаще протекали по типу импульсивных действий и возникали на высоте конфликтной ситуации, они часто находились в состоянии опьянении либо в периоде острого влечения к ПАВ. Наиболее актуальными в данной группе являлись семейные конфликты, реже внутри- и межличностные проблемы. Обострение суицидальных переживаний у некоторых подростков провоцировалось сочетанием психотравмирующей ситуации и состояния опьянения, вместе с тем анализ показал, что данные суициденты не принимали ПАВ для облегчения реализации суицидальных действий.

Клинический пример.

Е., 16 лет, рос в полной семье, до подросткового возраста проблем в поведении не отмечалось. В возрасте Е., 14 лет, его родители развелись. Развод родителей Е. переживал тяжело, на этом фоне у него снизилось настроение, утратилась учебная мотивация, он прогуливал уроки, уходил из дома и употреблял наркотические средства (гашиш, марихуана, мефедрон и т.д.). В состоянии очередного приема ПАВ Е. вынес из дома ценные вещи, и после домашнего скандала совершил самоубийство путем повешения. При судебно-химической экспертизе в крови Е. был обнаружен этиловый спирт, в концентрации - 0,5 промилле... в печени, почке, желудке, крови и мочи был обнаружен морфин (в крови 0,009 мг% морфина, в печени 0,108 мг%, и 0,004 мг% кодеина). При проведении посмертной КСППЭ комиссия

экспертов пришла к выводу, что у Е. на фоне пролонгированной субъективно значимой психотравмирующей ситуации (развод родителей) развилось «Смешанное расстройство эмоций и поведения» (по МКБ-10: F43.25)... с последующим началом употребления им ПАВ (гашиш, марихуана, мефедрон, амфетамин) с формированием «Пагубного (с вредными последствиями) употребления нескольких психоактивных веществ» (по МКБ-10: F 19.1), повлекшего в результате социально-негативные последствия без формирования явлений зависимости. В период непосредственно предшествующий смерти Е. находился в состоянии «Острой алкогольной интоксикации» (по МКБ-10: F10.0), о чем свидетельствовали объективные сведения в материалах уголовного дела (данные СМЭ). В данном случае постепенное ослабление внутрисемейных связей, усиление отстраненности от окружающих, социальная изолированность происходили наряду со снижением успеваемости и частым употреблением психоактивных веществ. В состоянии наркотического опьянения Е. совершил социально неприемлемый поступок, обостривший внутриличностное восприятие ситуации, последовавший семейный конфликт, способствовал формированию у него состояния эмоционального напряжения. На фоне опьянения в ситуации внутреннего конфликта и ожидания эскалации дальнейших внутрисемейных объяснений, возможных санкций со стороны родственников, ощущения безвыходности по разрешению сложившихся обстоятельств, обусловило формирование у Е. аутоагрессивных намерений.

Стоит отметить, что в подобных ситуациях реализация суицидальных действий у несовершеннолетних возможна по двум механизмам: за счет имевшегося ранее внутриличностного конфликта на фоне расстройства адаптации, а также состояния опьянения, которое может играть роль, усугубляющую психологическое (эмоциональное) состояние и повышающее аутоагрессивные тенденции.

Аффективные расстройства (F 32)

Аффективные расстройства были представлены только в юношеской возрастной группе и составляли 5,1% (4 случая; n=78) из выявленных психических расстройств у исследуемых. Квалифицировались они в рамках «Депрессивного эпизода легкой степени» (F32.0) и «Депрессивного эпизода средней степени» (F32.1).

У всех исследуемых данной группы в раннем периоде развития наблюдались разнообразные невротические реакции, которые в более старшем

возрасте оформлялись в очерченный «астено-невротический синдром» и проявления «вегето-сосудистой дистонии». В период препубертата у несовершеннолетних нередко отмечались психогенно обусловленные поведенческие реакции по типу протеста, негативизма, оппозиции.

В клинической картине невыраженного депрессивного расстройства (легкой степени) обращали внимание заметное для окружающих снижение настроения, ухудшение успеваемости, нарушения сна («досыпал на уроках»), сопровождавшиеся раздражительностью и истощаемостью со снижением работоспособности как на учебной, так и обычной деятельности, с утратой интересов (отказ от прогулок с друзьями, просмотра любимых передач по телевидению, залеживание и т.д.). В содержимом переписки в социальной сети у суицидентов нередко фигурировали депрессивные высказывания и мысли о никчемности жизни. При анализе объективных данных выявлялись внутрисемейные конфликты, разрыв длительных дружеских отношений и прочие межличностные проблемы. Аффективная симптоматика проявлялась не более месяца.

В клинике депрессивного эпизода средней тяжести помимо вышеуказанной симптоматики отмечалось более выраженное снижение настроения с общей подавленностью, идеаторной заторможенностью, повышенной утомляемостью, аффективно насыщенными переживаниями, сопровождаемые плаксивостью и идеями самообвинения. В зависимости от тематики таких переживаний на первый план помимо указанных расстройств выступала постоянная тревожность с тоской, ощущением безысходности, одиночества, элементами дисморфофобии, более выраженные инсомнические нарушения, отсутствие аппетита и потеря веса. Утрата удовольствия и интересов сопровождалась склонностью суицидентов обвинять значимое окружение в создавшейся, по их мнению, безвыходной ситуации, они пессимистически оценивали свое будущее («никому не нужен», «я обуза», «ко мне все плохо относятся», «я жертва, постоянно жертва»). Так, несовершеннолетняя 17-летнего возраста на фоне неразделенной любви отмечала чувство одиночества, снижение привязанности к членам семьи, периодически

писала о «необъяснимой ненависти к близким», амбивалентном отношении к жизни и смерти, она стала прибегать к приему алкогольных напитков в качестве «успокаивающего» средства, продумывала способ самоубийства, переносила его сроки.

Только в единичных случаях несовершеннолетние обращались к специалистам - психологу и психиатру. Их состояние было квалифицировано как «синдром хронической усталости» вследствие чрезмерных умственных нагрузок и «депрессивный эпизод средней степени тяжести», с однократной кратковременной госпитализацией в частный стационар психиатрического профиля с назначением соответствующей терапии. Однако вскоре после выписки из стационара прием психотропной терапии подростком был прекращен, в т.ч. из-за боязни побочных эффектов, в дальнейшем он никем не наблюдался (по сведениям из медицинской документации и показаний родственников). Во всех остальных случаях суициденты пытались самостоятельно справиться со своими переживаниями (употребление алкоголя, новые знакомства, в т.ч. виртуальные и т.д.), в ряде случаев они обращались к близким, однако последние их состояние недооценивали, в силу занятости или иных причин (информация из переписки «ВКонтакте»). При исследовании интернет содержимого суицидентов выявлялось большое число контентов депрессивной и суицидальной направленности, содержались репосты изображений, декларирующих призыв к самоубийству. Постоянное пребывание в интернет контенте деструктивной направленности существенно усугубляло депрессивное состояние у несовершеннолетних с формированием у них пролонгированного аффективного напряжения, сверхценного доминирования ситуационных переживаний, пессимистической оценкой будущего, суицидальными мыслями с реализацией суицидального намерения.

Клинический пример.

К., 16 лет, с детства наблюдалась специалистами в связи с «детским церебральным параличом», проходила курсовое лечение. Примерно с 12 лет родители стали отмечать у К. эмоциональные расстройства с возбудимостью, истеричностью, К. «стала жаловаться на

депрессию, нежелание жить». В 15 лет на фоне «снижения настроения и апатии» была госпитализирована в частный психиатрический стационар, где около 4 недель получала терапию антидепрессантом (золот). На фоне приема препарата отмечалось улучшение: стала активнее, лучше успевала в школе, посещала кружки (танцы). Однако через некоторое время после выписки терапия была прекращена по инициативе родителей «из-за боязни побочных эффектов». Вместе с тем у К. отмечались постоянные внутрисемейные конфликты из-за «высоких» школьных показателей («шла на золотую медаль»), давления со стороны матери «из-за внешнего вида» (требовала сбросить лишний вес). Сверстники стали замечать у К. колебания настроения до депрессивного, К. высказывала суицидальные мысли, у нее стали отмечаться нарушения аппетита. В рукописных записях К. указывала «о нелюбви к своему телу», «одиночестве в кругу семьи и непонимании». Приводим цитату из ее записи: «вечером я увидела в зеркале чудовище...бегемота. Я была в шоке... у меня началась истерика...я чувствовала боль, страх, ужас, ненависть и ... вдруг мне пришла идея ...я решила покончить с собой!». В социальной сети имелись репосты К. депрессивного содержания в большей степени о «никчемности реальной жизни». Комиссия экспертов пришла к заключению, что К. при жизни, а также в юридически значимый период, страдала психическим расстройством в форме «Депрессивного эпизода умеренной степени без соматических симптомов» (по МКБ-10:F33.10). На фоне неприятия себя и своего тела, длительных периодов сниженного настроения, негативных переживаний из-за несоответствия стандартам, предъявляемым родителями, самоотвержения, несостоятельности попыток совладания со своими эмоциональными переживаниями, а также таких личностных черт, как ранимость, обидчивость, сензитивность, в период предшествующий самоубийству, психическое и психоэмоциональное состояние К. значительно ухудшилось и характеризовалось усилением депрессивной симптоматики с выраженным психоэмоциональным напряжением, чувством отчаяния и одиночества, пессимизмом, нарастающей тревогой и страхом, безнадежностью в восприятии будущего.

Расстройства приема пищи (F50)

Расстройства приема пищи характеризовались гендерной специфичностью и выявлялись только у девочек подросткового и юношеского возрастного периода 6,4% (5 случаев; n=78). Расстройство было представлено нозологической формой «Нервная анорексия» (F50.0) и в единичном случае «Нервной булимией» (по МКБ-10: F 50.2). Клинически заболевание проявлялось дисморфофобическими переживаниями с навязчивыми размышлениями относительно своей фигуры,

убеждением в полноте и сопровождалось расстройством телесного чувства и неудовлетворенностью внешним видом. Девочки отличались перфекционизмом, завышенными требованиями к своему социальному функционированию («быть первой в учебе»; «быть самой стройной», «красивее, чем Петрова» и т.д.). Пищевое поведение у них превращалось в некий ритуал, сопровождаемый ипохондрическими идеями, когда само потребление еды искаженно воспринималось ими как «неблагоприятное для здоровья». Девочки, как правило, тщательно разрабатывали «план по похудению», скрупулезно вели подсчет калорий, использовали определенные методы приготовления пищи и продукты («только на пару», «только овощи»), после еды принимали мочегонные препараты (индапамид, фуросемид) и слабительные, вызывали рвоту. Они нередко использовали средства, направленные на затруднение метаболизма, подавляющие аппетит и снижающие чувство голода (тонизирующие смеси, турбослим), психотропные препараты (флуоксетин), до изнурения занимались физическими упражнениями. Некоторые несовершеннолетние скрывали от родных имеющиеся проблемы, отказывались от еды, ссылаясь на плохое самочувствие, отсутствие аппетита, говорили, что поели в школе, у друзей и т.д. Порой сверхценное стремление к снижению веса подростками поддерживалось родными, которые даже вовлекались в данный процесс, следили за соблюдением диеты, и аффективно реагировали при нарушении ее, что усугубляло сложные межличностные взаимоотношения. Строгое соблюдение диеты, жесткое ограничение объема пищи неотвратимо сопровождалось пищевыми эксцессами с потреблением за малое время больших объемов пищи, с нарушением произвольной регуляции контроля потребления. Как правило, такое состояние у девочек провоцировалось психическим дискомфортом (плохая оценка, полученное замечание) и использовалось, как способ снять возникшее напряжение. В последующем девочки испытывали к себе «ненависть», «презрение», у них появлялось чувство вины, что еще более усугубляло суицидальную настроенность (сведения из социальной сети).

Коморбидной патологией нервной анорексии, как правило, являются

аффективные нарушения. При этом у подростков снижался уровень коммуникации со сверстниками, они изолировались от окружающих, проводили время в одиночестве, общаясь лишь в социальной сети. При длительном течении расстройства у девочек на фоне существенного дефицита массы тела (более 15%) отмечалась вторичная аменорея (объективные данные в медицинской документации), выявлялись характерные изменения со стороны внутренних органов: кардиомиодистрофия, явления гастродуоденита и трофические нарушения кожных покровов и волос (заключение судебно-медицинской экспертизы).

У подростков данной группы были объективно зафиксированы неоднократные суицидальные попытки, как наказание «за переедание», «недостаточность воли». Они наносили самопорезы, выражая ненависть к себе и своему телу, и тем самым также снимая внутреннее напряжение.

Ведущей мотивацией суицидального поведения в данной группе являлся внутриличностный конфликт, обусловленный недовольством собой, своим внешним видом, формами, пропорциями. Суицидальная активность несовершеннолетних значительно возрастала при сочетании личностных проблем (болезненная конкуренция со сверстниками относительно внешности, учебы), конфликтными взаимоотношениями с родными (алкоголизация родителя, отсутствие внимания, либо чрезмерная критика с комментариями внешности подростка). Как показал анализ экспертных заключений, основной мотивацией суицида у лиц с нервной анорексией являлось «самонаказание» из-за собственной «никчемности», невозможности противодействовать «ожирению» и своим пристрастиям, о чем несовершеннолетние указывали в своих предсмертных записках. В других случаях, суицидальное поведение подростки мотивировали «избеганием страдания» (по показаниям свидетелей, из данных письменной продукции, дневниковым записей).

Клинический пример.

Р., 16 лет, с ранним акселерированным развитием (фразовая речь в 2 года), по характеру формировалась «тихой и замкнутой, малообщительной, упрямой». С началом школьного

обучения у нее отмечались трудности с адаптацией в школьном коллективе, однако с 3 класса стала учиться на «отлично». Являлась призером олимпиад (по экологии, обществознанию, биологии, литературе, химии, истории, географии, русскому языку, биологии), в учебе была «одержимой». Р. имела широкий круг интересов, обладала феноменальной памятью, ей «не было равных» в изучении иностранных языков. На уроках Р. всегда была внимательна, усидчива, все задания выполняла одной из первых. С 14 лет она стала разборчива в еде, сначала отказалась от сладкого и мучного, затем стала совсем отказываться от еды. Одновременно с этим конкурировала с другой одноклассницей – отличницей и стремилась «доказать», что может похудеть, стать стройнее, чем одноклассница. За четыре месяца Р. потеряла в весе 17 кг, у нее отсутствовал аппетит, появился страх поправиться. При обследовании у Р. отмечалась «Тяжелая белково-энергетическая недостаточность. Аменорея вторичная. Нервная анорексия. Неврозоподобное состояние». В связи с вышеуказанными проблемами она стала заниматься с психологом, посещала индивидуальные занятия, однако уже через несколько месяцев Р. снова стала выкидывать еду, принимала таблетки со слабительным эффектом. После уговоров родителей она стала вновь есть, поправилась, в связи с чем сменила гардероб. Р. была обнаружена дома, с признаками отравления лекарственным препаратом «бисакодил», рядом с ней нашли предсмертную записку следующего содержания: «Я ненавижу себя за эти срывы. Я жирная. Все без толку». При изучении содержимого ее браузера было установлено, что Р. последнее время читала статьи про «анорексию». Комиссия экспертов пришла к заключению, что Р. при жизни, а также в юридически значимый период, страдала психическим расстройством в форме «Нервной булимии» (по МКБ-10:F 50.2). У Р. росшей соматически ослабленным ребенком, с детского возраста отмечалась асинхрония развития с явлениями психической акселерации. С пубертатного периода (с 14 лет) у нее отмечалось расстройство пищевого поведения, сопровождавшееся элементами дисморфофобии и дисморфомании, искаженным восприятием образа своего тела, формированием сверхценных идей по снижению веса и тактикой поддержания его на стабильно низких значениях, присоединением в последующем эндокринных нарушений, что послужило причиной обращения и лечения Р. у профильных специалистов. В дальнейшем на фоне некоторого улучшения состояния наблюдалась постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к пище («не могла сдержаться», «объедалась сладким и калорийным»), сопровождавшаяся неудовлетворенностью собой, болезненным страхом набора веса, попытками противодействия эффекту ожирения от съеданной пищи (вызывание рвоты, прием слабительных препаратов). Экспертом психологом отмечалось, что на фоне указанных личностных особенностей у Р. непосредственно в пресуицидальный период сформировалось психическое состояние, которое характеризовалось выраженным психоэмоциональным напряжением, сопровождавшимся чувствами вины и стыда.

Наряду с желанием контакта, потребностью в объяснении своего состояния у Р. были выражены ненависть к себе, стремление к самонаказанию и самоуничтожению, переживание собственной неполноценности и ущербности.

Общие расстройства психологического (психического) развития (F84)

Диагностика данного расстройства была проведена только у лиц препубертаной возрастной группы (9-12 лет) – 11,5% (9 случаев; n=78). С раннего возраста у детей данной группы отмечались нарушения психического развития различной выраженности. В трети случаев асинхрония психического развития с опережающим становлением речи (рано заучивали буквы и начинали читать), не соответствующим возрасту хорошим словарным запасом и ранним чтением книг для более старшего возрастного уровня. В ряде наблюдений имели место различные задержки в психическом, моторном и речевом развитии. По мере взросления дети отличались от сверстников особенностями социального функционирования: недостаточная коммуникабельность или поверхностность контактов, узкоограниченные интересы, нередко не по возрасту (например, увлечение медициной с просмотром сериалов только данной тематики, чтение определенных статей, игровая имитация профессии, изучение учебников по анатомии и биологии в начальных классах и т.д.). Порой дети увлеченно интересовались «вопросами жизни и смерти», писали в начальных классах достаточно сложные сочинения, стихи, касающиеся подобной темы, интересовались вопросами религии, продолжения рода и т.д. Дети данной группы преимущественно отличались хорошей или отличной успеваемостью, часто поощрялись похвальными листами, участвовали в творческих конкурсах рисунков и стихов, на которых занимали призовые места.

Анализ аккаунтов в социальных сетях детей не имел значимой информации, т.к. за ними осуществлялся достаточно жесткий контроль со стороны родителей, многие дети не имели доступа к интернету, вследствие строгого ограничения. Особую ценность в данных случаях имели показания свидетелей и содержимое письменной продукции суицидентов, включая рисунки, фотографии и пр. В их творчестве прослеживались определенные тенденции, так рисунки носили

мрачный характер, были наполнены кровавыми событиями, в них изображались гробы, виселицы, повешенные лица, перевернутые кресты, различные пентаграммы, образы демонов и пр. В стихах у некоторых детей открыто воспевалась тема смерти и самоубийства. Однако прямых суицидальных высказываний или призывов в письменной продукции детей не прослеживалось. Все суициды детьми были совершены исключительно на территории их проживания (квартира, дом, соседний дом). Из способов самоубийства дети выбирали чаще преднамеренное падение с высоты, реже самоудушение.

Клинический пример.

Б., 11 лет, рос в полной благополучной семье. С детского возраста (с 6 лет) был тихим, спокойным, малообщительным, предпочитал игры в одиночестве, «был зависим от компьютерных игр» с жестоким кровавым сюжетом и родители тщетно пытались его ограничивать. Б. также просматривал передачи «мистической» направленности, мог обсуждать их часами, при этом у самого имелись разнообразные страхи (высоты, пауков, призраков и т.д.). С учебной проблем он не испытывал, учителям отмечались у него нестандартное мышление. Близких друзей Б. не имел, т.к. «боялся общения». В один из дней у него с матерью произошел «небольшой конфликт воспитательного характера», по словам матери его «с такой успеваемостью не возьмут в физико-математический (технический) класс, и он будет обучаться в гуманитарии, где он углубленно будет изучать историю, станет археологом и будет «откапывать мумии». При этом Б. «только слегка «надулся», но словесно ничего не ответил. На следующий день Б. был обнаружен под окнами своего дома с признаками падения с высоты. В его комнате была найдена предсмертная записка со следующим содержанием: «Наверно, кот будет ждать... Пап, прости, я не могу жить в этой тюрьме. Оказывается, тайное далеко не всегда становится явным. Интересно, что там, за жизнью? Мама, ты говорила, что я пойду в гуманитарий, буду трупы откапывать. Сначала закопай мой! Однажды я услышал, что слово может покалечить. Видимо еще и убить. Какая ужасная погода! Я хотел умереть в солнечную. Прощайте!». Комплексная психолого-психиатрическая комиссия экспертов пришла к заключению, что Б. при жизни, а также в период, предшествующий смерти страдал «Расстройством психического (психологического) развития» (по МКБ-10: F84). Следует отметить, что у Б. с детского возраста отмечалось своеобразие и узконаправленность интересов, он отличался от сверстников нестандартным мышлением, аутистическими чертами характера (малообщительный, тихий и т.д.), различными фобическими проявлениями (страх коммуникации; высоты и т.д.) с предпочтением интеллектуальных способов самореализации

при низком уровне поведенческой активности. Экспертом психологом отмечалась, что актуализация суицидальных намерений у Б. происходила в условиях контроля и запретов со стороны родителей, которые воспринимались им как чрезмерно ограничивающие (как «тюрьма»), также высокое субъективное значение имел предшествовавший конфликт с матерью. Сформировавшееся в этих условиях эмоциональное напряжение, с ощущением обиды и несправедливости, с желанием подчеркнуть этот конфликт, выражением протеста против существовавших ограничений, способствовало реализации последующих суицидальных действий.

Таким образом, клинические факторы играют существенную роль в суицидальном поведении несовершеннолетних и могут рассматриваться как *актуальные факторы риска, действующие непосредственно в момент проявления социально-психологической дезадаптации.*

В результате анализа клинического материала выявлено следующее:

- практически у половины исследуемых (47,6%) выявлены психические и поведенческие расстройства различной структуры и степени выраженности: в препубертатном периоде отмечались в основном общие расстройства психологического развития, а также единичные случаи расстройства приспособительных реакций; в подростковой и юношеской возрастных группах происходит расширение нозологических форм, при этом расстройства шизофренического спектра существенно чаще представлены в юношеской группе;

- при расстройствах адаптации и аффективной патологии депрессивные состояния отличались высокой суицидоопасностью и характеризовались возрастной специфичностью: так в младшей возрастной группе симптоматика характеризовалась стертой аффективной компонентой, фобическими проявлениями, повышенной тревожностью наряду с выходом на первый план поведенческих нарушений в виде протестных реакций, негативизма и оппозиции, импульсивностью суицидальных действий на фоне стрессового события по механизму «короткого замыкания»);

- при органических психических расстройствах и личностной патологии существенную роль в аутоагрессивных действиях имела выраженная

эмоциональная неустойчивость с импульсивностью и недостаточным контролем своих поступков на высоте аффекта;

- при расстройствах шизофренического спектра суицидальное поведение несовершеннолетних нередко обуславливалось продуктивной симптоматикой и в целом расстройствами восприятия, мышления и искаженным пониманием «образа смерти»;

- общие расстройства психического (психологического) развития были характерны только для младшей возрастной группы и их поведение в пресуицидальный период характеризовалось непониманием сути и необратимости суицидальных действий, а также недооценкой последствий.

ГЛАВА 5

**СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСМЕРТНОЙ
КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ОКОНЧИВШИХ ЖИЗНЬ
САМОУБИЙСТВОМ**

При установлении факта совершения суицида для оценки психического состояния лица следственными органами назначается посмертная КСППЭ. Она обычно проводится в рамках уголовного дела, возбужденного по ст. 110 УК РФ (Доведение до самоубийства). Кроме того, посмертная КСППЭ может назначаться и по ряду других уголовных дел в соответствии с п. «б» ч.1 ст. 63 УК РФ. Данная уголовно-правовая норма предусматривает «наступление тяжких последствий в результате совершения преступления» как обстоятельство, отягчающее наказание. Одним из таких последствий может стать суицид потерпевшего (например, самоубийство подвергшегося насилию несовершеннолетнего). В подобных случаях следствию и суду необходимо установить психическое состояние суицидента, а также причинно-следственную связь между совершенным преступлением и последующим самоубийством его жертвы, однако такого рода КСППЭ в данном диссертационном исследовании не рассматриваются.

Следует отметить, что до 2011-2012 гг. нередко проводились однородные посмертные СПЭ «по факту смерти», которые могли осветить только вопросы наличия либо отсутствия у лица какого-либо психического расстройства, и не предусматривали участия психолога. По мнению М.М. Коченова (1980), в целом посмертная КСППЭ не должна назначаться следствием, если нет сомнений в состоянии психического здоровья лица, покончившего с собой, либо есть подтверждающее это заключение СПЭ. Однако, по мнению И.А. Кудрявцева (1988), однородная экспертиза не в состоянии решить все стоящие перед экспертами вопросы. Тем более, как отмечают А.Г. Амбрумова и Л.И. Постовалова (1983), в вопросе суицидального поведения, необходимо определить

жизненные обстоятельства суицидента, его статус, окружение, положение в микросоциуме, состояние здоровья, в т.ч. и психическое состояние, наряду с внутренними побуждениями, осмысленностью намерений. Таким образом, усложняются требования, предъявляемые следственными органами к экспертному заключению, расширяется и список вопросов, которые формулируются перед специалистами, особенно относительно несовершеннолетних лиц. К таким вопросам относятся определение возрастных, индивидуально-психологических особенностей несовершеннолетнего, его психического или эмоционального состояния в пресуицидальный период, установления причинно-следственной связи между действиями/бездействием обвиняемых или подозреваемых лиц в доведении до самоубийства, в т.ч. в составе суицидальных групп, а также степени влияния информации аутодеструктивной направленности в интернете и социальных сетях. Все эти обстоятельства могут решаться только в рамках комплексной экспертизы, в которой участвуют и психиатры и психологи. Лишь такая совместная работа позволяет воссоздать ретроспективную картину динамики психического/эмоционального состояния несовершеннолетнего с оценкой вклада всего разнообразия факторов.

Посмертная КСПЭ несовершеннолетних, окончивших жизнь самоубийством, проводится в рамках уголовного дела, возбужденного по ст. 110 УК РФ «Доведение лица до самоубийства путем угроз, жестокого обращения или систематического унижения человеческого достоинства потерпевшего». Рассматриваемое в рамках ст. 110 УК РФ деяние предполагает посягательство на жизнь человека, и потерпевшим может быть признано любое лицо, способное осознанно совершить акт самоубийства. Верховным Судом СССР по одному из уголовных дел указывалось, что по смыслу закона «доведение до самоубийства» предполагает умышленное лишение себя жизни потерпевшим, доведенным до этого действиями виновного. По мнению исследователей в области юриспруденции, в редакции статьи 110 УК РФ не учтены иные способы доведения до самоубийства – содействие, подстрекательство (Ермолаева Е.Г., 2007). С 2015г. после резонансных случаев о деятельности в социальных сетях

«групп смерти» и возрастании числа суицидов несовершеннолетних, вновь поднялся вопрос о внесении необходимых изменений в указанную статью. В 2017г. Федеральным законом № 120-ФЗ от 07.06.2017 статья 110 УК РФ была дополнена мерами по усилению наказания в отношении виновного лица. При этом особое внимание уделено в части установления дополнительных механизмов противодействия деятельности, направленной на побуждение детей к суицидальному поведению. УК был дополнен новыми правовыми нормами: ст. 110.1 «Склонение к совершению самоубийства или содействие совершению самоубийства» и ст. 110.2 «Организация деятельности, сопряженной с побуждением граждан к совершению самоубийства». Состав преступления по данным статьям считается оконченным при самоубийстве потерпевшего либо при покушении на него. Признаком состава является и причинная связь между действиями (бездействием) виновного по доведению до самоубийства и действиями самой жертвы. С объективной стороны деяние по преимуществу характеризуется активными действиями, хотя возможно и бездействием виновного (например, отказ лица, обязанного по закону заботиться о потерпевшем, предоставить ему жилье, одежду, пищу и т.п.). Как отмечают исследователи, наличие причинной связи между деянием и последствиями в объективной стороне «доведения до самоубийства» является обязательным признаком для квалификации (Соктоев З.Б., 2015; Буряковская Е.В., 2020), а для правовой оценки причинности она должна быть установлена экспертным путем (Белкин А.Р., 2005).

При назначении посмертной КСППЭ по факту суицида несовершеннолетнего следствие, прежде всего, интересуется психическое состояние суицидента в период, предшествовавший смерти. Оценка психического состояния предполагает дифференцированный подход к квалификации тех переживаний, которые испытывал несовершеннолетний накануне совершения суицидальных действий. Кроме этого перед экспертами могут быть поставлены вопросы об оценке причин развития психического (эмоционального) состояния, предшествовавшего смерти, и вопрос о влиянии индивидуально-психологических

особенностей на поведение в момент совершения самоубийства (Ткаченко А.А., Козун Д.Н., 2020). Нередко следователями ставится вопрос о наличии у несовершеннолетнего лица «психического состояния, предрасполагающего к совершению самоубийства». Ряд компетентных авторов считают, что такая формулировка имеет право на существование, вместе с тем, следует учитывать, что констатация «состояния, предрасполагающего к самоубийству» не означает, что это состояние предопределяло совершение суицидального акта. Даже при наличии «состояния, предрасполагающего к самоубийству» наступление этого события имеет лишь вероятностный характер, а смерть данного лица может иметь иные причины (Макушкин Е.В. с соавт., 2017; Сафуанов Ф.С., 2021). Как отмечают судебные психиатры, психическое расстройство является значимым, но всего лишь одним из факторов суицидального поведения (Печерникова Т.П., Туденева Т.Н., 2004). В субъективно психотравмирующей ситуации существенную роль играют личностная позиция, морально-нравственные ценности, соотношение антивитальных и антисуицидальных факторов и даже при доказанном факте суицида выявление его предположительных причин и психопатологических мотивов не должно входить в компетенцию судебно-психиатрических экспертов (Фелинская Н.И., Пелипас В.Е., 1970; Горинов В.В., 1994; Печерникова Т.П., Туденева Т.Н., 2004).

Общеизвестно, что психические расстройства могут существенно повышать риск суицида, но не всегда предопределяют его реализацию. Более того, посмертная диагностика психического расстройства зачастую не свидетельствует о его влиянии на суицидальное поведение лица. Поэтому ключевым этапом клинического анализа является квалификация причинно-следственной связи между психическим (эмоциональным) состоянием суицидента с действиями обвиняемого (если таковой имеется) либо иными психотравмирующими событиями. Однако нередко следствие интересуется наличием связи между действиями конкретных лиц или группы лиц и собственно самоубийством несовершеннолетнего. По мнению судебных психиатров и психологов, установление подобной связи является сложным обстоятельством и

неправомерным, поскольку если у следствия имеются сомнения в факте суицида, то в таких случаях экспертное заключение нельзя использовать как доказательство природы смерти потерпевшего, в целях недопущения судебной ошибки (Горинов В.В., 1994, 1996; Сафуанов Ф.С., 1998; Сафуанов Ф.С., Секераж Т.Н., 2017).

Существующая сложность в проведении посмертных КСППЭ несовершеннолетних, окончивших жизнь самоубийством, обусловлена недостаточной разработанностью в судебной психиатрической практике методологии и методики подобных экспертиз. Особую трудность представляет определение причинно-следственной связи психического (эмоционального) состояния суицидента и условий его формирования. Об этом свидетельствуют существующие в практике прецеденты назначения повторных посмертных КСППЭ в связи с неоднозначностью как трактовки разными экспертами психического состояния суицидента, так и сомнений в обоснованности экспертного заключения, которые не дали оценки влияния обстоятельств на поведение лица в юридически значимый период.

Следует отметить, что причинная связь, являясь абстрактной философской категорией, при этом имеет глубокое практическое содержание для исполнения уголовно-правовых норм. Установление причинно-следственной связи между деянием и наступившим последствием позволяет доказать обоснованность привлечения конкретного лица к уголовной ответственности в силу ст. 8 УК РФ (Основание уголовной ответственности). В.П. Петленко с соавт. (1978) относительно теории причинно-следственных связей в медицине отмечали, что познание причинности между явлениями необходимая задача науки со сложным путем решения. Причинная связь в упрощенной форме – это связь явлений, где главная причина при наличии определенных условий выдает определенный результат. При этом сама причина может вызвать ряд последствий, а также конкретное последствие может быть порождено различными причинами и условиями. Стоит отметить, что вклад каждой из причин (явлений) неравноценен для наступления последствий (негативного результата). В результате одни

явления являются определяющими, ведущими (причина), другие – второстепенными (условия) (Кудрявцев В.Н., 2015). Хотя собственно условия не могут вызвать следствие, но без них причина также не может реализоваться. При этом вариант воздействия конкретной причины и природа последствия зависят от характеристики условий, т.е. причинно-следственная связь находится в зависимости от условий. Таким образом, условие – это совокупность явлений, образующих сферу причинно-следственного отношения, что сопровождают причину и обеспечивают ее развитие. Впрочем, в условиях уголовного права за определенными в законе условиями признается порождающее значение, когда причиной может быть какое-либо противоправное деяние, являющееся необходимым условием наступления последствия. Хотя не каждое действие, выступившее в качестве необходимого условия, порождает следствие и, собственно, влечет уголовную ответственность (Номоконов В.А., 1982).

В научных работах рассматриваются разные виды причинности. Однако для судебной психиатрии не все их разновидности могут быть пригодны. Применимыми видами для экспертной работы должны быть те, которые не будут противоречить как философско-логическим определениям, но и вместе с тем, будут объяснять происходящие в психике явления (реагирование личности). В нормативно-правовом поле РФ имеются формулировки по установлению причинно-следственной связи, которые заключены в «Медицинских критериях определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (2008). В судебно-психиатрической практике при освидетельствовании потерпевших, в случае причинения вреда здоровью должна устанавливаться причинно-следственная связь (прямая, косвенная) между психической травмой и развившимся психогенным психическим расстройством (Клевно В.А., Ткаченко А.А., 2013).

В судебной психиатрии само общественно-опасное действие (применительно к нашему исследованию – угрозы, жесткое обращение, систематическое унижение человеческого достоинства) как причина предусмотренных законом последствий выходит за рамки предмета экспертизы.

Комплексная психолого-психиатрическая комиссия может устанавливать лишь непосредственную причину наступивших последствий, а именно связь ретроспективно диагностированной психопатологии с психотравмирующим воздействием. Таким образом, анализу и оценке подвергается только часть совокупности из причинно-следственных событий, подлежащих доказыванию в рамках уголовного дела (Орлов Ю.К., 2009).

Необходимым, хоть и промежуточным звеном для определения причинно-следственной связи является установление природы психических нарушений (психогенные, непсихогенные), что проводится в рамках диагностического этапа в соответствии с МКБ-10.

Учитывая вышесказанное, при анализе исследуемого материала нами изучалось *психическое состояние несовершеннолетнего в период, предшествовавший самоубийству (смерти), и причинно-следственная связь этого состояния с действиями обвиняемого (подозреваемого), либо с другими факторами, которые могли способствовать его возникновению.*

По данным исследования из 170 несовершеннолетних с завершённым суицидом лишь в 9 наблюдениях – 5,3% уголовные дела по доведению до самоубийства несовершеннолетнего были возбуждены относительно конкретных лиц. Во всех остальных в постановлении о назначении КСППЭ звучали формулировки «в отношении неизвестных лиц, либо по факту суицида несовершеннолетнего».

Для решения поставленных задач вся выборка была разделена на 2 группы: 92 несовершеннолетних – 54,1% без психических расстройств и 78 – 45,9% с квалифицированными экспертами психиатрами психическими расстройствами.

Следует отметить, что в отношении 14 суицидентов (15,2%, n=92) без психической патологии была дана психологическая квалификация о наличии у них особых эмоциональных состояний, в период предшествующий самоубийству. Кроме того у 47 подростков (27,6%, n=170) из всей выборки были выявлены экспертами психологами индивидуально-психологические особенности, оказавшие существенное влияние на их поведение в исследуемый период.

Для решения судебно-психиатрических аспектов нами в данной главе анализируется группа несовершеннолетних суицидентов с диагностированными психическими и поведенческими расстройствами (78 наблюдений). Клиническое описание психических расстройств у исследуемых представлено в главе 4.

В основу методологии при исследовании положена теория совокупного анализа факторов «синдром-личность-ситуация» (Кондратьев Ф.В., 1984, 2010; Мальцева М.М., Котов В.П., 1995), которые были экстраполированы на психопатологические механизмы в пресуицидальном периоде (Распопова Н.И., 2010). Сложность представляла проблема экспертной оценки сочетания психических расстройств, непосредственно связанных с психотравматизацией и психических заболеваний иного генеза.

Клинико-динамическая специфика сочетания психогенной травматизации и психопатологических расстройств в юридически значимом периоде (пресуициде) по материалам настоящего исследования представлены в следующих вариантах:

- психотравмирующие факторы явились непосредственной причиной развития психического (психогенного) расстройства (в рамках этиологического механизма по Б.С. Положему, 2010), при этом аспект травматизации (в большинстве случаев на почве сложных межличностных взаимоотношений) доминировал в переживаниях суицидентов;

- психотравмирующая ситуация, оказала потенцирующее влияние на характер и содержание имевшихся ранее психопатологических переживаний. В клинике заболевания отражались негативные чувства (тревожные, депрессивные), обусловленные объективно имевшей место психотравмой, что усугубляло течение основного психогенного расстройства, но не являлось его первопричиной.

Исключающими причинно-следственную связь являлись:

- непсихогенной природы психическое расстройство, которое не претерпевало значимой динамики в юридически значимый период;

- психотравмирующая ситуация была вызвана неспецифическим психогенно травмирующим фактором (утрата значимого лица, переезд с трудностями

адаптации в новой среде), а не в результате воздействия какого-либо конкретного лица.

Согласно вышеуказанному нами были рассмотрены психические расстройства у несовершеннолетних и выстроены модели установления причинно-следственной связи их психического состояния в период, предшествовавший суициду с психотравмирующим фактором в рамках посмертной КСППЭ.

5.1. Посмертная КСППЭ несовершеннолетних при установлении психогенных психических расстройств в период, предшествующий самоубийству

Как видно из исследуемого материала у несовершеннолетних с суицидальным поведением в период непосредственно предшествующий смерти чаще всего выявлялись психические расстройства психогенной структуры – 23,1% (18 случаев; n=78). При этом чаще всего психогенные расстройства отмечались в юношеской группе – 66,7% (12 случаев; n=18).

Квалифицировались вышеуказанные расстройства в рамках следующих рубрик МКБ–10: «Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» (F43.22) – 44,4% (8 случаев; n=18), «Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации» (F43.25) – 33,3% (6 случаев; n=18), реже «Пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» (F43.21) – 22,2% (4 случая; n=18). В указанных наблюдениях прямая причинно-следственная связь между действиями обвиняемого лица с психическим расстройством у несовершеннолетнего была установлена лишь в 8,9% (7 наблюдениях; n=78).

Констатация причинно-следственной связи предъявляет особые требования к материалам уголовного дела. Прежде всего, речь в данных случаях идет о доказанном самоубийстве лица, что подтверждается заключением эксперта с

указанием причины смерти подростка, подробными свидетельскими показаниями, в т.ч. и на момент его гибели. Уголовное дело по ст. 110 УК, как правило, возбуждается в отношении конкретного лица, либо группы лиц. Кроме того необходимым условием является полнота материалов уголовного дела для понимания причины и специфики развития психогенно обусловленного психического расстройства и адекватного представления о психическом статусе суицидента в юридически значимый период. Особые требования предъявляются и к свидетельским показаниям. В них должны быть отражены не только особенности личности подростка, но и динамика его психического состояния в последний период его жизни. Особую ценность представляют свидетельства очевидцев, которые могут подтвердить конфликтную ситуацию, в которую был включен несовершеннолетний. Существенно разъясняет картину, если подросток оставил предсмертную записку, в которой звучат психотравмирующие обстоятельства. Оценка информационной наполненности оставленной записки, аффективная окрашенность высказываний вносит значительный вклад в квалификацию психического (эмоционального) состояния, в котором несовершеннолетний находился в период, предшествовавший суициду.

1. Экспертная модель прямой причинно-следственной связи между психическим состоянием несовершеннолетнего в период, предшествующий самоубийству с действиями обвиняемого лица в доведении до самоубийства.

Для правильной диагностики экспертами прямой причинно-следственной связи необходимо понимание сущности этого вида связи. С точки зрения юридического права прямая причинно-следственная связь в целом это наиболее приближенное к последствию действие (Малинин В.Б., 2000).

Следует подчеркнуть, что оценка психического состояния несовершеннолетнего должна осуществляться только в пресуицидальном периоде, не затрагивая сам момент совершения самоубийства, так как само это время не может быть подвергнуто корректной диагностике и тем более анализу. Как отмечают специалисты, обследовавшие выживших лиц в постсуицидальном периоде, момент совершения самоубийства характеризуется «сужением»

сознания лица на определенных мыслях и действиях, направленных на лишение себя жизни (Шнейдман Э., 2001; Рухлова И.А., 2020).

В судебной медицине, связь признается прямой, если в условиях строгой детерминации от каких-либо действий возможен только один исход (последствие) (Пиголкин Ю.И., 2012). В условиях же рассмотрения возможных исходов при «доведении до самоубийства» в рамках посмертной экспертизы судебные психиатры подчеркивают о наличии лишь вероятностной связи между психическим состоянием лица и суицидом, поскольку нет такой психопатологии, которая неминуемо бы приводила к самоубийству (Ткаченко А.А., Корзун Д.Н., 2020).

Таким образом, для доказывания причинно-следственной связи мы исходили собственно из трактовки ст. 110 УК РФ, что самоубийство или покушение на него последовали в результате действий либо бездействия лица, обвиняемого по ст. 110 УК РФ. При этом состав преступления считается оконченным при самоубийстве потерпевшего либо при покушении на него. Признаком состава является и причинная связь между действиями (бездействием) виновного по доведению до самоубийства и действиями самой жертвы.

В формулировке ст. 110 УК РФ приведен перечень действий со стороны виновного в доведении лица до самоубийства – угрозы, жестокое обращение с потерпевшим, систематическое унижение его человеческого достоинства.

Под *угрозой* понимают выраженные любым способом намерения виновного причинить вред потерпевшему, к примеру, разгласить либо распространить порочащие его сведения, уничтожить имущество, применить физическое насилие, лишить жизни.

Жестокое обращение – это грубое, бесчеловечное поведение виновного, приводящее к физическим и психическим (моральным) страданиям потерпевшего, которое может сопровождаться побоями и иными проявлениями физического насилия. При этом единичного случая жестокости, приведшего к самоубийству лица достаточно для наступления уголовной ответственности по ст. 110 УК РФ. Однако для унижения человеческого достоинства требуется систематичность

действий виновного, и единичный случай оскорбления или клеветы недостаточен для привлечения виновного к уголовной ответственности по ст. 110 УК (Комментарий к ст. 110 УК РФ; Макушкин Е.В. с соавт., 2017). При этом обвинение в доведении до самоубийства возможно лишь при условии установления факта совершения потерпевшим действий, специально направленных на лишение себя жизни. Таким образом, уполномоченными органами должно быть установлено, что самоубийство или покушение на него последовали в результате действий либо бездействия лица, обвиняемого по ст. 110 УК РФ. Характер этих действий позволяет также судить о наличии или отсутствии причинной связи в данном преступлении.

Таким образом, при констатации прямой причинно-следственной связи должна быть представлена совокупность данных:

- конкретное лицо, обвиняемое (подозреваемое) в доведении несовершеннолетнего до самоубийства;
- юридическая квалификация действий обвиняемого (подозреваемого) лица (угрозы, жестокое обращение, систематическое унижение);
- исчерпывающие данные о субъективном реагировании несовершеннолетнего на психотравматизацию;
- в содержании психопатологической симптоматики звучит психотравмирующая ситуация.

Вышеуказанная последовательность схематично приведена на рис. 11.

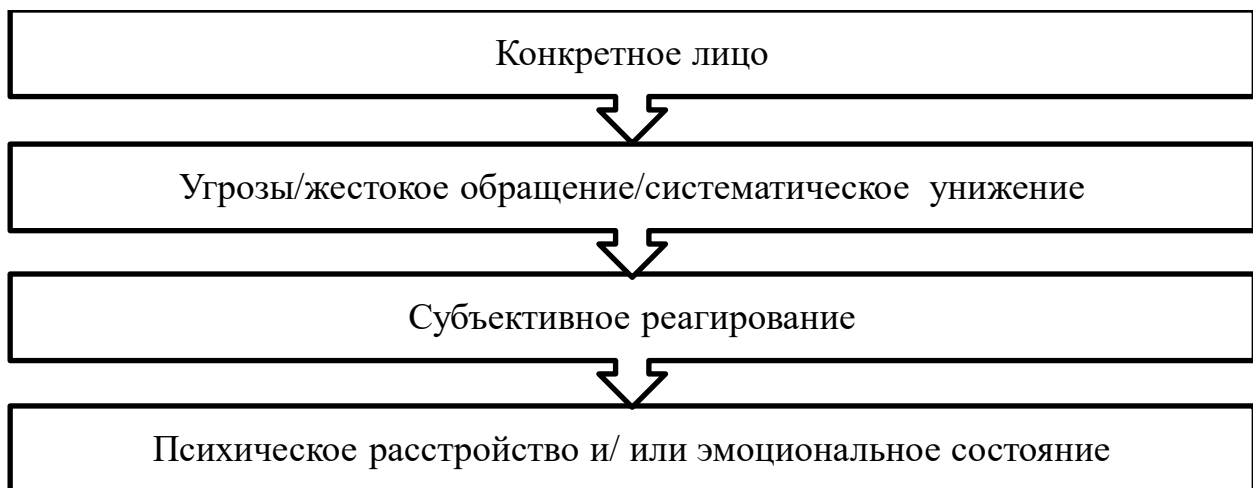


Рисунок 11. Схема прямой причинно-следственной связи

Установление связи между психическим расстройством и последствиями в виде самоубийства несовершеннолетнего выходит за пределы компетенции экспертов, так как в этой схеме могут присутствовать иные переменные, поиск которых или наоборот сбор доказательств об их отсутствии (возможное вовлечение в процесс третьих лиц – убийство), что является задачами судебно-следственных органов.

Как видно из исследуемого материала, вариант прямой причинно-следственной связи устанавливался при производстве посмертной КСППЭ по факту суицида несовершеннолетних достаточно редко (в 8,9 % - 7 случаях, при n=78).

2. Экспертная модель потенцирующего влияния психотравмирующих ситуаций на психическое состояние несовершеннолетнего в период предшествующий самоубийству.

Указанный вариант в исследуемом материале был прослежен в 5,1% (4 случая, n=78).

Модель потенцирующего влияния характеризуется необходимостью определения влияния каждого из участников уголовного дела на психическое состояние несовершеннолетнего.

Эта экспертная модель непосредственным образом вытекает из модели прямой причинно-следственной связи. Следует отметить, что в уголовных делах, особенно касающихся самоубийства несовершеннолетних, изначально много противоречивой информации, связанной непосредственно с кругом их общения (реальный, виртуальный). Кроме того нередко подростки скрывают от близких и даже друзей свои склонности (например, участие в ЛГБТ-сообществах). Также эксперты часто сталкиваются с субъективным трактованием, либо неосознанным сокрытием свидетелями значимой информации, либо переложением вины вторичными жертвами суицида (как правило, родителями) на каких-либо иных лиц, что создает большое число попадающих под подозрение участников.

В условиях психотравмирующих обстоятельств первоначальный триггер – конкретное лицо, запускает механизм развития психогенного расстройства (прямая причинно-следственная связь). При этом вначале аффективные нарушения могут быть достаточно аморфны, лишены чёткой клинической оформленности. Вместе с тем, на несовершеннолетнего в юридически значимый период продолжают воздействовать разнообразные негативные факторы (взаимодействие с другими лицами, школьная и семейная обстановка и т.п.), что усугубляет психическое состояние несовершеннолетнего, доводя до клинически выраженного. Как правило, именно на этом этапе свидетели уже в большей степени начинают замечать изменения в состоянии несовершеннолетнего. Описывают их уже не как ситуационную личностную подавленность в ответ на неблагоприятные обстоятельства, а дают более полноценные описания динамики психических и поведенческих изменений несовершеннолетнего, свойственных развернутому процессу с аффективной фиксацией его на психотравме, снижением волевого и эмоционального контроля, с ощущением отчаяния и безвыходности. Это значительно затрудняет разграничение начала действия исходного триггера, непосредственно вызвавшего психогению, с добавляющими (потенцирующими), но не имеющими фактической значимости для запуска психопатологического процесса. В таких экспертных случаях неоценимую помощь оказывает посмертный психологический анализ, с помощью которого судебно-психиатрический эксперт пошагово прослеживает динамику изменений психологического состояния, показывает как само принятие решения о суициде меняет поведенческие стереотипы, свойственные данному лицу (например, описывается трансформация личности из общительной, активной и отзывчивой в рассеянную, тревожную, раздраженную, скрытную и т.д.).

Таким образом, в рассматриваемой модели причинно-следственной связи первоначально развитие психогенного расстройства у несовершеннолетнего может быть обусловлено под влиянием психотравмирующего действия конкретного лица (модель прямой причинно-следственной связи). Однако следственные органы, как правило, интересуют и действия иных лиц (и

совокупности факторов), которые выступают лишь обстоятельством, интенсифицирующим (потенцирующее влияние) клинико-динамические особенности уже развившегося ранее психогенного расстройства, не являясь причиной его формирования, и соответственно не могут рассматриваться относительно установления причинно-следственной связи.

Вышеуказанная последовательность схематично приведена на рис. 12.

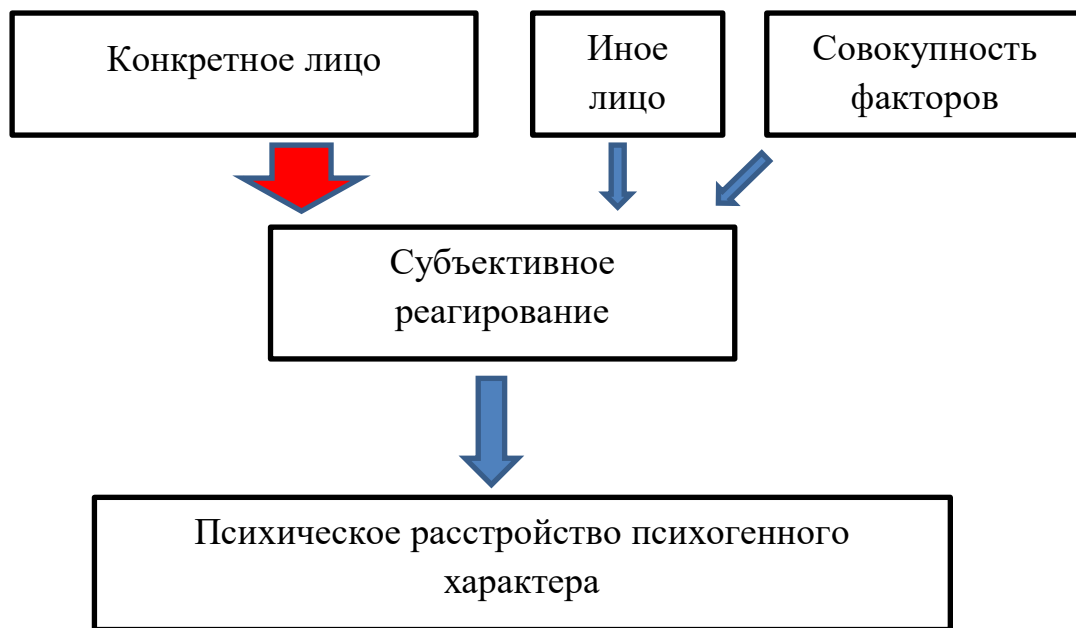


Рисунок 12. Схема потенцирующей причинно-следственной связи

Клиническое наблюдение.

Посмертная КСППЭ М., 16 лет, по материалам уголовного дела по ст. 110 УК РФ (Доведение до самоубийства).

Из материалов уголовного дела, медицинской документации известно следующее. М. рос с раннего возраста в неполной семье, отец с сыном контакт не поддерживал. На первом году жизни М. наблюдался с диагнозом «Перинатальная энцефалопатия», но в развитии от сверстников не отставал. Посещал детский сад. В школу был оформлен своевременно, особого интереса к обучению не испытывал, но при этом успевал средне за счет «хорошего интеллекта». На момент обучения в школе М. был общительным, любящим внимание, веселье, хорошо общался с одноклассниками, имел много знакомых. Мать М. успеваемость и поведение сына в школе контролировала, однако на родительские собрания почти не приходила, так как все время практически была занята на работе. М. несколько раз проговаривался, что все

общение дома сводилось к подзатыльникам за любые провинности. После окончания 9 класса М. поступил в колледж, по специальности «сварщик», где учился удовлетворительно, занятия не пропускал, но был разговорчивым, некоторые одноклассники называли его «надоедливым». Вместе с тем, большинство преподавателей отмечали, что М. на занятиях вел себя адекватно, знал границы допустимого поведения, на замечания реагировал. В колледже М. характеризовали веселым, активным, жизнерадостным, немного стремящимся к экстриму. Указывали, что он очень любил мать, которая на него имела влияние, боялся расстроить ее и заботился о ней. По месту жительства М. характеризовали хорошим и добрым, отношения в семье были доброжелательные и теплые. У психиатра и нарколога М. не наблюдался. Из материалов уголовного дела следует, что в ноябре 20... г. в дневное время (в 14 час. 35 мин.) М. вошел в колею железнодорожного пути непосредственно перед приближающимся грузовым поездом, в результате чего был смертельно травмирован. Из показаний матери М. известно, что ранее сын никаких суицидальных попыток не предпринимал. В день происшествия около 13 час. 30 мин. она разговаривала с М., и в его голосе слышала какую-то тревогу, говорил он очень тихо. Примерно в 14 час. ей позвонила сотрудница колледжа, и попросила подойти на следующий день по поводу успеваемости и поведения М. После этого мать написала об этом М. смс-сообщение. Также со слов матери следует, что от друга М. она узнала, что В. (знакомый М.) периодически требовал с сына деньги.

О состоянии внука накануне суицида сообщал также его дед: в последнее время М. был немного замкнут, приходя с колледжа, он не выходил из дома, сидел и смотрел телевизор. В выходные дни он также был дома, что за ним ранее не наблюдалось. Также указывал, что М. никогда не высказывал намерений покончить жизнь самоубийством. На похоронах внука от его друзей слышал, что он должен был деньги В., который вымогал их у него.

Изменение в поведении М. заметили и педагоги за 2 недели до его суицида – М. что-то тяготило, ему часто кто-то звонил на занятиях, он отпрашивался, чтобы ответить на звонок, поясняя, что ему звонила мать. За 4 дня до трагических событий на занятии М. кто-то позвонил, отчего у него на лице отразился испуг, и заметно изменилось его настроение. За 3 дня до случившегося, в помещении колледжа педагог-психолог слышала очень громкие крики. Подойдя, она увидела М., который сидел на корточках в темном углу и держался рукой за плечо. Увидев ее, М. перестал кричать и начал смеяться, сказал, что его укусили. Неподалеку от него стояла группа молодых людей. Также педагоги за несколько дней до смерти М. отмечали существенное изменение его настроения и поведения: вел себя крайне тихо, не веселился, не шумел, не комментировал. Было заметно, что настроение его было испорчено, он был чем-то подавлен. В основном сидел в телефоне, на замечания телефон убирал, после чего снова доставал. Из показаний студентов колледжа известно, что у М. были разногласия с

учащимся колледжа Я., из-за того, что М. «распускал неприличные слухи» о его девушке С. (бывшая девушка М.), которая требовала, чтобы М. извинился и всем рассказал правду.

За день до самоубийства М. видели на катке стадиона, он сидел с девушкой (подругой Я.), которая ему что-то говорила, а М. молчал и был грустный. М. у нее попросил прощения, и конфликт был исчерпан. Об указанных интимных подробностях узнал В. (знакомый М.), характеризовавшийся крайне отрицательно. Он хотел убедиться, правду ли говорит М.. Убедившись, что М. его обманул, В. решил его наказать и «поставить на деньги». Он назначил встречу М. на стадионе за час до случившегося, при этом потребовал с него денежные средства в качестве компенсации «за ложь», вел себя с М. нагло, сначала требовал 300 руб., а затем в размере 2000 руб., иначе угрожал сурово наказать М.

Кроме того известно, что также за неделю до смерти у М. случился конфликт с незнакомым ему ранее молодым человеком З., которому М. «в шутку» сказал, что продает свою машину за 10 тыс. руб., и тот решил купить. На самом деле машина принадлежала другому человеку, который не планировал ее продавать. Из-за такой «шутки» З. избил М., после удара в лицо М. заплакал, схватился за голову, ему было плохо. З. также забрал у М. его мобильный телефон, деньги, поставил «на счетчик» для «компенсации» якобы использованного бензина. После того как З. получил 300 руб. от М., он отказался вернуть забранный ранее у него телефон и пригрозил с ним «расправиться», если сообщит в полицию. Свидетели отмечали, что М. был расстроен, взволнован и напуган. В свою очередь хозяин машины (И.) «за ущерб, нанесенный его репутации» потребовал с М. 1000 руб. Как показывают студенты колледжа, в последние дни М. ходил растерянный, как будто чего-то боялся, все время оглаживался по сторонам, пытался занять деньги по 200-300 руб. у знакомых.

В день совершения самоубийства М. пришел в колледж к обеду, при этом все время оглаживался, выглядел подавленным. В колледже он узнал, что мать вызывают в колледж, также получил смс от матери, в котором она высказывала претензии относительно его поведения и напомнила ему о существенном материальном недостатке в семье. В тот же день у М. состоялась встреча с Я. и его девушкой, М. принес им извинения за «распространение слухов». В этот же день В. постоянно писал и звонил М. с требованием денег в размере сначала 1000 руб., затем 1500 руб. М. передал В. только 300 руб., объяснив отсутствием у него нужной суммы, попросил отсрочить. Однако В. потребовал под угрозой расправы о передаче денег уже в размере 2000 руб. в течение ближайших дней. После получения еще одного требования выплаты денег М. был очень расстроен, молчал, на вопрос одногруппника, пойдет ли на занятия, не отвечал. Примерно в 13 час. 50 мин. М. встретил студента колледжа. По свидетельству последнего, М. «находился в подавленном состоянии». При встрече он рассказал про неких В. и З., которые требуют с него деньги, угрожают ему. При этом он ранее им уже

отдавал деньги. М. сказал, что не знает, что ему делать, куда деваться и что это ему «все надоело». После разговора М. пошел в направлении железной дороги. По свидетельству матери М., она разговаривала с сыном по телефону примерно в 13 час. 30 мин., он сказал, что у него все в порядке, он в колледже, но в его голосе она почувствовала тревогу, говорил он очень тихо. В начале третьего часа ей позвонила сотрудница колледжа и пригласила в колледж по вопросам успеваемости и поведения сына, после чего она написала ему смс-сообщение. После ухода из колледжа очевидцы видели, как М. в течение часа бродил вдоль железнодорожного полотна. В 14 час. 32 мин. на телефон М. пришло сообщение от матери: «Что случилось, меня вызывают в колледж?! Тебе что хотят выгнать? Ну, выгонят, и кем ты в жизни будешь. Видишь же, что денег нет, жить не на что». В 14 час. 39 мин. М. лег на рельсы перед приближающимся поездом и совершил самоубийство. Машинист сбившего М. электропоезда сообщил, что М. помахал ему, перед тем как войти в железнодорожную колею.

Комиссия экспертов пришла к заключению, что у М. примерно с 20-х чисел ноября 20...г., в условиях субъективно сложных для него психотравмирующих ситуаций, в относительно короткий промежуток времени – эмоционально насыщенные конфликты (избиение со стороны З.; конфликт с И.: провокации, шантаж и угрозы со стороны В., конфликт с Я.), отмечалось постепенное усиление аффективного напряжения с развитием психогенного расстройства в форме «Смешанной тревожной и депрессивной реакции» (по МКБ-10: F43.22), которое характеризовалось пониженным фоном настроения, страхом повторения психотравмирующих событий и встреч со значимым негативным окружением (В.; З.; Я.) с субъективным ощущением безвыходности и безысходности.

Согласно интегративным выводам экспертов психиатров и психолога, первоначальное возникновение психогенного состояния было обусловлено агрессивными действиями З., нанесением им удара М. и отображением у него денег и мобильного телефона, после чего М. находился в состоянии психического напряжения и подавленности. Существенное нарастание и усиление внутреннего напряжения, тревожных и депрессивных тенденций М. было вызвано действиями В., манипулировавшего М., провоцировавшего конфликты, в которые был вовлечен М., и с помощью угроз и шантажа требовавшего с него деньги по надуманным поводам. С учетом возрастной незрелости и характерологических особенностей М. (неумение постоять за себя, получить социальную поддержку, найти конструктивное решение в субъективно сложной ситуации) действия З. и В. состояли *в прямой причинно-следственной связи* с возникновением и развитием у М. ощущения субъективной безвыходности своего положения и психогенного реагирования в виде «Смешанной тревожной и депрессивной реакции». Действия И. и Я., предъявлявших к М. требования денежных средств и извинений за распространение компрометирующих сведений, *способствовали усилению этого состояния, однако не*

являлись его причиной и в переживаниях М. не имели доминирующего значения. Действия С. представляли собой ответную реакцию на сообщение о ней компрометирующей информации М., а его извинения исчерпывали конфликт между ними, поэтому в *причинно-следственной связи с его психическим состоянием они не состояли.*

Данный клинический случай примечателен тем, что в нем можно проследить различные экспертные модели причинно-следственной связи в рамках посмертной КСППЭ по факту суицида несовершеннолетних.

Так, М. изначально уже находился в субъективно сложных условиях с негативно окрашенным эмоциональным фоном из-за крайне неприятной для него ситуации с девушкой. Однако триггером психогенного расстройства у М. явилось избиение и угрозы со стороны З. (после удара в лицо М. заплакал, схватился за голову, ему было плохо, ...был вынужден искать деньги для «компенсации» якобы использованного бензина..., был расстроен, взволнован и напуган, выглядел подавленным). Вымогательство денег, шантаж и угрозы со стороны В. усугубили психическое состояние М. и окончательно сформировали клинически очерченное психогенное психическое расстройство. Следовательно, *действия З. по отношению к М. можно рассматривать в рамках нормы указанной статьи как «угрозы и жестокое обращение», а действия В. – как «угрозы и унижение человеческого достоинства» (в рамках модели прямой причинно-следственной связи).*

Кроме того, данный клинический пример отражает и вторую экспертную модель (установление потенцирующей причинно-следственной связи). Особенностью данной модели является предуготованность психического состояния лица к психогенному реагированию под влиянием различных обстоятельств.

Так, в представленном клиническом случае, М. находился в субъективно сложных условиях из-за распространения слуха о девушке Я. и признанием им своей вины и принесенными извинениями перед ними, что в общем завершало конфликт. Однако агрессивные действия, шантаж и угрозы со стороны З. и В., как было описано выше, на предуготованном уже фоне явились причиной развития у

М. депрессивного расстройства. Их действия не только запустили патологический процесс, они также оказались доминирующими в психогенных переживаниях М. Конфликты же с Я. и И. усугубили подавленное состояние М. с ощущением субъективной безвыходности из создавшейся ситуации («не знал, что ему делать, ему все это надоело»).

В результате, действия Я. и И. не являлись причиной, а лишь катализировали (потенцировали) уже имеющееся у М. психогенное расстройство. Вместе с тем необходимо подчеркнуть, что для М. действия Я. и И. не являлись субъективно значимыми.

Таким образом, экспертами были даны дифференцированные заключения о причинно-следственной связи, развившегося у несовершеннолетнего М. психогенного психического расстройства, с действиями конкретных лиц, обозначенных в постановлении следователем.

Анализируя данные варианты, следует отметить, что в развитии психогенно обусловленных заболеваний важную роль играют не только внешние факторы. Тяжесть психотравмирующего воздействия во многом зависит от субъективной ее значимости для личности.

Необходимо подчеркнуть, что при рассмотрении данной проблемы важнейшее значение у несовершеннолетних имеет возрастной фактор. Так при рассмотрении возрастных особенностей выделяется период с 14-16 лет, который считается кризисным в рамках возрастной психологии (Зейгарник Б.В., 1971; Дозорцева Е.Г., 2004). При переходе от подросткового к юношескому возрасту наблюдается особая уязвимость несовершеннолетних к психогенному реагированию. Присущая им аффективная неустойчивость, склонность к чрезмерному эмоциональному реагированию на различные жизненные ситуации, нестабильность поведения и импульсивностью, наряду с недостаточно сформированным самосознанием делают несовершеннолетних зависимыми от внешних воздействий и собственных ситуационных побуждений (Личко А.Е., 1985; Дозорцева Е.Г., 2004; Макушкин Е.В., с соавт., 2014).

Таким образом, установление психогенных психических расстройств, возникающих у несовершеннолетнего на фоне психотравмирующего воздействия со стороны конкретного лица или группы лиц по доведению его до самоубийства (в контексте статьи 110 УК РФ) требует тщательного клинического анализа. При этом необходимо учитывать степень выраженности психических нарушений, глубину аффективной (депрессивной) симптоматики, наличие суицидальных мыслей и тенденций, попытки самоубийства в прошлом, поведенческие расстройства, проявления социальной дезадаптации, а также другие диагностически и экспертно значимые обстоятельства. Экспертами психиатрами и психологами должны быть проанализированы особенности реагирования подростка в субъективно трудных и значимых для него ситуациях с учетом возрастных и характерных для него личностных свойств, уровня психического развития, конфликтов в различных сферах отношений и их роли в психическом состоянии несовершеннолетнего в период, предшествующий самоубийству.

5.2. Посмертная КСПЭ несовершеннолетних при психических расстройствах непсихогенной природы в период, предшествующий самоубийству и расстройствах, обусловленных неспецифическим психогенно травмирующим фактором

К экспертной модели, не позволяющей установить причинно-следственную связь психического состояния несовершеннолетнего в период, предшествующий самоубийству с действиями конкретного лица (лиц), относятся психические заболевания непсихогенной природы, а также случаи, когда психотравмирующая ситуация была вызвана неспецифическим психогенно травмирующим фактором (утрата значимого лица, переезд с трудностями адаптации в новой среде и т.д.), а не в результате воздействия какого-либо конкретного лица.

В исследуемом материале эти наблюдения являлись наиболее распространенными и составили 91 % (71 случай; n=78).

По нозологической структуре психические расстройства распределились следующим образом: «Формирующееся расстройство личности» (F61.03; F60.3; F60.13; F60.83) – 18,3 % (13 наблюдений; здесь и далее при n=71), «Органическое расстройство личности» (F07.08; F07.88) – 16,9 % (12 наблюдений), «Расстройства шизофренического спектра» (F21; F20.9; F20.0; F 23.1) – 12,7 % (9 случаев), «Общие расстройства психического (психологического) развития» (F84) – 12,7% (9 наблюдений), «Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением ПАВ» (F10.1; F19.1) – 11,3 % (8 случаев), «Аффективные расстройства» (F32.0; F32.1) – 5,6 % (4 случая), «Расстройства приема пищи», преимущественно в рамках «Нервной анорексии» (F50.0) – 7% (5 наблюдений). Кроме того в 15,5 % (11 случаях) у несовершеннолетних были установлены психические расстройства, квалифицированные в рубрике «Расстройство приспособительных реакций» (F 43.2).

Само по себе наличие при жизни у несовершеннолетнего психического заболевания становится фактором дестабилизирующим личность на психосоциальном уровне и в рамках психопатологической трактовки ими действий окружающих могут формироваться псевдоконфликтные ситуации. Представляют определенные сложности уголовные дела, в которых суицидальное поведение несовершеннолетнего было обусловлено психопатологическими механизмами, однако в предсмертной записке или письменном содержимом, оставленном суицидентом, он обвинял в своей смерти конкретных лиц. Следовательно, в экспертном задании судебно-следственными органами формулируется вопрос о влиянии данных лиц на психическое состояние суицидента в юридически значимый период. В подобных случаях важное значение имеет наличие в медицинской документации информации об особенностях развития несовершеннолетнего и его психическом состоянии, также сведения о характере его общения с окружающими и сверстниками, его поведении, общем фоне настроения и эмоциональном реагировании (возбудимость, агрессивность, неадекватность, ранимость, чувствительность,

склонность к длительному застреванию на отрицательных переживаниях и т.п.) на различные обстоятельства.

Вышеуказанная последовательность схематично приведена на рис. 13.

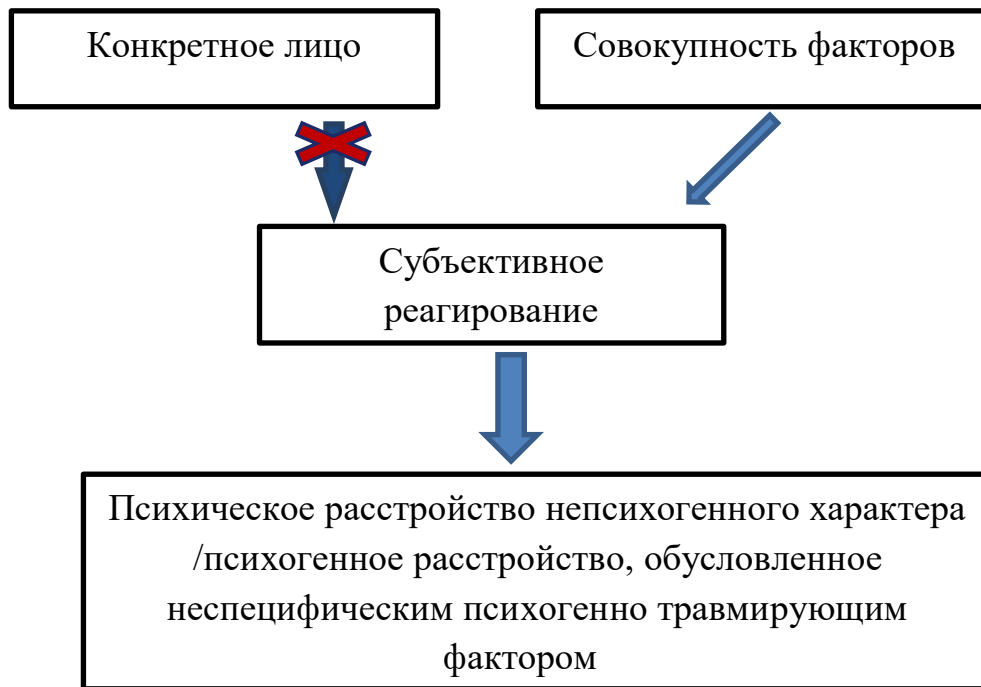


Рисунок 13. Схема экспертной модели, не позволяющей установить причинно-следственную связь

Клиническое наблюдение.

Посмертная КСППЭ Р., 15 лет, по материалам уголовного дела по ст. 110 УК РФ (доведение до самоубийства).

Р. родилась в благополучной, полной семье, единственным ребенком. В раннем периоде отмечалось угнетение ЦНС, гипертензионный синдром, синдром дыхательных расстройств на фоне врожденного порока сердца. При этом нервно-психическое развитие Р., по мнению врачей, в дальнейшем «соответствовало возрасту». Родители отмечали, что Р. с детства была очень мотивированной, уже с 3 лет умела хорошо читать и писать. Родственники вспоминали несколько «странных» случаев из детства Р. (в возрасте 4-5 лет), когда та выкинула собаку из окна, пыталась утопить кота, но животные были спасены, также в играх с детьми у нее кто-то обязательно должен был умереть, это было «ее условие». Р. своевременно начала обучение в школе с углубленным изучением иностранного языка, где училась на «отлично». Была дисциплинирована, вежлива, всегда заинтересована учебной работой, отличалась высокой мотивацией. С самого детства она увлекалась медицинской тематикой, хотела стать врачом акушером-гинекологом. Уже с 3-го класса она читала в интернете статьи по медицине, а также смотрела сериалы про врачей. У Р. были хорошая память, внимание, воображение и высокая

работоспособность. Конфликтных ситуаций ни с детьми, ни с педагогами не было. Родители Р. сообщали, что несколько лет назад у дочери был конфликт с классным руководителем В., которая обвинила Р. в нанесении травмы однокласснику. В. заставила написать Р. объяснительную об инциденте. С этого момента Р. стала утверждать, что ненавидит учительницу, так как последняя якобы говорила ей, что она «сирота при живых родителях» (родители из-за занятости не всегда посещали родительские собрания), сдаст ее в детскую комнату полиции, называла «беспризорницей», предлагала перевестись в другую школу. Р. постоянно говорила, что не любит и ненавидит учительницу В. На праздничном вечере якобы «с подачи» учительницы девочка не смогла выступить с подготовленным ею номером. Из-за этого Р. очень переживала, была подавлена, замкнута, необщительна, ее поведение было неестественным, Р. просила родителей забрать ее из «этого ада». Когда сменился классный руководитель, то все сразу наладилось, в школу Р. ходила с удовольствием. В 2013 г. у Р. начались проблемы со стулом и мочеиспусканием, хотя обследование не выявило соматической патологии. При консультации у психолога, Р. сообщала, что ей «нравится черный цвет». С 2014 г. Р. постоянно упоминала о смерти в разговорах, писала об этом в сочинениях. Одноклассникам говорила, что хотела бы иметь сестру, которая работала бы в «Бюро ритуальных услуг», написала «странное» сочинение про «кровавые жертвы» времен войны. Темы смерти и насилия, по мнению окружающих, были у Р. «любимыми», ее интересовали только истории с печальным концом, нравились картинки с изображениями крови и мертвых. Она всем рассказывала, то про мертвую кошку, с которой «содрали» кожу, то о трагически погибшей птице. Однажды упомянула, что неплохо бы ей умереть, так как это решит ее проблемы. Р. читала много книг по медицине, а также книги ужасов. Учителя и одноклассники считали ее развитой и взрослой не по годам, с нестандартным мышлением, но многие считали ее «непонятной», «странной». В школе неоднократно отмечали неадекватное и нелепое поведение Р. – неожиданно могла выбросить чужие вещи в окно, со смехом заявляла, что она то беременна, то у нее менструация, могла лечь на пол или громко петь, когда к этому не было никаких предпосылок. По настоянию педагогов Р. была консультирована у психолога, который выявил у нее своеобразие, субъективность, нецеленаправленность сферы мышления, амбивалентность суждений. В связи с «подозрением на шизофрению» родителям Р. было рекомендовано обратиться к врачу-психиатру, но они посчитали, что у Р. «переходный возраст». Окружающие также отмечали, что с начала 2015 г. Р. стала более спокойной, молчаливой, но с немотивированным недовольством некоторыми людьми и вещами, преподавателями и одноклассниками. Одноклассники замечали у нее «переменчивое» настроение. Как следует из материалов уголовного дела, в феврале 2015 г. в 08 час. утра на козырьке подъезда был обнаружен труп Р. в черном комбинезоне, с телесными повреждениями,

образовавшимися в результате падения со значительной высоты, а именно, с общего балкона 14 этажа, так как там были обнаружены следы обуви погибшей и табуретка из ее квартиры. По месту проживания Р. в квартире была обнаружена предсмертная записка, написанная Р.: «07.02.2015. Завещание. Я, Р. прыгнула с 14-го этажа сегодня ночью (умерла). У меня есть к вам несколько просьб и 1 признание: 1. Пожалуйста, похороните меня на кладбище в... 2. Если вы еще родите девочку, назовите, пожалуйста, ее Н..., а если мальчика А.... 3. Все мои накопления в банке до копейки отдайте, пожалуйста, Т. и Ю.. 4. Сходите, пожалуйста, к В. и скажите ей, что в ответ на то, что она ненавидела вас (моих родителей) и меня, я её буду ненавидеть всегда и никогда не прощу. 5. Скажите всему моему классу, всем учителям в понедельник, что я умерла. 6. Если сможете, простите за то, что я испортила вам нервы за эти 10 лет и 1 месяц, вы этого не заслужили. 7. Пожалуйста, напишите то, что вы обо мне думаете (только правду) и положите ко мне в гроб. Признание: я писала все про смерть, потому что очень сильно хотела умереть. Вы мне как-то сказали, что если я буду про это писать, это будет притягивать энергетику, ну я этим и воспользовалась. Я просто больше не могла ждать. Простите меня!». Также Р. в другой предсмертной записке указала, что табуретка из их квартиры находится на 14 этаже, и на отдельном отрезке бумаги изложила план самоубийства: «1. Переодеться. 2. взять табуретку 3. разложить завещание 4. подняться, встать на табуретку 5. Прыгнуть 6. умереть». Рядом с вышеуказанными записками был обнаружен рисунок, на котором изображен крест. Кроме того, в квартире погибшей обнаружены и изъяты ее школьные тетради, в которых она высказывала свои мысли о смерти («Безотказная смерть ходила в деревню», «Смерть навестила вредную девочку», «Солнце осветило луг, лес, кладбище»), рисунки с изображениями крестов, гробов и умерших насильственной смертью людей. Был изъят школьный фотоальбом Р., в котором имелась рукописная запись следующего содержания: «Мне действительно не нравится наш класс. Я ценю только О. и А. Больше всего я ненавижу В.!!! Просто бесит!». Родители Р. показали, что в семье никаких ссор и конфликтов не было, но примерно полгода назад Р. интересовалась темой самоубийства, однако они сказали дочери, что «мысли об этом притягивают плохую энергетику», и это запрещено с точки зрения христианства. Также родители указали, что на Новый год Р. заказала себе подарок – комбинезон черного цвета и табуретку, которая ей понравилась ранее, данные предметы ей были подарены. В день смерти Р. все было как обычно, подъем, школа, занятие уроками, ни родственники, ни школьное окружение странностей в поведении не отмечали, Р. хотела прочитать роман «Мастер и Маргарита», планировала пересдать литературу на «пятерку», собиралась пойти кататься на коньках. Родители сообщали, что накануне они с дочерью обсуждали вопрос о переводе ее в школу с биологическим уклоном. При осмотре компьютера и мобильного телефона Р. в памяти были сохранены видео, изображения, стихи на тему смерти.

Также представлен семейный видеоархив, где в одном из роликов показана резкая смена эмоционального фона Р. – переход от плача к смеху.

Комиссия экспертов пришла к заключению, что Р. при жизни, а также в юридически значимый для следствия период страдала «Шизофренией неуточненной» (по МКБ-10: F20.9). Согласно интегративным выводам экспертов психиатров и эксперта психолога, отношения Р. с учительницей В. не находятся в причинно-следственной связи с психическим состоянием Р. в период, предшествовавший смерти. Экспертами отмечено, что отношения с В. имели для Р. негативно окрашенный характер, вызвали аффективные вспышки с драматизацией произошедшего, приданием особой значимости своим переживаниям. Вместе с тем, в пресуицидальный период данная проблема не носила столь острого характера, а интерес к процессу смерти, аутоагрессивные тенденции приобрели характер сверхценности и не имели непосредственной связи с событиями повседневной жизни. Упоминание В. в негативном контексте отражало наличие объекта ненависти, лица, к которому Р. испытывала в жизни острые негативные эмоции и хотела вызвать у бывшей учительницы чувство раскаяния при виде ее умершей. Вместе с тем, в структуре суицидальных побуждений определяющую роль имели внутренние психопатологические составляющие с субъективной, неадекватной переработкой самого акта смерти, в то время как внешние события не являлись предикторами развития такого состояния.

В приведенном выше примере суицидальная активность Р. была обусловлена внутренней, болезненной мотивацией с бредовыми монотематическими идеями и интенсивными субъективными переживаниями. Они вытекали непосредственно из идейной фабулы, и в меньшей степени были связаны с внешними обстоятельствами. Следовательно, расстройства шизофренического спектра у несовершеннолетних с суицидальным поведением нередко отражают нарушение адекватного восприятия ситуации, и даже если задействованы ситуационно-личностные механизмы, они проходят этап искаженной когнитивной переработки. В клинической картине нередко отмечаются нарушения процессов восприятия, мышления со сверхценным устойчивым интересом к проблеме смерти и ухода из жизни, а также стойкие суицидальные мысли и намерения с общим положительным отношением к своему аутодеструктивному поведению. При подобном патологическом реагировании

существенно повышался риск суицидоопасного поведения несовершеннолетних, при отсутствии внешних триггеров.

Следственными органами перед экспертами также был поставлен вопрос: «Могла ли Р. в период, предшествующий смерти, и в момент самоубийства осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими?». Исследователи справедливо отмечают, что в области судебной психиатрии подобная формулировка неприемлема, иначе происходит механический перенос формулы «невменяемости», использующейся в отношении живых лиц, иного процессуального статуса (обвиняемых, подозреваемых) на суицидента (Сафуанов Ф.С., 1998; Сафуанов Ф.С., Секераж Т.Н., 2017). В итоге, искажается сам предмет посмертной КСППЭ, и не раскрывается главный вопрос о причинно-следственной связи психического состояния суицидента в пресуицидальный период с противоправными действиями иных лиц.

Существенную сложность в экспертной практике представляли случаи при установлении у несовершеннолетнего психического расстройства, развившегося под влиянием неспецифической психогенной травмы: (утрата близкого лица, как правило одного из родителей, переезд на новое место с трудностями адаптации, предстоящие экзамены – ОГЭ, ЕГЭ и т.д.). В подобных ситуациях важное значение приобретает установление природы выявленных нарушений и звучание в переживаниях суицидента только неспецифического психогенного травмирующего фактора.

Таким образом, предметом экспертной оценки при проведении посмертной КСППЭ несовершеннолетних, окончивших жизнь самоубийством, является психическое (эмоциональное) состояние лица в период, предшествовавший смерти и установление причинно-следственной связи этого состояния с действиями обвиняемого, либо с другими факторами, которые могли способствовать его возникновению.

Итак,

- ретроспективный комплексный клинический и психологический анализ психического состояния несовершеннолетнего, в период предшествовавший

самоубийству требует дифференцированного подхода, с учетом основного психопатологического фактора, и иных значимых обстоятельств (средовые, личностные, ситуационные и т.д.) и их воздействие (как отдельное, так и совокупное) на психическое состояние несовершеннолетнего лица в юридически значимый период;

- в формировании и клинико-динамическом оформлении психогенных психических расстройств у несовершеннолетних суицидентов имеют значение субъективная значимость психотравмирующего воздействия для личности, преморбидные особенности и возрастной фактор (подростково-юношеский период), характеризующийся аффективной неустойчивостью, склонностью к чрезмерному эмоциональному реагированию на различные жизненные ситуации, нестабильностью поведения и импульсивностью, наряду с недостаточно сформированным самосознанием и зависимостью от внешних воздействий и собственных ситуационных побуждений;
- при анализе исследуемого материала по установлению причинно-следственной связи психического состояния несовершеннолетнего в период, предшествовавший смерти с действиями конкретных лиц, обвиняемых/подозреваемых в доведении до самоубийства выделены следующие *экспертные модели*:

- экспертная модель прямой причинно-следственной связи психического состояния несовершеннолетнего, в период предшествующий самоубийству может быть констатирована при формировании психогенно обусловленного психического расстройства в результате психотравмирующего воздействия конкретного лица или лиц, обвиняемых/подозреваемых в доведении до самоубийства. При этом значимым является звучание в содержании психопатологических переживаний собственно психотравмирующей ситуации;

- экспертная модель потенцирующего влияния психотравмирующих воздействий на психическое состояние несовершеннолетнего, в период предшествующий самоубийству, характеризуется усугублением имевшегося у несовершеннолетнего психогенного психического расстройства. Вместе с тем

травмирующие воздействия являлись лишь фактором, интенсифицирующим клинико-динамические особенности психогенного расстройства, а не причиной его формирования и не имели субъективную значимость;

- к экспертной модели, не позволяющей установить причинно-следственную связь психического состояния несовершеннолетнего в период, предшествовавший самоубийству с действиями конкретного лица, относятся выраженные психические заболевания непсихогенной природы, а также психические расстройства, обусловленные неспецифическим психогенным фактором.

5.3. Посмертная КСППЭ несовершеннолетних с завершенными суицидами под влиянием интернет-среды

При проведении посмертной КСППЭ несовершеннолетних особую сложность представляют случаи, когда подросток, вовлеченный в группы суицидальной направленности, совершает самоубийство. Деятельность так называемых «групп смерти», в которых ведется целенаправленная обработка подростков для склонения их к самоубийству, имеет выраженный криминальный характер. Принимая во внимание высокую общественную опасность склонения к суициду детей и подростков посредством интернет и социальных сетей, в РФ были приняты ряд законодательных норм – Федеральный закон № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию», внесены изменения в ст. 110 УК РФ, 151 УПК «ФЗ № 120 от 07.06.2017» – в части ответственности за склонение или содействие при совершении суицида и за организацию деятельности, направленной на побуждение личности к совершению самоубийства (ст. 110.1 и ст.110.2 УК РФ соответственно). Следовательно, перед экспертами возникает совершенно новая задача – необходимость экспертной оценки информации, получаемой подростком посредством интернет и

социальных сетей, а также степени воздействия на его психическое состояние суицидального контента.

Несовершеннолетние в силу возраста являются менее защищенными, но и одновременно самыми активными пользователями интернет и социальных сетей. Как известно, киберсуицид нередко совершался под групповым информационным деструктивным воздействием на несовершеннолетних лиц, состоящих в различных неформальных сообществах («группы смерти» в социальной сети «ВКонтакте», мессенджерах, фото- и видео сообществах) с целью их побуждения к индивидуальным или коллективным актам самоубийства. Суицидальные игры, под какими бы названиями они не скрывались, стали международными платформами киберсуицида через принуждение, подстрекательство, пособничество и запугивание.

В экспертной практике назначение посмертных КСППЭ несовершеннолетних по такого рода уголовным делам являются достаточно редкими. Вместе с тем, анализ исследуемого материала показывает, что при проведении посмертных КСППЭ несовершеннолетних по случаям склонения к совершению самоубийства в интернет-среде, либо влияния информации суицидальной направленности в интернет-среде можно проследить два их варианта.

1. Вариант установления причинно-следственной связи между действиями обвиняемого лица – куратора или проводника посредством сети интернет по склонению (содействию) к совершению самоубийства и психическим состоянием несовершеннолетнего в период, предшествующий самоубийству.

Данный вариант посмертной КСППЭ несовершеннолетних в исследуемом материале отмечался лишь в 3 случаях (1,8%; n=170).

Как показывает практика, многие несовершеннолетние проявляли интерес к сайтам суицидальной направленности нередко после, так называемых «профилактических» бесед родителей, преподавателей (психологов) школы, либо обсуждения в СМИ. Подростки целенаправленно находили соответствующие

деструктивной направленности сайты, порой для удовлетворения любопытства и в дальнейшем вступали в данные сообщества («группы смерти»). В этих закрытых группах «кураторы» или «проводники» в личных (адресных) сообщениях информировали подростка о целях группы, давали ему определенные задания, назначали участнику «статус». В процессе взаимодействия с подростком также проверялась заинтересованность участника. Подростком выполнялись определенные требования, например: сфотографироваться с острым предметом, нанести самопорезы, подтвердить свою личность (отправить фотографию свидетельства о рождении, паспорт), сообщить место жительства и номер телефона, а также предоставить информацию о своих близких. После «проверок» подростку (участнику) присваивался личный номер. Далее его добавляли в группу, где на сайте выкладывались различные видеоролики деструктивного содержания, которые часто сопровождалась соответствующей закадровой речью и музыкой. Основная цель участников группы – смерть через суицид.

Анализ материалов уголовных дел свидетельствовал, что деятельность в «группах смерти» предполагала систематическое выполнение заданий деструктивной (аутоагрессивной) направленности участником, которые ставил перед ним «проводник». Общение с жертвами строилось таким образом, чтобы вызвать у них стойкое депрессивное (упадническое) настроение. Так в переписке использовались специальные слова и фразы с негативным контекстом, например: «времени осталось мало... жизнь блеклая, бессмысленная...смерть избавление...время умирать..., Тихий дом ждет тебя...». Примеры заданий могли быть разными и зависели от сообщества, однако общая тематика была примерно одинакова: написать на листке список лиц, которых участник ненавидит; написать на бумаге и прочитать деструктивного содержания фразу и сжечь; просидеть в течение какого-то определенного времени на крыше дома, чердаке или железной дороге и «подумать о жизни»; написать на листочке, какую ты желаешь для себя смерть, после чего оставить в общедоступном месте и т.д. При этом в процессе выполнения заданий поощрялось употребление алкогольных напитков. Психическое состояние участников нередко усугублялось специальным заданием

с депривацией сна – «встать в 4.20». После выполнения любого задания участник должен был предоставить фото либо видеотчет. Для полного прохождения «игры» несовершеннолетнему требовалось выполнение определенного количества этапов, на заключительном этапе участник должен совершить суицид. Условия «игры» были жесткие, при любом нарушении несовершеннолетнего исключали из «игры», что было для подростка довольно травматичным и активировало суицидальные действия. При методичном выполнении несовершеннолетним заданий начинался обратный отсчет с установленной точной датой и временем смерти. Следует отметить, что на первых этапах деятельности «групп смерти» «кураторам» приходилось прилагать усилия для привлечения внимания подростковой аудитории. Однако, после публикаций в СМИ, вызвавших широкое обсуждение в обществе деятельности подобных групп, подростки сами выискивали информацию о них. Таким образом, несовершеннолетние, особенно с психологическими и психопатологическими проблемами, нередко самостоятельно включались в деструктивные сообщества, вначале не имея стойких суицидальных намерений.

При назначении КСППЭ по подобным уголовным делам судебно-следственные органы интересуют установление причинно-следственной связи с конкретным лицом, или группой лиц, склонявших несовершеннолетних к суициду. В данном случае методика по определению причинно-следственной связи (воздействие конкретного лица (лиц) посредством интернета на психическое состояние несовершеннолетнего) и формулирования экспертного решения в целом аналогична вышеуказанным ранее моделям.

Клинический пример.

Б., 14 лет, потерпевшая в уголовном деле, возбужденном в отношении пользователя «Храм Смерти» по склонению к совершению самоубийства.

Б. родилась от 4 беременности, протекавшей у матери с угрозой прерывания, в 3 срочных родах, весом – 3050г, оценкой по шкале Апгар – 7/8 баллов. До 9-месячного возраста наблюдалась с диагнозом «Перинатальная энцефалопатия, синдром мышечной дистонии, гипотрофия 1 ст.». Из медицинской документации известно, что Б. отставала в моторном и речевом развитии. В дальнейшем наблюдалась у невролога с признаками «гипердинамического

синдрома», получала нейротропную терапию. При оформлении в детский сад психолог отмечал у девочки «адаптивное развитие». Обучение в общеобразовательной школе Б. начала своевременно, училась удовлетворительно. В возрасте 8 лет находилась на стационарном обследовании в связи с плохой памятью, рассеянностью, невнимательностью. На электроэнцефалограмме в тот период выявлялся «очаг аномальной пароксизмальной активности мозга с признаками ирритации». Б. был поставлен диагноз: «Последствия раннего органического поражения ЦНС. Церебрастенический синдром». Получала специфическую терапию. В дальнейшем Б. систематически наблюдалась у невролога. В возрасте 11 лет у Б. появились головные боли, раздражительность, неуверенность в своих знаниях, сонливость, приступы тошноты на фоне дефицита веса. Неврологом ей поставлен диагноз: «Последствия поражения ЦНС. Церебрастенический синдром. Астено-невротический синдром». С 12 лет у Б. стали отмечаться синкопальные состояния по утрам, с предвестниками в виде ощущения жара, головокружения, тревожностью. Диагноз: «Последствия раннего поражения ЦНС. Синкопальные состояния. Астено-невротический синдром». В лечении получала пантогам, атаракс. В возрасте 14 лет Б. обратилась к психологу в связи замкнутостью. Отмечалось, что девочка эмоционально нестабильна, внимание ее неустойчивое, на контакт шла плохо. Был выявлен высокий уровень тревожности. Рекомендованы психокоррекционные занятия. Мать характеризовала дочь достаточно тихой, спокойной, доброй, неконфликтной. Из ее увлечений отмечала компьютерные игры, интернет-серфинг, указывала, что она была «зависима от интернета». Близких друзей Б. не имела, в основном, она общалась в социальной сети «ВКонтакте». Одноклассники сообщали, что хороших друзей Б. среди одноклассников не имела, общалась с ними «постольку поскольку», близких по духу людей в классе у нее не было, ей было трудно найти со сверстниками «общий язык». Согласно школьной характеристике, Б. зарекомендовала себя ученицей средних способностей. Имела низкий уровень познавательной активности. Училась не в полную меру своих сил, нуждалась в постоянном контроле. На уроках была неактивна. По характеру была замкнутой, круг её общения ограничивался преимущественно школой и семьёй. В классных делах инициативу и активность не проявляла, выступала в роли ведомого. В последнее время стала более нервной, вела замкнутый образ жизни. Большую часть свободного времени проводила за компьютером. По сведениям в материалах уголовного дела с лета 2016г. поведение Б. стало меняться, в середине декабря 2016г. ее родители заметили, что поведение Б. «вышло из-под контроля» (появилась бессонница, отсутствовал аппетит, постоянная тошнота, стала раздражительной, «возникали психозы и резкие перепады настроения» наряду с апатией, постоянной усталостью, агрессивностью). Одноклассники на руках Б. замечали глубокие порезы, а в ее комнате появился портрет, на котором были изображены девушка с черными волосами и кит. Сестра

просмотрела ее личную переписку в «ВКонтакте» и обнаружила, что Б. состояла в группе суицидальной направленности. 20.12.2016г. Б. была консультирована психологом, она рассказала о вовлеченности в «группу смерти». Сообщала, что прочитала книгу «50 дней до моего самоубийства» и отметила, что «теряет над собой контроль». Б. рассказала, что вступила в это сообщество из любопытства (было интересно, каким образом эти люди увлекают подростков) и не думала, что все это будет настолько серьезно. Очень тревожилась, что отправила фотографию документа, удостоверяющего личность «куратору» и, «ОНИ» будут проверять выполнение ключевого задания, направленного на лишение себя жизни. Психологом отмечалось, что контакт с Б. был затруднен, она держалась напряженно, внимание было неустойчивое с трудностями концентрации, утомляемостью, работоспособность нарушена, ее критичность к своим действиям и поступкам была снижена. По заключению психолога Б. находилась в состоянии острого эмоционального кризиса и из-за риска совершения суицидальных действий нуждалась в помощи врача-психиатра. 21.12.2016г. Б. консультирована психиатром. Предъявляла жалобы на бессонницу, неустойчивость настроения. По словам матери в течение последних 3-х дней Б. плохо спала, испытывала трудности засыпания, частые пробуждения, была беспокойна – то плачет, то смеется, импульсивна в поведении, совершала резкие, «неаккуратные» движения (неожиданно встает, ударяется рукой о дверь и т.д.). Отмечалось, что в течение последних 3-х месяцев Б. состояла в группе суицидальной направленности, и выполняла различные задания, в том числе с ранним утренним пробуждением и нанесением самоповреждений, просматривала «шок-контент», связанный с суицидами, убийствами, психоделические видеоролики с заданием употребления алкоголя перед просмотром. В психическом статусе отмечалось, что Б. контакту была доступна, продуктивна. Ориентирована в месте, времени, собственной личности. В беседе была откровенна, подробно отвечала на вопросы. Фон настроения ее был неустойчивый. Рассказала, что про «группу смерти» узнала из телевизионной передачи, стало любопытно и интересно. Решила «попробовать участвовать в ней, но чем дальше, тем больше затягивало». Утверждала, что «желания умереть никогда не было». Суждения ее были инфантильные, несколько облегченные. Выглядела младше своего паспортного возраста. Устанавливался диагноз: «Расстройство адаптации». От предложенной госпитализации в психиатрический стационар Б. и родители категорически отказались. Была назначена терапия (гидроксилизин). 21.12.2016г. Б. проведен сеанс гипнотерапии, обучена самогипнозу. 22.12.2016г. психиатром указывалось, что Б. нуждалась в освобождении от учебы и постоянном надзоре со стороны матери. 22.12.2016г. и 23.12.2016г. Б. была на приеме у психиатра с матерью. Предъявляла жалобы на раздражительность, сонливость. Отмечалось, что в школу не ходит, интернет не посещает, злится и раздражается по любому поводу. В психическом статусе: контакту доступна. Вялая,

плаксивая, делилась своими переживаниями. Суицидальные мысли и тенденции в тот период не выявлялись. Диагноз оставался прежний. Была назначена терапия алимемазином. 26.12.2016г. психиатр отмечал положительную динамику: раздражительности нет, состояние улучшилось. Диагноз: «Расстройство адаптации с нарушениями других эмоций». Семья несовершеннолетней характеризовалась положительно. *Как следует из материалов уголовного дела*, Б. в процессе виртуального общения в социальной сети «ВКонтакте» была вовлечена пользователем под никнеймом «Храм Смерти», в беседу группы «Тихий дом», в которой принимали участие и другие неустановленные пользователи. В процессе беседы обсуждалась тема причинения себе смерти, как решение всех жизненных проблем. Далее Б. стали склонять к самоубийству не позднее установленного на счетчике числа. Перед смертью родные заметили изменения поведения у Б., обратились за медицинской помощью, однако, Б. покончила жизнь самоубийством, выбросившись с большой высоты. Из показаний родственников и при осмотре сохранившейся переписки Б. известно, что она пользовалась социальной сетью «ВКонтакте» и имела два активных профиля: основной – в виде китайских иероглифов, которые обозначали ее имя, второй – «Сетх», по имени одного из создателей «групп смерти». Б. использовала профиль «Сетх» для выполнения заданий «куратора» – «Храм Смерти». Родители отмечали, что несколько месяцев назад Б. посмотрела по телевизору документальную телепередачу, посвященную «группам смерти». В передаче рассказывали особенности создания этих групп, последствия вступления и т.д. Отмечали, что Б. была этим заинтересована, спрашивала, почему люди увлекаются этими группами. Родители ответили ей, что данная тематика не будет обсуждаться в семье, самоубийство – это грех. Согласно данным браузера в интернете Б. интересовалась, как попасть в данные группы, скопировала пост с суицидальной тематикой и разместила на стене своей страницы, что означало ее согласие на вступление в «группу смерти». Затем с ней связался один из «кураторов» и завязалась соответствующая переписка. Согласно данной переписке Б. приходили сообщения от «куратора», сначала о целях группы, в последующем после подтверждения ее личности Б. стали давать конкретные задания и ей был присвоен номер «739». Так, она фотографировалась с острыми предметами, выходила на крышу, свешивалась из окна. Б. также присылали видео и аудиофайлы деструктивного содержания (о смерти, депрессии, одиночестве и т.д.). «Куратором» Б. предлагался на выбор два пути: «Небесный»– выбор между жизнью и смертью, и «Звездный»– только смерть. Б. был выбран «Звездный путь», она участвовала в «группе» систематически, точно выполняя задания, которые ей давал «куратор». После выполнения задания Б. предоставляла фотоотчет. Как следует из скриншота страницы Б. в социальной сети ее «куратор» пользователь с никнеймом «Храм Смерти» писал: «Я твой Храм... Решила умереть?... Я твой проводник... Я избавлю тебя от страданий». Ответ Б.: «Да, решила... Одиночество и предательство... Устала уже от этого

всего». Задания «куратором» для Б. были разделены на два вида: «ключевые» – обязательные для исполнения, и «не ключевые», которые можно было выполнять по желанию. В ходе беседы «Храм Смерти» постоянно высказывал недоверие Б. и требовал «беспрекословного» выполнения заданий. Так, «Храм Смерти» давал указание Б. причинить себе телесные повреждения, необходимые для вступления в игру: «Возьми самый острый нож из кухни... Сфотографируйся с ним... Я должен быть уверен, что он у тебя в руках... Прижми его к левой руке и со средней силой... Прижми и резко потяни на себя. Чем быстрее делаешь тем меньше боли». В октябре 2016г. «Храм Смерти» дал Б. ссылку на счетчик с обратным отчетом времени, заканчивающийся датой «26.12.2016», к этому времени Б. были выполнены все задания 3-го этапа. После этого «Храм Смерти» стал призывать Б., а также остальных участников беседы совершить массовый суицид («выпилиться»). В последующем перед Б. ставилось еще несколько заданий. На личной странице у Б. имелись посты следующего содержания: «Депрессия – мой стиль жизни», аудиофайлы с песнями депрессивного характера. 26.12.2016г. (после посещения психиатра) состояние Б. со слов родителей «не вызывало подозрений», вечером Б. ушла в свою комнату и совершила суицид, выбросившись из окна. По заключению экспертной комиссии Б. при жизни страдала психическим расстройством в форме «Органического непсихотического расстройства» (F06.828 по МКБ-10). В юридически значимый период, *в результате вступления в группу суицидальной направленности (группу смерти «Тихий дом») у Б. развилось «Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации» (F43.25 по МКБ-10)* с погружением в виртуальное общение с самоизоляцией и выполнением директивных аутодеструктивных указаний.

Клиническая картина расстройства у Б. проявлялась пониженным настроением, бессонницей, тревогой и страхом за близких людей, нарушением социального функционирования с аутоагрессивными мыслями, намерениями и действиями (письменная продукция депрессивно-агрессивного содержания в соцсети «ВКонтакте», нанесение самопорезов, выполнение иных указаний «кураторов»), нарушением межличностной коммуникации и выходом из привычной среды общения с трансформацией реального круга в виртуальный (в социальных сетях на суицидальную тематику). Психическое состояние подростка также характеризовалось особой клинической динамикой с субъективной невозможностью самостоятельного выхода из-под контроля «суицидальной группы», охваченностью проблемой ухода из жизни с приближением даты «массового суицида». Все это сопровождалось выраженной социальной, в т.ч.

школьной дезадаптацией. Развившееся психическое расстройство психогенной природы («Расстройство адаптации с нарушениями других эмоций») *состояло в прямой причинно-следственной связи с совершенными в отношении Б. противоправными действиями по доведению до самоубийства в информационной среде конкретными лицами («кураторами» «группы смерти Тихий дом»).*

2. Вариант влияния информации, направленной на побуждение к совершению самоубийства, полученной посредством сети интернет и психическим состоянием несовершеннолетнего в период, предшествующий самоубийству.

Данный вариант при посмертной КСППЭ несовершеннолетних отмечался в 27,1% (46 случаев; n=170).

Без прямого участия конкретных обвиняемых лиц (куратора/ проводника) собственно суицидальный контент может быть рассмотрен в фокусе деструктивного воздействия на личность несовершеннолетнего в целом. В данном случае особо требуется анализ влияния не только информации деструктивной направленности, но и всех возможных факторов и их совокупности на поведение подростка.

Как показывает практика, у несовершеннолетних с психическими расстройствами обращение к суицидальной тематике (поиск соответствующих сайтов в интернете, чтение литературы и просмотр фильмов, где в конце персонажи совершают самоубийство и т.д.) порой является одним из поведенческих отклонений, которые могут быть замечены и окружающими. Такие подростки часто сами «выискивают» соответствующую тематику в интернете, входят в различные суицидальные сообщества, откровенно ведут беседу в чатах на тему самоубийства. В данном контексте полнота сбора материалов уголовного дела и исчерпывающие сведения о переписке в социальных сетях, мессенджерах, фото и видео продукция имеют существенное значение, как для диагностики, так и решения экспертных вопросов.

Клиническое наблюдение.

Ж., 14 лет, потерпевшая в уголовном деле, возбужденном в отношении неизвестного лица (лиц) по склонению к совершению самоубийства.

Ж. родилась от 1 беременности, в срочных родах, с весом – 3500г, оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. На первом году жизни наблюдалась с диагнозом «Перинатальная энцефалопатия». В нервно-психическом развитии Ж. от сверстников не отставала. Посещала детский сад, проблем с воспитателями и ровесниками у нее не возникало. Родители девочки проживали отдельно, она воспитывалась бабушкой, однако в 4 классе родители Ж. развелись. В дальнейшем отец отношений с ребенком не поддерживал. Мать вышла замуж, в семье появился отчим. В целом семья Ж. была обеспеченная, финансовых трудностей не испытывали. С детства Ж. характеризовалась «большой фантазеркой». Обучение в общеобразовательной школе Ж. начала своевременно. Согласно школьным характеристикам у нее были средние способности. Характеризовалась добродушной, дружелюбной, контактной, очень воспитанной. Поддерживала дружеские отношения с одноклассниками, на замечания реагировала адекватно, в классе ее любили и уважали. Принимала участие в классных мероприятиях. Мать и бабушка уделяли большое внимание девочке, поддерживали контакт со школой. Взаимоотношения в семье были хорошие, многое рассказывала о себе, ей нравились компьютеры, в дальнейшем хотела связать свою жизнь с этим. Также ей нравились мультфильмы, в том числе мультим «Злом клоуне», разные сериалы («Универ», «Интерны», «Битва экстрасенсов»). Ж. любила слушать музыку в стиле рэп, Тони Раута, просила на день рождения новый планшетный компьютер и хотела поехать на море. С первого класса Ж. общалась с одноклассницей Д., в этой дружбе (с точки зрения матери) последняя была лидером, т.к. Ж. была «ведомая и податливая», ей можно было внушить какую-либо идею. М., учитель начальных классов показала, что с первого класса, преподавала у девочек. Характеризовала их как аккуратных, ответственных. Ж. была очень старательная, спокойная, тихая, дисциплинированная и воспитанная, отзывчивая, училась практически на отлично, участвовала во всех мероприятиях. О ее подруге – Д. сообщала, что училась слабее, характеризовала ее позитивной, открытой, жизнерадостной, активной. Считала, что Д. была лидером в отношениях с Ж., девочки любили сидеть за компьютером и играть в мобильный телефон. Также педагог отмечала, что обе девочки воспитывались в неполных семьях, Ж. иногда в школьных сочинениях отчима называла «папой», а Д. всегда писала, что папы у нее нет, хотя и у нее был отчим. Р. (классный руководитель) отмечала, что класс, в котором обучались девочки был дружный, никто не выделялся. Ж. и Д. тесно общались и дружили. Они были добрыми, отзывчивыми, принимали участие в жизни школы. Отмечала, что Ж. была более замкнутая, спокойная, тихая девочка. Д. характеризовала как человека позитивного, открытого, жизнерадостного. Девочки общались

между собой часами по телефону. С. (учитель русского языка и литературы) указала, что в своих сочинениях девочки всегда искали нотку чего-то светлого и положительного. Д., по ее мнению, была внушаемая. Ж. – закрытая и имела свой «жесткий стержень», ей тяжело было что-то внушить. Считала, что Ж. в их паре была лидером, она умела убеждать, к тому же уровень умственного развития Ж. был более высоким, чем у Д. Ж. не проявляла внешне командирских качеств, она умела это делать «тихо и незаметно для окружающих». Остальные учителя считали более открытой, жизнерадостной, но импульсивной Д., а Ж. тихой, спокойной, «со своим характером», «контролирующей ситуацию». Обе девочки производили впечатление, что они еще дети и им не были интересны мальчики, но увлекались направлением «аниме». Некоторые одноклассники слышали жалобы Ж. на то, что ее дома били отчим и его сын. Также считали, что дружба девочек отгородила их от общества. С 6 класса одноклассники стали замечать странности в поведении девочек. Они показывали неглубокие множественные порезы на руках. Однажды девочки принесли в класс лезвие и на уроках резали руки, причиняя себе боль. Обе девочки увлекались сайтом «Крипипаста» (сайт деструктивной направленности, закрыт Роскомнадзором, как пропагандирующий суицид). На руках и на бумаге девочки рисовали кресты и непонятные знаки, страшилки, окровавленных людей, лиц с отрубленными головами, изображали гробы, делали надписи со словами «смерть, печаль». Девочки любили посещать заброшенные здания. Одноклассники считали, что Ж. была склонна к фантазированию, постоянно, когда ей было скучно, рисовала аниме-героев. Как правило, изображения носили мрачный характер (людей повешенных, наносивших самоповреждения), в темных красках. С нового учебного года девочки стали пропускать уроки физкультуры, высказали фразы о том, что они никому не нужны. Некоторые одноклассники заметили, что в 7 классе Ж. кардинально изменилась, стала замкнутой, грустной, печальной, отрешенной, периодически у нее наблюдалась резкая смена настроения, стала хуже учиться. Она говорила о том, что над ней издеваются отчим и его сын (бьют ее, пристегивают наручниками), однако, гематом на ее руках или теле никто не видел. Также одноклассники заметили перемену в поведении Д., из открытой и общительной она превратилась в замкнутую, недружелюбную, эмоционально-неустойчивую, агрессивную, в классе ее не любили, одна только Ж. относилась к ней хорошо. На страницах в соцсетях у них обеих были аватарки из деструктивного сайта «Крипипаста», изображавшие умерших неестественной смертью лиц. Л. (сожитель матери Ж.) показал, что видел Ж. всего четыре раза. Все встречи происходили в присутствии ее родных. Своего сына никогда не знакомил с Ж., избивать, пристегивать наручниками к батарее тот ее не мог. Считал, что это был «плод ее больной фантазии». Ж. предъявляла жалобы неврологу на сердечные боли, частые головные боли. Устанавливался диагноз: «Вегето-сосудистая дистония». В начале 7 класса девочкам проведены психологическое обследование, отмечен «дискомфорт», но значительных

отклонений, требующих срочного вмешательства психолога и индивидуальной работы с подростком, не выявлено. Как следует из материалов уголовного дела, в апреле 20... года в 12 час 55 мин. у строящегося жилого высотного дома были обнаружены трупы Ж. и Д. с признаками насильственной смерти (совершили суицидальный поступок, спрыгнув на бетонную поверхность с вышеуказанного здания). Также в ходе расследования установлено, что Ж. и Д. посредством информационно-коммуникационной сети Интернет посещали группы, содержащие информацию суицидальной направленности и призывы к совершению суицида в социальной сети «ВКонтакте». В сети «ВКонтакте» Ж. и Д. состояли в следующих группах: «Creepasta.twit (18+)»; «Институт фанатов крипипаста»; «VoiceAskConfessions»; «Академия крипипасты», «COLD BLOOD»; «JustArt»; «бумажный самолетик»; «боль» (все заблокированы Роскомнадзором). Помимо этого по средствам информационно-коммуникационной сети Интернет они посещали сайт www.kripipasta.com, который пропагандировал смерть, загробную жизнь, мистику. Согласно протоколу осмотра места происшествия и трупа, у здания, где были обнаружены тела девочек, найден свернутый лист бумаги, на котором имелся рукописный текст: «Простите нас, что совершили суицид! Родителей любили, дружбой дорожили, но ошибку роковую совершили отцы, бросив детей, переводя на смерть тропы. Отчимы были. Что ненавидели, Били, ... Убить хотели нас, но мы хотели лишь просто нормально жить. Простите дур, что совершили суицид, Нашли заброшку, плача и смеясь, Поднялись на крышу, За руки взясь. Вытерли слезы, сделали шаг Раз, два И больше Не Дыши Друзей было мало, можно сказать и не было. Родители кричат, И мы «режем вены» Потом удивляются. «А что у вас с руками?» А мы тихо хмыкнув Рычим, - огрызаемся. Простите нас. Ведь мы хотели жить. Не хотели умирать. Хотели любить, хотели чувствовать. Но вы все, вы все не помогли. Вы не люди, вы просто оборотни...». Также обнаружен лист, на одной стороне имелся рисунок многоэтажного дома и силуэта человека с длинными волосами и расставленными руками, под домом были изображены два контура человека: один находился в горизонтальном положении, другой – в вертикальном с крыльями, на листе также имелась надпись: «Пожалуйста, не беспокойтесь обо мне! Умоляю Вас!!!». На другой стороне листа изображен рисунок человека с длинными волосами и контурами крыльев. Согласно протоколу осмотра интернет страниц, принадлежавших Ж., последний вход на страницу был сделан 03.04.201...г. в 8:42. Обнаружены данные о 709 друзьях, среди которых Д. На страницах также были обнаружены 8 доступных для просмотра фотографий, среди которых девушка сидит на краю бетонной плиты и открывается вид с высоты, молодой человек стоит рядом со скелетом и держит его за руку. При изучении страницы Д. установлено, что последний вход на страницу был произведен 03.04.201... года в 8:46. Имелись сведения о 358 друзьях, среди которых Ж. Также имелись сведения об участии в группах «ColdBlood», «Боль», Creepypasta.twt и «Creepypasta»

(заблокированы Роскомнадзором). На страницах были размещены 2 доступные для просмотра фотографии: рисованная девочка с мечом в руке, со шрамами на теле воинственного характера, а также фотография с изображением груди и шеи девушки в клетчатой рубашке. При осмотре публичной страницы группы «ColdBlood», «Боль», Creepypasta.tw., «Creepypasta» выявлено большое количество сообщений, фотографий и видеороликов, пропагандировавших совершение суицида и нанесение самоповреждений. Также имелась ссылка, что подобная страница администратора ряда групп уже «закрывалась» по решению Роскомнадзора, поскольку внесен в список запрещенных ресурсов. Мать Ж. отмечала, что с сентября Ж. стала скрытнее, подробно про себя не рассказывала. В последнее время она иногда была не в духе, становилась раздраженной, но это состояние у нее быстро проходило. Царапины на руке у дочери в начале весны мать объясняла тем, что они были причинены домашним котом. Также дочь говорила, что толстая и хочет похудеть, пила много чая. Мать связывала это с «переходным периодом». Отмечала, что 02.04 в вечернее время ей позвонила бабушка и сказала, что Ж. приснился плохой сон. 03.04 примерно в 8 час. мать уходила на работу и видела, что дочь проснулась и что-то смотрела в планшете, на ее слова, что уходит на работу, Ж. ей не ответила. Бабушка Ж. сообщала, что около 9 часов внучка собралась на улицу, погулять со своей подругой Д. часа на 2-3, сказала, чтобы ей не звонили, т.к. у Д. телефон будет отключен, а у нее самой телефона не было. Через 2-3 часа бабушка позвонила Д., но ее телефон не отвечал. Показала, что накануне никаких ссор в семье не было. Ж. ни на что не жаловалась, бабушка нашла в кухонном шкафу записку, в которой был изображен рисунок дома, на крыше которого стояла девочка, внизу на земле стоял ангел и были какие-то надписи. Она спросила у Ж., что это за записка, но та ответила, что ничего страшного, «это кино», забрала записку с собой и ушла на улицу. Отмечала, что ее поведение было обычным, ничего подозрительного не заметила. Бабушка Д., заметила, что с начала учебного года успеваемость в школе у Д. резко ухудшилась, она перестала делать уроки, все свое свободное время проводила в мобильном телефоне, постоянно общалась с Ж., у нее была резкая перемена настроения. Примерно в середине марта Д. стала интересоваться своим отцом, адресом его места жительства, хотела плюнуть ему в лицо за то, что тот ее бросил и не воспитывал. Со слов внучки бабушка знала, что у ее подруги Ж. тоже нет отца, он их бросил, а ее мать ходит к «...» (ненормативная лексика) и этому слову ее научила Ж. Примерно в середине марта бабушка заметила, что на левом запястье у Д. имелись следы от порезов, причину их возникновения объяснила проблемами Ж. Мать Д. показала, что с января у Д. были резкие перемены в настроении. Она больше времени стала проводить в интернете, сотовый телефон не выпускала из рук. На ее странице в интернете имелись данные об общении на тему несчастной любви, что ее никто не любит. Мать обратила внимание, что в последнее время дочь рисовала различных ангелочков,

девочек с порезанными руками, в последующем она эти рисунки выбрасывала. На сайты она ничего о суицидах не выкладывала, но от нее (матери) в моральном плане отдалялась. Свидетель также отмечала, что дочь резала вены под влиянием проблем Ж. В последний месяц она стала замечать в поведении Д. раздражение и напряжение. Дочь трепетно относилась к своей виртуальной жизни и тщательно скрывала ее. 03.04.20. в 8.45 Д. ушла гулять с Ж., примерно с 12.30 она начала звонить дочери на телефон, но он не отвечал. Некоторые одноклассники заметили, что в последнее время Д. стала веселой и жизнерадостной, а Ж. стала меняться, могла приходиться в школу грустная, на вопрос, что случилось, в основном отнекивалась и отмалчивалась, стала похожа на «соплю», ей было все безразлично, снизилась успеваемость. Считали, что у Ж. у первой возникла мысль о самоубийстве, а Д. ее только поддержала, т.к. у Ж. было больше проблем в жизни. Г. (одноклассник) сообщал, что примерно в начале марта в ходе переписки он узнал, что Ж. хочет покончить жизнь самоубийством, сбросившись откуда-нибудь с высоты, но не придавал значения ее словам. Из переписки понял, что прыгнуть хочет она не одна, с ней собиралась прыгать и Д. Ж. спрашивала у него, что он будет делать, если она прыгнет, на что он ей отвечал, что любит ее и, если она сделает, он тоже прыгнет. В ходе переписки Ж. также рассказывала жуткие истории, будто бы ее дома избивает отчим, душит ее. Также она говорила, что с начала весенних каникул ее старший брат (сын отчима) заставляет ее силой курить сигареты и из-за этого она начала курить. Она часто говорила, что ненавидит своего отчима и его сына. Однажды в начале марта он также услышал в школе разговор между Д. и Ж. о том, что они хотят покончить жизнь самоубийством. Мать Ж. указывала, что дочь была склонна к фантазированию, иногда дурачилась и выдумывала нелепые истории. Отмечала, что у Ж. не было отчима. Мать отмечала, что они с Ж. неоднократно обращались к врачу, поскольку у нее болела голова, она сильно уставала. В последнее время у нее из глаз «шли кровавые слезы». Они обращались к окулисту, гинекологу, поскольку это было связано с менструальным циклом дочери. В материалах уголовного дела представлена переписка Ж. с неизвестным лицом (НЛ) незадолго до момента смерти: «НЛ – скоро гроб тебе подберут... твоя любовь никому не нужна... ошибка прошлого будет повторяться в настоящем... остается только один выход... в вечность». Переписка между Ж., Д. и НЛ накануне смерти: «Ж - будет ржачно...Ждем не дождемся завтра...сдохнем вместе... «естественным способом»...Д. – не смогу... потому что слабая... Ж – она прыгнет... Д. – оставьте меня в покое ... я слабачка; (НЛ) – так кто из вас прыгнет... она или ты ... или обе; Ж - я прыгну и я ее толкну; Д. – я решила ... вместе; Ж – надо будет поиздеваться над нашими... любимыми...одноклассниками... трупы найдут; Д. - мы станем свободны, но обещай, что мы останемся навсегда друзьями; Ж – во сне я умирала 167 раз... Грустно. Кажется, уходим от боли, а на самом деле причиним другим; Д. – Как же страшно; Ж – это пройдет быстро. 6-8

секунд, и все; Ж – как... Мы привиденьки будем о,о... бродить везде. И всюду...».

На основании изложенного и анализа сведений в материалах уголовного дела комиссия экспертов пришла к заключению, что у Ж. в период дисгармонически протекающего пубертатного криза, на фоне возрастных физиологических изменений, примерно с сентября 20...г. (показания матери, одноклассников) сформировалось психическое расстройство в форме «Смешанного расстройства эмоций и поведения, обусловленного расстройством адаптации» (F43.25). Указанное расстройство характеризовалось повышенной умственной утомляемостью, снижением социальной активности (стала более замкнутой, отгороженной) и школьной успеваемости, церебрастенической симптоматикой (головные боли, нарушения сна, раздражительность, в том числе, обусловленные посещением в ночные часы сайтов с информацией агрессивно-депрессивной и суицидальной направленностью), подавленностью, недовольством своим внешним видом (считала себя толстой, пыталась похудеть), аутоагрессивными действиями (самоповреждения) и суицидальными мыслями. Примерно с марта 20...г. отмечалось нарастание охваченности Ж. проблемой ухода из жизни, усилением суицидальных мыслей со стойкостью реализации суицидальных намерений в процессе посещения интернет сайтов деструктивной и суицидальной направленности и ее активных взаимоиндуцирующих разговоров с Д., одноклассниками, неизвестными лицами, в т.ч. в виртуальном пространстве, общим положительным отношением к своему аутоагрессивному поведению. Судебно-психиатрические эксперты и эксперты психологи пришли к общему (интегративному) заключению, что на психическое состояние Ж. в период, предшествовавший смерти, и ее суицидальные намерения влияли ряд факторов: ее индивидуально-психологические особенности, просмотр контента мистического характера и интернет-сайтов суицидальной направленности, постоянное индуцирующее взаимодействие с Д. ***Информация, полученная Ж. посредством интернета, имела влияние на ее психическое состояние в совокупности и опосредующей взаимосвязи с другими указанными факторами.***

Таким образом, суицидальный контент, сопряженный с погружением в виртуальное общение с самоизоляцией, четким хронологическим выполнением директивных аутодеструктивных указаний, охваченностью проблемой ухода из жизни является одним из существенных факторов суицидального поведения несовершеннолетних.

При проведении посмертных КСППЭ несовершеннолетних по случаям склонения к совершению самоубийства в интернет-среде, либо под влиянием

информации суицидальной направленности, полученной посредством интернета выделены следующие варианты:

- вариант установления причинно-следственной связи между действиями обвиняемого лица – куратора или проводника посредством сети интернет по склонению (содействию) к совершению самоубийства и психическим состоянием несовершеннолетнего в период, предшествующий самоубийству;

- вариант влияния информации, направленной на побуждение к совершению самоубийства, полученной посредством сети интернет и психическим состоянием несовершеннолетнего в период, предшествующий самоубийству.

В данном случае психопатологическое состояние несовершеннолетнего, в период непосредственно предшествующий смерти было обусловлено помимо значительного влияния информации суицидальной направленности также косвенным воздействием комплекса иных факторов (индивидуально-психологические особенности, межличностный конфликт, индуцирующее взаимодействие ближайшего окружения и т.д.).

5.4. Алгоритм экспертного исследования при проведении посмертной КСППЭ несовершеннолетних, окончивших жизнь самоубийством

Методологическими принципами при посмертных КСППЭ несовершеннолетних, окончивших жизнь самоубийством являются следующие аспекты.

1. Комплексный психолого-психиатрический подход.
2. Ретроспективная оценка психического и психологического состояния субъекта в целом и в период, предшествующий суициду.
3. Герменевтический анализ письменной продукции несовершеннолетнего.

4. Учет различных факторов (комплекса факторов), которые могли обусловить или оказать существенное влияние на формирование психического состояния несовершеннолетнего.

5. Аналитический характер исследования в клиническом и психологическом аспектах.

Экспертный анализ при проведении посмертной КСППЭ несовершеннолетних по случаям завершеного суицида определяется необходимостью решения следующих основных задач:

- 1) оценка психического (эмоционального) состояния несовершеннолетнего суицидента в период, предшествующий смерти;
- 2) определение факторов, которые могли оказать влияние на психическое (эмоциональное) состояние несовершеннолетнего;
- 3) определение уровня психического развития;
- 4) исследование индивидуально-психологических особенностей несовершеннолетнего;
- 5) установление причинно-следственной связи между действиями обвиняемого /подозреваемого и психическим (эмоциональным) состоянием несовершеннолетнего в период, предшествующий смерти;
- 6) установление причинно-следственной связи между действиями обвиняемого, совершенными посредством интернета, и психическим состоянием несовершеннолетнего в период, предшествующий смерти;
- 7) установление влияния информации, полученной посредством интернета на психическое состояние несовершеннолетнего в период, предшествующий его самоубийству.

Алгоритм экспертного исследования при проведении посмертной КСППЭ несовершеннолетних по факту суицида должен включать следующие этапы.

I этап – ретроспективный исследовательский (аналитический). В основе – ретроспективное аналитическое исследование материалов уголовного дела, включая герменевтический анализ письменной продукции несовершеннолетнего. На данном этапе экспертом психиатром формируются сведения о психическом

развитии несовершеннолетнего, присущих ему характерологических/ патохарактерологических особенностях, свойствах его индивидуального реагирования в стрессовых и конфликтных ситуациях, структуре и динамике его психического состояния в целом, возможных изменениях в поведении, настроении и пр., особенно в период, наиболее приближенный (дни, часы) к реализации суицидальных действий.

II этап – диагностический (клинико-психопатологический). На данном этапе осуществляется собственно клиническая диагностика психического состояния лица в целом и в интересующий следствие период. Эксперт психиатр проводит исследование соматического и неврологического статуса подростка, структурно-динамических характеристик имеющейся психопатологической симптоматики, а также синдромальную и нозологическую их квалификацию в рамках МКБ-10.

III этап – диагностика психического состояния лица в период, предшествующий смерти. По данным медицинской документации, показаниям окружения, судебно-медицинского исследования трупа, токсико-химического анализа осуществляется:

- ретроспективный клинический анализ психического состояния несовершеннолетнего в период, непосредственно предшествующий смерти (нозологическая либо синдромальная квалификация, возрастные и клинико-динамические особенности);

- ретроспективный психологический анализ психического состояния несовершеннолетнего суицидента (личностные особенности, возрастные психологические характеристики, социальная ситуация развития несовершеннолетнего, актуальные факторы и т.д.);

IV этап - установление причинно-следственной связи. Ключевым этапом клинического анализа является квалификация и установление причинно-следственной связи расстройства психической деятельности у суицидента непосредственно в период, предшествующий его смерти с действиями обвиняемого лица по ст. 110 и 110.1 УК РФ. Однако в практике посмертной

КСППЭ нередко конкретное обвиняемое лицо отсутствует, а доведение потерпевшего до самоубийства путем угроз, жестокого обращения или систематического унижения человеческого достоинства не устанавливается, при этом может быть доказан лишь факт самоубийства. Следовательно, в таких случаях эксперт должен подвергнуть анализу помимо психопатологического фактора все возможные иные условия (средовые, личностные, ситуационные и т.д.) и их воздействие (как отдельное, так и совокупное) на психическое состояние суицидента в юридически значимый период.

V этап – формирование экспертных выводов. Осуществляется ретроспективная клиническая диагностика психического (эмоционального) состояния несовершеннолетнего в период, предшествующий смерти и установление или исключение причинно-следственной связи, и окончательная формулировка ответов на вопросы в рамках компетенции экспертов, либо формулирование интегративного ответа.

При проведении КСППЭ несовершеннолетних по факту суицида важным является соблюдение сфер компетенции специалистов – эксперта психиатра и эксперта психолога. Собственно юридическая квалификация действий обвиняемого (подозреваемого) по доведению до самоубийства не относится к компетенции психолого-психиатрической комиссии, а является исключительно прерогативой судебно-следственных органов.

В компетенцию *эксперта психиатра* входит оценка психического состояния несовершеннолетнего при жизни и в пресуицидальный период, выявление, диагностика, квалификация клинико-динамических особенностей психических и поведенческих расстройств, согласно классификации болезней (МКБ-10), по возможности установление причинно-следственной зависимости возникновения такого состояния.

Эксперт психолог в рамках своей компетенции реконструирует особенности социальной ситуации развития несовершеннолетнего, его возрастные и индивидуально-личностные особенности, иные события и факторы, оказавшие влияние на поведение, эмоциональное состояние в пресуицидальном периоде и их

отражения в поведении, определяет психологические факторы, которые могли повлиять на эмоциональное состояние несовершеннолетнего в пресуициде, причинно-следственную связь.

Вместе с тем, несмотря на разграничение сфер компетенции специалистов экспертов (психиатра и психолога) нередко при посмертных КСППЭ несовершеннолетних по факту суицида для выработки дифференцированного и обоснованного экспертного вывода требуется их интеграция.

К совместной компетенции экспертов психиатра и психолога относится определение влияния установленных предварительным экспертным анализом условий и обстоятельств на поведение несовершеннолетнего в юридически значимый период, обобщающая характеристика психотравмирующих воздействий, оценка вклада каждого из факторов, выявленных в результате исследования, либо их совокупный эффект на психическое (эмоциональное) состояние подростка в пресуицидальный период, и при наличии, установление причинной зависимости.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность темы исследования исходит из высокого уровня суицидов несовершеннолетних, которые характеризуются в последнее десятилетие «омоложением» детско-подросткового контингента, их активной социальной жизнью в интернете, появлением новых рисков в виде «групп смерти» и связанными с этим изменениями в законодательстве (Федеральный закон от 7 июня 2017 г. № 120-ФЗ).

В уголовно-правовом контексте для выяснения причин самоубийства несовершеннолетних судебными органами назначается посмертная КСППЭ. Методологические подходы судебно-экспертных исследований при КСППЭ взрослых лиц, окончивших жизнь самоубийством, разработаны отечественными судебными психологами и психиатрами. Однако, в отношении несовершеннолетних лиц методология и методы посмертной КСППЭ разработаны недостаточно. Необходимость экспертной оценки специфических возрастных особенностей, ретроспективного анализа психологических и клинических феноменов, психического (эмоционального) состояния несовершеннолетнего в юридически значимый (пресуицидальный) период, установления причинно-следственной связи действий конкретных лиц по доведению лица до самоубийства и влияния комплекса биопсихосоциальных факторов (биологических, социальных, клинических), а также деструктивного контента явились основанием данной работы.

Ретроспективное комплексное исследование 170 случаев (сплошная выборка) несовершеннолетних с завершёнными суицидами, в отношении которых проводилась посмертная КСППЭ в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (2011-2018гг.) показало, что преобладали подростки (13-14 лет) – 32,9% (56 человек) и несовершеннолетние юношеского (15-17 лет) - 53,5% (91 человек) возрастного периода. Средний возраст – $14,62 \pm 1,84$ лет. По половому распределению незначительно превосходили девочки (52,4%).

Проведен последовательный сравнительный анализ **биопсихосоциальных факторов** с учетом возраста и наличия/ отсутствия психической патологии.

Так психические расстройства были квалифицированы экспертами психиатрами практически в половине наблюдений (45,9%) из всей выборки, при этом преобладали несовершеннолетние юношеской группы (31,2%). Среди психически здоровых лиц чаще отмечались подростки (23,5%) и дети младшего возраста (9-12 лет) (8,2%). Исследование демографических характеристик свидетельствует, что выборка в абсолютном большинстве представлена городскими (96,5%) несовершеннолетними, лишь единичные лица проживали в сельской местности (3,5%). Это объясняется особой спецификой материала, поскольку на посмертную КСПЭ в Центр в большинстве своем направлялись уголовные дела по случаям суицидов несовершеннолетних Москвы и Московской области.

Парасуицидальные проявления (суицидальных мысли и попытки) отмечались у трети исследуемых несовершеннолетних общей выборки. При этом собственно суицидальные попытки характеризовались преднамеренным нанесением самоповреждений и самоотравлением. По полученным данным число повторных суицидальных попыток увеличивалось с возрастом несовершеннолетних (в препубертате – 1,2%, подростковом – 35,3% и юношеском – 60,8% возрасте) и их частота была существенно выше у лиц с психическим расстройством (72,2%; $p < 0,001$). Таким образом, с возрастом повышается риск повторных аутоагрессивных действий и наблюдается тенденция к стереотипизации суицидального поведения у несовершеннолетних с психическими отклонениями.

Несовершеннолетними чаще выбирался наиболее летальный способ ухода из жизни – самоповреждение в виде падения с высоты, что также обусловлено спецификой выборки (преимущественно городские жители). С возрастом наблюдается разнообразие применяемых способов реализации суицида с более тщательной подготовкой, в т.ч. для создания антуража и получения наиболее максимального эффекта на окружающих. Поэтому, медикаментозное отравление статистически значимо преобладало у девочек (15,7%, $p < 0,001$), чаще юношеской

возрастной группы с психическим расстройством (22,6%, $p < 0,05$). Мальчики достоверно чаще совершали акт самоудушения (35,8%, $p < 0,01$), вне зависимости от наличия/отсутствия психического расстройства.

На основании концепции биопсихосоциальной модели изучены детерминанты (факторы) суицидального поведения у исследуемых, которые сформированы в следующие группы: биологические, психосоциальные, клинические, непосредственно взаимосвязанные друг с другом.

Анализ психопатологически отягощенной наследственности у несовершеннолетних показал, что родители суицидентов достоверно чаще страдали синдромом зависимости от ПАВ в юношеской (57,5%) и подростковой (37,5%) группах с существенным преобладанием у лиц с психическими расстройствами (82,6%; $p = 0,031$ и 66,7%; $p = 0,007$ соответственно). Наследственная отягощенность иными психическими расстройствами у родителей либо иных ближайших родственников была выявлена в 12,3% случаев в общей выборке, по группам – в основном в подростковой (38,1%) и юношеской (57,1%). При этом статистически значимо это выражено у несовершеннолетних с психической патологией (в подростковой – 43,75%; $p = 0,002$, в юношеской – 20,7%; $p = 0,025$). По семейной истории суицида и суицидальных попыток наиболее неблагоприятными оказались также старшие возрастные группы (подростковая – 10,7% и юношеская – 11% случаев). Следует отметить, что особенно негативными в прогностическом отношении являлся завершённый суицид родителей либо неоднократные парасуициды у матерей несовершеннолетних. Исходя из вышесказанного можно предположить, что с возрастом отмечается рост негативного влияния биологических факторов на суицидальное поведение несовершеннолетних. При изучении predispositional факторов, патология беременности у матерей несовершеннолетних статистически чаще была зафиксирована в подростковой ($p < 0,001$) и юношеской ($p < 0,05$) группах, у лиц с психическими расстройствами. Патология родов достоверно чаще превалировала во всех возрастных группах у суицидентов с психическими отклонениями ($p < 0,05$, $p < 0,001$, $p < 0,001$ – в порядке возраста). Ранние

постнатальные вредности чаще встречались в препубертатной ($p=0,028$) и подростковой ($p<0,001$) группах у суицидентов с психическими заболеваниями. Во всех трех возрастных группах у исследуемых профильными специалистами в раннем периоде квалифицировалась «перинатальная энцефалопатия». Полученные данные указывают на негативное влияние различных патологических процессов в ante-, intra- и постнатальном периодах на психическое развитие несовершеннолетних. Так задержка психомоторного развития отмечалась практически у каждого пятого ребенка (20%). В период первого возрастного криза (3-4 года) у исследуемых фиксировалась задержка становления речи в 22,4% случаев. Психопатологическая симптоматика в детском возрасте представлена расстройствами невротического уровня (астено-невротический синдром – 21,6%, нарушения сна – 15,9%, обсессивно-компульсивные – 6,5% и фобические – 3,5% расстройства) и невротоподобными нарушениями (энурез – 10%, логоневроз – 4,1%, в единичных случаях энкопрез – 0,6%). При сравнении по группам невротические и невротоподобные нарушения статистически значимы в подростковой ($p>0,05$) и юношеской ($p<0,05$) группах с психической патологией. Патологические стереотипные действия статически чаще выявлялись у детей в препубертатном (33,3%; $p<0,05$) периоде. Полученные данные о неблагоприятном влиянии на суицидальное поведение детей и подростков предрасположенности факторов. Особо уязвимыми являлись несовершеннолетние, родители которых злоупотребляли ПАВ, психически нездоровых и с семейной историей суицида, что в целом соотносится с данными литературы и подчеркивает значимую роль генетического фактора в активации суицидального поведения.

Анализ полученных результатов выявил также важную роль в становлении суицидального риска различных социальных факторов.

При исследовании семей детей и подростков практически в половине наблюдений они воспитывались в полных семьях (55,8%), вне зависимости от степени родства. Вместе с тем у суицидентов с психическими расстройствами статистически значимо преобладали неполные семьи в подростковой (56,2 %; $p<0,05$) и юношеской (77,3%; $p<0,05$) группах. Таким образом, по мере

взросления происходят негативные структурные изменения с превышением частоты неполных семей, что является серьезной предпосылкой суицидального риска несовершеннолетних. Обращает внимание, что у суицидентов в 80% из общей выборки во всех возрастных группах семьи характеризовались как внешне «благополучные», без каких-либо проблем и конфликтных ситуаций. Однако ретроспективный анализ показал, что значительно преобладали дисфункциональные семейные взаимоотношения во всех возрастных группах (84,1%), вне зависимости от наличия/отсутствия у них психического расстройства. Дети младшей и средней возрастных групп были более тесно интегрированы в семью, у них преобладал стиль воспитания по типу потворствующей гиперопеки. В фрустрирующих ситуациях у таких детей часто возникали суицидальные тенденции по типу «протестных» форм реагирования. В юношеской возрастной группе нередко отмечались эмоциональные репрессии и физическое насилие со стороны родителя, при безучастном отношении матери либо со стороны агрессора матери (деспотичная, нередко злоупотребляющая алкоголем). Такие ситуации являлись одним из триггеров суицидальной активности. Несовершеннолетние из внешне «гармоничных» семей характеризовались высокой требовательностью к себе и своим достижениям, что в результате приводило к конфронтации с объективной реальностью и формированию суицидальных намерений.

Основная часть исследуемых обучалась в средних общеобразовательных учреждениях (72,3%), нередко с углубленным изучением предметов (20,6%), лицеи или гимназии. Несовершеннолетние достаточно успешно осваивали школьную программу, не имели явных нарушений в поведении. Снижение успеваемости отмечалось в подростковой и юношеской группах с существенным преобладанием в старшем возрасте при наличии психической патологии (80,8%; $p=0,008$). При этом несовершеннолетние со школьной неуспешностью чаще воспитывались в семьях, где родители злоупотребляли спиртными напитками, и они были в целом предоставлены сами себе.

Важное значение в генезе суицидального поведения играют межличностные

конфликты. Так в сфере конфликтов у несовершеннолетних выявлялось смещение вектора от семейных в младшей возрастной группе к межличностным в школе (со сверстниками, буллинг) в юношеской (12,9%) и подростковой (7,6%) группах, в сфере межполовых взаимоотношений чаще в юношеском (21,7%; $p > 0,05$) периоде. Для подростков критерий гендерной идентичности являлся одним из существенных показателей суицидального поведения. Так суициденты нередко испытывали проблемы самоидентификации, в т.ч. половой (в подростковой группе – 8,9%; юношеской – 18,7%; $p > 0,05$).

Анализ влияния информационной среды на суицидальное поведение несовершеннолетних показал, что лишь у 5,3% доказано участие в группах суицидальной направленности. Степень включения каждого из суицидентов была разная. Некоторые лишь ограничивались обсуждением своих проблем в общем чате группы, другие проходили определенные задания, связанные в т.ч. с нанесением самоповреждений и разнообразными формами рискованного поведения, третьи стремились найти партнера по реализации суицида. Отмечено у несовершеннолетних, активных участников групп суицидальной криминальной направленности, формирование, т.н. созависимости (по типу индуктор-реципиент). Доказано, что суицидальный контент, сопряженный с погружением подростка в виртуальное общение с самоизоляцией, четким хронологическим выполнением директивных аутодеструктивных указаний куратора/ проводника, является одним из существенных факторов суицидальной активности подростковой среды.

Таким образом, выявленные в ходе проведенной работы биологические и психосоциальные факторы были отнесены к *потенциальным факторам риска*, формирующим почву для суицидального поведения несовершеннолетних.

В соответствии с поставленной задачей исследования отдельно рассмотрены *клинические факторы*. По результатам проведенной посмертной КСППЭ у исследуемых несовершеннолетних в 45,8% наблюдений диагностированы психические и поведенческие расстройства. Классифицированы они в соответствии с МКБ-10 по следующим нозологическим рубрикам:

«Расстройство приспособительных реакций» (F43.2) – 23%, «Формирующееся расстройство личности» (F60-61) – 16,6%, «Органическое расстройство личности» (F07) – 15,4%, «Общие расстройства психологического (психического) развития» (F84) – 11,5%, «Расстройства шизофренического спектра» (F20-23) – 11,5%, «Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ» (F10-19) – 10,3%, «Расстройства приема пищи» (F50) – 6,4% и «Аффективные расстройства» (F32) – 5,1%.

При рассмотрении отдельных нозологических форм отмечена их сопряженность с определенными возрастными периодами. Так в препубертатном периоде представлены в основном «Общие расстройства психологического (психического) развития», характеризовавшиеся с раннего возраста нарушениями психического развития различной выраженности (задержки в психическом, моторном и речевом развитии, асинхронии развития). По мере взросления дети отличались от сверстников особенностями социального функционирования: недостаточная коммуникативность или поверхностность контактов, нередко не по возрасту узкоограниченные интересы. Их поведение характеризовалось непониманием сути суицидального акта и необратимости данных действий, а также недооценкой его последствий.

В подростковой и юношеской группах отмечалось расширение нозологических форм расстройств. Расстройства адаптации и аффективная патология отмечалась преимущественно в юношеской группе и состояния отличались высокой суицидоопасностью. Несовершеннолетние зачастую за несколько месяцев до самоубийства пережили стрессовую реакцию (утрата или расставание с эмоционально значимым лицом, школьный буллинг, конфликтные отношения в семье и т.д.). Непосредственно в пресуицидальный период окружающие замечали у подростков изменения в состоянии (подавленное настроение, тревожность, снижение успеваемости, нарушения сна). Большая часть суицидентов открыто и демонстративно заявляли о нежелании жить. В содержимом их социальных сетей содержались репосты депрессивного и аутоагрессивного содержания.

При органических психических расстройствах и личностной патологии существенную роль в аутоагрессивных действиях подростков имела выраженная эмоциональная неустойчивость с импульсивностью и недостаточным контролем своих поступков на высоте аффекта. Суицидальные действия несовершеннолетними предпринимались после многократных намеков или открытых угроз, в т.ч. в присутствии близких. Способы суицида несовершеннолетними избирался опасный и заведомо летальный.

При расстройствах шизофренического спектра суицидальная активность подростков была обусловлена психопатологической симптоматикой, при отсутствии внешних триггеров либо незначительном конфликте, не соответствующем по силе и значимости аутоагрессивному поведению.

Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением ПАВ выявлены у лиц юношеской возрастной группы. У них при посмертной СМЭ выявлены начальные проявления гепатита или диффузные изменения поджелудочной железы. Аддикции у несовершеннолетних сопровождались конфликтами с ближайшим окружением, агрессивностью, недержанием аффекта, девиантными формами поведения, которые обуславливали нарушения микросоциальной адаптации как в семье, так и в учебном заведении. Суицидальные действия у несовершеннолетних чаще протекали по типу импульсивных действий и возникали на высоте конфликтной ситуации в состоянии опьянения либо в периоде острого влечения к ПАВ.

Таким образом, клинические факторы играют существенную роль в суицидальном поведении несовершеннолетних и могут рассматриваться как *актуальные факторы риска*, действующие непосредственно в момент проявления социально-психологической дезадаптации.

Судебно-психиатрические аспекты. Предметом экспертной оценки при посмертной КСПЭ по делам о самоубийствах несовершеннолетних является психическое (эмоциональное) состояние лица в период, предшествующий смерти, и установление причинно-следственной связи указанного состояния с действиями обвиняемого (подозреваемого), которым лицом, осуществляющим производство

по делу, дана юридическая квалификация в соответствии со ст.ст. 110, 110.1 УК РФ.

Методологическими принципами при проведении посмертных КСПЭ несовершеннолетних, окончивших жизнь самоубийством являются: 1) комплексный психолого-психиатрический подход; 2) ретроспективная оценка психического и психологического состояния субъекта в целом и в период, предшествующий суициду; 3) герменевтический анализ письменной продукции несовершеннолетнего; 4) учет факторов (комплекса факторов), которые могли обусловить или оказать влияние на формирование психического состояния несовершеннолетнего; 5) аналитический характер клинического и психологического исследования.

Ретроспективный комплексный клинический и психологический анализ психического состояния несовершеннолетнего, в период предшествующий самоубийству показал, что из общей выборки у 27,6% несовершеннолетних экспертами психологами были выявлены индивидуально-психологические особенности, оказавшие существенное влияние на их поведение. У 15,2% подростков в рамках компетенции психологов квалифицированы особые эмоциональные состояния в юридически значимый (пресуицидальный) период, и установлена связь этого состояния с действиями обвиняемого/ или подозреваемого лица в доведении до самоубийства.

Экспертами психиатрами в период непосредственно предшествующий смерти у несовершеннолетних выявлены психические расстройства психогенной структуры в 23,1% наблюдений. Квалифицировались они в рамках следующих рубрик МКБ-10: «Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» (F43.22) – 44,4% (n=18), «Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации» (F43.25) – 33,3%, «Пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» (F43.21) – 22,2%.

В формировании и клинико-динамическом оформлении психогенных психических расстройств у несовершеннолетних суицидентов имели значение

субъективная значимость психотравмирующего воздействия для личности, преморбидные особенности и возрастной фактор (подростково-юношеский период), характеризующийся аффективной неустойчивостью, склонностью к чрезмерному эмоциональному реагированию на различные жизненные ситуации, нестабильностью поведения наряду с недостаточно сформированным самосознанием и зависимостью от внешних воздействий и собственных ситуационных побуждений.

Выделены следующие экспертные модели причинно-следственной связи психического состояния несовершеннолетних суицидентов в период, предшествующий смерти с действиями обвиняемого/ подозреваемого в доведении лица до самоубийства.

1. *Экспертная модель прямой причинно-следственной связи* между психическим состоянием несовершеннолетнего в период, предшествующий самоубийству с действиями конкретного лица в доведении до самоубийства. Данная модель может быть констатирована при формировании психогенно обусловленного психического расстройства в результате психотравмирующего воздействия. При этом значимым является звучание в содержании психопатологических переживаний собственно психотравмы. В исследуемом материале данная модель причинно-следственной связи была установлена лишь в 8,9% наблюдений (при $n=78$), и это указывает об особых требованиях к материалам уголовного дела. Для обоснованного вынесения экспертного вывода в представленных для анализа материалах должны быть исчерпывающие данные. Именно наличие конкретного лица (лиц), доказанность угроз, жестокого обращения или систематического унижения, наряду с объективными сведениями о субъективном реагировании на них несовершеннолетнего суицидента и возникновении у него психогенного психического расстройства и/или эмоционального состояния.

2. *Экспертная модель потенцирующего влияния* психотравмирующих ситуаций на психическое состояние несовершеннолетнего в период предшествующий самоубийству. Данный вариант в исследуемом материале был

прослежен в 5,1% наблюдений. Особенностью данной модели является предуготованность лица к психогенному реагированию под влиянием различных обстоятельств, которые потенцируют уже имеющееся психическое расстройство, в результате чего усугубляется психическое состояние несовершеннолетнего. Вместе с тем травмирующие воздействия являлись лишь фактором, интенсифицирующим клинико-динамические особенности психогенного расстройства, а не причиной его формирования, и в переживаниях не занимают доминирующего значения, соответственно не могут рассматриваться относительно констатации причинно-следственной связи.

3. К экспертной модели, не позволяющей установить причинно-следственную связь психического состояния несовершеннолетнего в период, предшествовавший самоубийству с действиями конкретного лица (лиц), относятся психические заболевания непсихогенной природы, а также психические расстройства, обусловленные неспецифическим психогенно травмирующим фактором (утрата значимого лица, переезд с трудностями адаптации в новой среде, предстоящие экзамены – ОГЭ, ЕГЭ и т.д.). Эти случаи отмечены в преобладающем числе наблюдений и составили 91% наблюдений.

Само по себе наличие при жизни у несовершеннолетнего психического заболевания становится фактором дестабилизирующим личность на психосоциальном уровне и в рамках психопатологической трактовки ими действий окружающих могут формироваться псевдоконфликтные ситуации. Расстройства шизофренического спектра у несовершеннолетних с суицидальным поведением нередко отражали нарушение адекватного восприятия ситуации, и даже если были задействованы ситуационно-личностные механизмы, они проходили этап искаженной когнитивной переработки со сверхценным устойчивым интересом к проблеме смерти и ухода из жизни, а также стойкие суицидальные мысли и намерения с общим положительным отношением к своему аутодеструктивному поведению. При подобном патологическом реагировании существенно повышался риск суицидоопасного поведения несовершеннолетних, при отсутствии внешних триггеров. При квалификации у несовершеннолетнего

психического расстройства, развившегося под влиянием неспецифической психогенной травмы важное значение приобретало установление природы выявленных нарушений и звучание в переживаниях суицидента лишь неспецифического травмирующего фактора.

При проведении посмертных КСППЭ несовершеннолетних по случаям склонения к совершению самоубийства в интернете, либо под влиянием информации суицидальной направленности, полученной посредством интернета, выделены следующие варианты:

1) вариант установления причинно-следственной связи между действиями обвиняемого лица – куратора или проводника посредством сети интернет по склонению (содействию) к совершению самоубийства и психическим состоянием несовершеннолетнего в период, предшествующий самоубийству.

Данный вариант причинно-следственной связи в исследуемом материале отмечался лишь в единичных случаях (1,8%). Анализ материала свидетельствует, что деятельность в «группах смерти» предполагала систематическое выполнение заданий деструктивной (аутоагрессивной) направленности участником, которые ставил перед ним «проводник». Общение с жертвами строилось таким образом, чтобы вызвать у них стойкое депрессивное (упадническое) настроение. Для полного прохождения «игры» несовершеннолетнему требовалось выполнение определенного числа этапов, на заключительном этапе участник должен совершить суицид. Условия «игры» были жесткие, при любом нарушении несовершеннолетнего исключали из «игры», что было для подростка довольно травматичным и активировало суицидальные действия. Несовершеннолетние, особенно с психологическими и психопатологическими проблемами, нередко самостоятельно включались в деструктивные сообщества, вначале не имея стойких суицидальных намерений.

2) Вариант влияния информации, направленной на побуждение к совершению самоубийства, полученной посредством сети интернет на психическое состояние несовершеннолетнего в период, предшествующий самоубийству.

Данный вариант отмечался в 27,1 % наблюдений. Без прямого участия конкретных обвиняемых лиц (куратора/ проводника) собственно суицидальный контент был рассмотрен в фокусе деструктивного воздействия на личность несовершеннолетнего в целом, когда требовался анализ влияния не только информации деструктивной направленности, но и всех возможных факторов и их совокупности на поведение подростка. Таким образом, психическое состояние несовершеннолетнего, в период непосредственно предшествующий смерти, было обусловлено помимо значительного влияния информации суицидальной направленности, также косвенным воздействием комплекса иных факторов (индивидуально-психологические особенности, межличностный конфликт, индуцирующее взаимодействие ближайшего окружения и т.д.). Экспертный вывод при этом варианте требует формулирования интегративного вывода специалистов – эксперта психиатра и эксперта психолога.

Алгоритм экспертного исследования при проведении посмертной КСПИЭ несовершеннолетних по факту суицида должен включать следующие этапы:

I этап – ретроспективный исследовательский (аналитический). В основе – ретроспективное аналитическое исследование материалов уголовного дела, включая герменевтический анализ письменной продукции несовершеннолетнего. На данном этапе экспертом психиатром формируются сведения о психическом развитии несовершеннолетнего, присущих ему характерологических/ патохарактерологических особенностях, свойствах его индивидуального реагирования в стрессовых и конфликтных ситуациях, структуре и динамике его психического состояния в целом, возможных изменениях в поведении, настроении и пр., особенно в период, наиболее приближенный (дни, часы) к реализации суицидальных действий.

II этап – диагностический (клинико-психопатологический). На данном этапе осуществляется собственно клиническая диагностика психического состояния лица в целом и в интересующий следствие период. Эксперт психиатр проводит исследование соматического и неврологического статуса подростка, структурно-динамических характеристик имеющейся психопатологической

симптоматики, а также синдромальную и нозологическую их квалификацию в рамках МКБ-10.

III этап – диагностика психического состояния лица в период, предшествующий смерти. По данным медицинской документации, показаниям окружения, судебно-медицинского исследования трупа, токсико-химического анализа осуществляется:

- ретроспективный клинический анализ психического состояния несовершеннолетнего при жизни и в период, непосредственно предшествующий смерти (нозологическая либо синдромальная квалификация, возрастные и клиничко-динамические особенности);

- ретроспективный психологический анализ психического состояния несовершеннолетнего суицидента (личностные особенности, возрастные психологические характеристики, социальная ситуация развития несовершеннолетнего, актуальные факторы и т.д.);

IV этап - установление причинно-следственной связи. Ключевым этапом клинического анализа является квалификация и установление причинно-следственной связи расстройства психической деятельности у суицидента непосредственно в период, предшествующий его смерти с действиями обвиняемого лица по ст. 110 и 110.1 УК РФ. Однако в практике посмертной КСПЭ нередко конкретное обвиняемое лицо отсутствует, а доведение потерпевшего до самоубийства путем угроз, жестокого обращения или систематического унижения человеческого достоинства не устанавливается, при этом может быть доказан лишь факт самоубийства. Следовательно, в таких случаях эксперт должен подвергнуть анализу помимо психопатологического фактора все возможные иные условия (средовые, личностные, ситуационные и т.д.) и их воздействие (как отдельное, так и совокупное) на психическое состояние несовершеннолетнего в юридически значимый период.

V этап – формирование экспертных выводов. Осуществляется ретроспективная клиническая диагностика психического (эмоционального) состояния несовершеннолетнего в период, предшествующий его смерти и

установление/ или исключение причинно-следственной связи и окончательная формулировка ответов на вопросы в рамках компетенции экспертов, либо формулирование интегративного ответа.

При проведении КСППЭ несовершеннолетних по факту суицида важным является соблюдение сфер компетенции специалистов – экспертов психиатра и психолога.

В компетенцию *эксперта психиатра* входит оценка психического состояния несовершеннолетнего при жизни и в пресуицидальный период, выявление, диагностика, квалификация клинико-динамических особенностей психических и поведенческих расстройств, согласно принятой классификации болезней (МКБ-10), по возможности установление причинно-следственной зависимости возникновения такого состояния.

Эксперт психолог в рамках своей компетенции реконструирует особенности социальной ситуации развития несовершеннолетнего, его возрастные и индивидуально-личностные особенности, иные события и факторы, оказавшие влияние на поведение, эмоциональное состояние в пресуицидальном периоде и их отражения в поведении, определяет психологические факторы, которые могли повлиять на эмоциональное состояние несовершеннолетнего в пресуициде, причинно-следственную связь.

Вместе с тем, несмотря на разграничение сфер компетенции специалистов экспертов (психиатра и психолога) нередко при посмертных КСППЭ несовершеннолетних по факту суицида для выработки дифференцированного и обоснованного экспертного вывода требуется их интеграция.

К *совместной компетенции экспертов психиатра и психолога* относится определение влияния установленных предварительным экспертным анализом условий и обстоятельств на поведение несовершеннолетнего в юридически значимый период, обобщающая характеристика психотравмирующих воздействий, оценка вклада каждого из факторов, выявленных в результате исследования либо их совокупный эффект на психическое (эмоциональное)

состояние подростка в пресуицидальный период, и при наличии, установление причинной зависимости.

ВЫВОДЫ

1. Ретроспективное сплошное комплексное исследование 170 несовершеннолетних с завершёнными суицидами (по результатам анализа посмертных судебных экспертиз) показало, что по возрастному составу преобладали лица подросткового (32,9 %) и юношеского (53,5%) периодов, без существенных гендерных различий. Психические и поведенческие расстройства выявлены в 45,8% наблюдений.

2. Потенциальными факторами риска суицидального поведения несовершеннолетних являлись психопатологически отягощенная наследственность синдромом зависимости от психоактивных веществ, наличие в анамнезе истории суицидов и парасуицидов, дисфункциональные семейные взаимоотношения с авторитарным стилем воспитания, жестким контролем действий несовершеннолетнего, проявлениями психологического и физического насилия, а также конфликтные отношения в ближайшем окружении.

2.1. В период, предшествующий реализации суицидальных действий несовершеннолетними на первый план выступали межличностные конфликты. Для лиц препубертатной группы основным фактором риска их суицидального поведения являлись внутрисемейные конфликты. В подростковом и юношеском периоде существенное значение приобретал внутриличностный конфликт с неудовлетворенностью своим положением и ролью в социуме (семья, школа), межполовые взаимоотношения и проблемы самоидентификации.

3. Актуальными факторами риска суицидального поведения детей и подростков являлись психические и поведенческие расстройства, клинико-динамические особенности которых характеризовались возрастной и гендерной специфичностью.

3.1. Расстройства с ведущей депрессивной симптоматикой развивались чаще у лиц старшего подросткового возраста с преморбидными личностными особенностями в виде сензитивности, тревожности, низкой устойчивости к

фрустрации. В их формировании и последующей реализации суицидального поведения наибольшую значимость имели межличностные конфликты и школьный буллинг.

3.2. При расстройствах пищевого поведения ведущей причиной суицидального поведения у девочек старшего подросткового и юношеского периодов являлся внутриличностный конфликт, обусловленный дисморфофобическими переживаниями и склонностью к перфекционизму.

3.3. У суицидентов младшей возрастной группы (9-12 лет) клиническая картина психических расстройств характеризовалась стертой аффективной компонентой, с выходом на первый план фобических проявлений и поведенческих девиаций в виде реакций протеста, негативизма и оппозиции.

4. В аспекте установления причинно-следственной связи психического состояния несовершеннолетнего в период, предшествующий смерти с действиями обвиняемого, либо с другими факторами, которые могли способствовать его возникновению, выделены несколько экспертных моделей.

4.1. Экспертная модель прямой причинно-следственной связи психического состояния несовершеннолетнего, в период предшествующий смерти может быть констатирована при формировании психогенно обусловленного психического расстройства в результате воздействия конкретного лица или лиц, обвиняемых в доведении до самоубийства. При этом существенное значение имело звучание в содержании психопатологических переживаний собственно психической травмы.

4.2. Экспертная модель потенцирующего влияния психотравмирующих воздействий на психическое состояние несовершеннолетнего, в период предшествующий смерти, характеризовалась усугублением имевшегося у несовершеннолетнего психогенного психического расстройства. При этом действия интересующего следствие лица являлись лишь фактором, интенсифицирующим клиничко-динамические особенности психического расстройства, а не причиной его формирования и соответственно не могли рассматриваться относительно констатации причинно-следственной связи.

4.3. К экспертной модели, не позволяющей установить причинно-следственную связь психического состояния несовершеннолетнего в период, предшествующий смерти, с действиями лица по доведению до самоубийства отнесены психические расстройства непсихогенной природы, а также обусловленные неспецифическим психогенным травматизированием. Психопатологические проявления с нарушениями процессов восприятия, мышления, сверхценным интересом к проблеме смерти, стойкими суицидальными мыслями и тенденциями, а также общим положительным отношением к аутодеструктивному поведению существенно повышали риск суицидоопасного поведения детей и подростков.

5. Специфическое воздействие противоправных действий в информационной среде по доведению (склонению) несовершеннолетних к самоубийству осуществлялось в двух вариантах: прямом с хронологическим выполнением директивных аутодеструктивных указаний куратора / проводника и косвенном с активным посещением и просмотром суицидального контента.

5.1. У несовершеннолетних, активных участников криминальных групп суицидальной направленности в информационной среде, развивались психические расстройства особой клинико-динамической структуры с формированием созависимости (по типу индуктор-реципиент), со стойким депрессивным настроением, бессонницей, самоповреждающим поведением, нарушением межличностной коммуникации и погружением в виртуальное общение с самоизоляцией, субъективной невозможностью самостоятельного выхода из-под контроля суицидальной группы, устойчивой охваченностью проблемой ухода из жизни, выраженной социальной дезадаптацией.

5.2. При экспертной оценке влияния информации, направленной на побуждение к совершению самоубийства, полученной посредством сети интернет и психическим состоянием несовершеннолетнего в период, предшествующий самоубийству, необходимо также учитывать опосредующее воздействие комплекса дополнительных факторов (индивидуально-психологические

особенности, межличностный конфликт, индуцирующее взаимодействие ближайшего окружения и т.д.).

6.Методологические принципы и алгоритм посмертного экспертного исследования несовершеннолетних с суицидальным поведением включает комплексный психолого-психиатрический метод с ретроспективным аналитическим подходом, герменевтический анализ письменной продукции, учет возрастного и иных (внешних и внутренних) факторов, либо их комплекса, оценку психического и психологического состояния субъекта в целом и в период, предшествующий смерти, установление или исключение причинно-следственной связи, формулировку ответов на вопросы в рамках компетенции экспертов психиатра и психолога, либо интегративного вывода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдулова, Т. П. Психология подросткового возраста: учебник и практикум для вузов / Т. П. Авдулова. – Москва : Издательство Юрайт, 2021. – 394 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-9916-9438-4. – Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/469204> (дата обращения: 05.02.2021).
2. Агарков, А. А. Психические расстройства у лиц допризывного и призывного возрастов в контексте психического здоровья детско-подросткового населения : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.18 / Агарков Алексей Александрович. – Томск, 2010. – 287 с.
3. Агрессия и суицидальное поведение подростков в различных условиях социализации / Н. А. Бохан, А. Ф. Аболонин, А. И. Мандель [и др.] // Суицидология. – 2018. – № 9 (2). – С. 50-60.
4. Аддиктивные и тревожно-депрессивные расстройства у студентов Томской области: динамика, половозрастной и миграционный аспекты / Н. А. Бохан, И. В. Воеводин, Н. А. Лукьянова [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. – № 3. – С. 38-45.
5. Александрова, Н. А. Аддиктивное поведение у несовершеннолетних как фактор риска совершения суицида / Н. А. Александрова, Е. Ю. Шкитырь // Журнал наркология. – 2018. – Т.17, №2. – С. 84-91
6. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 720 с.
7. Алфимова, М. В. Эмоциональная реактивность при депрессивных расстройствах : (аналитический обзор) / М. В. Алфимова, Т. С. Мельникова // Российский психиатрический журнал. – 2012. – № 2. – С. 30-38.

8. Амбрумова, А. Г. Мотивы самоубийств / А. Г. Амбрумова, Л. И. Постовалова // Социологические исследования. – 1987. – № 6. – С. 52-60 [Электронный ресурс]. URL: <https://arxiv.gaugn.ru/s0132-16250000621-9-1-ru-824/> (дата обращения: 14.09.2020).
9. Амбрумова, А. Г. О некоторых особенностях суицидального поведения у детей и подростков / А. Г. Амбрумова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1983. – Т. 83, №10. – С. 1544-1547.
10. Амбрумова, А. Г. О ситуационных реакциях у подростков в суицидологической практике / А. Г. Амбрумова, Е. Н. Вроно // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1985. – Т. 85, №10. – С. 1557-1560.
11. Амбрумова, А. Г. Психалгии в суицидологической практике / А. Г. Амбрумова // Актуальные проблемы суицидологии : труды Московского НИИ психиатрии. – М., 1978. – Т. 82. – С.73-92.
12. Амбрумова, А. Г. Пути становления отечественной суицидологии / А. Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – № 4. – С.53-59.
13. Амбрумова, А. Г. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко // Актуальные проблемы суицидологии : труды Московского НИИ психиатрии. – М., 1978. – Т. 82. – С. 6-28.
14. Анализ сезонности завершённых суицидов с учётом таких факторов внешней среды как температура и длина светового дня / В. А. Розанов, П. Е. Григорьев, С. Е. Захаров [и др.] // Суицидология. – 2018. – № 9 (3) – С. 71-79.
15. Анализ эффективности существующих и направления разработки дополнительных мер по снижению смертности населения от самоубийств / Е. Н. Байбарина, Е. В. Макушкин, И. В. Лысиков [и др.] // Российский психиатрический журнал. – 2017. - №1. – С.75-76.

16. Бадмаева, В. Д. Клиника и судебно-психиатрическое значение психогенных расстройств у детей и подростков жертв сексуального насилия : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Бадмаева Валентина Дорджиевна. – М., 2003. – 203 с.
17. Барденштейн, Л. М. Патологическая агрессия подростков / Л. М. Барденштейн, Ю. Б. Можгинский. – М.: Медпрактика, 2005. – 260 с.
18. Белкин, А. Р. Теория доказывания в уголовном судопроизводстве / А. Р. Белкин. – М.: Норма, 2005. – 528 с.
19. Бисалиев, Р. В. Суицидальное поведение больных с аддиктивными расстройствами и созависимых родственников (клиника, лечение, реабилитация) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.27 / Бисалиев Рафаэль Валерьевич. – Москва, 2011. – 44 с.
20. Бобров, А. Е. Психопатологические аспекты нервной анорексии / А. Е. Бобров // Альманах клинической медицины. – 2015. – спец. вып. 1. – С. 13–23
21. Боброва, И. Н. «Особенности посмертной судебно-психиатрической экспертизы в случаях самоубийств» / И. Н. Боброва, Н. К. Шубина, Н. И. Шибанова // «Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии». – М., 1977. – С. 127-135.
22. Борзенков, Г. Н. Преступления против жизни и здоровья : закон и правоприменительная практика : учебно-практическое пособие / Г. Н. Борзенков. – М. : ИКД Зерцало-М, 2008. – 256 с.
23. Бородин, С. В. Мотивы и причины самоубийств / С. В. Бородин, А. С. Михлин // Труды Московского НИИ психиатрии. – М., 1978. – Т. 82. – С. 28-43.
24. Бруг, А. В. Клинико-психологическое исследование подростков с рецидивами суицидных попыток : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Бруг Анна Валерьевна. – СПб., 2008. – 176 с.

25. Бундало, Н. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство : автореф. дисс. ... д-ра мед. наук : 14.00.18 / Бундало Наталья Леонидовна. – СПб., 2008. – 36 с.
26. Буряковская, Е. В. Уголовно-правовая и криминологическая характеристика доведения до самоубийства : дис. ...канд. юрид. наук : 12.00.08 / Буряковская Евгения Васильевна. – СПб, 2020. – 228 с.
27. Бычкова, А. М. Доведение до самоубийства посредством использования интернет-технологий: социально-психологические, криминологические и уголовно-правовые аспекты / А. М. Бычкова, Э. Л. Раднаева // Всероссийский криминологический журнал. – 2018. – Т. 12, № 1. – С. 101-115.
28. Бычкова, А. М. Посмертная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза по делам о самоубийствах несовершеннолетних / А. М. Бычкова, О. П. Ворсина // Пролог: журнал о праве. – 2020. – № 4. – С. 46–55.
29. Вагин, Ю. Р. Вопросы феноменологической суицидологии / Ю. Р. Вагин // Суицидология. – 2011. – № 3. – С. 3-17.
30. Васильев, В. В. Особенности эпидемиологии суицидальных попыток среди женщин / В. В. Васильев // Психическое здоровье. – 2010. – № 10. – С. 3-8.
31. Васильев, В. В. Эпидемиология завершенных суицидов при органических психических расстройствах / В. В. Васильев, Е. А. Сергеева // Российский психиатрический журнал. – 2017. – №3. – С. 4-9
32. Вахрушева, Л. Н. Выраженность структурных и качественных характеристик эмоционального интеллекта на этапе юности и ранней взрослости : дис. канд. психол. наук : 19.00.01 / Вахрушева Людмила Николаевна. М., 2011. – 202 с.
33. Введенский, И. Н. Проблема исключительных состояний в судебно-психиатрической практике / И. Н. Введенский // Проблемы судебной психиатрии. – М., 1947. – Сб. 6. – С. 331-335.

34. Ведяшкин, В. Н. Аддитивные предпосылки аутоагрессивного поведения у подростков с учетом гендерных особенностей / В. Н. Ведяшкин // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. – 2011. – № 15. – С. 210-212.
35. Вихристюк, О. В. Влияние средств массовой информации на суицидальное поведение подростков и молодежи (обзор зарубежных источников) / О. В. Вихристюк // Современная зарубежная психология. – 2013. – №1. – URL: <http://psyjournals.ru/jmfp>. (дата обращения 25.09.2020).
36. Влияние детского стресса на формирование психических расстройств во взрослом возрасте / М. Н. Гришкина, Н.В. Гуляева, Р. Г. Акжигитов Р.Г. [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2015. – Т. 115, № 12. – С. 169-176.
37. Войцех, В. Ф. Суицидология / В. Ф. Войцех. – М. : Миклош, 2007. – 280 с.
38. Воликова, С. В. Школьное насилие (буллинг) и суицидальное поведение детей и подростков / С. В. Воликова, А. В. Нифонтова, А. Б. Холмогорова // Вопросы психологии. – 2013. – №2. – С. 24-30.
39. Ворошилин, С. И. Аддиктивное рисковое поведение как проявление снижения инстинкта самосохранения / С. И. Ворошилин // Суицидология. – 2013. – № 1. – С. 61-68.
40. Ворошилин, С. И. Расстройства половой ориентации и суицидальное поведение: правовые и социальные аспекты / С. И. Ворошилин // Суицидология. – 2012. – №1. – С. 39-44.
41. Ворсина, О. П. Суицидальное поведение населения Иркутской области / О. П. Ворсина, Г. Г. Симуткин. – Томск : Изд-во «Иван Фёдоров», 2012. – 330 с.
42. Ворсина, О. П. Психологические характеристики суицидентов, госпитализированных в психиатрический стационар / О. П. Ворсина, Н.П. Баркова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 1. – С. 50-54.

43. Вострокнутов, Н. В. Социально-обусловленные расстройства у детей и подростков: диагностический и коррекционный аспекты / Н. В. Вострокнутов // Современные проблемы охраны психического здоровья детей. – Волгоград, 2007. – С. 18-20.
44. Выготский, Л. С. Развитие высших психических функций / Л. С. Выгодский. – М. : АПН РСФСР, 1960. – С. 1-10, 364-484.
45. Выявление и предупреждение суицидального поведения среди несовершеннолетних. Памятка психологам образовательных учреждений / Г. С. Банников, О. В. Вихристюк, Л. В. Миллер [и др.] // Основы безопасности жизнедеятельности : информационно-методическое издание для преподавателей. – 2012. – №4. – С. 34-37.
46. Ганнушкин, П. Б. Избранные труды по психиатрии / П. Б. Ганнушкин. – М. : Издательство Юрайт, 2018. – 266 с. – (Серия : Антология мысли).
47. Гишинский, Я. И. Социальное насилие : монография / Я. И. Гишинский. – СПб. : ООО Издательский Дом «Алеф-Пресс», 2013. – 185 с.
48. Гильбурд О. А. Полинаркотоксикомания как фактор суицидального риска / О. А. Гильбурд, Е. А. Глотова // Суицидология. – 2011. – № 2. – с. 43-44.
49. Гиндикин, В. Я. Личностная патология / В. Я. Гиндикин, В. А. Гурьева. – М. : Триада-Х., 1999. – 266 с.
50. Говорин, Н. В. Региональные особенности распространенности суицидов в России / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров // Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б. С. Положего. – М. : ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство»», 2019. – С. 76 – 92.
51. Голенков, А. В. Интернет и суицидальное поведение / А. В. Голенков // Суицидальное и несуйцидальные самоповреждения подростков : коллективная монография ; под ред. проф. П.Б. Зотова. – Тюмень: Вектор Бук, 2021. – С. 225-243.

52. Горинов, В. В. Вопросы теории и методологии посмертных судебно-психиатрических экспертиз / В. В. Горинов // Судебно-медицинская экспертиза. – М., 1994. – № 2. – С. 37-39.
53. Горинов, В. В. Кратковременные психические расстройства у потерпевших и посмертная судебно-психиатрическая экспертиза / В. В. Горинов // Кратковременные расстройства психической деятельности в судебно-психиатрической практике. – М, 1986. – С. 34-58.
54. Григорьева, А. А. Суицидальное поведение, спровоцированное употреблением психоактивных веществ / А. А. Григорьева, Г. А. Корчагина // Вопросы наркологии. – 2017. – № 6. – С. 53–55.
55. Гроллман, Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция / Э. Гроллман // Суицидология: прошлое и настоящее : проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М., 2001. – С. 270-352.
56. Гурьева, В. А. К систематике пубертатной психопатологии / В. А. Гурьева // Современные проблемы подростковой общей и судебной психиатрии. – М., 1987. – С. 3-12.
57. Гурьева, В. А. Подростковая психиатрия / В. А. Гурьева. – М.: Генезис, 2001. – С. 227.
58. Гурьева, В. А. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних / В. А. Гурьева, Е. В. Макушкин Е.В. // Руководство по судебной психиатрии. – М. : Медицина, 2004. – С. 139-154.
59. Гуськов, В. Судебно-психиатрическая экспертиза при самоубийствах алкогольного и реактивного генеза / В. Гуськов, В. Пантюшкина // Вопросы психиатрии. – 1968. – вып. 1. – С. 62-70.
60. Демдоуми, Н. Ю. «Контент смерти»: проблема пропаганды суицида в русскоязычном Интернете / Н. Ю. Демдоуми, Ю. П. Денисов // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 4. – URL: www.science-education.ru/110-9624 (дата обращения: 06.04.2019).

61. Демдоуми, Н. Ю. Распространение «суицидального контента» в киберпространстве русскоязычного интернета как проблема мультидисциплинарных исследований / Н. Ю. Демдоуми, Ю. П. Денисов // Суицидология. – 2014. – №2. – С. 47-54.

62. Диагностика суицидального поведения : методические рекомендации / Московский НИИ психиатрии МЗ РСФСР ; сост. : А. Г. Амбурова, В. А. Тихоненко. – Москва, 1980. – 48 с.

63. Дозорцева, Е. Г. Аномальное развитие личности у подростков с противоправным поведением : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 / Дозорцева Елена Георгиевна. – Москва : ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2004. – 48 с.

64. Дюркгейм Э. Самоубийство : Социологический этюд / Э. Дюркгейм; пер. с фр. с сокр.; под ред. В. А. Базарова. – М. : Мысль, 1994. – 399 с.

65. Егоров, А. Ю. Современные особенности наркоманий у подростков / А. Ю. Егоров, А. Г. Софронов // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2009. – Т. 9.1 – С. 22-34.

66. Емяшева, Ж. В. Психологические особенности лиц, совершивших суицидальную попытку на фоне наркотической зависимости / Ж. В. Емяшева // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 5. – С. 24-25.

67. Ермолаева, Е. Г. Суицид и преступность : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.08 / Ермолаева Елена Геннадьевна. – Саратов, 2007. – 24 с.

68. Жезлова, Л. Я. Сравнительно-возрастные аспекты суицидального поведения у детей и подростков / Л. Я. Жезлова // «Актуальные проблемы суицидологии». – М. : ИС РАН, 2012. – С. 275.

69. Загниборода, О. В. Самоубийство – осознанное решение или результат болезненного состояния? / О. В. Загниборода // Суицидология.

Теория и практика ; под ред. А. М. Морозова, А. П. Чуприкова. – К. : КИВД, 1998. – С. 185-187.

70. Захаров, Н. Б. Социальная адаптация молодых женщин, больных параноидной формой шизофрении: дис. ... канд. мед.наук : 14.00.18 / Захаров Николай Борисович. – СПб., 2004. – 195 с.

71. Зейгарник, Б. В. Основы патопсихологии : учебник для среднего профессионального образования / Б. В. Зейгарник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Издательство Юрайт, 2021. – 367 с.

72. Зеневич, Г. В. Анализ так называемых расширенных самоубийств при меланхолических состояниях / Г. В. Зеневич. – Л., 1938. – 21 с.

73. Зиновьев, С. В. Суицид. Попытка системного анализа / С. В. Зиновьев. – СПб. : Сотив, 2002. – 135 с.

74. Зотов, П. Б. Клинические формы и динамика суицидального поведения / П. Б. Зотов, С. М. Уманский // Суицидология. – 2011. – №1, – С. 3-7.

75. Зотов, П. Б. Суицидальное поведение: роль «внешнего ключа» как элемента суицидальной динамики и объекта психотерапии / П. Б. Зотов // Российский медико-биологический вестник им. академика И. П. Павлова. – 2015. – № 4. – С. 133-137.

76. Зотов, П. Б. Суицидальные попытки в г. Тюмени / П. Б. Зотов, Е. В. Родяшин // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 8-10.

77. Зулкарнеева, З. Р. Роль межличностных семейных конфликтов в генезе суицидального поведения лиц, страдающих шизофренией и органическим поражением головного мозга : автореф. дис. ... канд. мед.наук : 14.00.18 / Зулкарнеева Злата Ренатовна. – Казань, 2000. – 21 с.

78. Иванова, Е. И. Депрессивные расстройства в подростковом возрасте и особенности их терапии / Е. И. Иванова, Н. Е. Кравченко, Н. А. Мазаева // Современная терапия психических расстройств. – 2008. – №2. – С. 23-25.

79. Иммерман, К. Л. Судебно-психиатрический анализ острых психогенных депрессивных состояний у женщин : методические рекомендации / К. Л. Иммерман, М. А. Качаева. – М., 1999. – 23 с.

80. Ишимбаева, А. Н. Суицидальное поведение у детей и подростков Забайкальского края : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Ишимбаева Анна Николаевна. – М., 2013. – 24 с.

81. Кадина, Т. И. Эффективные нарушения у больных приступообразно-прогредиентной шизофренией в психогенно-травмирующей ситуации : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Кадина Татьяна Ивановна. – Москва, 1988. – 25 с.

82. Казаковцев, Б. А. Психические расстройства и расстройства поведения (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / Б. А. Казаковцев, В. Б. Голланд. – М. : Минздрав России, 1998. – 512 с.

83. Калашник, Я. М. Особенности психиатрической экспертизы при самоубийстве / Я. М. Калашник // Вопросы профилактики общественно-опасных действий психически больных и организации принудительного лечения : тезисы докл. науч.- практ. конф. – М., 1964. – С. 13-14.

84. Калашник, Я. М. Судебно-психиатрическая экспертиза при самоубийствах / Я. М. Калашник // Вопросы криминалистики. – 1963. – № 8-9. – С. 65-78.

85. Кальной, В. С. Суицидальное поведение матерей, сыновья и дочери которых больны алкоголизмом (клиника, лечебно-реабилитационная помощь) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.27 / Кальной Валентин Степанович. – Москва, 2010. – 25 с.

86. Каневский, В. И. Ситуация, надситуативность и парасуицид / В. И. Каневский // Суицидология. – 2013. – № 4 (1). – С. 36–42.

87. Кирпиченко, А. А. Суицидальный риск среди подросткового населения г. Витебска / А. А. Кирпиченко, А. Н. Барышев // Вестник

Витебского государственного медицинского университета. – 2015. — Т. 14, № 1. – С. 91-96.

88. Клевно В. А. Экспертиза вреда здоровью. Психическое расстройство, заболевание наркоманией либо токсикоманией / В. А. Клевно, А. А. Ткаченко. – М. : «Норма», 2013. – 176 с.

89. Клинико-психологические особенности аддиктов с незавершенными суицидальными попытками / Т. В. Журавлева, С. Н. Ениколопов, О. В. Зубарева [и др.] // Психология и право. – 2015. – Т. 5, № 4. – С. 49–70.

90. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / В. А. Гурьева, Т. Б. Дмитриева, Е. В. Макушкин [и др.] ; под ред. В.А. Гурьевой. – М. : Мед.информ. агентство, 2007. – 488 с.

91. Ковалев, В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В. В. Ковалев. – М. : Медицина, 1985. – 288 с.

92. Коган, Б. М. Влияние детско-родительских отношений на уровень когнитивной ригидности подростков / Б. М. Коган, А. А. Яшин // Вестник Московского городского педагогического университета. – 2017. – № 1 (39). – С. 45-53.

93. Коломыщев, Д. Ю. Клиника и динамика суицидального поведения подростков с непсихотическими психическими расстройствами (анализ кризисного мышления) : дис. ... канд. мед.наук : 14.01.06 / Коломыщев Дмитрий Юрьевич. – Томск, 2019. – 240 с.

94. Кондратьев, Ф. В. Концепция многофакторного анализа социального поведения психически больных / Ф. В. Кондратьев // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 2. – С. 36-41.

95. Кондратьев, Ф. В. Роль личности в опасном поведении психически больных / Ф. В. Кондратьев // Вопросы соотношения биологического и социального в психиатрии. – М., 1984. – С. 83-93.

96. Корень, Е. В. Концепция психического здоровья и психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами / Е. В. Корень, Т. А. Куприянова // Российский психиатрический журнал. – 2012. – № 3. – С. 4–12.

97. Корнетов, А. Н. Взаимосвязь депрессивных расстройств и суицидального поведения в подростково-юношеском возрасте / А. Н. Корнетов // Депрессивные расстройства : (фундаментальные, клинические, образовательные и экзистенциальные проблемы). – Томск, 2003. – С. 168-169.

98. Корнетов, А. Н. Суицидальное поведение в подростково-юношеском возрасте / А. Н. Корнетов // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, № 2. – С. 75-90.

99. Коцюбинский, А. П. Суицидальное поведение психически больных : биопсихосоциальный подход / А. П. Коцюбинский, О. В. Гусева, Б. Г. Бутома // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018. – Т. 28, № 2. – С.5-11.

100. Коченов, М. М. Судебно-психологическая экспертиза : теория и практика. Избранные труды / М. М. Коченов. – М. : Генезис, 2010. – 352 с.

101. Кошелева, Г. Г. Медико-социальный статус детей-суицидентов / Г. Г. Кошелева, О. Ю. Ширяев, А. Ф. Неретина // Научные материалы 14 съезда психиатров России. – М., 2005.– С. 205.

102. Кравченко, Н. Е. Современные представления о депрессивных расстройствах настроения в подростковом возрасте и некоторых проблемах их терапии (аналитический обзор) / Н. Е. Кравченко // Современная терапия психических расстройств. – 2007. – № 3. – С. 4-20.

103. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг, Д. Бокум. – СПб. : «Питер СПб», 2017. – 940 с.

104. Кривулин, Е. Н. Социально-демографическая и клинико-психологическая характеристика лиц детско-подросткового возраста с завершёнными суицидами и суицидальным поведением / Е. Н. Кривулин, О.

Е. Кривулина // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Т.16, № 1. – С. 6-8

105. Криминология : учебник / Под ред. В. Н. Кудрявцева. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва : Юр. Норма, НИЦ ИНФРА-М, 2015. – 800 с. – ISBN 978-5-91768-394-2.

106. Крылова, Н. Е. «Группы смерти» и подростковый суицид: уголовно-правовые аспекты / Н. Е. Крылова // Уголовное право. – 2016. – № 4. – С. 36-48.

107. Кудрявцев, И. А. Клинико-психологические маркеры суицидального риска / И. А. Кудрявцев, Е. Э. Декало // Российский психиатрический журнал. – 2012. – № 4. – С. 29-35.

108. Кудрявцев, И. А. Посмертная КСППЭ психического состояния лица при подозрении на самоубийство или по его факту : научно-практическое руководство / И.А. Кудрявцев. – Москва : Издательство Московского университета, 1999. – С. 410-445.

109. Куликов, А. В. «Суицидальное поведение у детей и подростков с эндогенными заболеваниями» / А. В. Куликов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – М., 2007. – Т. 107, №8. – С.15-23.

110. Лазебник, А. И. Клинико-социальные и этнокультуральные особенности суицидального поведения детей и подростков в Удмуртии: автореф. дис. ... канд. мед.наук : 14.00.18 / Лазебник Александр Исаевич. – М., 2000. – 25 с.

111. Лапицкий М. А. Суицидальное поведение / М. А. Лапицкий, С. В. Ваулин. -Смоленск: СГМА, 2000. – 156 с.

112. Лейбович, Я. Л. Тысяча современных самоубийств / Я. Л. Лейбович. – М., 1923. – 20 с.

113. Липанов, Р. Р. К характеристике суицидальных действий психически больных / Р. Р. Липанов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1971. – № 1. – С. 137-140.

114. Липанов, Р. Г. К вопросу о психическом состоянии суицидентов / Р. Г. Липанов // Таврический журнал психиатрии. – Симферополь, 2000. – № 2 (13). – С. 62-70.
115. Личко, А. Е. Подростковая психиатрия: руководство для врачей / А. Е. Личко. – 2-е изд., доп. и перераб. – Л. : Медицина, 1985. – 416 с.
116. Лобачева, Л. П. Основные аспекты формирования деструктивного поведения при психических отклонениях в подростковом возрасте / Л. П. Лобачева // Образование и наука в России и за рубежом. – 2018. – № 8 (43). – С. 96-99.
117. Логинов, И. П. Информационная модель суицидального поведения подростков / И. П. Логинов, Е. В. Солодкая, С. З. Савин // Актуальные вопросы профилактики, диагностики, терапии и реабилитации психических расстройств : сборник статей конференции. – Барнаул, 2014. – С. 168-172.
118. Лукашук, А. В. Суицидологическая оценка родителей девушек подросткового возраста, совершивших суицидальную попытку (на примере Рязанской области) : дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Лукашук Александр Витальевич. – Рязань, 2017. – 133 с.
119. Лунц, Д. Р. Судебно-психиатрическая экспертиза исключительных состояний / Д. Р. Лунц // Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. – М. : изд-во юридической литературы, 1955. – С. 94-103.
120. Любов, Е. Б. «Молодые» суициды и интернет: хороший, плохой, злой / Е. Б. Любов, Р. И. Палаева // Суицидология. – 2018. – Т. 9, № 2. – С. 72-81.
121. Любов, Е. Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение 1 / Е. Б. Любов, П. Б. Зотов // Суицидология. – 2018. – Т.9, №1(30). – С.23-35.

122. Любов, Е. Б. Зависимые от психоактивных веществ как группа риска суицидального поведения / Е. Б. Любов // Российский психиатрический журнал. – 2017. – №3. – С.19-26.

123. Любов, Е. Б. Комментарий. Двудикая паутина: Вертер vs Папагено / Е. Б. Любов, Е. Ю. Антохин, Р. И. Палаева // Суицидология. – 2016. – Том 7, №4 (25). – С. 41-51.

124. Любов, Е. Б. Несуицидальные самоповреждения подростков : распространенность, модели, гипотезы / Е. Б. Любов, П. Б. Зотов// Суицидальное и несуицидальные самоповреждения подростков : коллективная монография; под ред. проф. П. Б. Зотова. – Тюмень: Вектор Бук, 2021. – С. 8-46.

125. Любов, Е. Б. Суицидальное поведение в начале психических расстройств: отчаяние и надежда / Е. Б. Любов, Е. С. Носова // Суицидология. – 2017. – Т. 8, № 2. – С. 28-31.

126. Любов, Е. Б. Суицидальное поведение при шизофрении. Часть I : эпидемиология и факторы риска / Е. Б. Любов, В. Е. Цупрун // Суицидология. – 2013. – Т.4. № 1 (10). – С. 15-28.

127. Мазаева, Н. А. Депрессивные расстройства в подростковом возрасте и особенности их терапии / Н. А. Мазаева, Н. Е. Кравченко, Е. И. Иванова // Современная терапия психических расстройств. – 2008. – № 2. – С. 23-28.

128. Макаров, И. В. Психиатрия детского возраста : руководство для врачей / под общей ред. И. В. Макарова. – СПб. : Наука и Техника, 2019. – 992 с.

129. Макашева, В. А. Суицидальное поведение несовершеннолетних: распространенность и факторы риска / В. А. Макашева, Е. Р. Слободская // Российский психиатрический журнал. – 2014. – № 6. – С. 33-40.

130. Макушкин, Е. В. Агрессивное криминальное поведение у детей и подростков с нарушенным развитием / Е. В. Макушкин. – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 240 с.

131. Макушкин, Е. В. Дети и подростки в ситуациях социального дистресса / Е. В. Макушкин, И. А. Чибисова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова: спецвыпуски. – 2017. – № 117 (11-2). – С. 3-12.
132. Макушкин, Е. В. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000-2018 годах / Е. В. Макушкин, Н. К. Демчева // Российский психиатрический журнал. – 2019. – № 4. – С. 4-15.
133. Макушкин, Е. В. Клинико-эволютивная систематика и судебно-психиатрическое значение дизонтогенетических психических и поведенческих расстройств у подростков : автореф. дис. ... д-ра мед.наук : 14.00.18 / Макушкин Евгений Вадимович. – М., 2002. – 52 с.
134. Макушкин, Е. В. Комплексная психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних обвиняемых в уголовном процессе : руководство для врачей / Е. В. Макушкин [и др.]. – СПб. : Нестор-История, 2014. – С. 95.
135. Малинина, Е. В. Клинические и биологические характеристики психического дизонтогенеза. Результаты оригинального исследования / Е. В. Малинина, Н. А. Луговых, М. Ю. Пирогова [и др.] // Российский психиатрический журнал. – 2016. – № 6. – С. 42-48.
136. Мальцева, М. М. Опасные действия психически больных. Психопатологические механизмы и профилактика / М. М. Мальцева, В. П. Котов. – М. : Медицина, 1995. – 256 с.
137. Мартыненко, В. П. Общественно опасные действия женщин, больных шизофренией, направленные против детей (клинико-катамнестическое исследование) : автореф. дис... канд. мед.наук : 14.00.18 / Мартыненко Валентина Павловна. – М., 1974. – 19 с.
138. Матафонова, Т. Ю. Экстренная психологическая помощь в образовательных учреждениях учащимся с суицидальным поведением:

учебно-методическое пособие для психологов образовательных учреждений / Т. Ю. Матафонова. – М. : НИИ школьных технологий, 2013. – 376 с.

139. Менделевич, В. Д. Неадаптивные поведенческие паттерны в детском и подростковом возрасте : расстройства или девиации? / В. Д. Менделевич // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т.12, №2. – С. 50-53.

140. Меринов, А. В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью / А. В. Меринов. – СПб. : «Экспертные решения». – 2017. – 192 с.

141. Мизрухин, И. А. О посмертной судебно-психиатрической экспертизе / И. А. Мизрухин, С. М. Лившиц // Труды 4-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. – М., 1965. – Т. 8. – С. 40-46.

142. Мишина, Т. Н. Психологические основы формирования семьи : монография / Т. М. Мишина. – Пятигорск : Рекламно-информационное агентство на КМВ, 2015. – 272 с.

143. Морев, М. В. Динамика суицидальной смертности населения России: региональный аспект / М. В. Морев, Ю. Е. Шматова, Е. Б. Любов // Суицидология. – 2014. – Т. 5, №1(14). – С.3-11.

144. Морозова, М. В. Объективные и субъективные трудности экспертно-психологического анализа и оценки при посмертных экспертизах / М. В. Морозова, А. С. Никитина, О. Ф. Савина // Практика судебно-психиатрической экспертизы : Сборник № 46 ; под ред. акад. РАМН Т. Б. Дмитриевой. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2008. – 256 с. – С. 159–173.

145. Мохонько, А. Р. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, зависимых от психоактивных веществ / А. Р. Мохонько, А. Л. Игонин // Журнал «Наркология». – 2016. – № 1. – С. 3-11.

146. Мухаметшина, З. Ф. Социально-средовая адаптация и качество жизни больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра

/ З. Ф. Мухаметшина // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 4. – С. 70-73.

147. Незнанов, Н. Г. Биопсихосоциальная психиатрия : руководство для врачей / Н. Г. Незнанов, А. П. Коцюбинский, Г. Э. Мазо. – Москва : СИМК, 2020. – 904 с. : ил. – ISBN 978-5-91894-089-1.

148. Незнанов, Н. Г. Психическое здоровье в современном мире: по ком звонит колокол? / Н. Г. Незнанов, Г. П. Костюк // Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы : науч.-практ. конф., Москва, 30 окт. 2017 г. : сборник материалов / МГУ им. М. В. Ломоносова [и др.] ; под ред. Г. П. Костюка. – Москва, 2018. – С. 16-25.

149. Неполная родительская семья : влияние на аутоагрессивные и личностно-психологические особенности девушек, воспитанных в них / Т. А. Меденцева, А. В. Лукашук, О. Ю. Сомкина [и др.] // Наука молодых. – 2016. – № 1. – С. 83-88.

150. Новикова, А. П. Категория оценки в русскоязычных интернет-текстах суицидальной тематики / А. П. Новикова // Современная филология : теория и практика : сб. материалов II Междунар. науч. конф. – Красноярск : Изд-во СФУ, 2007. – С. 102-105.

151. Номоконов, В. А. О методологической основе концепции причинности в криминологии / В. А. Номоконов // Изв. вузов. Правоведение. – 1982. – № 5. – С. 71-77.

152. Носачев, Г. Н. Диссимуляция незавершенных суицидов у больных параноидной шизофренией / Г. Н. Носачев, И. Г. Дальнова, О. А. Дальнов // Суицидология. – 2010. – Т. 1, № 1 (1). – С. 40-41.

153. Овезов, А. О самоубийствах при психических заболеваниях на материале посмертной судебно-психиатрической экспертизы по Туркменской ССР : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Овезов Ата. – М., 1975.- 13 с.

154. Орлов, Ю. К. Проблемы теории доказательств в уголовном процессе / Ю. К. Орлов. – М.: Юристъ, 2009. – 175 с.

155. Основополагающие задачи и проблемы охраны психического здоровья детей в России / Е. В. Макушкин, Е. Н. Байбарина, О. В. Чумакова [и др.] // Психиатрия. – 2015. – № 4. – С.5-11.

156. Панченко, Е. А. Клинико-социальные детерминанты, динамика, типология и дифференцированная профилактика суицидального поведения (на материалах незавершенных самоубийств) : автореф. дис. ... д-ра мед.наук : 14.01.06 / Панченко Евгения Анатольевна. – М., 2012. – 43 с.

157. Панченко, Е. А. Фактор семьи в генезе суицидального поведения / Е. А. Панченко // Фундаментальные аспекты психического здоровья. – 2015. – № 3. – С. 33-35.

158. Пелипас, В. Е. Суицидальные явления в клинике некоторых форм психопатии : автореферат дис. ... канд. мед.наук : 14.00.18 / Пелипас Вадим Ефимович. – Москва, 1971. – 22 с.

159. Петленко, В. П. Детерминизм и теория причинности в патологии / В. П. Петленко, А. И. Струков, О. К. Хмельницкий О.К. – М.: «Медицина», 1978. – 260 с.

160. Петрова, Н. Н. Особенности суицидального поведения и нарушения гендерной аутоидентификации у пациентов с юношескими депрессиями / Н. Н. Петрова, М. С. Задорожная // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2013. – № 3. – С. 59-64.

161. Печенкина, О. И. Судебно-психиатрическое значение суицидального поведения больных шизофренией, совершивших агрессивные общественно-опасные действия : автореф. дис. ... канд. мед.наук : 14.00.18 / Печенкина Ольга Игоревна. – Москва, 2009. – 19 с.

162. Печерникова, Т. П. Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза «по факту смерти» / Т. П. Печерникова, Т. Н. Туденева // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 2. – С. 15-20.

163. Печерникова, Т. П. Суицидоопасные стрессовые состояния / Т. П. Печерникова, Т. И. Кадина, Н. В. Бутылина // Социальная и судебная

психиатрия : история и современность : сборник научных трудов. – М., 1996. – С. 330-334.

164. Пичиков, А. А. Половые различия суицидального поведения у подростков (клиника, диагностика, профилактика рецидивов): автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Пичиков Алексей Александрович. – СПб., 2015. – 24 с.

165. Подготовка материалов следователями для производства посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних, окончивших жизнь самоубийством (статья 110 УК РФ) : методические рекомендации / Е. В. Макушкин, В. Д. Бадмаева, Е. Г. Дозорцева [и др.]. – М. : ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2018. – 20 с.

166. Полный курс уголовного права / под ред. А. И. Коробеева : в 5 т., Т. II : Преступления против личности. – СПб. : Юрид. центр Пресс, 2008. – 682 с.

167. Положий, Б. С. Дифференцированная профилактика суицидального поведения / Б. С. Положий, Е. А. Панченко // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8 -13.

168. Положий, Б. С. Интегративная модель суицидального поведения / Б. С. Положий // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 4. – С. 55-63.

169. Положий, Б. С. Суицидальное поведение / Б. С. Положий. – М., 2010. – 229 с.

170. Положий, Б. С. Эпидемиология суицидального поведения / Б. С. Положий // Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б. С. Положего. – М. : ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство»», 2019. – С. 67-75.

171. Положий, Б. С. Этнокультуральная психиатрия // Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. С. Положего. – 2-

е изд. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – С. 375-402.

172. Попов, Ю. В. Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) / Ю. В. Попов, А. А. Пичиков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2011. – № 4. – С. 4-8.

173. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) / Г. С. Банников, Т. С. Павлова, К. А. Кошкин [и др.] // Суицидология. – 2015. – Т. 6, №4 (21). – С. 21-32.

174. Преднамеренные самопорезы с суицидальной и несуйцидальной целью / Е. Г. Скрябин, П. Б. Зотов, М. А. Аксельров [и др.] // Суицидальное и несуйцидальные самоповреждения подростков : коллективная монография ; под ред. проф. П. Б. Зотова. – Тюмень: Вектор Бук, 2021. – С. 262-285.

175. Прокопович, Г. А. Основные клинические показатели пациентов, поступивших в многопрофильный стационар с попытками самоубийства / Г. А. Прокопович, В. Э. Пашковский, А. Г. Софронов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2013. – №2. – С. 50-54.

176. Разводовский, Ю. Е. Алкоголь и суицид в странах Восточной Европы / Ю. Е. Разводовский // Суицидология. – 2014. – Т. 5, № 3. – С. 18-27.

177. Распопова, Н. И. Механизмы формирования, клинические особенности и профилактика суицидального поведения у больных с психическими расстройствами : автореф. дис. ... д-ра мед.наук : 14.01.06 / Распопова Наталья Ивановна. – Москва, 2010. – 45 с.

178. Рахимкулова, А. С. Влияние искованного поведения на физическое и психическое здоровье подростков / А. С. Рахимкулова // Суицидальное и несуйцидальные самоповреждения подростков

: коллективная монография ; под ред. проф. П. Б. Зотова. – Тюмень: Вектор Бук, 2021. – С. 177-194.

179. Рахимкулова, А. С. Нейропсихологические особенности подросткового возраста, влияющие на склонность к рисковому и суицидальному поведению / А.С. Рахимкулова // Суицидология. – 2017. – Т.8, № 1 (26), – С. 52-62.

180. Рахимкулова, А. С. Суицидальность и склонность к риску у подростков : биопсихосоциальный синтез / А. С. Рахимкулова, В. А. Розанов // Суицидология. – 2013. – Т.4 (11), № 2. – С.8-24

181. Розанов, В. А. Нейробиологические основы суицидальности / В. А. Розанов, А. Н. Моховиков, Д. Вассерман // Украинский медицинский журнал. – 1999. – Т. 6. – С. 5-12.

182. Розанов, В. А. Стресс и суицидальные мысли у подростков / В. А. Розанов, А. И. Уханова, А. С. Волканова [и др.] // Суицидология. – 2016. – Т.7, №3(24). – С. 20-32.

183. Россия в цифрах. 2016: Краткий статистический сборник // Росстат. – М., 2016. – 543 с. ISBN 978-5-89476-418-4.

184. Руженков, В. А. Концепции суицидального поведения / В. А. Руженков, В. В. Руженкова, А. В. Боева // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 52-60.

185. Руженков, В. А. Некоторые аспекты терминологии и классификации аутоагрессивного поведения / В. А. Руженков, В. В. Руженкова // Суицидология. – 2014. – №1 (14). – С. 41-51.

186. Руссинов, А. Л. О судебно-психиатрической экспертизе при самоубийстве / А. Л. Руссинов // Материалы 5-й республиканской научной конференции судебных медиков. – Рига, 1970. – С. 30-34.

187. Рухлова, И. А. Профилактика суицидального поведения у подростков с психическими расстройствами : автореф. дис. ... канд. мед.наук : 14.01.06 / Рухлова Ирина Александровна. – СПб., 2020. – 24 с.

188. Савина, О. Ф. Специфика экспертного психологического исследования пресуицидальных состояний у военнослужащих срочной службы / О. Ф. Савина, М. В. Морозова // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 3. – С. 16-21.

189. Садуакасова, К. З. Суицид как биопсихосоциальная проблема / К. З. Садуакасова // Психиатрия и неврология. Вестник КазНМУ. – 2017. – №1. – С. 205-211.

190. Сафуанов, Ф. С. Деятельность, направленная на побуждение детей к суицидальному поведению: возможности судебно-психологической экспертизы / Ф. С. Сафуанов, Т. Н. Секераж // Психология и право. – 2017(7). – № 2. – С. 33-45.

191. Сафуанов, Ф. С. Психолого-психиатрическая экспертиза по факту самоубийства / Ф. С. Сафуанов // Российская юстиция. – 1995. – № 12. – С. 28-31.

192. Сафуанов, Ф. С. Судебно-психологическая экспертиза / Ф. С. Сафуанов. – 2-е изд., пер. и доп. – Москва : Издательство Юрайт, 2021. – 309 с. – (Сер. 76 Высшее образование). – ISBN 978-5-534-05266-4.

193. Силаева, В. Л. Подмена реальности как социокультурный механизм виртуализации общества : автореф. дис. ... канд. фил.наук : 09.00.11 / Силаева Виктория Леонидовна. – Москва, 2004. – 19 с.

194. Синельников, А. Б. Супружество, отцовство и материнство в российском обществе / А. Б. Синельников // Социологический журнал. – 2015. – Т. 21, № 3. – С. 132-148.

195. Смертность российских подростков от самоубийств / А. Е. Иванова, Т. П. Сабгайда, В. Г. Семенова [и др.]. – М.: «БЭСТ-принт», 2011. – 131 с.

196. Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. – М. : Медицинское информационное агентство, 2007. – 432 с.

197. Современное состояние молекулярно-генетических исследований в суицидологии и новые возможности оценки риска суицида / В. А. Розанов, А. О. Кибитов, Р. Р. Гайнетдинов [и др.] // Суицидология. – 2019. – Т.10, № 1 (34). – С.3-20.

198. Современные модели суицидального поведения в подростковом возрасте / В. А. Розанов, Г. А. Прокопович, А. Н. Лодягин [и др.] // Суицидальное и несуйцидальные самоповреждения подростков : коллективная монография ; под ред. проф. П. Б. Зотова. – Тюмень: Вектор Бук, 2021. – С. 195-215.

199. Соколова, Е. Т. Проблема суицида: клинико-психологический ракурс / Е. Т. Соколова, Ю. А. Сотникова // Вопросы психологии. – 2006. – № 2. – С. 103-115.

200. Соктоев, З. Б. Причинность и объективная сторона преступления / З. Б. Соктоев. – М. : Норма, 2015. – 256 с.

201. Солдаткин, В. А. Исследование суицидологической и аддиктологической обстановки в студенческой среде г. Ростова-на-Дону / В. А. Солдаткин, А. В. Дьяченко, К. С. Меркурьева // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 60-64.

202. Спадерова, Н. Н. «Игра со смертью» по данным посмертных комплексных психолого-психиатрических экспертиз ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» / Н. Н. Спадерова, П. В. Кузнецов О.В., И. В. Медведева [и др.] // Тюменский медицинский журнал. – 2018. – Т.20, № 2. – С. 26-29.

203. Степунина, Н. Е. Определение профиля негативных психосоциальных ситуаций при построении модулей групповых форм психосоциальных вмешательств в структуре комплексной психиатрической помощи подросткам с расстройствами шизофренического спектра / Н. Е. Степунина, Е. В. Корень // Российский психиатрический журнал. – 2012. – № 2. – С. 80-84.

204. Судебная медицина : учебник / под ред. Ю. И. Пиголкина. – 3-е изд., перераб. и доп. – 2012. – 496 с. : ил.
205. Суицидальное поведение несовершеннолетних (профилактические аспекты) : методические рекомендации / ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России ; сост. : Б. С. Положий, Е. В. Макушкин, Е. Б. Любов, Г. С. Банников. – Москва, 2020. – 34 с.
206. Суицидальные действия наркозависимых: вопросы системного выявления и учета / П. Б. Зотов, Н. А. Бохан, М. С. Хохлов [и др.] // Суицидология. – 2019. – Т.10, № 1 (34). – С. 91 – 104.
207. Суициды в период пандемической самоизоляции / З. И. Кекелидзе, Б. С. Положий, Е. О. Бойко [и др.] // Российский психиатрический журнал. – 2020. – № 3. – С. 4–13.
208. Суициды у подростков: социальные, клинические и психологические факторы / В. Д. Бадмаева, Е. Г. Дозорцева, К. В. Сыроквашина [и др.] // Российский психиатрический журнал. – 2016. – № 4. – С. 58-63.
209. Суициды у подростков: социальные, клинические и психологические факторы / В. Д. Бадмаева, Е. Г. Дозорцева, К. В. Сыроквашина [и др.] // Российский психиатрический журнал. – 2016. – №4. – С. 58-63.
210. Султанов, А. А. К вопросу о суицидальном поведении практически здоровых лиц молодого возраста / А. А. Султанов // Научные и организационные проблемы суицидологии. – М.: Тр. Московского НИИ Психиатрии, 1983. – С. 94-96.
211. Сухарева, Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста / Г. Е. Сухарева. – М. : МЕДГИЗ, 1955. – 459 с.
212. Сыроквашина, К. В. «Психологическая аутопсия» при суициде : история вопроса и современное состояние / К. В. Сыроквашина // Суицидология. – 2018. – № 9 (3). – С. 80-86.

213. Сыроквашина, К. В. Психологический анализ в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы по делам о самоубийстве несовершеннолетних : алгоритм, факторы, основные элементы / К. В. Сыроквашина // Психология и право. – 2020. – Т. 10, № 3. – С. 248–259.

214. Тиано, С. Желание умереть и желание совершить самоубийство у подростка – последовательное желание или два разных феномена / С. Тиано, И. Мэнор, М. Вэнсон // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2005. – № 2. – С. 19-20.

215. Ткаченко, А. А. Сексологическая экспертиза при самоубийствах / А. А. Ткаченко, Г. Е. Введенский, Н. В. Дворянчиков // Судебная сексология: руководство для врачей. – М., 2001. – С. 443-455.

216. Ткаченко, А. А. Судебно-психиатрическая экспертиза / А. А. Ткаченко, Д. Н. Корзун. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2020. – С. 418-445.

217. Ткаченко, А. А. Комплексная экспертная оценка аутоэротической асфиксии / А. А. Ткаченко, Т. Н. Туденева, Е. Ю. Яковлева // Практика судебно-психиатрической экспертизы. – Сб. № 40 : М., 2002. – С. 100-116.

218. Торопова, И. А. Суицидальное поведение больных, страдающих шизофренией / И. А. Торопова // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 2 – URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=16619> (дата обращения: 27.03.2021).

219. Туденева, Т. Н. Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза «по факту смерти»: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Туденева Татьяна Николаевна. – Москва, 2004. – 156 с. : 4 ил.

220. Фастовцов, Г. А. Клинико-динамические особенности стресс-провоцированного суицидального поведения у военнослужащих: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Фастовцов Григорий Александрович. – Москва, 2004. – 24 с.

221. Фелинская, Н. И. Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике / Н. И. Фелинская. – М., Медицина, 1968. – 292 с.
222. Фелинская, Н. И. К вопросу о самоубийстве психически больных (по материалам посмертных судебно-психиатрических экспертиз) / Н. И. Фелинская, В. Е. Пелипас // Судебно-медицинская экспертиза. – 1970. – С.45-49.
223. Фелинская, Н. И. О взаимосвязи между психогенными заболеваниями и патологической «почвой», на котором оно возникает / Н. И. Фелинская // Психогенные (реактивные) заболевания на изменённой «почве». – Воронеж, 1982. -вып. 2. – С. 15-24.
224. Фесенко, Ю. А. Случаи суицидов среди подростков как социальная проблема : по следам V всероссийского форума «Наши дети здоровы и факторы, его формирующие» / Ю. А. Фесенко, А. Б. Холмогорова // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Т. 25, № 2. – С. 188-193.
225. Харитоновна, Н. К. Психогенные депрессии (систематика, принципы моделирования, судебно-психиатрическое значение) : автореф. дис. ...д-ра.мед. наук : 14.00.18 / Харитоновна Наталья Константиновна. – Москва, 1991. – 49 с.
226. Хмелева, Ю. Б. Суицидальные попытки детей и подростков, совершенные в рамках «острой реакции на стресс» / Ю. Б. Хмелева // Научные материалы 14 съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 227.
227. Холмогорова, А. Б. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра / А. Б. Холмогорова, С. В. Воликова // Медицинская психология в России : электрон.науч. журн. – 2012. – №2. – URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 24.06.2019).
228. Хруленко-Варницкий, И. О. Клинико-психофизиологические особенности эмоциональных нарушений при непсихотических

психических расстройствах : дис. ... канд. мед.наук : 14.01.06 / Хруленко-Варницкий Игорь Олегович. – М., 2017. – 292 с.

229. Цупрун, В. Е. Особенности суицидоопасного контингента больных психоневрологического диспансера / В. Е. Цупрун // Всероссийский съезд невропатологов и психиатров, 5-й : материалы. – М., 1985. – № 3. – С. 362-363.

230. Цыганков, Б. Д. Суициды и суицидальные попытки (клиника, диагностика, лечение): монография / Б. Д. Цыганков, С. В. Ваулин. – Смоленск : СГМА, 2012. – 256 с.

231. Чумак, С. А. Диагностические критерии и сравнительные характеристики лиц с первичными и повторными аутоагрессивными действиями / С. А. Чумак, Г. Я. Пилягина // Архів психіатрії. – Київ, 2005. – Т. 11, № 2(41). – С. 13-18.

232. Чурилова, Е. В. Состав и благосостояние неполных семей в России / Е. В. Чурилова // Социологические исследования. – 2015. – № 3. – С. 78-81.

233. Шалимов, В. Ф. Клиника интеллектуальных нарушений / В. Ф. Шалимов. – М.: Академия, 2003. – 159 с.

234. Шир, Е. Суицидальное поведение у подростков / Е. Шир // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1984. – № 10. – С. 56-59.

235. Шнейдман, Э. Душа самоубийцы / Э. Шнейдман. – М.: Смысл, 2001. – 315 с.

236. Шостакович, Б. В. Теоретические аспекты проблемы психогений, вопросы этиологии / Б. В. Шостакович, В. Е. Пелипас // Вопросы теории и организации судебно-психиатрической экспертизы. – М., 1989. – С. 12-22.

237. Эрдынеева, К. Г. Суицидальное поведение: сущность, факторы и причины (кросскультурный анализ) / К. Г. Эрдынеева, В. П. Филиппова. – М.: «Академия естествознания», 2010. – 148 с.

238. A qualitative investigation into the relationships between social factors and suicidal thoughts and acts experienced by people with a bipolar disorder diagnosis / R. Owen, P. Gooding, R. Dempsey [et al.] // *Journal of affective disorders*. – 2015. – Vol. 176. – P. 133-140.

239. Alleyne-Green, B. Help-seeking behaviors among a sample of urban adolescents with a history of dating violence and suicide ideations / B. Alleyne-Green, G. Fernandes, T. T. Clark // *Vulnerable Children and Youth Studies*. – 2015. – Vol. 10. – P. 1-11.

240. Annual Research Review : A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents / C. R. Glenn, E. M. Kleiman, J. Kellerman [et. al.] // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2020. – Vol. 61, № 3. – P. 294-308.

241. Annual Research Review : Suicide among youth – epidemiology, (potential) etiology, and treatment / C. Cha, P. Franz, E. Guzman [et al.] // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2018. Vol. 59, № 4. – P. 460-482.

242. Antidepressant treatment and suicide attempts and self-inflicted injury in children and adolescents / R. D. Gibbons, M. Coca Perrailon, K. Hur [et al.] // *Pharmacoepidemiology and drug safety*. – 2015. – Vol. 24, № 2. – P. 208-214.

243. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A metaanalytic review / K. H. Bentley, J. C. Franklin, J. D. Ribeiro [et al.] // *Clinical psychology review*. – 2016. – Vol. 43. – P. 30-46.

244. Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study / J. M. Bolton, B. J. Cox, T. O. Afifi [et al.] // *Depress. Anxiety*. – 2008. – Vol. 25, № 6. – P. 477-481.

245. Apter, A. Clinical aspects of suicidal behavior relevant to genetics / A. Apter // *European Psychiatry*. – 2010. – Vol. 25, № 5. – P. 257-259.

246. Association study of a brain-derived neurotrophic factor genetic polymorphism and mood disorders, age of onset and suicidal behavior / C. J.

Hong, S. J. Huo, F. C. Yen [et al.] // *Neuropsychobiology*. – 2003. – Vol. 48. – P. 186-189.

247. Associations between anxiety disorders, suicide ideation, and age in nationally representative samples of Canadian and American adults / S. Raposo, R. El-Gabalawy, J. Erickson [et al.] // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2014. – Vol.28, №8. – P. 823-829.

248. Balcioglu, Y. H. Neural substrates of suicide and suicidal behavior : from a neuroimaging perspective / Y. H. Balcioglu, S. Kose // *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. – 2017. – Vol. 28, № 3. – P. 1–15.

249. Beck, A. T. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation / A. T. Beck // *American Journal of Psychiatry*. – 1985. –V. 142, № 5. – P. 559-563.

250. Benard, V. Seasons, circadian rhythms, sleep and suicidal behaviors vulnerability / V. Benard, P. A. Geoffroy, F. Bellivier // *Encephale*. – 2015. – Vol. 41, № 4. – P. 29-37.

251. Bereavement after the suicide of a significant other / M. Pompili, A. Shrivastava, G. Serafini [et al.] // *Indian Journal Psychiatry*. – 2013. – Vol. 55, № 3. – P. 256-263.

252. Bhatta, M. P. Association of being bullied in school with suicide ideation and planning among rural middle school adolescents / M. P. Bhatta, S. Shakya, E. Jefferis // *Journal of School Health*. – 2014. – Vol. 84, № 11. – P.731-738.

253. Bhosle, S. H. Deaths due hanging among adolescents – A 10-year retrospective study / S. H. Bhosle, N. P. Zanjad, M. D. Dake, N. V. Godbole // *Journal of Forensic and Legal Medicine*. – 2015. – № 29. – P. 30-33.

254. Brent, D. A. Familial pathways to early – onset suicide attempt; a 5.6 – year prospective study / D. A. Brent, N. M. Melhem, M. Oquendo [et al.] // *JAMA Psychiatry*. – 2015. – Vol. 72, № 2. – P. 160-168.

255. Brent, D. A. Familial pathways to suicidal behavior – understanding and preventing suicide among adolescents / D. A. Brent, J. J. Mann // *New England Journal of Medicine*. – 2006. – Vol. 355, № 26. – P. 2719-2721.
256. Brent, D. A. Familial transmission of suicidal behavior / D. A. Brent, N. Melhem // *Psychiatric Clinics of North America*. – 2008. – Vol. 31. – P. 157-177.
257. Bridge, J. A. Adolescent suicide and suicidal behavior / J. A. Bridge, T. R. Goldstein, D. A. Brent // *Journal of child psychology and psychiatry*. – 2006. – №47. – P. 372-394.
258. Brodsky, B. S. Early childhood environment and genetic interactions: the diathesis for suicidal behavior / B. S. Brodsky // *Current psychiatry reports*. – 2016. – Vol. 18, № 9. – P. 86-89.
259. Bullying, depression and suicidality in adolescents / A. Brunstein-Klomek, F. Marocco, M. Kleinman [et al.] // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2007. – Vol. 46, № 1. – P. 40-49.
260. Burke, T. A. Moving Toward an Ideation-to-Action Framework in Suicide Research: A Commentary on May and Klonsky (2015) / T. A. Burke, L. B. Alloy // *Clinical Psychology : A Publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*. – 2016. – Vol. 23, № 1. – P. 26-30.
261. Casey, B. J. Adolescence: What do Transmission, Transition, and Translation have to do with it? / B.J. Casey, S. Duhoux, M. M. Cohen // *Neuron*. – 2010. – Vol. 67, № 5. – P. 749-760.
262. Centers for Disease Control and Prevention. Suicide Facts at a Glance. – 2019. – URL: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicide-datasheet-a.pdf>. (date of the application: 12.12.2021).
263. Cents, R. Suicide onder adolescenten / R. Cents, A. M. Los, P. Bindels // *Huisarts en wetenschap*. – 2016. – Vol. 59, № 3. – P. 126-130.

264. Childhood sexual abuse and suicidal behavior: a metaanalysis / K. M. Devries, J. Y. Mak, J. C. Child [et al.] // *Pediatrics*. – 2014. – Vol. 133, № 5. – P.1331-1344.
265. Clifford, A. C. A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand / A. C. Clifford, C. M. Doran, K. Tsey // *BMC Public Health*. – 2013. – Vol. 13. – P. 1463-1471.
266. Collishaw, S. M. Annual research review: Secular trends in child and adolescent mental health / S. M. Collishaw // *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. – 2015. – Vol. 56, № 3. – P. 370-393.
267. Connecting the invisible dots: Reaching lesbian, gay, and bisexual adolescents and young adults at risk for suicide through online social networks / V.M. Silenzio, P.R. Duberstein, W. Tang [et al.] // *Social Science & Medicine*. – 2009. – Vol. 69, №3. – P. 469-474.
268. Co-occurring risk factors among U.S. high school students at risk for suicidal thoughts and behaviors / J. P. Flores, K. L. Swartz, E. A. Stuart [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2020. – Vol. 266. – P. 743-752.
269. Cooper M. L. Motivations for alcohol use among adolescents : Development and validation of a four-factor model // *Psychological Assessment*. – 1994. – Vol. 6, № 2. – P. 117-128.
270. Cutcliffe, J. R. Research endeavours into suicide: a need to shift the emphasis / J. R. Cutcliffe // *British Journal of Nursing*. – 2003. – Vol. 12, № 2. – P. 92-99.
271. Cytokine levels in the blood may distinguish suicide attempters from depressed patients / S. Janelidze, D. Mattei, A. Westrin [et al.] // *Brain, Behavior, and Immunity*. – 2011. – Vol. 25, № 2. – P. 335-339.
272. Czyz, E. K. A Prospective Examination of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior Among Psychiatric Adolescent Inpatients / E. K. Czyz, J. Berona, C. A. King // *Suicide and life-threatening behavior*. – 2015. – Vol. 45, № 2. – P. 243-259.

273. DeBeurs, Derek. Сетевой анализ: новый подход к пониманию суицидального поведения / DerekdeBeurs // Суицидология. – 2018. – № 9 (1). – С. 53-57.
274. Deliberate self-harm in adolescents: Self-report survey in schools in England / K. Hawton, K. Rodham, E. Evans [et al.] // BMJ. – 2002. – Vol. 325. – P. 1207-1211.
275. Delusions and suicidality / M. F. Grunebaum, M. A. Oquendo, J M. Harlcavy-Friedman [et al.] // American Journal of Psychiatry. – 2001. – Vol. 158, № 5. – P. 742-747.
276. Depression in suicidal males: genetic risk variants in the CRHR1 gene / D. Wasserman, J. Wasserman, V. Rozanov [et. al.] // Genes, Brain and Behavior. – 2008. – Vol. 8, № 1. – P. 72-79.
277. Developing Social Media-Based Suicide Prevention Messages in Partnership With Young People : Exploratory Study / J. Robinson, E. Bailey, S. Hetrick [et al.] // JMIR Mental Health. – 2017. – Vol.4. – doi:10.2196/mental.7847.
278. Direct effect of sunshine on suicide / B. Vyssoki, N. D. Kapusta, N. Praschak-Rieder [et al.] // JAMA psychiatry – 2014. –Vol. 71, № 11. – P.1231-1237.
279. Does suicide have a stronger association with seasonality than sunlight? / R. A. White, D. Azrael, F. C. Papadopoulos [et al.] // BMJ Open. – 2015. – Vol. 5 (6): e007403. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26041492/> (date of the application: 06.05.2020).
280. Donald, M. Prevalence of adverse life events, depression, suicidal thoughts and behavior among a community sample of young people aged 15-24 years / M. Donald, J. Dower, J. Lucke, B. Raphael // Australian and New Zealand Journal of Public Health. – 2001. – Vol. 25, №5. – P. 426-432.
281. Dorol-Beauroy-Eustache, O. Nov. Systematic review of risk and protective factors for suicidal and self-harm behaviors among children and adolescents involved with cyberbullying / O. Dorol-Beauroy-Eustache, B. L.

Mishara // Preventive Medicine. – 2021. – Vol. 152 (Pt 1). – URL: <https://doi.org/10.1016/j.ypped.2021.106684>. (date of the application: 16.12.2021).

282. Efficacy and safety of antipsychotics in early onset psychosis / M. Parellada, C. Arango, D. Moreno [et al.] // The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology. – 2010. – Vol. 19, Sup.3. – P. 207.

283. Everyday functioning of male adolescents who later died by suicide: Results of a pilot case-control study using mixed-method analysis / O. Buhnick-Atzil, K. Rubinstein, R. Tuval-Mashiach [et al.] // Journal of Affective Disorders. – 2014. – Vol. 172. – P.116-120.

284. Famularo, R. Propanolol treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type / R. Famularo, R. Kinscherff, T. Fenton // American journal of diseases of children. – 1988. – Vol. 142, № 11 – P. 1244-1247.

285. Fergusson, D. M. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood / D.M. Fergusson, L.J. Woodward, L.J. Horwood // Psychological Medicine. – 2000. – Vol. 30, № 1. – P. 23-39.

286. Global Childhood Report. – 2020. – 16 p. – URL: <https://www.savethechildren.org/content/dam/usa/reports/advocacy/global-childhood-report-2020.pdf> (date of the application: 09.10.2020).

287. Global variation in the prevalence of suicidal ideation, anxiety and their correlates among adolescents: A population based study of 82 countries / T. Biswas, J. G. Scott, K. Munir [et al.] // eClinicalMedicine. – 2020. – Vol. 24. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100395

288. Goldston, D. B. Suicide attempts in a longitudinal sample of adolescents followed through adulthood : evidence of escalation / D. B. Goldston, S. S. Daniel, A. Erkanli [et al.] // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2015. – Vol. 83, № 2. – P. 253–264.

289. High-lethality status in patients with borderline personality disorder / P. H. Soloff, A. Fabio, T. M. Kelly [et al.] // Journal of Personality Disorders. – 2005. – Vol. 19, № 4. – P. 386-399.

290. Hu, J. Prevalence of suicide attempts among Chinese adolescents: A meta-analysis of cross-sectional studies / J. Hu, Y. Dong, X. Chen // *Comprehensive psychiatry*. – 2015. – Vol. 61. – P. 78-89.
291. Joiner, T. *Why People Die by Suicide* / T. Joiner. – Cambridge, MA : Harvard University Press, 2005. – 276 p.
292. Karch, D. L. Precipitating circumstances of suicide among youth aged 10–17 years by sex : data from the National Violent Death Reporting System, 16 states, 2005–2008 / D. L. Karch, J. Logan, D. D. McDaniel [et al.] // *Journal of Adolescent Health*. – 2013. – Vol. 53, № 1. – P. 51-53.
293. Kasckow, J. *Managing Suicide Risk in Patients with Schizophrenia* / J. Kasckow, K. Felmet, S. Zisook // *CNS Drugs*. – 2011. – Vol. 25, № 2. – P. 129-143.
294. Kety, S. S. *Genetic factors in suicide* / S. S. Kety // *Suicide*. – Baltimore: Williams and Wilkins, 1986. – P. 41–45.
295. King, C. A. *Teen Suicide Risk* / C.A. King, C. E. Foster, K. M. Rogalski. – NY : Guilford Press, 2013. – 208 p.
296. Klerman, G. L. The current age of youthful melancholia / G. L. Klerman // *British Journal of Psychiatry*. – 1988. – Vol. 152. – P. 4-14.
297. Klonsky, E. D. The Three-Step Theory (3ST): a new theory of suicide rooted in the «ideation-to-action» framework / E.D. Klonsky, A.M. May // *International Journal of Cognitive Theory*. – 2015. – Vol. 8. – P.114-129.
298. Klonsky, E. D. Suicide, suicide attempt and suicide ideation / E. D. Klonsky, A. M. May, B. Y. Saffer // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2016. – Vol. 12. – P. 307-330.
299. Koyawala, N. Sleep problems and suicide attempts among adolescents: a case-control study / N. Koyawala, J. Stevens, S. M. McBee-Strayer // *Behavioral sleep medicine*. – 2015. – Vol. 13, № 4. – P. 285-295.
300. Lim, M. Difference in suicide methods used between suicide attempters and suicide completers / M. Lim, S. Lee, J. Park // *International Journal of Mental Health Systems*/ – 2014. – Vol. 8, № 54. – P. 2-4.

301. Major depression in the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement: prevalence, correlates, and treatment / S. Avenevoli, J. Swendsen, J. P. He [et al.] // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2015. – Vol. 54, № 1. – P. 37-44.
302. Mann, J. J. The serotonergic system in mood disorders and suicidal behaviour / J. J. Mann // *Philosophical Transactions of The Royal Society B Biological Sciences*. – 2013. – Vol. 368(1615). – Article number: 20120537. – doi: 10.1098/rstb.2012.0537.
303. Mann, J. J. Toward a clinical model of suicidal behaviour in psychiatric patients / J. J. Mann, C. Waternaux, K. Malone // *American Journal of Psychiatry*. – 1999. – Vol. 156. – P. 181-189.
304. Maris, R. W. Suicide / R. W. Maris // *Lancet*. – 2002. – Vol. 360. – P. 319-326.
305. McIntire, M. S. The concept of the death in Midwestern children and youth / M. S. McIntire, C. R. Angle, L. J. Struempfer // *American journal of diseases of children*. – 1972. – Vol. 123. – P. 527-532.
306. McMahan, E. M. The iceberg of suicide and self-harm in Irish adolescents: a population-based study / E. M. McMahan, H. Keely, M. Cannon [et al.] // *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. – 2014. – Vol. 49, № 12. – P. 1929-1935.
307. Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people : A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies / M. Gili, P. Castellvi, M. Vives [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2018. – Vol. 245, – P. 152-162.
308. Miotto, P. Suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths / P. Miotto, M. De Coppi, M. Frezza [et al.] // *Psychiatry Research* – 2003. – Vol. 120, №3. – P. 247-255.
309. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies / J. Arcelus, A. J. Mitchell, J. Wales, S. Nielsen // *Archives of General Psychiatry*. – 2011. Vol. 68, № 7. – P. 724-31.

310. Neural Responses to Gains and Losses in Children of Suicide Attempters / A. Tsypes, M. Owens, G. Hajcak [et. al.] // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2017. – Vol. 126, № 2. – P. 237-243.

311. Nock, M. K. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts / M. K. Nock, G. Borches, E. J. Bromet // *The British Journal of Psychiatry*. – 2008. – Vol. 192. – P. 98-105.

312. Osier Nybo, M. Impaired childhood development and suicidal behaviour in a cohort of Danish men born in 1953 / M. Osier Nybo, A. M. Andersen, M. Nordentoft // *Journal of Epidemiology and Community Health*. – 2008. – Vol. 62. – P. 23-28.

313. Personality traits and selfinjurious behavior in patients with eating disorders / J Ahren-Moonga., S. Holmgren, Von Knorringl [et al.] // *European Eating Disorders*. – 2008. – Vol. 15, № 4. – P. 268-275.

314. Pineda Roa, C. A. Factors associated with suicide in adolescents and young people self-identified as lesbian, gay, and bisexual : Current state of the literature / C. A. Pineda Roa // *Revista Colombiana de Psiquiatria*. – 2013. – Vol. 42. – P. 333-349.

315. Predicting suicidal risk in a cohort of depressed children and adolescents / S. E. Hetrick, A. G. Parker, J. Robinson [et al.] // *Crisis*. – 2012. – Jan. – Vol. 1, №33 (1). – P. 13-20.

316. Predicting suicide attempts in depressed adolescents : Clarifying the role of disinhibition and childhood sexual abuse / J. G. Stewart, J. C. Kim, E. C. Esposito [et al.] // *Journal of affective disorders*. – 2015. – Vol. 187. – P. 27-34.

317. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents / R. Brunner, P. Parzer, J. Haffner [et al.] // *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. – 2007. – Vol. 161, № 7. – P. 641-649.

318. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa / C. M. Bulik, P. F. Sullivan, F. Tozzi [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 2006. – Vol. 63, № 3. – P. 305–312.

319. Preventing Multiple Risky Behaviors : An Updated Framework for Policy and Practice / M. A. Terzian, K. M. Andrews, K. A Moore // Washington DC : Child Trends. – 2011. – Vol. 24. – URL: http://www.childtrends.org/files/Child_Trends-2011_10_01_RB_RiskyBehaviors.pdf. (date of the application: 18.06.2020).
320. Psychosocial predictors of substance use in adolescents and young adults : longitudinal risk and protective factors / T. Brumback, W. Thompson, K. Cummins [et al.] // Addictive Behaviors. – 2021. – Vol. 121. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460321001702>. (date of the application: 14.12.2021).
321. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents / J. J. Carballo, C. Llorente, L. Kehrmann [et al.] // European Child & Adolescent Psychiatry. – 2020. – Vol. 29, № 6. – P. 759-776.
322. Rajewska-Rager, A. Risk factors for suicide among children and youths with spectrum and early bipolar disorder / A. Rajewska-Rager, N. Lepczyńska, P. Sibilski // Psychiatria Polska. – 2015. – Vol. 49, № 3. – P. 477-488.
323. Randall, J. R. Contagion from peer suicidal behavior in a representative sample of American adolescents / J. R. Randall, N. C. Nickel, I. Colman // Journal of Affective Disorders. – 2015. – Vol. 186. – P. 219-225.
324. Rawal, A. Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders / A. Rawal, R. J. Park, J. M. Williams // Behaviour Research and Therapy. – 2010. – Vol. 48, № 9. – P. 851-859.
325. Research on the pathophysiology, treatment, and prevention of suicide: practical and ethical issues / A. C. Nugent, E. D. Ballard, L.T. Park, [et al.] // BMC Psychiatry. -2019. – Vol. 19. – P. 332.
326. Rhodes, A. E. Antecedents and sex/gender differences in youth suicidal behavior / A. E. Rhodes, M. H. Boyle, J. A. Bridge [et al.] // World Journal of Psychiatry. – 2014. – Vol. 4, № 4. – P. 120-132. doi: 10.5498/wjp.v4.i4.120.

327. Rhodes, A. E. Sex differences in suicides among children and youth: the potential impact of misclassification / A. E. Rhodes, S. Khan, M. H. Boyle [et al.] // *Canadian Journal of Public Health*. – 2012. – № 103 (3). – P. 213-217.

328. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review / K. Hawton, I. C. Casanas, C. Haw [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2013. – Vol. 147. – P. 17-28.

329. Robinson, W. L. Brief report: suicidal ideation in adolescent girls: impact of race / W. L. Robinson, J. R. Droegea, A. E. Hipwellb [et al.] // *Journal of Adolescence*. – 2016. – Vol. 53. – P. 16-20.

330. Rufino, K. Child and adolescent suicide: contributing risk factors and new evidence-based interventions / K. Rufino, M. Patriquin // *Children's Health Care*. – 2019. – Vol. 48, № 4. – P. 345-350.

331. Sarchiapone, M. Risk factors and vulnerability to suicidal behavior / M. Sarchiapone // *Journal of the European Psychiatric*. – 2007. – Vol. 22, № 1. – P. 48-49.

332. Sartorius, N. Depressiya : the world aspect of a problem / N. Sartorius // *Bulletin on a depression*. – 2013. – Vol. 6, № 25. – P. 3-4.

333. Sawicka, J. Suicides among patients with mental disorders – case studies / J. Sawicka, A. Szulc, H. Bachorzewska-Gajewska // *Psychiatria Polska*. – 2013. – Vol. 47, № 1. – P.135-146.

334. Self-injury among Croatian adolescents : important risk factors / K. Dodig-Curkovic, M. Curkovic, D. Degmecic [et al.] // *The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. – 2010. – Vol. 20, № 3. – P. 624.

335. Sexual Identity, Sex of Sexual Contacts, and Health-Related Behaviors Among Students in Grades 9–12 — United States and Selected Sites, 2015 / L. Kann, E.O. Olsen, T. McManus [et al.] // *MMWR Surveill Summ*. – 2016. Vol. 65, № 9. – P. 1-202.

336. Sharma, V. A closer look at inpatient suicide / V. Sharma, E. Persad, K. Kueneman // *Journal of Affective Disorders*. – 1998. – Vol. 47, № 1-3. – P. 123-129.
337. Smink, F. R. Epidemiology of eating disorders : incidence, prevalence and mortality rates / F. R. Smink, D. van Hoeken, H. W. Hoek // *Current Psychiatry Reports*. – 2012. – Vol. 14, № 4. – P. 406–414.
338. Song, I. H. Association Between Suicidal Ideation and Exposure to Suicide in Social Relationships Among Family, Friend, and Acquaintance Survivors in South Korea / I. H. Song, S. W. Kwon, J. E. Kim // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2015. – Vol. 45, № 3. – P. 376-390.
339. Stone, L.B. Adolescent inpatient girls' report of dependent life events predicts prospective suicide risk / L. B. Stone, R. T. Liu, S. Yen // *Psychiatry Research*. – 2014. – Vol. 219, № 1. – P. 137-142.
340. Stress-induced alterations of mesocortical and mesolimbic dopaminergic pathways / F. Quessy, B. P. Thibault, L. J. Blanchette [et al.] // *Scientific Reports*. – 2021. – doi: 11. 10.1038/s41598-021-90521-y.
341. Stubbs, B. A population study of the association between sleep disturbance and suicidal behaviour in people with mental illness / B. Stubbs, Y. T. Wu, A. M. Prina // *Journal of psychiatric research*. – 2016. – № 82. – P. 149-154.
342. Substance use disorders in women with anorexia nervosa / T. L. Root, A. P. Pinheiro, L. Thornton [et al.] // *International Journal of Eating Disorders*. – 2010. – Vol. 43, № 1. – P. 14-21.
343. Suicidal behavior and alcohol abuse / M. Pompili, G. Serafini, M. Innamorati [et al.] // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2010. – Vol. 7, № 4. – P. 1392-1431.
344. Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: A pooled analysis of the global school-based student health survey / S. Campisi, B. Carducci, N. Akseer [et al.] // *BMC Public Health*. – 2020. – Vol. 10, № 20 (1). – P. 1102.

345. Suicide and seasonality / C. Christodoulou, A. Douzenis, F. C. Papadopoulos [et al.] // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2012. – Vol. 125, № 2. – P. 127-146.

346. Suicide attempt and sexual risk behavior: relationship among adolescents / C. D. Houck, W. Hadley, C. M. Lescano [et al.] // *Archives of Suicide Research*. – 2008. – Vol. 12, № 1. – P. 39-49.

347. Suicide in the world: global health estimates World Health Organization. Geneva. – 2019. P. 32. – URL: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve> (date of the application: 09.11.2020).

348. Symptoms of depression in Israeli adolescents following a suicide bombing : the role of gender / J. P. Barile, K. E. Grogan, C. C. Henrich [et. al.] // *Journal of Early Adolescence*. – 2012. – Vol. 32. – P. 502-515.

349. Szyf, M. The early life environment and the epigenome / M. Szyf // *Biochimica et Biophysica Acta*. – 2009. – Vol. 1790, № 9. – P. 878-885.

350. Teens in trouble: cigarette use and risky behaviors among private, high school students in La Paz, Bolivia / K. A. Dearden, B. T. Crookston, N. De La Cruz [et al.] // *Revista Panamericana de Salud Publica*. – 2009. – Vol. 22, № 3. – P. 160-168.

351. The CRHR1 gene : a marker for suicidality in depressed males exposed to low stress / D. Wasserman, M. Sokolowski, V. Rozanov [et. al.] // *Genes, Brain and Behavior*. – 2008. – Vol. 7, № 1. – P.14-19.

352. The death-implicit association test and suicide attempts : A systematic review and meta-analysis of discriminative and prospective utility / M. Sohn, C. Mcmorris, S. Bray, [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2021. – Vol. 51, № 11. – P. 1789-1798.

353. The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people / K. Daine, K. Hawton, V. Singaravelu [et al.] // *PloS one*. – 2013. – Vol. 8, № 10. – P. 1-6.

354. Toomey, R. B. Transgender Adolescent Suicide Behavior / R. B. Toomey, A. K. Syvertsen, M. Shramko // *Pediatrics*. – 2018. – Vol. 142, № 4. doi: 10.1542/peds.2017-4218

355. Van Heeringen, K. A stress-diathesis model of suicidal behavior / K. Van Heeringen // *Neurobiological Basis of Suicide*. – CRC Press, 2012. – P. 113–124.

356. Van Heeringen, K. The neurobiology of suicide / K. Van Heeringen, J. Mann // *Lancet Psychiatry*. – 2014. – Vol. 1, № 1. – P. 63-72.

357. Ventriglio, A. Suicide in the Early Stage of Schizophrenia // A. Ventriglio, A. Gentile, I. Bonfitto [et. al.] // *Front Psychiatry*. – 2016. – Vol. 27, № 7. – P. 116.

358. Weeks, M. Predictors of suicidal behaviors in Canadian adolescents with no recent history of depression / M. Weeks, I. Colman // *Archives of suicide research*. – 2016. – № 1. – P. 1-11.

359. Wessel, G. Uber das snizidgeschehen im Kreise quedlinburg / G. Wessel, W. Koch // *Zschr. inn. Med.* – 1963. – Vol. 15. – P. 677-685.

360. WHO Global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2018. – URL: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en. (date of the application: 14.03.2020).

361. WHO. Suicide prevention. Global Imperative / World Health Organization // European Bureau. - Geneva, 2014. - 102 p.

362. Wilcox, H. C. Psychiatric morbidity, violent crime, and suicide among children and adolescents exposed to parental death / H. C. Wilcox, S. J. Kuramoto, P. Lichtenstein [et al.] // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2010. – Vol. 49, № 5. – P. 514-523.

363. World Health Organization, Suicide. – 2021. – URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en> (date of the application: 08.01.2022).

364. World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021> (date of the application: 19.09.2019).

365. Wursmer, L. Flucht vor dem Gewissen / L. Wursmer. – Berlin, Heidelberg : Springer Verlag, 1993. – 358 p.

366. Zaborskis, A. Prevalence and familial predictors of suicidal behaviour among adolescents in Lithuania: a cross-sectional survey 2014 / A. Zaborskis, D. Sirvyte, N. Zemaitene // BMC Public Health. – 2016. – Vol. 16, № 1. – P. 554.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Таблица 1. Половозрастная характеристика несовершеннолетних суицидентов

Возраст	Женский пол (N=89)		Мужской пол (N=81)		Всего (N=170)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
9-12	9	10,1	14	17,3	23	13,5
13-14	31	34,8	25	30,9	56	32,9
15-17	49	55,1	42	51,9	91	53,5
Всего	89	100	81	100	170	100

Таблица 2. Сезонное распределение уровня суицидов среди несовершеннолетних

Сезонное распределение Группы Суицидентов	Весна	Лето	Осень	Зима
Препубертатная группа 9-12 лет (n=14) ПЗ	4 (28,6%)	5 (35,7%)	3 (21,4%)	2 (14,3%)
Препубертатная группа 9-12 лет (n=9) ПБ	4 (44,4%)	1 (11,1%)	2 (22,2%)	2 (22,2%)
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	0.592	0.303	0.972	0.684
Подростковая группа 13-14 лет (n=40) ПЗ	13 (32,5%)	12 (30%)	7 (17,5%)	8 (20%)
Подростковая группа 13-14 лет (n=16) ПБ	4 (25%)	8 (50%)	1 (6,25%)	3 (18,75%)
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	0.684	0.346	0.336	0.931
Юношеская группа 15-17 лет (n=38) ПЗ	13 (34,1%)	11 (28,9%)	8 (21,1%)	6 (15,8%)
Юношеская группа 15-17 лет (n=53) ПБ	21 (39,6%)	17 (32,1%)	9 (16,9%)	6 (11,3%)
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	0.722	0.817	0.685	0.588

Таблица 3. Распределение способов совершения суицида в зависимости от пола

Способ суицида в соответствии с МКБ-10	Мальчики	Девочки	Всего	Достоверность различий
				(p)
X70 - Самоповреждение в результате повешения, удушения и удушения	29 (35,8%)	9 (10,1%)	38 (22,3%)	0.002*
X-80 - Самоповреждение падением с высоты	41 (50,6%)	53 (59,6%)	94 (55,3%)	0.530
X-81 Самоповреждение путем прыжка под движущийся объект или лежание перед ним	4 (4,9%)	12 (13,5%)	16 (9,4%)	0.083
X78 - Самоповреждение режущими предметами	2 (2,5%)	-	2 (1,2%)	0.180
X72-74 - Самоповреждение огнестрельным оружием	5 (6,2%)	1 (1,1%)	6 (3,5%)	0.086
X-60-69 - Самоотравление	-	14 (15,7%)	14 (8,2%)	p<0.001

* выделение указывает на достоверность различий

Таблица 4. Распределение способов совершения суицида в детско-подростковых группах в зависимости от наличия/отсутствия посмертно установленного диагноза

Способы суицида Группы суицидентов	X70	X80	X81	X78	X72-74	X60-69
Препубертатная группа 9-12 лет (n=14) ПЗ	2 (14,3%)	12 (85,7%)	-	-	-	-
Препубертатная группа 9-12 лет (n=9) ПБ	5 (55,6%)	4 (44,4%)	-	-	-	-
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	0.134	0.358	-	-	-	-
Подростковая группа 13-14 лет (n=40) ПЗ	10 (25%)	27 (67,5%)	1 (2,5%)	-	-	2 (5%)
Подростковая группа 13-14 лет (n=16) ПБ	4 (25%)	7 (43,75%)	2 (12,5%)	-	1 (6,25%)	2 (12,5%)
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	1.000	0.400	0.163	-	0.122	0.367
Юношеская группа 15-17 лет (n=38) ПЗ	6 (15,8%)	23 (60,5%)	4 (10,5%)	-	3 (7,9%)	2 (5,3%)
Юношеская группа 15-17 лет (n=53) ПБ	11 (20,8%)	17 (32,1%)	9 (16,9%)	2 (3,8%)	2 (3,8%)	12 (22,6%)
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	0.619	0.097	0.451	0.235	0.423	0.049

Таблица 5. Распределение несовершеннолетних суицидентов с перинатальной патологией

Тип патологии Группы суицидентов	Патология беременности	Патология родов	Постнатальная патология
Препубертатная группа 9-12 лет (n=14) ПЗ	1 (7,14%)	2 (14,3%)	4 (28,6%)
Препубертатная группа 9-12 лет (n=9) ПБ	5 (55,5%)	11 (122,2%)*	12 (133,3%)*
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	0.064	0.009	0.028
Подростковая группа 13-14 лет (n=40) ПЗ	3 (7,5%)	2 (5%)	5 (12,5%)
Подростковая группа 13-14 лет (n=16) ПБ	11 (27,5%)	16 (100%)*	13 (81,25%)
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Юношеская группа 15-17 лет (n=38) ПЗ	6 (15,8%)	2 (5,3%)	8 (21,1%)
Юношеская группа 15-17 лет (n=53) ПБ	28 (52,8%)	31 (58,5%)	13 (24,5%)
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	0.013	p<0.001	0.759

*несовпадение указанного значения с вышеперечисленными параметрами связано с сочетанием у одного и того же лица нескольких видов перинатальной патологии.

Таблица 6. Невротические и невротоподобные расстройства у несовершеннолетних суицидентов

Формы нарушений	Энурез	Энкопрез	Инсомнии	Логоневроз	Астено-невротический синдром	Стереотипии	Фобии
Группы суицидентов							
Препубертатная группа 9-12 лет (n=14) ПЗ	-	-	1 (7,1%)	-	2 (14,3%)	-	-
Препубертатная группа 9-12 лет (n=9) ПБ	2 (22,2%)	-	3 (33,3%)	1 (11,1%)	4 (44,4%)	3 (33,3%)	2 (22,2%)
Уровень значимости различий - p=	0.097	-	0.183	0.227	0.228	0.047	0.097
Подростковая группа 13-14 лет (n=40) ПЗ	-	-	1 (2,5%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)	-	-
Подростковая группа 13-14 лет (n=16) ПБ	5 (31,3%)	1 (6,25%)	6 (37,5%)	2 (12,5%)	9 (56,2%)	5 (31,2%)	-
Уровень значимости различий - p=	0.002	0.122	0.003	0.163	p<0.001	0.002	-
Юношеская группа 15-17 лет (n=38) ПЗ	1 (2,6%)	-	4 (10,5%)	-	4 (10,5%)	-	-
Юношеская группа 15-17 лет (n=53) ПБ	9 (16,9%)	-	12 (22,6%)	3 (5,7%)	18 (33,9%)	3 (5,7%)	4 (7,5%)
Уровень значимости различий - p=	0.051	-	0.206	0.148	0.041	0.148	0.096

Таблица 7. Структура семей несовершеннолетних суицидентов

Структура семьи	Полная с биологическими родителями	Полная семья с одним неродным родителем	Неполная	Опекунская	Ребенок-сирота
Группы суицидентов					
Препубертатная группа 9-12 лет (n=14) ПЗ	10 (71,4%)	2 (14,2%)	2 (14,3%)	-	-
Препубертатная группа 9-12 лет (n=9) ПБ	3 (33,3%)	4 (44,4%)	2 (22,2%)	-	-
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	0.327	0.228	0.684	-	-
Подростковая группа 13-14 лет (n=40) ПЗ	16 (40%)	6 (15%)	5 (12,5%)	-	-
Подростковая группа 13-14 лет (n=16) ПБ	10 (62,5%)	10 (62,5%)	9 (56,2%)	-	-
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	0.371	0.013	0.013	-	-
Юношеская группа 15-17 лет (n=38) ПЗ	3 (7,9%)	4 (10,5%)	14 (36,8%)	-	1 (2,6%)
Юношеская группа 15-17 лет (n=53) ПБ	7 (13,2%)	20 (37,7%)	41 (77,3%)	1 (1,8%)	-
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	0.473	0.024	0.047	0.399	0.242

Таблица 8. Структура внутрисемейных взаимоотношений у несовершеннолетних суицидентов

Взаимоотношения Группы суицидентов	Гармоничные	Дисфункциональные
Препубертатная группа 9-12 лет (n=14) ПЗ	8 (57,1%)	6 (42,6%)
Препубертатная группа 9-12 лет (n=9) ПБ	5 (55,5%)	4 (44,4%)
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	0.969	0.963
Подростковая группа 13-14 лет (n=40) ПЗ	7 (17,5%)	33 (82,5%)
Подростковая группа 13-14 лет (n=16) ПБ	2 (12,5%)	14 (87,5%)
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	0.693	0.893
Юношеская группа 15-17 лет (n=38) ПЗ	4 (10,5%)	34 (89,5%)
Юношеская группа 15-17 лет (n=53) ПБ	1 (1,9%)	52 (98,1%)
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	0.094	0.764

Таблица 9. Социальный статус семьи несовершеннолетних

Статус семьи Группы суицидентов	«Благополучная»	«Неблагополучная»
Препубертатная группа 9-12 лет (n=14) ПЗ	13 (92,9%)	1 (9,1%)
Препубертатная группа 9-12 лет (n=9) ПБ	8 (88,9%)	1 (11,1%)
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	0.944	0.764
Подростковая группа 13-14 лет (n=40) ПЗ	34 (85%)	6 (15%)
Подростковая группа 13-14 лет (n=16) ПБ	7 (43,75%)	9 (56,25%)
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	0.189	0.024
Юношеская группа 15-17 лет (n=38) ПЗ	36 (94,7%)	2 (5,3%)
Юношеская группа 15-17 лет (n=53) ПБ	38 (71,7%)	15 (28,3%)
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	0.477	0.019

Таблица 10. Образовательные формы обучения у несовершеннолетних совершивших суицид

Форма обучения Группы суицидентов	СОШ	СОШ с углубленным изучением предметов/ гимназия/ лицей	Индивидуальное, домашнее обучение/ вспомогательная школа	Среднее учебное заведение	не учится
Препубертатная группа 9-12 лет (n=14) ПЗ	12 (85,7%)	2 (14,3%)	-	-	-
Препубертатная группа 9-12 лет (n=9) ПБ	3 (33,3%)	6 (66,7%)	-	-	-
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	0.215	0.081	-	-	-
Подростковая группа 13-14 лет (n=40) ПЗ	28 (70%)	12 (30%)	-	-	-
Подростковая группа 13-14 лет (n=16) ПБ	9 (56,25%)	2 (12,5%)	5 (31,25%)	-	-
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	0.652	0.275	0.002	-	-
Юношеская группа 15-17 лет (n=38) ПЗ	27 (71%)	9 (23,7%)	-	2 (5,3%)	-
Юношеская группа 15-17 лет (n=53) ПБ	44 (83%)	4 (7,5%)	-	3 (5,7%)	2 (3,8%)
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	0.631	0.063	-	0.939	0.235

Таблица 11. Характер конфликтов у несовершеннолетних суицидентов

Характер конфликтов Группы суицидентов	В семье	Межличностные проблемы	Межличностные конфликты взаимоотношений	Неуточненные
Препубертатная группа 9-12 лет (n=14) ПЗ	14 (100%)*	2 (14,3%)	-	1 (7,1%)
Препубертатная группа 9-12 лет (n=9) ПБ	4 (44,4%)	2 (22,2%)	-	3 (33,3%)
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	0.249	0.684	-	0.183
Подростковая группа 13-14 лет (n=40) ПЗ	29 (72,5%)*	8 (20%)	5 (12,5%)*	2 (5%)
Подростковая группа 13-14 лет (n=16) ПБ	11 (68,75%)*	5 (31,25%)*	3 (18,75%)*	3 (18,75%)
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	0.909	0.486	0.606	0.146
Юношеская группа 15-17 лет (n=38) ПЗ	19 (50%)*	10 (26,3%)*	16 (42,1%)*	2 (5,3%)
Юношеская группа 15-17 лет (n=53) ПБ	12 (22,6%)	12 (22,6%)	21 (39,6%)	8
<i>Уровень значимости различий - p=</i>	0.060	0.753	0.878	0.182

*несовпадение указанного значения с вышеперечисленными параметрами связано с сочетанием у одного и того же лица нескольких видов конфликтов.