

## ВОПРОСЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

### ISSUES OF SUICIDAL BEHAVIOR IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

**A. Berezantsev  
N. Batueva  
T. Tudupova**

*Summary:* The article deals with the problem of suicidal behavior of children and adolescents in modern conditions in general and regional aspects. The social and biological factors influencing the formation of suicidal behavior are highlighted. The results of a retrospective analysis of postmortem forensic psychological and psychiatric examinations of completed suicides of children and adolescents in the Republic of Buryatia over a five-year period are discussed. Social predictors and the leading role of intra-family conflicts in the formation of suicidal behavior in children and adolescents in the studied contingent have been established. A clinical observation of a completed suicide and a teenager with a depressive disorder is given. It is concluded that to analyze the problem of suicide in children and adolescents, a comprehensive assessment of clinical, biological and social factors is necessary.

*Keywords:* child and adolescent suicide, risk factors, depression.

**Березанцев Андрей Юрьевич**

доктор медицинских наук, профессор, ГБУЗ Московской области «Центральная клиническая психиатрическая больница им. Ф.А. Усольцева» г. Москва  
berintend@yandex.ru

**Батуева Наталья Григорьевна**

кандидат медицинских наук, ГБУЗ «Республиканский психоневрологический диспансер» МЗ РБ г. Улан-Удэ  
batueva@yandex.ru

**Тудупова Туяна Цибановна**

кандидат психологических наук, ФГБОУ ВО Бурятский государственный университет им. Д. Банзарова г. Улан-Удэ  
tuyanatu@mail.ru

*Аннотация:* В статье рассматривается проблема суицидального поведения детей и подростков в современных условиях в общем и региональном аспектах. Освещаются социальные и биологические факторы, влияющие на формирование суицидального поведения. Обсуждаются результаты ретроспективного анализа посмертных судебных психолого-психиатрических экспертиз завершённых суицидов детей и подростков в Республике Бурятия (РБ) за пятилетний период. Установлены социальные предикторы и ведущая роль внутрисемейных конфликтов в формировании суицидального поведения у детей и подростков в изученном контингенте. Приводится клиническое наблюдение завершённого суицида и подростка с депрессивным расстройством. Делаются выводы, что для анализа проблемы суицидов у детей и подростков необходима комплексная оценка клинических, биологических и социальных факторов.

*Ключевые слова:* детско-подростковый суицид, факторы риска, депрессия.

### Введение

Проблема суицидального поведения является одной из центральных в общественном здравоохранении. Несмотря на то что уровень суицидов в России за последние двадцать лет постепенно уменьшается, распределение показателей суицидальной активности на территории РФ является весьма неравномерным, при этом отмечаются крайне тревожные тенденции в виде «омоложения» суицидов в нашей стране. По данным В.Ф. Войцеха [1], за год в Российской Федерации от суицида погибают около 3000 детей и подростков – из них 20 детей в возрасте от 5 до 9 лет, 400-420 детей в возрасте от 10 до 14 лет и примерно 2500 от 15 до 19 лет. Наиболее высока частота суицидальных мыслей и попыток в возрасте около 15–16 лет. В докладе уполномоченного по правам ребенка при президенте Российской Федерации за 2021 год [2], следует, что число попыток суицида среди несовершеннолетних за последние три года увеличилось почти на 13% с 3 253 до 3 675 (2019 год – 3 253, 2020 год – 3 051, 2021 год – 3 675). Уполномоченные по правам ре-

бёнка в субъектах РФ, анализируя сложившуюся ситуацию, выделяют следующие причины суицидального проявления поведения и поступков несовершеннолетних: отсутствие взаимодействия в семье, ссора, конфликты родителями; психические расстройства ребёнка; несчастная любовь; ссоры со сверстниками, недовольство своей внешностью; проблемы в обучении; влияние противоправной информации в сети Интернет. У большинства суицидентов, независимо от возраста, в момент совершения суицида сохраняется амбивалентное отношение к своему желанию умереть, но особенно ярко это проявляется в подростковом возрасте. В психиатрическом сообществе принято мнение, что психическая патология является необходимым условием для совершения суицидального акта. Эта точка зрения подкрепляется рядом исследований, так А. Fleischmann et al. [3], проанализировав исследования суицидальной молодежи, пришли к выводу, что в 88,6 % случаев у подростка присутствует по крайней мере одно психическое нарушение. При этом наличие психической патологии является более вероятным в возрасте 16–19 лет, чем в более ранние

возрастные периоды [4]. Несмотря на то, суицидальное поведение в литературе традиционно связывают с депрессивными расстройствами, некоторые авторы [5], указывают, что в детском и подростковом возрасте депрессия не является необходимым фактором суицидальных попыток, а суицидальный риск больше связан со вспыльчивостью, импульсивностью и агрессивным поведением. В процессе анализа суицидальной попытки подростка, и при посмертном сборе анамнеза завершённого суицида («психологической аутопсии» по Э. Шнейдману [6]) вопросы обычно центрируются вокруг проблем, связанных с частотой, интенсивностью и продолжительностью негативного опыта и негативных эмоций. Вместе с тем необходимо отметить, что при завершённом суициде доступны для анализа именно события жизни подростка, особенно при отсутствии у него диагностированной при жизни психической патологии (а это подавляющее большинство случаев). Нередко анализ имеющихся материалов не позволяет установить убедительные причинно-следственные связи между негативными событиями жизни подростка и совершённым суицидом, который представляется чрезмерной и неадекватной реакцией на возникшие жизненные проблемы. Вместе с тем, подчас на чрезвычайно незначительность внешних поводов, приводящих к самоубийству у детей и подростков, указывал ещё В.М. Бехтерев [7]. В отличие от импульсивного суицидального поведения свойственного подросткам, истинное суицидальное поведение у взрослых, имеющее в своей основе высокую опосредованность осознанными намерениями индивида, занимает более длительный период формирования, при этом степень влияния средовых факторов в динамике существенным образом снижается, а уровень депрессивной симптоматики возрастает [8]. Феномен возрастания частоты суицидов у современной молодежи необходимо рассмотреть в контексте современного общественного сознания, одной из наиболее ярких характеристик которого является так называемое «клиповое» (фрагментированное) сознание [9]. Клиповое сознание формируется виртуальной реальностью, цифровыми технологиями, так называемой «клиповой культурой», наступление которой провозгласил Э. Тоффлер [10]. Клиповая культура создается таким инструментом, как господство средств массовой коммуникации, через которые создается особый способ представления и восприятия информации. Клиповая культура строится как информационно заданная мозаичность и фрагментарность создаваемого образа (соответственно и идентичности человека). Отрывочность несвязанной информации провоцирует алогичность, разрозненность, не целостность в восприятии картины мира. Клиповое сознание патологически меняет личность, атрофируя у детей и подростков способность самостоятельно мыслить и чувствовать. Оно заменяет потребность в систематическом знании эрзацами фрагментарной информации, адекватность мировосприятия внешними эффектами, искажая смысл и цель жизни погоней за эффектными «краси-

выми» жестами, порождая скольжение по поверхностным смыслам, нежелание читать, неумение сосредоточиться, анализировать, обобщать, познавать мир и себя. Помимо кардинальных изменений социального и информационного пространства в последние десятилетия по некоторым данным произошёл качественный скачок в и особенностях нейрофизиологии мозговой деятельности, в частности латерализации функций мозга, особенно у детей, рождённых после 2000 года. В восьмидесятые годы прошлого века исследователи обратили внимание на нарастание популяции леворуких детей и детей со скрытым левшеством. Если ранее считалось, что леворукие составляют около 10% в популяции, то в 90-х годах их число увеличилось до 15-17%. Затем появились сообщения о качественно иной группе детей — амбидекстров, «двуруких», а внутри группы амбидекстров, по результатам некоторых исследований, появились дети с уравновешенной право-левой латеральностью по мозговым процессам, для обозначения данного феномена был предложен термин «амбицеребральность» [11]. Группа детей с амбицеребральностью находится внутри группы амбидекстров их число колеблется от 27% до 70% и имеет тенденцию к увеличению. По наблюдениям, у детей с амбицеребральностью происходит спонтанное переключение правого и левого мозга, что сопровождается полярным (резко меняющимся) поведением детей и может служить одной из причин для формирования синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Это объясняют тем, что у большинства взрослых преобладает последовательное, линейное (логическое) мышление, а у нового поколения детей формируется «многомерное» мышление. Поэтому они легко ориентируются в навигации незнакомого мобильного телефона, осваивают новые компьютерные игры и т.д. С другой стороны, это способствует формированию «клипового» мышления в следствие фрагментарного восприятия и обработки поступающей информации, не соединённой в единую систему миропонимания. Таким детям также свойственна повышенная эмоциональная чувствительность и чрезмерные реакции на внешние социальные стрессовые факторы, порой несущественные с точки зрения взрослых. Представляется очевидным, что «клиповое мышление» соотносится с доминированием правого полушария мозга, деятельность которого связана с образным мышлением, и подавлением логических структур психики, функционально локализованных в правом полушарии (необходимо отметить, что доминирование того или иного полушария мозга в процессе деятельности не связано напрямую с право или леворукостью). С данной точки зрения становится более понятна разница между детско-подростковой и взрослой суицидальной активностью. Если у взрослых как правило истинные (завершённые) суициды, это результат длительного периода формирования решения уйти из жизни, опосредованного осознанными намерениями индивида и определяются левополушарными когнициями (хотя, как правило, ложными

и искаженными аффективной патологией), то ювенальный суицид – это алогичное импульсивное действие, «красивый жест» диктуемый подчас эмоционально окрашенными виртуальными клиповыми образами, которыми оперирует полушарие правое и является следствием утраты логического контроля над импульсивными поступками, которые определяются эмоционально насыщенными образами, нередко оторванными от действительности.

Одним из регионов России с неблагоприятной ситуацией по обсуждаемой проблеме является Республика Бурятия, которая на протяжении последнего десятилетия прочно входит в лидеры по показателю смертности по причине суицида. Так, в 2016 году уровень завершённых суицидов среди несовершеннолетних (0-17 лет) в РБ составил 10,5; при 7,6 случаев в Республике Алтай; 6,3 в Забайкальском крае на 100000 населения. В группе несовершеннолетних подавляющее число случаев суицидов приходится на подростковый возраст. Так, в РБ, в 2013 году среди детей 0-14 лет зафиксировано 3,5 случая завершённых суицидов, а подростковых 33 случая; в 2014 году – 3 и 42 случая соответственно; в 2015 – 3,2 и 28,6; в 2016 году – 3,2 и 63,6 (по данным мониторинга завершённых суицидов РБ).

#### Цель исследования

Комплексный критический анализ детско-подростковых завершённых суицидов в РБ в 2012-2016 гг.

#### Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 78 заключений комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы с данными о завершённых случаях суицидов детей и подростков по РБ за период 2012-2016гг. Оценка суицидальных актов проводилась по следующим критериям: возраст, пол, место проживания, уровень образования, характеристика состава семьи, способ суицида, возможные мотивы и причины (если таковое было указано в актах), личный и семейный суицидальный анамнез, а также наличие психических заболеваний у суицидентов и их родных. Исследование проводилось клинико-статистическим методом. Статистическая обработка данных произведена с использованием «Statistica 10.0 for Windows».

#### Результаты и обсуждение

Общее количество проанализированных актов – 78. В связи с тем, что не во всех заключениях отражены исследуемые критерии, абсолютные значения анализируемых актов по отдельным признакам может различаться. Количество мальчиков и юношей за весь период составило 45 человек (61,5 %), девочек и девушек – 30 (38,5%). При

этом в возрастную категорию до 14 лет вошло 33 (42,3%) ребенка, а 15-17 лет – 45 (57,7%).

В структуре завершённых суицидов, в целом, ведущую позицию занимают юноши 15-17 лет. При внутригрупповом распределении (в группе детей и группе подростков) также мальчики преобладают над девочками. Из общего числа суицидентов 64,1% (50 человек) проживали в сельской местности, 35,9% (28 человек) – жители города. Оценить уровень образования удалось в 74 заключениях, в четырех место обучения не было определено. Так, 57 (77%) детей и подростков обучались в среднеобразовательных школах, из них 50% (37 человек) – учащиеся сельских школ и 27% – городских. Учащимися коррекционных школ было 6 человек (8,1%), в профессиональных училищах обучалось 10 человек (13,5%) и также среди студентов небольшой перевес был на стороне сельских жителей 8,1%? один ребенок не обучался). Семейная ситуация в 40,3% случаев (31 человек) характеризовалась как благополучная: дети проживали в полных семьях, материально удовлетворительно; 37 детей (48%) жили в неполных семьях, при этом к данной категории мы отнесли и те случаи, когда брак родителей был официально зарегистрирован, но они проживали отдельно или ребенок воспитывался мачехой, отчимом и имелись указания на конфликтные отношения в семье. В приемных семьях воспитывалось 7 детей (9,1%), двое были сиротами (2,6%) и находились на воспитании у опекунов – родственников. По способу совершения самоубийства и в группе детей, и в группе подростков лидирует механическая асфиксия – 65 (85,6%) ребенка выбрали именно этот способ ухода из жизни; 7 человек (9,2%) – медикаментозное отравление; 3 (3,9%) – падение с высоты и 1 случаи (1,3%) – применение огнестрельного оружия. При этом, в 21,8% случаев (17 человек) из материалов уголовного дела, свидетельских показаний у юных суицидентов в анамнезе были признаки суицидального поведения (высказывания, попытки, повышенный интерес к теме суицида), но была ли им предложена или оказана какая-то помощь неизвестно, т.к. указаний на это в заключениях нет. При качественной оценке микросоциального окружения в заключениях отмечено, что в 9 семьях (11,5%) имелись случаи завершённого суицида у ближайших родственников (родители, бабушки, родные дяди); в 21,8% (17 семей) родители (или один из родителей) страдал алкоголизмом. Официальных данных о наличии у кого-то из родных психического заболевания нет. Но, что хочется отметить, в 8 случаях из 78 (а это 10,2%) имело место наличие всех факторов риска суицида у ребенка. Это и неполная семья, и наличие алкоголизма и суицидов у ближайших родственников, и суицидальное поведение у самого ребенка в прошлом, и изменение текущего психологического состояния, и наличие психотравмирующей ситуации, т.е. почти каждую десятую смерть можно было предотвратить, если бы окружение было осведомлено о том, на что надо

обратить внимание. Ведь в 50% случаев (у 39 человек) по данным заключения судебно-психиатрической экспертизы, из материалов уголовного дела, есть указания на то, что состояние суицидентов незадолго до смерти изменилось: окружающие отмечали появление замкнутости, снижения настроения, раздражительности, некоторые раздавали долги, просили прощения за обиды, чего за ними раньше не наблюдалось, некоторые становились необычно агрессивными, обидчивыми, вели себя вызывающе. Предсмертные записки оставили единицы (3 человека), но по объективным данным можно сделать следующие заключения: в качестве вероятной причины (мотива) суицида в 7 случаях указывались конфликты в семье, в 5 случаях – конфликтные отношения со сверстниками; по 3 случая приходится на неразделенную любовь и трудности в обучении; 2 суицида произошло после того как из жизни добровольно ушел лучший друг; в качестве возможных причин однократно указывался алкоголизм родителей, инвалидность после травмы и неспособность справиться с последствиями болезни, а также потеря родителей в результате несчастного случая. Сведения о совершении суицида в алкогольном опьянении имеются только в двух заключениях. К сожалению, сделать какие-либо суждения в этнокультуральном аспекте не представилось возможным, так как в заключениях не указывается этническая принадлежность суицидентов, а делать выводы на основании такого формального признака как фамилия – значит заведомо искажать факты. Ниже приводится клиническое наблюдение.

Д., 17 лет. Являлась ученицей 11 класса средней образовательной школы. Училась хорошо, увлекалась литературой и русским языком, к точным наукам пристрастия не имела. Д. играла на гитаре, писала стихи. Окружающие характеризовали её как человека спокойного, домашнего ребенка. С большинством сверстников она близко не общалась. По характеру Д. была ведомая, лидерскими качествами не обладает, не общительная, спиртные напитки не употребляла, посещала социальные сети, но в «группах смерти» не состояла. Ранее Д. попыток суицида не совершала и мыслей о суициде не высказывала. По свидетельству окружающих в период времени, предшествовавший суициду она не была подавлена, ее настроение было ровным, вела себя как обычно. По свидетельству отца Д., в день совершения суицида он утром пошел её будить, но её уже не было в комнате, он увидел записку, которая носила суицидальный характер. После этого отец организовал поисковые мероприятия и недалеко от населенного пункта, в котором они проживали, в лесном массиве, он нашел труп Дарьи, которая повесилась... Отец отмечал, что в семье у них были хорошие отношения, ссор или конфликтов не было. Мать Д. характеризовала её как творческую личность, она играла на гитаре, рисовала, писала стихи и даже вышивала. У Д. была только одна подруга, с остальными сверстницами близко не общалась. Д. была

вегетарианкой с 10-12 лет, мотивацию она не объясняла. Накануне суицида Д. была в хорошем настроении, ничего не предвещало того, что она покончит жизнь самоубийством. В день самоубийства мать Д. рано утром зашла в спальню и увидела, что Д. лежит на первом ярусе кровати с ноутбуком, она спросила у нее, почему она не спит, на что она ответила, что ей не хочется спать. В ходе беседы мать не заметила ничего подозрительного в ее поведении, «все было абсолютно как обычно». В интернете, среди посещаемых Д. страниц имеется одна под названием «Эстетика сатанизма и оккультизма, эстетика темного пути». У психиатра и нарколога Д. не наблюдалась. В деле представлены предсмертные записки. Из предсмертной записки №1 явствует, что суицид является личным решением девушки, она просит никого не винить («если и есть вина, она только моя»). В записке имеется пожелание нацарапать на ее надгробии слова о том: «жизнь я любила, но я хотела просто жить, а не существовать в оковах мира». В записке отмечается, что она: «проиграла свою личную вторую мировую». Вторая предсмертная записка начинается со слов прощения: («Простите за все, может быть, так и не должно было быть, но это мое решение»). Далее отмечается, что: «Никто в этом не виноват. Тем более, это только начало, не стоит лить слез зря, ведь даже ребенок, находящийся в утробе матери, разрушает свой мир, появляясь на свет». В целом, записка имеет весьма развернутый характер с философскими рассуждениями о жизни («жизнь - это выбор каждого, личный выбор. По крайней мере - это единственный выбор, к которому люди подходят осознанно», «жизнь – полоса черная, полоса белая, только эти перепады слишком резки, что глаза не успевают привыкать», «Зачем все это? Выучиться, всю жизнь работать, вырастить детей, чтобы они дальше продолжили этот порочный круг? Но это не жизнь. Это существование. Так лучше потерять все, чем жить полумерами. Лучше стать никем, чем стать тем, кем ты не хочешь быть»), о счастье («Разве так велика цена счастья? Мы делаем счастье сами, по крупицам собирая его, как паззл, но, если оно не собирается, кто виноват? Вот. Так давайте вы соберете целостную «картинку» счастья без меня, а я посмотрю и порадуюсь за Вас»), о жертвенности («чтобы что-то получить, нужно чем – то жертвовать. И жертвы никогда не бывают напрасными. Элементарно: переступил через свою гордость, через свое эго – и сам освободился от сих тисков безумия, и другим даровал свободу»). Заканчивается записка четверостишием из папки с её стихами: «Нет больше ни тоски, ни любви, ни печали, ни тревоги, ни боли в груди. У меня теперь лишь две дороги: бледное небо и жизнь позади».

В литературе по психологии суицидального поведения отмечают, что суицидогенный конфликт проходит две фазы. Первая из них – predisпозиционная, является предпосылкой суицидального акта. Вторая – суицидальная – фаза конфликта представляет парадоксальный

процесс устранения конфликта за счет саморазрушения субъекта. Предиспозиционная фаза дезадаптации и конфликта переходит в суицидальную через так называемый критический пункт, имеющий две основные характеристики: а) значительное ограничение (или сведение к нулю) количества известных субъекту вариантов разрешения конфликта; б) субъективная оценка известных вариантов решений как неэффективных или субъективно неприемлемых. Суициду предшествует, как правило, глубокое нарушение социальной адаптации суицидента, и поэтому важны объективные и субъективные проявления пресуицидной психологической дезадаптации. В обстоятельствах данного дела они выражаются в изменениях поведения суицидента Д., прежде всего, сюда относятся депрессивные переживания душевного плана: снижение фона настроения, ощущение усталости («Я устала, простите, но это так»). Рассматривая динамику социально – психологической дезадаптации, приведшей Д. к суициду, следует отметить, прежде всего, внутриличностную дезадаптацию («Я проиграла свою личную вторую мировую»), и механизм ее кумуляции на психику суицидента. К психологическим явлениям внутриличностной дезадаптации, прежде всего, следует отнести падение самооценки, аутосимпатии и самоуважения у Д. на предиспозиционной (кумулятивной) фазе суицида. Все эти характерные психоэмоциональные сдвиги свидетельствуют о пресуицидной дезадаптации, ясно также просматриваются признаки депрессивной напряженности. Психология самоубийства есть, прежде всего, психология безнадежности, а безнадежность – это есть сужение сознания. Из известных в науке вариантов актуального состояния сознания, соотносимых с типами суицидального реагирования, непосредственно до и в момент совершения самоубийства, Д. находилась в суженном состоянии сознания с негативными переживаниями. Содержание сознания Д., по всей видимости, было заполнено депрессивными переживаниями о смысле жизни, усталости, о проигрыше в «личной второй мировой». В литературе различают суициды рациональные и аффективные. Суицид Д. относится к рациональному типу, то есть формирование решения покончить с собой у нее развивалось постепенно, достаточно обдуманно, отнюдь не импульсивно (отсюда философские размышления о смысле жизни, написание предсмертных записок). На основании анализа представленных материалов комиссия экспертов пришла к заключению, что в период, предшествовавший совершению самоубийства, Д. находилась в состоянии депрессии с выраженными суицидальными мыслями. К основным индивидуально-психологическим особенностям личности Д. относятся такие особенности, как выраженная интровертированность, богатый внутренний мир, закрытость, необщительность, низкая коммуникабельность. Данные индивидуально-психологические особенности, выявленные в структуре личности Д. могли повлиять на ее поведение в части причинения себе вреда здоровью.

## Заключение

Детская и подростковая суицидальность – это многогранная проблема, включающая в себя клинко-психопатологические, нейробиологические и социально-психологические аспекты. Каждый случай такого рода суицидов необходимо рассматривать строго индивидуально, с учетом всего комплекса факторов: социальных (структура семьи и отношения в ней, школьные стрессоры, этнокультуральные особенности), нейробиологических (в идеале – данные о латерализации функций мозга, особенностях биоэлектрической активности и резидуально-органических изменениях), клинко-психопатологических (в большинстве случаев судить о наличии или отсутствии прижизненных психических расстройств приходится лишь по косвенным данным). Очевидно, что при завершенных суицидах этот комплекс данных будет заведомо неполным. Так, анализ завершенных детско-подростковых суицидов на территории Р.Б. позволил сформулировать некоторые выводы. Были определены социально-демографические характеристики детей и подростков, совершивших суициды. Если уместно говорить о среднестатистическом «портрете суицидента», то можно сказать, что это юноша-подросток, обучающийся в общеобразовательной школе, проживающий в сельской местности, в неполной/приемной семье, выбирающий как способ ухода из жизни самоповешение и демонстрирующий признаки изменения поведения перед совершением суицида. У каждого четвертого ребенка, совершившего суицид, имелся родственник, покончивший жизнь самоубийством, каждый четвертый ребенок так или иначе демонстрировал внешние признаки суицидального поведения. Но это поверхностный усредненный подход, и он мало применим к каким-либо обобщениям и экстраполяции данного «портрета» на различные социальные группы. Поскольку при завершенных суицидах выводы психиатра-эксперта и эксперта-психолога опираются исключительно на материалы уголовного дела, возбужденного по факту смерти ребенка, необходимо говорить об особых подходах к собиранию фактологической базы, которую могли бы использовать эксперты в своих заключениях. Вероятно, разработки по методологии сбора данных об анамнезе жизни суицидентов, особенностях и динамике их прижизненного психологического статуса и поведенческого реагирования, конфликтогенных ситуациях в социуме, должны разрабатываться совместно психиатрами и психологами в сотрудничестве с представителями правоохранительных структур. Материалы дел должны содержать оптимально-максимальное количество признаков, описывающих динамику развития суицидального акта, психологические характеристики ребенка, расширенный перечень социально-демографических факторов с наиболее подробным описанием семейного окружения, стиля воспитания, условий и климата обучения,

ведь почти 80% тех, кто покончил собой в изученных материалах были школьниками. Крайне необходима этническая составляющая описания, так как это позволит глубже понять региональную специфику детских

суицидов и увеличить количество точек приложения превентивных мер. Все признаки должны быть формализованы, поскольку это необходимо для более качественного статистического и содержательного анализа.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. М.: Миклош, 2008. 280 с.
2. Доклад о деятельности уполномоченного при президенте Российской Федерации по правам ребенка в 2021г. [Электронный ресурс] <http://deti.gov.ru/detigray/upload/documents/August2022/OucV7OrXsDXyb6xBrHFF.pdf> Дата обращения 26.09.2022г.
3. Fleischmann A., Bertolote J.M., Belfer M., Beautrais A. Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: a critical examination of the evidence. *Am J Orthopsychiatry*. 2005 Oct;75(4):676-83. DOI: 10.1037/0002-9432.75.4.676. PMID: 16262523.
4. Brent D.A., Baugner M., Bridge J., Chen T., Chiappetta L. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999; 38: 1497-1505. DOI:10.1097/00004583-199912000-00010
5. Walrath C.M., Mandell D.S., Liao Q., Holden E.W., De Carolis G., Santiago R.L., Leaf P.J. Suicide attempts in the «comprehensive community mental health services for children and their families» program. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001Oct;40(10):1197-205. DOI: 10.1097/00004583-200110000-00014. PMID: 11589533.
6. Шнейдман Э.С. Душа самоубийцы. Пер. с англ. М.: Смысл, 2001. 315с.
7. Бехтерев В.М. О причинах самоубийства и возможной борьбе с ним. С-Петербург: Товарищество Художественной Печати, 1912.
8. Van Heeringen K., Hawton K. & Williams J.M.G. (2000). Pathways to suicide: An integrative approach. In: K. Hawton & K. Van Heeringen (eds.) *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, pp. 223-234. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. DOI: 10.1002/9780470698976
9. Гиренок Ф.И. Клиповое сознание. М.: Проспект, 2018. 256с.
10. Тоффлер Э. Третья Волна. Пер. с англ. М.: АСТ, 2010. 784с.
11. Пугач В.Н., Кабаева В.М. Функциональная асимметрия мозга: амбидекстрия и амбидеребральность, новые тенденции [Электронный ресурс]. <http://childpsy.ru/lib/articles/id/17943.php> Дата обращения 26.09.2022г.

© Березанцев Андрей Юрьевич (berintend@yandex.ru), Батуева Наталья Григорьевна (batueva@yandex.ru)  
Тудупова Туяна Цибановна (tuyanatu@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Центральная клиническая психиатрическая больница им. Ф.А. Усольцева