



УДК 616.89-008.441.44-053.6

DOI: 10.18413/2658-6533-2019-5-4-0-9

В.Д. Бадмаева,  
Е.Ю. Шкитырь

**Факторы риска суицидального поведения несовершеннолетних  
(по материалам посмертных комплексных судебных  
психолого-психиатрических экспертиз)**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»,  
Кропоткинский пер., д. 23, г. Москва, 119034, Российская Федерация  
*Автор для переписки: В.Д. Бадмаева (badmaeva.v@serbsky.ru)*

#### **Аннотация**

**Актуальность:** Многочисленные исследования свидетельствуют, что подрастающее поколение находится в последние десятилетия в группе высокого риска по суицидогенезу. В различных странах мира суицидальное поведение несовершеннолетних имеет неблагоприятную тенденцию к снижению возраста совершения самоубийств. Более глубокое понимание суицидальных аспектов будет способствовать совершенствованию профилактических мер и, таким образом, снижению самоубийств несовершеннолетних в целом. **Цель исследования:** Исследовать комплекс факторов, влияющих на психическое состояние и суицидальную активность несовершеннолетних. **Материалы и методы:** В статье представлен ретроспективный анализ 170 посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз несовершеннолетних, совершивших завершённые самоубийства. Из них были сформированы три возрастные группы: младшего подросткового (9-12 лет), подросткового (13-14 лет) и юношеского (15-17 лет). В рамках данных возрастных групп были исследованы биологические, социальные и клинические факторы суицидальной активности несовершеннолетних. **Результаты:** Среди потенциальных факторов суицидального риска отмечались психопатологическая отягощённость наследственности ПАВ, фамильная история суицида, дисфункциональный авторитарный стиль воспитания со склонностью родителей к жесткому контролю поведения несовершеннолетнего с проявлениями физического и психологического насилия, в том числе со стороны небιологических родителей, а также судимость у ближайших родственников. В пресуицидальном периоде у несовершеннолетних (9-12 лет) преобладали внутрисемейные формы конфликтов, в подростковом и юношеском возрасте существенное значение приобретают конфликты внутриличностного характера, обусловленные проблемами в школе, своей позицией в социуме в целом, а также межполовые взаимоотношения наряду со сложностями самоидентификации. К актуальным факторам суицидального риска относятся наличие психических и поведенческих расстройств, а также личностные особенности несовершеннолетних, предрасполагающие к суицидальной активности и потенцирующие реализацию суицидальных действий. **Заключение:** В ходе исследования отмечена тесная взаимосвязь между факторами (биологическими, социальными и клиническими), которые являются предрасполагающими или потенцирующими суицидальное поведение в различных возрастных группах среди несовершеннолетних.

**Ключевые слова:** суицидальное поведение; факторы риска; несовершеннолетние

**Для цитирования:** Бадмаева ВД, Шкитырь ЕЮ. Факторы риска суицидального поведения несовершеннолетних (по материалам посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз). Научные результаты биомедицинских исследований. 2019;5(4):117-128. DOI: 10.18413/2658-6533-2019-5-4-0-9

## **Risk factors of suicidal behavior of minors (based on the materials of postmortem complex forensic psychological and psychiatric examinations)**

**Valentina D. Badmaeva, Elizaveta Yu. Skityr**

V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology,  
23 Kropotkinskiy Ln., Moscow, 119034, Russia

*Corresponding author: Valentina D. Badmaeva (badmaeva.v@serbsky.ru)*

### **Abstract**

**Background:** Numerous studies show that the younger generation has been at high risk for suicidogenesis in recent decades. In various countries of the world, juvenile suicidal behavior has an unfavorable tendency to reduce the age of suicide. A deeper understanding of suicidal aspects will help to improve preventive measures and thus reduce juvenile suicides in general. **The aim of the study:** To investigate a complex of factors affecting the mental state and suicidal activity of minors. **Materials and methods:** The article presents a retrospective analysis of 170 post-mortem comprehensive forensic psychological and psychiatric examinations of minors who committed completed suicides. They were divided into three groups: younger adolescents (9-12 years old), adolescents (13-14 years old) and juniors (15-17 years old). Within these age groups, the biological, social, and clinical factors of juvenile suicidal activity were investigated. **Results:** Among the potential factors of suicidal risk were the psychopathological burden of heredity of a surfactant, the family history of suicide, a dysfunctional authoritarian parenting style with a tendency for parents to strictly control the behavior of a minor with manifestations of physical and psychological violence, including from non-biological parents, as well as previous convictions from close relatives. In the pre-juvenile period, juveniles (9-12 years) were dominated by intrafamilial forms of conflict; in adolescence and adolescence, conflicts of an intrapersonal nature due to problems at school, their position in society as a whole, as well as inter-sexual relationships along with the difficulties of self-identification, acquire significant importance. Important factors of suicidal risk include the presence of mental and behavioral disorders, as well as personality traits of minors predisposing to suicidal activity and potentiating the implementation of suicidal actions. **Conclusion:** The study has revealed a close relationship between the factors (biological, social and clinical) predisposing or potentiating suicidal behavior in different age groups among minors.

**Keywords:** suicidal behavior; risk factors; minors

**For citation:** Badmaeva VD, Skityr EYu. Risk factors of suicidal behavior of minors (based on the materials of postmortem complex forensic psychological and psychiatric examinations). Research Results in Biomedicine. 2019;5(4):117-128. (In Russian) DOI: 10.18413/2658-6533-2019-5-4-0-9

**Введение.** Суицидальное поведение – сложное и во многом противоречивое явление, обусловленное различными биологическими, социальными, индивидуально-психологическими, культурными и т.д. факторами [1]. Отечественные исследователи [2] выделяют актуальные (психические расстройства в сочетании с ощущениями одиночества, гнева, безвыходности, обиды) и потенциальные (роль и структура семьи, личностные особенности) факторы суицидального риска. Наиболее актуальной в настоящее время представляется биопсихосоциальная модель суицидального риска [3-10] наряду с отражением провоцирующих и потенцирующих суицидальных детерминантов [11, 12]. Согласно исследованиям, в общей популяции прогнозируется рост числа самоубийств к 2020 году в 1,5 раза [13]. В последние годы детско-подростковый возраст стали рассматривать как период повышенного суицидального риска [14]. Так, согласно статистике, самоубийства несовершеннолетних в 2018г. в РФ выросли на 14% по сравнению с предыдущим годом, и составили в абсолютных цифрах 822 случая (данные СК РФ, 2018), что свидетельствует об актуальности данной проблемы в общенациональных масштабах. Стоит отметить, что суицидальные попытки намного превышают уровень завершенных суицидов, но из-за организационных трудностей сбора статических данных, а также нередко нежеланием ближайшим окружением раскрытия подобных явлений эти сведения зачастую оказываются существенно заниженными [15, 16]. Если ранее индекс суицидов среди лиц 12-14 лет был достаточно низким (0,5–2,5 на 100 тысяч в зависимости от территории проживания) [16], то на сегодняшний день многие исследователи отмечают «омоложение» суицидов [17-21]. По мнению ряда авторов, это может быть непосредственно связано с широким вхождением в современную жизнь человека уже с раннего возраста цифровых технологий, сети интернет [22, 23]. Суициды детей и подростков в обществе вызывают всегда глубокое ощущение

трагедии, поскольку затрагивают не только саму семью несовершеннолетнего и его ближайшее окружение, но и вызывают общественный резонанс, активно поддерживаемый масс-медиа. Вышесказанное подчеркивает актуальность изучения различных факторов суицидальной активности несовершеннолетних, в том числе с акцентом на возрастных аспектах формирования суицидогенеза.

**Цель исследования.** Анализ комплекса клинико-психопатологических, социально-психологических, ситуационных (психогенных) факторов, оказывающих влияние на суицидальное поведение несовершеннолетних и определяющих их психическое состояние непосредственно в юридически значимый период.

**Материал и методы исследования.** Клинический материал представлен 170 случаями несовершеннолетних в отношении которых проводилась посмертная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (КСППЭ) в рамках возбужденного уголовного дела по статье 110 Уголовного кодекса (УК) РФ «Доведение до самоубийства» в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России за период 2011-2018 гг. Возраст суицидентов составил 9-17 лет (средний возраст –  $13,0 \pm 4,0$  года). В выборке лиц женского пола – 52,4% (89 человек), соответственно 47,6% (81 человек) мужского пола. Несовершеннолетние были разделены на три возрастные группы: младшая возрастная группа: 9-12 лет; средняя возрастная группа: 13-14 лет и старшая возрастная группа: 15-17 лет. Основной метод исследования: ретроспективный клинико-психопатологический.

**Результаты и их обсуждение.** Для более глубокого анализа механизма суицидогенеза несовершеннолетних факторы суицидального риска были разделены на биологические, демографические, социальные, клинические и индивидуально-психологические. Необходимо отметить, что в исследуемой выборке суициденты преимущественно являлись городскими жителями (96,5%), т.к. на КСППЭ судебно-

следственными органами были направлены уголовные дела, возбужденные по фактам суицида несовершеннолетних из Москвы и Московской области. В ходе анализа сезонного распределения самоубийств несовершеннолетних замечена наибольшая частота в весенне-летний период: март-май (37,6%) и июнь (30%), что в целом соотносится с общероссийскими показателями (Росстат, 2010-2017). Суицидальные попытки отмечались в анамнезе у 30% несовершеннолетних, чаще в возрастной группе 15-17 лет (18,2%), тогда как в младшей возрастной группе наблюдались в лишь единичных случаях, что подчеркивает закрепление негативного стереотипа суицидальных действий на имеющиеся проблемы с возрастом. Среди наиболее их частых проявлений отмечались нанесение самоповреждений в области крупных сосудов, колотых ранений в различные части тела, самоудушение, попытки отравления медицинскими препаратами (как психотропными, так и общесоматического действия). Анализ избираемого подростками способа самоубийства показал, что они предпочитали такие виды как «Преднамеренное самоповреждение путем прыжка с высоты»; X80 по МКБ-10 (55,3%), «Преднамеренное самоповреждение в результате повешения, удавления и удушения»; X70 (22,3%). В меньшей степени избирались такие способы как «Преднамеренное самоповреждение путем прыжка под движущийся объект или лежания под ним»; X81 (9,4%), «Преднамеренное самоотравление»; X61-64 (8,2%), «Преднамеренное самоповреждение путем выстрела из огнестрельного оружия»; X73 (3,5%), реже «Преднамеренное самоповреждение острым предметом» (пилой, острым предметом (по типу ножа) как бытового назначения и холодного оружия); X78 (1,2%). При этом существенных различий среди анализируемых возрастных групп по частоте выбора наиболее частых способов самоубийств (падение с высоты и повешение) не отмечалось. Такие виды самоповреждений, как железнодорожная травма, самоотравление, самострел и т.д. не были пред-

ставлены в самой младшей группе 9-12 лет, а были характерны для старшей возрастной группы 15-17 лет. Стоит отметить, что самоотравление лекарственными препаратами избирались исключительно девочками (15,7%), что в целом соотносится с общей тенденцией самоубийств среди лиц женского пола [24]. Лицами же мужского пола использовались огнестрельное оружие (6,2%) и самоповреждение режущими предметами (2,5%). Таким образом несовершеннолетними избирались наиболее летальные способы ухода из жизни.

*Анализ биологических факторов риска суицида* включал исследование психопатологически отягощенной наследственности, а также нарушения ранних (в т.ч. перинатальных) этапов развития. Отягощенная наследственность психическими заболеваниями выявлялась во всех возрастных группах. При этом значительно чаще устанавливался у родителей несовершеннолетних синдром зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), чаще алкоголя, в четверти случаев наркотических средств (23,5%). Психические расстройства у ближайших родственников (12,5%), также, как и семейная история суицида (включая завершенные суициды и суицидальные попытки: 9,4%) были зафиксированы только в двух возрастных группах (средней и старшей). Перинатальная патология, по данным медицинской документации, выявлялась во всех анализируемых группах без возрастной предпочтительности. Исследование раннего периода развития показало, что задержка психомоторного развития выявлялась в 20% случаев, задержка становления речи в 22,4%. Преждевременное психомоторное развитие отмечалось лишь в 2,9% случаев, у несовершеннолетних с посмертно расстройством психологического развития и нарушениями эндогенного спектра, установленными в последующем посмертно. У данных детей при жизни также отмечались невротические расстройства в виде инсомнических нарушений, астено-невротических и фобических расстройств.



*Факторы социальной среды* (структура семьи, обучение, взаимоотношения в микросоциуме и т.д.), влияющие самым непосредственным образом на этапы онтогенеза индивида, рассматриваются исследователями как одни из важнейших предикторов суицидальной активности [25, 26, 27]. При этом, по мнению многих авторов, нарушение именно структуры семьи является наиболее значимым в суицидальной активности лиц спустя даже несколько лет после ее распада [28, 29]. Так характеристика семей несовершеннолетних с завершенными суицидами показала преобладание в старшей возрастной группе неполных семей (41,7%), при этом доля разведенных семей составила 36,4% случаев. В младшей (9-12 лет) и средней (13-14 лет) возрастных группах существенных различий в частоте полных семей с небιологическим родителем (28,8%) и семей с обоими биологическими родителями (27,6%) не отмечалось. Дисфункциональные внутрисемейные взаимоотношения обусловленные патологическим воспитанием ребенка (с физическим и психологическим насилием) и формирующие у него неспособность адекватного реагирования на стрессовые раздражители преобладали во всех возрастных группах и в совокупности составили 84,1% случаев, что в целом соотносится с литературными данными [30, 31]. Несовершеннолетние из так называемых «гармоничных» семей характеризовались чрезмерной требовательностью как по отношению к себе самим, так и своим достижениям, что приводило к столкновению их позиций с реальными ситуациями икратно повышало суицидальный риск. Как показало исследование, социальный статус семей определялся несколькими аспектами: финансовыми возможностями, трудовой занятостью и положением родителей в обществе, ограниченностью их в родительских правах, злоупотреблением ПАВ и наличием судимости чаще одного из родителей. Исходя из этого семьи несовершеннолетних суицидентов были условно разделены на «благополучные» (80%) и «неблагополучные» (20%), причем доля пер-

вых существенно превалировала над вторыми.

Согласно анализу данных большая часть несовершеннолетних обучалась в общеобразовательных учреждениях (72,3%), каждый пятый учащийся посещал школу с углубленным изучением предметов или гимназию (20,6%). Многие из данных несовершеннолетних не просто были высокоинтеллектуальные и успешные в обучении, но и активно заняты и посещали клубы по изучению иностранных языков, спортивные секции, дополнительные занятия по подготовке к поступлению в ВУЗы и т.д. Лишь у незначительной части суицидентов отмечались трудности в усвоении школьной программы, нередко из-за когнитивной недостаточности и частых прогулов (2,9%), все эти подростки были из старшей возрастной группы. При анализе динамики успеваемости за последние полгода перед суицидом у 30,6% несовершеннолетних средней (13-14 лет) и 27,9% подростков старшей (15-17 лет) возрастной группы отмечалась заметная тенденция к ее снижению.

В сфере конфликтов у детей младшей возрастной группы (9-12 лет) преобладали внутрисемейные (10,6%). С возрастом расширялся диапазон затрагиваемых сфер в силу увеличения социальной коммуникации несовершеннолетних, а именно возникали межличностные проблемы в школе, включая буллинг, конфликты межпартерских отношений и т.д. В старшей возрастной группе (15-17 лет) особым психотравмирующим эффектом являлись именно конфликты с противоположным полом (21,7%), а также помимо прочего немаловажным становились проблемы половой самоидентификации (18,7%), приобретающие особую актуальность при массовом распространении идеи ЛГБТ (LGBT+TQ+TQIA)-сообществ [32, 33, 34] и подростковых трудностях с собственной сексуальной самоидентификацией.

*Взаимосвязь рискованного поведения и суицидальной активности* была уже давно отмечена исследователями [35, 36, 37]. Особенно это касается тех дисгармонично

формирующихся несовершеннолетних, которые демонстрируют ту или иную форму экстремального поведения и тем самым представляют группу повышенного риска в отношении суицидальных проявлений [38, 39]. Возрастная закономерность формирования рискованного поведения, имеет множество теорий от биологической детерминированности функционирования нейрогуморальных систем [40], недостаточности зрелости корковых структур и диспропорцией в скорости их формирования [41, 42], обуславливающих постоянный поиск новых ощущений, при недостаточном волевом контроле [43, 44, 45]. В нашем исследовании к такому виду поведения были отнесены ружинг, паркур на высотных зданиях, в местах повышенной опасности, зацепинг и т.д. Подобные формы экстремальной активности встречались только у лиц старшей возрастной группы (27,3%). Несуицидальные повреждения кожных покровов (татуировки, пирсинг и пр.) также выявлялся у подростков данной группы (15,2%).

*Воздействие интернет-контента* в различных его проявлениях (текстовое, аудио- и видеосодержимое) играет существенную роль в суицидальном поведении несовершеннолетних [46, 47]. Официальное блокирование групп суицидальной направленности не приносит существенного результата из-за развитых возможностей к «клонированию» и стремительному открытию таких групп под другими именами, а также из-за феномена «креолизации» используемого для сокрытия суицидального содержимого в виртуальном пространстве. Методика «креолизации» представляет собой соединение визуального содержимого со скрытым текстовым контентом или определённой ссылкой на соответствующий сайт, появляющийся при наведении на определенные участки изображения, что вызывает комбинирование суггестивного воздействия и подчас подменяет собой реальность [48, 49]. Тем самым существенно снизить информационно-депрессивную нагрузку на несовершеннолетних в виртуальном пространстве ка-

чественно не удастся. В анализируемой выборке знакомство с контентом суицидальной направленности у несовершеннолетних происходило в двух основных вариантах: при случайном переходе по ссылке в виртуальном пространстве, либо несовершеннолетние самостоятельно находили соответствующую информацию, заинтересовавшись данной тематикой (при разговоре со сверстниками или после специализированных профилактических занятий в общеобразовательном учреждении, просмотра ТВ-передач). Непосредственно психологическое воздействие контента суицидальной направленности разделяется на косвенное и прямое. Косвенное – воздействие посредством информационного потока суицидального характера через различные рецепторы (зрительный, слуховой и т.д.), путем просмотра книг, статей, комиксов, соответствующего видеоряда, содержащие сцены суицида и иной аутодеструктивной агрессии. Прямое воздействие заключалось в непосредственном участии несовершеннолетнего в чатах, сообществах и группах аутодеструктивной направленности, где велось обсуждение суицидального характера, а также выполнялись задания, исходя из уровня игры в суицидальной группе. От способности своевременно выполнить поставленное задание зависела возможность перехода несовершеннолетнего на более высокий уровень группы, с расширением своих возможностей, большего участия в его жизни так называемого куратора, получения номера с датой смерти. В анализируемой выборке такие суициденты встречались только в старшей возрастной группе (15-17 лет) и лишь у 5,3% подростков было достоверно доказано участие в этих «группах смерти», с прохождением определенных этапов и выполнением заданий, либо постоянным обсуждением тематики депрессивной и суицидальной направленности в чатах, в т.ч. в ночное время и ранние утренние часы (в 3-4 часа). Некоторых из них формировали своеобразные суицидальные созависимые пары по типу индуктора и реципиента с последующей сов-

местной реализацией суицидального намерения.

Считается, что *психические заболевания* многократно повышают суицидальный риск, нередко являясь ведущим факторов суицидогенеза [50-53]. Как показал анализ данных, психические и поведенческие расстройства, а также акцентуированные личностные черты отмечались в 54,7% случаев. При этом клинически очерченные заболевания в рамках отдельных нозологических форм в соответствии с МКБ-10 наблюдались в 45,8%. Стоит отметить, что при жизни к профильным специалистам (психиатру, неврологу, психологу) обращались лишь 36,5% подростков. Психолога, включая школьного, посетили лишь 12,9% подростка. У психиатра, в т.ч. в частном порядке, наблюдались только 5,9% несовершеннолетних, специалистами им проводилась нозологическая диагностика в соответствии с МКБ-10. Дети младшей возрастной группы (9-12 лет) при жизни у профильных специалистов практически не наблюдались. Несовершеннолетним средней возрастной группы (13-14 лет) квалифицировались психические расстройства в рамках «Органического расстройства личности» (F07.08) и «Эмоциональных расстройств и расстройств поведения» (F92.8; F92.9) в единичных случаях. С возрастом нозологический спектр расширялся. Так в старшей возрастной группе (15-17 лет) выявлялись расстройства пограничного уровня («Смешанное расстройство эмоций и поведения», «Депрессивный эпизод средней степени тяжести»), эндогенного («Псевдоневротическая шизофрения») и органического («Органическое расстройство личности») спектра. Во всех остальных случаях специалистами применялся вненозологический подход с синдромальной квалификацией психопатологических нарушений («вегетососудистая дистония», «астено-невротический синдром», «нарушения поведения» и пр.) с назначением соответствующей терапии (ноотропы, адаптогены и т.д.), как правило, врачами неврологами. Представленные данные показывают

крайне низкий охват психолого-психиатрической помощью самой уязвимой категории несовершеннолетних.

При проведении посмертной КСПЭ ведущее место в ретроспективной нозологической диагностике занимали расстройства адаптации у несовершеннолетних (23%), также квалифицировались формирующиеся расстройства личности (16,6%) и органическая патология (15,4%). В младшей возрастной группе (9-12 лет) наблюдались нарушения психического развития и расстройства шизофренического спектра в равных пропорциях (по 11,5%). Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением ПАВ наблюдались у лиц подросткового и юношеского возраста в 10,3% случаев и несколько реже у девушек отмечались проявления нервной анорексии (5,1%).

**Заключение.** Посмертная КСПЭ 170 несовершеннолетних с завершёнными суицидами показал об уязвимости лиц подросткового возраста к деструктивным формам реагирования. Среди потенциальных факторов суицидального риска отмечались психопатологическая отягощённость наследственности ПАВ, семейная история суицида, дисфункциональный авторитарный стиль воспитания со склонностью родителей к жесткому контролю поведения несовершеннолетнего с проявлениями физического и психологического насилия, в т.ч. со стороны небологических родителей, а также судимость у ближайших родственников. В пресуицидальном периоде у несовершеннолетних (9-12 лет) преобладали внутрисемейные формы конфликтов, в подростковом и юношеском возрасте существенное значение приобретают конфликты внутриличностного характера, обусловленные проблемами в школе, своей позицией в социуме в целом, а также межполовые взаимоотношения наряду со сложностями самоидентификации. К актуальным факторам суицидального риска относится наличие психических и поведенческих расстройств, а также личностные особенности несовершеннолетних, предрасполагающие к суицидальной

активности и потенцирующие реализацию суицидальных действий.

*В отношении данной статьи не было зарегистрировано конфликта интересов.*

### Список литературы

1. World Health Organization. 2018b. Mental Health Atlas 2017 [Electronic]. Geneva: World Health Organization. URL: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mnh/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mnh/en/) (дата обращения: 04.10.2019).
2. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) / Г.С. Банников [и др.] // Суицидология. 2015. Т. 6, N 4(21). С. 21-32.
3. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. М., 1980. 48 с.
4. Суициды у подростков: социальные, клинические и психологические факторы / В.Д. Бадмаева [и др.] // Российский психиатрический журнал. 2016. N 4. С. 58-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.24411/1560-957X-2016-1%25x>
5. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. 2010. N 4. С. 55-62.
6. Руженков В.А., Руженкова В.В., Боева А.В. Концепции суицидального поведения // Суицидология. 2012. N 4. С. 52-60.
7. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. 2015. Т. 6, N 1(18). С. 3-7.
8. Садуакасова К.З. Суицид как биопсихосоциальная проблема. Введение в проблему // Психиатрия и неврология. Вестник КазНМУ. 2017. N 1. С. 205-211.
9. Richard-Devantoy S., Courtet P. Neurocognitive Processes and decision making in suicidal behavior / Kaschka W.P., Rujesku D. (eds): Biological Aspects of Suicidal Behavior // Adv. Biol. Psychiatry. Basel, Karger. 2016. Vol. 30. P. 88-100. DOI: <https://doi.org/10.1159/000434739>
10. Varnik P., Wasserman D. Global suicide / Kaschka W.P., Rujesku D. (eds): Biological Aspects of Suicidal Behavior // Adv. Biol. Psychiatry. Basel, Karger, 2016. Vol. 30. P. 1-10.
11. Рахимкулова А.С., Розанов В.А. Взаимосвязь суицидального и рискованного поведения у подростков // Академический журнал Западной Сибири. 2012. N 5. С. 31-32.
12. Рахимкулова А.С., Розанов В.А. Суицидальность и склонность к риску у подростков: биопсихосоциальный синтез // Суицидология. 2013. Т. 4(11), N 2. С. 8-24.
13. Murray C.L., Lopez A.D., editors. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996.
14. Brown P. Choosing to die – a growing epidemic among the young // Bull. WHO. 2001. Vol. 79, N 12. P. 1175-1177.
15. Панченко Е.А., Положий Б.С. Суицидальная ситуация среди детей и подростков в России // Российский психиатрический журнал. 2012. N 4. С. 52-56.
16. Suicide in all continents in the young / A. Aprer [et al] // Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention. A global Perspective / edited by D. Wasserman, C. Wasserman. NY: Oxford University Press, 2009. P. 621-628.
17. Положий Б.С. Динамика суицидальной ситуации в странах постсоветского пространства (с 1990 г. по настоящее время) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2014. Т. 16, N 2. С. 44-47.
18. Bertolote J.M., De Leo D. Global Suicide Mortality Rates «A Lightbat the End of the Tunnel?» // Crisis. 2012. Vol. 33, N 3. P. 249-253. DOI: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000180>
19. Comparative Epidemiology of Suicide in South Korea and Japan: Effects of Age, Gender and Suicide Methods / S.Y. Kim [et al.] // Crisis. 2011. Vol. 32, N 1. P. 5-14. DOI: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000046>
20. Simkin S., Bennewith O., Cooper J. Investigating Official Records of Suicides for Research Purposes // Crisis. 2012. Vol. 33, N 3. P. 123-126. DOI: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000167>
21. World Health Organization. 2014a. Preventing suicide: a global imperative [Electronic]. Luxembourg: World Health Organization. URL: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/) (дата обращения: 04.10.2019).
22. Средства массовой коммуникации в системе предикторов суицидального поведения в подростковом возрасте / О.В. Вихристюк [и др.] // Психологическая наука и образование. 2013. N 1. С. 121-130.
23. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение // Суицидология. 2012. Т. 3, N 3. С. 20-29.
24. Васильев В.В. Суицидальное поведение женщин (обзор литературы) // Суицидология. 2012. N 1. С. 18-28.



25. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study / D.A. Brent [et al.] // *J. of the Am. Academy of Child and Adolescence Psychiatry*. 1993. Vol. 32(3). P. 521-529. DOI: <https://doi.org/10.1097/00004583-199305000-00006>
26. Vijayakumar L., Rajkumar S. Are risk factors for suicide universal? A case-control study in India // *Acta Psych. Scand*. 1999. Vol. 99. P. 407-411. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb00985.x>
27. Recent life events preceding suicide attempts in a personality disorder sample: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study / S. Yen [et al.] // *J. of Consult. and Clin. Psychol*. 2005. Vol. 73. P. 99-105. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.99>
28. Substance abuse and suicide risk among adolescents / M. Pompilini [et al.] // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012. N 262. P. 469. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0292-0>
29. Zaborskis A., Sirvyte D., Zemaitiene N. Prevalence and familial predictors of suicidal behaviour among adolescents in Lithuania: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2014. Vol. 16. P. 554. DOI: [10.1186/s12889-016-3211-x](https://doi.org/10.1186/s12889-016-3211-x)
30. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. 2-е изд., доп. и перераб. Л.: Медицина, 1983. С.37-124.
31. Predicting suicide attempts in depressed adolescents clarifying the role of disinhibition and childhood sexual abuse / J.G. Stewart [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 2015. Vol. 187. P. 27-34. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.034>
32. Сыроквашина К.В. «Психологическая аутопсия» при суициде: история вопроса и современное состояние // *Суицидология*. 2018. Т. 9, N 3(32). С. 80-86.
33. 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 // *Revista Colombiana de Psiquiatria*. 2013. Vol. 42. P. 333-349.
34. Connecting the invisible dots: Reaching lesbian, gay, and bisexual adolescents and young adults at risk for suicide through online social networks / V.M. Silenzio [et al.] // *Soc Sci Med*. 2009. Vol. 69, N 3. P. 469-474. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.029>
35. Physical activity, sport participation and suicidal behavior: US high school students / D.R. Brown [et al.] // *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2007. Vol. 39, N 12. P. 2248-2257. DOI: [10.1249/00005768-200505001-00939](https://doi.org/10.1249/00005768-200505001-00939)
36. De Guzman M.R., Bosch K.R. High-Risk Behaviors Among Youth [Electronic] // *Online J. Families Adol. & Youth*. July 2007. N G1715. URL: <http://www.ianrpubs.unl.edu/pages/publicationDisp?publicationId=786> (дата обращения: 04.10.2019).
37. Prinstein M.J., Boergers J., Spirito A. Adolescents' and Their Friends' Health-Risk Behavior: Factors That Alter or Add to Peer Influence // *J. of Pediatric Psychol*. 2001. Vol. 26, N 5. P. 287-298. DOI: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/26.5.287>
38. Меринов А.В., Меденцева Т.А. Потенциальное желание обращения к специалисту в области психического здоровья у юношей: значение для суицидологической практики // *Суицидология*. 2016. Т. 7, N 2(23). С. 29-34.
39. Terzian M.A., Andrews K.M., Moore K.A. Preventing Multiple Risky Behaviors: An Updated Framework for Policy and Practice [Electronic]. Washington DC: Child Trends. Publ. 2011-24, September 2011. URL: [http://www.childtrends.org/files/Child\\_Trends-2011\\_10\\_01\\_RB\\_RiskyBehaviors.pdf](http://www.childtrends.org/files/Child_Trends-2011_10_01_RB_RiskyBehaviors.pdf) (дата обращения: 04.10.2019).
40. Steiberg L.A. Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking // *Develop. Rev*. 2008. Vol. 28, N 1. P. 78-106. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>
41. Casey B.J., Duhoux S., Cohen M.M. Adolescence: What do Transmission, Transition, and Translation have to do with it? // *Neuron*. 2010. Vol. 67, N 5. P. 749-760. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.08.033>
42. Adolescent Decision-Making: Risk Preference or punishment insensitivity / E. Cauffman [et al.] // *The Develop. Rev*. 2008. Vol. 28, N 1. P. 78-106.
43. Крайг Г., Бокум Д. Психология развития. 9-е изд. СПб.: Питер, 2019. 940 с.
44. Рахимкулова А.С. Нейропсихологические особенности подросткового возраста, влияющие на склонность к рискованному и суицидальному поведению // *Суицидология*. 2017. Т. 8, N 1. С. 52-61.
45. Понтон Л. Сексуальная жизнь подростков. Москва: Издательство института психотерапии, 2001. 272 с.
46. Любов Е.Б., Антохин Е.Ю., Палаева Р.И. Комментарий. Двудликая паутина: Вертер

vs Папагено // Суицидология. 2016. Т. 7, N 4(25). С. 41-51.

47. Узлов Н.Д., Семенова М.Н. Игра, трансгрессия и сетевой суицид // Суицидология. 2017. Т. 8, N 3(28). С.40-52.

48. Демдоуми Н.Ю., Денисов Ю.П. Распространение «суицидального контента» в киберпространстве русскоязычного интернета как проблема мультидисциплинарных исследований // Суицидология. 2014. Т. 5. N 2(15). С. 47-54.

49. Силаева В.Л. Суицидальные практики в Интернете // Человек. 2008. N 6. С. 132-137.

50. Ваулин С.В. Клинико-эпидемиологическое изучение суицидального поведения (на материале среднего города Западного региона Российской Федерации): дис. ... канд. мед. наук. Москва, 1997. 154 с.

51. Любов Е.Б., Носова Е.С. Суицидальное поведение в начале психических расстройств: отчаяние и надежда // Суицидология. 2017. Т. 8, N 2(27). С. 28-32.

52. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. N 2(19). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 04.10.2019).

53. The relevance of previous suicide behaviour for prison suicide / S. Fruehwald [et al.] // Eur. Psychiatry. 2003. Vol. 18. P. 161-165.

## References

1. The World Health Organization. 2018b. Mental Health Atlas 2017 [Internet]. Geneva: World Health Organization [cited 2019 Oct 4]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mnh/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mnh/en/)

2. Bannikov GS, Pavlova TS, Koshkin KA, et al. [Potential and challenging risk factors for the development of suicidal behavior of adolescents (literature review)]. Suitsidologiya. 2015;4(21):21-32. Russian.

3. Ambrumova AG, Tikhonenko VA. [Diagnosis of suicidal behavior guidelines]. M.; 1980. Russian.

4. Badmaeva VD, Dozortseva EG, Syrokvashina KV, et al. [Suicide in adolescents: social, clinical and psychological factors]. Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal. 2016;4:58-63. Russian. DOI: <http://dx.doi.org/10.24411/1560-957X-2016-1%25x>

5. Polozhy BS. [An integrative model of suicidal behavior]. Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal. 2010;4:55-62. Russian.

6. Ruzhenkov VA, Ruzhenkova VV, Boeva AV. [Concepts of suicidal behavior]. Suitsidologiya. 2012;4:52-60. Russian.

7. Polozhy BS. [Conceptual model of suicidal behavior]. Suitsidologiya. 2015;1(18):3-7. Russian.

8. Saduakasova KZ. [Suicide as a biopsychosocial problem. Introduction to the problem]. Psikhatriya i nevrologiya. Vestnik KazNMU. 2017;1:205-211. Russian.

9. Richard-Devantoy S, Courtet P. Neurocognitive Processes and decision making in suicidal behavior. Kaschka WP, Rujesku D, editors. Biological Aspects of Suicidal Behavior. Adv Biol Psychiatry. Basel, Karger. 2016;30:88-100. DOI: <https://doi.org/10.1159/000434739>

10. Varnik P, Wasserman D. Global suicide. Kaschka WP, Rujesku D, editors. Biological Aspects of Suicidal Behavior. Adv Biol Psychiatry. Basel, Karger, 2016;30:1-10.

11. Rakhimkulova AS, Rozanov VA. [Relationship between suicidal and risky behavior in adolescents]. Akademicheskii zhurnal Zapadnoi Sibiri. 2012;5:31-32. Russian.

12. Rakhimkulova AS, Rozanov VA. [Suicidality and risk-taking in adolescents: biopsychosocial synthesis]. Suitsidologiya. 2013;4(11)(2):8-24. Russian.

13. Murray CL, Lopez AD, editors. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996.

14. Brown P. Choosing to die – a growing epidemic among the young. Bull WHO. 2001;79(12):1175-1177.

15. Panchenko EA, Polozhy BS. [Suicidal situation among children and adolescents in Russia]. Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal. 2012;4:52-56. Russian.

16. Apter A, Bursztein C, Bertolote J, et al. Suicide in all continents in the young. In.: Ed. Wasserman D, Wasserman C, editors. Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention. A global Perspective. NY: Oxford University Press; 2009.

17. Polozhy BS. [Dynamics of suicidal situation in countries of post-Soviet space (1990 – present)]. Psikhatriya i psikhofarmakoterapiya. 2014;16(2):44-47. Russian.

18. Bertolote JM, De Leo D. Global Suicide Mortality Rates «A Lightbat the End of the Tunnel?» Crisis. 2012;33(3):249-253. DOI: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000180>
19. Kim SY, Kim MH, Kawachi I, et al. Comparative Epidemiology of Suicide in South Korea and Japan: Effects of Age, Gender and Suicide Methods. Crisis. 2011;32(1):5-14. DOI: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000046>
20. Simkin S, Bennewith O, Cooper J. Investigating Official Records of Suicides for Research Purposes. Crisis. 2012;33(3):123-126. DOI: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000167>
21. World Health Organization. 2014a. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Luxembourg: World Health Organization [cited 2019 Oct 4]. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)
22. Vikhristyuk OV, Bannikov GS, Letova AV. [Mass communication media in the system of predictors of suicidal behavior in adolescence]. Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie. 2013;1:121-130. Russian.
23. Lyubov EB. [Media and copycat suicidal behavior]. Suitsidologiya. 2012;3:20-29. Russian.
24. Vasilev VV. [Suicidal behavior of women (literature review)]. Suitsidologiya. 2012;1:18-28. Russian.
25. Brent DA, Perper JA, Moritz G, et al. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. J of the Am Academy of Child and Adolescence Psychiatry. 1993;32(3):521-529. DOI: <https://doi.org/10.1097/00004583-199305000-00006>
26. Vijayakumar L, Rajkumar S. Are risk factors for suicide universal? A case-control study in India. Acta Psych Scand. 1999;99:407-411. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb00985.x>
27. Yen S, Pagano ME, Shea MT, et al. Recent life events preceding suicide attempts in a personality disorder sample: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. J of Consult and Clin Psychol. 2005;73:99-105. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.99>
28. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, et al. Substance abuse and suicide risk among adolescents. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2012;262:469. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0292-0>
29. Zaborskis A, Sirvyte D, Zemaitiene N. Prevalence and familial predictors of suicidal behaviour among adolescents in Lithuania: a cross-sectional survey. BMC Public Health. 2014;16:554. DOI: [10.1186/s12889-016-3211-x](https://doi.org/10.1186/s12889-016-3211-x)
30. Lichko AE. [Psychopathy and accentuation of character in adolescents]. L.: Meditsina; 1983. Russian.
31. Stewart JG, Kim JC, Esposito EC, et al. Predicting suicide attempts in depressed adolescents clarifying the role of disinhibition and childhood sexual abuse. Journal of Affective Disorders. 2015;187:27-34. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.034>
32. Syrokvashina KV. ["Psychological autopsy" in suicide: background and current state]. Suitsidologiya. 2018;9(3(32)):80-86. Russian.
33. Pineda Roa CA. Factors associated with suicide in adolescents and young people self-identified as lesbian, gay, and bisexual: Current state of the literature. Revista Colombiana de Psiquiatria. 2013;42:333-349.
34. Silenzio VM, Duberstein PR, Tang W, et al. Connecting the invisible dots: Reaching lesbian, gay, and bisexual adolescents and young adults at risk for suicide through online social networks. Soc Sci Med. 2009;69(3):469-474. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.029>
35. Brown DR, Galushka DA, Zhang J, et al. Physical activity, sport participation and suicidal behavior: US high school students. Medicine and Science in Sports and Exercise. 2007;39(12):2248-2257. DOI: [10.1249/00005768-200505001-00939](https://doi.org/10.1249/00005768-200505001-00939)
36. De Guzman MR, Bosch KR. High-Risk Behaviors Among Youth. Online J. Families Adol. & Youth [Internet]. 2007 July [cited 2019 Oct 4];G1715. Available from: <http://www.ianrpubs.unl.edu/pages/publicationD.jsp?publicationId=786>
37. Prinstein MJ, Boergers J, Spirito A. Adolescents' and Their Friends' Health-Risk Behavior: Factors That Alter or Add to Peer Influence. J of Pediatric Psychol. 2001;26(5):287-298. DOI: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/26.5.287>
38. Merinov AV, Medentseva TA. [Potential desire to see a mental health specialist in young men: implications for suicidal practices]. Suitsidologiya. 2016;7(2(23)):29-34. Russian.
39. Terzian MA, Andrews KM, Moore KA. Preventing Multiple Risky Behaviors: An Updated Framework for Policy and Practice [Internet]. Washington DC: Child Trends Publ 2011-24,

2011 Sept [cited 2019 Oct 4]. Available from: [http://www.childtrends.org/files/Child\\_Trends-2011\\_10\\_01\\_RB\\_RiskyBehaviors.pdf](http://www.childtrends.org/files/Child_Trends-2011_10_01_RB_RiskyBehaviors.pdf)

40. Steiberg LA. Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking. *Develop Rev.* 2008;28(1):78-106. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>

41. Casey BJ, Duhoux S, Cohen MM. Adolescence: What do Transmission, Transition, and Translation have to do with it? *Neuron.* 2010;67(5):749-760. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.08.033>

42. Cauffman E, Claus E, Shulman E, et al. Adolescent Decision-Making: Risk Preference or punishment insensitivity. *Develop Rev.* 2008;28(1):78-106.

43. Kraig G, Bokum D. [Developmental psychology]. SPb.: Piter; 2019. Russian.

44. Rakhimkulova AS. [Neuropsychological peculiarities of adolescence influencing the propensity to engage in risky and suicidal behaviour]. *Suitsidologiya.* 2017;8(1):52-61. Russian.

45. Ponton L. [The sexual life of adolescents]. Moscow: Izdatel'stvo instituta psikhoterapii; 2001. Russian.

46. Lyubov EB, Antokhin EYu, Palaeva RI. [Comment. Two-faced web: Werther vs Papageno]. *Suitsidologiya.* 2016;7(4(25)):41-51. Russian.

47. Uzlov ND, Semenova MN. [Game, transgression and network suicide]. *Suitsidologiya.* 2017;8(3(28)):40-52. Russian.

48. Demdoui NYu, Denisov YuP. [The spread of "suicidal content" in the cyberspace of the Russian-language Internet as a problem of multidisciplinary research]. *Suitsidologiya.* 2014;5(2(15)):47-54. Russian.

49. Silaeva VL. [Suicidal practices on the Internet]. *Chelovek.* 2008;6:132-137. Russian.

50. Vaulin SV. [Clinical and epidemiological study of suicidal behavior (on the material of the middle city of the Western region of the Russian Federation)] [dissertation]. Moscow; 1997. Russian.

51. Lyubov EB, Nosova ES. [Suicidal behavior at the beginning of mental disorders: despair and hope]. *Suitsidologiya.* 2017;8(2(27)):28-32. Russian.

52. Lyubov EB, Tsuprun VE. [Age, time and place of the Professor Abramovoj in domestic of suicide-studying]. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii* [Internet]. 2013 [cited 2019 Oct 4];2(19). Russian. Available from: <http://medpsy.ru>

53. Fruehwald S, Frottier P, Matschnig T, et al. The relevance of previous suicide behaviour for prison suicide. *Eur Psychiatry.* 2003;18:161-165.

#### Информация об авторах

**Валентина Дорджиевна Бадмаева**, доктор медицинских наук, заведующая отделением социально-криминалистических психиатрических проблем несовершеннолетних, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского», E-mail: [badmaeva.v@serbsky.ru](mailto:badmaeva.v@serbsky.ru), SPIN-код: 3064-0101, AuthorID: 266476.

**Елизавета Юрьевна Шкитыр**, судебный психиатр отделения социальных и судебно-психиатрических проблем несовершеннолетних, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского», E-mail: [shkityr.e@serbsky.ru](mailto:shkityr.e@serbsky.ru), SPIN-код: 1419-7281, AuthorID: 830197.

#### Information about the authors

**Valentina D. Badmaeva**, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Social and Forensic Psychiatric Problems of Minors, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, E-mail: [badmaeva.v@serbsky.ru](mailto:badmaeva.v@serbsky.ru), SPIN-код: 3064-0101, AuthorID: 266476.

**Elizaveta Yu. Skityr**, Forensic Psychiatrist of the Department of Social and Forensic Psychiatric Problems of Minors, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, E-mail: [shkityr.e@serbsky.ru](mailto:shkityr.e@serbsky.ru), SPIN-код: 1419-7281, AuthorID: 830197.

Статья поступила в редакцию 16 июля 2019 г.  
Receipt date 2019 July 16.

Статья принята к публикации 8 октября 2019 г.  
Accepted for publication 2019 October 8.